



**Gobierno del Estado de México**  
**Secretaría de Salud**  
Instituto de Salud del Estado de México  
Coordinación de Salud

***MANUAL OPERATIVO PARA EL LLENADO DE FORMATOS  
DEL EXPEDIENTE CLÍNICO***

***PARA UNIDADES MÉDICAS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN***

***BASADO EN LA NOM 168 SSA1-1998 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO***

---

---

**SEPTIEMBRE, 2006**

# ÍNDICE

|                                                                                                      | Hoja No. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| PRESENTACIÓN .....                                                                                   | 4        |
| I. INTRODUCCIÓN .....                                                                                | 5        |
| II. OBJETIVO GENERAL .....                                                                           | 6        |
| III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....                                                                     | 6        |
| IV. BASE LEGAL .....                                                                                 | 7        |
| V. NORMAS BÁSICAS .....                                                                              | 8        |
| VI. ORDEN DE COLOCACIÓN DE LOS FORMATOS QUE INTEGRAN EL EXPEDIENTE CLÍNICO .....                     | 10       |
| VII. INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO                                       |          |
| CARPETA O FÓLDER DEL EXPEDIENTE CLÍNICO .....                                                        | 14       |
| <b>CONSULTA EXTERNA</b>                                                                              |          |
| ➤ HISTORIA CLÍNICA GENERAL .....                                                                     | 19       |
| ➤ NOTAS DE EVOLUCIÓN .....                                                                           | 21       |
| ➤ SOLICITUD-RECEPCIÓN DE INTERCONSULTA MÉDICA .....                                                  | 23       |
| ➤ HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA/ TRASLADO .....                                             | 24       |
| ➤ SOLICITUD DE LABORATORIO .....                                                                     | 26       |
| ➤ SOLICITUD DE ESTUDIO DE GABINETE .....                                                             | 28       |
| ➤ <b>OTROS DOCUMENTOS:</b> ANEXAR LOS FORMATOS DE ACUERDO A LOS DIFERENTES PROGRAMAS QUE APLIQUEN. . | 29       |
| <b>NOTAS MÉDICAS EN URGENCIAS</b>                                                                    |          |
| ➤ CONSULTA DE URGENCIAS .....                                                                        | 31       |
| ➤ NOTAS DE EVOLUCIÓN .....                                                                           | 21       |
| ➤ SOLICITUD-RECEPCIÓN DE INTERCONSULTA MÉDICA .....                                                  | 23       |
| ➤ HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA / TRASLADO .....                                            | 24       |

|       |                                                                |    |
|-------|----------------------------------------------------------------|----|
|       | <b>NOTAS MÉDICAS EN HOSPITALIZACIÓN</b>                        |    |
|       | ➤ HOJA FRONTAL .....                                           | 33 |
|       | ➤ ESTUDIO SOCIOECONÓMICO.....                                  | 34 |
|       | ➤ HISTORIA CLÍNICA GENERAL .....                               | 19 |
|       | ➤ NOTAS DE EVOLUCIÓN .....                                     | 21 |
|       | ➤ SOLICITUD-RECEPCIÓN DE INTERCONSULTA MÉDICA .....            | 23 |
|       | ➤ HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA/ TRASLADO .....       | 24 |
|       | ➤ ANESTÉSIA .....                                              | 36 |
|       | ➤ REGISTRO CLINICO DE ENFERMERÍA .....                         | 38 |
|       | <b>SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO:</b>      |    |
|       | ➤ INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA .....                                | 41 |
|       | ➤ PARTOGRAMA. ....                                             | 43 |
|       | ➤ UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS/ REGISTRO DE LA ENFERMERA..... | 45 |
|       | ➤ HOJA DE DIALISIS.....                                        | 47 |
|       | ➤ SOLICITUD DE LABORATORIO.....                                | 26 |
|       | ➤ SOLICITUD DE ESTUDIOS DE GABINETE.....                       | 28 |
|       | ➤ SOLICITUD DE INTERNAMIENTO.....                              | 49 |
|       | ➤ AUTORIZACIÓN DE SALIDA .....                                 | 50 |
|       | <b>OTROS DOCUMENTOS</b>                                        |    |
|       | ➤ CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....                       | 52 |
|       | ➤ NOTIFICACIÓN DE CASO MÉDICO LEGAL .....                      | 53 |
| VIII. | ANEXO. GLOSARIO DE TÉRMINOS .....                              | 55 |
| IX.   | VALIDACIÓN .....                                               | 56 |
| X.    | DIRECTORIO .....                                               | 58 |
| XI.   | APROBACIÓN.....                                                | 59 |

## PRESENTACIÓN

El Programa de Reforma del Sector Salud plasma la mejoría de la calidad de la atención en la presentación de los servicios de salud, como uno de los principales objetivos que en materia de salud se definen en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Alcanzar tal objetivo implica fortalecer y complementar los servicios y sus componentes.

El Instituto de Salud del Estado de México para garantizar con eficacia y oportunidad las demandas de la sociedad, ha venido instrumentando programas que contribuyan al fortalecimiento de una nueva gestión pública que responda con las expectativas de calidad de los servicios de salud a las que aspira la población de la Entidad; así, sobre las acciones integrales, que parten de una mejor atención de su personal en un trato digno, disminución de los tiempos de respuesta, mejor abastecimiento de los insumos, acondicionamiento de la infraestructura médica, hasta la sistematización, estandarización y actualización de sus instrumentos administrativos que permitan el manejo adecuado y transparente de la información que se genera en la atención son, entre otros, los factores que interactúan para lograr uno de los propósitos del modelo de salud en el Estado de México.

El instituto está centrando su atención en uniformar criterios y procedimientos tomando como uno de los elementos básicos, para la atención integral al paciente, la información emanada de la fuente primaria que es el Expediente Clínico, a fin de mejorar la satisfacción del usuario.

El Expediente Clínico es el documento que permite disponer de un registro organizado del proceso de salud-enfermedad del paciente y de las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación que se le practicaron; reúne un conjunto de documentos que identifican al usuario de los servicios y hace un relato patográfico individual, en donde se registran las etapas del estado clínico y de la evaluación cronológica del caso, hasta su solución parcial o total; mide el desempeño de los diferentes servicios que intervienen y la incertidumbre de los procedimientos realizados, así como las omisiones o deficiencias encontradas; es un instrumento para la enseñanza médica y la investigación clínica; es de carácter legal, confidencial y propiedad de la institución; para el instituto es un instrumento de autoevaluación del trabajo.

El Instituto de Salud establece este Manual Operativo, como un instrumento para aplicarse en las Unidades Médica del Segundo Nivel de Atención, con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de sus servicios, en beneficio de la población usuaria.

La elaboración de este documento, obedece a la voluntad de mostrar de una manera clara, sencilla y objetiva la integración de un documento de interés institucional y la aportación como modelo técnico está aquí, al alcance de todos.

## I. INTRODUCCIÓN

El Manual Operativo con el Instructivo de Llenado del Expediente Clínico para Unidades Médicas del Segundo Nivel de Atención basado en la Norma Oficial Mexicana NOM 168 SSA 1-1998 del Expediente Clínico, consta de diez apartados, el primero de ellos es la propia introducción. En el apartado dos se describe el objetivo general que pretende alcanzar el manual, en el tres se detallan los objetivos particulares del expediente clínico.

La base o fundamento legal del Expediente Clínico se menciona en el apartado número cuatro, solamente como referencia se listan los ordenamientos que tienen vinculación con éste. Asimismo, se incluyen las normas básicas para el uso y operación del expediente (capítulo cinco).

El sexto apartado contiene en forma gráfica el orden en que deberán colocarse los diferentes formatos que integran el expediente clínico familiar del primer nivel de atención.

El séptimo apartado está constituido por los formatos que integran el expediente clínico y su respectivo instructivo de llenado, indicando la forma y cómo se llena cada uno de los espacios, renglones y/o columnas que contiene cada uno de ellos.

Se incluye un apartado con los términos más importantes en un glosario.

Por último, como todos los documentos técnico administrativos generados en la institución, son validados por las diferentes áreas involucradas, por lo tanto el documento contiene un apartado con las firmas que aprueban el documento para su instrumentación y aplicación institucional.

## II. OBJETIVO GENERAL



Establecer los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo de los diversos formatos que integran el Expediente Clínico para Unidades Médicas del Segundo Nivel de Atención.

## III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mantener un control de las actividades que se le realizan al paciente para proporcionarle una atención médica de calidad;
- Contar con el registro adecuado que permita establecer el tratamiento médico del paciente;
- Disponer de información para realizar estudios epidemiológicos sobre la salud de la población en general;
- Integrar la historia clínica del paciente con fines de diagnóstico y control;
- Obtener antecedentes hereditarios y patológicos y establecer controles programados de fechas para la atención del paciente; y
- Servir de base para la investigación en la enseñanza médica.

## IV. BASE LEGAL

-  Ley General de Salud.
-  Ley Federal sobre Metrología y Normalización.
-  Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.
-  Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
-  Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.
-  Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico
-  Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de Sangre Humana y sus Componentes con fines Terapéuticos.
-  Norma Oficial Mexicana NOM-005 SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar
-  Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, para la Prevención y Control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud.
-  Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido.
-  Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993. Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.
-  Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer del Útero y de la Mama en la Atención Primaria.
-  Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria.
-  Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la Vigilancia Epidemiológica.
-  Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA2-1994, para la Prevención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas.

## V. NORMAS BÁSICAS

- El *Expediente Clínico* deberá elaborarse para todos los pacientes desde la primera vez;
- El *Expediente Clínico* debe ser llenado por el Médico;
- El *Expediente Clínico* deberá actualizarse en los siguientes casos: a). Cuando el paciente fue dado de alta y se presenta por cualquier nueva causa al servicio; y, b). Cuando el paciente abandone el tratamiento y regrese después de un mes;
- El *Expediente Clínico* es propiedad del Instituto, es un instrumento expedido en beneficio del paciente, por lo tanto deberá de conservarse por un período mínimo de cinco años, contados a partir de la última fecha del acto médico registrado.
- Los formatos que integran el *Expediente Clínico para el Segundo Nivel de Atención* deberán colocarse en el orden como se indican en este instructivo, con el propósito de estandarizar los archivos clínicos de las unidades médicas del Instituto, facilitar su ubicación y localización y permitir una mejor y ágil supervisión y aplicación de la normatividad;
- El médico, así como otros profesionales o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir los lineamientos establecidos en el presente documento, en forma ética y profesional;

- Los prestadores de servicio otorgarán la información verbal y el resumen clínico deberá ser solicitado por escrito, especificándose con claridad el motivo de la solicitud, por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico o autoridad competente;

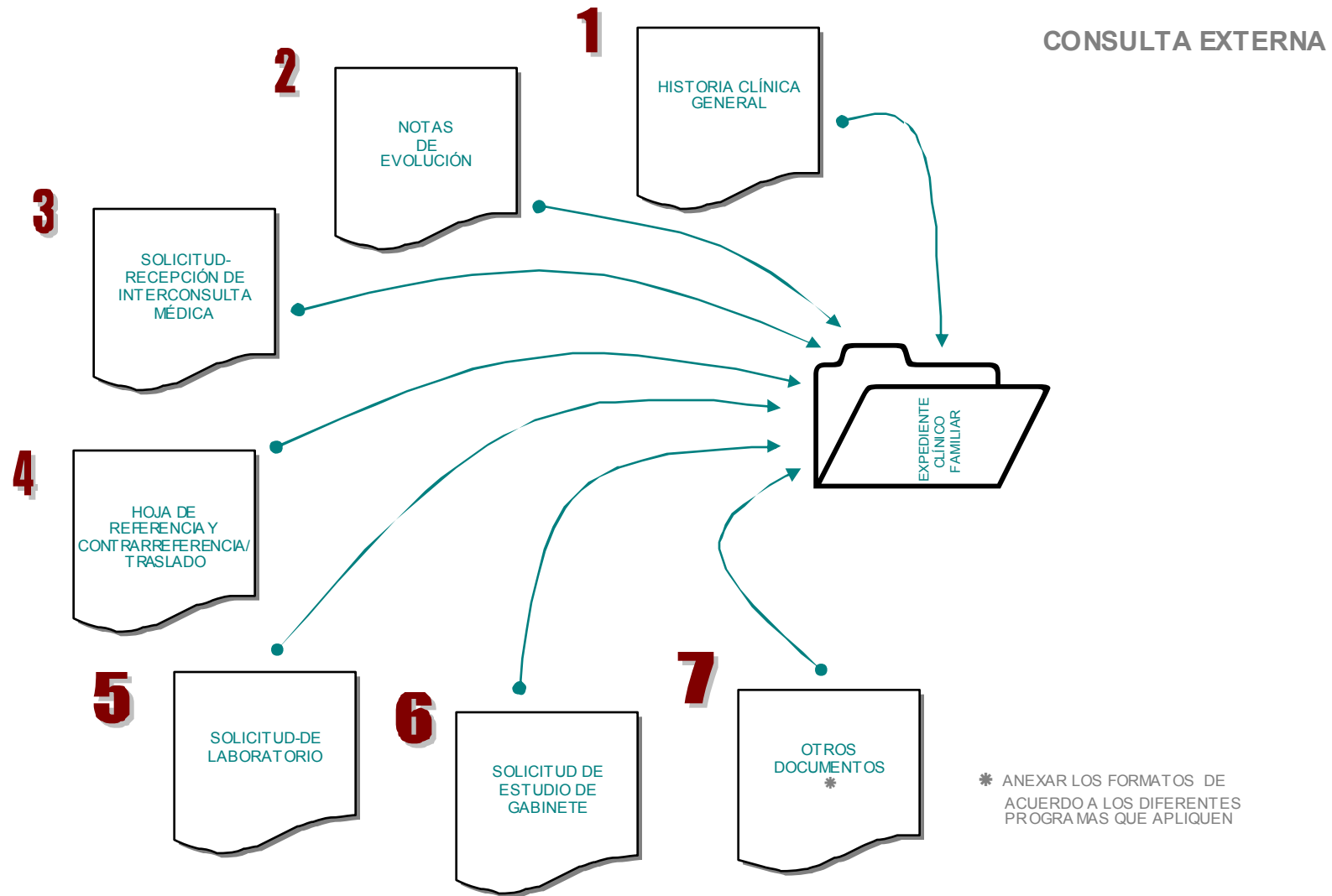
Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias.

- Las notas médicas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado;
- En todos los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente, para arbitraje médico;
- El empleo de medios magnéticos, electromagnéticos, de telecomunicaciones será exclusivamente de carácter auxiliar para el expediente clínico;
- Los formatos del *Expediente Clínico* deberán ser llenados con letra de molde legible y, en su caso, utilizar números arábigos;
- El *Consentimiento Informado* deberá estar firmado por la persona responsable que autoriza el tratamiento, en caso de que no sepa escribir deberá colocar su huella digital y el responsable del servicio registrará el nombre de la persona que autoriza el tratamiento o responsable legal;

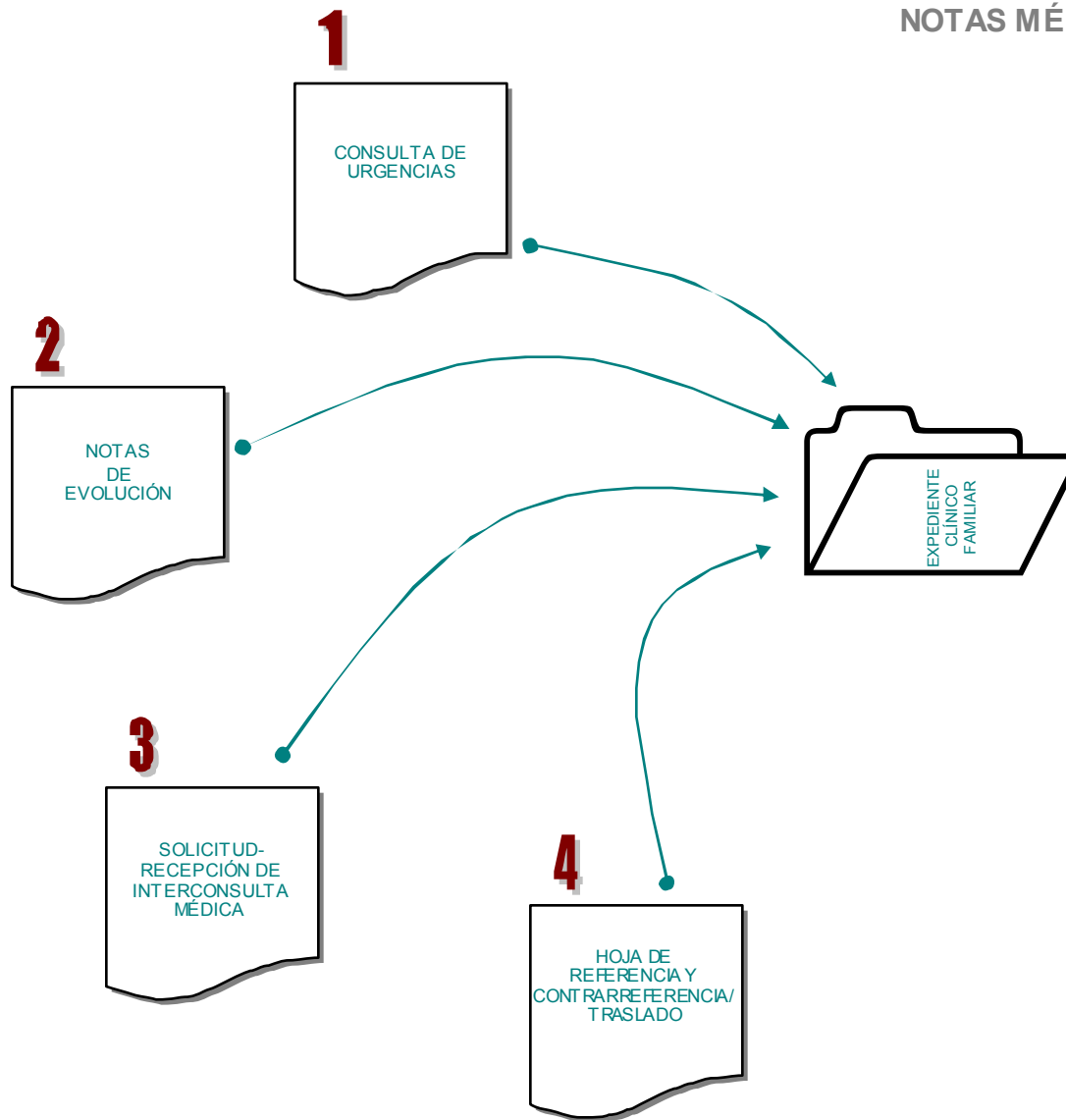
- El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios prestados de: consulta externa (general y especializada), urgencias y hospitalización.
- Aparte de los documentos regulados en el presente documento como obligatorios, se podrá contar además con: sistema de identificación de la condición del riesgo de tabaquismo activo o pasivo, hoja frontal, de revisión, trabajo social, dietología, ficha laboral y los que se consideren necesarios para la atención integral del paciente;
- En caso de que medie un contrato suscrito por las partes para la prestación de servicios de atención médica, deberá existir, invariablemente, una copia de dicho contrato en el expediente.

