

MÉDICA ÁNGELES
HOSPITAL & DOMICILIARY CARE

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS



MÉDICA ÁNGELES

HOSPITAL & DOMICILIARY CARE

Servicios Médicos

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS DEL MANUAL.....	5
Objetivo General	5
Objetivos Específicos	5
MARCO JURÍDICO	6
PROPÓSITO	7
ALCANCE	7
RECEPTOR DEL SERVICIO	7
POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS	8
RESPONSABLES.....	9
AREAS INVOLUCRADAS	9
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	10
DIAGRAMA DE FLUJO	11
PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA A CADA PACIENTE	12
FLUJOGRAMA DEL PROCESO PARA SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA	14
DOCUMENTOS DE REFERENCIA	15
GLOSARIO.....	16
ANEXOS	17
ANEXO 1	18
ANEXO 2	19
ANEXO 3	21
ANEXO 4	22
ANEXO 5	23
ANEXO 6	24
ANEXO 7	26
ANEXO 8	27
ANEXO 9	28



MEDICA ANGELES

HOSPITAL & DOMICILIARY CARE

ANEXO 10	29
ANEXO 11	30
ANEXO 12	31
ANEXO 13	32
ANEXO 14	34
ANEXO 15	35
ANEXO 16	37
ANEXO 17	38
ANEXO 18	39
ANEXO 19	41
ANEXO 20	42

INTRODUCCIÓN

“Médica Ángeles” Hospital & Domiciliary Care, en su régimen hospitalario interno, cuenta con la creación de manuales operativos, considerados como necesarios para su adecuado funcionamiento y administración.

Asimismo, en cumplimiento a los servicios de calidad que brinda el centro médico se llevan a cabo las actividades previstas en los programas, se analizan las diversas instancias de planeación, organización y control del área médica, contando para ello con los manuales e instructivos de carácter administrativo.

En este sentido y derivado de las revisiones realizadas por el órgano de control interno, se elabora el presente Manual de Procedimientos para el Servicio Médico, a fin de determinar los criterios y actividades para ofrecer el servicio médico interno de consulta a todos los pacientes que soliciten atención en “Médica Ángeles” Domiciliary & Care, así como de mantener el adecuado registro, guardia y custodia de los expedientes, medicamentos, bienes existentes y equipo con que se cuenta, como de la realización y puesta en marcha de los programas de medicina preventiva y de fomento a la salud.

Es pertinente destacar el carácter perfectible de este documento, debido a que se podrán incorporar en su contenido, aquellas aportaciones o mejoras para su actualización, derivadas de reformas o modificaciones a las disposiciones legales y administrativas que lo regulan, por lo cual todas las propuestas que se formulen sobre ello, deberán ser enviadas a la Dirección General de Calidad para su estudio, y posteriormente para su integración, en caso de que éstas resulten procedentes.

OBJETIVOS DEL MANUAL

Objetivo General

Proporcionar una descripción de la secuencia de actividades que deben realizarse para el cumplimiento de las funciones conferidas en “Médica Ángeles” Hospital & Domiciliary Care, a todos los médicos de la institución, enfocándose en los procesos hospitalarios, con el fin de la homogenización de procesos e identificación de oportunidades que mejoren los métodos de trabajo, a través de acciones lógicas y secuenciales, para la atención con calidad y eficiencia a las personas que solicitan el servicio.

Objetivos Específicos

1. Determinar las actividades y funciones que se le han asignado a cada colaborador, detectando las medidas que se requieren para la implementación, modificación o corrección de las mismas, tomando como base el análisis de las actividades principales y los resultados obtenidos.
2. Mejorar la productividad mediante el análisis de la forma o secuencia en que se realizan las actividades o tareas, identificando las necesidades de capacitación o desarrollo, para alcanzar la eficacia, eficiencia o modificación de las actividades para el aumento de la productividad.
3. Evaluar la productividad y efectividad de los procesos de atención, facilitando las auditorías operativas que permitan la detección de desviaciones en cuanto al desarrollo de las actividades definidas para cada función.
4. Contar con la herramienta idónea para la inducción de nuevo personal en el quehacer hospitalario, describiendo los procesos y actividades a realizar dentro de las funciones asignadas.

MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, DOF 05-II-1917 y sus reformas y adiciones. Ley General de Salud, DOF 7-II-1984 y sus reformas y adiciones.

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico, DOF 30-IX-1999. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Reglamento de Insumos para la Salud.

Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 20 de julio de 2004

NOM-233-SSA1-2003, que establecen los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de la personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria de Sistema Nacional de Salud.

NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

NOM-173-SSA1-1998, para la atención integral a personas con discapacidad.

NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental – Salud ambiental – Residuos peligrosos biológicos-infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo (esta aplica en caso de contar con consultorios médicos).

PROPÓSITO

Prestar atención médica a la población asistente a “Médica Ángeles” Hospital & Domiciliary Care, así como canalizar a la especialidad médica correspondiente a los pacientes que lo requieran, para ser atendidos con calidad y calidez y dar cumplimiento a las normas y procedimientos que en materia de salud tiene establecidos “Médica Ángeles” Hospital & Domiciliary Care. Detectar situaciones sobresalientes a fin de corregir, en lo posible, los imprevistos que puedan ocurrir, para que el personal médico desarrolle sus actividades con diligencia, capacidad técnica y calidad, asumiendo actitudes favorables en el trato con el paciente, y así poder estar preparados para tomar la decisión adecuada

ALCANCE

A nivel interno; el procedimiento es aplicable a las áreas médicas con sus diferentes ramas y especialidades que ofertan en “Médica Ángeles” Hospital & Domiciliary Care. Se encuentra al alcance de todo el personal operativo.

RECEPTOR DEL SERVICIO

En “Médica Ángeles” Hospital & Domiciliary Care se otorga el servicio de Atención médica a todo paciente que lo solicite, incluye diferentes perfiles, como pacientes particulares, enviados por aseguradoras afiliadas, perfil Alto rendimiento tuzo, colaboradores y pacientes V.I.P. Todo ello sujeto a principios científicos y éticos enmarcados en las normas oficiales mexicanas (NOM) y los estatus básicos de “Médica Ángeles” Hospital & Domiciliary Care.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

Las decisiones sobre la atención médica y de hospitalización serán facultad exclusiva de la Dirección Médica.

