



**Puebla**

CIUDAD INCLUYENTE

2018 ▪ 2021

# Manual de Procedimientos

DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD


Septiembre 2020

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD


Clave: MPC1821/MP/SMDIF/DAPC063-A

AUTORIZACIONES		
<p>Silvia Jaime Hernández</p>  <p>Directora General del Sistema Municipal DIF</p>	<p>Josué Claudio Gutiérrez Tapia</p>  <p>Director de Atención a la Salud</p>	<p>Noel Gómez Rodríguez</p>  <p>Jefe de Departamento de Atención Médica</p>
<p>José Alfonso Gregorio Cortés Zamora</p>  <p>Jefe de Departamento de Atención Psicológica</p>	<p>María Fernanda Moreno González</p>  <p>Jefa de Departamento de Atención Dental</p>	<p>José María Sánchez Carmona</p>  <p>Contralor Municipal</p>

Actualizado el día quince de septiembre de dos mil veinte, con fundamento en los artículos 169 fracciones VII y IX de la Ley Orgánica Municipal; 20 fracción II, 34 fracción XVIII, 35 fracción XIII del Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, artículo 12 fracción VI del Reglamento Interior de la Contraloría Municipal.

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC1821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

	Índice	Página
I.	<b>Introducción.</b>	<b>3</b>
II.	<b>Presentación de los Procedimientos.</b>	<b>5</b>
III.	<b>Departamento de Atención Médica.</b>	<b>6</b>
	Procedimiento para la atención médica de urgencias.	6
	Procedimiento para el servicio de Farmacia en la Unidad Médica Integral.	19
	Procedimiento para la salida de medicamentos a Jornadas de Salud.	24
	Procedimiento para otorgar consulta médica general, consulta de especialidad y expedición de certificado médico.	29
	Procedimiento para otorgar consulta de Nutrición.	42
	Procedimiento para otorgar dictamen y/o valoración médica por violencia o discapacidad.	54
	Procedimiento para otorgar el servicio de Vacunación Universal.	63
	Procedimiento para otorgar el servicio de detección de Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus.	67
	Procedimiento para otorgar el servicio de detección oportuna de Cáncer Cérvico-Uterino y Cáncer de Mama.	77
	Procedimiento para realizar las actividades del servicio de enfermería (curaciones, somatometría, signos vitales, administración de medicamentos, nebulizaciones e hidratación oral, acompañamiento en suturas y atención de lesiones).	89
	Procedimiento para otorgar atención a personas que solicitan el servicio de análisis clínicos.	93
IV.	<b>Departamento de Atención Psicológica.</b>	<b>102</b>
	Procedimiento para otorgar atención Psicológica.	102
	Procedimiento para otorgar atención Psiquiátrica.	120
	Procedimiento para otorgar atención Psicológica en casos de violencia.	132
V.	<b>Departamento de Atención Dental.</b>	<b>144</b>
	Procedimiento para otorgar el servicio de atención Dental.	142
	Procedimiento para otorgar el servicio de atención de Ortodoncia.	158
VI.	<b>Glosario de Términos.</b>	<b>170</b>

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: <b>MPCI1821/MP/SMDIF/DAPC063-A</b>
		Fecha de elaboración: <b>08/09/2016</b>
		Fecha de actualización: <b>15/09/2020</b>
		Núm. de revisión: <b>02</b>

## I. INTRODUCCIÓN

El Sistema Municipal DIF, Organismo Público Descentralizado, constituido debidamente en el Municipio de Puebla el día 9 de marzo de 1993, y adicionado mediante Acuerdo de Cabildo del Honorable Ayuntamiento del Municipio de Puebla, de fecha 14 de noviembre del 2013 y publicado en el Periódico Oficial el 30 de Diciembre del 2013, con la finalidad de planear, generar y direccionar estrategias dedicada a promover valores y acciones que encaucen al fortalecimiento familiar, como medio para consolidar una mejor sociedad.


El presente Manual de Procedimientos pretende detallar las actividades generales de cada una de las Unidades Administrativas que integran la Dirección mostrando, a través de diagramas de flujos, la secuencia de procesos de forma esquematizada y aquellos puestos que se están involucrados, garantizando así el óptimo desarrollo de estas actividades, de su desarrollo y ejecución. De la misma forma, cuenta con el fundamento legal correspondiente, mismo que sustenta cada una de las actividades que realiza el Sistema Municipal DIF.

Por lo anterior, se pretende que el mismo, tenga una utilidad que permita conocer el funcionamiento interno de la Dirección describiendo en forma detallada las actividades de cada proceso, área o Unidad Administrativa que las ejecuta, requerimientos y puestos responsables de las mismas auxiliando en la inducción del puesto y facilitando la capacitación del personal

El Manual se usará como una herramienta que facilite el proceso de inducción y capacitación del personal de nuevo ingreso e incentive la polifuncionalidad al interior de cada Área.

El valor de este Manual, como herramienta de trabajo, radica en la información contenida en él, por lo tanto el mantenerlo actualizado permite que cumpla con su objetivo, atendiendo dicha actualización a:


- La Estructura Orgánica registrada por la Contraloría Municipal;
- El Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF; y
- Métodos de trabajo de las Unidades Administrativas.

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: <b>MPCI1821/MP/SMDIF/DAPC063-A</b>
		Fecha de elaboración: <b>08/09/2016</b>
		Fecha de actualización: <b>15/09/2020</b>
		Núm. de revisión: <b>02</b>

Asimismo, y con la intención de fomentar un entorno de respeto e igualdad entre el personal de la Dirección de Atención a la Salud del Sistema Municipal DIF, que considere los principios básicos de igualdad y equidad, que deben existir entre hombres y mujeres para su óptimo desarrollo personal y profesional, toda referencia, incluyendo los cargos y puestos en este Manual, al género masculino lo es también para el género femenino, cuando de su texto y contexto no se establezca que es para uno y otro género.

En este sentido, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 4 que el varón y la mujer son iguales ante la Ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

El contenido técnico del presente documento es responsabilidad de quien lo emite, así como sus modificaciones, cada vez que la normatividad aplicable o las tareas al interior de las Unidades Administrativas que la conforman signifiquen cambios en sus procedimientos, a efecto de que siga siendo un instrumento actualizado y eficaz. Por lo que el alcance del registro de los instrumentos normativos que emiten las Dependencias y Entidades del H. Ayuntamiento por parte de la Contraloría Municipal, tiene como único objetivo llevar un control institucional sobre dichos documentos.

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC1821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

## II. PRESENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

### DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA


1. Procedimiento para la atención médica de urgencias.
2. Procedimiento para el servicio de Farmacia en la Unidad Médica Integral.
3. Procedimiento para la salida de medicamentos a Jornadas de Salud.
4. Procedimiento para otorgar consulta médica general, consulta de especialidad y expedición de certificado médico.
5. Procedimiento para otorgar consulta de Nutrición.
6. Procedimiento para otorgar dictamen y/o valoración médica por violencia o discapacidad.
7. Procedimiento para otorgar el servicio de Vacunación Universal.
8. Procedimiento para otorgar el servicio de detección oportuna de Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus.
9. Procedimiento para otorgar el servicio de detección de cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama.
10. Procedimiento para realizar las actividades del servicio de enfermería (curaciones, somatometría, signos vitales, administración de medicamentos, nebulizaciones e hidratación oral, acompañamiento en suturas y atención de lesiones).
11. Procedimiento para otorgar atención a personas que solicitan el servicio de análisis clínicos.

### DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

1. Procedimiento para otorgar atención Psicológica.
2. Procedimiento para otorgar atención Psiquiátrica.
3. Procedimiento para otorgar atención Psicológica en casos de violencia.


### DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN DENTAL

1. Procedimiento para otorgar el servicio de atención Dental.
2. Procedimiento para otorgar el servicio de Ortodoncia.

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC1821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

### III. DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

<b>Nombre del Procedimiento:</b>	Procedimiento para la atención médica de urgencias.
<b>Objetivo:</b>	Otorgar un servicio de calidad y eficiencia a la población en general del Municipio de Puebla que requiera de atención médica de urgencias para estabilizar al paciente y preparar traslado y/o referencia en caso necesario.
<b>Fundamento Legal:</b>	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1º, 4º, 8º, 13 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V.</p> <p>Normas oficiales Mexicanas vigentes:</p> <p>Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.</p> <p>Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013. Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.</p>

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: <b>MPCI1821/MP/SMDIF/DAPC063-A</b>
		Fecha de elaboración: <b>08/09/2016</b>
		Fecha de actualización: <b>15/09/2020</b>
		Núm. de revisión: <b>02</b>

	<p>Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012. Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.</p> <p>Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002. Protección ambiental salud ambiental- residuos peligrosos biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2018-2021.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 52 fracciones I y IX.</p>
<b>Políticas de Operación:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Se debe recibir de inmediato y a toda persona que requiera de una atención médica de urgencias y/o primeros auxilios.</li> <li>2 La atención otorgada debe ser de manera inmediata y oportuna por parte del personal médico y paramédico capacitado de la Unidad Médica Integral</li> <li>3 La atención médica de urgencia debe proporcionarse a aquellas personas que según su estado de salud puedan ser atendidas en un Primer nivel de atención.</li> <li>4 Las personas deben ser referidas, si así lo amerita, a Hospitales Públicos de Referencia de segundo nivel de atención correspondientes, inmediatamente después de haber estabilizado su estado de salud.</li> <li>5 El costo de la atención de urgencias dependerá del servicio que se le otorgue al paciente.</li> </ol>
<b>Tiempo Promedio de Gestión:</b>	5 minutos.





**Manual de Procedimientos  
de la Dirección de  
Atención a la Salud**

Clave: MPC1821/MP/SMDIF/DAPC063-A

Fecha de elaboración: 08/09/2016

Fecha de actualización: 15/09/2020

Núm. de revisión: 02

**Descripción del Procedimiento: Para la atención médica de urgencias.**

Responsable	No	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuario/a	1	Llega con el analista de la Unidad de Atención ciudadana y de gestión social, donde preguntan sobre el servicio requerido.		
Analista (Unidad de Atención Ciudadana y de Gestión Social)	2	Registra y envía de inmediato al Área Médica.	Bitácora de Control de pacientes	Original
Recepcionista	3	Asigna Médico disponible Solicita a enfermera toma de signos vitales. Solicita a Analista (administrativo) que se encuentra en archivo, número de Expediente Clínico (en caso de ser paciente de primera vez) y/o Expediente clínico (en caso de ser paciente subsecuente).	Expediente clínico (Hoja frontal) FORM. 1485-B/ SMDIF1821/0819) Historia Clínica FORM. 1499-B/ SMDIF1821/0619)	Original
Auxiliar A (Archivo)	4	Entrega expediente Clínico a Recepción.	Registro electrónico de expediente clínico/ Expediente clínico (Hoja frontal) FORM. 1485-B/ SMDIF1821/0819) Historia Clínica FORM. 1499-B/ SMDIF1821/0619)	Original



**Manual de Procedimientos  
de la Dirección de  
Atención a la Salud**

Clave: MPC1821/MP/SMDIF/DAPC063-A

Fecha de elaboración: 08/09/2016

Fecha de actualización: 15/09/2020

Núm. de revisión: 02

Responsable	No	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Analista (Enfermera)	5	Recibe el expediente clínico del personal administrativo y atiende al paciente necesitado de atención urgente (toma de signos vitales) apunta datos en el expediente clínico e informa los signos vitales del paciente.	Expediente clínico (Hoja frontal) FORM. 1485-B/ SMDIF1821/0819) Historia Clínica FORM.1499-B/ SMDIF1821/0619)	Original
Analista o Coordinador/a (Médico)	6	Valora el estado de salud del paciente, determina el tratamiento o la necesidad de ser referido a algún hospital público. • Si no requiere ser referido continúa en la actividad Núm. 9, en caso contrario:	Expediente clínico (Hoja frontal FORM.1485-B/ SMDIF1821/0819) (Historia Clínica FORM.1499-B/ SMDIF1821/0619)	Original
Analista o Coordinador (a) (Médico)	7	Refiere al paciente a Hospital Público, según corresponda, mediante formato de Referencia.	Hoja de Referencia y contra referencia FORM.1484-A/ SMDIF1821/0619	Original
	8	Llama al CRUM, solicitando que reciba al paciente en el servicio de Urgencias de Hospital Público y da seguimiento de los resultados de la referencia.		



**Manual de Procedimientos  
de la Dirección de  
Atención a la Salud**

Clave: MPC1821/MP/SMDIF/DAPC063-A

Fecha de elaboración: 08/09/2016

Fecha de actualización: 15/09/2020

Núm. de revisión: 02

Responsable	No	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuario/a	9	Inicia, en caso de ser necesario trámite en área de Trabajo Social, para condonación de pago del servicio.		
Analista o Coordinador (a) (Médico)	10	Diagnostica el estado de salud del paciente, determina el tratamiento y da indicaciones a la enfermera.	Expediente clínico (Hoja frontal) FORM. 1485-B/SMDIF1821/0819 (Historia Clínica FORM. 1499-B/SMDIF1821/0619)	Original
Analista (Enfermera)	11	Realiza el tratamiento indicado por el médico.	Expediente clínico (Hoja frontal) FORM. 1485-B/SMDIF1821/0819 (Historia Clínica) FORM. 1499-B/SMDIF1821/0619	Original
Analista o Coordinador (a) (Médico)	12	Valora, da instrucciones al paciente y lo da de alta.	Expediente clínico (Hoja frontal) FORM. 1485-B/SMDIF1821/0819 (Historia Clínica FORM. 1499-B/SMDIF1821/0619)	Original
Usuario/a	13	Paga el servicio otorgado en el área de caja.  Termina procedimiento.	Recibo de Pago FORM. 551-D/SMDIF1821/0919	Original y Copia