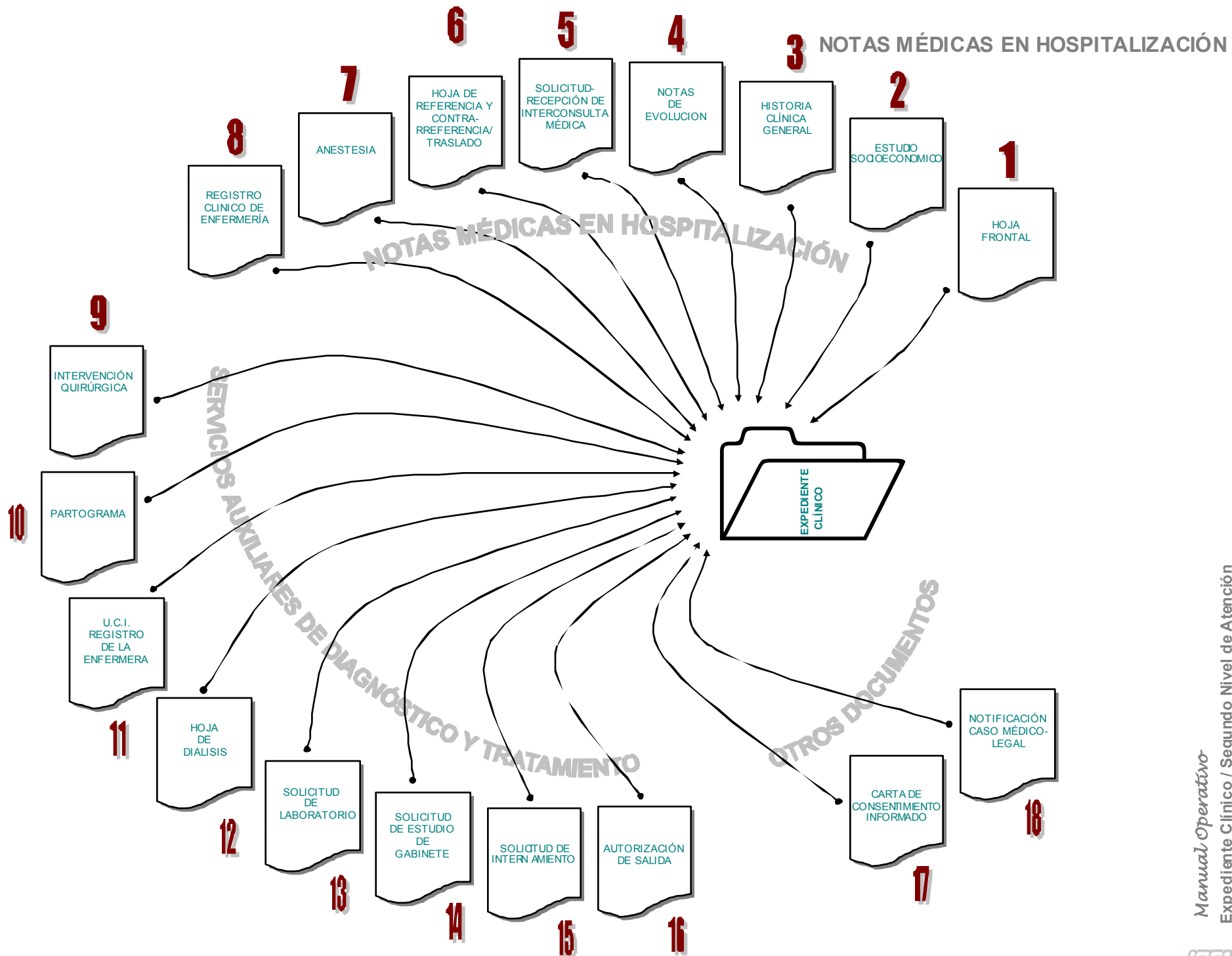
- Las notas iniciales o de ingreso, notas de indicaciones médicas y notas de egreso, sólo serán consideradas en los servicios de urgencias y hospitalización, y serán identificadas en el formato de “Notas de Evolución”.
- Para el caso de las notas de defunción y muerte fetal, se deberá utilizar el formato “Certificado de Muerte Fetal” que emite la Secretaría de Salud Federal.
- Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 60 fracciones I y V de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México, artículos 3.12 y 5.1 de su Reglamento, así como a los Criterios para la Clasificación de la Información Pública de las Dependencias, Organismos Auxiliares y Fideicomisos Públicos de la Administración Pública del Estado de México; la información contenida en los Expediente Clínicos es clasificada como **confidencial**.

## VI. ORDEN DE COLOCACIÓN DE LOS FORMATOS QUE INTEGRAN EL EXPEDIENTE CLÍNICO/ PARA UNIDADES MÉDICAS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN



## NOTAS MÉDICAS EN URGENCIAS





## VII. INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

## CARPETA O FÓLDER DEL EXPEDIENTE CLÍNICO(CARATULA)

|  GOBIERNO DEL<br>ESTADO DE MÉXICO |                                                                     |                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ANOTAR EL NOMBRE OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA.                                                                      | UNIDAD MÉDICA: _____                                                | FECHA DE APERTURA DE EXPEDIENTE: _____                                                                                             |
| <h1>EXPEDIENTE CLINICO</h1>                                                                                        |                                                                     | ANOTAR EL NÚMERO DE FOLIO QUE SE LE OTORGA AL PACIENTE                                                                             |
|                                                                                                                    |                                                                     | ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO DE LA APERTURA DEL EXPEDIENTE.                                                                            |
|                                                                                                                    |                                                                     | ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE, INICIANDO POR EL APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)                                     |
|                                                                                                                    |                                                                     | ANOTAR EL NOMBRE DE LA CALLE, NÚMERO, COLONIA, POBLACIÓN, MUNICIPIO Y ENTIDAD FEDERATIVA EN LA QUE RESIDA ACTUALMENTE EL PACIENTE. |
| DOMICILIO: _____                                                                                                   | NOMBRE DEL PACIENTE (AP ELLO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S))          |                                                                                                                                    |
| TELÉFONO: _____                                                                                                    | ANOTAR EL NÚMERO TELEFÓNICO DEL PACIENTE, INCLUYENDO LA CLAVE LADA. |                                                                                                                                    |
| GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO                                        |                                                                     | MARCAR CON UNA X EL RECUADRO CORRESPONDIENTE SEGÚN EL SEXO DEL PACIENTE.                                                           |

217B20000-000-06

## CARPETA O FOLDER DEL EXPEDIENTE CLÍNICO (INTERIOR IZQUIERDO)

| NOTAS MÉDICAS: NOM - 168                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. NOTAS DE INGRESO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> SIGNOS VITALES.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> RESUMEN DE INTERROGATORIO, EXPLORACIÓN FÍSICA Y ESTADO MENTAL, EN SU CASO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS EN LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> TRATAMIENTO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> PRONÓSTICO.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>7. NOTA DE EGRESO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> FECHA DE INGRESO Y EGRESO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> MOTIVO DE EGRESO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> DIAGNÓSTICOS FINALES.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> RESUMEN DE LA EVALUACIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> MANEJO DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> PROBLEMAS CLÍNICOS PENDIENTES.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> RECOMENDACIONES PARA VIGILANCIA AMBULATORIA.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> ATENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> PRONÓSTICO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> EN CASO DE DEFUNCIÓN, LAS CAUSAS DE LA MUERTE ACORDE AL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y SE SOLICITÓ Y OBTUVO ESTUDIO DE NECROPSIA HOSPITALARIA.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>2. NOTA INICIAL URGENCIAS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> FECHA Y HORA EN QUE SE OTORGA EL SERVICIO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> SIGNOS VITALES.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> MOTIVO DE LA CONSULTA.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> RESUMEN DE INTERROGATORIO, EXPLORACIÓN FÍSICA Y ESTADO MENTAL, EN SU CASO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO O PROBLEMAS CLÍNICOS.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS EN LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.</li> </ul>                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>3. NOTA DE EVOLUCIÓN:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> EVOLUCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL CUADRO CLÍNICO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> SIGNOS VITALES.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS EN LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO E INDICACIONES MÉDICAS, EN EL CASO DE MEDICAMENTOS SEÑALAR COMO MÍNIMO: DOSIS, DÍA Y PERIODICIDAD.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> EN EL CASO DE CONTROL DE EMBARAZADAS, NIÑOS SANOS, DIABÉTICOS, HIPERTENSOS, ENTRE OTROS, LAS NOTAS DEBERÁN INTEGRARSE CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS RESPECTIVAS.</li> </ul> | <b>8. NOTA DE INTERCONSULTA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> CRITERIO DIAGNÓSTICO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> PLAN DE ESTUDIOS.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> SUGERENCIAS DIAGNÓSTICAS Y TRATAMIENTO, ADEMÁS DE FECHA Y HORA EN QUE SE OTORGA LA ATENCIÓN.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> SIGNOS VITALES.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> MOTIVO DE CONSULTA.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> RESUMEN DE INTERROGATORIO, EXPLORACIÓN Y ESTADO MENTAL.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> RESULTADO DE ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> TRATAMIENTO PRONÓSTICO.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>4. NOTA DE REFERENCIA / TRASLADO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO QUE ENVÍA.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO RECEPTOR.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> RESUMEN CLÍNICO QUE INCLUIRÁ COMO MÍNIMO: <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ MOTIVO DE ENVÍO.</li> <li>➢ IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.</li> <li>➢ TERAPÉUTICA EMPLEADA, SI LA HUBO.</li> <li>➢ PLACAS DE RX, Y</li> <li>➢ EXÁMENES DE LABORATORIO, SI CUENTA CON ELLOS.</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>5. HOJA DE REFERENCIA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> HABITUS EXTERIOR.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> GRÁFICA DE SIGNOS VITALES.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS, FECHA, HORA, CANTIDAD Y VÍA.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMIENTOS REALIZADOS.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> OBSERVACIONES.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>9. NOTA POST-OPERATORIA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> OPERACIÓN PLANEADA.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> OPERACIÓN REALIZADA.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO POST-OPERATORIO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA QUIRÚRGICA.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> HALLAZGOS TRANS-OPERATORIOS.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> REPORTE DE GASAS Y COMPRESAS.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> INCIDENTES Y ACCIDENTES.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> CUANTIFICACIÓN DE SANGRADO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TRANS-OPERATORIO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> AYUDANTES, INSTRUMENTISTAS, ANESTESIOLOGO Y CIRCULANTE.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> ESTADO POST-QUIRÚRGICO INMEDIATO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> PLAN Y TRATAMIENTO POST-OPERATORIO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> PRONÓSTICO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> ENVÍO DE PIEZAS O BIOPSIAS.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> OTROS HALLAZGOS IMPORTANTES.</li> </ul> |
| <b>6. NOTA PRE-OPERATORIA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> FECHA DE CIRUGÍA.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> PLAN QUIRÚRGICO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> RIESGO QUIRÚRGICO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> CUIDADOS Y PLAN TERAPÉUTICO.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> PRONÓSTICO.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

NOTA: TODA NOTA MÉDICA DEBERÁ SER ELABORADA POR EL MÉDICO TRATANTE, VALIDANDO LA INFORMACIÓN ANOTANDO SU NOMBRE COMPLETO Y FIRMA.



**CARPETA O FOLDER DEL EXPEDIENTE CLINICO (INTERIOR DERECHO)**

[illegible]

## CARPETA O FOLDER DEL EXPEDIENTE CLINICO (REVERSO)

ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE CLASIFICA EL DOCUMENTO.

ANOTAR EL NÚMERO DE AÑOS POR LOS QUE SE MANTENDRÁ EL EXPEDIENTE CON CARÁCTER DE RESERVADO. SI EL EXPEDIENTE NO ES RESERVADO, SINO CONFIDENCIAL, DEBERÁ TACHARSE ESTE APARTADO.

SEÑALAR EL NOMBRE DE LOS ORDENAMIENTOS JURÍDICOS, EL O LOS ARTICULOS, FRACCIÓN(ES) Y PÁRRAFO(S) CON BASE EN LOS CUALES SE SUSTENTA LA RESERVA.

REGISTRAR LA RUBRICA DEL TITULAR DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA.

|                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                   |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|  <b>GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO</b> |  |                                                                |                           |
| FECHA DE CLASIFICACIÓN:                                                                                                |  | ISEM / 00023                                                                                                                                      | FECHA DE SESIÓN: 19/08/05 |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA:                                                                                                 |  | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD/<br>SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA/<br>UNIDADES DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL                                        |                           |
| RESERVADO:                                                                                                             |  |                                                                                                                                                   |                           |
| PERIODO DE RESERVA:                                                                                                    |  |                                                                                                                                                   |                           |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                      |  |                                                                                                                                                   |                           |
| APLICACIÓN DEL PERIODO DE RESERVA                                                                                      |  |                                                                                                                                                   |                           |
| CONFIDENCIAL:                                                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                               |                           |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                      |  | ART. 3.20 Y 3.22 DEL REGLAMENTO DE LA L.T.A.I.P.E.M./<br>CAP. III DE LOS CRITERIOS DE LA L.T.A.I.P.E.M./<br>NOM 168-SSA-1 1998 EXPEDIENTE CLÍNICO |                           |
| RÚBRICA DEL TITULAR DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA:                                                                       |  |                                                                                                                                                   |                           |
| FECHA DE DESCLASIFICACIÓN:                                                                                             |  |                                                                                                                                                   |                           |
| RÚBRICA Y CARGO DEL SERVIDOR PÚBLICO                                                                                   |  |                                                                                                                                                   |                           |

ANOTAR EL NOMBRE OFICIAL DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE LA CUAL ES TITULAR QUIÉN CLASIFICA.

EN CASO DE HABER SOLICITADO LA AMPLIACIÓN DEL PERIODO DE RESERVA, SE DEBERÁ ANOTAR EL NÚMERO DE AÑOS POR LOS QUE SE AMPLIA LA RESERVA.

SEÑALAR EL NOMBRE DEL O DE LOS ORDENAMIENTOS JURÍDICOS, EL O LOS ARTICULOS, FRACCIÓN(ES) Y PÁRRAFO(S) CON BASE EN LOS CUALES SE SUSTENTA LA CONFIDENCIALIDAD.

ANOTAR EL DÍA MES Y AÑO EN QUE LA INFORMACIÓN SE DESCLASIFICA.

REGISTRAR EL CARGO Y RUBRICA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE CLASIFICA.

## CONSULTA EXTERNA

- HISTORIA CLÍNICA GENERAL
- NOTAS DE EVOLUCIÓN
- SOLICITUD-RECEPCIÓN DE INTERCONSULTA MÉDICA
- HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA / TRASLADO
- SOLICITUD DE LABORATORIO
- SOLICITUD DE ESTUDIO DE GABINETE

### OTROS DOCUMENTOS

ANEXAR LOS FORMATOS DE ACUERDO A LOS DIFERENTES PROGRAMAS QUE APLIQUEN

## HISTORIA CLÍNICA GENERAL (ANVERSO)

**Historia Clínica General**

Gobierno del Estado de México  
Secretaría de Salud  
Instituto de Salud del Estado de México

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_\_\_ HORA DE ELABORACIÓN: \_\_\_\_\_ TIPO DE INTERROGATORIO: ☐ DIRECTO ☐ INDIRECTO

**I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)): \_\_\_\_\_ GÉNERO: ☐ MASC ☐ FEM

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR EN CASO DE SER MENOR DE EDAD O PERSONA CON CAPACIDADES DIFERENTES: \_\_\_\_\_

PARENTESCO CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

**II. ANTECEDENTES HEREDOTERAPIALES**

**III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS**

**IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

**V. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS**

**VI. PADECIMIENTO ACTUAL**

**VII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS**

**CARDIOVASCULAR:**

**RESPIRATORIO:**

**GASTROINTESTINAL:**

**GENITOURINARIO:**

**HEMÁTICO Y LINFÁTICO:**

**ENDÓCRINO:**

217B2000-0-01 5-06

**Manual Operativo**  
Paciente Clínico / Segundo Nivel de Atención

# HISTORIA CLÍNICA GENERAL (REVERSO)

ANOTAR LA TENSIÓN ARTERIAL, TEMPERATURA, FRECUENCIA CARDÍACA, FRECUENCIA RESPIRATORIA, SOMATOMETRÍA, PESO Y TALLA DEL PACIENTE.

DESCRIBA LA APARIENCIA EXTERNA QUE PRESENTA EL PACIENTE.

ANOTAR HALLAZGOS REPRESENTATIVOS DE LA EXPLORACIÓN DE:

ANOTAR LOS RESULTADOS ANTERIORES Y ACTUALES DE LOS DIFERENTES ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE, Y TODOS AQUELLOS QUE SE LE HAYAN PRACTICADO AL PACIENTE.

SEÑALAR LA DOSIS, VÍA, PERIODICIDAD Y DURACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS, ASÍ COMO EL TRATAMIENTO Y RESPUESTA AL MISMO.

JUICIO QUE EMITE EL MÉDICO RESPECTO A LA EVOLUCIÓN DE UNA ENFERMEDAD.

## ...VII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

NERVIOSO:

MUSCULOESQUELÉTICO:

PIEL, MUCOSAS Y ANEXOS:

## VIII. SIGNOS VITALES

T/A

TEMP

FREC. C.

FREC R.

PESO

TALLA

## IX. EXPLORACIÓN FÍSICA

HABITUS EXTERIOR:

CABEZA:

CUELLO:

TÓRAX:

ABDOMEN:

GENITALES:

EXTREMIDADES:

PIEL:

## X. RESULTADOS PREVIOS Y ACTUALES DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS:

## XI. DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS:

## XII. TX FARMACOLÓGICO:

TERAPÉUTICA EMPLEADA Y RESULTADOS (PREVIOS):

TERAPÉUTICA ACTUAL:

## XIII. PRONÓSTICO:

NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL MÉDICO

ANOTAR LOS SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO QUE REFIERE EL PACIENTE

ANOTAR LOS SÍNTOMAS MUSCULO-ESQUELÉTICOS QUE REFIERE EL PACIENTE

ANOTAR LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE PRESENTA EL PACIENTE EN PIEL Y MUCOSAS

DESCRIBA EL DIAGNÓSTICO O LOS PROBLEMAS Y DIFICULTADES CLÍNICAS QUE PRESENTA EL PACIENTE.

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CARGO DEL MÉDICO RESPONSABLE DE SU ELABORACIÓN

## NOTAS DE EVOLUCIÓN (ANVERSO)

**Gobierno del Estado de México**  
Secretaría de Salud  
Instituto de Salud del Estado de México

**ISSEM**

**Notas de Evolución**

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_ HOJA NO.

HOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)): \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ GÉNERO: ☐ MASC ☐ FEM

FECHA Y HORA: \_\_\_\_\_ NOTAS DE EVOLUCIÓN

DESCRIBA LA EVOLUCIÓN DEL ESTADO CLÍNICO QUE GUARDA EL PACIENTE. EN EL AMBULATORIO, CADA VEZ QUE ASISTA A CONSULTA Y EN EL HOSPITALARIO UNA VEZ AL DÍA O CUANTAS VECES SEA NECESARIO. AL CONCLUIR LA NOTA DE EVOLUCIÓN, ANOTAR NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE LA ELABORÓ.

NOTA: TODAS LAS NOTAS MÉDICAS DEBERÁN ESTAR FIRMADAS POR EL MÉDICO ADSCRITO DEL SERVICIO

217B20000-016-06

ANOTE EL NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA

ANOTE EL NOMBRE(S) Y APELLIDOS COMPLETOS DEL PACIENTE INICIANDO POR LOS APELLIDOS

ANOTE EL DÍA, MES, AÑO Y HORA EN QUE SE ELABORA LA NOTA MÉDICA.

ANOTAR EL NÚMERO DE HOJA CONSECUTIVO

ANOTE EL NÚMERO DE EXPEDIENTE QUE SE ASIGNA AL PACIENTE PARA SU IDENTIFICACIÓN

MARQUE CON UNA X MASCULINO O FEMENINO SEGÚN CORRESPONDA

ANOTE EL NÚMERO DE AÑOS Y MESES CUMPLIDOS DEL PACIENTE

## NOTAS DE EVOLUCIÓN (REVERSO)

[illegible]

# SOLICITUD-RECEPCIÓN DE INTERCONSULTA MÉDICA

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA

ANOTAR EL NÚMERO DE EXPEDIENTE QUE SE LE ASIGNA AL PACIENTE PARA SU IDENTIFICACIÓN.

ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE REQUISITA EL FORMATO

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE INICIANDO POR EL APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S)

ANOTAR LA HORA EN QUE SE ELABORA LA SOLICITUD

ANOTAR EL NOMBRE DEL SERVICIO HOSPITALARIO QUE SOLICITA LA INTERCONSULTA MÉDICA.

ANOTAR EL NÚMERO DE CAMA QUE SE LE ASIGNA AL PACIENTE EN SERVICIO.

ANOTAR LOS MOTIVOS QUE ORIGINAN LA SOLICITUD DE INTERCONSULTA A OTRO SERVICIO MÉDICO.

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE SOLICITA LA INTERCONSULTA.

ANOTAR EL NOMBRE DEL SERVICIO HOSPITALARIO AL CUAL SE SOLICITA LA INTERCONSULTA MÉDICA.