Este procedimiento será exclusivamente para uso y consulta del área médica que presta los servicios de consulta externa de primera vez y de hospitalización.

La Dirección Médica será el responsable de la calidad y oportunidad de los informes, producto de la atención médica a la población, los cuales deberán ser entregados en forma directa por el servicio médico de consulta externa.

La Dirección Médica en conjunto con la coordinación médica serán los responsables de supervisar que la atención del servicio médico de consulta externa de primera vez se preste a la población que la solicita, con calidad y calidez sin distinción alguna.

La Dirección Médica será el responsable de observar que toda persona que requiera del servicio de consulta externa, será atendida, siempre y cuando haya adquirido y pagado la ficha correspondiente.

La Dirección Médica será el responsable de supervisar que todo incumplimiento será sancionado por las autoridades competentes del ámbito médico (Dirección General de “Médica Ángeles” Hospital & Domiciliary Care y Dirección Médica).

La Dirección Médica será la responsable de observar la calidad y oportunidad de los informes, tanto de estancia como de asistencia médica - quirúrgica.

La Dirección Médica será el responsable de supervisar que todo paciente que sea ingresado a hospitalización, ya sea para estudios o cirugía, estará bajo la responsabilidad del cuerpo médico y de enfermería.

RESPONSABLES

- **Dirección General y Médica:** Dr. Ángel Becerra
- **Subdirección Médica:** Dr. Jorge Alberto Andrade Sánchez
- **Jefatura de Enfermería y Almacén:** T. S. U. E. Mariana Arconada Luis
- **Recursos Humanos:** Kenia de los Ángeles González Guzmán
- **Administración:** Yosselin Alejandro Revilla Ceballos
- **Médicos a Cargo de Otorgar Atención Médica y Consulta Externa:** Dr. Jorge Barbosa Sosa
- **Médico a Cargo de Atención de Urgencia:** Dr. Ángel Becerra Ceballos

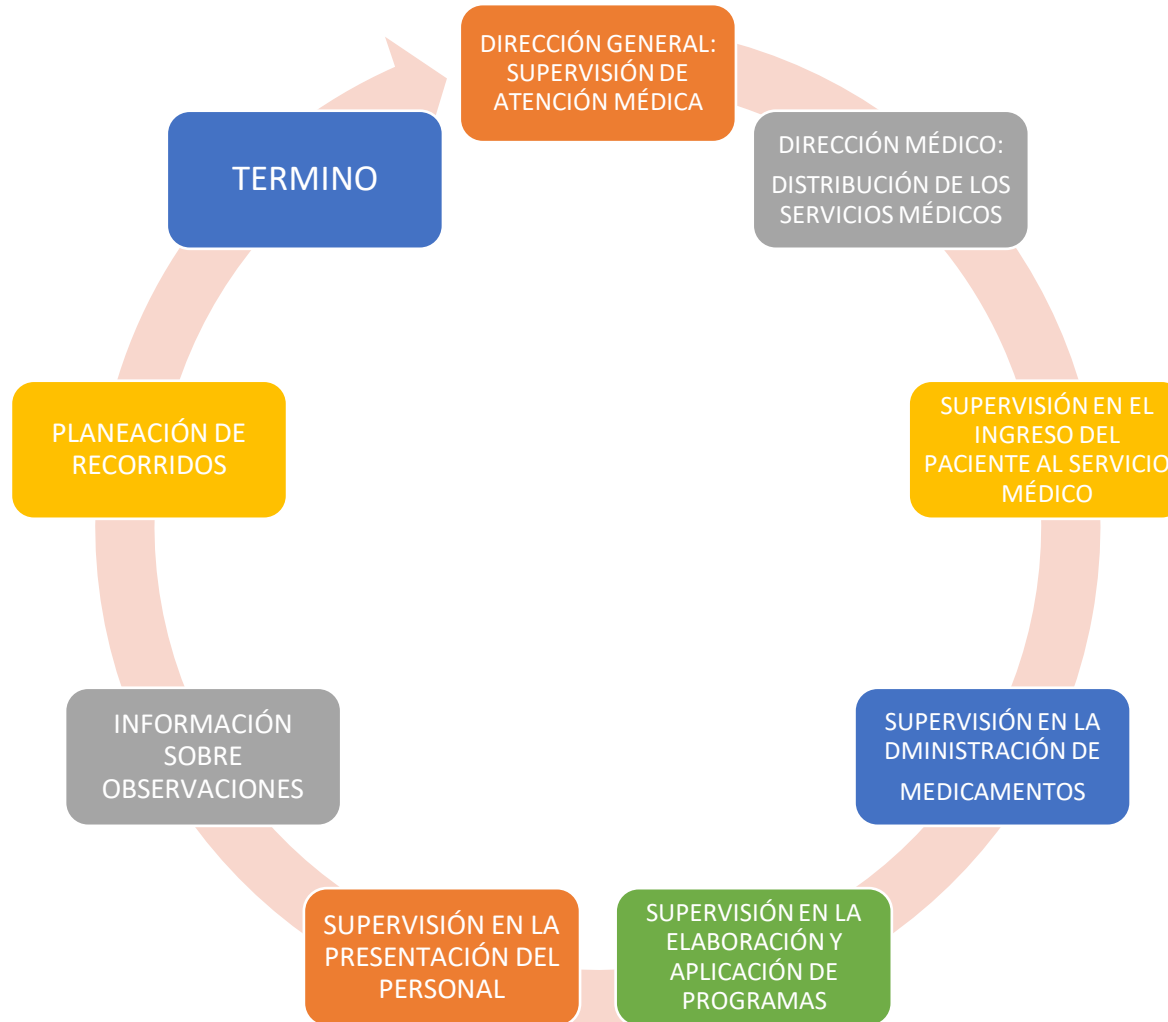
AREAS INVOLUCRADAS

AREA	RESPONSABLE TURNO	FIRMA
Áreas de Consulta externa	Dr. Jorge Barbosa Sosa	
Áreas de Urgencias	Dr. Ángel Becerra Ceballos	
Área administrativa	Kenia de los Ángeles González Guzmán	
Área Hospitalaria en Guardia Nocturna A y B	GUARDIA A: Dr. Ángel Becerra Ceballos	
	GUARDIA B: Dr. Ángel Becerra Ceballos	

