



GACETA DEL GOBIERNO



Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México
REGISTRO DGC NUM. 001 1021 CARACTERISTICAS 113282801

Mariano Matamoros Sur No. 308 C.P. 50130
Tomo CLXXIV A:202/3/001/02

Toluca de Lerdo, Méx., viernes 23 de agosto del 2002
No. 40

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL
ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS

SUMARIO:

MANUAL DE OPERACION PARA EL ACCESO AL SERVICIO MEDICO.

"2002. 600 ANIVERSARIO DEL NATALICIO DEL REY POETA ACOLMIZTLI NEZAHUALCOYOTL"

SECCION TERCERA

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO



LESENUM

Gobierno del Estado de México
Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios

Manual de Operación para el Acceso al Servicio Médico

Julio, 2002

*"A la reforma administrativa del estado habrá de dársele un mayor impulso para modernizarla y actualizarla a las exigencias de un estado que crece con una gran dinámica, exigiendo que los servicios que le proporciona sean de alta calidad, con sentido humano atendiendo a nuestra responsabilidad y lo que es nuestra obligación.
...Hacer del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios un sinónimo de calidad, poniéndole todo el entusiasmo, todas las ganas y todo el amor..."*

Arturo Montiel Rojas
Gobernador Constitucional

DIRECTORIO

LIC. ENRIQUE PEÑA NIETO
PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

M. EN A.P. SANTIAGO G. VELASCO MONROY
DIRECTOR GENERAL

DR. JOSÉ FRANCISCO ALVEAR NEGRETE
DIRECTOR DE SERVICIOS MÉDICOS

LIC. LAURA ADRIANA CÁMARA CASTÁN
DIRECTORA DE PRESTACIONES SOCIOECONÓMICAS

C.P. JAIME MONROY VÉLEZ
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

LIC. FEDERICO RUIZ SÁNCHEZ
DIRECTOR DE FINANZAS Y PLANEACIÓN

C.P. ESTHELA LÍO GARZA
JEFE DE LA UNIDAD DE CONTRALORÍA INTERNA

LIC. SALVADOR XIMÉNEZ ESPARZA
JEFE DE LA UNIDAD JURÍDICA Y CONSULTIVA

ING. ELFEGO GUTIÉRREZ OCAMPO
JEFE DE LA UNIDAD DE INFORMÁTICA

LIC. JUAN CARLOS VELÁSQUEZ MEJÍA
JEFE DE LA UNIDAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL

PRESENTACIÓN

El escenario actual en el que se desenvuelven el Estado y su administración pública es objeto de un amplio debate y revisión sobre el papel que desempeñan y deben desempeñar ante la sociedad. Es decir, hoy se requiere transitar hacia un gobierno y una administración pública deseables y necesarios, facilitadores y promotores de la acción social, que superen su real o aparente incapacidad para resolver con las políticas actuales, las demandas y expectativas de la sociedad.

Por ello, el gobierno del C. Lic. Arturo Montiel Rojas ha enfatizado en el *Plan de Desarrollo del Estado de México 1999-2005*, la necesidad de una administración pública para nuestra entidad que desarrolle al máximo su capacidad y voluntad de innovación, adaptabilidad, transparencia y competitividad; con un alto compromiso de sus servidores públicos, que se visualice en la calidad de sus servicios.

En este contexto, la calidad de los trámites y servicios comprenden varios componentes, tales como oportunidad, precisión, accesibilidad e idoneidad, que expresan valores de satisfacción y que forman parte de la relación entre la administración pública y sus usuarios.

Es así como el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, como organismo público descentralizado de la administración pública estatal, se ha propuesto avanzar hacia el mejoramiento administrativo, como requisito ineludible para crear las condiciones que le permitirán incrementar sus niveles de eficiencia y eficacia, racionalizar sus recursos y

eleva la calidad de los trámites y servicios que proporciona; sólo de esta manera estará en condiciones de atender adecuadamente la creciente demanda de sus derechohabientes.

Crear las condiciones necesarias para contar dentro del Instituto con una estructura orgánica que responda a las necesidades de cambio, no sólo es importante, sino que los avances tecnológicos y de comunicación lo hacen imprescindible.

El Instituto a través de su función de mejoramiento y desarrollo institucional, ha adoptado metodologías sustentadas en el enfoque de sistemas, la planeación estratégica, la reingeniería de procesos y el desarrollo organizacional, entre otros. Con el propósito de contar con procesos de trabajo y de atención al público, orientados a imprimir calidad y calidez en su otorgamiento.

Por tanto, las condiciones que el actual proceso de modernización requiere, conducen a la exigencia de una revisión profunda de nuestros actuales esquemas de trabajo, con una clara tendencia para mejorarlos; tal compromiso tiene su base en la llamada era de la modernización administrativa del Instituto, para lo cual el análisis, estudio y generación de modelos proactivos de trabajo, como piezas clave para asegurar la estandarización de los sistemas de trabajo, se hacen necesarios.

La misma orientación deberán mantener los documentos administrativos, elaborados de manera conjunta entre el personal administrativo y el personal operativo de las distintas unidades que conforman el Instituto, ello a efecto de asimilar los cambios que

permitan presentarse como un organismo preparado y dispuesto a lograr el desarrollo institucional cuya práctica nos permitirá atender con mayores niveles de calidad los trámites y servicios requeridos.

El presente documento, se constituye como un instrumento administrativo que permitirá a nuestros servidores públicos operar en forma estandarizada y efectiva en cada una de las acciones de su

competencia, en sus respectivos niveles. Es por ello que invocamos el compromiso de todos los involucrados para que sus actividades y tareas se sustenten en el marco normativo del mismo; su aplicación es nuestra obligación y su observancia es un camino hacia la calidad.

Santiago G. Velasco Monroy
Director General

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

- I. Objetivo
- II. Marco Legal
- III. Normas de Operación
- IV. Sistema Operativo
- V. Simbología y Claves
- VI. Diagramas de Flujo y Descripción del Proceso
 1. Verificación de la Vigencia para Cita Previa
 2. Verificación de la Vigencia para las Citas Ficticias
 3. Verificación de la Vigencia para Consulta en Urgencias Médicas
 4. Verificación de la Vigencia en Admisión Hospitalaria
 5. Verificación de la Vigencia en Traslados entre Servicios de Urgencias
 6. Verificación de la Vigencia Consulta de una Vez con Médico Especialista
 7. Verificación de la Vigencia para Efectuar Estudios de Laboratorio y Gabinete
 8. Verificación de la Vigencia para el Otorgamiento de Medicamentos a Pacientes Crónicos
 9. Verificación de la Vigencia para Otorgamiento de Medicamentos a Pacientes Crónicos
 10. Verificación de la Vigencia para Otorgamiento de Medicamentos a Pacientes Crónicos
- VII. Catálogo de Formatos y Guías para su Uso

VALIDACIÓN

INTRODUCCIÓN

El mejoramiento de los procesos internos y las estructuras de organización en la administración pública es un reto permanente para lograr mínimos de calidad en la prestación de los servicios sustantivos que se otorgan a la población; la simplificación de las tareas, la modernización de sus equipos de trabajo son, entre otros, elementos necesarios para contribuir a dicha calidad.

El Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios está convencido de la importancia de los programas de *Desarrollo Institucional y Mejoramiento Administrativo*, instrumentados en la administración pública de la entidad, participando en acciones concretas.

Resultado de lo anterior, es el presente *Manual de Operación para el Acceso al Servicio Médico*, cuyo propósito fundamental es el de contar con un instrumento administrativo que contenga las acciones y operaciones para el manejo adecuado de la información que permitan una toma de decisiones efectiva, tendiente a proporcionar de manera oportuna los servicios demandados por la población derechohabiente.

El documento, contiene desde el objetivo que se pretende alcanzar, la base legal de carácter genérica que fundamenta las acciones que habrán de seguir todas las unidades médicas, en la actividad de recepción para el otorgamiento de los diferentes servicios que demandan los derechohabientes.

El procedimiento detallado de cada uno de los pasos que se siguen en el proceso pretende facilitar las funciones de los responsables, con el propósito de lograr una mayor eficiencia y eficacia en sus resultados.

El proceso establece como indicadores para medir su desempeño, principalmente los tiempos de respuesta que habrán de darse, en la prestación de los servicios de salud.

Asimismo, el *Manual* contiene las normas de operación que cada uno de los actores que participan en el proceso deberá cumplir para lograr resultados satisfactorios.

Un elemento más que aporta valor al trabajo diario de los responsables de esta tarea, resulta ser los formatos y anexos utilizados en todo el proceso, de los cuales se incluyen los instructivos que resultan necesarios.

Cabe señalar que, de acuerdo con el proceso interno para la instrumentación de documentos administrativos, el presente manual ha sido analizado y validado por cada una de las partes involucradas, lo que permite un consenso para su exitosa difusión e instrumentación.

I. OBJETIVO

Dotar a las unidades médicas de la Institución, de los mecanismos e instrumentos necesarios que permitan el acceso a las prestaciones de atención médica, a través de la adecuada verificación de la vigencia de los derechos del servidor público y sus dependientes económicos, en cumplimiento a los ordenamientos y normas establecidos, haciendo más efectiva la toma de decisiones.

II. MARCO LEGAL

Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios

Gaceta del Gobierno, 3 de enero de 2002

Artículo 6. Los derechos que otorga la presente Ley a los servidores públicos se generarán a partir de su ingreso al servicio, independientemente de la fecha en que el Instituto reciba las cuotas y aportaciones establecidas.

Las instituciones públicas deberán remitir al Instituto, en un plazo no mayor de diez días hábiles a partir del ingreso al servicio del servidor público, los datos necesarios para su registro y control.

Artículo 7.- Los derechohabientes y las instituciones públicas están obligados a proporcionar al Instituto, los datos que les soliciten relacionados con la aplicación de esta Ley.

Artículo 8.- Los familiares o dependientes económicos del servidor público y del pensionado, para recibir las prestaciones señaladas, deberán registrarse ante el Instituto, y éste, llevará el registro y control de vigencia de derechos y sólo se negará el servicio cuando no se haya cumplido con el registro, excepto en casos de urgencia médica.

La edad, las relaciones familiares, la dependencia económica y los demás requisitos que sean necesarios para acreditar los derechos, se comprobarán con arreglo a las disposiciones legales, administrativas o las que señalen el uso o la costumbre y a los estudios socioeconómicos que para tal efecto realice el Instituto.

Artículo 9.- El Instituto expedirá a los derechohabientes un documento de identificación para facilitarles el acceso a las prestaciones que les correspondan conforme a esta Ley. En los casos de urgencia médica no se requerirá de ninguna identificación.

Artículo 48.- El servidor público que deje de prestar sus servicios por haber causado baja en alguna institución pública conservará, durante los dos meses siguientes a la fecha de la misma, el derecho a recibir las prestaciones de servicios de salud establecidos en esta Ley, siempre y cuando haya laborado ininterrumpidamente durante un mínimo de dos meses. Del mismo derecho disfrutarán, en lo procedente, sus familiares y dependiente- económicos.

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

Diario Oficial de la Federación 29 de abril de 1986

Art. 72. Se entiende por urgencia, todo problema médico quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.

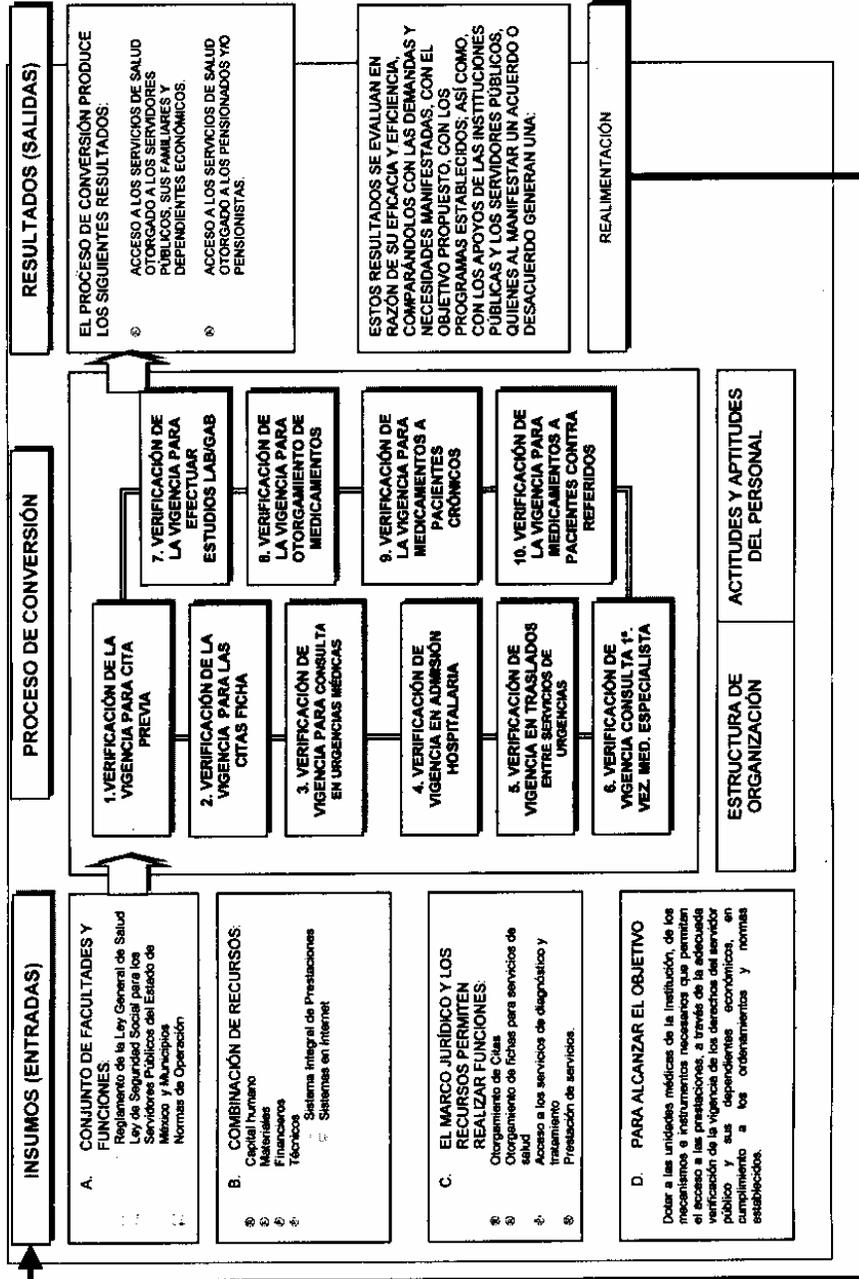
Art. 73 El responsable del servicio de urgencias del establecimiento, está obligado a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales para que pueda ser transferido.

III. NORMAS DE OPERACIÓN

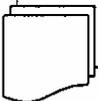
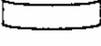
1. En el otorgamiento de los servicios de salud a los derechohabientes deberá, invariablemente, comprobarse que los interesados tengan vigencia de sus derechos.
2. La comprobación de los derechos para los servicios de salud es responsabilidad de la persona que tiene contacto primario con los derechohabientes, y que, generalmente, recae en la Recepción de los diferentes servicios.
3. Solamente podrá solicitarse al derechohabiente el Comprobante de Pago Vigente, en los casos que no habiendo aparecido en el Módulo de Población Derechohabiente y habiendo constatado a través de consulta a la base de datos, vía telefónica, acceso directo al sistema o vía Internet, no se encuentren registros; lo cual podrá deberse a que el servidor público este recientemente ingresado o reactivado al servicio.
4. En los casos que agotadas las vías para obtener información sobre la vigencia de los derechos, el derechohabiente no cuente con ésta, es responsabilidad de la persona que verifica informar al

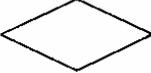
- derechohabiente que esté en dicho supuesto y cancelarlo de la relación, la omisión de esta norma será causal de responsabilidad y se aplicarán los ordenamientos establecidos en la materia.
5. La Contraloría Interna deberá efectuar, periódicamente, revisiones a fin de que se cumpla cabalmente la norma anterior.
 6. Es responsabilidad de la unidad que lleva a cabo el registro y control de la población derechohabiente, así como de generar el sistema de información necesario para la toma de decisiones en materia de vigencia de derechos, entregar en tiempo y forma, sin excepción alguna, la información actualizada de la Población Derechohabiente.
 7. Invariablemente deberán considerarse los dos meses para proporcionar los servicios de salud, después de haber causado baja el servidor público, tal como se establece en el artículo 48 de la Ley del ISSEMYM.
 8. En los casos que se compruebe la vigencia posterior a la generación de los informes diarios, deberá rubricarse el renglón donde aparece el solicitante, para sus posteriores verificaciones. El incumplimiento de esta norma es causal de responsabilidad para el servidor público que lo omite.
 9. En los casos de urgencia real, tal como lo establece la legislación en la materia, los pacientes deberán ser atendidos de inmediato, sin considerar el turno que les pudiera corresponder *"tratándose de una urgencia sentida"*
 10. En este caso de urgencia real, se deberá proporcionar el servicio sin que, necesariamente, presente su identificación y estén vigentes sus derechos. Únicamente deberán solicitarle sus datos generales para poder contar con el registro necesario que permita informar a sus familiares o interesados, el estado de salud.
 11. Para llevar a cabo el internamiento de los pacientes deberá llevarse una oportuna programación, la cual deberá contener los datos generales del paciente que permitan detectar con antelación la vigencia de derechos. Así, la programación de admisión hospitalaria debe contener la vigencia de los derechos del paciente, misma que deberá efectuarse con antelación antes de la fecha en que llegará el paciente al servicio.
 12. En los casos de traslados de los servicios de urgencias de una unidad médica a otra del mismo Instituto, la responsabilidad de verificar la vigencia es de la unidad médica emisora, motivo por el cual, la unidad médica que recibe al paciente no deberá solicitar la comprobación de la vigencia de derechos, en su caso podrá ratificar consultado el Módulo de Población Cotizante.
 13. A los pensionados deberán otorgárseles todos los servicios de salud, sin que necesariamente se compruebe la vigencia de sus derechos, por lo tanto el servicio que se les proporcione a estos derechohabientes debe ser rápido y expedito.
 14. Para el surtimiento de recetas médicas que se presenten dentro del plazo establecido los únicos requisitos que deberán exigirse para este efecto serán la firma de recibido del paciente y su identificación del ISSEMYM.
 15. Cuando se genere una Receta Médica, ésta sólo deberá ser resultado de una consulta médica otorgada al paciente, tanto en la consulta externa en medicina general como de especialidad o al egreso de los servicios de hospitalización. En todo caso, la información del tratamiento que se genere por este medio deberá registrarse en el expediente clínico.
 16. Las recetas médicas que se presenten para su surtimiento después de las 72 horas a partir de la fecha de expedición, deberán ser canceladas y devueltas por el Almacén de Medicamentos, informando al paciente que no podrá surtirle el medicamento, hasta no obtener una nueva receta, para lo cual deberá generarse el procedimiento de la consulta externa; esto, incluyendo las recetas que son generadas en el servicio de hospitalización.
 17. En los padecimientos crónico degenerativos, las recetas médicas expedidas a través de las áreas o módulos de medicamentos, no podrán otorgarse más de dos recetas en un periodo de seis meses, sin que el paciente tenga una consulta con su médico tratante, con el propósito de que sean revisados los avances del tratamiento y hasta el posible cambio del mismo.
 18. Dado que la Identificación otorgada los derechohabientes es propiedad del ISSEMYM, ésta deberá ser devuelta al Instituto cuando el servidor público cause baja del servicio.
 19. Cuando la unidad médica, después de efectuar el procedimiento completo para validar la vigencia de los derechos del paciente o solicitante que requiera de los servicios de salud, desde la consulta al Módulo de Población Cotizante, hasta la solicitud del comprobante de pago vigente, determina que no tiene vigencia de sus derechos, se deberá retirar al solicitante la Identificación.
 20. En el procedimiento de Cita Ficha, cuando se entregue al paciente una Ficha contra su Identificación, si el paciente no asiste a la consulta, la Identificación permanecerá en la unidad médica hasta por 48 horas, posterior a este plazo, las Identificaciones que no se devuelvan a los usuarios deberán enviarse relacionadas a las unidades u oficinas de Atención a Derechohabientes más cercana.
 21. Las unidades y oficinas de atención a Derechohabientes recibirán en forma permanente las Identificaciones de los pacientes que no se presentaron a la consulta y, en los casos, de que el paciente se presente a solicitar la reposición por pérdida, la unidad u oficina está obligada a informarle que la credencial no fue extraviada, sino que no se presentó a la consulta médica dejando perder su cita.