**Manual de Procedimientos  
de la Dirección de  
Atención a la Salud**

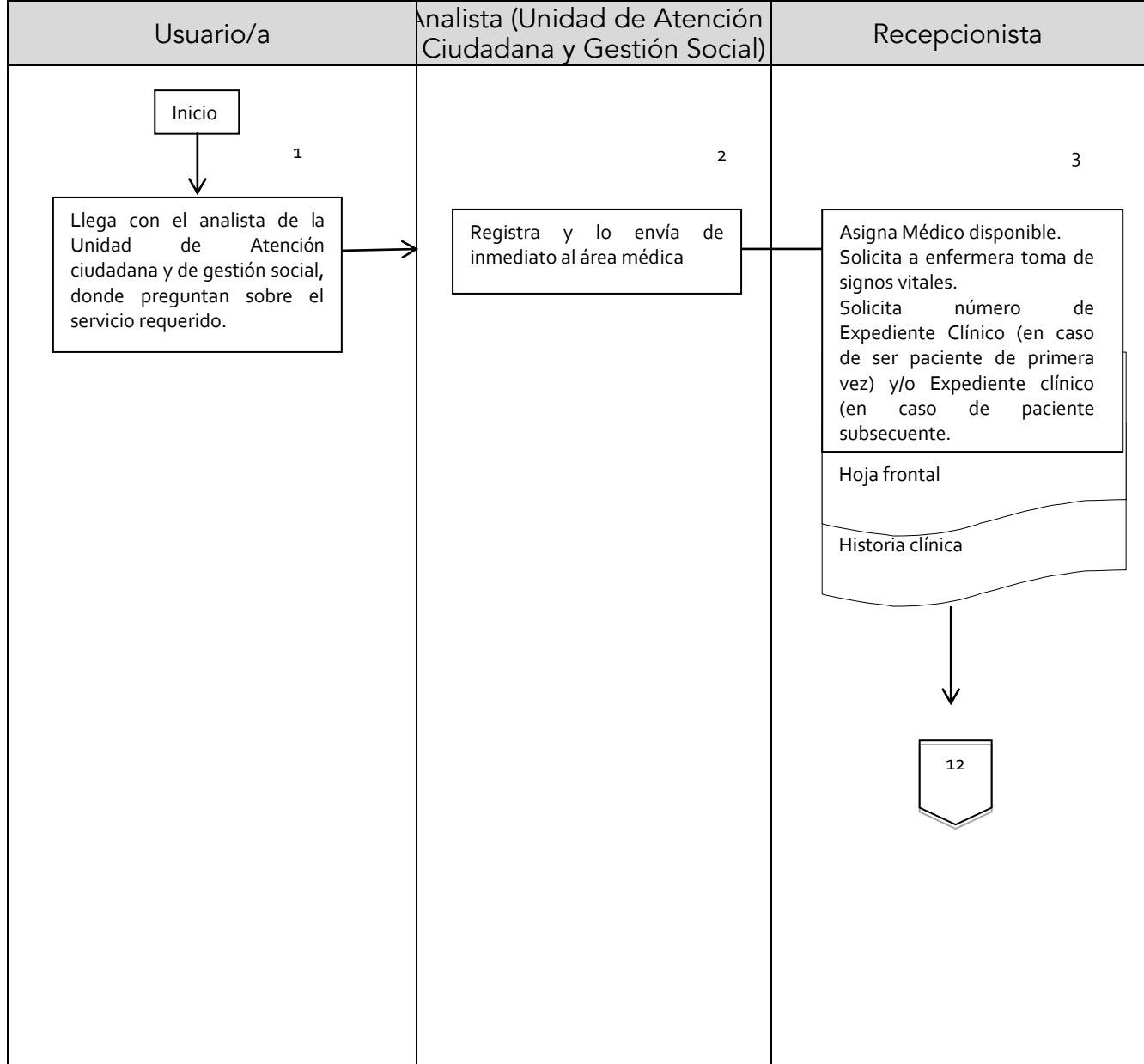
Clave: MPC1821/MP/SMDIF/DAPC063-A

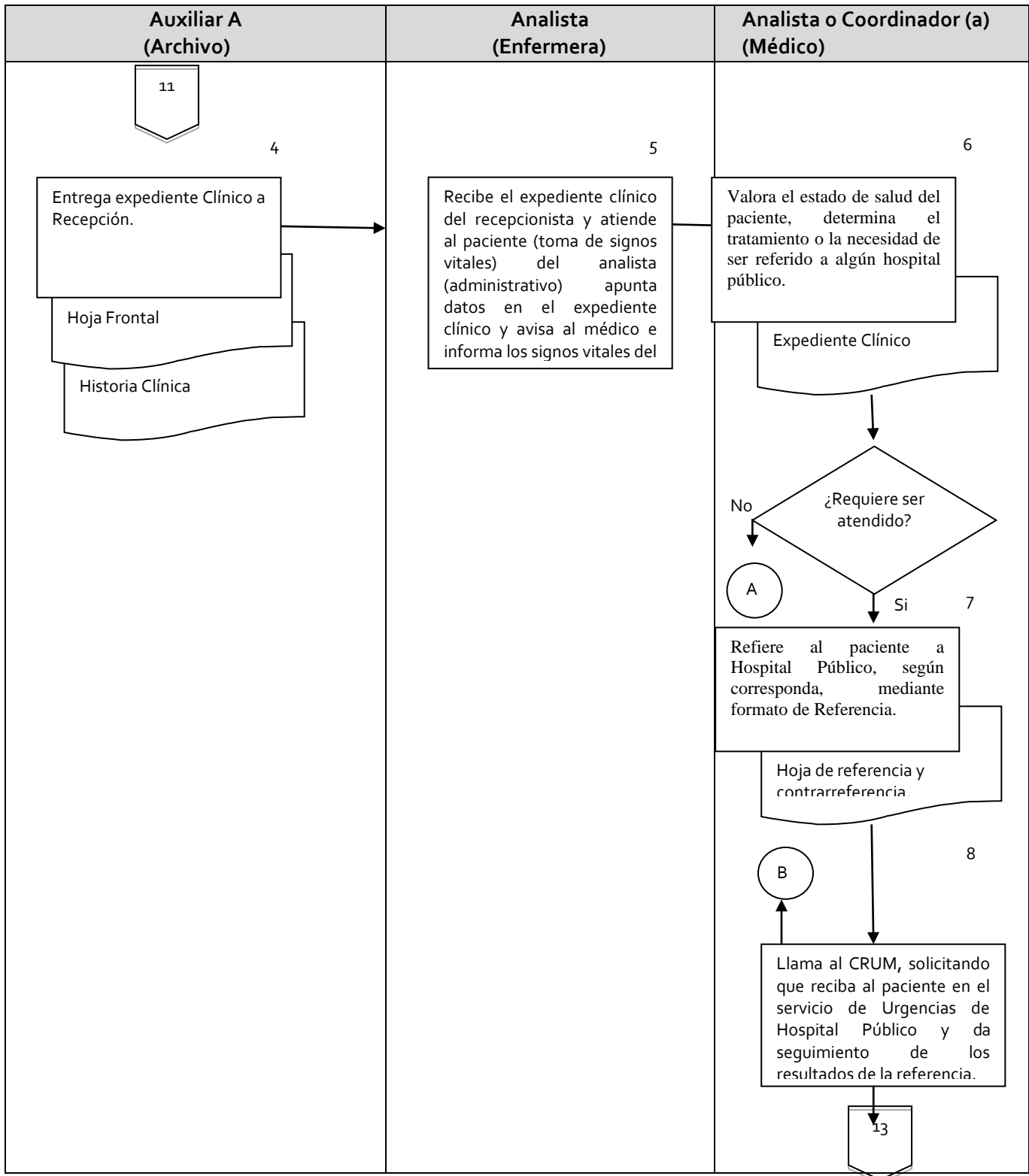
Fecha de elaboración: 08/09/2016

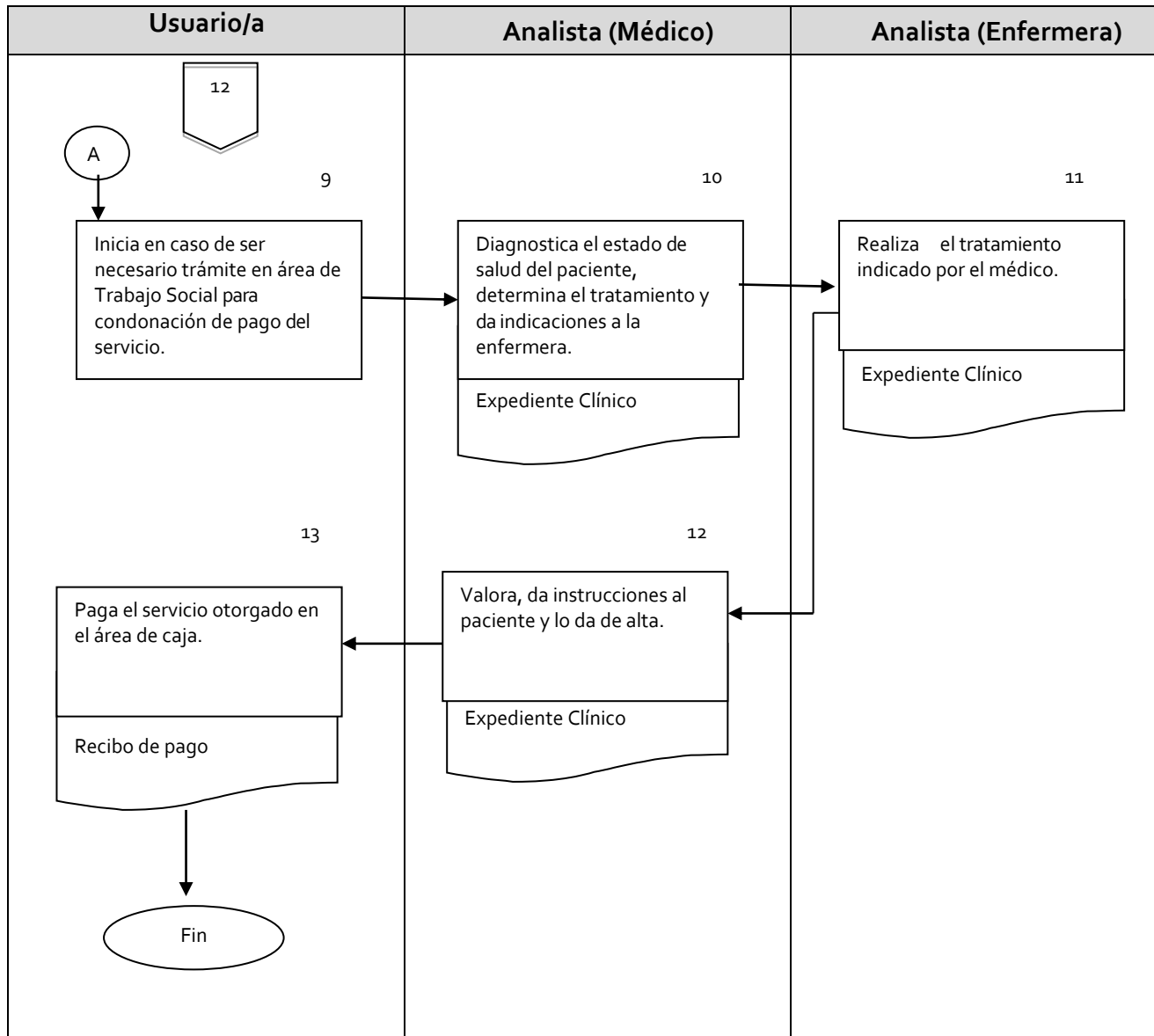
Fecha de actualización: 15/09/2020


Núm. de revisión: 02

**Diagrama de flujo del Procedimiento para la atención médica de urgencias**







	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC1821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud*  
Departamento \_\_\_\_\_


*"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."*

## HOJA FRONTAL

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Estado civil:** \_\_\_\_\_ **Religion:** \_\_\_\_\_  
**Escolaridad:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_  
**Domicilio:** \_\_\_\_\_  
**Servicio:** \_\_\_\_\_ **Expediente:** \_\_\_\_\_

Diagnóstico:	Tratamiento	Fecha	Médico

FORM. 1485-B/SMDIF1821/0819

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC1821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Médica*

*"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."*

## HISTORIA CLÍNICA

Fecha \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Religión: _____ Seguridad social: _____ Tel.: _____	
Lugar de origen: _____	Lugar de residencia: _____
Escolaridad: _____	Ocupación: _____
Domicilio: _____	C.P.: _____

### ANTECEDENTES

**Heredo familiares:**

---

**Personales no patológicos:**

Hemotipo \_\_\_\_\_ Alcoholismo \_\_\_\_\_

Tabaquismo \_\_\_\_\_ Zoonosis \_\_\_\_\_

**Personales patológicos:**

Cirugías \_\_\_\_\_ Padecimientos \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_ Transfusionales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Traumáticos \_\_\_\_\_

**Antecedentes pediátricos:** Producto de la gesta \_\_\_\_\_ Obtenido (a) por \_\_\_\_\_

Peso al nacer \_\_\_\_\_ Talla al nacer \_\_\_\_\_ Alimentado (a) al seno materno \_\_\_\_\_ Inmunizaciones \_\_\_\_\_

Introducción de alimentos diferentes o Lácteos \_\_\_\_\_ Desarrollo psicomotor \_\_\_\_\_ Tamiz \_\_\_\_\_

**Gineco-obstétricos:**

Menarca: \_\_\_\_\_ Ciclos: \_\_\_\_\_ IVSA \_\_\_\_\_ Parejas sexuales: \_\_\_\_\_

FUM \_\_\_\_\_ FPP \_\_\_\_\_ FUP \_\_\_\_\_

Gesta \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_ Planificación familiar \_\_\_\_\_

Menopausia / Climaterio \_\_\_\_\_

Citología vaginal \_\_\_\_\_

Exploración mama \_\_\_\_\_

www.pueblacapital.gob.mx


 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550

 Tel. +52 (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto  H.AyuntamientodePuebla

FORM.1499-B/SMDIF1821/0619



	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC1821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



**Motivo de consulta / Padecimiento actual:**

**Interrogatorio por aparatos y sistemas:**

**EXPLORACIÓN FÍSICA**  
 TA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ TEM: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO:**

**PLAN TERAPÉUTICO:**

**TRATAMIENTO:**

**PRONÓSTICO:**

\_\_\_\_\_  
**Sello y firma del médico**

[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)


 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550

 Tel. +52 (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H.AyuntamientodePuebla

**FORM.1499-B/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC1821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Médica*

\*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.\*

### HOJA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

EDAD		SEXO	
Años	Meses	M	F
		URG	
		Sí	No

Fecha de referencia: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Domicilio del paciente: \_\_\_\_\_

Médico que envía	Médico que envía	Médico que envía
------------------	------------------	------------------

Motivo del envío (impresión diagnóstica): \_\_\_\_\_  
 Unidad a la que se refiere: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

**Hoja de referencia**

Fecha de referencia: \_\_\_\_\_ seguridad social: \_\_\_\_\_  
 Urgencias: sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ expediente: \_\_\_\_\_

Nombre: _____		
apellido paterno	apellido materno	nombre (s)
Núm. de expediente: _____	edad: años: _____	meses: _____ sexo: m _____ f _____
Unidad que refiere: _____		

Unidad a la que se refiere:		
Domicilio: _____		Teléfono: _____
calle	número	colonia
Servicio al que se envía: _____		
Resumen clínico del padecimiento: ta: ___ temp: ___ fr: ___ fc: ___ peso: ___ talla: _____		

Impresión diagnóstica: _____


\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del médico que refiere

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del responsable de la unidad

www.pueblacapital.gob.mx

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche,  Tel. +52 (222) 2.14.00.00  @PueblaAyto  H.AyuntamientodePuebla  
 Puebla, Pue. C.P. 72550

**FORM.1484-A/SMDIF1821/061!**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC1821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



**Visita domiciliaria**

Fecha de visita: \_\_\_\_\_

Se le atendió: sí: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ por qué: \_\_\_\_\_

Continúa bajo tratamiento médico: sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ por qué: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

**Hoja de contrareferencia**

Unidad que contrarefiere: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_

**Manejo del paciente**

Resumen clínico : \_\_\_\_\_


**Diagnóstico de ingreso:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico de egreso:** \_\_\_\_\_


**Instrucciones y recomendaciones para el manejo del paciente en su unidad de adscripción**

**Control del paciente**

**Tratamiento concluido:** \_\_\_\_\_ **continuar tratamiento:** \_\_\_\_\_


**Envío a consulta subsecuente al servicio de:** \_\_\_\_\_

--


\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del médico que refiere

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del responsable de la unidad



	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC1821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

<b>Nombre del procedimiento:</b>	Procedimiento para el servicio de Farmacia en la Unidad Médica Integral.
<b>Objetivo:</b>	Establecer las acciones que se llevan a cabo para la entrega de medicamentos a través de cuotas de recuperación accesibles en la farmacia y donación en jornadas de salud del SMDIF.
<b>Fundamento Legal:</b>	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social. Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla. Artículo 12</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1°, 4°, 8°, 13 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1° y 2°</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V.</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2018-2021.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 52 fracción X.</p>
<b>Políticas de Operación:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El usuario deberá presentar receta vigente</li> <li>2. La solicitud de medicamento se realiza cuando el medicamento esté en existencia.</li> <li>3. Si el usuario está conforme se elaborará un recibo que deberá presentar en caja para cubrir la cuota de recuperación, mismo que deberá presentar en farmacia para entregarle sus medicamentos.</li> <li>4. Si se trata de antibióticos, la receta se quedará en el área de farmacia.</li> </ol>
<b>Tiempo Promedio de Gestión:</b>	20 minutos.

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC1821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

Descripción del Procedimiento: Para el servicio de Farmacia en la Unidad Médica Integral.				
Responsable	No	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuario/a	1	Llega con el analista de la Unidad de Atención ciudadana y de gestión social, donde preguntará sobre el servicio requerido.		
Analista (Unidad de Atención Ciudadana y de Gestión Social)	2	Registra y enviará al usuario al Área de Farmacia.		
Usuario	3	Solicita el medicamento a la encargada de Farmacia.	Receta Medica FORM.375-C/ SMDIF1821/0219	
Analista (Encargada de Farmacia)	4	Elabora el recibo correspondiente a los medicamentos solicitados.	Recibo provisional para cuota de recuperación. FORM.3868/SMDIF1821/0920	Original
Usuario	5	Presenta el recibo provisional de farmacia con cuota de recuperación al analista (caja), quien expedirá el recibo oficial.	Recibo de Pago FORM. 551-C/ SMDIF1821/0919	Original y Copia
Usuario	6	Regresa a farmacia y presenta los recibos oficiales y provisionales sellados al analista (encargada de farmacia).	Recibo de Pago FORM. 551-C/ SMDIF1821/0919 Recibo provisional FORM.3868/SMDIF1821/0920	Original
Analista (Encargada de Farmacia)	7	Verifica el sello en el recibo y entregará el medicamento solicitado. Si se trata de antibiótico se retendrá la receta (previa información al usuario) Termina el proceso		



Manual de Procedimientos  
de la Dirección de  
Atención a la Salud

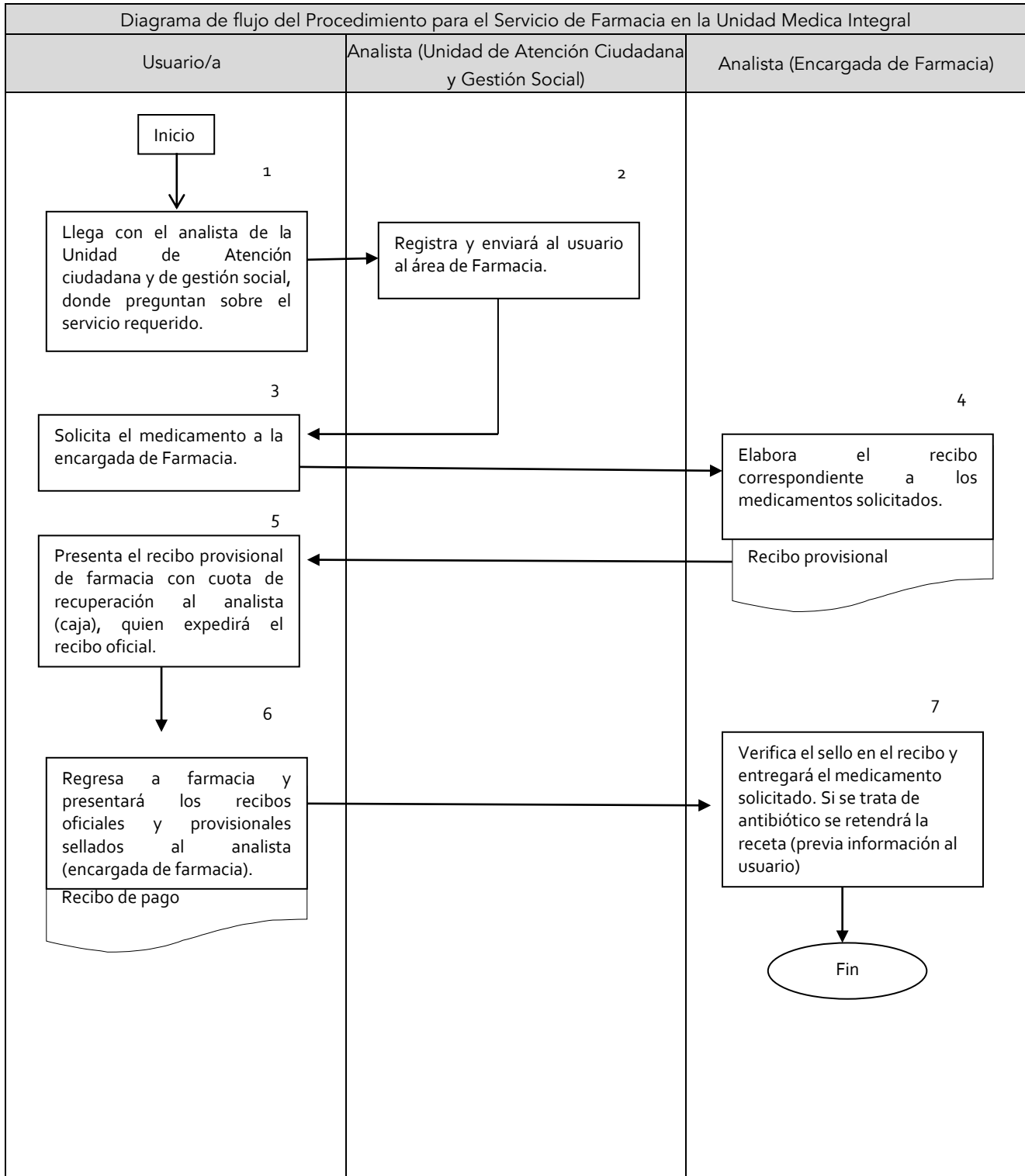
Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A


Fecha de elaboración: 08/09/2016

Fecha de actualización: 15/09/2020

Núm. de revisión: 02

Diagrama de flujo del Procedimiento para el Servicio de Farmacia en la Unidad Medica Integral



	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Médica*

*"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables".*

## RECETA MÉDICA

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Px: \_\_\_\_\_

IDx: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Médico: \_\_\_\_\_

Cédula Profesional: \_\_\_\_\_

**FORM. 375-C/SMDIF1821/0219**


[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)


 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550



 Tel. +52 (222) 2.14.00.00





 @PueblaAyto

 H.AyuntamientodePuebla

		<b>SISTEMA MUNICIPAL DIF</b> <b>UNIDAD MÉDICA INTEGRAL</b> <b>FARMACIA</b>			
				FOLIO	
DESPRICIÓN	CANTIDAD	P. UNITARIO	TOTAL		
			\$		
TOTAL CON LETRA _____					
<b>FORM.3868/SMDIF1821/0920</b>					

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

*Dirección Administrativa  
Departamento de Recursos Financieros*

*"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables".*

Recibo: \_\_\_\_\_ Fecha: / / \_\_\_\_\_ Folio:

Recibimos de: \_\_\_\_\_ RFC: \_\_\_\_\_

Nombre de la calle: \_\_\_\_\_ No. Oficial: \_\_\_\_\_

Letra: \_\_\_\_\_ No. Interior: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_


Observaciones: \_\_\_\_\_

Clave	Concepto	C.U.	Importe
		Total	

R.F.C. SMD-930309-8U6

FORM.551-C/SMDIF1821/0219

[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)


 Avenida Cue Merio No. 201, Col. San Baltazar Campecho, Puebla, Pue. C.P.72550

 Tel. +52 (222) 2,14,00,00


 @PueblaAyto

 H.AyuntamientodePuebla



	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

<b>Nombre del procedimiento:</b>	Procedimiento para la salida de medicamentos a Jornadas de Salud.
<b>Objetivo:</b>	Establecer las acciones que se llevan a cabo para la entrega de medicamentos en las Jornadas de Salud, que otorga el SMDIF en el Municipio.
<b>Fundamento Legal:</b>	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social. Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla. Artículo 12</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1°, 4°, 8°, 13 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1° y 2°</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V.</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2018-2021.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 52 fracción X.</p>
<b>Políticas de Operación:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se entrega la lista de medicamentos en existencia al médico responsable de la jornada.</li> <li>2. El medico entrega el medicamento en la jornada a los pacientes que así lo requieran de manera gratuita.</li> <li>3. Al término de la jornada el medico elaborará un reporte de medicamentos entregados y medicamentos sobrantes mismos que entregará a la farmacia.</li> </ol>
<b>Tiempo Promedio de Gestión:</b>	15 minutos.