ANOTAR LA HORA EN QUE SE RECIBE LA SOLICITUD EN EL SERVICIO SOLICITADO.

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO QUE SOLICITA SERVICIO DE INTERCONSULTA MÉDICA.

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO QUE RECIBE LA SOLICITUD

ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE RECIBE LA SOLICITUD POR PARTE DEL SERVICIO SOLICITADO.

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE ATIENDE LA SOLICITUD

Gobierno del Estado de México  
Secretaría de Salud  
Instituto de Salud del Estado de México

**Solicitud-Recepción de Interconsulta Médica**

|                                                                      |                                           |      |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------|
| UNIDAD MÉDICA                                                        | FECHA DE SOLICITUD                        | HORA |
| NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)) | EXPEDIENTE                                | CAMA |
| SERVICIO QUE SOLICITA LA INTERCONSULTA                               | NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE             |      |
| MOTIVO DE LA INTERCONSULTA                                           |                                           |      |
| SERVICIO AL QUE SE LE SOLICITA LA INTERCONSULTA                      | NOMBRE DEL MÉDICO QUE RECIBE LA SOLICITUD |      |
| SOLICITÓ<br>(NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO)                              | FECHA DE RECIBIDO                         | HORA |
|                                                                      | RECIBIDÓ<br>(NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO)   |      |

217B20000-024-06

# HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (ANVERSO)

ANOTAR EL NOMBRE(S) Y APELLIDOS COMPLETOS DEL PACIENTE, INICIANDO POR LOS APELLIDOS

ANOTAR EL NOMBRE DE LA CALLE, NÚMERO, POBLACIÓN, CÓDIGO POSTAL, CIUDAD, TELÉFONO DEL PACIENTE.

ANOTAR EL MOTIVO QUE ORIGINA LA REFERENCIA DEL PACIENTE A OTRA UNIDAD MÉDICA (CONSULTA CON ESPECIALISTA, TRATAMIENTO, ESTUDIOS DE ESPECIALIDAD, ETC.)

ANOTAR EL NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA A LA QUE SE REFIERE EL PACIENTE.

ANOTAR EL NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS DEL MÉDICO TRATANTE, ESPECIFICANDO SI ES MÉDICO GENERAL O ESPECIALISTA

ANOTAR EL NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE QUE SE HARÁ CARGO DEL PACIENTE

ANOTAR EL NÚMERO CORRESPONDIENTE AL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL PACIENTE

ANOTAR EL NÚMERO DE AÑOS CUMPLIDOS, MESES CUANDO EL PACIENTE SEA MENOR DE UN AÑO O DÍAS CUANDO EL PACIENTE SEA MENOR DE UN MES

ANOTAR EL NOMBRE DE LA CALLE, NÚMERO Y COLONIA DE LA UNIDAD MÉDICA A LA QUE SE REFIERE EL PACIENTE

SE ANOTARÁ EL NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO QUE AUTORIZA LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE

SE ANOTARÁ LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE.

ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE EL PACIENTE ES REFERIDO A OTRA UNIDAD MÉDICA

ANOTAR DE MANERA PROGRESIVA EL NÚMERO DE FOLIO CORRESPONDIENTE A LA HOJA SRC

ANOTAR EL NÚMERO PROGRESIVO PARA CONTROL INTERNO DE CADA JURISDICCIÓN Y/O HOSPITAL.

MARQUE CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA ADULTO O NIÑO

ANOTAR EL NÚMERO DE AÑOS CUMPLIDOS, MESES CUANDO EL PACIENTE SEA MENOR DE UN AÑO O DÍAS CUANDO EL PACIENTE SEA MENOR DE UN MES

ANOTAR UNA "M" O UNA "F" SEGÚN SE TRATE MASCULINO O FEMENINO

SEÑALE CON UNA X SI LA REFERENCIA SE CONSIDERA DE URGENCIA

ANOTAR EL DIAGNÓSTICO ESTABLECIDO POR EL MÉDICO QUE REFIERE AL PACIENTE

ANOTAR EL NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD O SERVICIO AL QUE SE ENVÍA EL PACIENTE

ANOTE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO QUE LE CORRESPONDE AL PACIENTE DE ACUERDO A SU SITUACIÓN. ÉSTE SERÁ DETERMINADO EN LA UNIDAD QUE LO ATENDIÓ POR PRIMERA VEZ Y DEBERÁ SER RESPETADO EN EL RESTO DE LAS UNIDADES EN DONDE TENGA QUE SER ATENDIDO

MARCAR CON UNA X SI EL PACIENTE REQUIERE ATENCIÓN DE URGENCIA O NO; PARA EL CASO QUE SE REQUIERA, OBSERVAR PROCEDIMIENTO DE TRASLADO DE PACIENTES

ANOTAR UNA "M" O UNA "F" SEGÚN SE TRATE MASCULINO O FEMENINO

ANOTAR EL NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA QUE REFIERE AL PACIENTE

ANOTAR EL NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA A LA QUE SE REFIERE EL PACIENTE

ANOTAR EL NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD O SERVICIO AL QUE SE ENVÍA EL PACIENTE

SE ANEXARÁN LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE QUE SE HAYAN REALIZADO.

SECRETARÍA DE SALUD  
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

FOLIO: A 000000 SRC

☐ ADULTO ☐ PEDIATRICO

FECHA DE REFERENCIA \_\_\_\_\_ NO. DE CONTROL \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
AÑOS MESES M F

URG. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
DOMICILIO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
MOTIVO DE ENVO \_\_\_\_\_  
UNIDAD A LA QUE SE REFIERE \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE: \_\_\_\_\_  
CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA \_\_\_\_\_

NOTA: El tiempo de manejo exclusivo de primer nivel.

SECRETARÍA DE SALUD  
HOJA DE REFERENCIA / TRASLADO

FOLIO: A 000000 SRC

☐ ADULTO ☐ PEDIATRICO

Fecha \_\_\_\_\_ No. de control \_\_\_\_\_ Clasificación Socioeconómica \_\_\_\_\_ URGENCIA ☐ SI ☐ NO

II

NOMBRE (S) \_\_\_\_\_ APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_ NOMBRE (S) \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

III

UNIDAD QUE REFIERE \_\_\_\_\_

IV

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE \_\_\_\_\_  
DOMICILIO \_\_\_\_\_ CALLE \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_ COLONIA \_\_\_\_\_  
SERVICIO AL QUE SE ENVÍA \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA \_\_\_\_\_

V

MOTIVOS DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO): T.A. \_\_\_\_\_ TEMP. \_\_\_\_\_ F.R. \_\_\_\_\_  
F.C. \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_ ESCALA DE GLASGOW \_\_\_\_\_ SILVERMAN \_\_\_\_\_  
LLENADO CAPILAR \_\_\_\_\_  
PADECIMIENTO ACTUAL \_\_\_\_\_  
EVOLUCIÓN \_\_\_\_\_  
ESTUDIOS PARALÍNICOS (ANEXA) \_\_\_\_\_

DESCRIBIR DE MANERA CLARA Y COMPLETA, INCLUYENDO SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL PADECIMIENTO QUE MOTIVA LA REFERENCIA DEL PACIENTE A OTRA UNIDAD MÉDICA. EN CASO DE QUE LA REFERENCIA SEA MOTIVADA ÚNICAMENTE CON FINES DE ESTUDIOS DE LABORATORIO O GABINETE DEBERÁ JUSTIFICARSE EN ESTE RUBRO. ANOTAR EN EL RUBRO CORRESPONDIENTE LA TENSIÓN ARTERIAL, TEMPERATURA, FRECUENCIA RESPIRATORIA, FRECUENCIA CARDÍACA, PESO Y TALLA DEL PACIENTE.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA \_\_\_\_\_  
ANOTAR EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O PRESUNCIONAL QUE JUSTIFIQUE LA REFERENCIA \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD \_\_\_\_\_ NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE \_\_\_\_\_

REGISTRAR EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA UNIDAD QUE REFIERE AL PACIENTE.

REGISTRAR EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA UNIDAD MÉDICA QUE REFIERE AL PACIENTE, CON EL PROPÓSITO DE AVALAR EL PROCEDIMIENTO

## HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (REVERSO)

MARQUE CON UNA X EN EL LUGAR CORRESPONDIENTE, SI FUE ATENDIDO SE AGREGARÁ LA FECHA, SI NO FUE ATENDIDO SE ANOTARÁ EL MOTIVO EN EL RUBRO ¿POR QUÉ?

SE ANOTARÁ LA FECHA EN QUE SE REALIZA LA VISITA DOMICILIARIA DE SEGUIMIENTO QUE REALIZA EL PRIMER NIVEL, ESTA VISITA NO DEBERÁ EXCEDER A CINCO DÍAS POSTERIORES A LA FECHA DE REFERENCIA

SE ANOTARÁ LA FECHA DE ALTA DEL PACIENTE, EN LA UNIDAD MÉDICA QUE LO ATIENDIÓ.

SE ANOTARÁ EL NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA A LA QUE ASISTIÓ.

SE ANOTARÁ EL NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA QUE EMITE LA CONTRARREFERENCIA DEL PACIENTE.

SE HARÁN LAS ANOTACIONES QUE SE CONSIDEREN NECESARIAS DE LA VISITA REALIZADA O MOTIVO POR EL CUAL NO FUE ATENDIDO

VI

FECHA DE VISITA \_\_\_\_\_

SE LE ATENDIÓ: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿POR QUÉ? \_\_\_\_\_

FECHA DE ALTA \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA UNIDAD: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

NOTA: El talón es de manejo exclusivo de primer nivel.

SE ANOTARÁ EL NOMBRE DEL SERVICIO QUE ATIENDIÓ AL PACIENTE.

SE ANOTARÁ EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE REALICE LA CONTRARREFERENCIA.

VII

HOJA DE CONTRARREFERENCIA

UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE

NOMBRE: \_\_\_\_\_

SERVICIO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

SE ANOTARÁ EL O LOS DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS PROBABLES, MOTIVO DE SU INGRESO

SE ANOTARÁN LAS CONDICIONES CLÍNICAS EN LAS QUE EL PACIENTE REFERIDO INGRESA A LA UNIDAD MÉDICA, ASÍ COMO SU EVOLUCIÓN DURANTE SU ESTANCIA EN LA MISMA Y LAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS QUE SE LLEVARÁN A CABO, SEÑALANDO EL NOMBRE DE LOS MEDICAMENTOS, LA DOSIS Y LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO, ASÍ COMO ANOTAR LOS RESULTADOS DE LABORATORIO Y GABINETE.

VIII

MANEJO DEL PACIENTE

PADECIMIENTO ACTUAL \_\_\_\_\_

EVOLUCIÓN \_\_\_\_\_

ESTUDIOS PARACLÍNICOS (ANEXAR) \_\_\_\_\_

SE ANOTARÁ EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DEL ESTADO PATOLÓGICO CON EL QUE EGRESA EL PACIENTE.

SE ANOTARÁN SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE EL CASO CLÍNICO PARA EL CONTROL SUBSECUENTE DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ORIGEN. EN ESTE SE INCLUIRAN LAS SUGERENCIAS DE MANEJO HIGIÉNICO-DIETÉTICAS, INDICAR SI SE CONTINUA EL TRATAMIENTO, REGRESO A LA CONSULTA SUBSECUENTE, AL SERVICIO Y LA FECHA; ASÍ COMO SE INFORMARÁ EN EL CASO DE ENVIAR AL PACIENTE A OTRA ÁREA DE ESPECIALIDAD.

SE ANOTARÁ SI O NO, Y EN CASO AFIRMATIVO LA FECHA DE NUEVA CITA A LA CONSULTA.

DIAGNOSTICO DE INGRESO: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO DE EGRESO: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_

Debe regresar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

En caso de dudas comunicarse con el médico que envió al teléfono: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD \_\_\_\_\_

SE ANOTARÁ EL NÚMERO TELEFÓNICO DEL MÉDICO RESPONSABLE PARA CUALQUIER OBSERVACIÓN

ANOTARÁ EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE QUE CONTRARREFIERE AL PACIENTE.

SE ANOTARÁ EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA UNIDAD QUE CONTRARREFIERE AL PACIENTE.



# SOLICITUD DE LABORATORIO (ANVERSO)

**UNIDAD MÉDICA:** ANOTAR EL NOMBRE OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA.

**EXPEDIENTE:** ANOTAR EL NÚMERO DE EXPEDIENTE QUE SE LE ASIGNA AL PACIENTE PARA SU IDENTIFICACIÓN.

**NOMBRE DEL PACIENTE:** ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS DEL PACIENTE.

**EDAD:** ANOTAR EL NÚMERO DE AÑOS CUMPLIDOS DEL PACIENTE.

**GÉNERO:** MAQUE CON UNA X MASCULINO O FEMENINO SEGÚN CORRESPONDA.

**FECHA DE SOLICITUD:** ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO DE LA SOLICITUD DEL OS ESTUDIOS DE LABORATORIO.

**FECHA DE ENTREGA DE RESULTADOS:** ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE ENTREGAN LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS SOLICITADOS.

**HOSPITALIZACIÓN:** MARQUE CON UNA X EL RECUADRO EN EL CASO DE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRE HOSPITALIZADO.

**CONSULTA EXTERNA:** MARQUE CON UNA X EL RECUADRO EN EL CASO DE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRE EN CONSULTA EXTERNA.

**MÉDICO:** ANOTAR EL NOMBRE DEL MÉDICO QUE SOLICITA LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO.

**SERVICIO:** ANOTAR EL NOMBRE DEL SERVICIO MÉDICO EN QUE SE ENCUENTRA EL PACIENTE.

**CAMA:** ANOTAR EL NÚMERO DE CAMA EN QUE SE ENCUENTRA EL PACIENTE HOSPITALIZADO.

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROFESIONISTA RESPONSABLE DE REALIZAR LA PRUEBA DE LABORATORIO.



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



## Solicitud de Laboratorio

|                      |                                 |                                           |                                                                        |
|----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| UNIDAD MÉDICA:       |                                 | EXPEDIENTE:                               |                                                                        |
| NOMBRE DEL PACIENTE: |                                 | EDAD:                                     | GÉNERO:<br>MASC. <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/> |
| FECHA DE SOLICITUD:  | FECHA DE ENTREGA DE RESULTADOS: | HOSPITALIZACIÓN: <input type="checkbox"/> | CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/>                              |
| MÉDICO:              | SERVICIO:                       | DIAGNÓSTICO:                              | CAMA:                                                                  |

### HEMATOLOGÍA - INMUNOLOGÍA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>FORMULA ROJA</b><br>Hemoglobina _____ (g/dl)<br>Hematocrito _____ %<br>VCM _____ fL<br>MCH _____ pg<br>MCHC _____ g/dl<br>RDW _____ %<br>T. Reticuladas _____ %<br>T. Sanguado _____ mm<br>T. Polimorfa _____ %<br>T. P.T. _____ seg<br>T. T. _____ seg<br>T. Trombina _____ seg<br>T. Fibrinógeno _____ mg/dl<br>T. Factor D _____ seg<br>T. Coombs Directo _____<br>Anomalías _____ |  |  |  | <input type="checkbox"/> <b>FORMULA BLANCA</b><br>Leucocitos _____ /mm <sup>3</sup><br>Linfocitos _____ %<br>Monocitos _____ %<br>Eosinófilos _____ %<br>Basófilos _____ %<br>Segmentados _____ %<br>Bandas _____ %<br>Metamorfosis _____ %<br>Mieloblastos _____ %<br>Anomalías _____ |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|

### QUÍMICO SANGUÍNEO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1930 Glucosa _____ mg/dl<br>1930 Urea _____ mg/dl<br>1930 Creatinina _____ mg/dl<br>1930 Colesterol _____ mg/dl<br>1930 Tricloroácido _____ mg/dl<br>1930 Proteínas Totales _____ mg/dl<br>1930 Albúmina _____ mg/dl<br>1930 Relación A/G _____<br>1930 Tolerancia a la Glucosa _____ mg/dl<br>1930 Glucosa 10 minutos _____ mg/dl<br>1930 Glucosa 20 minutos _____ mg/dl | 1930 Glucosa Poliglandular _____ mg/dl<br>1930 Bilirrubina Total _____ mg/dl<br>1930 Bilirrubina Indir _____ mg/dl<br>1930 Fosfatos A/G _____ UI<br>1930 Fosfatos P/A _____ UI<br>1930 T.G.P. (ALT) _____ UI<br>1930 Amilasa _____ UI<br>1930 LDH _____ UI | 1930 H.D.L. Colesterol _____ mg/dl<br>1930 L.D.L. Colesterol _____ mg/dl<br>1930 C.P.K. Total _____ UI<br>1930 Calcio _____ mg/dl<br>1930 Fósforo _____ mg/dl<br>1930 Magnesio _____ mEq/l<br>1930 Sodio _____ mEq/l<br>1930 Potasio _____ mEq/l<br>1930 Cloro _____ mEq/l<br>1930 Depuración de Creatinina _____ ml/min<br>1930 C.K.M.B. _____ UI |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 202 01 EXAMEN GENERAL DE ORINA

|                     |                  |                   |                   |                 |
|---------------------|------------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| Aspecto _____       | Color _____      | Densidad _____    | pH _____          | Glucosa _____   |
| Proteínas _____     | Acetona _____    | Hemoglobina _____ | Bilirrubina _____ | Nitritos _____  |
| Urobilínógeno _____ | Leucocitos _____ | Eritrocitos _____ | Cilindros _____   | Bacterias _____ |
| Oxalatos _____      |                  | Otros _____       |                   |                 |

### BACTERIOLOGÍA - PARASITOLOGÍA

|                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1910 Faringo _____<br>1910 Nasal _____<br>1910 Oído _____<br>1910 Uretral _____<br>1910 Vaginal _____<br>1910 Coprocultivo _____<br>1910 Espermocultivo _____<br>1910 Expectoración _____<br>1910 Líquido Gástrico _____<br>1910 Ocular _____<br>1910 Otros _____ | 2000 Coproparasitoscopia _____<br>2000 2 _____<br>2000 3 _____<br>2000 Ambisensibilidad _____<br>2000 Gahan _____<br>2000 Sangre oculta en heces _____<br>2000 Otros estudios especiales _____<br>2000 Espermatozoos _____<br>2000 Espermatozoos anormales _____ | 2010 Microscopias _____<br>2010 Tinción de Gram _____<br>2010 Tinción de BAA _____<br>2010 Tinción de Papanicolaou _____<br>2010 RESULTADOS _____<br>2010 Microorganismo aislado _____ |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### PRUEBA DE SENSIBILIDAD

|                       |                        |                          |                      |                         |                       |
|-----------------------|------------------------|--------------------------|----------------------|-------------------------|-----------------------|
| 1. Amikacina _____    | 2. Ampicilina _____    | 3. Carbencilina _____    | 4. Cefalotina _____  | 5. Cefotaxima _____     | 6. Ceftriaxona _____  |
| 7. Clindamicina _____ | 8. Gentamicina _____   | 9. Nitrofurantoina _____ | 10. Ofloxacina _____ | 11. Rifampicina _____   | 12. TMP-SMX _____     |
| 13. Cefuroxima _____  | 14. Doxiciclina _____  | 15. Tetradina _____      | 16. Cefazidima _____ | 17. Enteroquinona _____ | 18. Lincomicina _____ |
| 19. Penicilina _____  | 20. Sulfadiazina _____ | 21. Sensible _____       | 22. Resistente _____ | 23. Resistente _____    | 24. Resistente _____  |

ELABORÓ

Nombre y Firma

217B 20000-025-06

MARCAR CON UNA X EL RECUADRO CORRESPONDIENTE A LOS EXAMENES SOLICITADOS.

CUANDO SE TRATE DE PARAMETROS AISLADOS; ENCERRAR EN UN CÍRCULO LA CLAVE DEL ESTUDIO REQUERIDO.

**EL LABORATORIO DE LA UNIDAD:** ANOTARÁ LOS RESULTADOS DE LOS EXAMENES REQUERIDOS EN LOS ESPACIOS RESPECTIVOS DE ESTE FORMATO CUANDO LOS EXAMENES SE REALICEN EN EL LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA O EN UN LABORATORIO PARTICULAR, EL MÉDICO SOLICITANTE DEBERÁ FIRMAR LA SOLICITUD Y EL LABORATORIO RESPECTIVO ENVIARÁ UN DOCUMENTO QUE CONTENGA LOS RESULTADOS DE LOS EXAMENES SOLICITADOS.