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

ETAPAS EN SECUENCIA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
Supervisión de la atención médica	Instruye a la Dirección Médica a que supervise en forma continua la calidad de la atención que brinda el área médica a los pacientes que ingresan al hospital	Dirección General
Distribución de servicios médicos	Revisa con las Divisiones Médicas y/o de Servicio las libretas de distribución de servicios médicos asignados	Dirección Médica
Supervisión en el ingreso del paciente al servicio médico	Indica iniciar actividades de supervisión a las Divisiones Médicas y/o de Servicio verificando que al ingreso del paciente al servicio médico, el personal médico y de enfermería proporcione orientación tanto al paciente como a sus familiares	Dirección Médica
Supervisión en la administración de medicamentos	Indica a las Divisiones Médicas y/o de Servicio verificar que el personal realice puntualmente las indicaciones en la administración de medicamentos y tratamientos especiales	Dirección Médica
Supervisión en la elaboración y aplicación de programas	Indica a las Divisiones Médicas y/o de Servicio revisar y asesorar en la elaboración y aplicación de programas que mejoren la organización y funcionamiento del servicio.	Dirección Médica
Supervisión en la presentación del personal	Indica a las Divisiones Médicas y/o de Servicio observar que el personal porte el uniforme con pulcritud y buena presentación.	Dirección Médica
Información sobre observaciones	Informa a las Divisiones Médicas de las observaciones realizadas durante el recorrido diario.	Dirección Médica
Planeación de recorridos	Indica a las Divisiones Médicas planear el recorrido del día siguiente tomando en cuenta los aspectos a realizar.	Dirección Médica
TERMINA PROCESO	TERMINA PROCESO	TERMINA PROCESO

DIAGRAMA DE FLUJO



PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA A CADA PACIENTE

Personal de Recepción “Médica Ángeles” Hospital & Domiciliary Care:

Recibe al paciente y asegura que los datos generales del paciente sean correctos y le asigne un expediente.

Deriva al Enfermero responsable en turno.

El enfermero es el encargado de acudir al archivo para recabar expediente médico, en caso de no existir; deberá crear expediente nuevo al paciente, toma y reporte de signos vitales.

Médico de “Médica Ángeles” Hospital & Domiciliary Care

Preparación del material para valoración

Revisa previamente que cuenta con los instrumentos para la brindar atención médica. (Estetoscopio, esfigmomanómetro, guantes, martillo de reflejos, estuche diagnóstico, banco de altura y camilla.)

Diagnóstico Médico Preparación del paciente

Médico de “Médica Ángeles” Hospital & Domiciliary Care

Revisar que el paciente porte ropa cómoda, que permita la exploración física (preferentemente pants, short, camiseta). En caso de que el paciente no cuente con la ropa adecuada, el Médico solicitará apoyo al área de enfermería para proporcionará bata, short y/o top, según el área a explorar.

Exploración física

Médico de “Médica Ángeles” Hospital & Domiciliary Care

Colocará al paciente en posición cómoda y segura, que permita la adecuada exploración.

El Médico deberá llevar un registro por escrito de los hallazgos obtenidos, para llegar a un diagnóstico óptimo en la historia clínica y expediente médico.

Médico de “Médica Ángeles” Hospital & Domiciliary Care

El médico realiza el diagnóstico presuntivo, dónde puede o no solicitar estudios auxiliares diagnósticos, así puede evaluar el pronóstico funcional, las deducciones permiten establecer un plan de tratamiento en función del diagnóstico emitido y características particulares observadas.

En caso de solicitar estudio de rayos X, laboratorio o imagen; se llenaran las solicitudes correspondientes para cada uno de ellos (Anexo No.7 y 8)

Establecimiento del tratamiento Médico

Médico de “Médica Ángeles” Hospital & Domiciliary Care

Planteará el tratamiento, se registrará por escrito en la receta médica (anexo No.6), así como en el expediente clínico (anexo No. 3), se plasmarán las acciones a seguir, medicamentos, observaciones y sugerencias que se realicen. Se anexa diagnóstico al sistema Histoclin y se realiza cierre de consulta por usuario médico.

Derivación o solicitud de interconsulta

Médico “Médica Ángeles” Hospital & Domiciliary Care

Determina si el paciente requiere interconsulta o valoración por algún otro servicio, la derivación a otra área se solicitará por escrito y se notificará al paciente y familiar, se explicará el por qué la necesidad de recibir dicha atención, clarificando dudas y respetando la decisión del paciente de recibir o no el servicio que se sugiera, ya sea dentro o fuera de “Médica Ángeles” Hospital & Domiciliary Care. En caso de requerir y solicitar este servicio en “Médica Ángeles” Hospital & Domiciliary Care, se realizará llenado de formato correspondiente (anexo. No. 5)

Salida del paciente

El médico dirige al área de enfermería al paciente, quien a su vez lo direcciona al área de recepción, para coordinar próximas citas, consultas e indicaciones que emitió el médico tratante.

Entrega del expediente clínico

El médico, al término de la consulta entrega el expediente con nota actualizada de cada paciente al área de enfermería para el resguardo correcto del expediente.

FLUJOGRAMA DEL PROCESO PARA SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA



DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Ley General de Salud.

Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 20 de julio de 2004

NOM-233-SSA1-2003, que establecen los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de la personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria de Sistema Nacional de Salud.

NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

NOM-173-SSA1-1998, para la atención integral a personas con discapacidad.

NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental – Salud ambiental – Residuos peligrosos biológicos-infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo (esta aplica en caso de contar con consultorios médicos).

REGISTROS. NO APLICA.

GLOSARIO

“Médica Ángeles” Hospital & Domiciliary Care

- **ADMISIÓN:** Inicio del periodo de hospitalización del paciente.

- **ALTA ESPECIALIDAD:** Conjunto de variadas y versátiles especialidades con las que cuenta esta unidad hospitalaria para efecto de brindar la atención médica.

- **DIAGNOSTICO:** Proceso de acercamiento gradual al conocimiento analítico de un hecho o problema administrativo que permite destacar los elementos más significativos de una alteración en el desarrollo de las actividades de una institución.

- **EGRESO:** Es la salida de un paciente hospitalizado. Implica la conclusión del periodo de hospitalización, así como la desocupación de una cama censable. Constituye la conclusión de un periodo de atención al paciente hospitalizado, ya sea que regrese a su hogar por curación o mejoría, por solicitud voluntaria o que haya fallecido.