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

Descripción del Procedimiento: Para la salida de medicamentos a Jornadas de Salud.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Analista o Coordinador/a (Médico)	1	Llega el Analista o Coordinador (a) (Médico) al área de farmacia por los medicamentos designados para la jornada integral.		
Analista (Encargada de Farmacia)	2	Entrega al Analista o Coordinador (a) (Médico) un vale de los medicamentos que se podrán donar en la jornada integral.	Vale de salida de medicamentos FORM.3765/SMDIF1821/0520	Original
Analista o Coordinador/a (Médico)	3	Lleva el control del paciente, folio de jornada y los medicamentos que otorgará al usuario.		
Usuario	4	Firma la receta médica original y colocar la leyenda: "recibí los medicamentos" él conservará la copia de la receta.	Receta Medica FORM.375-C/ SMDIF1821/0219	Original
Analista o Coordinador/a (Médico)	5	Entrega al Analista (Encargada de Farmacia) el vale de salida y recetas debidamente requisitados.		
Analista (Encargada de Farmacia)	6	Verifica la papelería y dará salida correspondiente a los medicamentos donados en la jornada integral  Termina el proceso		



Manual de Procedimientos  
de la Dirección de  
Atención a la Salud

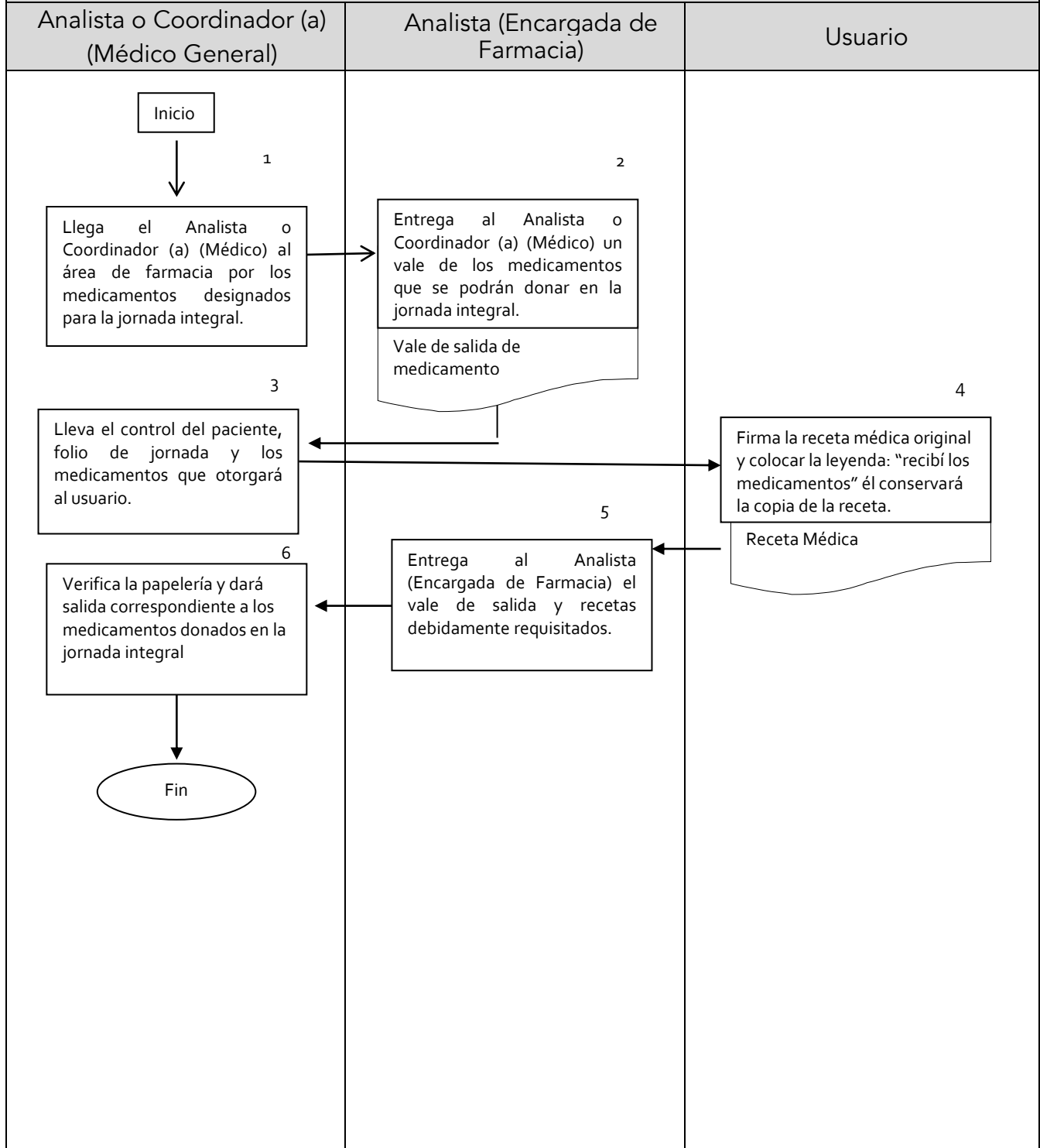
Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A

Fecha de elaboración: 08/09/2016


Fecha de actualización: 15/09/2020

Núm. de revisión: 02

Diagrama de flujo del Procedimiento para la salida de medicamentos a Jornadas de Salud





	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Médica*

*"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables".*

## RECETA MÉDICA

Fecha: \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_ **Talla:** \_\_\_\_\_ **Px:** \_\_\_\_\_

**IDx:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nombre y firma del Médico:** \_\_\_\_\_

**Cédula Profesional:** \_\_\_\_\_

**FORM. 375-C/SMDIF1821/0219**


[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550

 Tel. +52 (222) 2.14.00.00


 @PueblaAyto

 H.AyuntamientodePuebla

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

<b>Nombre del Procedimiento:</b>	Procedimiento para otorgar consulta médica general, consulta de especialidad y expedición de certificado médico.
<b>Objetivo:</b>	Atender a los grupos vulnerables que solicitan servicios médicos básicos a través de las consultas médicas, general, de especialidad y expedición de certificados médicos.
<b>Fundamento Legal:</b>	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo. 12.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1°, 4°, 8°, 13 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V.</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2018-2021.</p> <p>Normas Oficiales Mexicanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Del expediente clínico.</li> </ul>


	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012. Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.</li> <li>• Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002. Protección ambiental salud ambiental- residuos peligrosos biológico- infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.</li> <li>• Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012. En materia de información en salud.</li> </ul> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal del DIF, Artículo 52.</p>	
<b>Políticas de Operación:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se le puede proporcionar consulta médica general, consulta de especialidad y expedición de certificado médico al público en general que solicite el servicio en la Unidad Médica Integral del Sistema Municipal DIF.</li> <li>2. Se proporcionarán a todos los que previamente hayan pagado el servicio solicitado.</li> <li>3. Las condonaciones en determinado porcentaje deben ser exclusivamente hechas por el personal de Trabajo Social.</li> <li>4. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas.</li> <li>5. En caso de que el usuario solicite un justificante de ausencia escolar o trabajo, lo deberá solicitar al médico que lo atendió para su expedición.</li> <li>6. La consulta de Gineco-Obstetricia se otorgará en un horario de lunes a viernes de 8:00 a 13:00horas.</li> </ol>	
<b>Tiempo Promedio de Gestión:</b>	20 minutos	

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

**Descripción del Procedimiento:** Para otorgar consulta médica general, consulta de especialidad y expedición de certificado médico.

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuario/a	1	Solicita el servicio de atención médica general, de especialidad y/o expedición de certificado médico (Unidad de Atención ciudadana y de gestión social)		
Analista (Administrativo)	2	Informa el costo del mismo y captura información básica, lo envía a la caja y a recepción de la UMI.		
Usuario/a	3	Paga en Caja.	Recibo de Pago FORM.551-C/ SMDIF182/0919	Original
Recepcionista	4	La recepcionista le asigna número de expediente clínico si es de primera vez. Si es subsecuente le solicita el expediente clínico a la encargada de Archivo clínico, solicita a enfermería toma de signos vitales. Si es certificado Médico asigna Médico disponible.	Expediente clínico (Hoja frontal FORM. 1485-B/ SMDIF1821/0819) Historia Clínica FORM. 1499-B/ SMDIF1821/0619)	Original
Auxiliar A	5	Entrega expediente a Recepción.	Expediente clínico (Hoja frontal FORM. 1485-B/ SMDIF1821/0819) Historia Clínica FORM. 1499-B/ SMDIF1821/0619)	Original
Analista (Enfermera)	6	Toma signos vitales, peso, talla y los registra en Expediente Clínico e Historia Clínica	Expediente clínico (Hoja frontal FORM. 1485-B/ SMDIF1821/0819) Historia Clínica FORM. 1499-B/ SMDIF1821/0619)	Original



	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Analista, Coordinador(a) o Analista Consultivo (Médico General o de especialidad)	7	Nombra al usuario para Atención Médica o de especialidad, y/o Expedición de Certificado Médico	Hoja Diaria de Atención FORM.819-D/ SMDIF/0619	Original
Analista, Coordinador(a) o Analista Consultivo (Médico General o de especialidad)	8	Llena formato de Certificado Médico en caso de que sea el servicio solicitado	Formato de Certificado Médico FORM.3122/ SMDIF1821/0219	Original
Analista, Coordinador(a) o Analista Consultivo (Médico General o de especialidad)	9	Otorga receta del medicamento que requiere.  Termina procedimiento.	Receta Médica FORM.375-C/ SMDIF1821/0219	Original



Manual de Procedimientos  
de la Dirección de  
Atención a la Salud

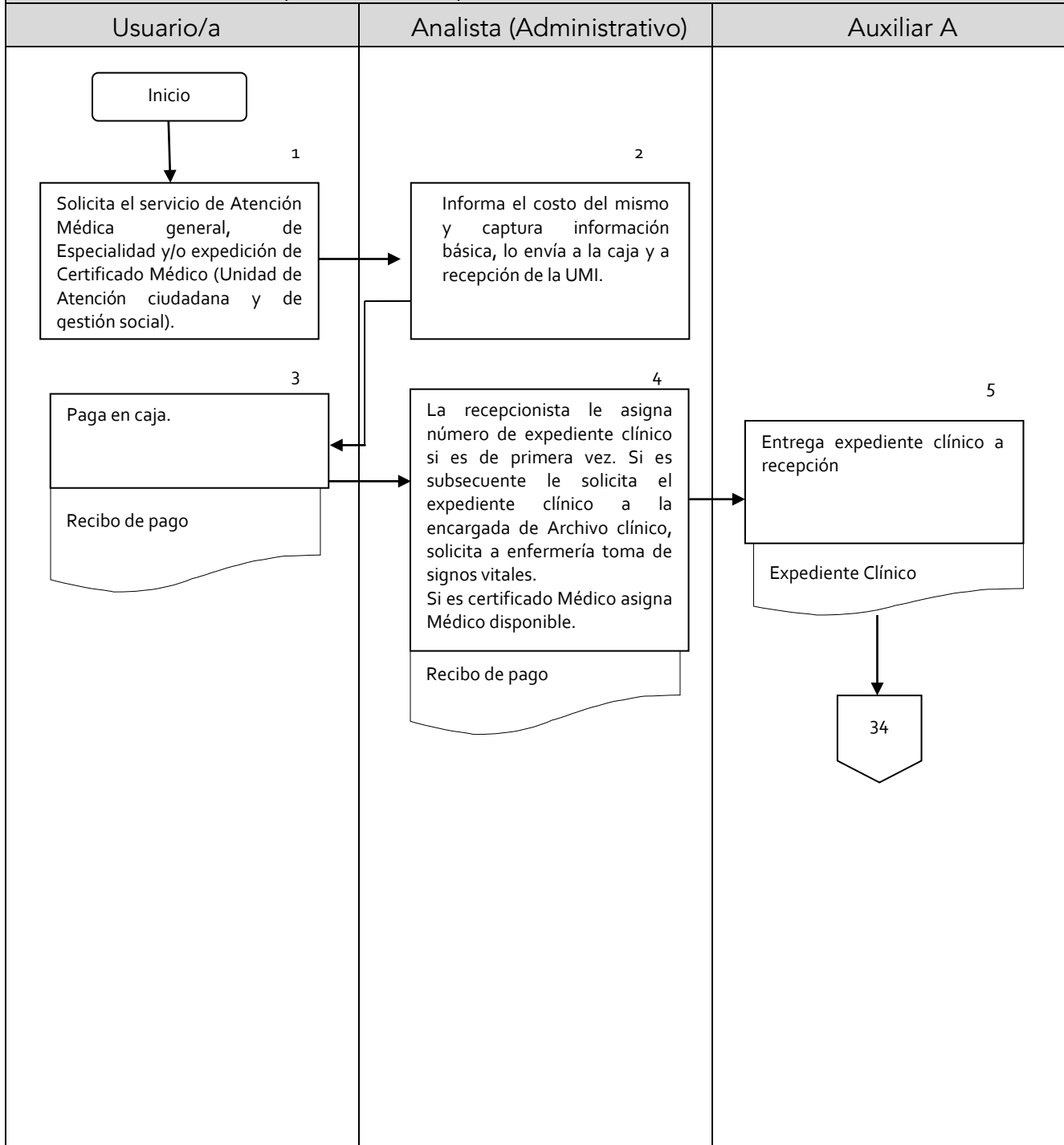
Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A

Fecha de elaboración: 08/09/2016

Fecha de actualización: 15/09/2020

Núm. de revisión: 02

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar consulta médica general, consulta de especialidad y expedición de certificado médico





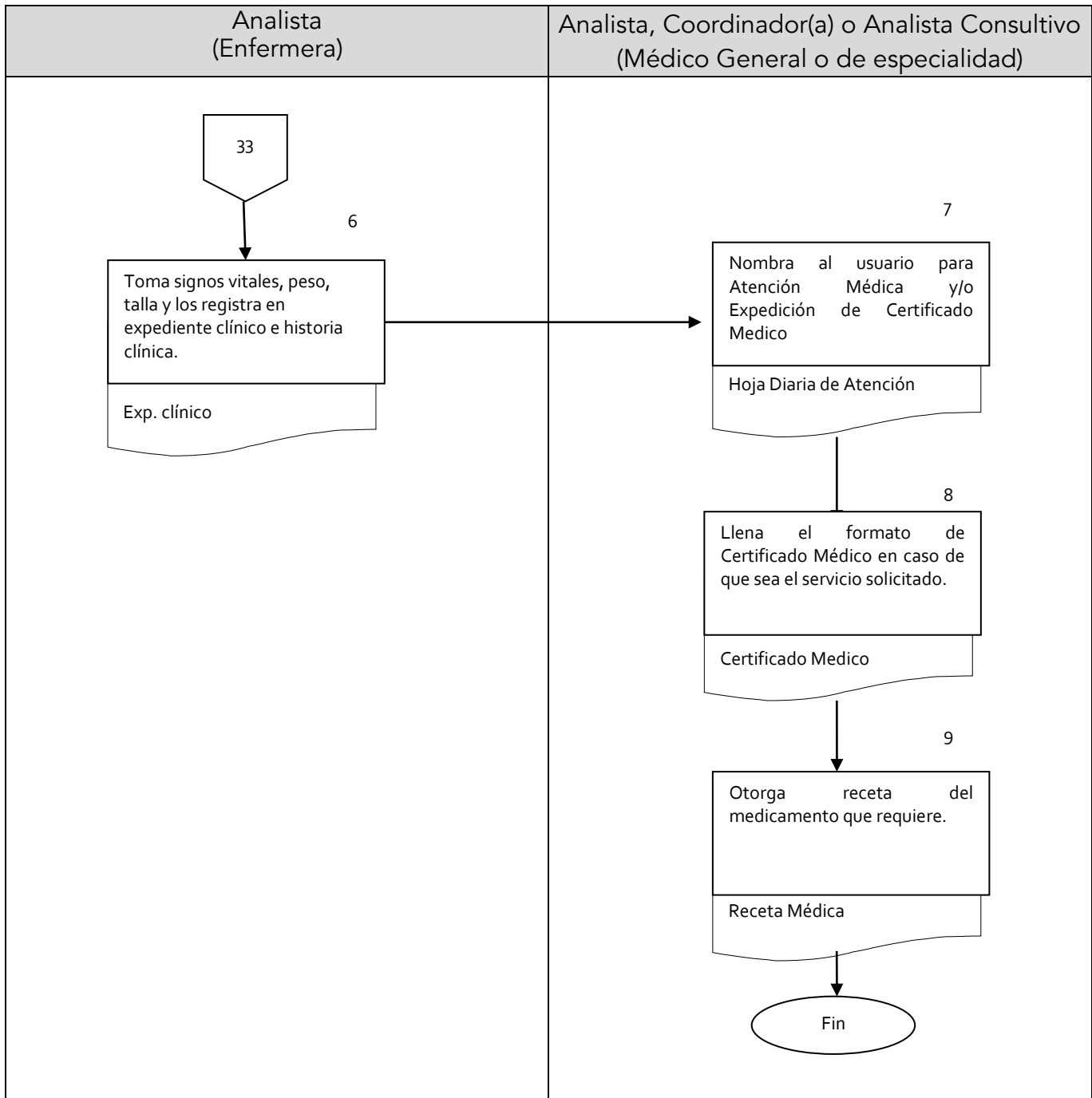
Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud


Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A



Fecha de elaboración: 08/09/2016





Fecha de actualización: 15/09/2020

Núm. de revisión: 02



	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

Dirección Administrativa  
 Departamento de Recursos Financieros

*"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables".*

Recibo:

Fecha: / /

Folio:

Recibimos de:

RFC:

Nombre de la calle:

No. Oficial:

Letra:

No. Interior:

Colonia:

C.P.