IV. SISTEMA OPERATIVO



V. SIMBOLOGÍA Y CLAVES

	OPERACIÓN.- Actividad que cambia o modifica el estado del servicio o producto		FORMATO.- Refiere documento utilizado en el proceso
	INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN.- Refiere actividad de supervisión, no implica modificación del producto o servicio		FORMATO.- Refiere documento utilizado en el proceso, indicando copias
	ACTIVIDAD COMBINADA.- Acción de verificar y modificar el estado del producto o servicio		PAQUETE DE DOCUMENTOS.- Utilizado para indicar un conjunto de diversos documentos utilizados en un paso u operación
	ARCHIVO O ALMACENAJE.- Indica cuando un producto o servicio es guardado, archivado o está pendiente de una siguiente acción		PAQUETE.- Indica un bien o material
	INTERRUPCIÓN DEL PROCESO.- Demora o inactividad del proceso, requerida por el propio proceso		REGISTRO.- Se refiere a libro o formato utilizado para registro o bien para consultar documentos archivados
	FLUJO DE INFORMACIÓN.- Indica la circulación de los documentos o acciones que se realizan en todo el proceso		SISTEMA AUTOMATIZADO.- Se utiliza para indicar el acceso a un sistema automatizado, indica programa informático
	FLUJO DE INFORMACIÓN A SISTEMAS AUTOMATIZADOS.- Transmisión de información por medios computarizados		
	FLUJO DE INFORMACIÓN Y RECEPCIÓN DE DATOS O IMPRESOS.- Indica la transmisión de información o instrucción para la obtención de documentos impresos		

	CONECTOR PARA INICIO, TERMINACIÓN O CONECCIÓN DE PROCEDIMIENTOS.- Se utiliza al iniciar o finalizar un procedimiento, cuando se conecta con otro o cuando se conecta con otra actividad del mismo procedimiento que no es continua
	CONECTOR DE PÁGINA.- Utilizado para continuar la paginación entre las actividades del mismo procedimiento
	ALTERNATIVA.- Indica necesidad de decidir entre dos o más opciones
	ANEXO DE DOCUMENTOS.- Utilizado para identificar cuando se integran o anexan documentos para proceder a una siguiente acción
	TRANSLADO O TRANSPORTE.- Indica el desplazamiento físico de servicios o materiales

CLAVES:

FRECUENCIA:

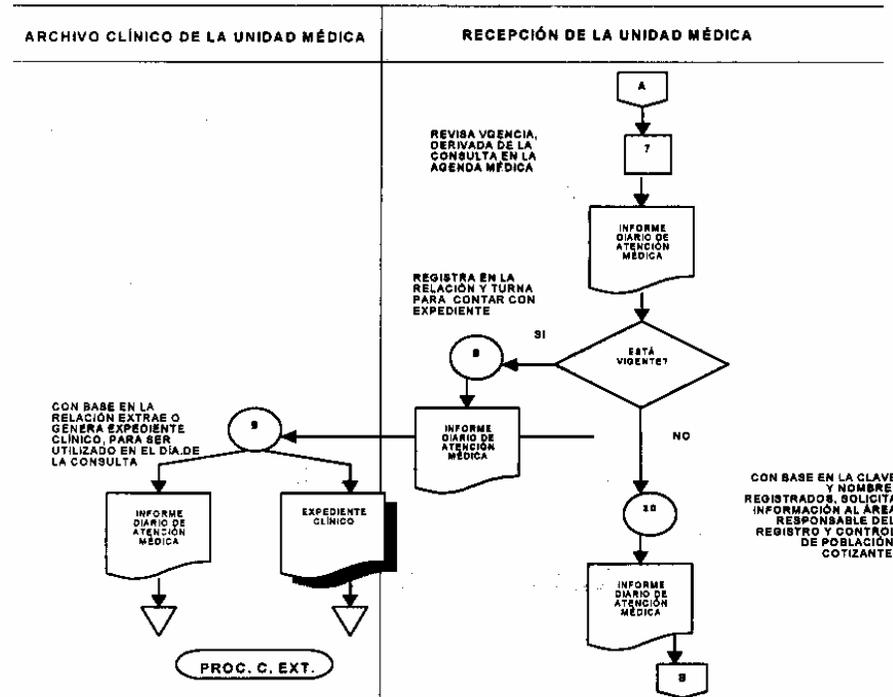
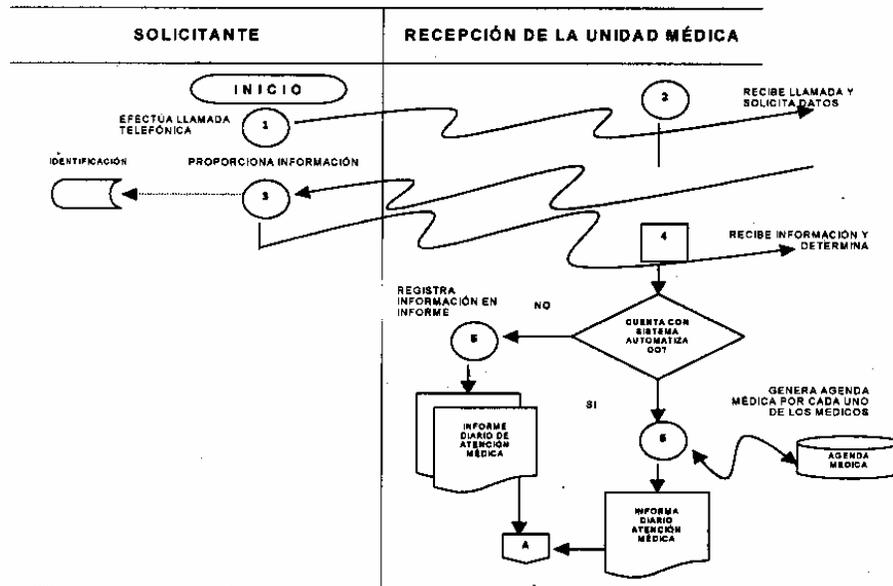
- D: DIARIO
- S: SEMANAL
- Q: QUINCENAL
- M: MENSUAL
- B: BIMESTRAL
- T: TRIMESTRAL
- C: CUATRIMESTRAL
- SM: SEMESTRAL
- A: ANUAL
- O: OCASIONAL

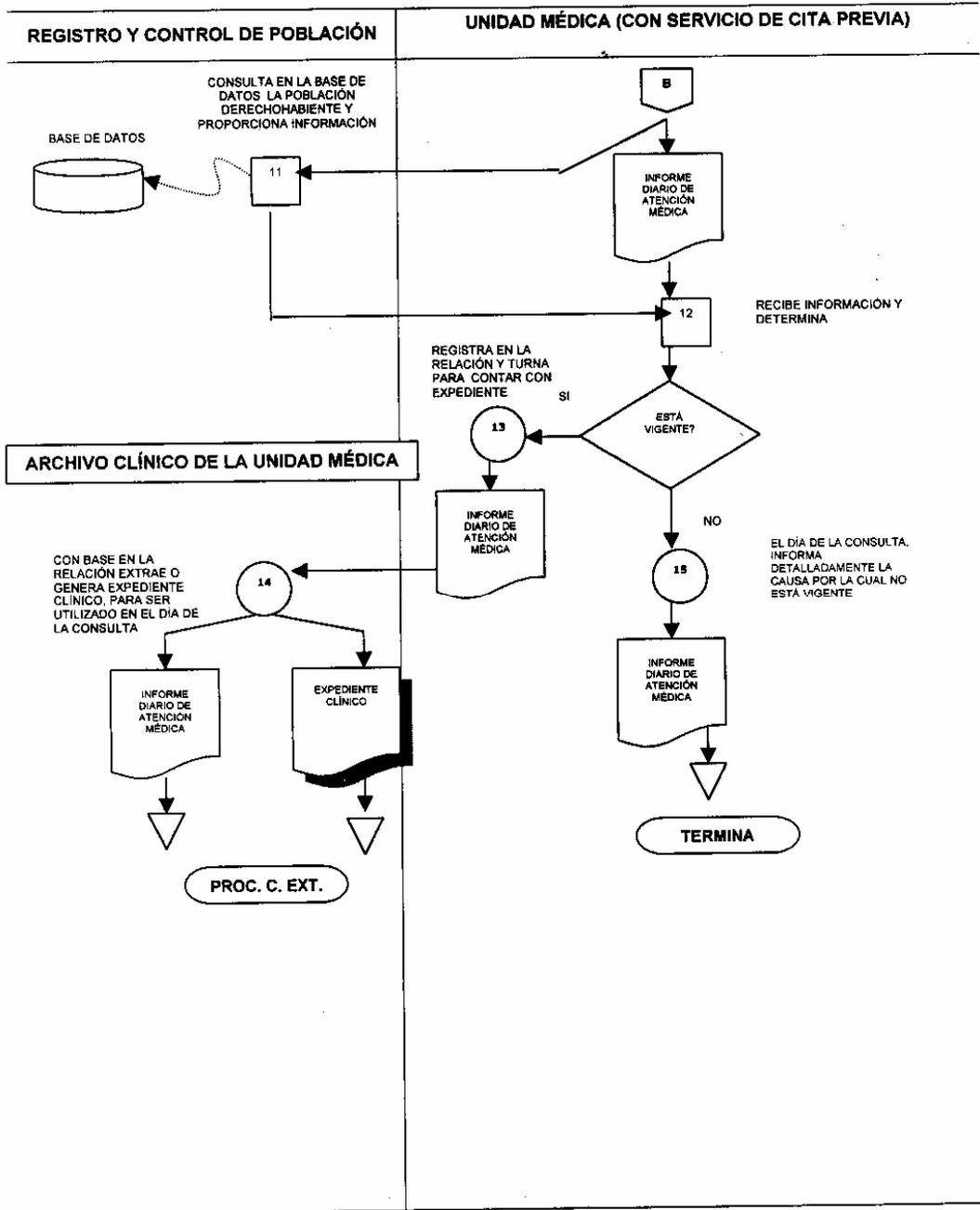
TANTOS:

- O: ORIGINAL
- O/1: ORIGINAL Y UNA COPIA
- O/2: ORIGINAL Y DOS COPIAS
- C: COPIA

VI. DIAGRAMAS DE FLUJO Y DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

1. DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN DE LA VIGENCIA PARA CITA PREVIA



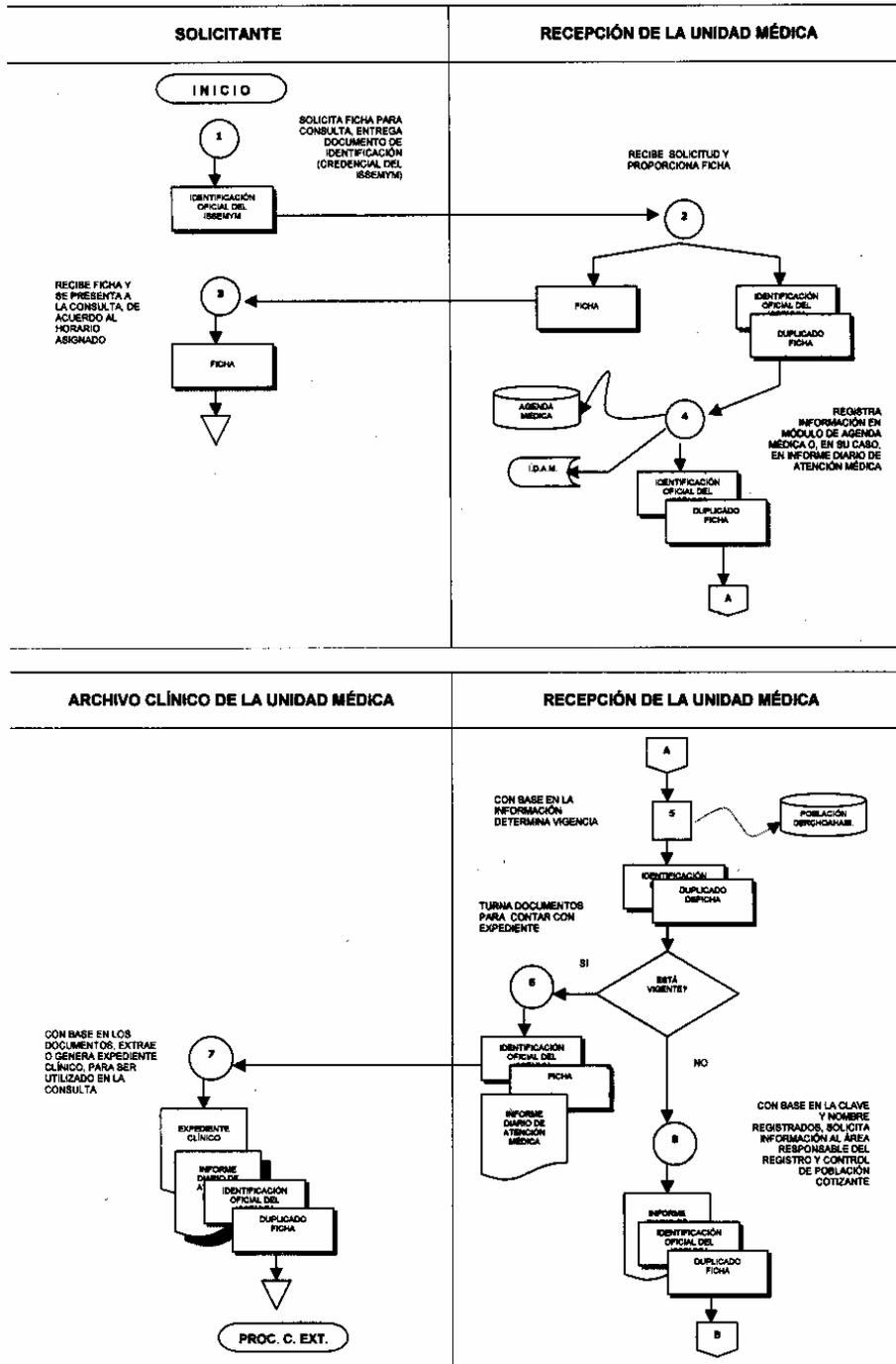


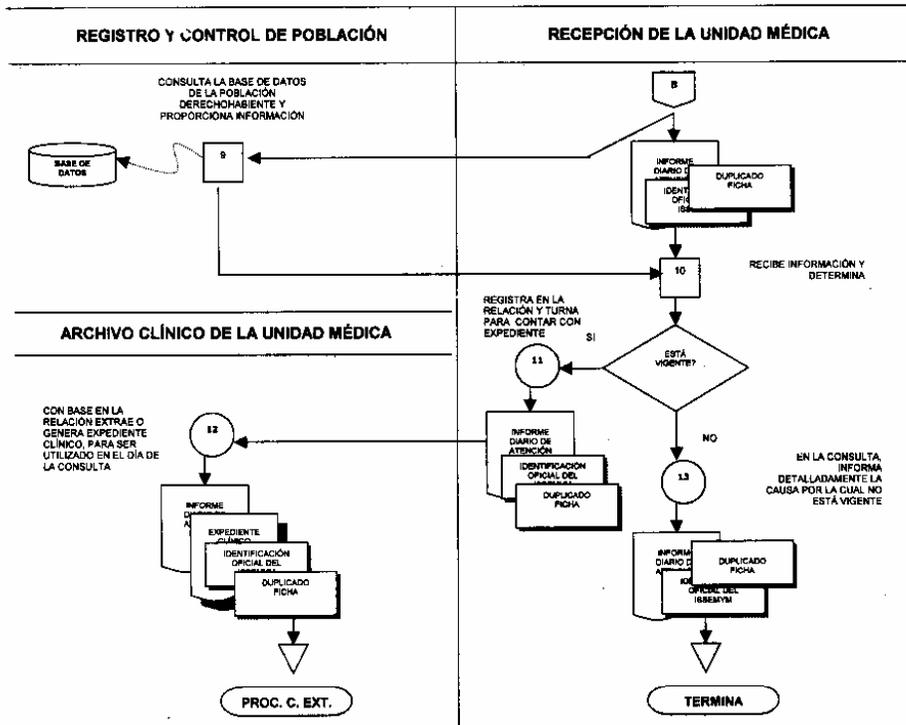
1. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN DE LA VIGENCIA PARA CITA PREVIA

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	F	FORMATO UTILIZADO	T
1	SOLICITANTE	Con base en el proceso establecido para la atención de cita previa efectúa llamada telefónica.			
2.	RECEPCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA (CON SERVICIO DE CITA PREVIA)	Recibe llamada telefónica y de acuerdo al formato de <i>Informe Diario de Atención Médica</i> , solicita datos, clave ISSEMYM, tipo de derechohabiente, nombre completo, edad y sexo. Si cuenta con Agenda médica, solamente requiere al solicitante la clave ISSEMYM y su nombre completo.	D	Informe Diario de Atención Médica	
3.	SOLICITANTE	De acuerdo a la información requerida, consulta el documento de <i>Identificación</i> (credencial de ISSEMYM) proporcionando los siguientes datos. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre completo tal como aparece en la identificación ➤ Clave ISSEMYM como aparece en la identificación ➤ En su caso, nombre del médico con el que desea la consulta ➤ En su caso, la hora aproximada de la consulta 		Identificación Credencial ISSEMYM	/
4.	RECEPCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA (CON SERVICIO DE CITA PREVIA)	Recibe información del solicitante y determina el registro de la información, se efectúa en dos modalidades de acuerdo a las características de la unidad médica. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Registro Manual ➤ Registro en Sistema Automatizado ➤ 			
5.	RECEPCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA (CON SERVICIO DE CITA PREVIA)	Cuando la unidad médica no cuenta con sistema automatizado de agenda médica, complementa el formato de <i>Informe Diario de Atención Médica</i> en original y copia.	D	Informe Diario de Atención Médica	O/1
6.	RECEPCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA (CON SERVICIO DE CITA PREVIA)	Cuando la unidad médica cuenta con sistema de agenda médica automatizada, captura los datos del paciente por cada uno de los médicos y genera reporte de <i>Informe Diario de Atención Médica</i> en original y copia.			
7.	RECEPCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA (CON SERVICIO DE CITA PREVIA)	Con base en el reporte y/o formato de <i>Informe Diario de Atención Médica</i> , revisa vigencia de derechos de cada solicitante, en el sistema de agenda médica o disco compacto (CD) de Población Derechohabiente.			
8.	RECEPCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA (CON SERVICIO DE CITA PREVIA)	Cuando el derechohabiente cuenta con vigencia, registra en la relación de <i>Informe Diario de Atención Médica</i> y turna al archivo clínico de la unidad médica para contar con el expediente del paciente.			