## VALORES DE REFERENCIA.

Considerando un'altitudine di 2.200 – 2.600

VALORES ABSOLUTOS DE LEUCOCITOS: (No. LEUCOCITOS (%) 100)

QUÍMICA SANGUÍNEA

## EXAMEN GENERAL DE ORINA

|           |                                        |
|-----------|----------------------------------------|
| Ph        | 5.0-8.0 (promedio 6.0)                 |
| Color:    | Amarillo, Paja o Amb ar                |
| Aspecto:  | Transparen te o Li gera mente Tu rbi o |
| Densidad: | 1.010 - 1.025                          |

|                        |                                                     |
|------------------------|-----------------------------------------------------|
| Glucosa                | Negativo                                            |
| Proteínas (albumi na)  | 1 – 14 mg/dl ( no de tectable por ci ntilla )       |
| Cuerpos Cet onicos     | Negativo                                            |
| Hemoglobi na o Sang re | Negativo                                            |
| Nitritos Bacterias     | Negativo                                            |
| Bilirubina             | 0.0 – 0.02 mg/dl ( n o de tectable p or ci ntilla ) |
| Urobilinogeno          | 0.1 – 1.0 U. Eritrichimi                            |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| Leucocitos                      | 0 – 16 ca mpo       |
| Eritrocitos                     | 0 – 1 ca mpo        |
| Cilindros hialinos y granulosos | negativo a causales |

# SOLICITUD DE ESTUDIO DE GABINETE

ESPECIFIQUE EL NOMBRE DEL SERVICIO EN EL QUE SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO EL PACIENTE

ANOTE EL NÚMERO DE CAMA QUE OCUPA EL PACIENTE

ANOTE EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE SOLICITA EL ESTUDIO

ANOTE LA HORA Y MINUTOS EN QUE SE SOLICITA AL ESTUDIO

ANOTE EL NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA

ANOTE EL NÚMERO DE EXPEDIENTE ASIGNADO AL PACIENTE

MARQUE CON UNA X EL RECUADRO QUE CORRESPONDA SEGÚN EL SERVICIO DEL CUAL PROVENGA EL PACIENTE

MARQUE CON UNA X SI EL PACIENTE ES DE PRIMERA VEZ O SUBSECUENTE

ESCRIBA EL NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL PACIENTE

MARQUE CON UNA X EL GÉNERO AL QUE CORRESPONDA

ANOTE EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO O DEFINITIVO DEL PACIENTE.

DESCRIBA LOS DATOS CLÍNICOS QUE PRESENTA EL PACIENTE ANTES DEL ESTUDIO SOLICITADO.

ANOTE EL NÚMERO DE AÑOS CUMPLIDOS DEL PACIENTE

DESCRIBA EL TIPO DE ESTUDIO A REALIZAR, SEGÚN EL DIAGNÓSTICO QUE PRESENTE EL PACIENTE

ANOTE EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE SOLICITA EL ESTUDIO

ANOTE EL DÍA, MES Y AÑO DE LA PRÓXIMA CONSULTA

DESCRIBA EL DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE POR EL CUAL SE SOLICITA EL ESTUDIO REQUERIDO

MARQUE CON UNA X EL TAMAÑO DE LA PLACA UTILIZADA

DESCRIBA ESPECÍFICAMENTE LOS RESULTADOS QUE ARROJO EL ESTUDIO REALIZADO.

ANOTE LA CLAVE QUE IDENTIFICA EL TIPO DE ESTUDIO REALIZADO

REGISTRAR EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE EFECTÚA LA INTERPRETACIÓN DEL ESTUDIO.

REGISTRE EL NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS DEL MÉDICO RADIOLOGO

DESCRIBA LAS ACCIONES RELEVANTES QUE SE DEBAN TOMAR EN CUENTA PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE

217B2 000 0-02 6-06

Manual Operativo  
Expediente Clínico / Segundo Nivel de Atención

## OTROS DOCUMENTOS

ANEXAR LOS FORMATOS DE ACUERDO A LOS DIFERENTES PROGRAMAS QUE APLIQUEN

## NOTAS MÉDICAS EN URGENCIAS

- CONSULTA DE URGENCIAS
- NOTAS DE EVOLUCIÓN
- SOLICITUD-RECEPCIÓN DE INTERCONSULTA MÉDICA
- HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA / TRASLADO

# CONSULTA DE URGENCIAS

ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE REQUISITA EL FORMATO.

ESCRIBA EL NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS DEL PACIENTE.

ANOTE LA OCUPACIÓN O TRABAJO QUE REALIZA ACTUALMENTE

ANOTE LA FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE (DÍA, MES Y AÑO)

ANOTAR EL NOMBRE DEL LUGAR DE DONDE PROVIENE EL PACIENTE

ANOTAR NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS DE LA PERSONA QUE SE RESPONSABILIZA DEL PACIENTE

ANOTAR EL NOMBRE DE LA CALLE, NÚMERO, COLONIA, MUNICIPIO Y ESTADO, DONDE RECIDEN LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE.

ANOTAR LOS ANTECEDENTES CLÍNICOS RELACIONADOS CON LA URGENCIA

ANOTAR Y DESCRIBIR LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL PADECIMIENTO ACTUAL

ANOTAR EL TIPO DE TRATAMIENTO LLEVADO A CABO AL PACIENTE

IX, X, XI.- MARQUE CON UNA X SI O NO SEGÚN CORRESPONDA

ANOTE EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR AL QUE SE LE NOTIFICA DEL CASO MÉDICO LEGAL.

MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA

ANOTAR LA HORA Y LOS MINUTOS EN QUE SE ELABORA LA NOTA

ANOTAR EL NÚMERO DE EXPEDIENTE ASIGNADO AL PACIENTE

MARCAR CON UNA X EL TIPO DE INTERROGATORIO QUE CORRESPONDA

ANOTAR EL ESTADO CIVIL ACTUAL DEL PACIENTE (CASADO, SOLTERO, VIUDO, DIVORCIADO, ETC.)

MARQUE CON UNA X EL GÉNERO AL QUE CORRESPONDA.

ANOTAR LA DIRECCIÓN DE LA EMPRESA O LUGAR DONDE LABORA.

ANOTE LA(S) CALLE(S), COLONIA, MUNICIPIO O CIUDAD DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE.

ANOTE EL PARENTESCO QUE TIENE CON EL PACIENTE

ANOTAR EL NÚMERO TELEFÓNICO DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

IV. SIGNOS VITALES: ANOTAR LA TENSIÓN ARTERIAL, TEMPERATURA, FRECUENCIA CARDÍACA, FRECUENCIA RESPIRATORIA, PESO, TALLA

ANOTAR LOS HALLAZGOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA DETECTADOS AL PACIENTE

ANOTAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS, REALIZADAS AL PACIENTE.

ANOTAR EL (LOS) DIAGNÓSTICO(S) DETECTADOS AL PACIENTE

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE EN CASO DE ALTA VOLUNTARIA.

ANOTE EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

ANOTE EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

217B20000-027-06

Gobierno del Estado de México  
Secretaría de Salud  
Instituto de Salud del Estado de México

**Consulta de Urgencia**

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE REGISTRO: \_\_\_\_\_ HORA DE ELABORACIÓN: \_\_\_\_\_ TIPO DE INTERROGATORIO: ☐ DIRECTO ☐ INDIRECTO

**I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES): \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ GÉNERO: ☐ MASC ☐ FEM

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ EN SU CASO, LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_ EN SU CASO, LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**II. ANTECEDENTES RELACIONADOS CON LA URGENCIA**

**III. PADECIMIENTO ACTUAL**

**IV. SIGNOS VITALES**

T.A.: \_\_\_\_\_ TEMP.: \_\_\_\_\_ FREQ. C.: \_\_\_\_\_ FREQ. R.: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_

**V. EXPLORACIÓN FÍSICA**

**VI. RESULTADOS DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS**

**VII. DIAGNÓSTICO(S) PRESUNCIONAL(ES) (PRINCIPAL Y OTROS)**

**VIII. TRATAMIENTO REALIZADO**

**IX. URGENCIA CALIFICADA** ☐ SI ☐ NO

**X. CASO MÉDICO LEGAL** ☐ SI ☐ NO

**XI. SE NOTIFICÓ AL MINISTERIO PÚBLICO** ☐ SI ☐ NO

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR AL QUE SE LE NOTIFICA QUE ES UN CASO MÉDICO-LEGAL: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE EN CASO DE TRATARSE DE UN PACIENTE MENOR DE EDAD O CON CAPACIDADES DIFERENTES: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE EN CASO DE ALTA VOLUNTARIA: \_\_\_\_\_

DESTINO: ☐ OBSERVACIÓN ☐ HOSPITALIZACIÓN ☐ CONSULTA EXTERNA ☐ ALTA ☐ REFERENCIA ☐ TRANSFERENCIA ☐ TRASLADO ☐ DEFUNCIÓN

NOMBRE Y FIRMA MÉDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_

## NOTAS MÉDICAS EN HOSPITALIZACIÓN

- HOJA FRONTAL
- ESTUDIO SOCIOECONÓMICO
- HISTORIA CLÍNICA GENERAL
- NOTAS DE EVOLUCIÓN
- SOLICITUD-RECEPCIÓN DE INTERCONSULTA MÉDICA
- HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA/ TRASLADO
- ANESTESIA
- REGISTRO CLÍNICO DE ENFERMERÍA

### SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

- INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
- PARTOGRAMA
- UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS/ REGISTRO DE LA ENFERMERA
- HAJA DE DIALISIS
- SOLICITUD DE LABORATORIO
- SOLICITUD DE ESTUDIO DE GABINETE
- SOLICITUD DE INTERNAMIENTO
- AUTORIZACIÓN DE SALIDA

### OTROS DOCUMENTOS

- CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
- NOTIFICACIÓN DE CASO MÉDICO LEGAL

## HOJA FRONTAL

[illegible]

# ESTUDIO SOCIOECONÓMICO (ANVERSO)

**HOSPITAL:** ANOTAR EL NOMBRE OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA.

**SERVICIO:** ANOTAR EL NOMBRE DEL SERVICIO MÉDICO DE QUE HACE USO EL PACIENTE.

**EXPEDIENTE:** ANOTAR EL NÚMERO DEL EXPEDIENTE QUE SE LE ASIGNA AL PACIENTE PARA SU IDENTIFICACIÓN.

**NIVEL DE PAGO:** REGISTRAR EL NIVEL CORRESPONDIENTE DENTRO DE LA ESCALA DE ACLIFICACIONES, DE ACUERDO A LA CATEGORÍA ASIGNADA (1,2,3,4,5,6,0 EXENTO)

**NOMBRE:** ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS DEL PACIENTE.

**EDAD:** ANOTAR EL NÚMERO DE AÑOS CUMPLIDOS DEL PACIENTE.

**OCUPACIÓN:** ANOTAR EL NOMBRE DE LA PROFESIÓN O ACTIVIDAD A LA QUE SE DEDICA EL PACIENTE.

**DOMICILIO:** ANOTAR EL NOMBRE DE LA CALLE, NÚMERO EXTERIOR, INTERIOR, NOMBRE DE LA POBLACIÓN O COLONIA, MUNICIPIO AL QUE PERTENECE Y ENTIDAD FEDERATIVA.

**LUGAR DE NAC.:** ANOTAR EL NOMBRE DEL LUGAR DE ORIGEN DEL PACIENTE.

**FECHA DE NAC.:** ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE NACIO EL PACIENTE.

**ESCOLARIDAD:** ANOTAR EL ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS QUE TIENE EL PACIENTE.

**ESTADO CIVIL:** ANOTAR EL ESTADO CIVIL DEL PACIENTE: CASADO, SOLTERO, VIUDO, DIVORCIADO, UNIÓN LIBRE, SEGÚN SEA EL CASO.

**SEG. SOCIAL:** MARQUE CON UNA X SI O NO; EN CASO CONTAR CON SEGURO SOCIAL, ESPECIFIQUE EL NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN.

**RESPONSABLE DEL PACIENTE:** ANOTAR EL NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA QUE RESPONSABILIZA DEL PACIENTE.

**PARENTESCO:** ANOTAR LA RELACIÓN CONSANGUÍNEA O MORAL QUE LO UNE CON EL PACIENTE: PAPÁ, MAMÁ, TIO, HIJO, AMIGO, ETC.



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

## Estudio Socioeconómico

|                |                     |                     |
|----------------|---------------------|---------------------|
| HOSPITAL:      | FECHA DE ESTUDIO:   | CAMA:               |
| SERVICIO:      | FECHA DE INGRESO:   | VIGENCIA:           |
| EXPEDIENTE:    | DIAGNÓSTICO MÉDICO: | CASO LEGAL: SI / NO |
| NIVEL DE PAGO: |                     |                     |

### DATOS DEL PACIENTE

|                              |                                   |              |
|------------------------------|-----------------------------------|--------------|
| NOMBRE:                      | EDAD:                             | OCUPACIÓN:   |
| DOMICILIO:                   |                                   |              |
| LUGAR DE NAC.:               | FECHA DE NAC.:                    | ESCOLARIDAD: |
| EDO. CIVIL:                  | SEG. SOCIAL: NO: SI: ESPECIFIQUE: |              |
| RESPONSABLE DEL PACIENTE:    |                                   | PARENTESCO:  |
| IDENTIFICACIÓN QUE PRESENTA: | No. DE FOLIO DE IDENTIFICACIÓN:   |              |
| DOMICILIO DEL RESPONSABLE:   |                                   | TELÉFONO:    |

### I. ESTRUCTURA FAMILIAR

| MARQUE UNA SOLA OPCIÓN                  |              |               |                          |
|-----------------------------------------|--------------|---------------|--------------------------|
| No. DE PERSONAS                         | CALIFICACIÓN | OBSERVACIONES | CALIFICACIÓN ASPECTO "1" |
| DE 1 A 2 INTEGRANTES                    | 10           |               |                          |
| DE 3 A 4 INTEGRANTES                    | 8            |               |                          |
| DE 5 A 6 INTEGRANTES                    | 7            |               |                          |
| DE 7 A 8 INTEGRANTES                    | 6            |               |                          |
| DE 9 O MÁS INTEGRANTES                  | 5            |               |                          |
| DE 1 A 2 INTEGRANTES MAYORES DE 60 AÑOS | 2            |               |                          |
| INDÍGENA O ABANDONADO                   | 1            |               |                          |

### MOTIVO DEL ESTUDIO

|                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|
| ANOTAR EL MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITÓ LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO. |
|-------------------------------------------------------------------------------------|

### ASPECTOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE

|                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| REGISTRAR EL ESTADO FÍSICO Y SINTOMATOLOGÍA EN EL QUE LLEGÓ EL PACIENTE A LA UNIDAD MÉDICA. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|

### DINÁMICA FAMILIAR

|                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ESPECIFICAR CÓMO SE INTERRELACIONA LA FAMILIA Y SI ES O NO UNA ESTRUCTURA CONVENCIONAL, ESTABLE, ETC. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### II. INGRESO FAMILIAR MENSUAL

| MARQUE SOLO UNA OPCIÓN                  |              |                                  |    |
|-----------------------------------------|--------------|----------------------------------|----|
| INGRESOS                                | CALIFICACIÓN | SALARIO MÍNIMO DE LA REGIÓN (28) | \$ |
| SIN INGRESO O MENOS DE 1 SALARIO MÍNIMO | 1            |                                  |    |
| DE MÁS DE 1 SALARIO MÍNIMO Y MENOS DE 2 | 4            | (entre)                          |    |
| DE 2 SALARIOS MÍNIMOS                   | 5            |                                  |    |
| DE 3 SALARIOS MÍNIMOS                   | 6            |                                  |    |
| DE 4 SALARIOS MÍNIMOS                   | 8            |                                  |    |
| DE 5 O MÁS SALARIOS MÍNIMOS             | 10           |                                  |    |

**FECHA DE ESTUDIO:** ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE REALIZA EL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO.

**FECHA DE INGRESO:** ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE INGRESA EL PACIENTE A LA UNIDAD MÉDICA.

**DIAGNÓSTICO MÉDICO:** ANOTAR EL NOMBRE DE LA ENFERMEDAD QUE PRESENTA EL PACIENTE.

**CAMA:** ANOTAR EL NÚMERO DE CAMA QUE OCUPA EL PACIENTE.

**VIGENCIA:** ANOTAR LA FECHA QUE PERMANECERÁ VIGENTE EL ESTUDIO REALIZADO.

**CASO LEGAL:** MARQUE CON UNA X SI O NO SEGÚN SEA EL CASO.

**IDENTIFICACIÓN QUE PRESENTA:** ANOTAR EL NOMBRE DE LA IDENTIFICACIÓN QUE PRESENTA LA PERSONA QUE SE RESPONSABILIZA DEL PACIENTE.

**No. FOLIO IDENTIFICACIÓN:** ANOTAR EL NÚMERO DE FOLIO DE LA IDENTIFICACIÓN QUE PRESENTA LA PERSONA QUE SE RESPONSABILIZA DEL PACIENTE.

**DOMICILIO DEL RESPONSABLE:** ANOTAR EL NOMBRE DE LA CALLE, NÚMERO, LOCALIDAD, POBLACIÓN O COLONIA, MUNICIPIO Y ENTIDAD FEDERATIVA DE LA PERSONA QUE SE RESPONSABILIZA DEL PACIENTE.

**TELÉFONO:** ANOTAR EL NÚMERO TELEFÓNICO DE LA PERSONA QUE SE RESPONSABILIZA DEL PACIENTE.

MARCAR EL RECUADRO QUE INDIQUE EL NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN LA MISMA CASA QUE EL PACIENTE, Y DEPENDIENDO DE ÉSTE, LE CORRESPONDE UNA CALIFICACIÓN QUE SERVIRÁ PARA DETERMINAR EL NIVEL A PAGAR, ASÍ COMO LAS OBSERVACIONES Y COMENTARIOS QUE LA TRABAJADORA SOCIAL CONSIDERE RELEVANTES.

**SALARIO MÍNIMO DE LA REGIÓN:** ANOTAR EL SALARIO MÍNIMO VIGENTE PARA LA REGIÓN DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO.

**INGRESOS:** ESPECIFICA EL INGRESO MENSUAL QUE PERCIBE LA FAMILIA Y DEPENDIENDO DE ÉSTE, LE CORRESPONDE UNA CALIFICACIÓN QUE SERVIRÁ PARA DETERMINAR EL NIVEL A PAGAR. **INGRESO TOTAL:** REGISTRAR LA CANTIDAD EN PESOS QUE INGRESA LA FAMILIA MENSUALMENTE. ANOTAR EL SALARIO MÍNIMO VIGENTE PARA LA REGIÓN DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO; Y EL INGRESO TOTAL SE DIVIDIRÁ ENTRE ESTE RUBRO PARA DETERMINAR EL NÚMERO DE SALARIOS QUE LA FAMILIA INGRESA MENSUALMENTE.

217B20000-029-06

# ESTUDIO SOCIOECONÓMICO (REVERSO)

DETERMINAR LA VIVIENDA EN LA QUE HABITA EL PACIENTE Y SU FAMILIA, DEPENDIENDO DE ESTO, LE CORRESPONDE UNA CALIFICACIÓN QUE SERVIRÁ PARA DETERMINAR EL NIVEL A PAGAR.

REALIZAR UN ANÁLISIS DEL ENTORNO SOCIAL DEL PACIENTE.

ESPECIFICAR DETALLADAMENTE EL TRATAMIENTO QUE RECIBIRÁ EL PACIENTE.

ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE REALIZA EL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO.

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL QUE EFECTUA EL ESTUDIO.

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JEFE DE TRABAJO SOCIAL.