Observaciones:

Clave	Concepto	C.U.	Importe
<b>Total</b>			

R.F.C. SMD-930309-8U6

FORM.551-C/SMDIF1821/0219


[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)

 Avenida Cuo Merio No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550

 Tel. +52 (222) 214,00,00

 @PueblaAyto

 H.AyuntamientodePuebla

	Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



Dirección de Atención a la Salud  
Departamento \_\_\_\_\_

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

### HOJA FRONTAL

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Servicio: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico:	Tratamiento	Fecha	Médico

FORM. 1485-B/SMDIF1821/0819


[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550

 Tel. +52 (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H.Ayuntamiento de Puebla

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Médica*

*"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."*

## HISTORIA CLÍNICA

Fecha \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____		Fecha de nacimiento: _____	
Edad: _____	Sexo: _____	Estado civil: _____	Religión: _____
Lugar de origen: _____		Lugar de residencia: _____	
Escolaridad: _____		Ocupación: _____	
Domicilio: _____		C.P.: _____	
Seguridad social: _____		Tel.: _____	

### ANTECEDENTES

Heredo familiares: _____	
Personales no patológicos:	
Hemotipo _____	Alcoholismo _____
Tabaquismo _____	Zoonosis _____
Personales patológicos:	
Cirugías _____	Padecimientos _____
Alergias _____	Transfusionales _____
	Traumáticos _____
Antecedentes pediátricos: _____	
Producto de la gesta _____	Obtenido (a) por _____
Peso al nacer _____	Talla al nacer _____
Alimentado (a) al seno materno _____	Inmunizaciones _____
Introducción de alimentos diferentes o Lácteos _____	Desarrollo psicomotor _____
	Tamiz _____

### Gineco-obstétricos:

Menarca: \_\_\_\_\_ Ciclos: \_\_\_\_\_ IVSA \_\_\_\_\_ Parejas sexuales: \_\_\_\_\_

FUM \_\_\_\_\_ FPP \_\_\_\_\_ FUP \_\_\_\_\_

Gesta \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_ Planificación familiar \_\_\_\_\_

Menopausia / Climaterio \_\_\_\_\_

Citología vaginal \_\_\_\_\_

Exploración mama \_\_\_\_\_

[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)


 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue., C.P.72550

 Tel. +52 (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H.AyuntamientodePuebla


**FORM.1499-B/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



<b>Motivo de consulta / Padecimiento actual:</b>
<b>Interrogatorio por aparatos y sistemas:</b>
<b>EXPLORACIÓN FÍSICA</b> <b>TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEM: _____ PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____</b>
<b>DIAGNÓSTICO:</b>
<b>PLAN TERAPÉUTICO:</b>
<b>TRATAMIENTO:</b>
<b>PRONÓSTICO:</b>

\_\_\_\_\_  
**Sello y firma del médico**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Médica

\*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.\*

**HOJA DIARIA DE ATENCIÓN**

Nombre del responsable: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_


No. N° expediente	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	Edad	Sexo M/H	P	S	D	Diagnóstico	Colonia	Junta Auxiliar	Seguridad Social	Numero de folio
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

<b>Total pacientes atendidos</b>		<b>Total pacientes de primera vez</b>		<b>P= Primera vez</b>	<b>S= Subsecuente</b>	<b>D= Discapacitado</b>
Pacientes de primera vez	Mujeres Menores de 18 años			<b>Observaciones</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Tipo de seguridad social</b> 1.- Seguro popular 2.- IMSS 3.- ISSSTE 4.- ISSSTEP 5.- Ninguna	<b>Firma y sello del responsable</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
Pacientes subsecuentes	Hombres Menores de 18 años					
Certificado Médico	Mujeres de 18 a 59 años					
Planificación familiar	Hombres de 18 a 59 años					
Control prenatal	Mujeres Mayores de 60 años					
	Hombres Mayores de 60 años					
	Mujeres con discapacidad					
	Hombres con discapacidad					

[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)

**FORM.819-D/SMDIF1821/0619**


 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550

 Tel. +52 (222) 2,14.00.00

 @PueblaAyto

 H.AyuntamientodePuebla



	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Médica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables".

### CERTIFICADO MÉDICO

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_

El (a) que suscribe \_\_\_\_\_ Médico adscrito a la Unidad Médica Integral del Sistema Municipal DIF, **HACE CONSTAR** que en este momento se le realizó al:

C. \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_

Posteriormente de haber realizado un reconocimiento médico completo, **CERTIFICO** que se encuentra clínicamente \_\_\_\_\_ para ejercer cualquier actividad física o mental que se le encomiende.

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

Presenta resultados de laboratorio:

VIH: \_\_\_\_\_ VDRL: \_\_\_\_\_

COPROPARASITOSCÓPICO: \_\_\_\_\_ Hemotipo: Grupo \_\_\_\_ Rh \_\_\_\_

(Anexos al Presente)

OBSERVACIONES:

---



---



---

Se extiende el presente a petición del (a) interesado (a), para los fines que a este (a) convengan.

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL**

FORM.3122/SMDIF1821/0219


www.pueblacapital.gob.mx

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550

 Tel. +52 (222) 2,14.00.00

 @PueblaAyto

 H.AyuntamientodePuebla

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02









Dirección de Atención a la Salud  
 Departamento de Atención Médica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables".

## RECETA MÉDICA

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Px: \_\_\_\_\_

IDx: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Médico: \_\_\_\_\_

Cédula Profesional: \_\_\_\_\_

FORM. 375-C/SMDIF1821/0219


[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550


 Tel. +52 (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H.AyuntamientodePuebla


	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

<b>Nombre del Procedimiento:</b>	Procedimiento para otorgar consulta de Nutrición.
<b>Objetivo:</b>	Brindar consultas de nutrición a la población vulnerable, a través de la información respecto a la cantidad y calidad de los alimentos para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar general que coadyuve al logro de su desarrollo.
<b>Fundamento Legal:</b>	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 8, 13 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 52.</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2018-2021.</p>
<b>Políticas de Operación:</b>	No aplica
<b>Tiempo Promedio de Gestión:</b>	30 minutos

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

**Descripción del Procedimiento: Para otorgar consulta de Nutrición.**

Responsable	No	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuario/a	1	Pregunta por la consulta en la Unidad de atención ciudadana y gestión social.		
Analista Unidad de atención ciudadana y gestión social	2	Informa el costo y captura el nombre en libro de registro, enviándolo a la recepción de la UMI.		
Usuario /a	3	Paga en Caja	Recibo de Pago FORM.551-D/ SMDIF1821/0919	Original
Recepcionista	4	Recibe al paciente y asigna número de expediente clínico si es de primera vez y si es subsecuente le solicita su expediente clínico a la encargada de Archivo clínico, se lo entrega Nutrióloga.	Expediente clínico (Hoja frontal FORM.1485-B/ SMDIF1821/0819 Historia Clínica Nutricia (niña/o, adulto) FORM.1491-A/ SMDIF1821/0619 y/o FORM.1490-A/ SMDIF1821/0619	Original
Analista (Nutrióloga)	5	Recibe al paciente y elabora Historia Clínica Nutricia, toma medidas antropométricas, efectúa una evaluación del estado nutricional proporciona orientación nutricia, plan de alimentación y actividades diarias.	Expediente clínico Historia Clínica Nutricia (niño/a, adulto) FORM.1491-A/ SMDIF1821/0619 y/o FORM.1490-A/ SMDIF1821/0619 Hoja frontal FORM.1485-B/ SMDIF1821/0819 Hoja diaria de atención FORM.819- D/ SMDIF/0619	Original

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: <b>MPCI1821/MP/SMDIF/DAPC063-A</b>
		Fecha de elaboración: <b>08/09/2016</b>
		Fecha de actualización: <b>15/09/2020</b>
		Núm. de revisión: <b>02</b>

Responsable	No	Actividad	Formato o Documento	Tantos
	6	En caso de resultar con desnutrición severa, así como obesidad se realiza valoración en 2do Nivel al Hospital Público correspondiente.	Formato Referencia y contra referencia FORM.1484-A/ SMDIF1821/0619	Original
	7	Si es necesario también se solicita valoración a Psicología para tratamiento integral.	Expediente clínico (Hoja frontal FORM.1485-B/ SMDIF1821/0819 Historia Clínica Nutricional (niño/a, adulto) FORM.1491-A/ SMDIF1821/0619 y/o FORM.1490-A/ SMDIF1821/0619	Original
	8	Da nueva cita para seguimiento.	Expediente clínico (Hoja frontal FORM.1485-B/ SMDIF1821/0819 Historia Clínica Nutricional (niño/a, adulto) FORM.1491-A/ SMDIF1821/0619 y/o FORM.1490-A/ SMDIF1821/0619	Original
Auxiliar A (Archivo)	9	Recoge expedientes al final de las consultas para su resguardo en Archivo.  Termina procedimiento.	Expediente clínico (Hoja frontal FORM.1485-B/ SMDIF1821/0819 Historia Clínica Nutricional (niño/a, adulto) FORM.1491/ FORM.1491-A/ SMDIF1821/0619 y/o FORM.1490-A/ SMDIF1821/0619	Original



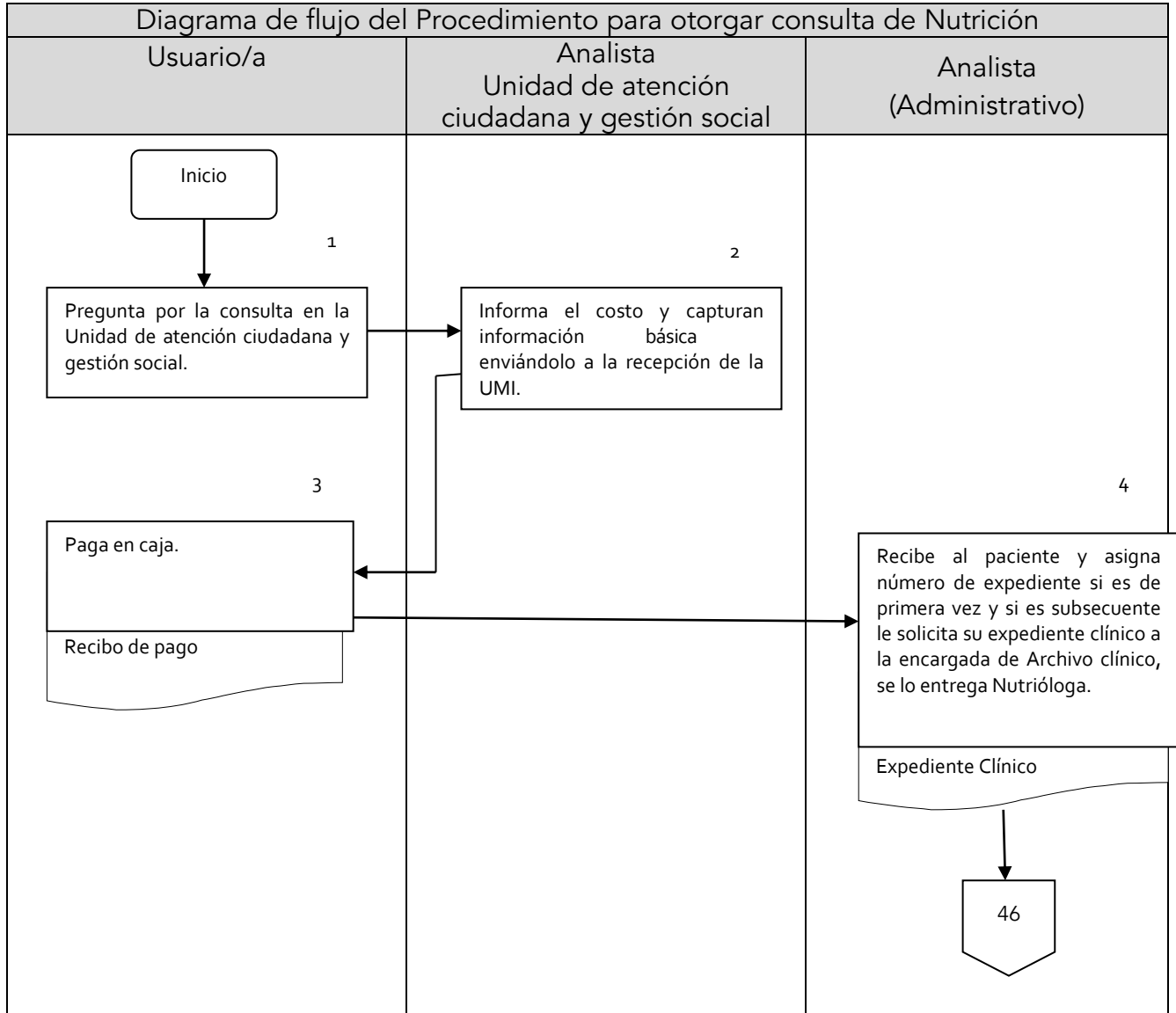
Manual de Procedimientos  
de la Dirección de  
Atención a la Salud

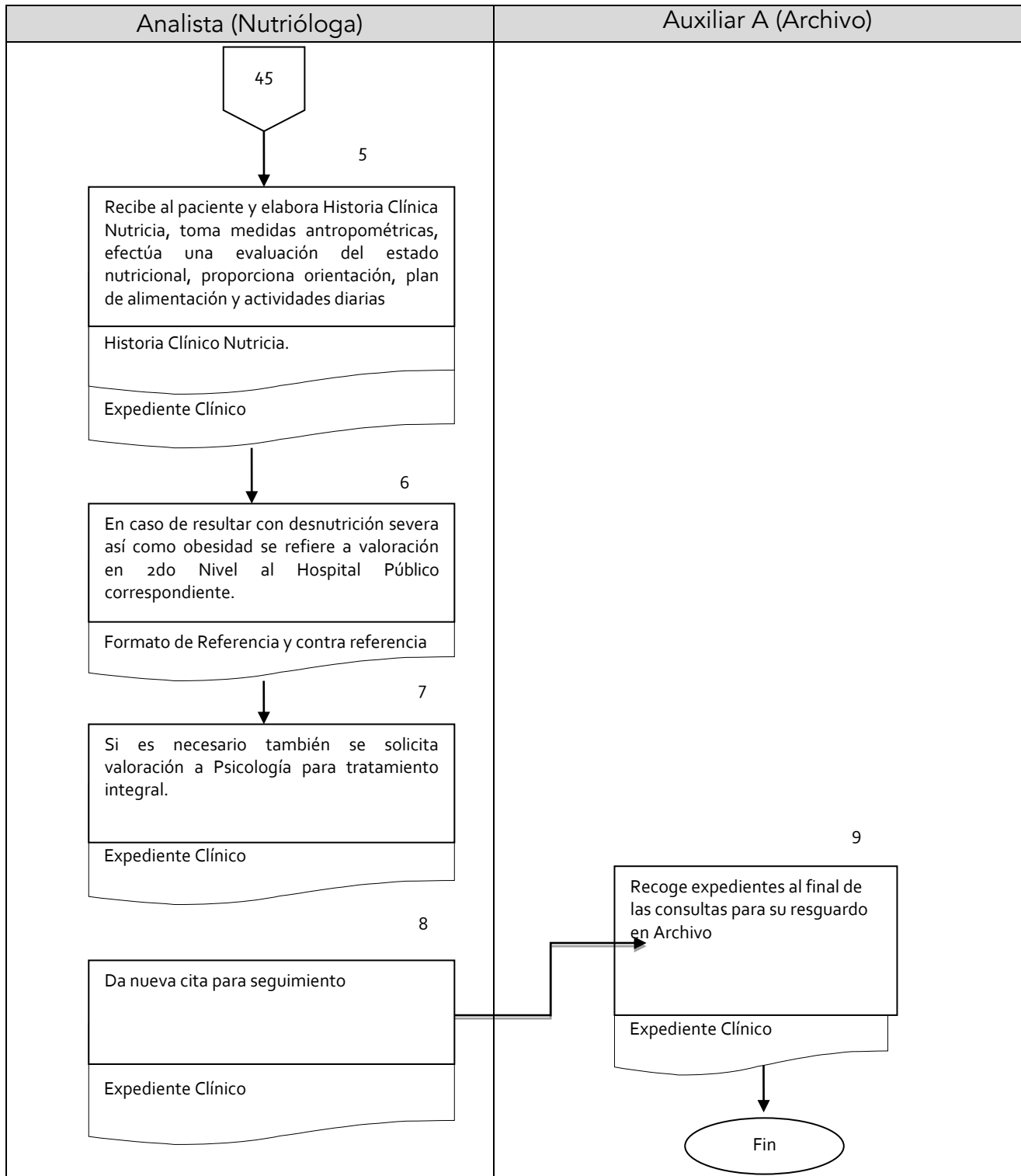
Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A


Fecha de elaboración: 08/09/2016



Fecha de actualización: 15/09/2020





Núm. de revisión: 02





	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

Dirección Administrativa  
 Departamento de Recursos Financieros

\*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables\*.

Recibo:

Fecha: / /

Folio:

Recibimos de:

RFC:

Nombre de la calle:

No. Oficial:

Letra:

No. Interior:

Colonia:

C.P.