Cambios de esta versión	
Fecha de actualización: Febrero 2020.	Descripción del cambio: No aplica.

ANEXOS

- **Formato Anexo 1.** “Hoja Frontal”
- **Formato Anexo 2.** “Historia Clínica”
- **Formato Anexo 3.** “Nota de Ingreso y Evolución”.
- **Formato Anexo 4.** “Indicaciones Médicas”.
- **Formato Anexo 5.** “Valoración Pre-Quirúrgica”
- **Formato Anexo 6.** “Consentimiento Informado de Anestesiología”.
- **Formato Anexo 7.** “Consentimiento Informado de Cirugía”.
- **Formato Anexo 8.** “Formato Cirugía Segura”
- **Formato Anexo 9.** Responsiva de no Aceptación de Transfusión Sanguínea y Hemoderivados
- **Formato Anexo 10.** “Consentimiento Informado de Prueba de V. I. H.”
- **Formato Anexo 11.** “Hoja de Transfusión de Hemoderivados”
- **Formato Anexo 12:** “Formato de Alta Voluntaria”
- **Formato Anexo 13:** “Hoja de Enfermería”
- **Formato Anexo 14:** “Procedimientos Menores”
- **Formato Anexo 15:** “Balance de Líquidos”
- **Formato Anexo 16:** “Receta Médica”
- **Formato Anexo 17:** “Receta Médica Especialidades”
- **Formato Anexo 18:** “Solicitud de Laboratorio Clínico”
- **Formato Anexo 19:** “Solicitud de Transfusión”
- **Formato Anexo 20:** “Solicitud Estudios de Gabinete”

NUMERO DE EXPEDIENTE

HOJA FRONTAL

PACIENTE: _____ EDAD: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ GRUPO Y RH: _____

DIAGNOSTICO:

ALERGIAS: _____

ANTECEDENTES IMPORTANCIA: _____

FECHA DE ÚLTIMO INTERNAMIENTO: _____

CIRUGIAS O PROCEDIMIENTOS: _____

SERVICIO: _____

OBSERVACIONES: _____



ANEXO 2

HISTORIA CLINICA

1. FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre del paciente: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____

Escolaridad: _____ Religión: _____ Ocupación: _____

Domicilio particular:

Calle: _____

Num. Ext: _____ Num. Int: _____ Colonia o Fracc: _____

Localidad: _____ Municipio: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono Particular: _____

Teléfono (s) de Emergencia: _____

Correo electrónico: _____

Aseguradora: _____

2. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

Positivos para: Diabetes Mellitus HTA Cardiopatía Isquémica Cáncer Insuf. Renal
Enf. Inmunológicas Otros: _____

3. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Vivienda: _____ Zoonosis: _____ Alimentación: _____

Tipo Sanguíneo: _____ Actividad Deportiva: _____

Vacunas Aplicadas Últimamente: _____

4. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Enfermedades de la Infancia: Faringoamigdalitis Escarlatina Paperas Sarampión
Varicela Rubeola Hepatitis Otras: _____

Alergias: _____

Tabaquismo: _____ Ingesta de Alcohol: _____ Toxicomanias: _____

Padecimientos Concomitantes (Tratamientos y Complicaciones):

Antecedentes Quirúrgicos: _____

Antecedentes Traumatológicos: _____

Antecedentes Transfusionales: _____ Hospitalizaciones: _____

5. ANTECEDENTES GINECO – OBSTETRICOS:

Menarca: _____ Fecha de Ultima Menstruación: _____ Ciclos Menstruales: _____
Método Anticonceptivos: _____ Duración de uso de Anticonceptivo: _____
Edad de Inicio de Vida Sexual Activa: _____ Número de Parejas Sexuales: _____
Gestas: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____
Fecha de Ultimo Papanicolaou: _____ Resultados: _____
Fecha de Ultima Mastografía: _____ Resultados: _____

6. PADECIMIENTO ACTUAL:

7. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

Nervioso: _____
Digestivo: _____
Respiratorio: _____
Circulatorio: _____
Piel y Anexos: _____
Musculo – Esquelético: _____
Genitourinario: _____

8. EXPLORACION FISICA Y DESCRIPCION DE ESTUDIOS PARACLINICOS:

Tensión Arterial: _____ Frecuencia Cardíaca: _____ Frecuencia Respiratoria: _____ Temperatura: _____
Talla: _____ Peso: _____
Exploración Física:

Paraclínicos:

9. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: _____

10. PLAN DE TRATAMIENTO: _____

11. PRONOSTICO PARA LA VIDA: _____

12. PRONOSTICO LA PARA FUNCION: _____

(NOMBRE COMPLETO, CEDULA PROFESIONAL, FECHA, HORA Y FIRMA DEL MEDICO QUE ELABORO)

ANEXO 6

SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS ANESTESICOS

OLUTA, VER. A _____ DE _____ DEL 20 _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ AÑOS. TELEFONO: _____ FECHA: _____

CON DOMICILIO EN: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO: (NOMBRE, FIRMA O HUELLA DIGITAL, ESPECIFIQUE)

CON DOMICILIO EN: _____

EN CALIDAD DE: REPRESENTANTE LEGAL () FAMILIAR () ALLEGADO ()

CARÁCTER DE LA CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: EFECTIVO () URGENTE ()

OPERACIÓN PROPUESTA: _____

PLAN ANESTESICO: _____

DE ACUERDO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA: NOM - 168 - SSA1 - 1998 DEL EXPEDIENTE CLINICO CON FECHA DE PUBLICACION 14 DIC 1998, EN SU CAPITULO 10.1.1.2.3. Y LA NOM - 170 - SSA1 - 1998 DE LA PRACTICA DE ANESTESIOLOGIA, PUBLICADO EN EL DIARIO DE LA FEDERACION CON FECHA: 10 ENE 2000, CAPITULO 4.12. Y 16.1.1. ES PRESENTADO ESTE DOCUMENTO ESCRITO Y SIGNADO POR EL PACIENTE Y / O REPRESENTANTE LEGAL ASI COMO DOS TESTIGOS, MEDIANTE EL CUAL BAJO LA DEBIDA INFORMACION Y COMPRESION DE LOS POSIBLES RIESGOS QUE DERIBAN DEL PROCEDIMIENTO ANESTESICO.