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	F	FORMATO UTILIZADO	T
9.	ARCHIVO CLÍNICO DE LA UNIDAD MÉDICA	Con base a la relación de <i>Informe Diario de Atención Médica</i> , extrae expedientes clínicos que se encuentran archivados en éste, los cuales son enviados de acuerdo a la relación, para ser utilizados el día de la consulta.			
10.	RECEPCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA (CON SERVICIO DE CITA PREVIA)	Cuando el solicitante no esta vigente y con base en el nombre y clave ISSEMYM registrados en el reporte y/o formato de <i>Informe Diario de Atención Médica</i> , solicita información al área responsable del registro y control de población cotizante.			
11.	REGISTRO Y CONTROL DE POBLACIÓN COTIZANTE	Con la información recibida, nombre y clave ISSEMYM, verifica datos en la base de la población derechohabiente y proporciona información a la unidad médica solicitante.			
12.	RECEPCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA (CON SERVICIO DE CITA PREVIA)	Recibe información sobre la vigencia de derechos de cada solicitante y determina > Si el solicitante del servicio no está vigente el procedimiento continúa en la siguiente operación. > Si no está vigente, continúa en la operación No. 15			
13.	RECEPCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA (CON SERVICIO DE CITA PREVIA)	Cuando la información que se recibe del solicitante es que está vigente, rubrica el renglón en la relación del <i>Informe Diario de Atención Médica</i> y turna éste, al archivo clínico de la unidad médica.			
14.	ARCHIVO CLÍNICO DE LA UNIDAD MÉDICA	Con base en la relación de <i>Informe Diario de Atención Médica</i> , extrae expedientes clínicos que se encuentran archivados en éste, los cuales son enviados de acuerdo a la relación, para ser utilizados el día de la consulta.			
15.	RECEPCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA (CON SERVICIO DE CITA PREVIA)	Cuando el solicitante no esta vigente se le informa de manera detallada la causa o causas por la cual no está vigente y que éstas pueden ser que la Institución Pública para la cual el servidor público preste sus servicios no envió la información o bien, para el caso de familiares y dependientes económicos, que éstos no hayan solicitado el trámite para obtener la identificación. En su caso, el derechohabiente podrá presentar el <i>Comprobante de Pago Vigente</i> que acredite su vigencia y poder otorgarle el servicio, para lo cual deberá rubricarse el renglón donde aparece el solicitante. De no comprobar, es responsabilidad de la Recepción cancelar totalmente el renglón del paciente en el Informe y rubricar. TERMINA EL PROCEDIMIENTO			

2. DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN DE LA VIGENCIA PARA LAS CITAS FICHA



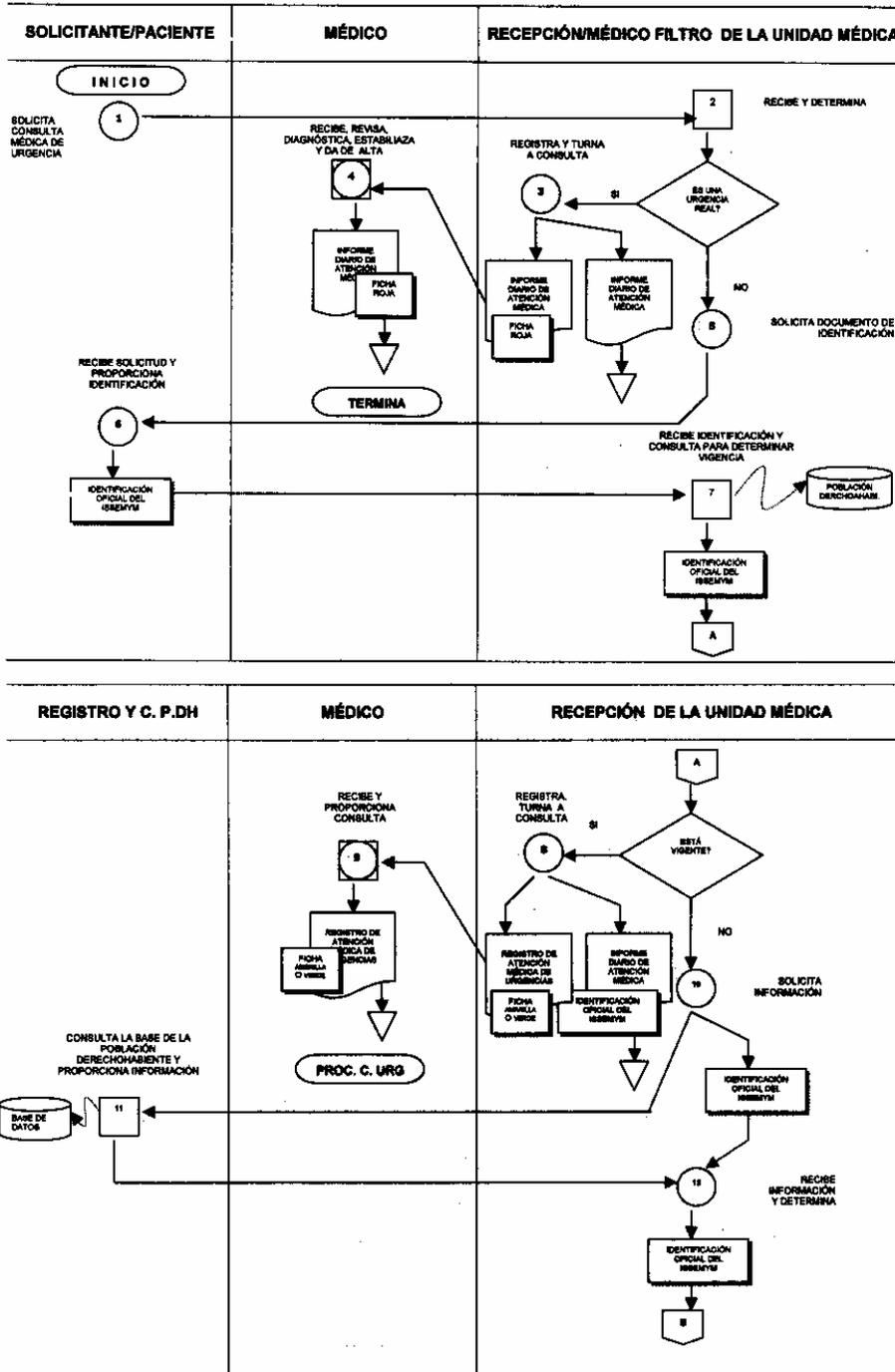


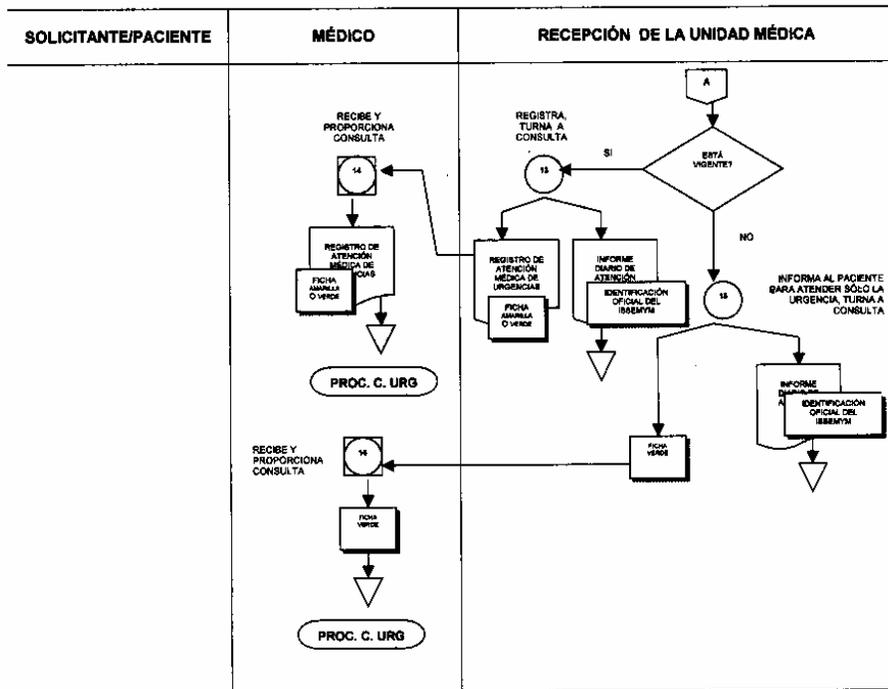
2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN DE LA VIGENCIA PARA LAS CITAS FICHA

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	F	FORMATO UTILIZADO	T
1	SOLICITANTE	Se presenta a la unidad médica y solicita ficha para obtener consulta médica con médico general. Entrega <i>identificación</i> proporcionada por el ISSEMYM.	O	Identificación / Credencial ISSEMYM	O
2	RECEPCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	Recibe la solicitud del interesado y de acuerdo a los requerimientos del paciente en cuanto a horario y el médico que desea le atienda, proporciona <i>Ficha</i> . Un duplicado de la misma <i>Ficha</i> , que contiene el nombre del médico, la hora aproximada de la consulta y el número de ficha, se adhiere a la identificación del solicitante y se utiliza en la operación No. 4.	O	Ficha	O/1
3	SOLICITANTE	Recibe la <i>Ficha</i> para su consulta, misma que habrá de utilizar al momento de presentarse al consultorio indicado, en la hora aproximada para obtener la mencionada consulta. Mientras tanto, custodia la <i>Ficha</i> , dado que es propiedad de Instituto y le será canjeada por su identificación cuando se presente con el médico.			
4	RECEPCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	Con base en las fichas otorgados a los pacientes, procede a efectuar los registros: ➤ Si cuenta con sistema automatizado, captura la información del nombre completo del solicitante, así como su clave ISSEMYM. Si el sistema cuenta con información histórica del paciente, se generan los demás datos generales del paciente. ➤ Si no cuenta con sistema automatizado, registra los datos del paciente en el <i>Informe Diario de Atención Médica</i>			
5	RECEPCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	Una vez registrada la información tanto en <i>Agenda Médica</i> , como en el <i>Informe</i> y de acuerdo a estas posibilidades, consulta la vigencia de los derechos del solicitante.			

		<p>Si cuenta con sistema automatizado, obtiene la información de la consulta que haga al propio sistema.</p> <p>Si no cuenta con <i>Agenda Médica</i>, consulta el Módulo de Población Derechohabiente, información que se contiene en disco compacto.</p> <p>Derivado de la consulta, determina:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si está vigente, el procedimiento continúa en la siguiente operación. ➤ Si no está vigente el procedimiento continúa en el paso número 8. 			
6.	RECEPCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	<p>Si el solicitante cuenta con la vigencia de derechos, envía las identificaciones, el duplicado de la ficha y el reporte generado ya sea por medios manuales o automatizados del <i>Informe Diario de Atención Médica</i> al Archivo Clínico o al responsable del manejo de los expedientes.</p> <p>NOTA: Algunas unidades médicas, dadas sus características de complejidad, el Archivo Clínico lo maneja la misma persona que recibe las solicitudes, por lo tanto la siguiente actividad la realiza esta misma área</p>	D	Informe Diario de Atención Médica	O/1
7.	ARCHIVO CLÍNICO DE LA UNIDAD MÉDICA	<p>Recibe el <i>Informe Diario de Atención Médica</i>, las identificaciones y fichas por cada uno de los consultorios.</p> <p>Se procede a efectuar las acciones indicadas en el proceso de otorgamiento de la consulta externa. Debiendo enviar a cada consultorio la documentación correspondiente.</p> <p>Continúa el procedimiento de Otorgamiento de la Consulta.</p>			
8.	RECEPCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	<p>Si el solicitante no está vigente de sus derechos, solicita información al Área Responsable del Registro y Control de Población Derechohabientes. Proporciona el nombre completo y la clave para obtener la información.</p> <p>En su caso, la unidad médica podrá hacer la consulta a través de Internet, consultando la base de datos.</p>			
9.	REGISTRO Y CONTROL DE POBLACIÓN COTIZANTE	<p>Con la información recibida, nombre y clave ISSEMYM, verifica datos en la base de la población derechohabiente y proporciona información a la unidad médica solicitante.</p>			
10.	RECEPCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	<p>Recibe información sobre la vigencia de derechos de cada solicitante y determina</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si el solicitante del servicio no está vigente el procedimiento continúa en la siguiente operación. ➤ Si no está vigente, continúa en la operación No. 13 			
11.	RECEPCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	<p>Cuando la información que se recibe del solicitante es que está vigente, rubrica el renglón en la relación del <i>Informe Diario de Atención Médica</i> y turna éste, al archivo clínico de la unidad médica.</p>			
12.	ARCHIVO CLÍNICO DE LA UNIDAD MÉDICA	<p>Con base en la relación de <i>Informe Diario de Atención Médica</i>, extrae o, en su caso, genera el expediente clínico, el cual es enviado de acuerdo a la relación, para ser utilizados en la consulta, conjuntamente con las identificaciones y el duplicado de la ficha.</p> <p>Se procede a efectuar las acciones indicadas en el proceso de otorgamiento de la consulta externa. Debiendo enviar a cada consultorio la documentación correspondiente.</p>			
13.	RECEPCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	<p>Cuando el solicitante no está vigente se le informa de manera detallada la causa o causas por la cual no está vigente y que éstas pueden ser que la Institución Pública para la cual el servidor público preste sus servicios no haya enviado la información o bien, para el caso de familiares y dependientes económicos, que éstos no hayan solicitado el trámite para obtener la identificación.</p> <p>En su caso, el derechohabiente podrá presentar el <i>Comprobante de Pago Vigente</i> que acredite su vigencia y poder otorgarle el servicio, para lo cual deberá rubricarse el renglón donde aparece el solicitante.</p> <p>De no comprobar, es responsabilidad de la Recepción cancelar totalmente el renglón del paciente en el Informe y rubricar.</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p>			

3. DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN DE VIGENCIA PARA CONSULTA EN URGENCIAS MÉDICAS





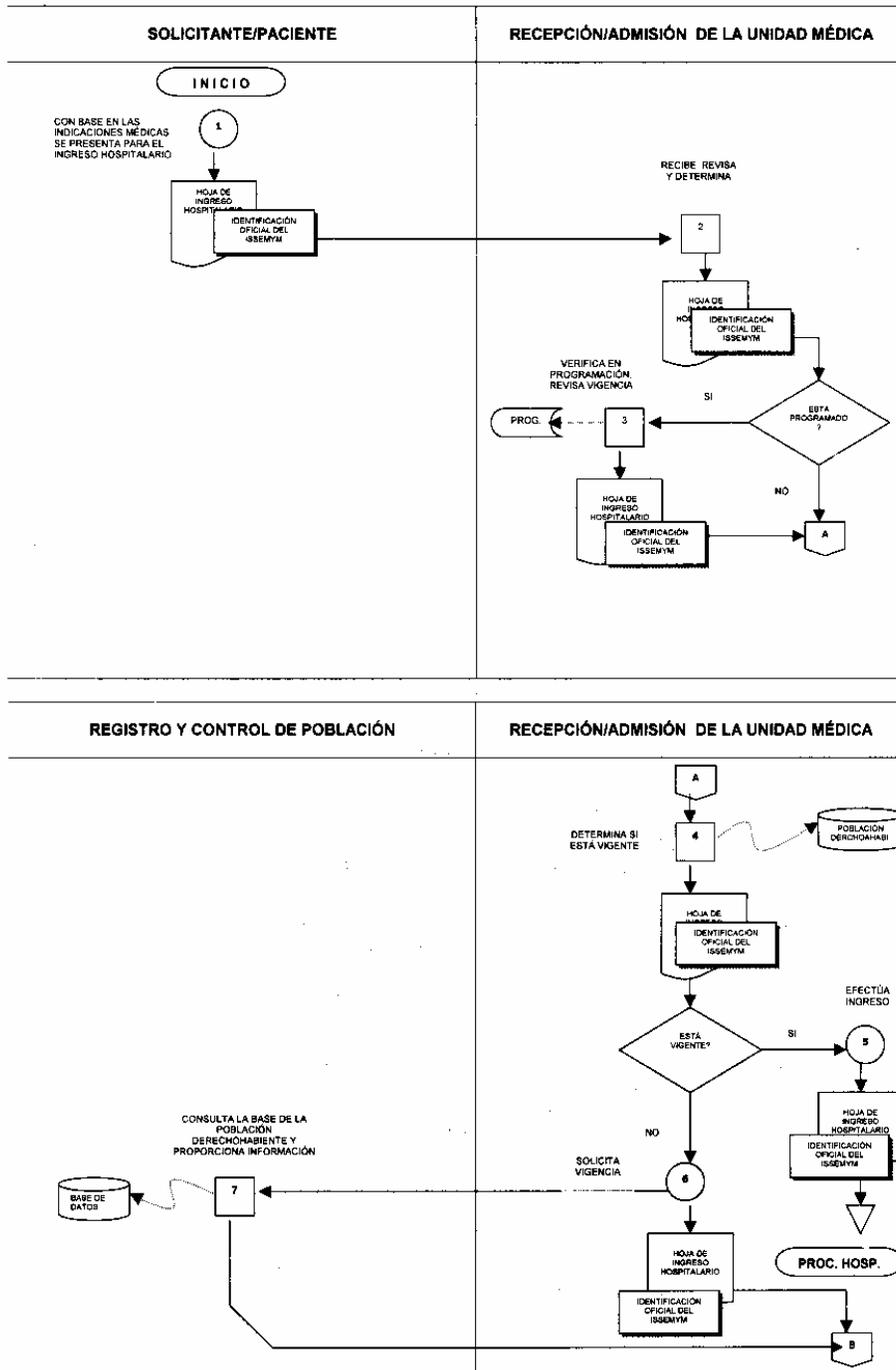
3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN DE LA VIGENCIA PARA CONSULTA EN URGENCIAS MEDICAS