Observaciones:

Clave	Concepto	C.U.	Importe
		Total	

R.F.C. SMD-930309-8U6

FORM.551-C/SMDIF1821/0219

[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)

 Avenida Cue Mario No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550


 Tel. +52 (222) 214.00.00

 @PueblaAyto

 H.AyuntamientodePuebla





	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Médica*

*"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."*

### HISTORIA CLÍNICA NUTRICIA ADULTOS

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
 Tel \_\_\_\_\_  
 F/M \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

**Antropometría**

Peso actual _____	CB _____	Edad _____	Peso ideal _____
Estatura _____	G. corporal _____	metabólica _____	Peso meta _____
Carpo _____	Masa musc. _____	Agua total _____	Edo. Nut. _____
Cintura _____	Masa osea _____	Nivel grasa _____	Plan y manejo _____
Cadera _____	IMC _____	visceral _____	

Historial de peso \_\_\_\_\_  
 Perfil bioquímico \_\_\_\_\_

Antecedentes heredo familiares \_\_\_\_\_

Padecimiento actual \_\_\_\_\_

¿Existe alergia alimentaria? \_\_\_\_\_  
 ¿Practica algún deporte? \_\_\_\_\_  
 Horas de sueño \_\_\_\_\_  
 Cantidad de agua que bebe al día \_\_\_\_\_

**Frecuencia alimentaria**


Verduras	Frutas	Arroz	Manteca	Pescado
Leche	Oleag.	Pan	Res	Azúcar
Yogurt	Tortilla	Legum.	Pollo	Dulces
Quesos	Pastas	Aceite	Cerdo	Refresco

**Recordatorio de 24hrs**

¿Existe horario para el consumo de alimentos?  
Desayuno      Col.1      Comida      Col.2      Cena

**FORM.1491-A/SMDIF1821/0619**

www.pueblacapital.gob.mx

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Médica

*"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."*

**HOJA DIARIA DE ATENCIÓN**

Nombre del responsable: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

No.	Nº expediente	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	Edad	Sexo M/H	P	S	D	Diagnóstico	Colonia	Junta Auxiliar	Seguridad Social	Numero de folio
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														


<b>Total pacientes atendidos</b>	<b>Total pacientes de primera vez</b>	<b>P= Primera vez</b>	<b>S= Subsecuente</b>	<b>D= Discapitado</b>														
Facientes de primera vez	Mujeres Menores de 18 años	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr style="background-color: #800000; color: white;"> <th>Observaciones</th> <th>Tipo de seguridad social</th> <th>Firma y sello del responsable</th> </tr> <tr> <td> </td> <td>1. Seguro popular</td> <td rowspan="5" style="width: 150px; height: 100px;"> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>2. IMSS</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>3. ISSSTE</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>4. ISSSTEP</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>5. Ninguna</td> </tr> </table>			Observaciones	Tipo de seguridad social	Firma y sello del responsable		1. Seguro popular			2. IMSS		3. ISSSTE		4. ISSSTEP		5. Ninguna
Observaciones	Tipo de seguridad social				Firma y sello del responsable													
	1. Seguro popular																	
	2. IMSS																	
	3. ISSSTE																	
	4. ISSSTEP																	
	5. Ninguna																	
Facientes subsecuentes	Hombres Menores de 18 años																	
Certificado Médico	Mujeres de 18 a 59 años																	
Planificación familiar	Hombres de 18 a 59 años																	
Control prenatal	Mujeres Mayores de 60 años																	
	Hombres Mayores de 60 años																	
	Mujeres con discapacidad																	
	Hombres con discapacidad																	

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550

 Tel. +52 (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

**FORM.819-D/SMDIF1821/0619**  
 H.AyuntamientodePuebla

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Médica*

\*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.\*

**HOJA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

Fecha de referencia: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Domicilio del paciente: \_\_\_\_\_

EDAD		SEXO	
Años	Meses	M	F
		URG	
		Sí	No

Médico que envía	Médico que envía	Médico que envía
------------------	------------------	------------------

Motivo del envío (impresión diagnóstica): \_\_\_\_\_  
 Unidad a la que se refiere: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

**Hoja de referencia**

Fecha de referencia: \_\_\_\_\_ seguridad social: \_\_\_\_\_  
 Urgencias: sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ expediente: \_\_\_\_\_

Nombre: _____ <small>apellido paterno                      apellido materno                      nombre (s)</small>
Núm. de expediente: _____ edad: años: _____ meses: _____ sexo: m. _____ f. _____
Unidad que refiere: _____

Unidad a la que se refiere: _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____ <small>calle                      número                      colonia</small>
Servicio al que se envía: _____
Resumen clínico del padecimiento: ta: ____ temp: ____ fr: ____ fc: ____ peso: ____ talla: ____

Impresión diagnóstica: _____


\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del médico que refiere

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del responsable de la unidad

www.pueblacapital.gob.mx

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P. 72550
  Tel. +52 (222) 214.00.00
  @PueblaAyto
  H.Ayuntamiento de Puebla

**FORM.1484-A/SMDIF1821/061**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



**Visita domiciliaria**

Fecha de visita: \_\_\_\_\_  
 Se le atendió: sí: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ por qué: \_\_\_\_\_  
 Continúa bajo tratamiento médico: sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ por qué: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

**Hoja de contrareferencia**

Unidad que contrarefiere: _____ Domicilio: _____ fecha: _____ Servicio: _____
<b>Manejo del paciente</b> Resumen clínico : _____ _____ _____ _____
<b>Diagnóstico de ingreso:</b> _____ _____
<b>Diagnóstico de egreso:</b> _____ _____
<b>Instrucciones y recomendaciones para el manejo del paciente en su unidad de adscripción</b> _____ _____ _____
<b>Control del paciente</b> Tratamiento concluido: _____ continuar tratamiento: _____ Envío a consulta subsecuente al servicio de: _____ _____


\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma del médico que refiere

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma del responsable de la unidad

www.pueblacapital.gob.mx

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche,  Tel. +52 (222) 2,14,00,00  @PueblaAyto  H.AyuntamientodePuebla  
 Puebla, Pue. C.P. 72550

**FORM.1484-A/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Médica*

*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.*

### HISTORIA CLÍNICA NUTRICIA NIÑOS (AS)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
 F/M \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

**Antropometría**

P. actual \_\_\_\_\_ CB \_\_\_\_\_ P/E \_\_\_\_\_ PB/E \_\_\_\_\_ Edo. Nut. \_\_\_\_\_  
 Estatura \_\_\_\_\_ P. Cefalico \_\_\_\_\_ P/EST \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
 Carpo \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_ EST/E \_\_\_\_\_ meta \_\_\_\_\_ Plan y manejo \_\_\_\_\_

Historial de peso \_\_\_\_\_

Perfil bioquímico \_\_\_\_\_

Antecedentes heredo familiares \_\_\_\_\_

Padecimiento actual \_\_\_\_\_

**Antecedentes perinatales**

¿Durante el embarazo hubo algún problema? \_\_\_\_\_  
 ¿Hubo algún problema cuando nació? \_\_\_\_\_  
 ¿Parto normal o cesárea? \_\_\_\_\_ Peso al nacer \_\_\_\_\_ Est. al nacer \_\_\_\_\_

**Antecedentes pediátricos**

Alim. al seno materno, fórmula o mixta \_\_\_\_\_  
 Introd. de alimentos sólidos \_\_\_\_\_  
 ¿Existe aberración por algún alimento? \_\_\_\_\_  
 ¿Existe alergia alimentaria? \_\_\_\_\_  
 ¿Practica algún deporte? \_\_\_\_\_  
 Cantidad de agua que bebe al día \_\_\_\_\_ Horas de sueño \_\_\_\_\_

**Frecuencia alimentaria**

Verduras	Frutas	Arroz	Manteca	Pescado
Leche	Oleag.	Pan	Res	Azúcar
Yogurt	Tortilla	Legum.	Pollo	Dulces
Quesos	Pastas	Aceite	Cerdo	Refresco


**Recordatorio de 24hrs**

¿Existe horario para el consumo de alimentos?  
 Desayuno \_\_\_\_\_ Col.1 \_\_\_\_\_ Comida \_\_\_\_\_ Col.2 \_\_\_\_\_ Cena \_\_\_\_\_


**FORM.1490-A/SMDIF1821/0619**

www.pueblacapital.gob.mx

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche,  Tel. +52 (222) 214.00.00  @PueblaAyto  H.AyuntamientodePuebla  
 Puebla, Pue, C.P. 72550


	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

<b>Nombre del Procedimiento:</b>	Procedimiento para otorgar dictamen y/o valoración médica por violencia o discapacidad.
<b>Objetivo:</b>	Otorgar un servicio de calidad y eficiencia a la población en General del Municipio de Puebla que requiera de un certificado Médico por Violencia o Discapacidad para los fines que más les convengan.
<b>Fundamento Legal:</b>	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículo 1°, 4°, 8°, 13 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 52.</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2018-2021</p>
<b>Políticas de Operación:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las personas víctimas de violencia que requieran una valoración médica, deben ser solicitadas a través del departamento de Defensa de los Derechos del Menor, la Mujer y la Familia del SMDIF mediante memorando, el cual debe ser autorizado por la</li> </ul>

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02


	<p>Dirección de Atención a la Salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La solicitud de valoración médica debe entregarse mediante memorando al Departamento de Atención Médica previamente autorizado por la Dirección de Atención a la Salud.</li> <li>• El Departamento de Atención Médica entregará memorando a recepción para que asigne a Médico para la realización de la valoración.</li> <li>• Cualquier Médico puede realizar la valoración, en un horario de 8:00 a 16:00 horas.</li> <li>• Si son menores de edad, deben de ser acompañados por el padre o tutor, en caso contrario no se podrá realizar.</li> <li>• Se entregará la Valoración Médica en Hoja Membretada autorizada por el SMDIF, el cual llevará el sello de Departamento de Atención Médica.</li> </ul>
<b>Tiempo Promedio de Gestión:</b>	30 minutos



	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

**Descripción del Procedimiento:** Para otorgar dictamen y/o valoración médica por violencia o discapacidad.

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tanto
Analista Administrativo Dirección Jurídica	1	Entrega memorándum de solicitud a la Dirección de Atención a la Salud para la autorización de la valoración médica por violencia o discapacidad.	Memorándum	Original
	2	Entrega en la jefatura del Departamento de Atención Médica el memorándum recibido por la Dirección de Atención a la Salud, donde le sellan de recibido, entrega en recepción para que asigne un médico.	Memorándum	Original
Analista Administrativo (Recepción)	3	Asigna número de expediente clínico y médico disponible.	Registro electrónico	Original
Analista o coordinador/a (Médico General)	4	Recibe solicitud, nombra al paciente y lo pasa al consultorio para valoración médica, anotando sus datos.	Expediente Clínico Hoja frontal FORM.1485- B/SMDIF71821/081 9 Historia Clínica FORM.1499- B/SMDIF 1821/0619 Hoja Diaria de atención FORM.819- D/SMDIF1821/061 9	Originales

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tanto
	5	Realiza entrevista, valoración clínica (siempre en presencia de algún familiar) y determina el estado de salud física del paciente.	Expediente Clínico FORM.1485-B/SMDIF71821/0819 Historia Clínica FORM.1499-B/SMDIF1821/0619	Original
	6	Realiza reporte de valoración y entrega 2 originales en Jefatura de Atención Médica y 1 lo integra al expediente clínico.	Valoración Médica (Hoja Membretada autorizada por SMDIF) / Memorándum	Originales
Analista (Administrativo).	7	Entrega valoración médica a Dirección de Atención a la Salud, quien a su vez lo entrega al Departamento Solicitante.  Termina procedimiento.	Valoración médica (Hoja membretada autorizada por SMDIF)	Original/ copia de recibido



**Manual de Procedimientos  
de la Dirección de  
Atención a la Salud**

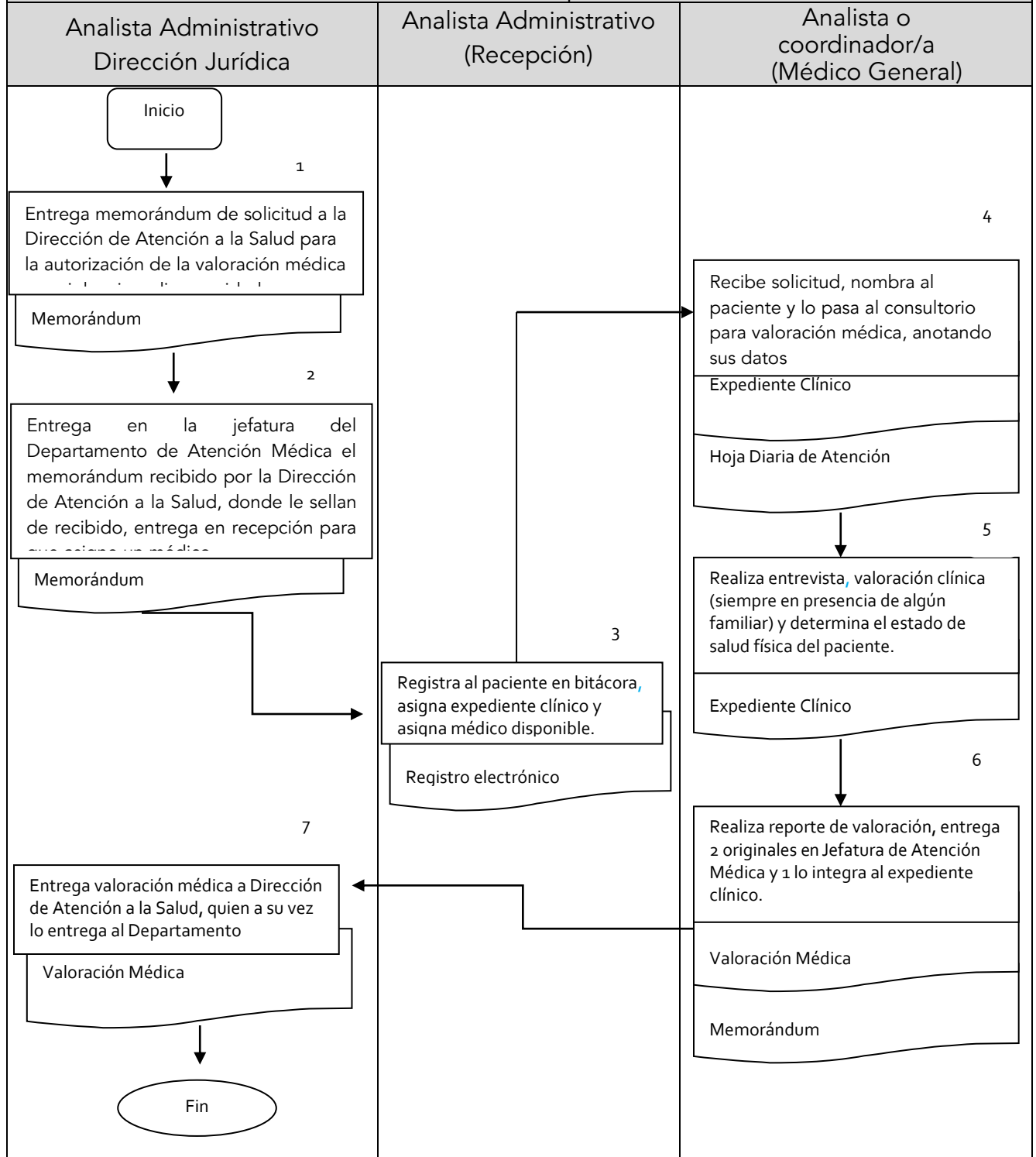
Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A

Fecha de elaboración: 08/09/2016


Fecha de actualización: 15/09/2020

Núm. de revisión: 02

**Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar dictamen y/o valoración médica por violencia o discapacidad**





	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Médica*

*"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."*

## HISTORIA CLÍNICA

Fecha \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____		Fecha de nacimiento: _____	
Edad: _____	Sexo: _____	Estado civil: _____	Religión: _____
Lugar de origen: _____		Lugar de residencia: _____	
Escolaridad: _____		Ocupación: _____	
Domicilio: _____			C.P.: _____

### ANTECEDENTES

Hereditarios familiares:	
Personales no patológicos:	
Hemotipo _____	Alcoholismo _____
Tabaquismo _____	Zoonosis _____
Personales patológicos:	
Cirugías _____	Padecimientos _____
Alergias _____	Transfusionales _____
	Traumáticos _____
Antecedentes pediátricos: Producto de la gesta _____ Obtenido (a) por _____	
Peso al nacer _____ Talla al nacer _____ Alimentado (a) al seno materno _____ Inmunizaciones _____	
Introducción de alimentos diferentes o Lácteos _____ Desarrollo psicomotor _____ Tamiz _____	

### Gineco-obstétricos:

Menarca: \_\_\_\_\_ Ciclos: \_\_\_\_\_ IVSA \_\_\_\_\_ Parejas sexuales: \_\_\_\_\_

FUM \_\_\_\_\_ FPP \_\_\_\_\_ FUP \_\_\_\_\_


Gesta \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_ Planificación familiar \_\_\_\_\_

Menopausia / Climaterio \_\_\_\_\_

Citología vaginal \_\_\_\_\_

Exploración mama \_\_\_\_\_

www.pueblacapital.gob.mx


 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Ballazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550

 Tel. +52 (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H.Ayuntamiento de Puebla

**FORM.1499-B/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



**Motivo de consulta / Padecimiento actual:**

**Interrogatorio por aparatos y sistemas:**

**EXPLORACIÓN FÍSICA**  
 TA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ TEM: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_


**DIAGNÓSTICO:**

**PLAN TERAPÉUTICO:**

**TRATAMIENTO:**

**PRONÓSTICO:**

\_\_\_\_\_  
**Sello y firma del médico**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Médica

\*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.\*

**HOJA DIARIA DE ATENCIÓN**


Nombre del responsable: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

No. Expediente	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	Edad	Sexo M/H	P	S	D	Diagnóstico	Colonia	Junta Auxiliar	Seguridad Social	Numero de folio
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

Total pacientes atendidos		Total pacientes de primera vez		P= Primera vez		S= Subsecuente		D= Discapacitado	
Pacientes de primera vez		Mujeres Menores de 18 años							
Pacientes subsecuentes		Hombres Menores de 18 años							
Certificado Médico		Mujeres de 18 a 59 años							
Planificación familiar		Hombres de 18 a 59 años							
Control prenatal		Mujeres Mayores de 60 años							
		Hombres Mayores de 60 años							
		Mujeres con discapacidad							
		Hombres con discapacidad							

[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)


 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550

 Tel. +52 (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto


**FORM.819-D/SMDIF1821/0619**

 H.AyuntamientodePuebla

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

<b>Nombre del Procedimiento:</b>	Procedimiento para otorgar el servicio de Vacunación Universal.
<b>Objetivo:</b>	Otorgar un servicio de calidad y eficiencia a la población en General del Municipio de Puebla que requiera de una vacunación universal para poder prevenir enfermedades virales y bacterianas.
<b>Fundamento Legal:</b>	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 8, 13 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 52.</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2018-2021</p>
<b>Políticas de Operación:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las vacunas se aplicarán conforme al Esquema Nacional de Vacunación y campañas nacionales de Vacunación y en base a la disponibilidad en la UMI entregados por el Sistema DIF estatal.</li> <li>• Es requisito presentar la Cartilla Nacional de Vacunación o comprobante de vacunación para aplicar y registrar la dosis correspondiente.</li> </ul>
<b>Tiempo Promedio de Gestión:</b>	30 minutos



	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

Descripción del Procedimiento: Para otorgar el servicio de Vacunación Universal.				
Responsable	No	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuario /a	1	Pregunta sobre el servicio requerido en la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social, se captura información básica y se envía a la UMI		
Recepcionista	2	Verifica Cartilla de Vacunación o comprobante de vacunación y pasa a usuario a Enfermería.		
Analista (enfermera)	3	Verifica Cartilla de Vacunación o Comprobante de vacunación	Cartilla Nacional de Vacunación o Comprobante de vacunación FORM.377-C/SMDIF1821/0619	Original
	4	Nombra al usuario para aplicación de Vacunas, aplica la vacuna correspondiente.	Hoja de Censo Nominal	Original
	5	Realiza las anotaciones pertinentes en la Cartilla Nacional de Vacunación o comprobante de vacunación.	Cartilla Nacional de Vacunación o Comprobante de Vacunación FORM.377-C/SMDIF1821/0619	Original
	6	Informa a la madre o familiar del usuario sobre los posibles efectos adversos que se pueden presentar por la aplicación de la vacuna, los cuidados básicos y su próxima cita.  Termina Procedimiento.	FORMATO ESAVI NO GRAVE (Formato Federal Clave ESAVI-1) Cartilla Nacional de Vacunación o Comprobante de Vacunación.	Original