_____ POR CONSIGUIENTE Y EN CALIDAD DE PACIENTE DECLARO:

1.- QUE CUENTO CON LA INFORMACION SUFICIENTE Y COMPRENDO QUE CUALQUIER PROCEDIMIENTO ANESTESICO YA SEA ANESTESIA GENERAL, REGIONAL, LOCAL Y SEDACION; ASI COMO LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA TAL FIN, PUEDEN PRESENTAR REACCIONES ADVERSAS Y / O COMPLICACIONES DESDE LEVES HASTA GRAVES, QUE INCLUYEN A UNO O VARIOS ORGANOS, INCLUSO EL FALLECIMIENTO DEL PACIENTE.

2.- QUE EL RIESGO QUE ACEPTO A CORRER, PUEDE CAMBIAR POR MI ESTADO DE SALUD, FISICO Y / O MENTAL, ANTECEDENTES, ENFERMEDADES, TRATAMIENTOS PREVIOS, EL ORIGEN DE LA CIRUGIA O UNA COMBINACION DE ESTOS.

3.- QUE MI INTERVENCION, ESTUDIO O PROCEDIMIENTO PROGRAMADO, PUEDEN RETRASARSE POR OTRAS INTERVENCIONES CALIFICADAS COMO URGENCIAS, QUE REQUIEREN INTERVENCION INMEDIATA, AUN CUANDO EL HORARIO DE QUIROFANO, PERSONAL Y EQUIPO TECNICO YA ESTUVIERAN RESERVADOS PARA MI INTERVENCION, PROCEDIMIENTO Y / O ESTUDIO.

4.- QUE LAS COMPLICACIONES DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO ANESTESICO, PODRIAN SER: MORETONES Y VARIAS PUNCIONES AL COLOCAR EL "SUERO", LESION DE CUALQUIER PARTE DE LA BOCA; RUPTURA PARCIAL O EXTRACCION DE PIEZAS DENTALES, NATURALES O ARTIFICIALES, ASI COMO RONQUERA.

5. QUE LA ADMINISTRACION DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO ANESTESICO REGIONAL, DEBIDO A LAS AGUJAS, CATETERES O ANESTESICOS EMPLEADOS PARA TAL FIN, PUEDEN OCASIONAR DAÑO TEMPORAL A LAS RAICES NERVIOSAS Y MUY RARAMENTE DAÑO PERMANENTE, ASI COMO DOLOR DE CABEZA, POSTERIOR A LA ADMINISTRACION DE ANESTESIA REGIONAL.



EN VIRTUD DE LO ANTES EXPUESTO HE COMPRENDIDO Y ACEPTO LOS RIESGOS DE SOMETERME VOLUNTARIAMENTE AL PROCEDIMIENTO ANESTESICO, EN EL ENTENDIDO DE QUE SI OCURRIERAN COMPLICACIONES DERIVADAS DE ESTE COMO TAL O DERIVADOS DE LOS MEDICAMENTOS O INSTRUMENTAL UTILIZADO PARA TAL FIN; NO EXISTE MALA INTENCION POR PARTE DE LOS ANESTESIOLOGOS Y / O MEDICOS ADSCRITOS A ESTA CLINICA PRIVADA.
DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE EL PROCEDIMIENTO ANESTESICO CORRESPONDIENTE.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO (NOMBRE, FIRMA O HUELLA DIGITAL ESPECIFIQUE)

TESTIGO NUMERO UNO (NOMBRE, FIRMA, FECHA HORA Y HUELLA DIGITAL)

TESTIGO NUMERO DOS (NOMBRE, FIRMA, FECHA HORA Y HUELLA DIGITAL)

NOMBRE Y FIRMA DEL ANESTESIOLOGO QUE INFORMA Y / O ANESTESIOLOGO TRATANTE (NOMBRE, FIRMA, FECHA HORA Y HUELLA DIGITAL)

REVOCACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PROCEDIMIENTO ANESTESICO:

* NOTA ACLARATORIA: ESTE APARTADO DEBERA LLENARSE EN CASO DE RECHAZAR EL PROCEDIMIENTO ANESTESICO PLANEADO: NOMBRE Y DOMICILIO DEL PACIENTE Y / O REPRESENTANTE LEGAL:

___ POR ESTE CONDUCTO REVOCO EL CONSENTIMIENTO PREVIO FIRMADO CON FECHA: _____ Y ES MI DECISION NO CONTINUAR CON EL PLAN ANESTESICO Y ENTIENDO QUE EN CASO DE DETERIORO DE MI ESTADO DE SALUD POR REVOCAR EL PRESENTE CONSENTIMIENTO FIRMADO PREVIAMENTE. EXIMO DE TODA RESPONSABILIDAD MEDICO - LEGAL AL ANESTESIOLOGO TRATANTE Y AL HOSPITAL MISMO; POR TAL MOTIVO FIRMO LA PRESENTE REVOCACION A LOS _____ DIAS DEL MES DE _____ DEL 20___ DANDO POR ANULADO EL ANTERIOR CONSENTIMIENTO.

ANEXO 7

SERVICIO DE CIRUGIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

OLUTA, VER. A _____ DE _____ DEL 20 _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ AÑOS. TELEFONO: _____ FECHA: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO: (NOMBRE, FIRMA O HUELLA DIGITAL, ESPECIFIQUE)

CON DOMICILIO EN: _____

EN CALIDAD DE: REPRESENTANTE LEGAL () FAMILIAR () ALLEGADO ()

CARÁCTER DE LA CIRUGIA O PROCEDIMIENTO: EFECTIVO () URGENTE ()

OPERACIÓN PROPUESTA: _____

PLAN QUIRURGICO: _____

DE ACUERDO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA: NOM - 168 - SSA1 - 1998 DEL EXPEDIENTE CLINICO CON FECHA DE PUBLICACION 14 DIC 1998, PUBLICADO EN EL DIARIO DE LA FEDERACION CON FECHA: 10 ENE 2000, CAPITULO 4.12. Y 16.1.1. ES PRESENTADO ESTE DOCUMENTO ESCRITO Y SIGNADO POR EL PACIENTE Y / O REPRESENTANTE LEGAL MEDIANTE EL CUAL BAJO LA DEBIDA INFORMACION Y COMPRENSION DE LOS POSIBLES RIESGOS QUE DERIBAN DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO: _____ POR CONSIGUIENTE Y EN CALIDAD DE PACIENTE DECLARO:

1.- QUE CUENTO CON LA INFORMACION SUFICIENTE Y COMPRENDO QUE CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, INCLUSIVE UN PROCEDIMIENTO MENOR PUEDE TENER EFECTOS ADVERSOS EN RELACION CON LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA TAL FIN, PUEDEN PRESENTAR REACCIONES ADVERSAS Y / O COMPLICACIONES DESDE LEVES HASTA GRAVES, QUE INCLUYEN A UNO O VARIOS ORGANOS, INCLUSO EL FALLECIMIENTO DEL PACIENTE.