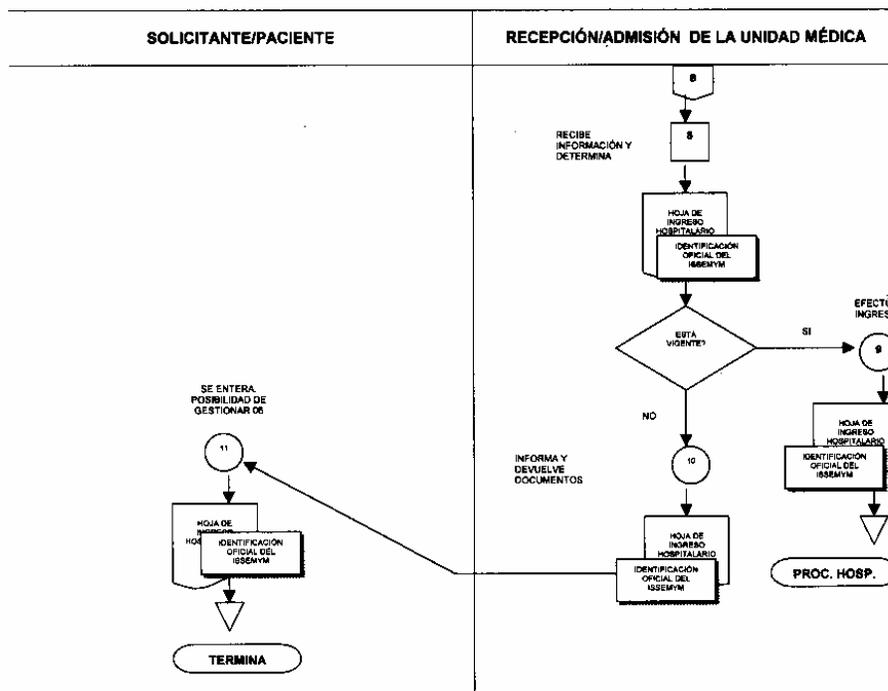
NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	F	FORMATO UTILIZADO	T
1	SOLICITANTE / PACIENTE	En caso de presentar problema médico quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata, solicita consulta médica de urgencia			
2.	RECEPCIÓN / MÉDICO FILTRO DE LA UNIDAD MÉDICA	Recibe al paciente, en caso de que la unidad médica cuente con médico filtro o personal paramédico filtro, valora la situación de la urgencia con que se presenta y determina: > Si el paciente presenta una urgencia real, continúa el procedimiento en la siguiente operación. > Si no es una urgencia real, el procedimiento continúa en el paso No. 5. NOTA: Cuando la unidad médica no cuente con el Triage en urgencias, los casos en el que el paciente manifieste una urgencia real deberá solicitarse la presencia del médico para su valoración inmediata.			
3.	RECEPCIÓN / MÉDICO FILTRO DE LA UNIDAD MÉDICA	Tratándose de una urgencia real, se asigna <i>Ficha Roja</i> y solicita los datos generales del paciente a él mismo o a la persona que lo acompañe, al mismo tiempo (o antes, de acuerdo al grado que presente de urgencia), turna al paciente con el médico para que se le dé la atención. Asimismo registra la información en el <i>Informe Diario de Atención Médica</i> , mismo que se queda en el área para continuar con el registro.	0	Registro de Atención Médica de Urgencias Informe Diario de Atención Médica Ficha Roja	0 0/1 0

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	F	FORMATO UTILIZADO	T
4.	MÉDICO	<p>Tratándose de una urgencia real calificada, recibe al paciente y procede a su revisión y diagnóstico; informa detalladamente al paciente sobre el estado que presenta su salud. Asimismo, indica sobre el tratamiento que habrá de dársele y los resultados que se esperan.</p> <p>Una vez estabilizada la urgencia y habiendo complementado el <i>Registro de Atención Médica de Urgencias</i>, da de alta con las correspondientes indicaciones.</p> <p>NOTA: en caso de requerirse hospitalización o cualquier otro tipo de servicio necesario para la atención de la urgencia real, se deberá proporcionar hasta la estabilización del paciente, en la misma forma como se ha establecido en esta operación.</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p>			
5.	RECEPCIÓN/ UNIDAD MÉDICA	<p>En caso de que el paciente presente urgencia relativa o sentida, pero que requiera de la atención médica en el servicio de urgencias, solicita al interesado el documento de <i>Identificación</i> del ISSEMYM (credencial ISSEMYM)</p>			
6.	SOLICITANTE / PACIENTE	<p>Recibe la petición y entrega la <i>Identificación</i> (credencial ISSEMYM)</p> <p>NOTA: En estos casos, por excepción, se podrá aceptar identificación oficial con fotografía</p>	O	Documento de <i>Identificación</i> ISSEMYM (Credencial ISSEMYM)	O
7.	RECEPCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	<p>Recibe la <i>Identificación</i> del paciente y procede a consultar la vigencia en el Módulo de Población Derechohabiente y, una vez obtenida la información, determina:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Si está vigente, continúa en la siguiente operación > Si no está vigente, el procedimiento continúa en la operación No. 10. 			
8.	RECEPCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	<p>Si el paciente esta vigente de sus derechos complementa el <i>Registro de Atención Médica de Urgencias</i>, asimismo registra información en el <i>Informe Diario de Atención Médica</i>.</p> <p>En el caso de la existencia de Triage en la unidad médica, el médico o paramédico entrega <i>Ficha Amarilla</i> cuando se trate de una urgencia relativa. Y, cuando se trate de una urgencia sentida, se entregará la <i>Ficha Verde</i>.</p> <p>En estos casos, tratándose de una urgencia relativa, el paciente entrará a la consulta de acuerdo a su turno.</p> <p>En el caso de las urgencias sentidas, el paciente entrará a la consulta en el momento que no haya pacientes con urgencias reales y relativas. Asimismo, el paciente con estas características podrá optar por obtener cita en su clínica de adscripción.</p>	O	<p>Registro de Atención Médica de Urgencias</p> <p>Informe Diario de Atención Médica</p> <p>Ficha Amarilla o Verde</p>	O O/1 O
9.	MÉDICO	<p>Tratándose de una urgencia relativa o sentida, recibe al paciente y procede a su revisión y diagnóstico; informa detalladamente al paciente sobre el estado que presenta su salud. Asimismo, indica sobre el tratamiento que habrá de dársele y los resultados que se esperan.</p> <p>Efectúa el registro en el <i>Registro de Atención Médica de Urgencias</i>.</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p>			
10.	RECEPCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	<p>Si no se localizó información en el Módulo de Población Derechohabiente, se tienen dos opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Que el paciente no se encuentre en el Módulo debido a que sea de reciente ingreso o reactivación del servidor público que cotiza, motivo por el cual 			

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	F	FORMATO UTILIZADO	T
		<p>podrá ser factible que se acepte la presentación del comprobante de pago vigente, en donde conste que se le están haciendo las deducciones por cuotas para los servicios de salud.</p> <p>➤ La otra opción, es consultar al Área de Registro y Control de la Población Cotizante para conocer si el paciente tiene vigente sus derechos; asimismo, esta acción podrá efectuarse a través de la página web del Instituto.</p>			
11.	REGISTRO Y CONTROL DE POBLACIÓN COTIZANTE	Con la información recibida, nombre y clave ISSEMYM, verifica datos en la base de la población derechohabiente y proporciona información a la unidad médica solicitante.			
12.	RECEPCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	<p>Recibe u obtiene información sobre la vigencia de derechos del paciente y determina</p> <p>➤ Si el solicitante del servicio no está vigente el procedimiento continúa en la siguiente operación.</p> <p>➤ Si no está vigente, continúa en la operación No. 15</p>			
13.	RECEPCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	<p>Si el paciente esta vigente de sus derechos complementa el <i>Registro de Atención Médica de Urgencias</i>, asimismo registra información en el Informe Diario de Atención Médica.</p> <p>En el caso de la existencia de Triage en la unidad médica, el médico o paramédico entrega <i>Ficha Amarilla</i> cuando se trate de una urgencia relativa. Y, cuando se trate de una urgencia sentida, se entregará la <i>Ficha Verde</i>.</p> <p>En estos casos, tratándose de una urgencia relativa, el paciente entrará a la consulta de acuerdo a su turno.</p> <p>En el caso de las urgencias sentidas, el paciente entrará a la consulta en el momento que no haya pacientes con urgencias reales y relativas. Asimismo, el paciente con estas características podrá optar por obtener cita en su clínica de adscripción.</p>	O	<p>Registro de Atención Médica de Urgencias</p> <p>Informe Diario de Atención Médica</p> <p>Ficha Amarilla o Verde</p>	O O/1 O
14.	MÉDICO	<p>Tratándose de una urgencia relativa o sentida, recibe al paciente y procede a su revisión y diagnóstico; informa detalladamente al paciente sobre el estado que presenta su salud. Asimismo, indica sobre el tratamiento que habrá de dársele y los resultados que se esperan.</p> <p>Efectúa el registro en el <i>Registro de Atención Médica de Urgencias</i>.</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p>			
15.	RECEPCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	<p>Si el paciente no cuenta con la vigencia de sus derechos, se le informa y se le indica solamente pasará a la consulta para indicarle su diagnóstico y el tratamiento.</p> <p>Registra los datos en el <i>Informe Diario de Atención Médica</i> y proporciona <i>Ficha Verde</i>.</p> <p>En el caso de las urgencias sentidas, el paciente entrará a la consulta en el momento que no haya pacientes con urgencias reales y relativas.</p>	O	<p>Informe Diario de Atención Médica</p> <p>Ficha Verde</p>	O/1 O
16.	MÉDICO	<p>Tratándose de una urgencia relativa o sentida, recibe al paciente y procede a su revisión y diagnóstico; informa detalladamente al paciente sobre el estado que presenta su salud. Asimismo, indica sobre el tratamiento que habrá de dársele y los resultados que se esperan.</p> <p>Efectúa el registro en el <i>Registro de Atención Médica de Urgencias</i>.</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p>			

4. DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN DE VIGENCIA EN ADMISIÓN HOSPITALARIA



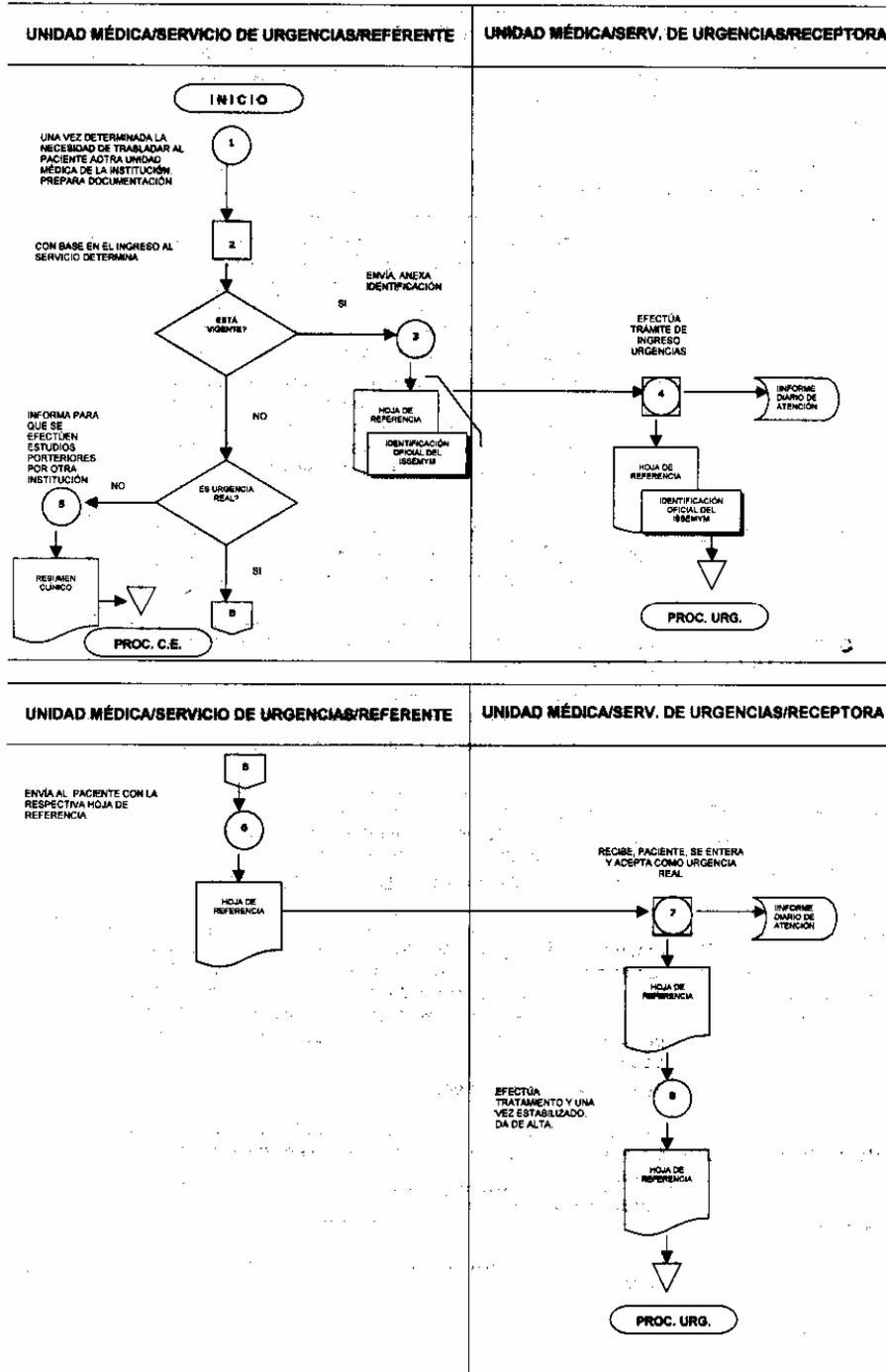


4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN DE VIGENCIA EN ADMISIÓN HOSPITALARIA

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	F	FORMATO UTILIZADO	T
1	SOLICITANTE	Derivado de la atención reciba en la consulta externa y con base en las indicaciones médicas se presenta para el ingreso hospitalario, entregando la <i>Hoja de Ingreso Hospitalario</i> y su identificación del ISSEMYM.	O	Hoja de Ingreso Hospitalario	O
2.	RECEPCIÓN / ADMISIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	Recibe del paciente la <i>Hoja de Ingreso Hospitalario</i> y la identificación del ISSEMYM, revisa y determina: > Si la hospitalización ha sido programada, continúa en el paso No. 3. > Si se trata de una cirugía ambulatoria o programada ese mismo día, el procedimiento continúa en el paso No. 4.			
3.	RECEPCIÓN / ADMISIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	Si la hospitalización ha sido programada, consulta la programación que le permite obtener información para hacer el ingreso, entre la información que debe contener la programación es la vigencia de los derechos del paciente, misma que deberá efectuarse con antelación antes de la fecha en que llegará el paciente al servicio.			
4.	RECEPCIÓN / ADMISIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	Si el paciente no fue programado, pero deberá llevarse a cabo alguna intervención, consulta el Módulo de Población Derechohabiente, lo que le permite determinar, tanto los ingresos programados, como los no programados, si cuenta o no con la vigencia de los derechos: > Si está vigente, el procedimiento continúa el siguiente paso. > Si no está vigente, el procedimiento continúa en el paso No. 6.			

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	F	FORMATO UTILIZADO	T
5.	RECEPCIÓN / ADMISIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	Si el paciente está vigente, efectúa el ingreso como lo establece el procedimiento, quedando en resguardo para la obtención de los servicios, la identificación del paciente. CONTINUA PROCEDIMIENTO DE HOSPITALACIÓN			
6.	RECEPCIÓN / ADMISIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	Si no se localizó información en el Módulo de Población Derechohabiente, se tienen dos opciones: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Que el paciente no se encuentre en el Módulo debido a que sea de reciente ingreso o reactivación del servidor público que cotiza, motivo por el cual podrá ser factible que se acepte la presentación del comprobante de pago vigente, en donde conste que se le están haciendo las deducciones por cuotas para los servicios de salud. ➤ La otra opción, es consultar al Área de Registro y Control de la Población Cotizante para conocer si el paciente tiene vigente sus derechos; asimismo, esta acción podrá efectuarse a través de la página web del Instituto, mediante la Internet. 			
7.	REGISTRO Y CONTROL DE POBLACIÓN COTIZANTE	Con la información recibida, nombre y clave ISSEMYM, verifica datos en la base de la población derechohabiente y proporciona información a la unidad médica solicitante.			
8.	RECEPCIÓN / ADMISIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	Recibe u obtiene información sobre la vigencia de derechos del paciente y determina: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si el solicitante del servicio no está vigente el procedimiento continúa en la siguiente operación. ➤ Si no está vigente, continúa en la operación No. 10 			
9.	RECEPCIÓN / ADMISIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	Si el paciente está vigente, efectúa el ingreso como lo establece el procedimiento, quedando en resguardo para la obtención de los servicios, la identificación del paciente. CONTINUA PROCEDIMIENTO DE HOSPITALACIÓN			
10.	RECEPCIÓN / ADMISIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	Si lamentablemente el paciente no está vigente, informa al paciente, explicando amplia y amablemente las causas por las cuales no podrá ser internado al servicio indicado; puesto que no se tiene registro de su vigencia y tampoco el paciente pudo comprobar que se cotiza para los servicios de salud. Se devuelve los documentos.			
11.	SOLICITANTE / PACIENTE	Se entera y recibe la documentación presentada al inicio del procedimiento. TERMINA PROCEDIMIENTO.			