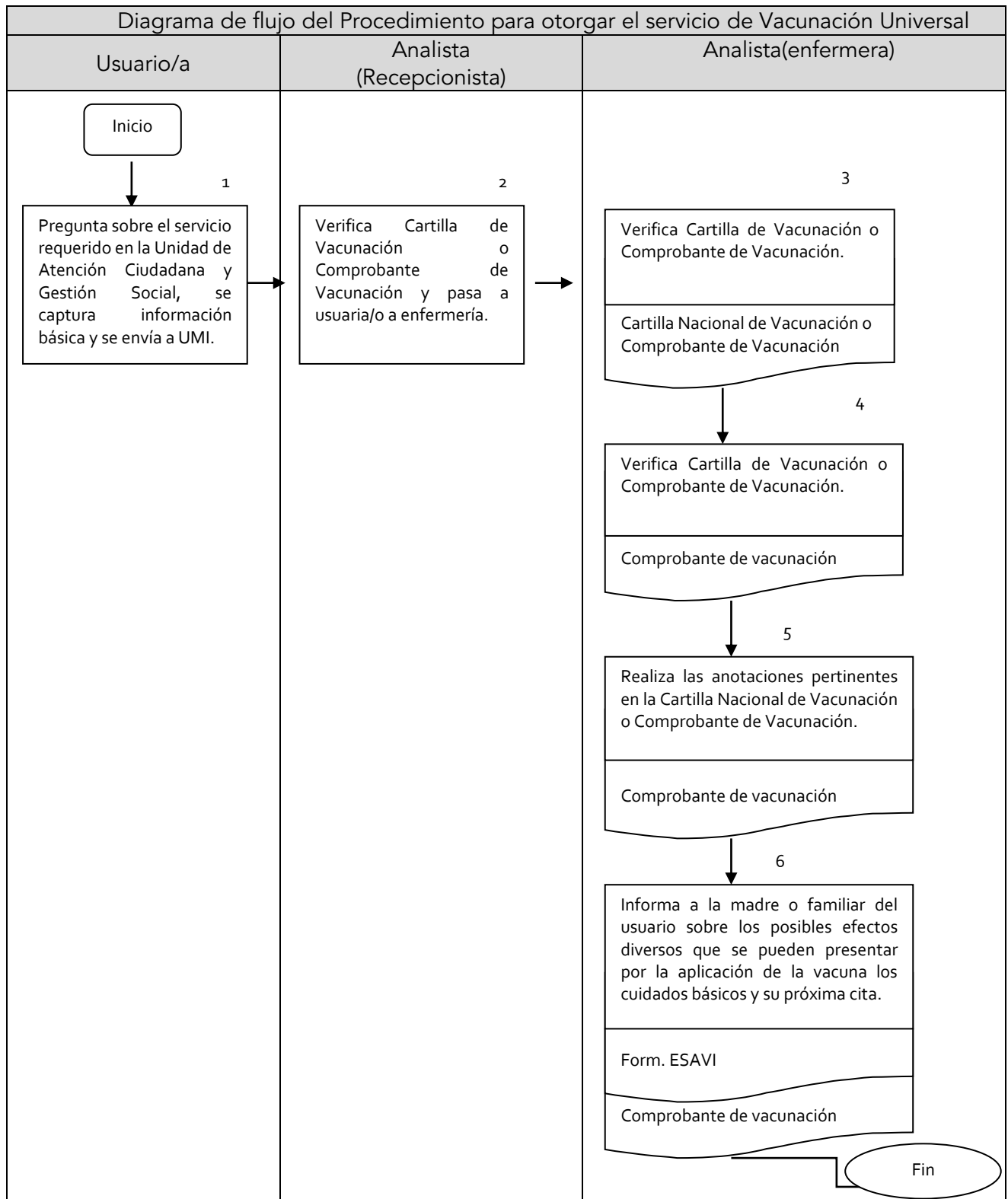
Manual de Procedimientos  
de la Dirección de  
Atención a la Salud


Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A



Fecha de elaboración: 08/09/2016

Fecha de actualización: 15/09/2020

Núm. de revisión: 02



	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

**Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Médica**

*"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables".*

### COMPROBANTE DE VACUNACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

B.C.G. única dosis: \_\_\_\_\_

Hepatitis B: \_\_\_\_\_

Pentavalente acelular: \_\_\_\_\_

Neumococo Heptavalente: \_\_\_\_\_

Rotavirus: \_\_\_\_\_

Triple Viral S.R.P.: \_\_\_\_\_

D.P.T.: \_\_\_\_\_

Influenza : \_\_\_\_\_





S.R.: \_\_\_\_\_

T.D.: \_\_\_\_\_ 1a: \_\_\_\_\_ 2a: \_\_\_\_\_


Otras: \_\_\_\_\_

Enfermera: \_\_\_\_\_


www.pueblacapital.gob.mx

 Avenida Cue Marfo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue., C.P. 72500
  Tel: +52 (222) 214-00-00
  @PueblaAyto
  H.Ayuntamiento de Puebla

**FORM.377-C/SMDIF1821/0619**


	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

<b>Nombre del Procedimiento:</b>	Procedimiento para otorgar el servicio de detección de Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus.
<b>Objetivo:</b>	Otorgar un servicio de calidad y eficiencia a la población del Municipio de Puebla que requiera de una adecuada detección a fin de prevenir la hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus, enfermedades crónicas degenerativas más frecuentes en el mundo.
<b>Fundamento Legal:</b>	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 8 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V.</p>
<b>Políticas de Operación:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El paciente debe presentarse en las condiciones óptimas para realizar la prueba, ya sea en ayuno de 8 a 12 horas o 2 horas posterior a haber consumido alimento para realización de la prueba de Diabetes.</li> <li>2. El material utilizado para la prueba de Diabetes debe ser único para cada paciente y desechado al término de su uso.</li> <li>3. Se le realizará tarjeta de control de HAS/DM al paciente después de 3 consultas consecutivas, con el diagnóstico de has/dm en control en esta UMI.</li> </ol>
<b>Tiempo Promedio de Gestión:</b>	10 minutos

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

**Descripción del Procedimiento:** Para otorgar el servicio de detección de Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus.

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuario/a	1	Acude a la Unidad de atención ciudadana y gestión social donde pregunta sobre el servicio requerido y lo envía a la UMI.		
Recepcionista	2	Registra al usuario/a en la base electrónica y lo envía con el área de Enfermería.	Registro electrónico	Original
Analista (Enfermera)	3	Recibe al paciente que solicita el servicio, toma la presión y/o glucosa capilar. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no existe alteración en los resultados continúa en la actividad Núm. 6, en caso contrario:</li> </ul>	Hoja Diaria de atención FORM.819-D/SMDIF1821/0619	Original
	4	Notifica al médico general el resultado fuera de los rangos normales, glucosa por arriba 100, tensión arterial por arriba de 140/90 y en caso de glucosa mayor a 250 o tensión arterial mayor a 110 de Diastólica, pasa al área de Urgencias.		
Analista (Médico General)	5	Atiende en el consultorio en casos de Hiperglicemia menor a 250 e Hipertensión menor a 110 y en caso de Hiperglicemia mayor a 250 o Crisis hipertensiva mayor a 110 la diastólica atiende en el área de Urgencias: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el médico estabiliza al paciente, continúa en la actividad Núm. 7, en caso contrario</li> </ul>	Expediente clínico Hoja frontal FORM.1485-B/SMDIF1821/0819 Historia Clínica FORM.1499-B/SMDIF1821/0619	Original

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
	6	Se refiere al paciente a Hospital Público de Segundo Nivel correspondiente.	Formato de Referencia y contra referencia FORM.1484-A/ SMDIF1821/0619 Expediente Clínico (Hoja frontal FORM.1485-B/SMDIF1821/0819 (Historia Clínica FORM.1499-B/SMDIF1821/0619	Original y copia
Analista (Enfermera)	7	Informa resultado al usuario indica cuidados, signos de alarma par DM y HAS, cita abierta a urgencias.  Termina procedimiento.	Cartilla de Salud	Original



Manual de Procedimientos  
de la Dirección de  
Atención a la Salud

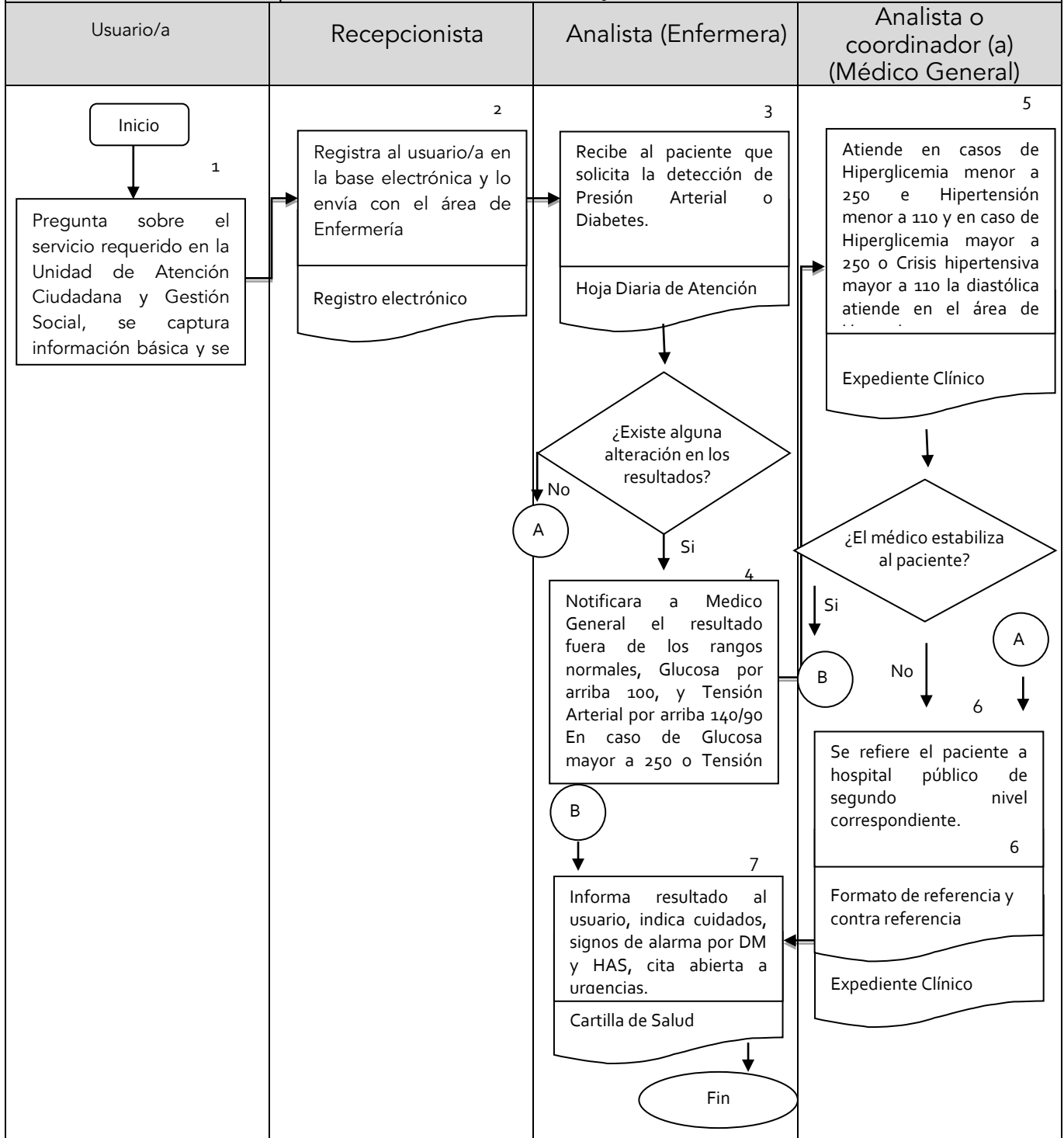
Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A


Fecha de elaboración: 08/09/2016

Fecha de actualización: 15/09/2020

Núm. de revisión: 02

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar el servicio de detección de Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus



	Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Médica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

**HOJA DIARIA DE ATENCIÓN**

Nombre del responsable: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

No. N° expediente	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	Edad	Sexo M/H	P	S	D	Diagnóstico	Colonia	Junta Auxiliar	Seguridad Social	Numero de folio
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

<b>Total pacientes atendidos</b>	<b>Total pacientes de primera vez</b>	<b>P= Primera vez</b>	<b>S= Subsecuente</b>	<b>D= Discapitado</b>
Pacientes de primera vez	Mujeres Menores de 18 años	<b>Observaciones</b>	<b>Tipo de seguridad social</b>	<b>Firma y sello del responsable</b>
Pacientes subsecuentes	Hombres Menores de 18 años			
Certificado Médico	Mujeres de 18 a 59 años			
Planificación familiar	Hombres de 18 a 59 años			
Control prenatal	Mujeres Mayores de 60 años			
	Hombres Mayores de 60 años			
	Mujeres con discapacidad			
	Hombres con discapacidad			

Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Batazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550

Tel. +52 (222) 214.00.00


@PueblaAyto

H.AyuntamientodePuebla

www.pueblacapital.gob.mx

FORM.819-D/SMDIF1821/0619



	<p>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</p>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



Dirección de Atención a la Salud  
Departamento \_\_\_\_\_

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

## HOJA FRONTAL

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Servicio: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico:	Tratamiento	Fecha	Médico

FORM. 1485-B/SMDIF1821/0819


www.pueblacapital.gob.mx

Avenida Cue Marlo No. 201, Col. San Balazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550

Tel. +52 (222) 214.00.00

@PueblaAyto

H.AyuntamientodePuebla

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Médica*

*"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."*

## HISTORIA CLÍNICA

Fecha \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____		Fecha de nacimiento: _____	
Edad: _____	Sexo: _____	Estado civil: _____	Religión: _____
Lugar de origen: _____		Lugar de residencia: _____	
Escolaridad: _____		Ocupación: _____	
Domicilio: _____			C.P.: _____

### ANTECEDENTES

**Heredo familiares:**

---

**Personales no patológicos:**

Hemotipo _____	Alcoholismo _____
Tabaquismo _____	Zoonosis _____

**Personales patológicos:**

Cirugías _____	Padecimientos _____
Alergias _____	Transfusionales _____
	Traumáticos _____

**Antecedentes pediátricos:** Producto de la gesta \_\_\_\_\_ Obtenido (a) por \_\_\_\_\_

Peso al nacer \_\_\_\_\_ Talla al nacer \_\_\_\_\_ Alimentado (a) al seno materno \_\_\_\_\_ Inmunizaciones \_\_\_\_\_

Introducción de alimentos diferentes o Lácteos \_\_\_\_\_ Desarrollo psicomotor \_\_\_\_\_ Tamiz \_\_\_\_\_

**Gineco-obstétricos:**

Menarca: \_\_\_\_\_ Ciclos: \_\_\_\_\_ IVSA \_\_\_\_\_ Parejas sexuales: \_\_\_\_\_

FUM \_\_\_\_\_ FPP \_\_\_\_\_ FUP \_\_\_\_\_


Gesta \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_ Planificación familiar \_\_\_\_\_

Menopausia / Climaterio \_\_\_\_\_

Citología vaginal \_\_\_\_\_

Exploración mama \_\_\_\_\_


[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550

 Tel. +52 (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto  H.Ayuntamiento de Puebla


**FORM.1499-B/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



<b>Motivo de consulta / Padecimiento actual:</b>
<b>Interrogatorio por aparatos y sistemas:</b>
<b>EXPLORACIÓN FÍSICA</b> <b>TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEM: _____ PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____</b>
<b>DIAGNÓSTICO:</b>
<b>PLAN TERAPÉUTICO:</b>
<b>TRATAMIENTO:</b>
<b>PRONÓSTICO:</b>

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del médico

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Médica*

\*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.\*

**HOJA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

EDAD		SEXO	
Años	Meses	M	F
		URG	
		Si	No

Fecha de referencia: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Domicilio del paciente: \_\_\_\_\_

Médico que envía	Médico que envía	Médico que envía
------------------	------------------	------------------

Motivo del envío (Impresión diagnóstica): \_\_\_\_\_  
 Unidad a la que se refiere: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

**Hoja de referencia**

Fecha de referencia: \_\_\_\_\_ seguridad social: \_\_\_\_\_  
 Urgencias: sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ expediente: \_\_\_\_\_

Nombre: _____		
apellido paterno	apellido materno	nombre (s)
Núm. de expediente: _____	edad: años: _____ meses: _____	sexo: m _____ f _____
Unidad que refiere: _____		

Unidad a la que se refiere:		
Domicilio: _____	Teléfono: _____	
calle	número	colonia
Servicio al que se envía: _____		
Resumen clínico del padecimiento: ta: ___ temp: ___ fr: ___ fc: ___ peso: ___ talla: _____		

Impresión diagnóstica: _____


\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del médico que refiere

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del responsable de la unidad

www.pueblacapital.gob.mx

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P. 72550
  Tel. +52 (222) 2.14.00.00
  @PueblaAyto
  H.Ayuntamiento de Puebla

**FORM.1484-A/SMDIF1821/061**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



**Visita domiciliaria**


Fecha de visita: \_\_\_\_\_  
 Se le atendió: sí: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ por qué: \_\_\_\_\_  
 Continúa bajo tratamiento médico: sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ por qué: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

**Hoja de contrareferencia**


Unidad que contrarefiere: _____
Domicilio: _____ fecha: _____
Servicio: _____
<b>Manejo del paciente</b>
Resumen clínico : _____
<b>Diagnóstico de ingreso:</b> _____
<b>Diagnóstico de egreso:</b> _____
<b>Instrucciones y recomendaciones para el manejo del paciente en su unidad de adscripción</b>
<b>Control del paciente</b>
Tratamiento concluido: _____ continuar tratamiento: _____
Envío a consulta subsecuente al servicio de: _____

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del médico que refiere

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del responsable de la unidad


	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

<b>Nombre del Procedimiento:</b>	Procedimiento para otorgar el servicio de detección oportuna de Cáncer Cérvico-Uterino y Cáncer de Mama.
<b>Objetivo:</b>	Otorgar un servicio de calidad y eficiencia a la población del Municipio de Puebla que requiera de una adecuada detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama.
<b>Fundamento Legal:</b>	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 8, 13 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículos 37, Fracción V.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 52.</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2018-2020</p>
<b>Políticas de Operación:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y mamario podrá realizarse por la ginecóloga, médico general y/o enfermera general.</li> <li>2. El resultado de los exámenes solo se le entregará a la paciente.</li> <li>3. Las campañas de detección masiva se llevarán a cabo de acuerdo a cronogramas establecido en el PBR.</li> </ol>
<b>Tiempo Promedio de Gestión:</b>	30 minutos

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02


**Descripción del Procedimiento:** Para otorgar el servicio de detección oportuna de Cáncer Cérvico-Uterino y Cáncer de Mama.