2.- QUE EL RIESGO QUE ACEPTO A CORRER, PUEDE CAMBIAR POR MI ESTADO DE SALUD, FISICO Y / O MENTAL, ANTECEDENTES, ENFERMEDADES, TRATAMIENTOS PREVIOS, EL ORIGEN DE LA CIRUGIA O UNA COMBINACION DE ESTOS.

3.- QUE LAS COMPLICACIONES DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, PODRIAN SER: MORETONES Y VARIAS PUNCIONES AL COLOCAR EL "SUERO", LESION A ORGANO CONTIGUO, CICATRICES

EN VIRTUD DE LO ANTES EXPUESTO HE COMPRENDIDO Y ACEPTO LOS RIESGOS DE SOMETERME VOLUNTARIAMENTE AL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, EN EL ENTENDIDO DE QUE SI OCURRIERAN COMPLICACIONES DERIVADAS DE ESTE COMO TAL O DERIVADOS DE LOS MEDICAMENTOS O INSTRUMENTAL UTILIZADO PARA TAL FIN; NO EXISTE MALA INTENCION POR PARTE DE LOS ANESTESIOLOGOS Y / O MEDICOS ADSCRITOS A ESTA CLINICA PRIVADA.

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO CORRESPONDIENTE.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO (NOMBRE, FIRMA O HUELLA DIGITAL ESPECIFIQUE)

ANEXO 8

LISTADO DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ANTES DE LA INDUCCIÓN A LA ANESTESIA (Con el enfermero y el anestesista, como mínimo)	ANTES DE LA INCISIÓN CUTANEA (Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)	ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO (Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)
¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento? <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función.	El enfermero confirma verbalmente: <input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento _____ <input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gasas y agujas _____ <input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) <input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos
¿Se ha marcado el sitio quirúrgico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento.	
¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y medicación anestésica? <input type="checkbox"/> sí	¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede.	
¿Tiene el paciente... ...alergias conocidas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ...vía aérea difícil/riesgo de aspiración? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y hay materiales y equipos/ayuda disponible ...riesgo de hemorragia >500 ml (7ml/kg en niños)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales.	Previsión de eventos críticos Cirujano: <input type="checkbox"/> ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados? _____ <input type="checkbox"/> ¿Cuánto durará la cirugía? _____ <input type="checkbox"/> ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista? _____	Cirujano, anestesista y enfermero: <input type="checkbox"/> ¿Cuál es la pérdida de sangre? <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo duró la cirugía? <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?
	Anestesista: <input type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico? _____ Equipo de enfermería: <input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad del instrumental y textiles? <input type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?	Firmas de equipo quirúrgico:
	¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	

ANEXO 9

**RESPONSIVA DE NO ACEPTACION DE TRANSFUSION
SANGUINEA Y HEMODERIVADOS**

Oluta, Veracruz, a _____ de _____ del _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Ingreso: _____

Diagnóstico de ingreso: _____

Cirugía programada: _____

Por mi propia voluntad y no obstante de la opinión del personal médico de esta institución, he decidido **no aceptar transfusiones sanguíneas** a pesar de la necesidad ante una urgencia, complicación del procedimiento quirúrgico o cualquier otra causa posible a mencionar, fundamentado en mis creencias religiosas, por lo cual eximo de toda responsabilidad a la Clínica Médica Ángeles; a sus médicos y al personal que ahí labora por las consecuencias que pudiera sobrevenir por mi determinación, incluso la muerte

Para los fines legales que correspondan, adjunto mi rubrica así como mi huella digital aceptando los términos y condiciones mencionados en el presente

FAMILIAR RESPONSABLE

Huella, Nombre y Firma

PACIENTE

Huella, Nombre y Firma

ANEXO 10

CONSENTIMIENTO PARA HACER LA PRUEBA RAPIDA DE V. I. H – CONFIDENCIAL

He sido informado sobre las diferencias entre las pruebas anónimas y las confidenciales del IV. Comprendo que los resultados confirmados de la prueba reactiva del VIH serán reportados por nombre a la Secretaria de Salud (SSA) para archivar los datos. Esta información será mantenida de forma completamente confidencial.

Dar su número de seguro social es voluntario. No se le negaran los servicios si no proporciona su información. El número de seguro social es único a cada persona y al proporcionar esta información usted ayuda al proceso de distinguir un caso a otro e impedir duplicación de los casos.

He sido informado sobre las limitaciones e implicaciones de las pruebas rápidas de VIH. Comprendo que la veracidad y confiabilidad de la prueba de VIH no tiene 100% de seguridad.

PRUEBA RAPIDA DE VIH

He sido informado que hoy recibiré el resultado inicial de mi prueba rápida de VIH. Comprendo que un resultados no requiere confirmación pero si vigilancia si ha tenido prácticas de riesgo.

He sido informado que un resultado positivo de la prueba rápida de VIH tiene que ser conformado por una prueba de laboratorio más específica. Consiento dar una muestra de sangre o fluido oral para esta prueba confirmatoria si mi prueba inicial sale positiva.

Con mi firma que sigue. Confirmando que he recibido información que explica los beneficios y riesgos de las pruebas rápidas de VIH, y tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas e manera satisfactoria. Consiento someter una muestra de sangre o fluido oral para recibir la prueba rápida de VIH.