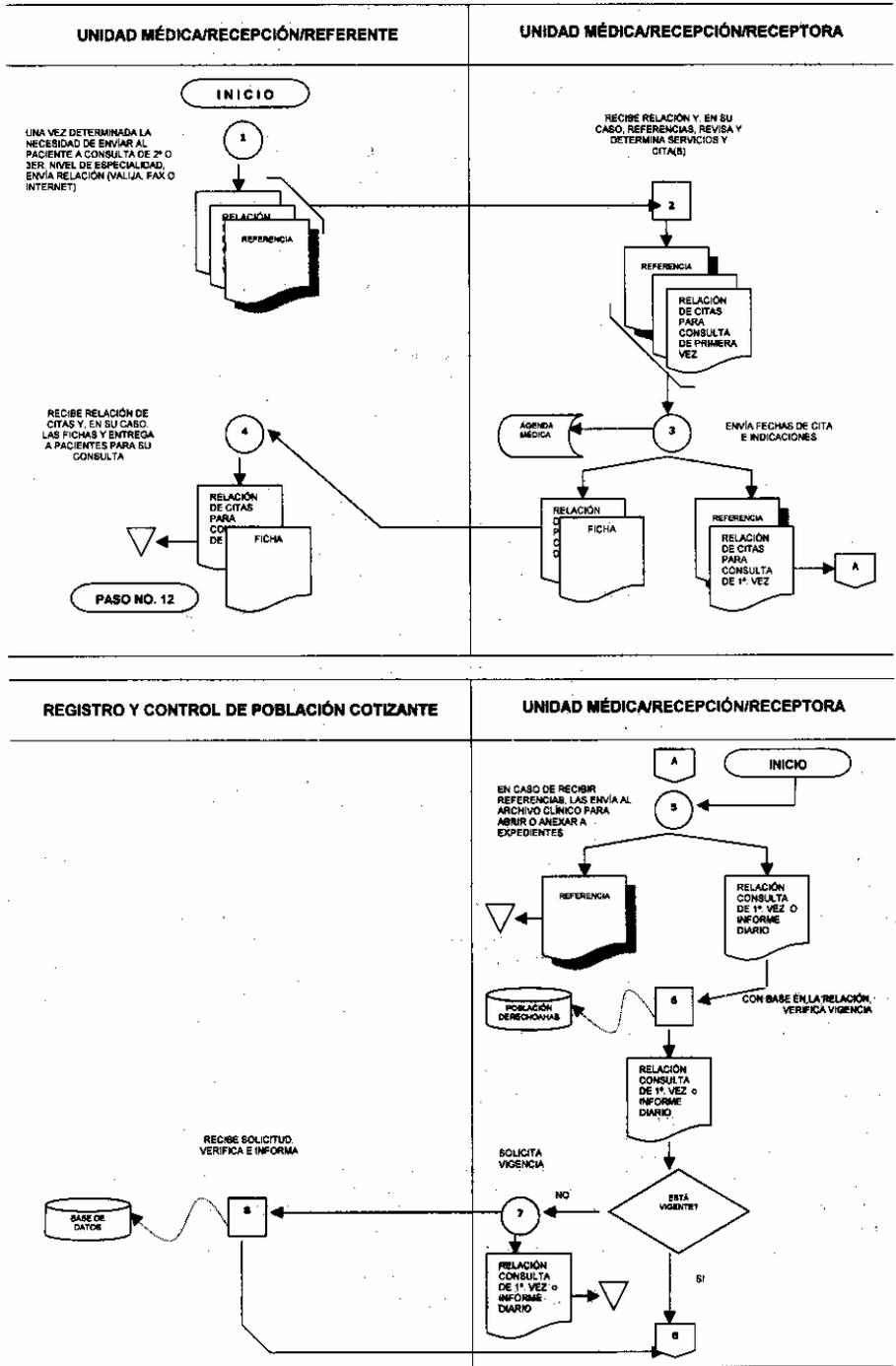
5. DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN DE VIGENCIA EN TRASLADOS ENTRE SERVICIOS DE URGENCIAS

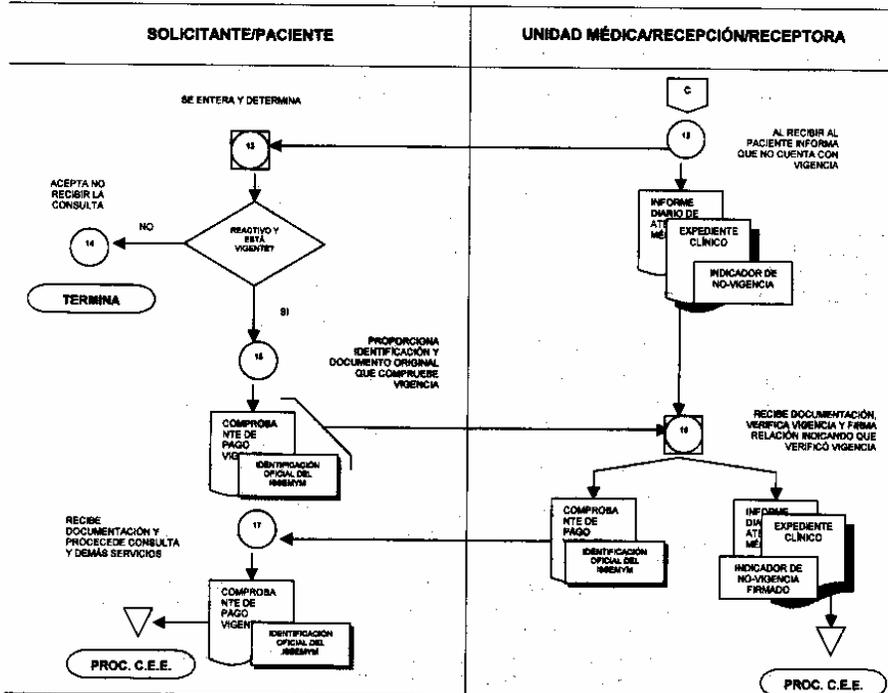
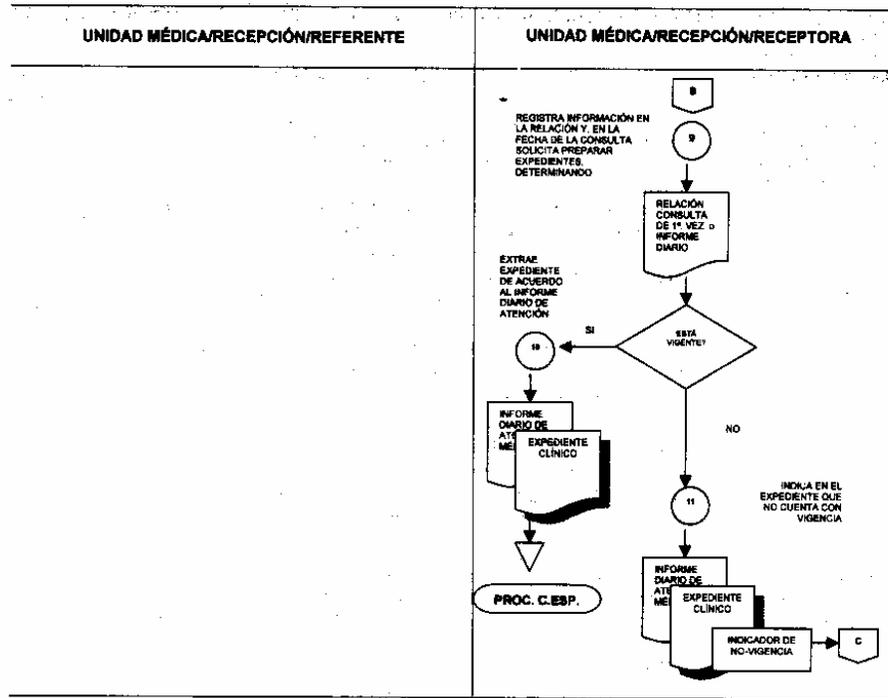


5. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN DE VIGENCIA EN TRASLADOS ENTRE SERVICIOS DE URGENCIAS

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	F	FORMATO UTILIZADO	T
1	UNIDAD MÉDICA SERVICIO DE URGENCIAS UNIDAD REFERENTE	Una vez determinada la necesidad de trasladar al paciente a otra unidad médica de la Institución para ser atendida por médico especialista o recibir atención de otro nivel, efectúa las gestiones necesarias para llevar al cabo dicha actividad, considerando el uso de los recursos necesarios para su ejecución, tales como el informe médico que deberá incluir en la Hoja de Referencia, uso de ambulancia, etc.			
2	UNIDAD MÉDICA SERVICIO DE URGENCIAS UNIDAD REFERENTE	Con base en el ingreso del paciente al servicio de urgencias, determina el procedimiento a seguir para la vigencia de derechos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si el paciente tiene vigente sus derechos, el procedimiento continúa en la siguiente operación. ➤ Si el paciente no tiene vigentes sus derechos determina: De acuerdo al tipo de urgencia que haya presentado se determina: ➤ Si el estado de salud del paciente fue el de una urgencia relativa, el procedimiento continúa en la operación No. 5 ➤ Si el paciente presenta una urgencia real, el procedimiento continúa en la operación No. 6 			
3	UNIDAD MÉDICA SERVICIO DE URGENCIAS UNIDAD REFERENTE	Si el paciente tiene vigente sus derechos, complementa de acuerdo al instructivo el formato de <i>Hoja de Referencia</i> , integrando la <i>identificación</i> del ISSEMYM que pertenece al servidor público y entrega a la persona responsable de trasladar al paciente a la otra unidad médica del Instituto. La documentación es entregada en la Unidad médica receptora.	○	Hoja de Referencia Identificación del ISSEMYM	○ ○
4	UNIDAD MÉDICA SERVICIO DE URGENCIAS UNIDAD RECEPTORA	Recibe al paciente, junto con su <i>Hoja de Referencia</i> y su <i>identificación</i> y procede conforme al propio procedimiento del servicio de urgencias. En estos casos, la responsabilidad de verificar la vigencia es de la unidad médica emisora, motivo por el cual, la unidad médica que recibe al paciente no deberá solicitar la comprobación de la vigencia de derechos, en su caso podrá ratificar consultado el Módulo de Población Cotizante. Efectúa registro en el informe diario de atención médica EL procedimiento continúa como se establece el proceso técnico para la atención de pacientes en Urgencias. PROCEDIMIENTO INTERNO DE URGENCIAS			
5	UNIDAD MÉDICA SERVICIO DE URGENCIAS UNIDAD REFERENTE	Cuando el paciente no presenta una urgencia real, pero que su tratamiento requiera de ser atendido por un médico especialista, proporciona el resumen clínico, registrándolo en el <i>Registro de Atención Médica de Urgencias</i> , dando las indicaciones precisas para su clínica de adscripción del Instituto o bien de otra institución de salud.	○	Registro de Atención Médica de Urgencias	○
6	UNIDAD MÉDICA SERVICIO DE URGENCIAS UNIDAD REFERENTE	Si el paciente no cuenta con vigencia de derechos, pero presenta urgencia real y además es necesario enviar a otra unidad médica, requisita la <i>Hoja de Referencia</i> y efectúa los trámites necesarios para el traslado del paciente, indicando a la persona encargada de llevar al paciente, entregar la <i>Hoja de Referencia</i> .	○	Hoja de Referencia	○
7	UNIDAD MÉDICA SERVICIO DE URGENCIAS UNIDAD RECEPTORA	Recibe al paciente que presenta urgencia real, junto con su <i>Hoja de Referencia</i> y procede a dar el ingreso correspondiente, haciendo el registro en el <i>Informe Diario de Atención Médica</i> . Atiende se acuerdo con el procedimiento de urgencia real.			
8	UNIDAD MÉDICA SERVICIO DE URGENCIAS UNIDAD RECEPTORA	Efectúa estudios al paciente, diagnosticando y tratando y, una vez que éste haya sido estabilizado procede a dar el alta. Si durante su estancia en el servicio se comprueba la vigencia, podrá continuar con los servicios y atenciones que sean requeridas. PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE URGENCIAS.			

6. DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN DE VIGENCIA CONSULTA DE PRIMERA VEZ CON MÉDICO ESPECIALISTA





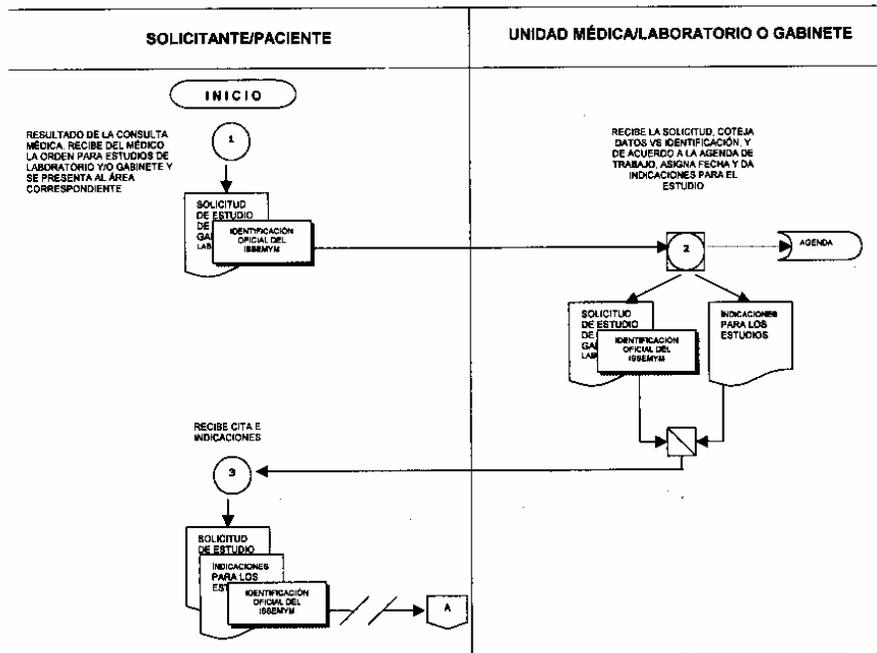
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN DE VIGENCIA CONSULTA DE PRIMERA VEZ CON MÉDICO ESPECIALISTA

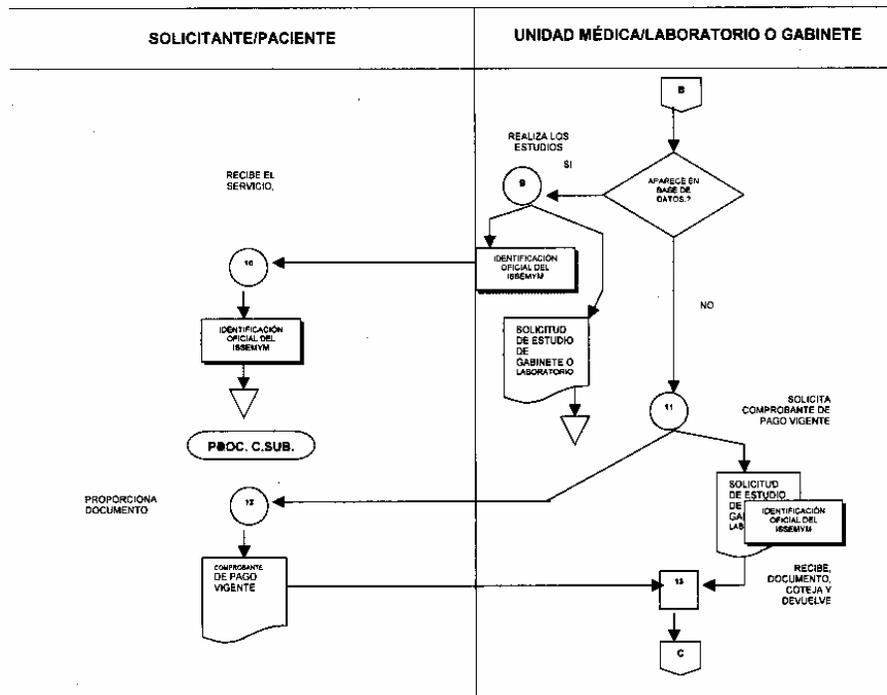
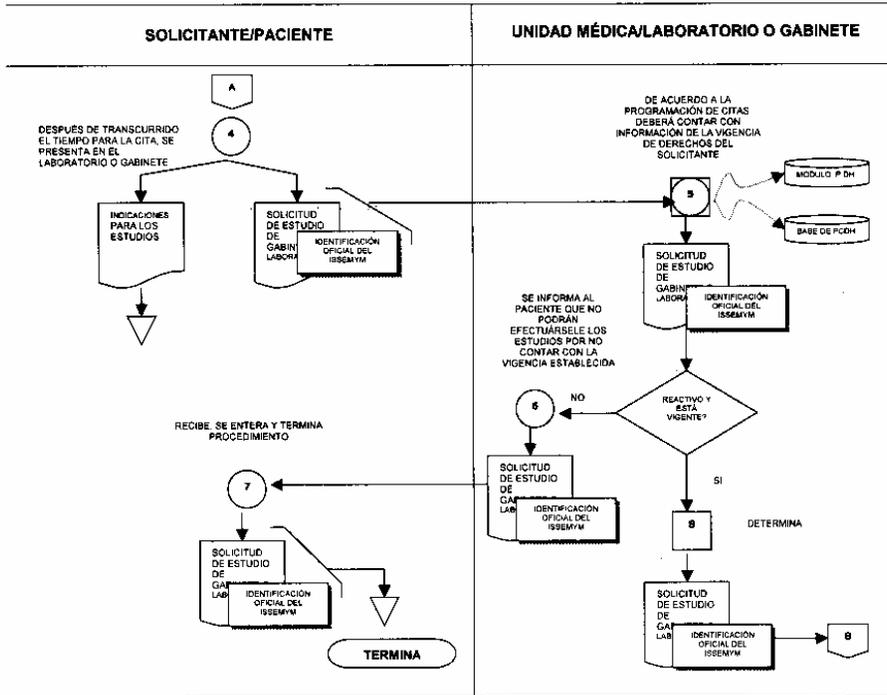
NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	F	FORMATO UTILIZADO	T
1	UNIDAD MÉDICA REFERENTE RECEPCIÓN	<p>Derivado de la atención dada al paciente en la consulta externa en su clínica de adscripción o, bien, en la consulta e especialidades y determinada la necesidad de enviar al paciente a consulta con médico especialista de segundo o tercer nivel, respectivamente, se integra, la documentación necesaria para la referencia al siguiente nivel de atención y, dependiendo del tipo de procedimiento establecido, se envía con la correspondiente <i>Relación de Consultas para Citas de Primera vez</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si el envío es mediante valija, anexa a la <i>Relación</i> las diferentes <i>Referencias</i> de los pacientes y hace llegar a la unidad médica receptora; ➤ Si el procedimiento es mediante el envío de la <i>Relación</i> por fax, hace lo correspondiente, enviando sólo la <i>Relación</i>; y ➤ Si la solicitud de citas es vía Internet, captura la información de las referencias en el formato, y envía. 	O	<p>Hoja de Referencia</p> <p><i>Relación de Citas para Consulta de Primera Vez</i></p>	O O/1
2.	UNIDAD MÉDICA RECEPTORA RECEPCIÓN	<p>Recibe por el conducto establecido para la unidad, la información necesaria para otorgar las citas de primera vez, efectúa la revisión correspondiente con el propósito de que los diferentes datos contenidos en los formatos contengan la información necesaria para darle curso.</p> <p>NOTA: cuando la información no este clara o precisa, se requerirá a la unidad emisora sea complementada o aclarada a fin de pueda gestionarse de forma efectiva.</p>			
3.	UNIDAD MÉDICA RECEPTORA RECEPCIÓN	<p>Consulta la Agenda Médica de acuerdo a la especialidad y con base en la disponibilidad de horas y las normas internas para la asignación de citas de primera vez, otorga la cita correspondiente y de acuerdo a la modalidad del trámite, envía la información de la misma manera como le fue remitida.</p> <p>Con un tanto de la <i>Relación de Envíos de Referencias</i> y las referencias, en su caso, las utiliza en el paso No. 5</p>			
4.	UNIDAD MÉDICA REFERENTE RECEPCIÓN	<p>De acuerdo a la modalidad establecida para recibir la información, obtiene las citas y las entrega o informa a los pacientes.</p> <p>Continúa el procedimiento establecido para la consulta con médico especialista, en el paso No.13</p>			
5	UNIDAD MÉDICA RECEPTORA RECEPCIÓN	<p>A partir de esta operación el procedimiento se concibe tanto para la consulta de primera vez, como la consulta subsecuente programada. La diferencia se dará con el uso del formato, ya que para la consulta de primera vez se utiliza la <i>Relación de Citas</i>, mientras que para la consulta subsiguiente se utiliza el <i>Informe Diario de Atención Médica</i> tanto en medios manuales como generado de sistemas automatizados, según el grado de automatización de la unidad médica.</p> <p>En caso de que se reciban referencias para las citas de primera vez, éstas son enviadas al Archivo Clínico para la generación del Expediente Clínico.</p> <p>La <i>Relación de Citas</i> o el <i>Informe Diario de Atención Médica</i> es utilizado en la siguiente operación.</p>			