Responsable	No	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría	1	Solicita información en relación al servicio a la Unidad de Atención y Gestión Ciudadana, se registra y lo envían a la UMI.		
Recepcionista	2	Registra a la usuaria en la base electrónica de pacientes y la envía al área de Enfermería.	Registro electrónico	Original
Analista (Enfermera)	3	Recibe a la paciente que solicita la toma de Papanicolaou y/o exploración mamaria y anota en hoja diaria y llena formulario.	Hoja Diaria de atención FORM.819-D/SMDIF1821/0619 Solicitud y Reporte de resultado de Citología Vaginal/Estudio de Detección CaMa.	Original
	4	Realiza toma de Papanicolaou y/o exploración mamaria.	Solicitud y Reporte de resultado de Citología Vaginal/Estudio de detección CaMa.	Original

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

Responsable	No	Actividad	Formato o Documento	Tantos
	5	<p>Informa a la usuaria sobre efectos secundarios a la toma de muestra (CaCU) y se cita en 30 días para entrega de resultados en el caso de Papanicolaou y los resultados de la exploración mamaria. En caso de anomalías en la Detección de CACU o Cáncer de mama se informa al Médico General y/o Especialista (Ginecobstetra)</p>	Cartilla Nacional de la Mujer	N/A
Usuaría	6	<p>Solicita resultados pasados los 30 días en enfermería se verifica en la Bitácora de control interno de captura.</p>	Bitácora de control de resultado de Papanicolaou	Original
Analista (Enfermera)	7	<p>Entrega resultados de Citología Vaginal (Papanicolaou) y envía con Médico General o Médico Especialista para interpretación.</p>		



	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

Responsable	No	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Analista o coordinador/a (Médico General) y/o Analista Consultivo (Médico Especialista)	8	Revisa los resultados del Papanicolaou exploración mamaria y da orientación médica correspondiente. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no existe alguna alteración en la exploración de mama o en el Papanicolaou continúa en la actividad Núm. 10, en caso contrario:</li> </ul>	Hoja Diaria FORM.819-D/SMDIF1821/0619 Expediente clínico (Hoja frontal FORM.1485-B/SMDIF1821/0819 (Historia Clínica FORM.1499-B/SMDIF1821/0619 Solicitud y Reporte de resultado de Citología cervical / Estudio de Detección CaMa	Originales
Analista (Médico General) o Analista Consultivo (Médico Especialista)	9	Se refiere al paciente a un segundo nivel o Clínica de mama de atención para control y seguimiento y/o clínica de displasias del Estado.	Expediente Clínico (Hoja frontal FORM.1845-B/SMDIF1821/0819 (Historia Clínica FORM.1499-B/SMDIF1821/0619 Formato de Referencia y contra referencia FORM.1484-A/SMDIF1821/0619	Original y copia
Analista (Médico General) o Analista Consultivo (Médico Especialista)	10	Da resultado a la usuaria y cita dentro de seis meses.  Termina Procedimiento.		



Manual de Procedimientos  
de la Dirección de  
Atención a la Salud

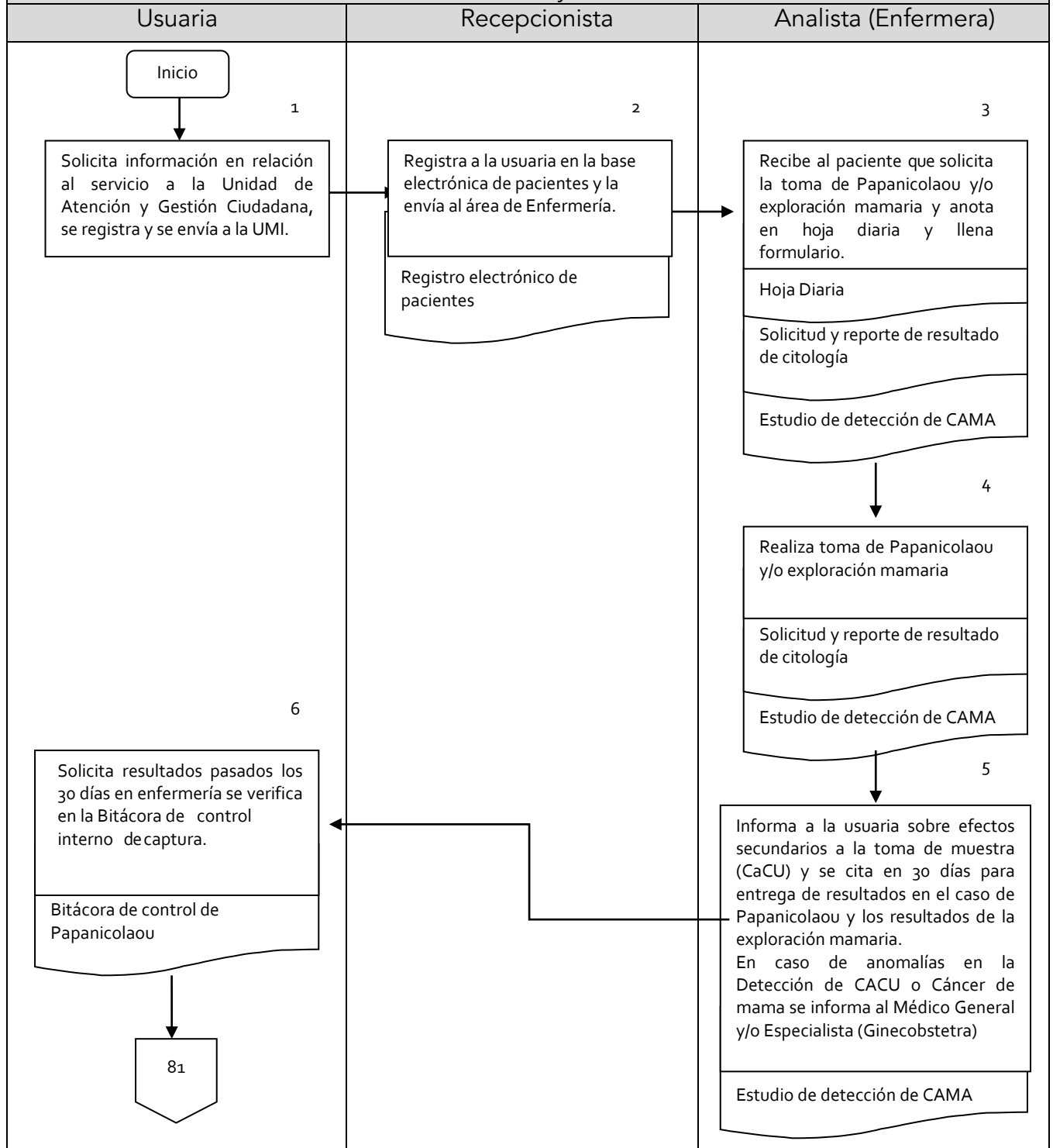
Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A

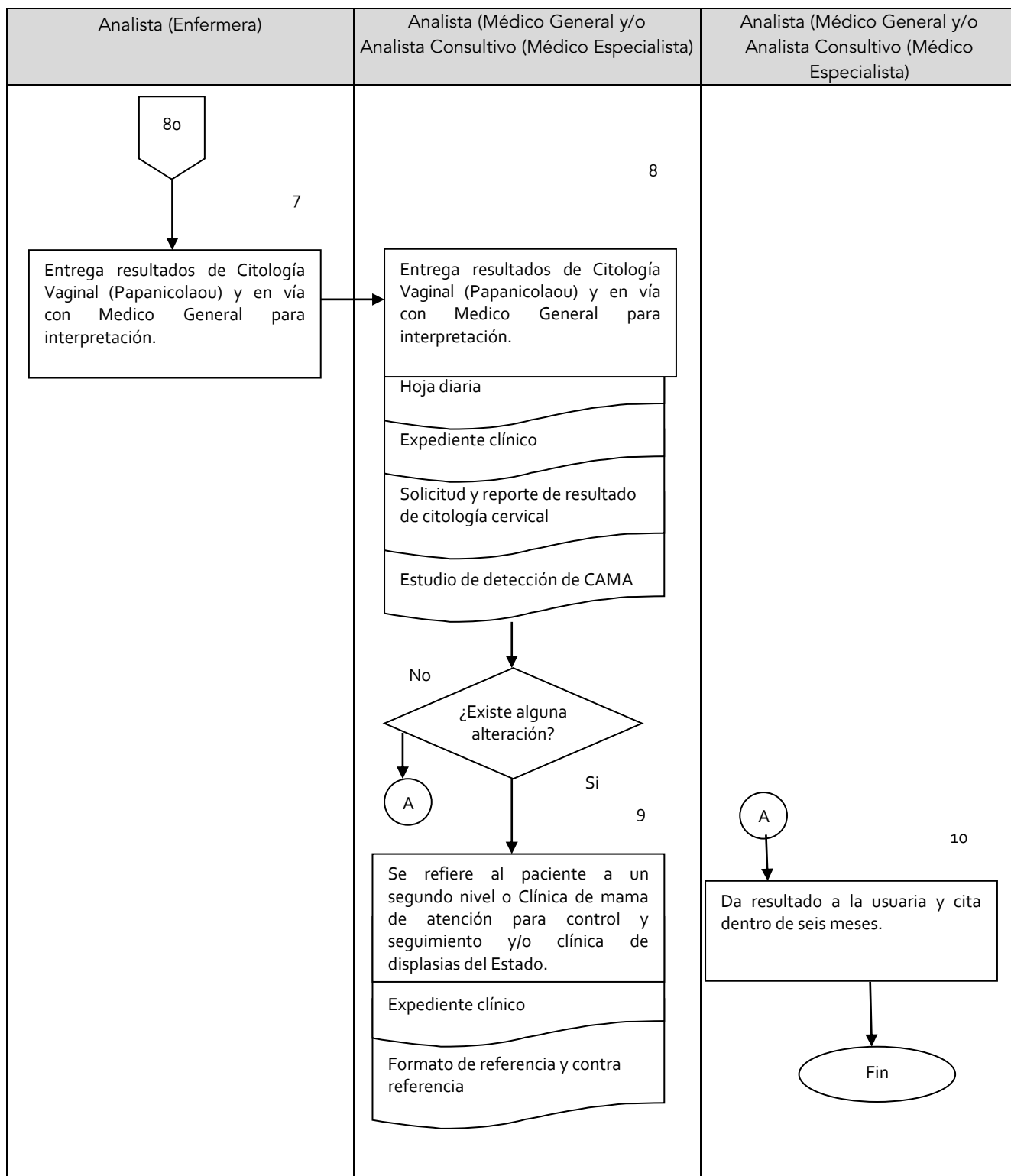
Fecha de elaboración: 08/09/2016


Fecha de actualización: 15/09/2020

Núm. de revisión: 02

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar el servicio de detección oportuna de  
Cáncer Cérvico-Uterino y Cáncer de Mama





	Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Médica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

**HOJA DIARIA DE ATENCIÓN**

Nombre del responsable: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

No.	Nº expediente	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	Edad	Sexo M/H	P	S	D	Diagnóstico	Colonia	Junta Auxiliar	Seguridad Social	Numero de folio
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

<b>Total pacientes atendidos</b>	<b>Total pacientes de primera vez</b>	<b>P= Primera vez</b>	<b>S= Subsecuente</b>	<b>D= Discapacitado</b>
Pacientes de primera vez	Mujeres Menores de 18 años	<b>Observaciones</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Tipo de seguridad social</b> 1.- Seguro popular 2.- IMSS 3.- ISSSTE 4.- ISSSTEP 5.- Ninguna	<b>Firma y sello del responsable</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Pacientes subsecuentes	Hombres Menores de 18 años			
Certificado Médico	Mujeres de 18 a 59 años			
Planificación familiar	Hombres de 18 a 59 años			
Control prenatal	Mujeres Mayores de 60 años			
	Hombres Mayores de 60 años			
	Mujeres con discapacidad			
	Hombres con discapacidad			


Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550

Tel. +52 (222) 2.14.00.00

@PueblaAyto

FORM.819-D/SMDIF1821/0619

H.Ayuntamiento de Puebla

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud*  
*Departamento* \_\_\_\_\_


*"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."*

## HOJA FRONTAL

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Estado civil:** \_\_\_\_\_ **Religion:** \_\_\_\_\_  
**Escolaridad:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_  
**Domicilio:** \_\_\_\_\_  
**Servicio:** \_\_\_\_\_ **Expediente:** \_\_\_\_\_

Diagnóstico:	Tratamiento	Fecha	Médico

**FORM. 1485-B/SMDIF1821/0819**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Médica*

*"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."*

## HISTORIA CLÍNICA

Fecha \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Religión: _____ Seguridad social: _____ Tel.: _____	
Lugar de origen: _____	Lugar de residencia: _____
Escolaridad: _____	Ocupación: _____
Domicilio: _____	C.P.: _____

### ANTECEDENTES

<b>Heredo familiares:</b>	
<b>Personales no patológicos:</b>	
Hemotipo _____	Alcoholismo _____
Tabaquismo _____	Zoonosis _____
<b>Personales patológicos:</b>	
Cirugías _____	Padecimientos _____
Alergias _____	Transfusionales _____
	Traumáticos _____
<b>Antecedentes pediátricos:</b>	
Producto de la gesta _____	Obtenido (a) por _____
Peso al nacer _____ Talla al nacer _____	Alimentado (a) al seno materno _____ Inmunizaciones _____
Introducción de alimentos diferentes o Lácteos _____	Desarrollo psicomotor _____ Tamiz _____

### Gineco-obstétricos:

Menarca: \_\_\_\_\_ Ciclos: \_\_\_\_\_ IVSA \_\_\_\_\_ Parejas sexuales: \_\_\_\_\_

FUM \_\_\_\_\_ FPP \_\_\_\_\_ FUP \_\_\_\_\_


Gesta \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_ Planificación familiar \_\_\_\_\_

Menopausia / Climaterio \_\_\_\_\_

Citología vaginal \_\_\_\_\_

Exploración mama \_\_\_\_\_

[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)


 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Ballazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550

 Tel. +52 (222) 214.00.00

 @PueblaAyto

 H.Ayuntamiento de Puebla

**FORM.1499-B/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



**Motivo de consulta / Padecimiento actual:**

**Interrogatorio por aparatos y sistemas:**

**EXPLORACIÓN FÍSICA**  
**TA:** \_\_\_\_\_ **FC:** \_\_\_\_\_ **FR:** \_\_\_\_\_ **TEM:** \_\_\_\_\_ **PESO:** \_\_\_\_\_ **TALLA:** \_\_\_\_\_ **IMC:** \_\_\_\_\_


**DIAGNÓSTICO:**

**PLAN TERAPÉUTICO:**

**TRATAMIENTO:**

**PRONÓSTICO:**

\_\_\_\_\_  
**Sello y firma del médico**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Médica*

\*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.\*

**HOJA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

EDAD		SEXO	
Años	Meses	M	F
		URG	
		Si	No

Fecha de referencia: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Domicilio del paciente: \_\_\_\_\_

Médico que envía	Médico que envía	Médico que envía
------------------	------------------	------------------

Motivo del envío (impresión diagnóstica): \_\_\_\_\_  
 Unidad a la que se refiere: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

**Hoja de referencia**

Fecha de referencia: \_\_\_\_\_ seguridad social: \_\_\_\_\_  
 Urgencias: si: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ expediente: \_\_\_\_\_

Nombre: _____		
apellido paterno	apellido materno	nombre (s)
Núm. de expediente: _____	edad: años: _____	meses: _____ sexo: m _____ f _____
Unidad que refiere: _____		

Unidad a la que se refiere:		
Domicilio: _____		Teléfono: _____
calle	número	colonia
Servicio al que se envía: _____		
Resumen clínico del padecimiento: ta: ___ temp: ___ fr: ___ fc: ___ peso: ___ talla: _____		

Impresión diagnóstica: _____

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del médico que refiere


\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del responsable de la unidad

www.pueblacapital.gob.mx

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche,  Tel. +52 (222) 2,14,00.00  @PueblaAyto  H.Ayuntamiento de Puebla  
 Puebla, Pue. C.P. 72550

**FORM.1484-A/SMDIF1821/061**



	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



**Visita domiciliaria**

Fecha de visita: \_\_\_\_\_  
 Se le atendió: sí: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ por qué: \_\_\_\_\_  
 Continúa bajo tratamiento médico: sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ por qué: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

**Hoja de contrareferencia**

Unidad que contrarefiere: _____
Domicilio: _____ fecha: _____
Servicio: _____
<b>Manejo del paciente</b>
Resumen clínico : _____
<b>Diagnóstico de ingreso:</b> _____
<b>Diagnóstico de egreso:</b> _____
<b>Instrucciones y recomendaciones para el manejo del paciente en su unidad de adscripción</b>
<b>Control del paciente</b>
Tratamiento concluido: _____ continuar tratamiento: _____
Envío a consulta subsecuente al servicio de: _____


\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del médico que refiere

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del responsable de la unidad


www.pueblacapital.gob.mx

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P. 72550  Tel. +52 (222) 2.14.00.00  @PueblaAyto  H.Ayuntamiento de Puebla

**FORM.1484-A/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

<b>Nombre del Procedimiento:</b>	Procedimiento para realizar las actividades del servicio de enfermería (curaciones, somatometría, signos vitales, administración de medicamentos, nebulizaciones e hidratación oral, acompañamiento en suturas y atención de lesiones)
<b>Objetivo:</b>	Otorgar un servicio de calidad y eficiencia a la población en General del Municipio de Puebla que requiera de un servicio de enfermería (curación, sutura, retiro de puntos, inyecciones, nebulizaciones).
<b>Fundamento Legal:</b>	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 13 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 52.</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2018-2021</p>
<b>Políticas de Operación:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Todo el material que se requiere para llevar a cabo las actividades de atención a usuarios de enfermería deberá estar esterilizado.</li> <li>2. El material y/o equipo desechable será manejado de acuerdo al manejo de R.P.B.I.</li> </ol>
<b>Tiempo Promedio de Gestión:</b>	10 minutos

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

**Descripción del Procedimiento:** Para realizar las actividades del servicio de enfermería (curaciones, somatometría, signos vitales, administración de medicamentos, nebulizaciones e hidratación oral, acompañamiento en suturas y atención de lesiones).