## III. TIPO DE VIVIENDA

MARQUE SOLO UNA OPCIÓN

|                                    | CALIFICACIÓN |
|------------------------------------|--------------|
| SIN VIVIENDA, CHOZA                | 1            |
| RENTADA                            | 2            |
| PRESTADA                           | 3            |
| INTERES SOCIAL                     | 4            |
| PROPIA DE TEJA Y ADOBE             | 5            |
| PROPIA DE CONCRETO TECHO DE LAMINA | 6            |
| PROPIA SIN ACABADOS                | 8            |
| PROPIA CON ACABADOS                | 10           |

De acuerdo a la suma total de calificaciones se asigna el nivel (CALIFICACIÓN) de acuerdo a la escala. Así mismo se obtendrá copia de la identificación del Paciente o responsable.

CALIFICACIÓN ASPECTO "3"

| SUMA DE CALIFICACIONES (33) |              |
|-----------------------------|--------------|
| ASPECTO                     | CALIFICACIÓN |
| 1                           |              |
| 2                           |              |
| 3                           |              |
| <b>TOTAL</b>                |              |

EFFECTUAR LA SUMA DE CALIFICACIONES DE LOS ASPECTOS A VALORAR Y DETERMINA EL TOTAL DE PUNTOS PARA REALIZAR LA RECLASIFICACIÓN DEL PAGO.

## DIAGNÓSTICO SOCIAL

## PLAN SOCIAL

DESCRIBIR EL PLAN SOCIAL A SEGUIR PARA BENEFICIO DEL PACIENTE Y SU ENTORNO.

## TRATAMIENTO

## RESPONSIVA

PROTESTO CONDUCIRME CON VERDAD, APERCIBIDO DE LAS PENAS EN QUE INCURAN LOS FALSOS DECLARANTES. ASÍ MISMO AUTORIZO AL PERSONAL DEL INSTITUTO DEL SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO (ISEM), REALICE LAS INVESTIGACIONES NECESARIAS PARA CONFIRMAR LOS DATOS PLASMADOS EN EL PRESENTE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO EN CUAL ME FUE PRACTICADO EN EL HOSPITAL \_\_\_\_\_ DEPENDIENTE DE ISEM.

ACEPTO  
NOMBRE Y FIRMA

ANOTAR EL NOMBRE OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA DONDE SE PRACTICA EL ESTUDIO.

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR RESPONSABLE.

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Este recuadro es para uso exclusivo del paciente o responsable.

Nota: el área de trabajo social deberá apegarse al procedimiento establecido para el llenado del presente estudio; el cual quedará sujeto a revisión, por las instalaciones competentes del Instituto. Si la capacidad de pago del Paciente es mayor de acuerdo al criterio del trabajador social y así lo plasma en el rubro de observaciones, se podrá asignar el nivel de cuota inmediato superior.

ANOTAR EL NÚMERO DEL PASE DE SALIDA CON EL CUAL EL PACIENTE SE RETIRA.

REGISTRAR (EN SU CASO), LAS OBSERVACIONES QUE TENGA EL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL..

| PUNTAJE | NIVEL   |
|---------|---------|
| 3 a 5   | EXENTOS |
| 6 a 7   | 1       |
| 8 a 10  | 2       |
| 11 a 13 | 3       |
| 14 a 24 | 4       |
| 25 a 27 | 5       |
| 28 a 30 | 6       |

No. DE PASE DE SALIDA \_\_\_\_\_

## OBSERVACIONES

Nota: si el Paciente no cumple con sus donadores de sangre no podrá ser reclasificado.

| ELABORÓ        | JEFATURA DE TRABAJO SOCIAL | AUTORIZO       |
|----------------|----------------------------|----------------|
| NOMBRE Y FIRMA | NOMBRE Y FIRMA             | NOMBRE Y FIRMA |

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL DIRECTOR, ADMINISTRADOR O ASISTENTE DE LA DIRECCIÓN, QUIEN AUTORIZA EL RESULTADO DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO.

# ANESTESIA (ANVERSO)

ANOTAR EL NOMBRE DE ESPECIALIDAD O SERVICIO AL QUE SE ENVAIA EL PACIENTE

ANOTAR EL NUMERO DE CAMA QUE SE LE ASIGNA AL PACIENTE EN SERVICIO

ANOTE EL NÚMERO DE EXPEDIENTE QUE SE ASIGNA AL PACIENTE PARA SU IDENTIFICACIÓN

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DE LA UIDAD MÉDICA

ANOTAR APELLIDOS Y NOMBRE (S) DEL PACIENTE

INDIQUE EL NOMBRE DE LA OPERACIÓN O PROCEDIMIENTO CLÍNICO QUE REQUIERE EL PACIENTE

ANOTAR LOS DATOS DEL PACIENTE SEGÚN LO INDICA LA TABLA.

ANOTAR LOS PADECIMIENTOS QUE HA PRESENTADO EL PACIENTE A CONSECUENCIA DE ALGÚN ANESTÉSICO

ANOTAR EL NOMBRE Y TIPO DE MEDICAMENTO, LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y HORARIO DE APLICACIÓN AL PACIENTE ANTES DE LA OPERACIÓN

RIESGO ANESTÉSICO, QUIRÚRGICO

MARCAR CLASIFICACIÓN ASA

VALORACIÓN, VALORACIÓN ALDRETE, RECUPERACIÓN.

217B20000-030-06

**Gobierno del Estado de México**  
**Secretaría de Salud**  
Instituto de Salud del Estado de México

**Anestesia**

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_ ES PEDIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES): \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PROGRAMADA: \_\_\_\_\_ DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**VALORACIÓN PREANESTÉSICA**

| EDAD  | GÉNERO | ESTATURA | PESO  | T.A.  | PULSO | R.F.P. | T.E.M.P. | T.E.M.P.O.R. | H.    | H.S.  | H.R.  | GRUPO SANGUÍNEO | T.P.  |
|-------|--------|----------|-------|-------|-------|--------|----------|--------------|-------|-------|-------|-----------------|-------|
| _____ | _____  | _____    | _____ | _____ | _____ | _____  | _____    | _____        | _____ | _____ | _____ | _____           | _____ |

ANTECEDENTES ANESTÉSICOS: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

DENTADURA: \_\_\_\_\_

OBJETO: \_\_\_\_\_

ESTADO PSÍQUICO: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

APARATO RESPIRATORIO: \_\_\_\_\_

APARATO CARDIOVASCULAR: \_\_\_\_\_

APARATO DIGESTIVO: \_\_\_\_\_

APARATO GENITOURINARIO: \_\_\_\_\_

QUÍMICA SANGUÍNEA: \_\_\_\_\_

UREA: \_\_\_\_\_ CREATININA: \_\_\_\_\_ GLUCOSA: \_\_\_\_\_ ALBÚMINA: \_\_\_\_\_ GLOBULINA: \_\_\_\_\_ PO: \_\_\_\_\_ PCO2: \_\_\_\_\_ SAT%: \_\_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_\_ OH: \_\_\_\_\_ K: \_\_\_\_\_ Cl: \_\_\_\_\_

**MEDICACIÓN PREOPERATORIA**

DROGAS: \_\_\_\_\_ VÍA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO**

\_\_\_\_\_

**VALORACIÓN DE LA RECUPERACIÓN ANESTÉSICA**

| R                                                                            | A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Q | E | 1 | A | 2 | A | 3 | A | 4 | A | 5 | A |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| U                                                                            | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | U | B | U | B | U | B | U | B | U | B | U | B |
| <b>VALORACIÓN DE LA RECUPERACIÓN ANESTÉSICA</b>                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| QUIRÓFANO: _____ SALA DE RECUPERACIÓN: _____                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ALTAIR: _____ OMM: _____ ZOBIN: _____ GOMIN: _____ SOMIN: _____ COBIN: _____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ACTIVIDAD MUSCULAR                                                           | MOVIMIENTOS VOLUNTARIOS (A BOSTEJOS) 2<br>MOVIMIENTOS VOLUNTARIOS (2 BOSTEJOS) 1<br>COMPLETAMENTE INMÓVIL 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| RESPIRACIÓN                                                                  | RESPIRACIÓN RESPIRATORIA Y APAR. RESPIR. 2<br>RESPIRACIÓN RESPIRATORIA Y TOX. 1<br>APNEA 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| CIRCULACIÓN                                                                  | TENSIÓN ARTERIAL + 20 - 30 - 40 - 50 - 60 - 70 - 80 - 90 - 100 - 110 - 120 - 130 - 140 - 150 - 160 - 170 - 180 - 190 - 200 - 210 - 220 - 230 - 240 - 250 - 260 - 270 - 280 - 290 - 300 - 310 - 320 - 330 - 340 - 350 - 360 - 370 - 380 - 390 - 400 - 410 - 420 - 430 - 440 - 450 - 460 - 470 - 480 - 490 - 500 - 510 - 520 - 530 - 540 - 550 - 560 - 570 - 580 - 590 - 600 - 610 - 620 - 630 - 640 - 650 - 660 - 670 - 680 - 690 - 700 - 710 - 720 - 730 - 740 - 750 - 760 - 770 - 780 - 790 - 800 - 810 - 820 - 830 - 840 - 850 - 860 - 870 - 880 - 890 - 900 - 910 - 920 - 930 - 940 - 950 - 960 - 970 - 980 - 990 - 1000 - 1010 - 1020 - 1030 - 1040 - 1050 - 1060 - 1070 - 1080 - 1090 - 1100 - 1110 - 1120 - 1130 - 1140 - 1150 - 1160 - 1170 - 1180 - 1190 - 1200 - 1210 - 1220 - 1230 - 1240 - 1250 - 1260 - 1270 - 1280 - 1290 - 1300 - 1310 - 1320 - 1330 - 1340 - 1350 - 1360 - 1370 - 1380 - 1390 - 1400 - 1410 - 1420 - 1430 - 1440 - 1450 - 1460 - 1470 - 1480 - 1490 - 1500 - 1510 - 1520 - 1530 - 1540 - 1550 - 1560 - 1570 - 1580 - 1590 - 1600 - 1610 - 1620 - 1630 - 1640 - 1650 - 1660 - 1670 - 1680 - 1690 - 1700 - 1710 - 1720 - 1730 - 1740 - 1750 - 1760 - 1770 - 1780 - 1790 - 1800 - 1810 - 1820 - 1830 - 1840 - 1850 - 1860 - 1870 - 1880 - 1890 - 1900 - 1910 - 1920 - 1930 - 1940 - 1950 - 1960 - 1970 - 1980 - 1990 - 2000 - 2010 - 2020 - 2030 - 2040 - 2050 - 2060 - 2070 - 2080 - 2090 - 2100 - 2110 - 2120 - 2130 - 2140 - 2150 - 2160 - 2170 - 2180 - 2190 - 2200 - 2210 - 2220 - 2230 - 2240 - 2250 - 2260 - 2270 - 2280 - 2290 - 2300 - 2310 - 2320 - 2330 - 2340 - 2350 - 2360 - 2370 - 2380 - 2390 - 2400 - 2410 - 2420 - 2430 - 2440 - 2450 - 2460 - 2470 - 2480 - 2490 - 2500 - 2510 - 2520 - 2530 - 2540 - 2550 - 2560 - 2570 - 2580 - 2590 - 2600 - 2610 - 2620 - 2630 - 2640 - 2650 - 2660 - 2670 - 2680 - 2690 - 2700 - 2710 - 2720 - 2730 - 2740 - 2750 - 2760 - 2770 - 2780 - 2790 - 2800 - 2810 - 2820 - 2830 - 2840 - 2850 - 2860 - 2870 - 2880 - 2890 - 2900 - 2910 - 2920 - 2930 - 2940 - 2950 - 2960 - 2970 - 2980 - 2990 - 3000 - 3010 - 3020 - 3030 - 3040 - 3050 - 3060 - 3070 - 3080 - 3090 - 3100 - 3110 - 3120 - 3130 - 3140 - 3150 - 3160 - 3170 - 3180 - 3190 - 3200 - 3210 - 3220 - 3230 - 3240 - 3250 - 3260 - 3270 - 3280 - 3290 - 3300 - 3310 - 3320 - 3330 - 3340 - 3350 - 3360 - 3370 - 3380 - 3390 - 3400 - 3410 - 3420 - 3430 - 3440 - 3450 - 3460 - 3470 - 3480 - 3490 - 3500 - 3510 - 3520 - 3530 - 3540 - 3550 - 3560 - 3570 - 3580 - 3590 - 3600 - 3610 - 3620 - 3630 - 3640 - 3650 - 3660 - 3670 - 3680 - 3690 - 3700 - 3710 - 3720 - 3730 - 3740 - 3750 - 3760 - 3770 - 3780 - 3790 - 3800 - 3810 - 3820 - 3830 - 3840 - 3850 - 3860 - 3870 - 3880 - 3890 - 3900 - 3910 - 3920 - 3930 - 3940 - 3950 - 3960 - 3970 - 3980 - 3990 - 4000 - 4010 - 4020 - 4030 - 4040 - 4050 - 4060 - 4070 - 4080 - 4090 - 4100 - 4110 - 4120 - 4130 - 4140 - 4150 - 4160 - 4170 - 4180 - 4190 - 4200 - 4210 - 4220 - 4230 - 4240 - 4250 - 4260 - 4270 - 4280 - 4290 - 4300 - 4310 - 4320 - 4330 - 4340 - 4350 - 4360 - 4370 - 4380 - 4390 - 4400 - 4410 - 4420 - 4430 - 4440 - 4450 - 4460 - 4470 - 4480 - 4490 - 4500 - 4510 - 4520 - 4530 - 4540 - 4550 - 4560 - 4570 - 4580 - 4590 - 4600 - 4610 - 4620 - 4630 - 4640 - 4650 - 4660 - 4670 - 4680 - 4690 - 4700 - 4710 - 4720 - 4730 - 4740 - 4750 - 4760 - 4770 - 4780 - 4790 - 4800 - 4810 - 4820 - 4830 - 4840 - 4850 - 4860 - 4870 - 4880 - 4890 - 4900 - 4910 - 4920 - 4930 - 4940 - 4950 - 4960 - 4970 - 4980 - 4990 - 5000 - 5010 - 5020 - 5030 - 5040 - 5050 - 5060 - 5070 - 5080 - 5090 - 5100 - 5110 - 5120 - 5130 - 5140 - 5150 - 5160 - 5170 - 5180 - 5190 - 5200 - 5210 - 5220 - 5230 - 5240 - 5250 - 5260 - 5270 - 5280 - 5290 - 5300 - 5310 - 5320 - 5330 - 5340 - 5350 - 5360 - 5370 - 5380 - 5390 - 5400 - 5410 - 5420 - 5430 - 5440 - 5450 - 5460 - 5470 - 5480 - 5490 - 5500 - 5510 - 5520 - 5530 - 5540 - 5550 - 5560 - 5570 - 5580 - 5590 - 5600 - 5610 - 5620 - 5630 - 5640 - 5650 - 5660 - 5670 - 5680 - 5690 - 5700 - 5710 - 5720 - 5730 - 5740 - 5750 - 5760 - 5770 - 5780 - 5790 - 5800 - 5810 - 5820 - 5830 - 5840 - 5850 - 5860 - 5870 - 5880 - 5890 - 5900 - 5910 - 5920 - 5930 - 5940 - 5950 - 5960 - 5970 - 5980 - 5990 - 6000 - 6010 - 6020 - 6030 - 6040 - 6050 - 6060 - 6070 - 6080 - 6090 - 6100 - 6110 - 6120 - 6130 - 6140 - 6150 - 6160 - 6170 - 6180 - 6190 - 6200 - 6210 - 6220 - 6230 - 6240 - 6250 - 6260 - 6270 - 6280 - 6290 - 6300 - 6310 - 6320 - 6330 - 6340 - 6350 - 6360 - 6370 - 6380 - 6390 - 6400 - 6410 - 6420 - 6430 - 6440 - 6450 - 6460 - 6470 - 6480 - 6490 - 6500 - 6510 - 6520 - 6530 - 6540 - 6550 - 6560 - 6570 - 6580 - 6590 - 6600 - 6610 - 6620 - 6630 - 6640 - 6650 - 6660 - 6670 - 6680 - 6690 - 6700 - 6710 - 6720 - 6730 - 6740 - 6750 - 6760 - 6770 - 6780 - 6790 - 6800 - 6810 - 6820 - 6830 - 6840 - 6850 - 6860 - 6870 - 6880 - 6890 - 6900 - 6910 - 6920 - 6930 - 6940 - 6950 - 6960 - 6970 - 6980 - 6990 - 7000 - 7010 - 7020 - 7030 - 7040 - 7050 - 7060 - 7070 - 7080 - 7090 - 7100 - 7110 - 7120 - 7130 - 7140 - 7150 - 7160 - 7170 - 7180 - 7190 - 7200 - 7210 - 7220 - 7230 - 7240 - 7250 - 7260 - 7270 - 7280 - 7290 - 7300 - 7310 - 7320 - 7330 - 7340 - 7350 - 7360 - 7370 - 7380 - 7390 - 7400 - 7410 - 7420 - 7430 - 7440 - 7450 - 7460 - 7470 - 7480 - 7490 - 7500 - 7510 - 7520 - 7530 - 7540 - 7550 - 7560 - 7570 - 7580 - 7590 - 7600 - 7610 - 7620 - 7630 - 7640 - 7650 - 7660 - 7670 - 7680 - 7690 - 7700 - 7710 - 7720 - 7730 - 7740 - 7750 - 7760 - 7770 - 7780 - 7790 - 7800 - 7810 - 7820 - 7830 - 7840 - 7850 - 7860 - 7870 - 7880 - 7890 - 7900 - 7910 - 7920 - 7930 - 7940 - 7950 - 7960 - 7970 - 7980 - 7990 - 8000 - 8010 - 8020 - 8030 - 8040 - 8050 - 8060 - 8070 - 8080 - 8090 - 8100 - 8110 - 8120 - 8130 - 8140 - 8150 - 8160 - 8170 - 8180 - 8190 - 8200 - 8210 - 8220 - 8230 - 8240 - 8250 - 8260 - 8270 - 8280 - 8290 - 8300 - 8310 - 8320 - 8330 - 8340 - 8350 - 8360 - 8370 - 8380 - 8390 - 8400 - 8410 - 8420 - 8430 - 8440 - 8450 - 8460 - 8470 - 8480 - 8490 - 8500 - 8510 - 8520 - 8530 - 8540 - 8550 - 8560 - 8570 - 8580 - 8590 - 8600 - 8610 - 8620 - 8630 - 8640 - 8650 - 8660 - 8670 - 8680 - 8690 - 8700 - 8710 - 8720 - 8730 - 8740 - 8750 - 8760 - 8770 - 8780 - 8790 - 8800 - 8810 - 8820 - 8830 - 8840 - 8850 - 8860 - 8870 - 8880 - 8890 - 8900 - 8910 - 8920 - 8930 - 8940 - 8950 - 8960 - 8970 - 8980 - 8990 - 9000 - 9010 - 9020 - 9030 - 9040 - 9050 - 9060 - 9070 - 9080 - 9090 - 9100 - 9110 - 9120 - 9130 - 9140 - 9150 - 9160 - 9170 - 9180 - 9190 - 9200 - 9210 - 9220 - 9230 - 9240 - 9250 - 9260 - 9270 - 9280 - 9290 - 9300 - 9310 - 9320 - 9330 - 9340 - 9350 - 9360 - 9370 - 9380 - 9390 - 9400 - 9410 - 9420 - 9430 - 9440 - 9450 - 9460 - 9470 - 9480 - 9490 - 9500 - 9510 - 9520 - 9530 - 9540 - 9550 - 9560 - 9570 - 9580 - 9590 - 9600 - 9610 - 9620 - 9630 - 9640 - 9650 - 9660 - 9670 - 9680 - 9690 - 9700 - 9710 - 9720 - 9730 - 9740 - 9750 - 9760 - 9770 - 9780 - 9790 - 9800 - 9810 - 9820 - 9830 - 9840 - 9850 - 9860 - 9870 - 9880 - 9890 - 9900 - 9910 - 9920 - 9930 - 9940 - 9950 - 9960 - 9970 - 9980 - 9990 - 10000 - 10010 - 10020 - 10030 - 10040 - 10050 - 10060 - 10070 - 10080 - 10090 - 10100 - 10110 - 10120 - 10130 - 10140 - 10150 - 10160 - 10170 - 10180 - 10190 - 10200 - 10210 - 10220 - 10230 - 10240 - 10250 - 10260 - 10270 - 10280 - 10290 - 10300 - 10310 - 10320 - 10330 - 10340 - 10350 - 10360 - 10370 - 10380 - 10390 - 10400 - 10410 - 10420 - 10430 - 10440 - 10450 - 10460 - 10470 - 10480 - 10490 - 10500 - 10510 - 10520 - 10530 - 10540 - 10550 - 10560 - 10570 - 10580 - 10590 - 10600 - 10610 - 10620 - 10630 - 10640 - 10650 - 10660 - 10670 - 10680 - 10690 - 10700 - 10710 - 10720 - 10730 - 10740 - 10750 - 10760 - 10770 - 10780 - 10790 - 10800 - 10810 - 10820 - 10830 - 10840 - 10850 - 10860 - 10870 - 10880 - 10890 - 10900 - 10910 - 10920 - 10930 - 10940 - 10950 - 10960 - 10970 - 10980 - 10990 - 11000 - 11010 - 11020 - 11030 - 11040 - 11050 - 11060 - 11070 - 11080 - 11090 - 11100 - 11110 - 11120 - 11130 - 11140 - 11150 - 11160 - 11170 - 11180 - 11190 - 11200 - 11210 - 11220 - 11230 - 11240 - 11250 - 11260 - 11270 - 11280 - 11290 - 11300 - 11310 - 11320 - 11330 - 11340 - 11350 - 11360 - 11370 - 11380 - 11390 - 11400 - 11410 - 11420 - 11430 - 11440 - 11450 - 11460 - 11470 - 11480 - 11490 - 11500 - 11510 - 11520 - 11530 - 11540 - 11550 - 11560 - 11570 - 11580 - 11590 - 11600 - 11610 - 11620 - 11630 - 11640 - 11650 - 11660 - 11670 - 11680 - 11690 - 11700 - 11710 - 11720 - 11730 - 11740 - 11750 - 11760 - 11770 - 11780 - 11790 - 11800 - 11810 - 11820 - 11830 - 11840 - 11850 - 11860 - 11870 - 11880 - 11890 - 11900 - 11910 - 11920 - 11930 - 11940 - 11950 - 11960 - 11970 - 11980 - 11990 - 12000 - 12010 - 12020 - 12030 - 12040 - 12050 - 12060 - 12070 - 12080 - 12090 - 12100 - 12110 - 12120 - 12130 - 12140 - 12150 - 12160 - 12170 - 12180 - 12190 - 12200 - 12210 - 12220 - 12230 - 12240 - 12250 - 12260 - 12270 - 12280 - 12290 - 12300 - 12310 - 12320 - 12330 - 12340 - 12350 - 12360 - 12370 - 12380 - 12390 - 12400 - 12410 - 12420 - 12430 - 12440 - 12450 - 12460 - 12470 - 12480 - 12490 - 12500 - 12510 - 12520 - 12530 - 12540 - 12550 - 12560 - 12570 - 12580 - 12590 - 12600 - 12610 - 12620 - 12630 - 12640 - 12650 - 12660 - 12670 - 12680 - 12690 - 12700 - 12710 - 12720 - 12730 - 12740 - 12750 - 12760 - 12770 - 12780 - 12790 - 12800 - 12810 - 12820 - 12830 - 12840 - 12850 - 12860 - 12870 - 12880 - 12890 - 12900 - 12910 - 12920 - 12930 - 12940 - 12950 - 12960 - 12970 - 12980 - 12990 - 13000 - 13010 - 13020 - 13030 - 13040 - 13050 - 13060 - 13070 - 13080 - 13090 - 13100 - 13110 - 13120 - 13130 - 13140 - 13150 - 13160 - 13170 - 13180 - 13190 - 13200 - 13210 - 13220 - 13230 - 13240 - 13250 - 13260 - 13270 - 13280 - 13290 - 13300 - 13310 - 13320 - 13330 - 13340 - 13350 - 13360 - 13370 - 13380 - 13390 - 13400 - 13410 - 13420 - 13430 - 13440 - 13450 - 13460 - 13470 - 13480 - 13490 - 13500 - 13510 - 13520 - 13530 - 13540 - 13550 - 13560 - 13570 - 13580 - 13590 - 13600 - 13610 - 13620 - 13630 - 13640 - 13650 - 13660 - 13670 - 13680 - 13690 - 13700 - 13710 - 13720 - 13730 - 13740 - 13750 - 13760 - 13770 - 13780 - 13790 - 13800 - 13810 - 13820 - 13830 - 13840 - 13850 - 13860 - 13870 - 13880 - 13890 - 13900 - 13910 - 13920 - 13930 - 13940 - 13950 - 13960 - 13970 - 13980 - 13990 - 14000 - 14010 - 14020 - 14030 - 14040 - 14050 - 14060 - 14070 - 14080 - 14090 - 14100 - 14110 - 14120 - 14130 - 14140 - 14150 - 14160 - 14170 - 14180 - 14190 - 14200 - 14210 - 14220 - 14230 - 14240 - 14250 - 14260 - 14270 - 14280 - 14290 - 14300 - 14310 - 14320 - 14330 - 14340 - 14350 - 14360 - 14370 - 14380 - 14390 - 14400 - 14410 - 14420 - 14430 - 14440 - 14450 - 14460 - 14470 - 14480 - 14490 - 14500 - 14510 - 14520 - 14530 - 14540 - 14550 - 14560 - 14570 - 14580 - 14590 - 14600 - 14610 - 14620 - 14630 - 14640 - 14650 - 14660 - 14670 - 14680 - 14690 - 14700 - 14710 - 14720 - 14730 - 14740 - 14750 - 14760 - 14770 - 14780 - 14790 - 14800 - 14810 - 14820 - 14830 - 14840 - 14850 - 14860 - 14870 - 14880 - 14890 - 14900 - 14910 - 14920 - 14930 - 14940 - 14950 - 14960 - 14970 - 14980 - 14990 - 15000 - 15010 - 15020 - 15030 - 15040 - 15050 - 15060 - 15070 - 15080 - 15090 - 15100 - 15110 - 15120 - 15130 - 15140 - 15150 - 15160 - 15170 - 15180 - 15190 - 15200 - 15210 - 15220 - 15230 - 15240 - 15250 - 15260 - 15270 - 15280 - 15290 - 15300 - 15310 - 15320 - 15330 - 15340 - 15350 - 15360 - 15370 - 15380 - 15390 - 15400 - 15410 - 15420 - 15430 - 15440 - 15450 - 15460 - 15470 - 15480 - 15490 - 15500 - 15510 - 15520 - 15530 - 15540 - 15550 - 15560 - 15570 - 15580 - 15590 - 15600 - 15610 - 15620 - 15630 - 15640 - 15650 - 15660 - 15670 - 15680 - 15690 - 15700 - 15710 - 15720 - 15730 - 15740 - 15750 - 15760 - 15770 - 15780 - 15790 - 15800 - 15810 - 15820 - 15830 - 15840 - 15850 - 15860 - 15870 - 15880 - 15890 - 15900 - 15910 - 15920 - 15930 - 15940 - 15950 - 15960 - 15970 - 15980 - 15990 - 16000 - 16010 - 16020 - 16030 - 16040 - 16050 - 16060 - 16070 - 16080 - 16090 - 16100 - 16110 - 16120 - 16130 - 16140 - 16150 - 16160 - 16170 - 16180 - 16190 - 16200 - 16210 - 16220 - 16230 - 16240 - 16250 - 16260 - 16270 - 16280 - 16290 - 16300 - 16310 - 16320 - 16330 - 16340 - 16350 - 16360 - 16370 - 16380 - 16390 - 16400 - 16410 - 16420 - 16430 - 16440 - 16450 - 16460 - 16470 - 16480 - 16490 - 16500 - 16510 - 16520 - 16530 - 16540 - 16550 - 16560 - 16570 - 16580 - 16590 - 16600 - 16610 - 16620 - 16630 - 16640 - 16650 - 16660 - 16670 - 16680 - 16690 - 16700 - 16710 - 16720 - 16730 - 16740 - 16750 - 16760 - 16770 - 16780 - 16790 - 16800 - 16810 - 16820 - 16830 - 16840 - 16850 - 16860 - 16870 - 16880 - 16890 - 16900 - 16910 - 16920 - 16930 - 16940 - 16950 - 16960 - 16970 - |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