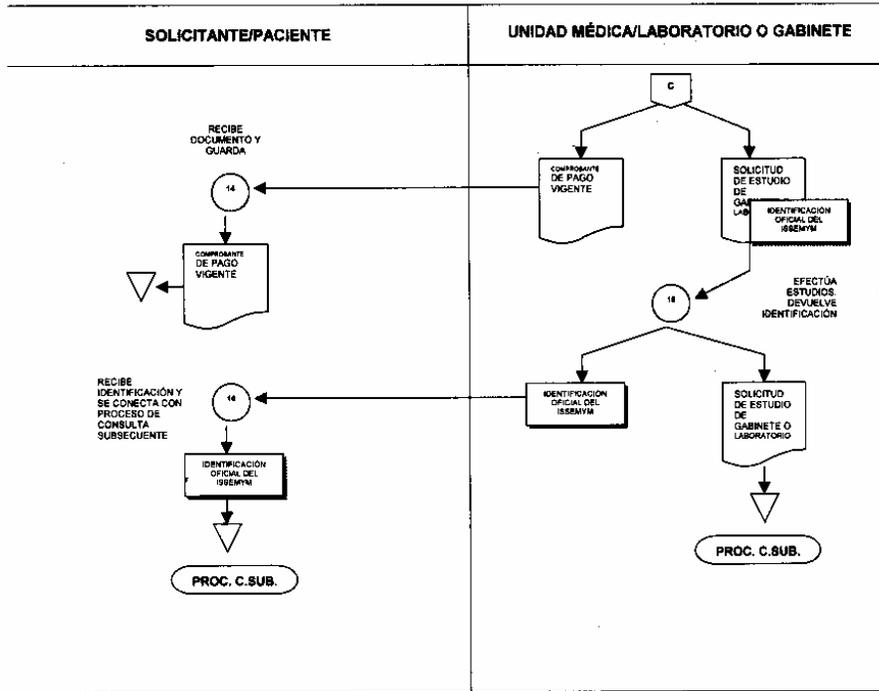
NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	F	FORMATO UTILIZADO	T
6.	UNIDAD MÉDICA RECEPTORA RECEPCIÓN	Con base en la <i>Relación</i> o el <i>Informe Diario</i> , verifica la vigencia de los diferentes pacientes programados para la consulta, por lo menos un día antes de la consulta. Para esta acción recurre al archivo del Módulo de Población Derechohabiente y determina: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si en la información del Módulo no aparece el paciente, el procedimiento continúa en la siguiente operación. ➤ Si el paciente aparece vigente en la información contenida en el Módulo, el procedimiento continúa en el paso No. 9 			
7.	UNIDAD MÉDICA RECEPTORA RECEPCIÓN	Si los registros del Módulo de Población Derechohabiente no reportan al paciente, por tratarse de un reciente ingreso o reingreso, archiva provisionalmente la <i>Relación</i> o el <i>Informe Diario</i> y solicita información a Registro y Control de Población Cotizante, ya sea vía telefónica o mediante la Internet.			
8.	REGISTRO Y CONTROL DE POBLACIÓN COTIZANTE	Con la información recibida, nombre y clave ISSEMYM, verifica datos en la base de la población derechohabiente y proporciona información a la unidad médica solicitante.			
9.	UNIDAD MÉDICA RECEPTORA RECEPCIÓN	Recibe u obtiene información sobre la vigencia de derechos del paciente y registra las vigencias y no vigencias de derechos en la <i>Relación</i> o en el <i>Informe Diario de Atención Médica</i> . En la fecha de la consulta, prepara los correspondientes expedientes clínicos de los pacientes que aparecen en la <i>relación</i> o <i>Informe</i> . De acuerdo a la vigencia de derechos del paciente y determina: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si el paciente está vigente el procedimiento continúa en la siguiente operación. ➤ Si no está vigente, continúa en la operación No. 11 			
10.	UNIDAD MÉDICA RECEPTORA RECEPCIÓN	Si el paciente tiene vigentes sus derechos, extrae el expediente clínico y lo anexa al <i>Informe Diario de Atención Médica</i> , para ser entregado en Recepción y pueda el paciente obtener su consulta médica. El procedimiento se conecta con el Procedimiento de Consulta con Médico Especialista.	O	Expediente Clínico	O
11.	UNIDAD MÉDICA RECEPTORA RECEPCIÓN	Si el paciente que va a recibir la consulta no tiene vigentes sus derechos, integra el expediente clínico adhiriendo etiqueta que indique que no cuenta con la vigencia de derechos, anexa al <i>Informe Diario de Atención Médica</i> .			
12.	UNIDAD MÉDICA RECEPTORA RECEPCIÓN	Al recibir al paciente informa al paciente que no se cuenta con información sobre la vigencia de sus derechos debido a causas tales como que se haya reactivado recientemente al servicio público la persona cotizante o que la institución pública donde labora el servidor público no haya efectuado el movimiento correspondiente e informado en tiempo.			
13.	SOLICITANTE PACIENTE	Recibe la información y se entera que no se cuenta con información sobre la vigencia de sus derechos, determinando: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si efectivamente no cuenta con la vigencia de derechos, esto implica que tampoco está dentro del plazo de dos meses a partir de la baja para continuar obteniendo el servicio, continúa en la siguiente operación. ➤ En caso, de que por algún motivo la información contenida en la base de datos no registre al paciente, pero que si este vigente, el procedimiento continúa en la operación número 15. 			

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	F	FORMATO UTILIZADO	T
14.	SOLICITANTE PACIENTE	Cuando el paciente, definitivamente no cuenta con vigencia para poder obtener el servicio, acepta y termina el procedimiento.			
15.	SOLICITANTE PACIENTE	Cuando por alguna causa no apareció información en la base de datos, pero el paciente tiene vigentes sus derechos, proporciona el comprobante de pago vigente, anexando la identificación para poder obtener el servicio.			
16.	UNIDAD MÉDICA RECEPTORA RECEPCIÓN	<p>Recibe el comprobante de pago vigente, revisa y constata que efectivamente le están efectuando las deducciones por el concepto de servicios de salud, rubrica el renglón donde aparece el paciente, lo que indica que verificó y constó que el paciente tenía vigentes sus derechos.</p> <p>Devuelve el comprobante y la identificación al paciente.</p> <p>El <i>Informe Diario</i>, el Expediente Clínico con el volante de no vigente los utiliza para continuar con el proceso de la consulta.</p> <p>NOTA: en los casos que el paciente no este vigente para obtener el servicio, deberá cancelar el renglón donde aparece, como medio de control para verificaciones que lleve a cabo la Contraloría Interno.</p>			
17.	SOLICITANTE PACIENTE	<p>Recibe su comprobante de pago y la identificación y espera obtener la consulta.</p> <p>Se conecta el procedimiento con la prestación del servicio de consulta externa con médico especialista.</p>			

7. DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN DE VIGENCIA PARA EFECTUAR ESTUDIOS DE LABORATORIO/GABINETE







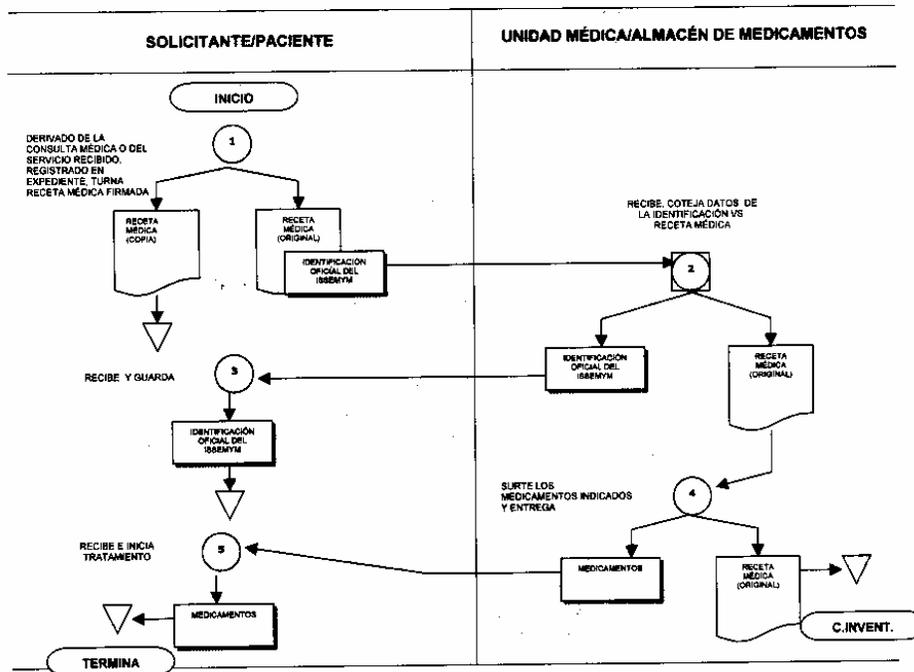
7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN DE VIGENCIA PARA EFECTUAR ESTUDIOS DE LABORATORIO/GABINETE

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	F	FORMATO UTILIZADO	T
1	SOLICITANTE PACIENTE	Resultado de la consulta médica y con el propósito de apoyar el diagnóstico y acertar el tratamiento que debe seguir el paciente, recibe del médico la <i>solicitud de estudios de laboratorio o gabinete</i> , mismos que presenta anexando su identificación del ISSEMYM al laboratorio o gabinete respectivo.	O	Solicitud de Estudios de Laboratorio o Gabinete	O
2	UNIDAD MÉDICA LABORATORIO O GABINETE	Recibe la documentación presentada por el solicitante, coteja los datos contenidos en la solicitud contra los datos de identificación con el propósito de evitar que los datos estén incorrectos y provoque que el trámite y los resultados no se entreguen oportunamente. De acuerdo con la agenda de trabajo de la unidad de laboratorio / gabinete, establece fecha para obtener o presentar muestras o presentarse a los estudios correspondientes. En su caso, anexa a los documentos recibidos del paciente, las instrucciones o indicaciones necesarias para obtener el servicio.			
3	SOLICITANTE PACIENTE	Recibe del laboratorio o gabinete la documentación e indicaciones pertinentes y espera a la fecha establecida para la cita en el laboratorio o gabinete.			
4	SOLICITANTE PACIENTE	En la fecha establecida para obtener el servicio de laboratorio o gabinete y, en su caso, de acuerdo a las indicaciones recibidas, presenta la Solicitud y la identificación del ISSEMYM			

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	F	FORMATO UTILIZADO	T
5.	UNIDAD MÉDICA LABORATORIO O GABINETE	De acuerdo a la programación diaria de servicios a proporcionar por el laboratorio o gabinete, un día anterior a la cita, solicita la vigencia de derechos de los pacientes, para lo cual se coteja en primer lugar con el Módulo de Población Cotizante. En caso de no localizar al paciente en esa información, deberá recurrir a la base de datos a través de una petición directa, vía telefónica, fax o vía Internet. Recibe la documentación del paciente y con base en la información obtenida con antelación, determina: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si el paciente está vigente o al preguntarle comprueba que está recientemente activado o reactivado en el servicio público, el procedimiento continúa en el paso No. 8 ➤ Si por el contrario, el paciente no cuenta con la vigencia de sus derechos, y tampoco se ha reactivado en el servicio público; esto considerando que hayan transcurrido más de los dos meses que establece la Ley después de causar baja para obtener el servicio dentro de ese lapso, el procedimiento continúa en la siguiente operación. 			
6.	UNIDAD MÉDICA LABORATORIO O GABINETE	Si no tiene vigentes los derechos, informa al paciente que no podrán hacerse los estudios solicitados, dado que al obtener los resultados no podrá contar con la consulta. Asimismo, podrá informársele que cuando el servidor público cotizante se reactive en el servicio público podrá solicitar el servicio. Devuelve la documentación.			
7.	SOLICITANTE PACIENTE	Recibe sus documentos y se entera de la no-vigencia. TERMINA PROCEDIMIENTO.			
8.	UNIDAD MÉDICA LABORATORIO O GABINETE	Si el paciente se reactivo y está vigente de sus derechos, determina: <ul style="list-style-type: none"> ➤ El registro del paciente aparece en la información de la base de datos de la población derechohabiente, continúa en la siguiente operación. ➤ Si el paciente está vigente, pero por reciente reactivación no aparece en la base de datos, el procedimiento continúa en la operación No. 11 			
9.	UNIDAD MÉDICA LABORATORIO O GABINETE	Si el paciente vigente está registrado en la base de información de la población derechohabiente, lleva a cabo la toma de muestras o la realización de los estudios solicitados. Archiva la solicitud temporalmente, en donde efectuará el registro de los resultados obtenidos, y entregará al Archivo Clínico para que sean anexados al expediente del paciente. Devuelve la identificación del ISSEMYM al paciente.			
10.	SOLICITANTE PACIENTE	Recibe su identificación, una vez que le fueron recibidas o tomadas las muestras de laboratorio o realizados los estudios de gabinete. El procedimiento continúa el procedimiento de Ficha cita o consulta subsiguiente, enmarcado en el mismo procedimiento.			

11.	UNIDAD MÉDICA LABORATORIO O GABINETE	En el caso de que el paciente este recientemente activado en el servicio público, razón por la cual no aparece su información en la base de datos, solicita al paciente la presentación del comprobante de pago vigente.		
12.	SOLICITANTE PACIENTE	Recibe la petición y presenta el comprobante de pago vigente.		
13.	UNIDAD MÉDICA LABORATORIO O GABINETE	Recibe el comprobante de pago vigente y procede a cotejar la información, verificando que en el mismo conste que se han efectuado las deducciones por la prestación de servicios de salud. Verificada la información, devuelve al paciente el comprobante de pago.		
14.	SOLICITANTE PACIENTE	Recibe su comprobante de pago vigente y guarda.		
15.	UNIDAD MÉDICA LABORATORIO O GABINETE	Cuando el paciente esta vigente de sus derechos ya sea porque aparece en la base de datos de la Institución o efectuó la comprobación, recibe o toma las muestras de laboratorio, o bien realiza los estudios de gabinete. Devuelve la identificación al solicitante y archiva la solicitud, en donde se registrará la información de los resultados de los estudios realizados. Conectándose con el procedimiento de Cita Fichas y consulta subsecuente.		
16.	SOLICITANTE PACIENTE	Recibe su identificación y guarda para ser utilizada en los servicios siguientes, tales como consulta subsecuente.		

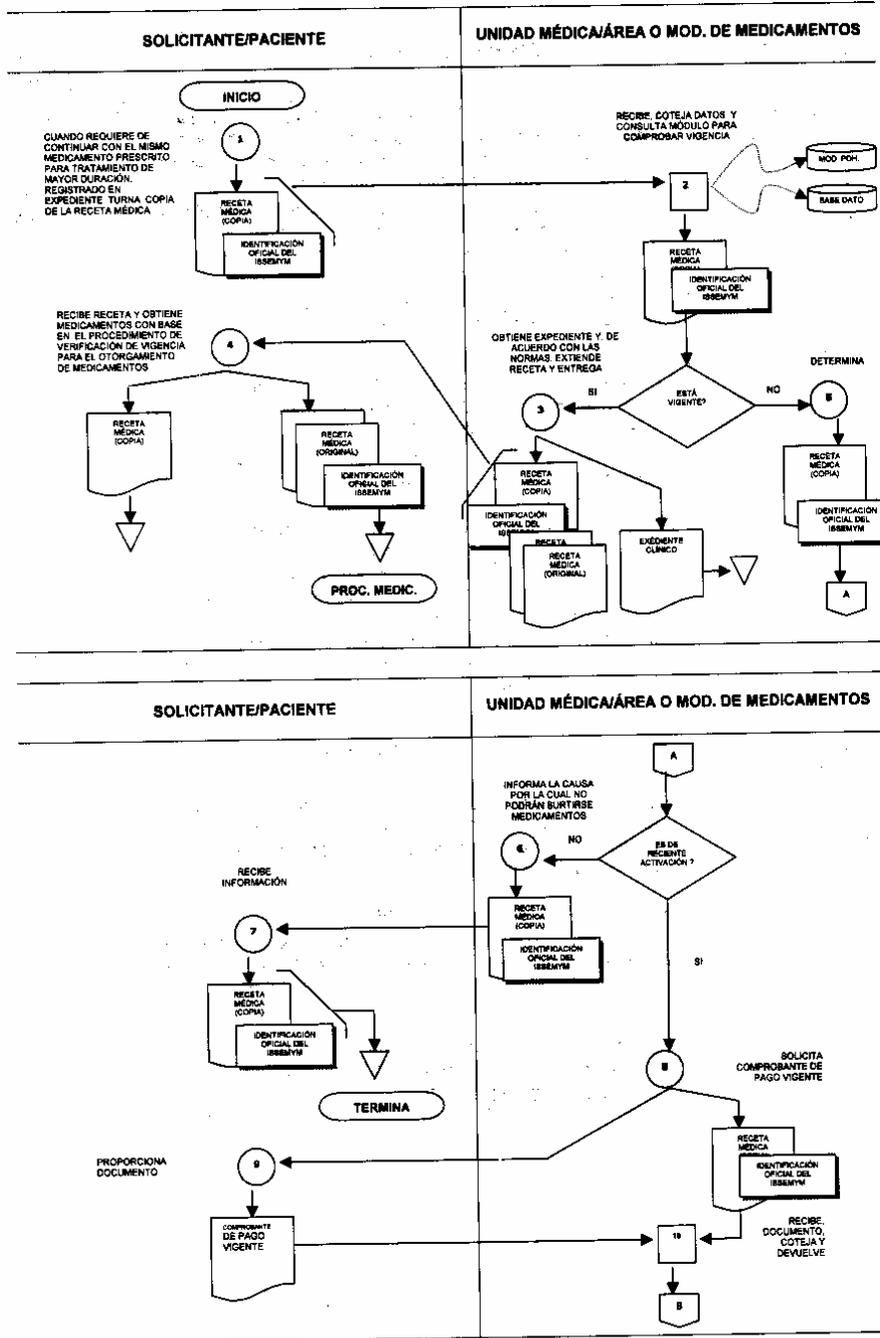
8. DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN DE VIGENCIA PARA OTORGAMIENTO DE MEDICAMENTOS

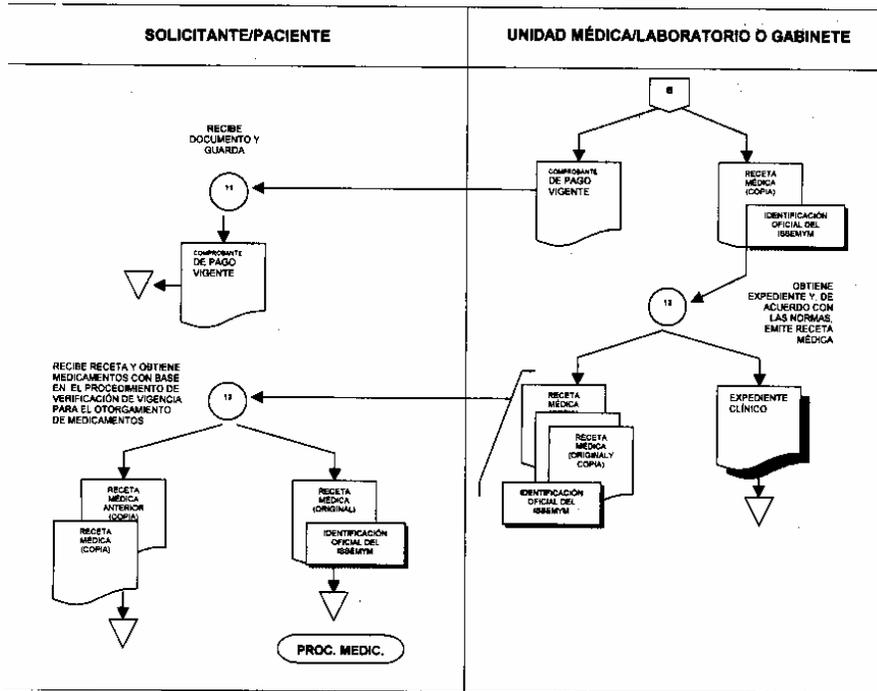


8. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN DE VIGENCIA PARA OTORGAMIENTO DE MEDICAMENTOS

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	F	FORMATO UTILIZADO	T
1	SOLICITANTE PACIENTE	Derivado de la consulta médica o del servicio de salud recibido en la unidad médica, recibe la <i>Receta Médica</i> , información que debe constar en el expediente clínico del paciente, tal como lo establece la normatividad. Para obtener el medicamento, se presenta al Almacén de Medicamentos de la Unidad Médica, entregando el original de la <i>Receta</i> , debidamente firmado de recibido, anexando la Identificación del ISSEMYM. La copia de la <i>Receta Médica</i> , la guarda para consultar la dosis y la duración del tratamiento.	O	Receta Médica Identificación ISSEMYM	O/1 O
2.	UNIDAD MÉDICA ALMACÉN DE MEDICAMENTOS	Recibe el original de la <i>Receta Médica</i> y revisa que vaya debidamente firmada, así como que se presente en el lapso establecido para su surtimiento. En el caso de no contener la firma, la devuelve al paciente o solicitante para que lo haga y poder continuar con el procedimiento En el caso de que la <i>Receta</i> la presente después de las 72 horas establecidas para su surtimiento, a partir de la fecha de expedición, se le devuelve cancelada al paciente indicándole que no procede su surtimiento, para los cual volverá a reiniciar el proceso desde la consulta externa. Una vez cotejada también los datos del paciente con su Identificación, devuelve esta última y utiliza el original de la <i>Receta</i> para surtirirla.			
3.	SOLICITANTE PACIENTE	Recibe su Identificación y guarda para los servicios subsecuentes.			
4.	UNIDAD MÉDICA ALMACÉN DE MEDICAMENTOS	Con base en la información contenida en la <i>Receta Médica</i> , efectúa los cálculos de acuerdo a las indicaciones y duración del tratamiento establecidos por el médico, así como a la presentación del medicamento. Entrega el medicamento al paciente. La <i>Receta Médica</i> , con las anotaciones y registros correspondientes, la archiva temporalmente para que, al término de la jornada efectúe su control de inventario.			
5.	SOLICITANTE PACIENTE	Recibe los medicamentos y, con base en las indicaciones recibidas por su médico, lleva a cabo todo el tratamiento. TERMINA PROCEDIMIENTO.			

9. DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN DE VIGENCIA PARA OTORGAMIENTO DE MEDICAMENTOS A PACIENTES CRÓNICOS





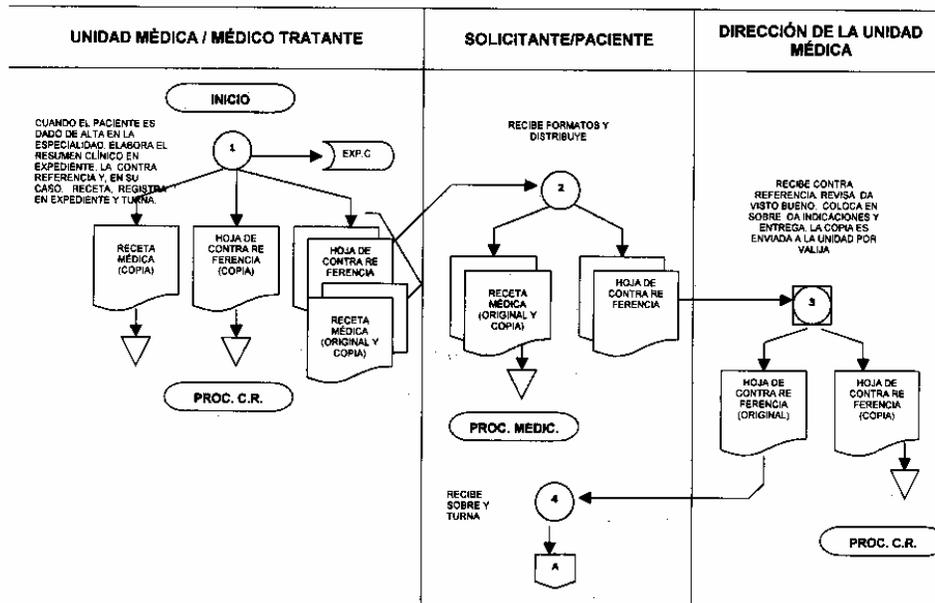
9. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN DE VIGENCIA PARA OTORGAMIENTO DE MEDICAMENTOS A PACIENTES CRÓNICOS

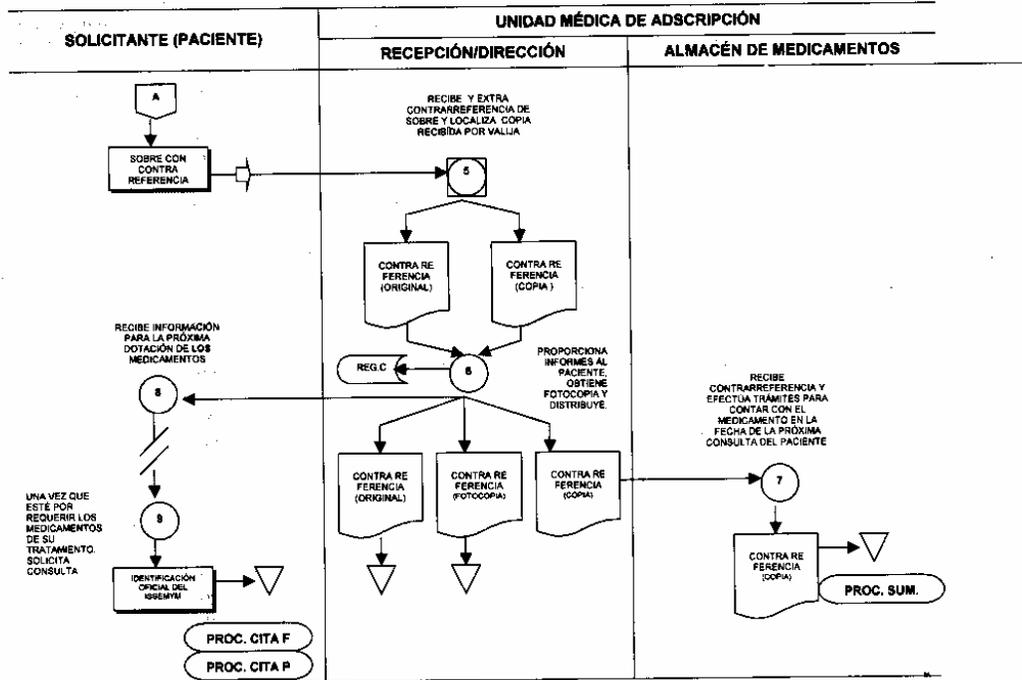
NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	F	FORMATO UTILIZADO	T
1	SOLICITANTE PACIENTE	En el caso de paciente con padecimiento crónico degenerativo, que requiere de tratamientos prolongados con un mismo medicamento, el cual consta en su expediente clínico y después de obtener la primera dosis, para las subsiguientes dosis, se presenta con la copia de su <i>Receta</i> anterior y su Identificación del ISSEMYM con el personal médico o para médico que atiende el Módulo de Medicamentos.	0	Receta Médica Identificación ISSEMYM	1 0
2.	UNIDAD MÉDICA ÁREA O MÓDULO DE MEDICAMENTOS	<p>Recibe copia de la <i>Receta Médica</i> y la Identificación del paciente, consulta el Módulo de Población Derechohabiente para comprobar vigencia; si no se llegarán contener datos del paciente en el Módulo de Población, deberá efectuar la búsqueda en la base de datos, acción que realiza mediante vía telefónica o por Internet.</p> <p>Una vez obtenida la información determina:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si el paciente está vigente de sus derechos el procedimiento continúa en la siguiente operación. ➤ Si no fue localizada la información de la vigencia, el procedimiento continúa en el paso No. 5 			

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	F	FORMATO UTILIZADO	T
3.	UNIDAD MÉDICA ÁREA O MÓDULO DE MEDICAMENTOS	<p>Si el paciente cuenta con la vigencia de sus derechos, obtiene el Expediente Clínico, revisa la información contenida en el mismo a fin de conocer el padecimiento y verificar el tipo de medicamento que se le viene indicando para su tratamiento.</p> <p>Cuando el paciente lleve hasta o más de seis meses con dicho medicamento, deberá indicársele que pasará a consulta para evaluar el tratamiento seguido y decidir si se continúa con el referido medicamento o habrá la necesidad de cambiar dicho medicamento.</p> <p>En caso de otorgarle nuevamente el medicamento, se registra la información en el expediente clínico y se elabora la <i>Receta Médica</i> en original y tres copias, una de las copias se queda en recetario.</p> <p>Entrega al paciente la copia de su <i>Receta</i> anterior, su identificación y la nueva <i>Receta Médica</i>, en original y copia.</p> <p>El expediente lo archiva provisionalmente, para posteriormente integrarlo al Archivo Clínico.</p>	O	Receta Médica	O/1
4.	SOLICITANTE PACIENTE	Recibe la copia de su <i>Receta</i> anterior, la nueva <i>Receta</i> con su correspondiente copia y su identificación; los dos últimos documentos los utiliza para el surtimiento de los medicamentos, conectándose con el procedimiento de verificación de vigencia para el otorgamiento de medicamentos, de este mismo documento,			
5.	UNIDAD MÉDICA ÁREA O MÓDULO DE MEDICAMENTOS	<p>En el caso de que la base de datos no reporte información y se asuma que el paciente no tenga vigentes sus derechos, determina:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Consultando al paciente, puede determinar si ha sido recientemente reactivado en el servicio público, él o el servidor público de quien depende; si es así, el procedimiento continúa en la operación No. 8. ➤ Si el paciente informa que no cuenta con la reactivación en el servicio público, en consecuencia no está vigente de sus derechos, el procedimiento continúa en la siguiente operación. 			
6.	UNIDAD MÉDICA ÁREA O MÓDULO DE MEDICAMENTOS	Si el paciente no está vigente de sus derechos, informa que esa es la causa por la cual no podrán surtirle los medicamentos, devolviendo su documentación.			
7.	SOLICITANTE PACIENTE	Recibe la información y la documentación constituida por la copia anterior de la <i>Receta Médica</i> y su identificación del ISSEMYM. TERMINA PROCEDIMIENTO			
8.	UNIDAD MÉDICA ÁREA O MÓDULO DE MEDICAMENTOS	En el caso de que este vigente, pero no este el registro en la base de datos, solicita al paciente el comprobante de pago vigente.			
9.	SOLICITANTE PACIENTE	Recibe la petición y proporciona el comprobante de pago vigente.			
10.	UNIDAD MÉDICA ÁREA O MÓDULO DE MEDICAMENTOS	Recibe el comprobante de pago vigente que acredita que, efectivamente, se le están haciendo las deducciones correspondientes a los servicios de salud y devuelve.			
11.	SOLICITANTE PACIENTE	Recibe su comprobante de pago y guarda para su control.			

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	F	FORMATO UTILIZADO	T
12.	UNIDAD MÉDICA ÁREA O MÓDULO DE MEDICAMENTOS	<p>Una vez que esta comprobada la vigencia de los derechos, solicita el expediente clínico del paciente, revisa la información contenida en el mismo a fin de conocer el padecimiento y verificar el tipo de medicamento que se le viene indicando para su tratamiento.</p> <p>Cuando el paciente lleve hasta o más de seis meses con dicho medicamento, deberá indicársele que pasará a consulta para evaluar el tratamiento seguido y decidir si se continúa con el referido medicamento o habrá la necesidad de cambiar dicho medicamento.</p> <p>En caso de otorgarle nuevamente el medicamento, se registra la información en el expediente clínico y se elabora la <i>Receta Médica</i> en original y tres copias, una de las copias se queda en recetario.</p> <p>Entrega al paciente la copia de su <i>Receta</i> anterior, su Identificación y la nueva <i>Receta Médica</i>, en original y copia.</p> <p>El expediente lo archiva provisionalmente, para posteriormente integrarlo al Archivo Clínico.</p>	0	Receta Médica	0/1
13	SOLICITANTE PACIENTE	<p>Recibe la copia de su <i>Receta</i> anterior, la nueva <i>Receta</i> con su correspondiente copia y su identificación; los dos últimos documentos los utiliza para el surtimiento de los medicamentos, conectándose con el procedimiento de verificación de vigencia para el otorgamiento de medicamentos, de este mismo documento.</p>			

10. DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN DE VIGENCIA PARA OTORGAMIENTO DE MEDICAMENTOS A PACIENTES CONTRA REFERIDOS





10. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN DE VIGENCIA PARA OTORGAMIENTO DE MEDICAMENTOS A PACIENTES CONTRA REFERIDOS

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	F	FORMATO UTILIZADO	T
1	UNIDAD MÉDICA MÉDICO TRATANTE	<p>La unidad médica que hay recibido paciente a través de Referencia y una vez que el médico tratante determina el alta del paciente, elabora resumen clínico, mismo que deberá quedar asentado en el Expediente Clínico del paciente; procede a elaborar la <i>Hoja de Contra Referencia</i> en original y dos copias; asimismo, elabora la <i>Receta Médica</i> con las indicaciones precisas para el tratamiento que habrá de continuar.</p> <p>Distribuye la documentación de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Entrega al paciente el original y una copia de la <i>Receta Médica</i>, así como el original y una copia de la <i>Hoja de Contra Referencia</i>, indica su tratamiento y envía a la Dirección de la unidad médica para obtener la autorización de los medicamentos que habrán de suministrarle para continuar con su tratamiento en su clínica de adscripción. ➤ La segunda de la <i>Receta Médica</i> la integra al Expediente. ➤ La segunda copia de la <i>Hoja de Contra Referencia</i> la anexa al Expediente dejándola a la vista a fin de que pueda registrarse el alta del servicio del paciente y haberse contra referido. Continúa el procedimiento de <i>Contra Referencia</i>. 	0	<p>Receta Médica</p> <p>Hoja de Contra Referencia</p>	<p>0/2</p> <p>0/2</p>

NO.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	F	FORMATO UTILIZADO	T
2	SOLICITANTE PACIENTE	<p>Recibe de su médico tratante la <i>Receta Médica</i> en original y una copia y la <i>Hoja de Contra Referencia</i> en original y una copia.</p> <p>Con el original y la copia de la <i>Receta Médica</i>, el procedimiento se conecta con el de Verificación de Vigencia para el Otorgamiento de Medicamentos.</p> <p>La Hoja de Contra Referencia en original y copia la presenta a la Dirección de la Unidad Médica.</p>			
3	UNIDAD MÉDICA DIRECCIÓN	<p>Recibe del paciente la Hoja de Contra Referencia en original y una copia, revisa y, en su caso, firma de visto bueno. Coloca el original de la Hoja de Contra Referencia en sobre y entrega al paciente, indicándole la importancia que tiene el que entregue, en un plazo máximo de tres días hábiles, el sobre a la unidad médica de adscripción, a fin de que puedan gestionarse en tiempo los medicamentos que requiere para su tratamiento, de lo contrario puede carecer de los medicamentos indicados.</p> <p>La copia de la Hoja de Contra Referencia es archivada para conectarse con el procedimiento de envío mediante valija, a la unidad médica correspondiente.</p>			
4.	SOLICITANTE PACIENTE	Recibe el sobre y las indicaciones correspondientes y, en el tiempo establecido, lo entrega en la unidad médica de adscripción.			
5.	UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN RECEPCIÓN DIRECCIÓN	Recibe del paciente el sobre que contiene el original de la <i>Hoja de Contra Referencia</i> , extrae de su archivo la copia de la <i>Hoja de Contra Referencia</i> recibida a través de valija y revisa para darle el trámite correspondiente.			
6.	UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN RECEPCIÓN DIRECCIÓN	<p>Informa al paciente el procedimiento que debe de seguir para obtener los medicamentos para su tratamiento, indicándole que debe solicitar cita en el plazo establecido para que lleguen sus medicamentos al almacén de farmacia.</p> <p>Efectúa el registro en su control interno.</p> <p>Obtiene fotocopia de la <i>Hoja de Contra Referencia</i> y distribuye los tantos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El original de la <i>Hoja de Contra Referencia</i> lo anexa al Expediente Clínico del Paciente. ➤ La fotocopia de la <i>Hoja de Contra Referencia</i> la archiva para su control interno ➤ La copia de la <i>Hoja de Contra Referencia</i> la envía al Almacén de Medicamentos. 			
7	UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN ALMACÉN DE MEDICAMENTOS	<p>Recibe la copia de la Hoja de Contra Referencia y efectúa el trámite para contar con el o los medicamentos consignados la dicha copia, en la fecha y cantidades requeridas para continuar con el tratamiento del paciente.</p> <p>Se conecta el procedimiento con el de suministro de acuerdo a las características del medicamento solicitado.</p>			
8.	SOLICITANTE PACIENTE	Recibe las indicaciones de su unidad médica de adscripción y espera la fecha para obtener sus medicamentos.			
9.	SOLICITANTE PACIENTE	<p>En la fecha para obtener una nueva dotación de medicamentos que le permita continuar con su tratamiento, solicita consulta médica a través de los procedimientos de Cita Ficha o Cita Previa, según su decisión.</p> <p>Se conecta el procedimiento con los de Verificación de la Vigencia para Cita Previa y para Citas Fichas</p>			

VII. CATÁLOGO DE FORMATOS Y GUÍAS PARA SU USO

ÍNDICE

No.	DENOMINACIÓN DEL FORMATO
1.	Ficha para Consulta
2.	Hoja de Contra Referencia
3.	Hoja de Ingreso Hospitalario
4.	Hoja de Referencia
5.	Informe Diario de Atención Médica
6.	Receta Médica
7.	Registro de Atención Médica de Urgencia
8.	Relación de Citas para Consulta de Primera Vez
9.	Solicitud y Resultados de Exámenes de Laboratorio
10.	Solicitud de Estudio Radiológico



Gobierno del Estado de México
Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
Dirección de Servicios Médicos



No. de Ficha: _____

Ficha para Consulta

Unidad Médica:	Módulo:
Médico:	Fecha:
Hora aproximada de Consulta:	Consultorio:

■ Anotar el nombre completo de la Unidad Médica que otorgará la consulta

■ Anotar el apellido paterno y materno del Médico que otorgará la consulta

■ Anotar la hora con minutos en que está registrado para consulta el paciente al que se le entregará la ficha, de acuerdo a la Agenda Médica o Libreta de Citas.

NOTA: FAVOR DE PRESENTARSE 10 MINUTOS ANTES DE LA HORA INDICADA.

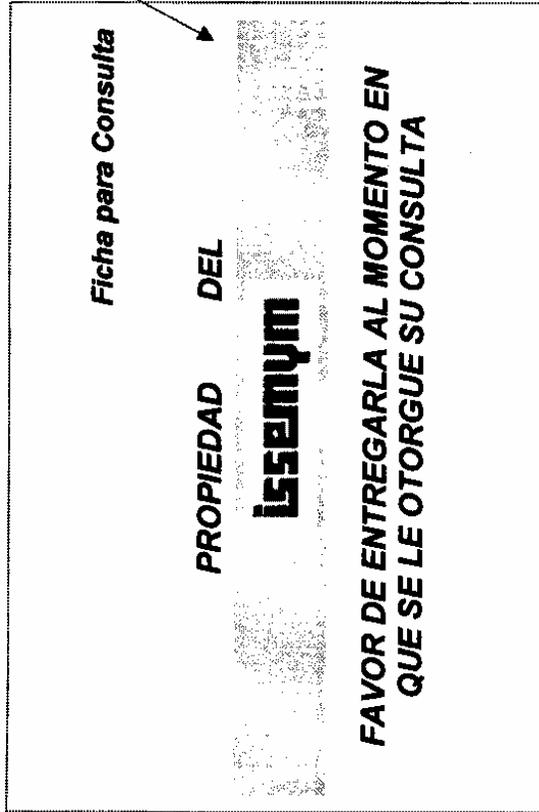
DSM 2 001 025 / 003

■ Anotar el número de módulo, si es que existe, en que se encuentra el consultorio en donde se otorgará la consulta médica.