FECHA

FIRMA

NUMERO DE SEGURO SOCIAL

NOMBRE Y APELLIDOS

INFORMACION DE CONTACTO

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

TELEFONO DE CASA: _____ TELEFONO MOVIL: _____

INSTRUCCIONES ADICIONALES:

ANEXO 11

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ GRUPO Y RH: _____ FECHA: _____

DIAGNOSTICO: _____

MEDICO TRATANTE: _____

PESO: _____ TALLA: _____ ALERGIAS: _____

HEMOGLOBINA: _____ FECHA DE ÚLTIMA TRANSFUSIÓN: _____

HORA DE INICIO: _____ HORA DE TÉRMINO: _____

ANTES DE LA TRASFUSIÓN:	DESPUÉS DE LA TRASFUSIÓN:
T/A:	T/A:
FC:	FC:
FR	FR:
TEMP:	TEMP:
SPO2:	SPO2:

OBSERVACIONES:

ANEXO 12

ALTA VOLUNTARIA

Oluta, Veracruz, a _____ de _____ de _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

Dx. de Ingreso: _____ Dx. de Egreso: _____

MOTIVO DEL EGRESO: _____

Por mi propia voluntad y no obstante de la opinión del personal médico de esta institución, he decidido solicitar mi “**ALTA VOLUNTARIA**”, de esta unidad motivo por el cual eximo de toda responsabilidad a la Clínica Médica Ángeles, a sus médicos y al personal que ahí labora por las consecuencias que pudiera sobrevenir por mi determinación

Familiar Responsable

Paciente

ANEXO 13

HOJA DE ENFERMERIA

NOMBRE:														FN:													
DIAGNOSTICO MEDICO:														HABITACION:													
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:														EDAD:						SEXO:							
ALERGIAS:														PESO:						TALLA:							
MEDICO TRATANTE:														FACTOR RH:													
SERVICIO:														FECHA Y HORA DE INGRESO:													
FAMILIAR RESPONSABLE:														FECHA Y HORA DE EGRESO:													
DOMICILIO PACIENTE:														DIAS HOSPITALIZACION:													
TELEFONO:														FECHA:													
SIGNOS VITALES		VALORACION DE ENFERMERIA																									
HORA		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6		
T/A		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
F. CARDIACA																											
F. RESPIRATORIA																											
SPO2																											
TEMPERATURA	40 °C																										
	39 °C																										
	38 °C																										
	37 °C																										
	36 °C																										
	35 °C																										
DxTx																											
I. A. R.																											
DIETA:																											
MEDICAMENTOS										HORARIO				MEDICAMENTOS										HORARIO			
SOLUCIONES PARENTERALES Y HEMODERIVADOS																											
SOLUCION										H. I		H. T		T M				T V				T N					



HOSPITAL & DOMICILIARY CARE
REG. SSA cis-jsx-303-18 REG. COFEPRIS 183010536x0609 RFC: BECA860125QG
Urgencias: 9241096803 - Tel. 924 24 77946
Carretera Oluta - Ojapa, N° 107, Col. Adolfo L. Mateos, C.P. 96160, Oluta, Veracruz

TURNO	MICCION	EVACUACION	EMESIS	DRENE	SONDA:
T M					
T V					
T N					

SONDAS Y CATETERES				
CATETER	CALIBRE	FECHA Y HORA	DIAS	OBSERVACIONES

SONDA	CALIBRE	FECHA Y HORA	DIAS	OBSERVACIONES

NOTAS DE ENFERMERIA		
TURNO MATUTINO	TURNO VESPERTINO	TURNO NOCTURNO

ESTUDIOS DE GABINETE		

ANEXO 14

HOJA DE PROCEDIMIENTOS MENORES							
NOMBRE:					EDAD:		
FECHA DE NACIMIENTO:					SEXO:		PESO:
DIAGNOSTICO:					ALERGIAS:		
PROCEDIMIENTO:					FACTOR RH:		
FAMILIAR RESPONSABLE:					FECHA:		
SIGNOS VITALES							
HORARIO	T/A	FC	SPO2	FR	TEMP	DX	LABS
INDICACIONES MEDICAS			NOTA DE ENFERMERIA			INSUMOS	CANTIDAD
TRATAMIENTO							

ANEXO 15

BALANCE DE LIQUIDOS

Nombre:		
Edad:	Sexo:	Peso:
Fecha:	Cama:	
Diagnostico Medico:		

DÍA DE HOSPITALIZACIÓN:

ALERGIAS:

SERVICIO:

HS	INGRESOS						EGRESOS					
	ORAL	SOLUCION PARENTERAL	HEMODERIVADOS	MEDICAMENTOS	SONDA	OTROS	ORINA	EVACUACION	EMESIS	PERDIDAS INS.	SUCCION	OTROS
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
TOTAL												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
TOTAL												
23												
24												
01												
02												
03												
04												
05												
06												
TOTAL												
TOTAL 24hr												

OBSERVACIONES

BALANCE 24 HORAS

TOTAL DE INGRESOS	
TOTAL DE EGRESOS	
RESULTADO DE BALANCE	



DÍA DE HOSPITALIZACIÓN:

ALERGIAS:

SERVICIO:

HS	INGRESOS						EGRESOS					
	ORAL	SOLUCION PARENTERAL	HEMODERIVADOS	MEDICAMENTOS	SONDA	OTROS	ORINA	EVACUACION	EMESIS	PERDIDAS INS.	SUCCION	OTROS
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
total												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
total												
23												
24												
01												
02												
03												
04												
05												
06												
total												
Total 24hr												

OBSERVACIONES

BALANCE 24 HORAS

TOTAL DE INGRESOS	
TOTAL DE EGRESOS	
RESULTADO DE BALANCE	

Enfermera (o) turno. 1° _____ 2° _____ 3° _____

RECETA MÉDICA



MEDICA ANGELES "HOSPITAL & DOMICILIARY CARE"

DR. ANGEL BECERRA CEBALLOS

Reg. SSA C15- Jsx 303 - 18

MEDICO CIRUJANO U. V. CEDULA 10021894

Reg. Cofepris 183010536X0609

Maestria en Administración y Gestión de Hospitales

PARTOS - CIRUGIAS - CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO E HIPERTENSO

Urgencias las 24 Horas

Certificación BLS, ACLS, ATLS Vigente

Paciente _____ Fecha _____

Peso _____ T. Arterial _____ F. C. _____ Edad _____

Fecha Próxima Cita _____

Previa Cita Tel. (924) 2477946

Celular Urgencias 924 109 68 03

Calle Prolongación Morelos Carretera Oluta - Ojapa
(Casa con 2 Palmeras)

Siga las Flechas a 100 Metros del Panteón de Oluta



FARMACIA

- VICTORIA No. 18 COL CENTRO

- ENRIQUEZ ESQ. GUERRERO.