## ANESTESIA (REVERSO)

**REGISTRO TRANSANESTÉSICO.**  
VALORACIÓN DE LOS SIGUIENTES RUBROS:

|                  | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 |  |
|------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| AGENTES          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| OXIGENO          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| N <sub>2</sub> O |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| RELAJANTES       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| SANGRE           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| SUEROS           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| OTROS            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| TEMP.            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| X ANESTESIA      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| OPERACIÓN        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| V SISTÓLICA      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| A DIASTÓLICA     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| PULSO            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| AR ASISTENCIA    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| CR CONTROL       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| O RESPIRACIÓN    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| A SANGRE         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| A SUERO          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| C CAMBIO CIL     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| T LLEGO QUIR.    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 21. ANEST.       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 31. OPER.        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 4T. ANEST.       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 5.F. REC.        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| TEMPOS →         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |

DESCRIBA LAS COMPLICACIONES MÉDICAS QUE SE PRESENTARON DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS

COMPLICACIONES POSTANESTÉSICAS

ANOTAR LAS COMPLICACIONES QUE SE PRESENTAN DESPUÉS DE LA OPERACIÓN Y AL PASAR EL EFECTO DE LA ANESTESIA

DIAGNÓSTICO OPERATORIO

OPERACIÓN REALIZADA

| MEDICAMENTOS | DOSES Y VÍA | MÉTODOS Y TÉCNICA DE ANESTESIA                                                                         | OBSERVACIONES |
|--------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| A            |             | INDUCCIÓN: IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> INHALACIÓN <input type="checkbox"/> |               |
| B            |             | MANEJO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                        |               |
| C            |             | CÁNULA FARINGEA: NAS <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/>                            |               |
| D            |             | TUBO: NAS <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/>                                       |               |
| E            |             | ENDOTRQUEAL CALIBRE                                                                                    |               |
| F            |             | GLOBO INFLABLE <input type="checkbox"/> EMPAQUE <input type="checkbox"/>                               |               |
| G            |             | COMPLICACIONES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                |               |
| H            |             | SANGRE Y EXFANGORES                                                                                    |               |
| I            |             | CASOS OBSTÉTRICOS                                                                                      |               |
| J            |             | EXPULSIÓN DE LA PLACENTA: ESPONTÁNEA <input type="checkbox"/> MANUAL <input type="checkbox"/>          |               |
| K            |             | RECÉN NACIDO                                                                                           |               |
| L            |             | GÉNERO HORA DE NACIMIENTO                                                                              |               |
| M            |             | PESEO APGAR 1 MIN 2 MIN 10 MIN                                                                         |               |
|              |             | TALLA ESTADO GENERAL AL SALIR DEL QUIRÓFANO                                                            |               |
|              |             | NOMBRE DEL CIRUJANO                                                                                    |               |
|              |             | VISTO BUENO DEL JEFE DEL SERVICIO                                                                      |               |

ANOTAR EL DIAGNÓSTICO MÉDICO CONFIRMADO QUE DETERMINA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA A REALIZAR

DESCRIBA EL TIPO DE OPERACIÓN REALIZADA.

ANOTAR EL NOMBRE Y TIPO DE MEDICAMENTO, LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y HORARIO DE APLICACIÓN AL PACIENTE DESPUES DE LA OPERACIÓN

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO ANESTESIÓLOGO

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO CIRUJANO RESPONSABLE DE LA OPERACIÓN

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JEFE DEL SERVICIO

EN EL RECUADRO QUE CORRESPONDA, SEGÚN EL MÉTODO Y LA TÉCNICA DE ANESTESIA EMPLEADA EN LA OPERACIÓN

PARA CASOS OBSTÉTRICOS, REQUISITE ESTE ESPACIO COMO SE INDICA.

# REGISTRO CLÍNICO DE ENFERMERÍA (ANVERSO)

ANOTAR EL NOMBRE OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA.

ANOTAR EL NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD O SERVICIO EN EL QUE SE ENCUENTRA EL PACIENTE

DESCRIBA BREVEMENTE LA APARIENCIA QUE REFLEJA EL PACIENTE

ANOTAR EL NÚMERO DE CAMA EN QUE SE ENCUENTRA EL PACIENTE.

ANOTAR EL NÚMERO DE EXPEDIENTE QUE SE LE ASIGNA AL PACIENTE PARA SU IDENTIFICACIÓN.

ANOTAR MASCULINO SI EL PACIENTE ES HOMBRE, O FEMENINO SI ES MUJER

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS DEL PACIENTE.

ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE REQUISITA EL FORMATO.

ANOTAR EN METROS Y CENTÍMETROS LA TALLA DEL PACIENTE

ANOTAR EN KILOGRAMOS EL PESO DEL PACIENTE

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

**Registro Clínico de Enfermería**

| UNIDAD MÉDICA:                   |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           | SERVICIO: |           |       |                        |          |                |       |              |        |          | CAMA:             |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  | No. EXPEDIENTE: |  |  |  |         |           |  |  |  |  | FECHA: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|-------------|---------------------|-------------------------|------------------|----------------|--------------------------------|----------------------------------|------|-----------|-----------|-----------|-------|------------------------|----------|----------------|-------|--------------|--------|----------|-------------------|-------------------------|----------------|---------------------|---------|---------|--------|--|--|--|-----------------|--|--|--|---------|-----------|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| NOMBRE DEL PACIENTE:             |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          | HABITUS EXTERIOR: |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  | EDAD:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | GÉNERO: |  |  |  |  |  |  |  |  |  | PESO: |  |  |  |  |  |  |  |  |  | TALLA: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SIGNOS                           |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          | INGRESOS       |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         | EGRESOS |        |  |  |  |                 |  |  |  |         | REACTIVOS |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| HORA                             | TEMPERATURA | FRECUENCIA CARDÍACA | FRECUENCIA RESPIRATORIA | PRESIÓN ARTERIAL | LENTO O RÁPIDO | PERÍMETRO ABDOMINAL PREPANDIAL | PERÍMETRO ABDOMINAL POST PANDIAL | OLOR | ACTIVIDAD | GLASGOW   | SILVERMAN | ANGAR | PRESIÓN VENOSA CENTRAL | VÍA ORAL | VÍA PARENTERAL | ORINA | EVACUACIONES | VÓMITO | SOLUCIÓN | SELLO DE AGUA     | ILEOSTOMIA O COLOSTOMIA | CANALIZACIONES | NOMBRE DEL REACTIVO | HECES   | ORINA   | SANGRE |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8                                |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9                                |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10                               |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11                               |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12                               |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13                               |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14                               |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BALANCE PARCIAL TURNO MATUTINO   |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15                               |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16                               |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17                               |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18                               |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19                               |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20                               |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BALANCE PARCIAL TURNO VESPERTINO |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21                               |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22                               |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23                               |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24                               |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1                                |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2                                |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3                                |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4                                |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5                                |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6                                |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7                                |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BALANCE PARCIAL TURNO NOCTURNO   |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        |          |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     |         |         |        |  |  |  |                 |  |  |  |         |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BALANCE TOTAL POR DÍA            |             |                     |                         |                  |                |                                |                                  |      |           |           |           |       |                        | INGRESOS |                |       |              |        |          |                   |                         |                |                     | EGRESOS |         |        |  |  |  |                 |  |  |  | BALANCE |           |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

COLOR: I ICTERICO; P PALIDO; RB RUBICUNDO; R RODADO; M MARMOREO; C CIANOTICO; Y TERROSO  
 ACTIVIDAD: ++ACTIVO SIN ESTÍMULO; +ACTIVO AL ESTÍMULO; -FLÁCIDO; T TEMBLORES FINOS; I IRRITABLE; E ESPÁSTICO; R RÍGIDO

217BB20000-031-06

## REGISTRO CLÍNICO DE ENFERMERÍA (REVERSO)

ANOTAR EN EL RECUADRO CORRESPONDIENTE LA DIETA ALIMENTICIA INDICADA POR EL MÉDICO QUE HABRÁ DE SUMINISTRARSE AL PACIENTE.

DESCRIBIR EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO E INDICAR LA DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y HORARIOS EN QUE DEBERÁ APLICARSE EL MEDICAMENTO.

DESCRIBIR EL NOMBRE DE LAS SOLUCIONES QUE HABRÁN DE APLICARSE AL PACIENTE, INDICANDO LA HORA DE INICIO Y TÉRMINO DEL MEDICAMENTO.

ANOTAR LAS DIFERENTES SITUACIONES QUE  
CONSIDERE NECESARIAS PARA EL  
TRATAMIENTO Y BUEN TÉRMINO DEL PACIENTE

| DIETA INDICADA           |       |                       |         | COMIDA:                    |        |         |                  | CENA:                    |  |  |  |
|--------------------------|-------|-----------------------|---------|----------------------------|--------|---------|------------------|--------------------------|--|--|--|
| TERAPÉUTICA INDICADA     |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
| MEDICAMENTOS             |       |                       |         | SOLUCIONES PARENTERALES    | HORA   |         | OBSERVACIONES    |                          |  |  |  |
| NOMBRE                   | DOSIS | VÍA DE ADMINISTRACIÓN | HORARIO |                            | INICIO | TERMINO |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         | TURNO MATUTINO   |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         | TURNO VESPERTINO |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         | TURNO NOCTURNO   |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
|                          |       |                       |         |                            |        |         |                  |                          |  |  |  |
| ENFERMERA TURNO MATUTINO |       |                       |         | ENFERMERA TURNO VESPERTINO |        |         |                  | ENFERMERA TURNO NOCTURNO |  |  |  |

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA ENFERMERA EN EL TURNO CORRESPONDIENTE.

## SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

**EN ESTE APARTADO SE DEBERÁN INCLUIR LOS FORMATOS:**

- INTERVENCIÓN QUIRÚGICA
- PARTOGRAMA
- UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS/ REGISTRO DE LA ENFERMERA
- HOJA DE DIALISIS
- SOLICITUD DE LABORATORIO
- SOLICITUD DE ESTUDIO DE GABINETE
- SOLICITUD DE INTERNAMIENTO
- AUTORIZACIÓN DE SALIDA

# INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ANVERSO)

ANOTE EL NÚMERO DE CAMA QUE OCUPA EL PACIENTE

ANOTE EL DÍA, MES Y AÑO DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

ANOTE EL NÚMERO DE EXPEDIENTE

MARQUE CON UNA X EL GENERO AL QUE CORRESPONDA

MARQUE CON UNA X EL RECUADRO QUE CORRESPONDA.

ANOTE EL NOMBRE Y TIPO DE INTERVENCIÓN QUE SE EFECTUARÁ

ANOTE EL NÚMERO DE KILOS DEL PACIENTE

ANOTE EL GRUPO SANGUÍNEO Y RH AL QUE PERTENECE

ANOTE EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JEFE DEL SERVICIO

ANOTE EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JEFE DE CIRUGÍA

DESCRIBA EL DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE DESPUÉS DE LA OPERACIÓN

DESCRIBA EL NOMBRE DE LA CIRUGÍA PRACTICADA

DESCRIBA EL RESULTADO DEL EXAMEN SOLICITADO

REGISTRE LOS ACCIDENTES O INCIDENTES PRESENTADOS DURANTE LA INTERVENCIÓN

REGISTRE LA HORA EN QUE INGRESA Y SALE EL PACIENTE DEL QUIRÓFANO

REGISTRE LA HORA EN QUE INGRESA Y SALE EL PACIENTE DE LA SALA DE RECUPERACIÓN

ANOTE EL NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA

ANOTE LOS APELLIDOS Y NOMBRE(S) DEL PACIENTE

ANOTE EL SERVICIO QUE REQUIERE EL PACIENTE

ANOTE EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE ELABORA LA SOLICITUD

DESCRIBA EL DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE PREVIO A LA INTERVENCIÓN

ESPECIFIQUE LA HORA DESEADA DE LA INTERVENCIÓN

ANOTE EN MILILITROS LA CANTIDAD DE SANGRE QUE SE REQUIERE PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

MARQUE CON UNA X EL RECUADRO QUE CORRESPONDA.