■ Anotar el día, mes y año en que se programará la consulta médica, de acuerdo a la Agenda Médica y/o Libro de Citas que corresponda.

■ Anotar el número del consultorio en el que se deberá presentar el paciente para recibir su consulta médica, mismo que corresponde al Médico que le atenderá.

■ El reverso de la Ficha para Consulta contiene una leyenda para indicar al peticente que debe realizar su devolución



- Anotar el nombre completo de la Unidad Médica a la que ingresará el paciente.
- Anotar el nombre completo del paciente que ingresará a la Unidad Médica, apellido paterno, materno y nombre(s).
- Anotar la edad cumplida del paciente.
- Anotar una "X" en el cuadro que corresponda:
F : femenino
M : masculino
- Anotar el nombre completo del familiar o la persona que se hace responsable del paciente hospitalizado, apellido paterno, materno y nombre(s).
- Se anotarán los datos completos del domicilio del familiar o responsable del paciente hospitalizado.
- Anotar el nombre del Servicio en el que se presentó inicialmente el paciente.
- Anotar el nombre completo del Médico que indicó el ingreso del paciente a la Unidad Médica, apellido paterno, materno y nombre (s).
- Anotar detalladamente los síntomas y/o el diagnóstico que determina el Médico responsable y por el cual el paciente ingresa a la Unidad Médica.

INSTRUMENTO

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO
Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
Dirección de Servicios Médicos

Hoja de Ingreso Hospitalario

1. UNIDAD MÉDICA: _____

2. NOMBRE DEL PACIENTE: _____

3. CLAVE ISSEMYM: _____

4. FECHA (DÍA, MES, AÑO): _____

5. EDAD: _____

6. SEXO: F M

7. ESTADO CIVIL: _____

8. OCUPACIÓN: _____

9. LUGAR DE TRABAJO: _____

10. DOMICILIO (CALLE, NÚMERO EXTERIOR, NÚMERO INTERIOR, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO/DELEGACIÓN, ESTADO/FEDE): _____

11. TELÉFONO: _____

12. EN CASO NECESARIO COMUNICAR CON: (NOMBRE COMPLETO) _____

13. PARENTESCO: _____

14. DOMICILIO CALLE, NÚMERO EXTERIOR, NÚMERO INTERIOR, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO/DELEGACIÓN, ESTADO/FEDE: _____

15. TELÉFONO: _____

16. INDICAR TIPO DE ENFERMEDAD (ELEGIR UNA O MÁS):

SERVICIO PÚBLICO	01	CONTINUA	02	PAIS	03	OTRAS ENFERMEDADES NO DETERMINADAS	04	05	06
------------------	----	----------	----	------	----	------------------------------------	----	----	----

17. DATOS DEL MÉDICO RESPONSABLE:

17.1. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.2. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.3. DATOS DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.4. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.5. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.6. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.7. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.8. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.9. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.10. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.11. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.12. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.13. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.14. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.15. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.16. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.17. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.18. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.19. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.20. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.21. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.22. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.23. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.24. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.25. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.26. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.27. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.28. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.29. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.30. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.31. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.32. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.33. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.34. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.35. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.36. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.37. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.38. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.39. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.40. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.41. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.42. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.43. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.44. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.45. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.46. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.47. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.48. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.49. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

17.50. NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

18. OBSERVACIONES: _____

DEM 1 004 032 / 002

■ El Folio impreso, permitirá dar seguimiento a la Referencia de pacientes atendidos.

■ Marcar con una "X" si o no se realizó una valoración previa al paciente sujeto de Referencia.

■ Anotar la edad cumplida con que cuenta el paciente.

■ Anotar la clave ISSEMYM completa del paciente que se refiere.

■ Anotar el día, mes y año en que se elaboró la Referencia del paciente.

■ Anotar el nombre del padecimiento por el cual el paciente es referido para su atención en otra Unidad Médica.

■ Anotar el nombre del Servicio específico al cual se refiere el paciente.

■ Anotar lo más detalladamente posible las causas por las cuales se realiza la referencia del paciente a otra Unidad Médica.

■ En base a la Historia Clínica del paciente sujeto a Referencia, se anotarán los datos clínico-médicos más relevantes en relación al padecimiento por el cual va a ser tratado.

■ Anotar las indicaciones médicas en cuanto al tratamiento subsecuente del paciente.

■ Anotar el día, mes y año en que se recibe al paciente para su atención médica.

■ Anotar el nombre completo del paciente que se envía para tratamiento o estudios a otra Unidad Médica.

■ Anotar el nombre completo de la Unidad Médica que envía al paciente a otra Unidad Médica.

■ Anotar el nombre completo de la Unidad Médica que atenderá al paciente.

■ Anotar el o los números telefónicos donde con seguridad se pueda localizar al paciente sujeto de Referencia.

■ Anotar apellido paterno, materno y nombre(s) del Médico que solicita se atienda al paciente en otra Unidad Médica, al mismo que firmará.

■ Anotar apellido paterno, materno y nombre(s) del Director Médico de la Unidad que envía al paciente, quien firmará autorizando la Referencia.

■ El Jefe del Servicio de la Unidad Médica que recibió al paciente para su tratamiento anotará sus observaciones y las indicaciones para la atención del paciente referido.

■ Anotar el nombre de los estudios que el paciente referido requiere para su diagnóstico y/o tratamiento.

■ El Jefe del Servicio de la Unidad Médica que recibió al paciente para su atención anotará su nombre(s), apellido paterno y materno y firmará.

ISSEMYM

Gobierno del Estado de México
Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios

FOLIO: _____

Hoja de Referencia

1. APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y SOBRENOMBRE DEL PACIENTE (EN MAYÚSCULAS) _____

2. CLAVE DE REFERENCIA: SI NO

3. CLAVE DE SERVICIO _____

4. FECHA DE ENVÍO _____

5. UNIDAD MÉDICA QUE REFIERE _____

6. UNIDAD MÉDICA A LA QUE SE ENVÍA _____

7. MOTIVO DEL ENVÍO, FUNDAMENTAR LA(S) CAUSA(S) POR LAS CUALES NO SE PUEDE CONTINUAR ATENDIENDO EN ESTA UNIDAD MÉDICA. _____

8. RESUMEN CLÍNICO _____

9. TELÉFONOS DONDE SE PUEDE LOCALIZAR AL PACIENTE PARTICULAR, TRABAJO (CÓMO): _____

10. NOMBRE COMPLETO Y PENA DEL MÉDICO TRATANTE QUE ENVÍA: 10.1. NOMBRE COMPLETO Y PENA DEL DIRECTIVO QUE AUTORIZA _____

11. COMERTACIÓN DEL SERVICIO Y/O INDICACIONES AL PACIENTE: _____

12. NOMBRE COMPLETO Y PENA DEL MÉDICO QUE RECIBIRÁ _____

13. FECHA _____

14. NOMBRE COMPLETO Y PENA DEL JEFE DEL SERVICIO _____

15. NOMBRE COMPLETO Y PENA DEL JEFE DEL SERVICIO _____

DSM 1 004 094 / 002

■ Al reverso del formato "Informe Diario de Atención Médica" se encuentran los Catálogos de:

- Tipo de Prácticas
- Especialidades
- Servicios Auxiliares de Diagnóstico

Cuyas claves se utilizan para el llenado del anverso del formato.

(*) TIPO DE PRÁCTICAS

01	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	PF
02	NUTRIMENTO	N
03	SANEAMIENTO	S
04	HIGIENE PERSONAL	HP
05	ATENCIÓN MATERNA	AM
06	SAÚDE MENTAL	SM
07	SAÚDE RENALES	SR
08	PREVENCIÓN ACCIDENTES	PA
09	PREVENCIÓN POR INMUNIZACIÓN	PI
10	DETECCIÓN FIEBRE REUMÁTICA	DFR
12	OTROS TEMAS	O

(**) CATALOGO DE ESPECIALIDADES

INFORME DIARIO DE ATENCION MEDICA

01	ALERGOLOGIA
02	ANATOMOPATOLOGIA
03	ANESTESIOLOGIA
04	AUDILOGIA
05	CARDIOLOGIA
06	CIQUILOGIA MAXILAR
07	CIQUIA CARDIOVASCULAR
08	CIQUIA GENERAL
09	CIQUIA PEDIATRICA
10	CIQUIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
11	ENDOCRINOLOGIA
12	ENFERMEDADES INFECCIOSAS
13	FOFIA
14	GASTROENTEROLOGIA
15	GERIATRIA
16	GINECO - OBSTETRICIA
17	HEMATOLOGIA
18	IMUNOLOGIA
19	MEDICINA DEL TRABAJO
20	MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
21	MEDICINA GENERAL - FAMILIAR
22	MEDICINA INTERNA
23	MEDICINA PREVENTIVA
24	NEFROLOGIA
25	NEUMOLOGIA
26	NEUROLOGIA
27	NEUROPSIQUIATRIA
28	ODONTOLOGIA
29	ODONTOLOGIA INFANTIL
30	OPHTALMOLOGIA
31	ORTOPEDIA
32	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
33	ORTOPEDIAS Y TRAUMATOLOGIA
34	PEDIATRIA
35	PSICOLOGIA
36	PSIQUIATRIA
37	PSIQUIATRIA INFANTIL
38	RADIOLOGIA
39	REUMATOLOGIA
40	UROLOGIA
41	URGENCIAS

(***) CATALOGO DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

01	LABORATORIO
02	RAYOS X
03	ECOGRAFIA
04	ECOCARDIOGRAFIA
05	ELECTROCARDIOGRAFIA
06	GAMAGRAFIA
07	ENDOSCOPIA
08	ELECTROENCEFALOGRAFIA
09	ANATOMOPATOLOGIA
10	BANCO DE SANGRE

DSM 1 004 071 / 002

ISSEMUM

Gobierno del Estado de México
Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios

Receta Médica

1. UNIDAD MÉDICA

2. CONSENTO SERVIDOR CONSULTA EXTERNA HOSPITALIZACIÓN

3. FECHA

4. UNIDAD MÉDICA

5. MEDICAMENTO (CUANTO BASTA OSEAN/IN)

6. INDICACIONES

7. NOMBRE DEL PACIENTE

8. MEDICAMENTO CUADRO BÁSICO (ISSEMUM)

9. CLAVE DE MÉDICO

10. NOMBRE DEL MÉDICO

11. CLAVE ISSEMUM DEL PACIENTE

12. NOMBRE DEL MÉDICO

13. CLAVE DE MÉDICO

14. SOLA CITA PROFES

15. INDICACIONES

16. NOMBRE DEL MÉDICO

17. FECHA DE SURTIMIENTO

18. FIRMA DEL MÉDICO

19. FIRMA DE RECEPCION FARMACIA

20. NOMBRE DEL PACIENTE

21. CLAVE ISSEMUM DEL PACIENTE

22. CLAVE ISSEMUM DEL MÉDICO

23. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

24. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

25. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

26. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

27. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

28. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

29. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

30. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

31. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

32. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

33. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

34. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

35. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

36. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

37. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

38. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

39. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

40. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

41. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

42. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

43. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

44. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

45. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

46. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

47. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

48. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

49. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

50. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

51. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

52. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

53. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

54. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

55. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

56. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

57. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

58. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

59. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

60. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

61. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

62. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

63. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

64. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

65. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

66. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

67. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

68. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

69. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

70. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

71. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

72. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

73. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

74. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

75. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

76. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

77. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

78. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

79. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

80. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

81. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

82. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

83. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

84. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

85. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

86. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

87. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

88. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

89. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

90. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

91. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

92. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

93. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

94. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

95. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

96. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

97. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

98. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

99. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

100. CLAVE ISSEMUM DEL DIAGNÓSTICO

■ Anotar el nombre completo de la Unidad Médica en donde se otorgó la atención médica.

■ Anotar el nombre de la calle, número exterior, ciudad y municipio en el que se encuentra ubicada la Unidad Médica.

■ Anotar el apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente de acuerdo a su credencial de afiliación.

■ Anotar la clave ISSEMUM del paciente, completa, de acuerdo a su credencial de afiliación.

■ Anotar el apellido paterno, materno y nombre(s) del Médico responsable que expide la Receta Médica.

■ Anotar la clave médica del Médico responsable que expide la Receta.

■ Anotar el número de Cédula Profesional del Médico responsable que expide la Receta.

■ El Médico responsable que expide la Receta, firmará la misma.

■ El número de Folio es el consecutivo que servirá para registro y control de las recetas médicas y estará impreso.

■ Se anotará una "X" en el cuadro que corresponda al Servicio en el que se le proporcionó atención médica al paciente.

■ Anotar con números arábigos el día, mes y año en el que se expide la Receta Médica.

■ El Médico responsable anotará el nombre genérico del medicamento indicado para el tratamiento del paciente, mismo que debe estar incluido en el "Cuadro Básico de Medicamentos" vigente.

■ El Médico responsable anotará la clave del diagnóstico de acuerdo al Catálogo Interno.

■ El Médico responsable anotará las indicaciones para la toma o aplicación del medicamento, especificando la dosificación por horas.

■ Anotar con números arábigos y con letra el número total de días que debe durar el tratamiento con el medicamento indicado.

■ El despachador de farmacia que realice el surtimiento de medicamentos anotará, con letra, la cantidad de medicamentos surtida, calculada de acuerdo a las indicaciones y duración del tratamiento.

■ El paciente anotará el día, mes y año en que recibe medicamentos en la farmacia.

■ El paciente firmará la Receta Médica al recibir el medicamento en la farmacia de la Unidad Médica.

El Médico responsable de la atención anotará su diagnóstico médico.

El Médico responsable de la atención anotará de manera detallada las indicaciones para el tratamiento del paciente.

El Médico responsable de la atención anotará las observaciones que realice relacionadas con la evolución del paciente, durante el tiempo en que este permanezca en el Servicio de Urgencias para tratamiento u observación.

Al dar de alta al paciente del Servicio de Urgencias, el Médico responsable de su atención anotará las indicaciones para continuar los estudios o el tratamiento en la Clínica de Adscripción del paciente atendido.

El Médico responsable de la atención anotará los signos de alarma que el paciente debe considerar para regresar al Servicio de Urgencias, informando éstos al familiar responsable o al paciente mismo de ser posible.

El paciente atendido o su familiar responsable firmará de entrada de la información anterior así como al ser dado de alta del Servicio de Urgencias.

El Médico responsable de la atención anotará su apellido paterno y materno, su clave médica y su firma al dar de alta del Servicio de Urgencias al paciente, o en su caso, al transferirlo a otro Servicio.

SERVICIO DE URGENCIAS	
DIAGNÓSTICO	
INDICACIONES	
EVALUACIÓN	
INDICACIONES PARA SU CLÍNICA DE ADSCRIPCIÓN	
INDICAR AL SERVICIO EN CASO DE	
16. FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE	
17. NOMBRE COMPLETO, CLAVE MÉDICA DEL PACIENTE	
18. FIRMA DEL MÉDICO	

El formato deberá presentar un número de folio consecutivo, mismo que deberá venir impreso.

Anotar con números arábigos, el día, mes y año en que el Médico tratante elabora la solicitud.

Anotar el nombre del Servicio donde es atendido el paciente.

Anotar con números arábigos, la edad cumplida del paciente.

Anotar una "X" en el cuadro que corresponda al sexo del paciente:

M.: masculino
F.: femenino

Anotar la clave ISSEMYM completa del paciente al que se realizarán los estudios radiológicos.

Anotar una "X" en el cuadro que corresponda, si se ha realizado el estudio radiológico indicado al paciente con anterioridad:

SI o NO

El radiólogo responsable de la realización de los estudios, anotará los comentarios u observaciones que considere puedan ayudar al Médico al efectuar su diagnóstico.

Al solicitar la realización del estudio radiológico, el Médico tratante anotará su nombre, su clave médica y su firma.

ISSEMYM

Gobierno del Estado de México
Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios

Solicitud de Estudio Radiológico
UNIDAD MÉDICA

FECHA: _____

FOJO: _____

SERVICIO: _____

CLAVE ISSEMYM: _____

EDAD: _____

SEXO: M. F.

ESTUDIO RADIOLOGICO PREVO: SI NO

ALUSARIA POR EL MEDICO RESPONSABLE EN SU NOMBRE Y ASESORIA DEL MEDICO RESPONSABLE

EXAMEN SOLICITADO: DATOS CLINICOS O DIAGNOSTICO PROBABLE

GRANDE: _____

SEXOS PARAMANALES: _____

ABDOMEN/AMBALE: _____

ESOFAGO, ESTOMAGO, DUODENO: _____

COLON/RECTO/SIGMA: _____

DOLORES POR ENFERIA: _____

TORAX/P.T.: _____

UROGENITA, EXCRETORA: _____

COLUMNA VERTEBRAL: _____

OTROS: _____

HECES (LIGULER?): _____

MÉDICO SOLICITANTE (NOMBRE FIRMA Y CLAVE): _____

ESM 1.004.018/002

Mencionar con una "X" el examen solicitado de acuerdo al listado que se presenta, en caso de ser un estudio diferente a los especificados, se deberá anotar su nombre o descripción en los recuadros en blanco.

Anotar el número de cama en que se encuentra el paciente que requiere los estudios, en caso de que se encuentre hospitalizado; especificar si es transoperatorio o se requiere que un aparato móvil de rayos X sea llevado a donde se encuentra el paciente.

Anotar el apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente al que se le practicarán los estudios radiológicos.

Anotar el nombre completo de la Unidad Médica que solicita el estudio radiológico.

VALIDACIÓN

MTRO. SANTIAGO G. VELASCO MONROY
DIRECTOR GENERAL
(RUBRICA).

DR. JOSÉ FRANCISCO ALVEAR NEGRETE
DIRECTOR DE SERVICIOS MÉDICOS
(RUBRICA).

LIC. LAURA ADRIANA CÁMARA CASTÁN
DIRECTORA DE PRESTACIONES SOCIOECONÓMICAS
(RUBRICA).

DR. ALFREDO VIGUERAS RENDÓN
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN MÉDICA
(RUBRICA).

MTRA. NORMA HERNÁNDEZ ENRIQUEZ
SUBDIRECTORA DE PRESTACIONES
(RUBRICA).

LIC. MARTHA MEJIA MARQUEZ
RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE DESARROLLO Y
CALIDAD INSTITUCIONAL
(RUBRICA).

DRA. YOLANDA FLORES CÁNOVAS
RESPONSABLE DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD
(RUBRICA).

EDG-65

© UNIDAD DE MODERNIZACIÓN ADMINISTRATIVA
RESPONSABLE DE SU ELABORACIÓN: MARTHA MEJIA MARQUEZ

TOLUCA, MÉXICO
Julio, 2002