TEL. 24 5 06 01, 24 5 00 81, 24 5 12 00, 24 5 30 94

ACAYUCAN, VER.

ANEXO 17

RECETA MEDICA ESPECIALIDADES



MEDICA ANGELES "HOSPITAL & DOMICILIARY CARE"

Dr. _____ Especialidad _____ Cédula _____
Reg. SSA C15 - Jsx 303 - 18 Reg. Cofepris 183010536X0609

PARTOS - CIRUGIAS -- HOSPITALIZACION

- Urgencias las 24 Horas -

Paciente _____ Fecha _____
Peso _____ T. Arterial _____ F. C. _____ Edad _____

Fecha Próxima Cita _____
Previa Cita Tel (924) 2477946
Celular Urgencias 924 109 68 03
Calle Prolongación Morelos Carretera Oluta - Ojapa
(Casa con 2 Palmeras)
Siga las Flechas a 100 Metros del Panteón de Oluta



FARMACIA
- VICTORIA No. 18 COL CENTRO
- ENRIQUEZ ESQ. GUERRERO.
TEL. 24 5 06 01, 24 5 00 81, 24 5 12 00, 24 5 30 94
ACAYUCAN, VER.

ANEXO 18

SOLICITUD DE LABORATORIO CLINICO

PACIENTE:

EDAD:

FECHA:

HEMATOLOGIA

- Biometría Hemática con Plaquetas
- Grupo Sanguíneo y Factor Rh
- Citología en Moco Nasal
- Velocidad de Sedimentación Globular
- Plaquetas

COAGULACION

- Tiempo de Protrombina
- Tiempo de Tromboplastina Parcial

INMUNOLOGIA

- Reacciones Febriles
- Ac. Anti-Dengue IgG e IgM
- Ac. Anti Rosa de Bengala
- Prueba de Embarazo (Suero)
- H. I. V. 1 y 2 (Presuntiva)
- V.D.R.L.

BIOQUIMICA CLINICA

- Glucosa
- Colesterol
- Triglicéridos
- Química Sanguínea de 3 Parámetros
- Química Sanguínea de 6 Parámetros
- Tamiz de Glucosa Gestacional
- Tamiz de Glucosa Postprandial
- Tamiz Metabólico Neonatal
- Amilasa Sérica Lipasa Sérica
- Bilirrubina
- (CK Total) MB (CK MB)
- Deshidrogenasa Láctica
- Electrolitos Séricos (Na, K, Cl, Ca)
- Electrolitos Séricos (Na, K, Cl, Ca, P, Mg)
- Fosfatasa Alcalina
- Transaminasa Glutámico Oxalacética (TGO)
- Transaminasa Glutámico Pirúvica (TGO)
- Albúmina
- Proteínas Totales
- Hemoglobina Glicosilada Hb-A1c

PARASITOLOGIA

- Coproparasitoscópico 1, 2, 3.
- Coprológico
- Amiba en Fresco
- Citología en Moco Fecal

UROANALISIS

- Examen General de Orina
- Microalbúmina en Orina
- Depuración de Creatinina en Orina 24 Hrs.
- Cuantificación de Proteínas en Orina 24 Hrs.

BACTEROLOGIA

- Coprocultivo
- Cultivo de Exudado Faríngeo
- Cultivo de Exudado Vaginal
- Cultivo de Secreción
- Cultivo Uretral
- Espermato-bioscopia
- Urocultivo
- BAAR en Expectoración (1) (2) (3)

MEDICO:

INMUNOLOGIA ESPECIAL - ENDOCRINOLOGIA

OTROS ESTUDIOS

- Hormona Triyodo Tritonina Libre (T3 Libre)
- Hormona Tiroxina Libre (T4 Libre)
- Antígeno Especifico de Próstata Total
- Inmunoglobulina E
- Antígeno Carcinoembrionario (CEA)
- Alfafetoproteína
- CA - 125
- CA - 19 9
- CA - 153
- Cortisol Sérico
- Cuantificación de Fracción Beta de H.G.C

PERFILES

- Perfil Ginecológico
- Perfil Hormonal Femenino
- Perfil Tiroideo
- Perfil de TORCH
- Perfil Hepático
- Perfil de Lípidos
- Perfil Reumático
- Perfil Cardiac
- Perfil de Hepatitis A, B, C.
- Perfil de Drogas de Abuso



ANEXO 19

SOLICITUD DE TRANSFUSION

ORDINARIO: URGENTE: FECHA: _____

PACIENTE _____ DIAGNOSTICO _____ EDAD _____ SEXO _____

GRUPO SANGUINEO _____ RH(D) _____ SE IGNORA _____ HB _____ HTO _____

SANGRE TOTAL _____ C.E./PAQ. GLOBULAR _____ PLASMA _____ CONC. PLAQUETARIO _____ FRACC. PEDIATRICA: _____

VOL. TOTAL SOLICITADO _____ CANTIDAD _____ FECHA DE TRANSFUSION _____ HORA _____

C.E. A DISPOSICION O RESERVA _____ DISPONIBLE PARA APLICACIÓN INMEDIATA _____ EN QUIROFANO _____

HOSPITAL _____ EXTERNO _____ HOSPITALIZADO _____

TRANSFUSIONES PREVIAS: SI NO FECHA DE ÚLTIMA TRANSFUSION _____

¿REACCIONES TRANSFUSIONALES? _____

¿EMBARAZOS PREVIOS? SI NO ¿PRODUCTOS CON ENFERMEDAD HEMOLITICA? _____ SI NO

NOMBRE DE LA UNIDAD _____ SERVICIO _____ CAMA _____

SOLICITA _____ FECHA _____ HORA _____

RECIBO LA SOLICITUD _____ FECHA _____ HORA _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO SOLICITANTE



HOSPITAL & DOMICILIARY CARE
REG. SSA cis-jsx-303-18 REG. COFEPRIS 183010536x0609 RFC: BECA860125QG2
Urgencias: 9241096803 - Tel. 924 24 77946
Carretera Oluta - Ojapa, N° 107, Col. Adolfo L. Mateos, C.P. 96160, Oluta, Veracruz

ANEXO 20

SOLICITUD DE ESTUDIOS DE IMAGEN



FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____

MEDICO SOLICITANTE: _____

ESTUDIO A REALIZAR: _____

DATOS CLINICOS: _____