DESCRIBA EL TIPO DE INSTRUMENTAL QUE SERÁ REQUERIDO PARA LA INTERVENCIÓN

ANOTE EL DÍA, MES Y AÑO DE LA PROGRAMACIÓN DEL QUIRÓFANO, EL TIPO DE INTERVENCIÓN, ASÍ COMO HORA DE INICIO Y TÉRMINO DE LA MISMA

REGISTRE EN ML. LA CANTIDAD DE SANGRE PERDIDA

REGISTRE LA CANTIDAD DE GASAS Y COMPRESAS UTILIZADAS

REGISTRE EL NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO QUE REALIZA LA OPERACIÓN Y DE SUS AYUDANTES

REGISTRE EL NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS DEL ANESTESIOLOGO, RESIDENTE, CIRCULANTE E INSTRUMENTISTA

DESCRIBA EL NOMBRE Y TIPO DE CIRUGÍA A REALIZAR

ANOTE LA HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO

217B20000-032-06

Gobierno del Estado de México  
Secretaría de Salud  
Instituto de Salud del Estado de México

**Intervención Quirúrgica**

UNIDAD MÉDICA

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))

FECHA DE NACIMIENTO

GENERO ☐ MASC ☐ FEM

SERVICIO

CAMA

TIPO DE INTERVENCIÓN ☐ ELECTIVA ☐ URGENCIA

FECHA DE SOLICITUD

HORA DESEADA

INTERVENCIÓN SOLICITADA

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO

CIRUGÍA PROGRAMADA

SANGRE EN QUIRÓFANO EN RESERVA LOCAL ANESTESIA REGIONAL GENERAL

INSTRUMENTAL NECESARIO

PROGRAMACIÓN EN QUIRÓFANO

FECHA DE PROGRAMACIÓN

INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO

CIRUGÍA REALIZADA

EXAMEN HISTOPATOLÓGICO TRANSOPERATORIO SOLICITADO Y RESULTADO

PÉRDIDA HEMÁTICA CUENTA DE GASAS Y COMPRESAS ACCIDENTES O INCIDENTES ANESTESIA ADMINISTRADA DURACIÓN DE LA ANESTESIA REALIZADA POR

CIRUJANO PRIMER AYUDANTE SEGUNDO AYUDANTE TERCER AYUDANTE

ANESTESIOLOGO RESIDENTE ANESTESIOLOGO CIRCULANTE INSTRUMENTISTA

QUIRÓFANO SALA DE RECUPERACIÓN

HORA LLEGADA HORA SALIDA HORA LLEGADA HORA SALIDA

## INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (REVERSO)

REGISTRAR LOS HALLAZGOS, TÉCNICA, COMPLICACIONES Y OBSERVACIONES PERTINENTES, DETECTADAS DURANTE LA OPERACIÓN

NOTA OPERATORIA (HALLAZGOS-TÉCNICA-COMPLICACIONES Y OBSERVACIONES)

MARCAR CON UNA X EL ESTADO EN QUE SE ENCUENTRE EL PACIENTE DESPUÉS DE LA OPERACIÓN

ANOTAR DETALLADAMENTE LOS COMENTARIOS FINALES Y PRONÓSTICO DEL PACIENTE

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO QUE DESCRIBIÓ LA OPERACIÓN

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL CIRUJANO RESPONSABLE

# PARTOGRAMA (ANVERSO)

ANOTAR EL NOMBRE OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA.

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE, INICIANDO POR SUS APELLIDOS.

ANOTAR EL NÚMERO DE AÑOS CUMPLIDOS DE LA PACIENTE.

ANOTAR EL NÚMERO DE EMBARAZOS QUE HA TENIDO LA PACIENTE.

ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO DEL ÚLTIMO PARTO O CESAREA.

**CONTROL PRENATAL:** MARCAR CON UNA X EL CUADRO CORRESPONDIENTE.  
**NÚM. CONSULTAS:** ANOTAR EL NÚMERO DE CONSULTAS A LAS QUE HA ASISTIDO LA PACIENTE HASTA LA FECHA.  
**DONDE:** ESPECIFIQUE EL NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA EN LA QUE SE LE HAN OTORGADO LAS CONSULTAS.

ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO DE LA ÚLTIMA MESTRUACIÓN

**ACTIVIDAD UTERINA:** ANOTAR EL DÍA, MES, AÑO Y HORA EN QUE INICIA LA ACTIVIDAD UTERINA; ASÍ COMO EL NÚMERO DE CONTRACCIONES EN 10 SEGUNDOS.  
**SANGRADO TRANSVAGINAL:** ANOTAR EL DÍA, MES, AÑO Y HORA EN QUE INICIA EL SANGRADO TRANSVAGINAL; EN CASO CONTRARIO MARQUE EL RECUADRO CORRESPONDIENTE  
**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:** ANOTAR EL DÍA, MES, AÑO Y HORA EN QUE OCURRE LA RUPTURA DE MEMBRANAS; EN CASO CONTRARIO MARQUE EL RECUADRO CORRESPONDIENTE

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN DE LA PACIENTE.

ANOTAR LA POSIBLE FECHA DE PARTO.

ANOTAR EL NÚMERO DE CESAREAS QUE LE HAN PRACTICADO A LA PACIENTE.

ANOTAR EL NÚMERO DE ABORTOS QUE HA TENIDO LA PACIENTE.

ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE REQUISITA EL FORMATO

ANOTAR LA HORA EN QUE INGRESA LA PACIENTE A LA UNIDAD MÉDICA.

ANOTAR EL NÚMERO DE EXPEDIENTE QUE SE LE ASIGNA A LA PACIENTE PARA SU IDENTIFICACIÓN

ANOTAR EL NÚMERO TOTAL DE HIJOS VIVOS QUE LA PACIENTE HA PROCREDO.

ANOTAR EL NÚMERO DE SEMANAS QUE TIENE LA PACIENTE EN SU EMBARAZO ACTUAL.

ANOTAR EL NÚMERO DE CONSULTA PRENATALES QUE SE HAN OTORGADO EN ESTA UNIDAD MÉDICA.

ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO PROBABLE DEL PARTO.

ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO DE LA ÚLTIMA MESTRUACIÓN

**MOVIMIENTO FETAL:** MARQUE EL RECUADRO CORRESPONDIENTE Y ANOTE EL DÍA, MES Y AÑO DEL ÚLTIMO MOVIMIENTO.  
**EDEMA:** MARQUE EL RECUADRO CORRESPONDIENTE Y ANOTE EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE INICIA EL MALESTAR.

REGISTRAR LA **TENSIÓN ARTERIAL**, TEMPERATURA, FRECUENCIA RESPIRATORIA Y FRECUENCIA CARDÍACA DE LA PACIENTE AL MOMENTO DE INGRESAR A LA UNIDAD MÉDICA

REGISTRAR LOS SIGUIENTES DATOS Y MEDIDAS QUE PRESENTA LA PACIENTE Y EL PRODUCTO FETAL AL MOMENTO DE INGRESAR A LA UNIDAD MÉDICA: FRECUENCIA CARDÍACA FETAL, RITMO, TONO UTERINO, CERVIX, DILATACIÓN, BORRAMIENTO, PRESENTACIÓN, PELVIS ÚTIL O NO ÚTIL.

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:** ANOTAR LAS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LAS CONDICIONES EN QUE SE ENCUENTRE LA PACIENTE AL MOMENTO DE INGRESAR A LA UNIDAD MÉDICA.  
**INDICACIONES MÉDICAS:** ANOTAR LAS INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PARA ATENCIÓN DE LA PACIENTE DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO QUE PRESENTA LA PACIENTE, REPRESENTANDO GRÁFICAMENTE ESTAS CARACTERÍSTICAS EN LOS RECUADROS CORRESPONDIENTES.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

**Partograma**

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)): \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ GESTA: \_\_\_\_\_ PARA: \_\_\_\_\_ CESAREAS: \_\_\_\_\_ ABORTOS: \_\_\_\_\_ NÚM. DE HIJOS VIVOS: \_\_\_\_\_

FECHA DEL ÚLTIMO PARTO/CESAREA: \_\_\_\_\_ FECHA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: \_\_\_\_\_ FECHA PROBABLE DE PARTO: \_\_\_\_\_ SEMANAS DE GESTACIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL: \_\_\_\_\_

CONTROL PRENATAL: ☐ SI ☐ NO NÚM. DE CONSULTAS: \_\_\_\_\_ DONDE: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES EN ESTE HOSPITAL: \_\_\_\_\_

**COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO ACTUAL:**  
DESCRIBA BREVEMENTE LOS PROBLEMAS Y COMPLICACIONES QUE SE LE PRESENTARON A LA PACIENTE DURANTE SU EMBARAZO

**TRATAMIENTO ADMINISTRADO:**  
ANOTAR EL TRATAMIENTO MÉDICO QUE LOS CIRUJANOS LE HAN RECETADO A LA PACIENTE DURANTE SU EMBARAZO.

**ACTIVIDAD UTERINA:** FECHA Y HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_ CONTRACCIONES EN 10': \_\_\_\_\_

**SANGRADO TRANSVAGINAL:** FECHA Y HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_ ☐ NO

**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:** FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ: \_\_\_\_\_ ☐ NO

**MOVIMIENTO FETAL:** ☐ SI ☐ NORMAL ☐ AUMENTADO ☐ DISMINUIDO ☐ NO DESDECUANDO

**EDEMA:** ☐ SI ☐ NO FECHA DE INICIO: \_\_\_\_\_

**TENSIÓN ARTERIAL:** \_\_\_\_\_ **TEMPERATURA:** \_\_\_\_\_ **FRECUENCIA RESPIRATORIA:** \_\_\_\_\_ **FRECUENCIA CARDÍACA:** \_\_\_\_\_

**FUECENCIA CARDÍACA FETAL:** \_\_\_\_\_

**RITMO:** \_\_\_\_\_

**TONO UTERINO:** \_\_\_\_\_

**CERVIX:** \_\_\_\_\_

**DILATACIÓN:** \_\_\_\_\_

**BORRAMIENTO:** \_\_\_\_\_

**PRESENTACIÓN:** \_\_\_\_\_

**PELVIS ÚTIL:** ☐ NO ÚTIL

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:** \_\_\_\_\_

**INDICACIONES MÉDICAS:** \_\_\_\_\_

**FOCO ALTURA:** MARCAR LA MEDICIÓN DE ALTURA UTERINA EN CM.

**DILATACIÓN Y POSICIÓN:** MARCAR LOS CM. DE DILATACIÓN CERVICAL Y VARIEDAD DE PRESENTACIÓN

**ALTURA DE LA PRESENTACIÓN:** MENCIONAR LA ALTURA DE PRESENTACIÓN, SEGÚN LOS PLANOS DE HODGE.

**ALTURA DEL ÚTERO:** \_\_\_\_\_

**DILATACIÓN:** \_\_\_\_\_

**ALTURA PRESENTACIÓN:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE:** \_\_\_\_\_

## PARTOGRAMA (REVERSO)

ANOTAR LA HORA EXACTA EN QUE SE EFECTUAN LOS REGISTROS CORRESPONDIENTES

REGISTRE EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE INGRESA LA PACIENTE A LA UNIDAD DE TOCOCIRUGÍA.

UNIDAD TOCO QUIRÚRGICA

FECHA

HORA

REGISTRAR LA FRECUENCIA CARDIACA DEL FETO EN UNA UNIDAD DE TIEMPO

FRECUENCIA CARDIACA FETAL

160

140

120

REGISTRE EL NÚMERO DE CONTRACCIONES QUE PRESENTA LA PACIENTE EN LAPROS DE 10 MINUTOS.

CONTRACCIONES EN 10 MINUTOS

ML/UNIDADES

TENSIÓN ARTERIAL

PULSO

REGISTRAR EL PULSO DE LA PACIENTE EN UNA UNIDAD DE TIEMPO.

TEMPERATURA

REGISTRAR LA TEMPERATURA DE LA PACIENTE EN GRADOS CENTÍGRADOS.

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

DILATACIÓN EN CENTÍMETROS

ANOTAR EN CENTÍMETROS LA DILATACIÓN INICIAL Y SUBSECUENTE SEGÚN SE VAYA PRESENTANDO

REGISTRAR CONTINUAMENTE EN CENTÍMETROS LA ALTURA INICIAL Y SUBSECUENTE DEL FETO SEGÚN SE VAYA MANIFESTANDO EN LA PACIENTE.

ANOTAR EL NÚMERO DE HORAS CON MINUTOS DESDE QUE INICIA LA LABOR DE PARTO HASTA EL MOMENTO QUE DA A LUZ LA PACIENTE.

HORAS DE LABOR

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

ALTURA DE LA PRESENTACIÓN

I

II

III

IV

# UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS/ REGISTRO DE LA ENFERMERA (ANVERSO)

REGISTRAR EL ESTADO FÍSICO DEL PACIENTE EN EL MOMENTO EN QUE ES ATENDIDO EN LA UNIDAD MÉDICA.

ANOTAR EL NOMBRE DEL SERVICIO EN QUE SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO EL PACIENTE.

ANOTAR EL NÚMERO DE CAMA EN QUE SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO EL PACIENTE.

ANOTAR EL NOMBRE OFICIAL DE LA UNIDAD MÉDICA.

ANOTAR EL NOMBRE DEL PACIENTE, INICIANDO POR SUS APELLIDOS.

REGISTRAR EN KILOGRAMOS EL PESO DEL PACIENTE.

ANOTAR EN METROS Y CENTÍMETROS LA TALLA DEL PACIENTE.

REGISTRAR LOS SIGNOS VITALES QUE PRESENTA EL PACIENTE EN CADA TURNO, SEGÚN INDICACIONES MÉDICAS.

REGISTRAR LOS MEDICAMENTOS, ALIMENTOS, SOLUCIONES, ETC., QUE SE SUMINISTRAN AL PACIENTE.

REGISTRAR DE ACUERDO A LA TABLA DE SENSIBILIDAD TODOS LOS LIQUIDOS Y SUBSTANCIAS QUE DESECHA EL PACIENTE.

ANOTAR EL NÚMERO DE EXPEDIENTE QUE SE LE ASIGNA AL PACIENTE PARA SU IDENTIFICACIÓN.

ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE REQUISITA ÉSTE FORMATO.

ANOTAR EL NÚMERO DE DÍAS QUE EL PACIENTE PERMANECEÁ HOSPITALIZADO SEGÚN PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

MARCAR SI O NO, EN SU CASO ANOTAR LAS ALERGIAS QUE EL PACIENTE PADECE.

ANOTAR LA DIETA QUE EL MÉDICO DETERMINA PARA EL PACIENTE:

- LIQUIDA;
- BLANDA;
- NORMAL;
- AYUNO.

REGISTRAR EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE INSTALA EL CATÉTER O CANULA AL PACIENTE.

ANOTAR SI O NO, SEGÚN SEA EL CASO.

MARCAR CON UNA X EL ESTADO FÍSICO QUE REFLEJA EL PACIENTE, SEGÚN SEA EL CASO.

MARCAR SI SE REALIZA LA ACTIVIDAD EN EL HORARIO RESPECTIVO Y POR INDICACIONES MÉDICAS.

REGISTRAR EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO, LA DOSIS Y EL HORARIO EN QUE SE APLICA.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Unidad de Cuidados Intensivos/ Registro de la Enfermera

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES): \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ GÉNERO: ☐ MASC. ☐ FEM. FECHA: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ HABITUS EXTERIOR: \_\_\_\_\_ ALERGIAS: \_\_\_\_\_ D. ESTANCIA: \_\_\_\_\_

| HORA | SIGNOS VITALES |       |    |     | INGRESOS (B) |         |    |          | EGRESOS (B) |       |       |       |          |      |
|------|----------------|-------|----|-----|--------------|---------|----|----------|-------------|-------|-------|-------|----------|------|
|      | TEMP.          | PULS. | FC | T/A | PVC          | V. ORAL | IN | SOLUCIÓN | OTROS       | DIAR. | EVAC. | URIN. | PERDIDAS | OTRO |
| 8    |                |       |    |     |              |         |    |          |             |       |       |       |          |      |
| 9    |                |       |    |     |              |         |    |          |             |       |       |       |          |      |
| 10   |                |       |    |     |              |         |    |          |             |       |       |       |          |      |
| 11   |                |       |    |     |              |         |    |          |             |       |       |       |          |      |
| 12   |                |       |    |     |              |         |    |          |             |       |       |       |          |      |
| 13   |                |       |    |     |              |         |    |          |             |       |       |       |          |      |
| 14   |                |       |    |     |              |         |    |          |             |       |       |       |          |      |
| 15   |                |       |    |     |              |         |    |          |             |       |       |       |          |      |
| 16   |                |       |    |     |              |         |    |          |             |       |       |       |          |      |
| 17   |                |       |    |     |              |         |    |          |             |       |       |       |          |      |
| 18   |                |       |    |     |              |         |    |          |             |       |       |       |          |      |
| 19   |                |       |    |     |              |         |    |          |             |       |       |       |          |      |
| 20   |                |       |    |     |              |         |    |          |             |       |       |       |          |      |
| 21   |                |       |    |     |              |         |    |          |             |       |       |       |          |      |
| 22   |                |       |    |     |              |         |    |          |             |       |       |       |          |      |
| 23   |                |       |    |     |              |         |    |          |             |       |       |       |          |      |
| 24   |                |       |    |     |              |         |    |          |             |       |       |       |          |      |
| 1    |                |       |    |     |              |         |    |          |             |       |       |       |          |      |
| 2    |                |       |    |     |              |         |    |          |             |       |       |       |          |      |
| 3    |                |       |    |     |              |         |    |          |             |       |       |       |          |      |
| 4    |                |       |    |     |              |         |    |          |             |       |       |       |          |      |
| 5    |                |       |    |     |              |         |    |          |             |       |       |       |          |      |
| 6    |                |       |    |     |              |         |    |          |             |       |       |       |          |      |
| 7    |                |       |    |     |              |         |    |          |             |       |       |       |          |      |

ALERGIA: \_\_\_\_\_ CATÉTERES Y CÁMULAS: \_\_\_\_\_ DÍA DE INSTALACIÓN: \_\_\_\_\_ DIETA: \_\_\_\_\_

PARAMETROS: ☐ 8 ☐ 10 ☐ 12 ☐ 14 ☐ 16 ☐ 18 ☐ 20 ☐ 22 ☐ 24 ☐ 26 ☐ 28 ☐ 30 ☐ 32 ☐ 34 ☐ 36 ☐ 38 ☐ 40 ☐ 42 ☐ 44 ☐ 46 ☐ 48 ☐ 50 ☐ 52 ☐ 54 ☐ 56 ☐ 58 ☐ 60

GLUCOSA: \_\_\_\_\_ D. ESTROSTX: \_\_\_\_\_ PA 02: \_\_\_\_\_ PA 03: \_\_\_\_\_ HC03: \_\_\_\_\_ EE: \_\_\_\_\_ SAT 02: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_ DOSIS: \_\_\_\_\_ VÍA: \_\_\_\_\_ H: \_\_\_\_\_

217B20000-034-06

**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS/ REGISTRO DE LA ENFERMERA (REVERSO)**

REGISTRAR EL NOMBRE DE LA SOLUCIÓN Y HORARIO DE SU APLICACIÓN.

MARCAR CON UNA X EL RECUADRO DEL TURNO CORRESPONDIENTE, ASÍ COMO EFECTUAR LA SOMATOMETRÍA DE LOS INGRESOS Y EGRESOS, YA SEAN PARENTERALES, HORALES, INTRAMUSCULARES, ETC., QUE SE REALICEN DURANTE EL TURNO.

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA  
ENFERMERA RESPONSABLE DEL ÁREA  
HOSPITALARIA.

DESGLOSAR LA ACTIVIDAD RELEVANTE QUE SE REALIZÓ DURANTE LA JORNADA LABORAL Y NO HAYA SIDO ESPECIFICADA POR EL MÉDICO.

REGISTRAR EL DÍA, MES, AÑO Y HORA EN QUE SE EFECTÚA LA VENTILACIÓN AL PACIENTE DURANTE LA JORNADA LABORAL.

REGISTRAR LOS ACONTECIMIENTOS RELEVANTES QUE EL PACIENTE PRESENTÓ DURANTE LA JORNADA LABORAL.

*Manual Operativo*  
Expediente Clínico / Segundo Nivel de Atención

MARCAR CON UNA X EL RECUADRO QUE  
CORRESPONDA SEGÚN EL SEXO DEL  
ACIENTE: MASCULINO-HOMBRE, FEMENINO-  
MUJER.

REGISTRAR EN METROS Y  
CENTÍMETROS LA ESTATURA  
DEL PACIENTE

ANOTAR EL NÚMERO DE  
EXPEDIENTE QUE SE LE ASIGNA AL  
PACIENTE PARA SU  
IDENTIFICACIÓN

ANOTAR EL NOMBRE DEL SERVICIO MÉDICO  
EN EL CUAL SE ATIENDE AL PACIENTE.

ANOTAR EL NÚMERO DE BAÑOS  
QUE SE LE REALIZAR AL  
PACIENTE, SEGÚN  
INDICACIONES MÉDICAS.

ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO EN  
QUE SE REQUISITA EL  
FORMATO.

ANOTAR EL NOMBRE OFICIAL  
DE LA UNIDAD MÉDICA.



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

REGISTRAR EN KILOGRAMOS EL PESO DEL PACIENTE ANTES Y DESPUÉS DE REALIZAR LA DIÁLISIS.

REGISTRAR EL NOMBRE COMPLETO  
Y APELLIDOS DEL PACIENTE.

REGISTRAR EL NÚMERO DE  
AÑOS CUMPLIDOS DEL  
PACIENTE.

ANOTAR EL NÚMERO DE  
CAMA EN QUE SE  
ENCUENTRA EL PACIENTE  
HOSPITALIZADO.

MARCAR CON UNA X EL RECUADRO  
CORRESPONDIENTE SEGÚN SEA EL  
PACIENTE DE PRIMERA VÉZ O  
SUBSECUENTE.

**No. DE BAÑOS:** ANOTAR EL NÚMERO DE BAÑOS QUE SE APLICAN AL PACIENTE DURANTE LA JORNADA LABORAL.

**SOLUCIÓN-FARMACO:** ANOTAR EL NOMBRE Y CANTIDAD DE LOS MEDICAMENTOS, SOLUCIONES O FÁRMACO APLICADOS AL PACIENTE, ESPECIFICANDO LA HORA DE ENTRADA Y TERMINO DEL MISMO.

**TIEMPO EN CAVIDAD:** ANOTAR EL TIEMPO QUE DURA LA SOLUCIÓN EN LA CABIDAD DEL RIÑÓN, ASÍ COMO REGISTRAR LA HORA DE SALIDA Y TERMINO DE LA MISMA.

**CANTIDAD OBTENIDA:** REGISTRAR LA DIFERENCIA DE SOLUCIÓN QUE INGRESA Y EGRESA DEL PACIENTE.

**BALANCE PARCIAL:** REGISTRAR EL RESULTADO DE LA SUMATORIA DE LAS SOLUCIONES QUE INGRESAN Y EGRESAN DEL PACIENTE POR RUBRO.

**BALANCE TOTAL:** REGISTRAR EL RESULTADO DE LA SUMATORIA DE LOS RESULTADOS PARCIALES OBTENIDOS DURANTE LA JORNADA LABORAL.

**T/A, TEMP., PULSO, RESP.:** REGISTRAR LOS SIGNOS VITALES DEL PACIENTE POR LO MENOS DOS VECES POR TURNO O SEGÚN INDICACIONES MÉDICAS.

**OBSERVACIONES:** REGISTRAR ALGÚN ACONTECIMIENTO ANORMAL QUE HAYA PRESENTADO EL PACIENTE DURANTE LA JORNADA LABORAL.

—**PROGRAMA:** ANOTAR EL NOMBRE DEL PROGRAMA EN QUE SE ENCUENTRE INSCRITO EL PACIENTE.

**CATETER:** REGISTRAR EL NÚMERO DE CATETER QUE SE VA A INSTALAR. ASÍ COMO EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE INSTALA.

**LÍNEA:** MARCAR CON UNA X EL  
RECUADRO CORRESPONDIENTE, ASÍ  
COMO EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE  
INSTALA

CONECTOR: MARCAR CON UNA X EL RECUADRO CORRESPONDIENTE, ASÍ COMO EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE INSTALA

TX. DIALÍTICO SOL.: ANOTAR SI O NO,  
SEGÚN SEA EL CASO.

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA ENFERMERA RESPONSABLE DEL  
ÁREA O DE LA SALA EN QUE SE ENCUENTRA ASIGNADA.

217B20000-035-06

*Manual Operativo*  
Expediente Clínico / Segundo Nivel de Atención



## HOJA DE DIALISIS (REVERSO)

## Hoja de Diálisis

[illegible]

**No. DE BAÑOS:** ANOTAR EL NUMERO DE BAÑOS QUE SE APLICAN AL PACIENTE DURANTE LA JORNADA LABORAL.

**SOLUCIÓN-FARMACO:** ANOTAR EL NOMBRE Y CANTIDAD DE LOS MEDICAMENTOS, SOLUCIONES O FÁRMACO APLICADOS AL PACIENTE, ESPECIFICANDO LA HORA DE ENTRADA Y TERMINO DEL MISMO.

**TIEMPO EN CAVIDAD:** ANOTAR EL TIEMPO QUE DURA LA SOLUCIÓN EN LA CABIDAD DEL RIÑÓN, ASÍ COMO REGISTRAR LA HORA DE SALIDA Y TERMINO DE LA MISMA.

**CANTIDAD OBTENIDA:** REGISTRAR LA DIFERENCIA DE SOLUCIÓN QUE INGRESA Y EGRESA DEL PACIENTE.

**BALANCE PARCIAL:** REGISTRAR EL RESULTADO DE LA SUMATORIA DE LAS SOLUCIONES QUE INGRESAN Y EGRESAN DEL PACIENTE POR RUBRO.

**BALANCE TOTAL:** REGISTRAR EL RESULTADO DE LA SUMATORIA DE LOS RESULTADOS PARCIALES OBTENIDOS DURANTE LA JORNADA LABORAL.

**T/A, TEMP., PULSO, RESP.:** REGISTRAR LOS SIGNOS VITALES DEL PACIENTE POR LO MENOS DOS VECES POR TURNO O SEGÚN INDICACIONES MÉDICAS.

**OBSERVACIONES:** REGISTRAR ALGÚN  
ACONTECIMIENTO ANORMAL QUE  
HAYA PRESENTADO EL PACIENTE  
DURANTE LA JORNADA LABORAL.

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA ENFERMERA RESPONSABLE DEL  
ÁREA O DE LA SALA EN QUE SE ENCUENTRA ASIGNADA.

# SOLICITUD DE INTERNAMIENTO

**Gobierno del Estado de México**  
**Secretaría de Salud**  
**Instituto de Salud del Estado de México**

**Solicitud de Internamiento**

ANOTAR EL NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA

ANOTAR LA FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE (DÍA, MES Y AÑO)

ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE INTERNA EL PACIENTE.

MARQUE CON UNA X EL GENERO AL QUE CORRESPONDA EL PACIENTE

ANOTAR APELLIDOS Y NOMBRE (S) COMPLETOS DEL PACIENTE

ANOTAR EL OFICIO O PROFESIÓN A LA QUE SE DEDICA EL PACIENTE

UNIDAD MÉDICA

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))

FECHA DE NACIMIENTO

GENERO  
☐ MASC ☐ FEM

ANOTAR EL NOMBRE DE LA CALLE, NÚMERO, COLONIA, MUNICIPIO, ENTIDAD FEDERATIVA DEL DOMICILIO ACTUAL DEL PACIENTE.

ESTADO CIVIL

OCCUPACIÓN

RESIDENCIA HABITUAL (CALLE, Y NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO Y ENTIDAD FEDERATIVA)

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

ANOTE EL NÚMERO TELEFÓNICO COMPLETO CON CLAVE LADA (EN SU CASO) EN DONDE SE LE PUEDA LOCALIZAR.

ANOTAR EL NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE DEL PACIENTE.

DOMICILIO:

TELÉFONO:

INGRESA POR EL SERVICIO DE:  
☐ CONSULTA EXTERNA ☐ URGENCIAS

INGRESO AL SERVICIO DE:

FECHA DE INGRESO

HORA DE INGRESO

ANOTAR LA HORA Y MINUTOS EN QUE INGRESA EL PACIENTE.

ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE INGRESA EL PACIENTE.

ANOTAR EL NOMBRE DE LA CALLE, NÚMERO, COLONIA, MUNICIPIO Y ENTIDAD FEDERATIVA DEL DOMICILIO ACTUAL DEL FAMILIAR O RESPONSABLE DEL PACIENTE.

MARQUE CON UNA X EL RECUADRO QUE CORRESPONDA, SEGÚN HAYA INGRESADO EL PACIENTE

DIAGNÓSTICO DE INGRESO

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE HACE EL INGRESO

217B2 000 0-03 6-06

DESCRIBA CONCRETAMENTE LA PATOLOGÍA POR LA CUAL INGRESO EL PACIENTE.

ANOTAR EL NOMBRE DEL SERVICIO AL CUAL INGRESA EL PACIENTE.

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA EL INGRESO DEL PACIENTE.

# AUTORIZACIÓN DE SALIDA

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA.  
 ANOTAR APELLIDOS Y NOMBRE(S) DEL PACIENTE.  
 ANOTAR EL NOMBRE DEL SERVICIO O ESPECIALIDAD QUE RECIBE AL PACIENTE.  
 ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL.  
 ANOTAR EL NÚMERO DE FOLIO CONSECUTIVO DEL RECIBO ÚNICO.  
 ANOTAR EL NÚMERO DE CAMA QUE OCUPA EL PACIENTE.  
 ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE INGRESA EL PACIENTE.  
 ANOTAR EL NÚMERO CONSECUTIVO DEL FOLIO.  
 ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE EGRESA EL PACIENTE.  
 ANOTAR EL NOMBRE DEL SERVICIO DE DONDE EGRESA EL PACIENTE.  
 ANOTAR EL COSTO DEL SERVICIO EN PESOS Y CENTAVOS.  
 ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA LA SALIDA.  
 ANOTAR EL NIVEL DE GRAVEDAD ASIGNADO AL PACIENTE.  
 ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TITULAR DE LA JEFATURA DE TRABAJO SOCIAL.

|                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                                                     |                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
|  <b>Gobierno del Estado de México</b><br><b>Secretaría de Salud</b><br>Instituto de Salud del Estado de México |                  |  |                                   |
| <b>Autorización de Salida</b>                                                                                                                                                                   |                  | <b>FOLIO</b>                                                                        |                                   |
| UNIDAD MÉDICA                                                                                                                                                                                   | FECHA DE INGRESO | FECHA DE EGRESO                                                                     |                                   |
| NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))                                                                                                                            | CAMA             | ÁREA DE EGRESO                                                                      |                                   |
| ESPECIALIDAD                                                                                                                                                                                    | NIVEL            | FOLIO DEL RECIBO ÚNICO DE PAGO                                                      | IMPORTE                           |
| ELABORÓ<br>NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL                                                                                                                                              |                  | VISTO BUENO<br>NOMBRE Y FIRMA, JEFATURA DE TRABAJO SOCIAL                           | AUTORIZÓ<br>NOMBRE, CARGO Y FIRMA |
|                                                                                                                                                                                                 |                  | 217B20000-037-06                                                                    |                                   |

## OTROS DOCUMENTOS

**EN ESTE APARTADO SE DEBERÁN INCLUIR LOS FORMATOS:**

- CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
- NOTIFICACIÓN DE CASO MÉDICO LEGAL

# CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA

OFICIO, PROFESIÓN U OTRA ACTIVIDAD EN QUE SE OCUPA

OTAR EL LUGAR DONDE SE ENCUENTRA UBICADA LA UNIDAD MÉDICA

ANOTAR EL DIA, MES Y AÑO DE ELABORACIÓN

ANOTAR APELLIDOS Y NOMBRE (S) DEL PACIENTE

MARCAR CON UNA X EL GÉNERO AL QUE CORRESPONDA

ANOTAR LA EDAD EN AÑOS

ANOTAR CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO

ANOTAR EL DIAGNÓSTICO MÉDICO

ANOTAR TODOS LOS ESTUDIOS REALIZADOS

ANOTAR TIPO Y NÚMERO DE ANESTESIAS RECIBIDAS

ANOTAR LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS RECIBIDOS

ANOTAR LOS TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS

ANOTAR NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO 1

ANOTAR SI HA SUFRIDO RIESGOS Y COMPLICACIONES

ANOTAR NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE QUE AUTORIZA

ANOTAR NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO 2

**Gobierno del Estado de México**  
**Secretaría de Salud**  
**Instituto de Salud del Estado de México**

**Carta de Consentimiento Informado**

UNIDAD MÉDICA \_\_\_\_\_ LUGAR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)) \_\_\_\_\_ NO. DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ GÉNERO ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO) \_\_\_\_\_

Los médicos del servicio de \_\_\_\_\_, me han informado de mi(s) padecimiento(s), por lo que necesito someterme a estudios de laboratorio, gabinete, histopatológicos y de procedimientos anestésicos, así como de tratamiento(s) médico(s) y/o quirúrgico(s) considerados como indispensables para recuperar mi salud.

Los médicos me informaron de los riesgos y de las posibles complicaciones de los medios de diagnóstico y tratamientos médico y/o quirúrgicos, por lo que por este medio, libremente y sin presión alguna acepto someterme a:

Diagnóstico(s) clínico(s) \_\_\_\_\_

Estudios de laboratorio, gabinete e histopatológicos \_\_\_\_\_

Actos anestésicos \_\_\_\_\_

Tratamiento(s) médico(s) \_\_\_\_\_

Tratamiento(s) quirúrgico(s) \_\_\_\_\_

Riesgos y complicaciones \_\_\_\_\_

He sido informado de los riesgos que entraña el procedimiento, por lo que acepto los riesgos que implica el procedimiento.

Autorizo a los médicos de este hospital para que realicen los estudios y tratamientos convenientes.

En igual sentido, autorizo ante cualquier complicación o efecto adverso durante el procedimiento, especialmente ante una urgencia médica, que se practiquen las técnicas y procedimientos necesarios.

Tengo la plena libertad de revocar la autorización de los estudios y tratamientos en cualquier momento, antes de realizarse.

En caso de ser menor de edad o con capacidades diferentes, se informó y autoriza el responsable del paciente.

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1 \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2 \_\_\_\_\_

217B20000-038-06

# NOTIFICACIÓN CASO MÉDICO-LEGAL

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA



Gobierno del Estado de México  
Secretaría de Salud  
Instituto de Salud del Estado de México



## Notificación de Caso Médico-Legal

UNIDAD MÉDICA

a de de 200

ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE REALIZA LA NOTIFICACIÓN

C. AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO  
ADSCRITO A

ANOTAR EL NÚMERO DE LA ADSCRIPCIÓN A LA QUE PERTENECE EL MINISTERIO PÚBLICO

Me permito informar a usted que, siendo las horas del día fue presentado al Servicio de Urgencias de esta Unidad Hospitalaria, el (la):

ANOTAR LA HORA, DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE EXPIDE LA HOJA DE NOTIFICACIÓN

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE, INICIANDO POR SU APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S)

|                  |                  |           |
|------------------|------------------|-----------|
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE(S) |
|------------------|------------------|-----------|

ANOTAR EL NOMBRE DE LA CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO Y ENTIDAD FEDERATIVA

Quien menciona tener su domicilio en:

|                |                    |
|----------------|--------------------|
| CALLE Y NÚMERO | COLONIA            |
| LOCALIDAD      | MUNICIPIO          |
|                | ENTIDAD FEDERATIVA |

Por presentar:

ANOTAR LOS MOTIVOS DE LA CERTIFICACIÓN

Lo que comunico a usted, en cumplimiento a lo dispuesto por la Fracción V del Artículo 19 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como para los fines legales a que haya lugar.

ATENTAMENTE

ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA NOTIFICACIÓN

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN NOTIFICA

217B20000-039-06



## NOTAS DE DEFUNCIÓN Y MUERTE FETAL

EN ESTE APARTADO DEBERÁ INCLUIRSE EL FORMATO “**CERTIFICADO DE MUERTE FETAL**”  
QUE EMITE LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

## VIII GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Atención Médica.-** conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.
- **Consentimiento Informado.-** Documento escrito signado por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información, los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos o rehabilitatorios. Este consentimiento se sujetará a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, será revocable mientras no inicie el procedimiento para el que se hubiere otorgado y no obligará al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.
- **Expediente Clínico.-** Al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.
- **Hospitalización.-** servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.
- **Interconsulta.-** procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.
- **Paciente.-** Beneficiario directo de la atención médica.
- **Referencia-contrarreferencia.-** procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.
- **Resumen Clínico.-** documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.
- **Unidad Médica.-** A todo aquel establecimiento fijo o móvil, público, social o privado, que preste servicios de atención médica ya sea ambulatoria o para internamiento, cualquiera que sea su denominación; incluidos los consultorios.
- **Urgencia.-** A todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera la atención inmediata.
- **Usuario.-** a toda aquella persona, paciente o no, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

## IX VALIDACIÓN

**DRA. MARÍA ELENA BARRERA TAPIA  
SECRETARIA DE SALUD  
Y DIRECTORA GENERAL**

**DR. JESÚS RUBÍ SALAZAR  
COORDINADOR DE SALUD**

**LIC. FEDERICO RUÍZ SÁNCHEZ  
COORDINADOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS**

**DR. ROBERTO MARTÍNEZ POBLETE  
DIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD**

**DR. ANGEL SALINAS ARNAUT  
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN MÉDICA**

**DR. JOSÉ MAURICIO PÉREZ ALVAREZ  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA DE SEGUNDO Y  
TERCER NIVEL**

L.A.E. MARTHA MEJÍA MÁRQUEZ  
**JEFA DE LA UNIDAD DE MODERNIZACIÓN ADMINISTRATIVA**

LIC. ARMANDO SANTÍN PÉREZ  
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

## X DIRECTORIO

*Dra. María Elena Barrera Tápio*  
**Secretario de Salud y Director General del ISEM**

*Dr. Jesús Rubí Salazar*  
**Coordinador de Salud**

*C.D. Sergio Carlos Rojas Andersen*  
**Coordinadora de Regulación Sanitaria**

*Lic. Federico Ruiz Sánchez*  
**Coordinador de Administración y Finanzas**

*M. en C. Julio Cesar Meza Green*  
**Jefe de la Unidad de Control de Gestión**

*Lic. Leopoldo Molina Zenteno*  
**Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos**

*Dra. Frineé Azuara Yarzabal*  
**Dirección Estatal de Protección Social en Salud**

*Lic. Gabriela Gallardo Ortiz*  
**Secretaría Particular**

*C.P.C. y M. en A. Susana Libien Díaz González*  
**Jefe de la Unidad de Contraloría Interna**

*Lic. Fuad Abraham Isaac Naime*  
**Jefe de la Unidad de Comunicación Social**

*Ing. Enrique Vincent Dávila*  
**Jefe de la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación**

*L.A.E. Martha Mejía Márquez*  
**Jefa de la Unidad de Modernización Administrativa**



## IX VALIDACIÓN

Con fundamento en el artículo 293, fracción IV del Reglamento de Salud del Estado de México, el **5 de diciembre del 2006**, el H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México, en Sesión Ordinaria Número **148**, mediante el acuerdo **ISE 148/ 014**, aprobó el documento denominado **“Manual Operativo para el Llenado de Formatos del Expediente Clínico, para Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención”**, el cual establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo de los diversos formatos que integran el citado documento en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención del instituto de Salud del Estado de México.

| FECHA DE ACUERDO        | NÚMERO DE ACUERDO |
|-------------------------|-------------------|
| 5 de diciembre del 2006 | ISE 148/ 014      |

© **M.P. – 98**

***Manual Operativo para el llenado de Formatos del Expediente Clínico/ Segundo Nivel de Atención***

***Secretaría de Salud***

***Instituto de Salud del Estado de México***

*Créditos:*

- ✦ *L.A.E. Martha Mejía Márquez*  
*Jefa de la Unidad de Modernización Administrativa*
- ✦ *Dr. José Mauricio Pérez Álvarez*  
*Jefa del Departamento de Atención Médica de Segundo y Tercer Nivel.*

*Responsable de su elaboración e integración:*

- ✦ *Lic. Aldo Bastida Zamora*

*Toluca, México*

***Septiembre, 2006***