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuario/a	1	Solicita a la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social información sobre el servicio requerido.		
	2	Paga el servicio en caja con previa valoración por enfermería	Recibo de pago	Original
Recepcionista	3	Registra los datos del usuario registro electrónico y los envía a Enfermería.	Registro electrónico	Original
Analista (Enfermera)	4	Recibe al paciente que solicita el servicio de enfermería y lo registra en hoja diaria.	Hoja diaria FORM.819-D/SMDIF1821/0619	Original
	5	Realiza la atención de enfermería (signos vitales, curación, retiro de puntos, inyecciones, nebulizaciones) y en caso de lesiones o suturas, avisa al médico general.	Hoja Diaria FORM.819-D/SMDIF1821/0619	Original
	6	Da indicaciones de los cuidados de los procedimientos al paciente y anota folio de pago (Solo Glucemias capilares, administración de medicamentos, nebulizaciones y suturas). Termina procedimiento.	Hoja diaria de atención FORM.819-D/SMDIF1821/0619	Original



Manual de Procedimientos  
de la Dirección de  
Atención a la Salud

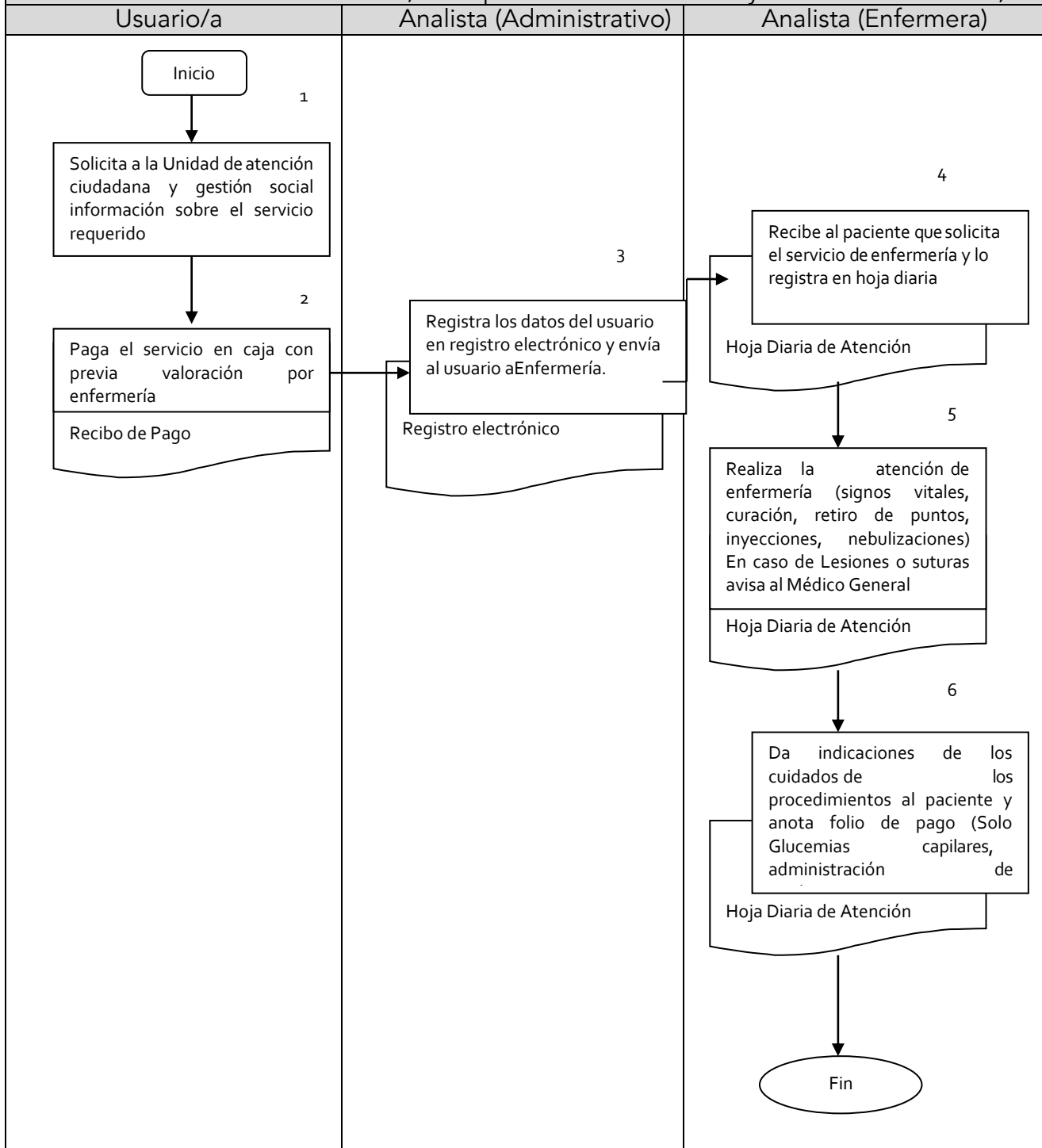
Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A


Fecha de elaboración: 08/09/2016

Fecha de actualización: 15/09/2020

Núm. de revisión: 02

Diagrama de flujo del Procedimiento para realizar las actividades del servicio de enfermería (curaciones, Somatometría, signos vitales, administración de medicamentos, nebulizaciones e hidratación oral, acompañamiento en suturas y atención de lesiones).



	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Médica

\*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.\*

**HOJA DIARIA DE ATENCIÓN**

Nombre del responsable: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

No.	Nº expediente	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	Edad	Sexo M/H	P	S	D	Diagnóstico	Colonia	Junta Auxiliar	Seguridad Social	Numero de folio
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

<b>Total pacientes atendidos</b>		<b>Total pacientes de primera vez</b>		<b>P= Primera vez</b>		<b>S= Subsecuente</b>		<b>D= Discapitado</b>	
Facientes de primera vez		Mujeres Menores de 18 años							
Facientes subsecuentes		Hombres Menores de 18 años							
Certificado Médico		Mujeres de 18 a 59 años							
Planificación familiar		Hombres de 18 a 59 años							
Control prenatal		Mujeres Mayores de 60 años							
		Hombres Mayores de 60 años							
		Mujeres con discapacidad							
		Hombres con discapacidad							

[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)


**FORM.819-D/SMDIF1821/0619**

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550


 Tel. +52 (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H.AyuntamientodePuebla


	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

<b>Nombre del Procedimiento:</b>	Procedimiento para otorgar atención a personas que solicitan el servicio de análisis clínicos.
<b>Objetivo:</b>	Brindar el servicio de estudios de laboratorio mediante análisis clínicos que contribuyan al control, diagnóstico, pronóstico, seguimiento y tratamiento oportuno de los padecimientos detectados en los usuarios solicitantes del Municipio de Puebla.
<b>Fundamento Legal:</b>	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4. Ley General de Salud, Artículos 23 y 24, 167 y 168. Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12. Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12. Ley Estatal de Salud, Artículo 2. Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 8, 13 y 32. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V. Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 52. Plan de Desarrollo Municipal 2018-2021.</p>
<b>Políticas de Operación:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El servicio se otorgará a cualquier persona que solicite estudios de análisis clínicos.</li> <li>2. Toda persona que solicite el servicio del Laboratorio debe ser atendida con respeto y amabilidad.</li> <li>3. Las personas que asisten al Laboratorio se deberán ajustar a los horarios establecidos y reglamento interno, así como hacer el buen uso de las instalaciones.</li> <li>4. Los resultados de las pruebas se entregarán al siguiente día de la toma de la muestra por la tarde, a excepción de estudios microbiológicos que pueden tardar de 5 a 7 días hábiles.</li> </ol>
<b>Tiempo Promedio de Gestión:</b>	25 minutos

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02


**Descripción del Procedimiento:** Para otorgar atención a personas que solicitan el servicio de análisis clínicos.

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuario/a	1	Solicita información en relación a los estudios de laboratorio en la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social		
Analista de la Unidad de Atención y Gestión Ciudadana	2	Envían al usuario a la recepción de la UMI donde le informa del servicio solicitado.	Solicitud de Laboratorio FORM382-B/SMDIF1821/0219	Original
Analista (Administrativo)	3	Revisa la solicitud externa de los análisis de laboratorio que solicita usuario.	Solicitud externa	Original
Usuario/a	4	Acude a realizar el pago de los análisis clínicos.		
Auxiliar A (caja)	5	Realiza cobro y entrega el recibo de pago.	Recibo de pago FORM. 551-C/SMDIF1821/0919	Original
Usuario/a	6	Acude al laboratorio, entrega la solicitud externa y su recibo de pago.	Solicitud externa Recibo de pago FORM.551-C/SMDIF1821/0919	Original
Analista (Químico Farmacobiólogo)	7	Recibe la solicitud externa y coteja el recibo de pago, elabora solicitud de estudios de laboratorio de referencia y local	Solicitud externa Recibo de pago FORM.551-C/SMDIF1821/0919 Solicitud de estudios de laboratorio FORM 382-B/SMDIF1821/0219	Originales y 2 copias para a solicitud de laboratorio

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
	8	Efectúa registro de usuario/a en base de datos.		
	9	Canaliza las solicitudes y el recibo de pago con el coordinador/a químico para la toma de muestra.	Recibo de pago FORM. 551-C/SMDIF1821/0919 Solicitud de laboratorio FORM.382-B/SMDIF1821/0219	Originales y 2 copias para la Solicitud de estudios de laboratorio de referencia
Coordinador/a (Químico/a Farmacobiólogo)	10	Revisa solicitudes y recibo de pago, llama al paciente y toma muestras, entrega recibo de pago a usuario e indica tiempo para entrega de resultados (24 horas después con recibo de pago)	Recibo de pago FORM. 551-C/SMDIF1821/0919	Original
	11	Envía muestras al laboratorio de referencia para su procesamiento. En caso de examen general de orina, Coproparasitoscópico, sangre oculta en heces, citología de moco fecal y amiba en fresco, se realizan en el laboratorio local y se entregan resultados a las 24 horas.	Relación de Muestras Referidas	Original



	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
	12	Imprime estudios en la hoja de reporte de resultados de Laboratorio de Análisis Clínicos.	Hoja de Reporte de Resultados de Laboratorio de Análisis Clínicos. FORM.3414/SMDIF1821/0919	Original
Coordinador (Químico Farmacobiólogo)	13	Verifica que los resultados estén completos y correctos.	Hoja de Reporte de Resultados de Laboratorio de Análisis Clínicos. FORM.3414/SMDIF1821/0919	Original
Usuario/a	14	Recoge resultados en el laboratorio, mostrando su recibo de pago.  Termina procedimiento.	Hoja de Reporte de Resultados de Laboratorio de Análisis Clínicos. FORM.3414/SMDIF1821/0919  Recibo de pago FORM. 551-D/SMDIF1821/0919	Originales y copias



**Manual de Procedimientos  
de la Dirección de  
Atención a la Salud**

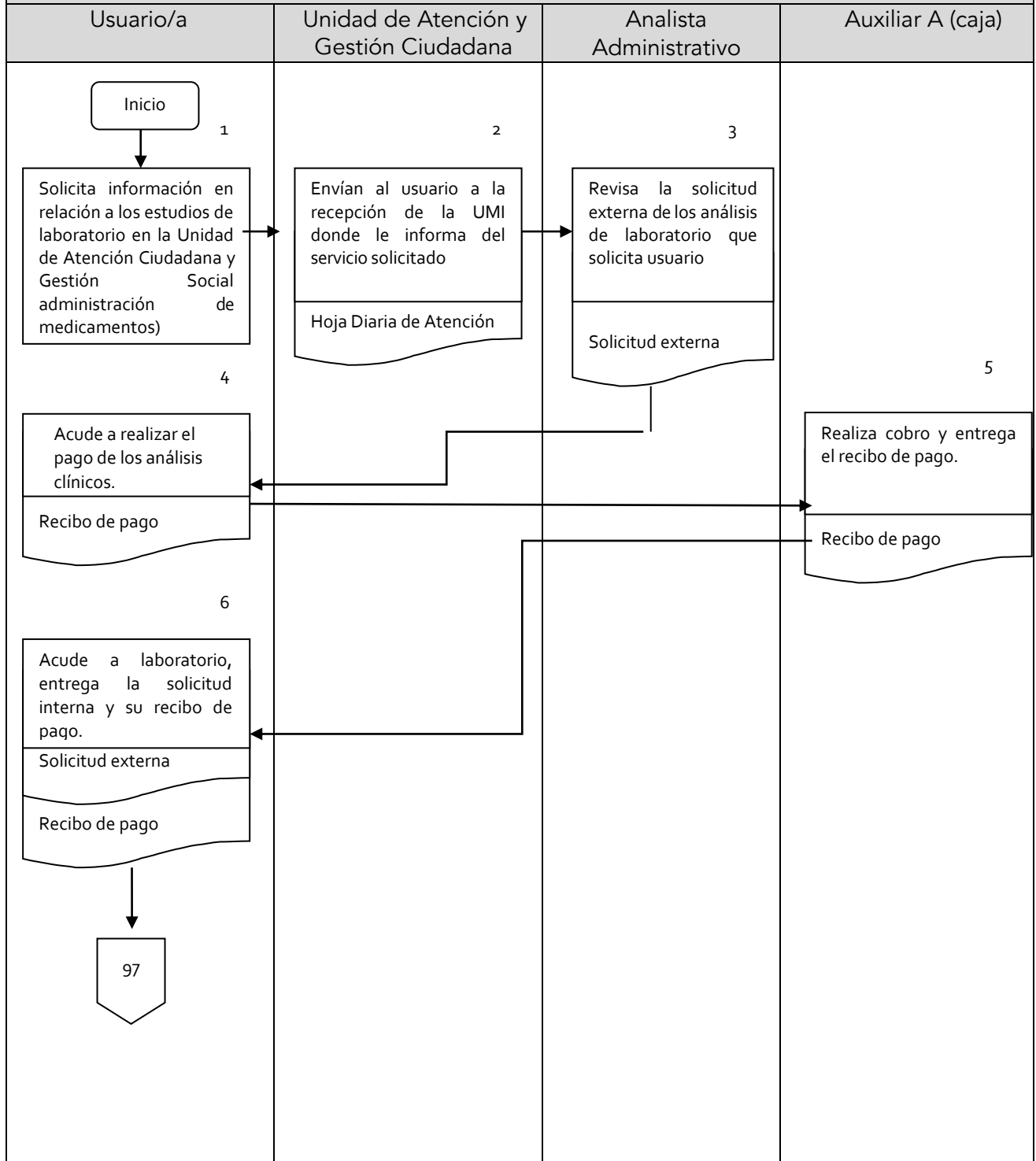
Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A

Fecha de elaboración: 08/09/2016

Fecha de actualización: 15/09/2020

Núm. de revisión: 02

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar atención a personas que solicitan el servicio de Análisis Clínicos.





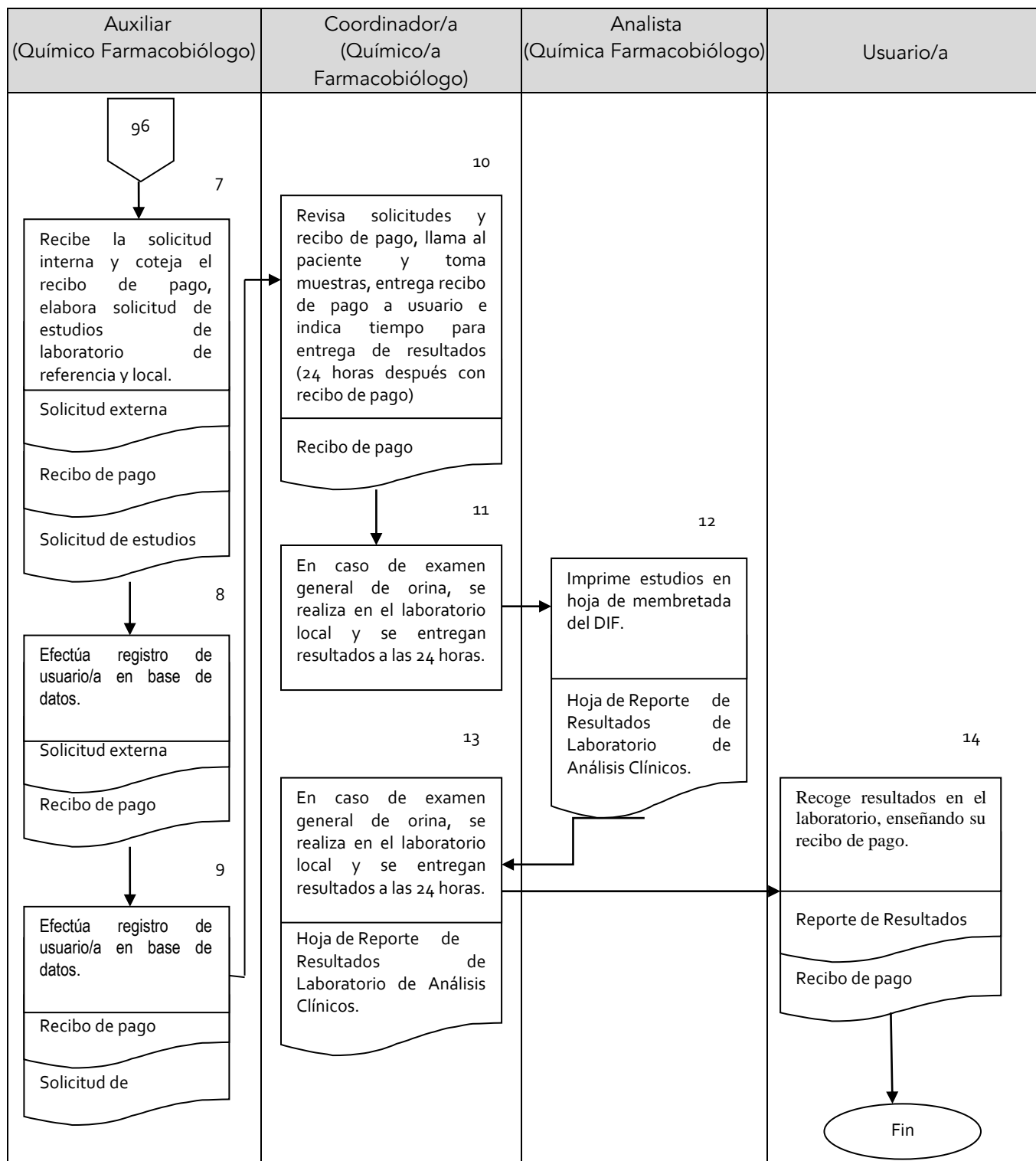
Manual de Procedimientos  
de la Dirección de  
Atención a la Salud


Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A

Fecha de elaboración: 08/09/2016

Fecha de actualización: 15/09/2020

Núm. de revisión: 02



	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



FOLIO:

*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Médica*

*"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables".*

**SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO**  
HORARIOS DE ATENCIÓN: LUNES A VIERNES DE 7:00 A.M. A 4:00 P.M.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
MÉDICO: \_\_\_\_\_ Dx: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO F \_\_\_\_ M \_\_\_\_

**HEMATOLOGÍA**  
 Biometría hemática completa

**PARASITOLOGÍA**  
 Coproparasitoscópico 1  2  3   
 Amiba en fresco  
 Sangre oculta en Heces 1  2  3

**MICROBIOLOGÍA**  
 Cultivo faringeo  
 Cultivo Vaginal  
 Coprocultivo  
 Urocultivo  
 Cultivo Micótico de: \_\_\_\_\_  
 BAAR en: \_\_\_\_\_  
 Antibiograma 1  3  5

**HORMONAS**  
 T3  T4  THS  
 Estradiol  
 Progesterona  
 LH  FSH  PRL  
 GCH-Fracción Beta

**BIOQUÍMICA**  
 Glucosa  
 Hemoglobina A1c  
 Curva de Tolerancia a la Glucosa  
 Química Sanguínea Parcial  
 Química Sanguínea de 3 elementos  
 Química Sanguínea de 6 elementos  
 Química Sanguínea de 12 elementos  
 Electrolitos parciales (Na, k,Cl,Ca )  
 Electrolitos Completos (Na, k,Cl,Ca y p)  
 Ácido Úrico  
 Colesterol  
 Triglicéridos  
 Colesterol HDL y LDL  
 Bilirrubinas  
 Transaminasas TGO y TGP  
 Fosfatasa Alcalina  
 Calcio Sérico  
 Proteínas Totales  
 Albúmina

**SEROLOGÍA**  
 Factor Reumatoide  
 VDRL  
 Proteína C Reactiva  
 Reacciones Febriles  
 Antiestreptolisinas  
 VIH  
 Grupo Sanguíneo y Rh  
 Antidoping  
 Prueba de Embarazo Cualitativa

**ORINA**  
 Exámen General de Orina  
 Depuración de Creatinina  
 Proteínas Totales en 24  
 Microalbuminuria

**OTROS ESTUDIOS**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**COAGULACIÓN**  
 Tiempo de Protrombina  
 Tiempo de Protrombina Parcial  
 Tiempo de Trombina

**PERFILES**  
 Perfil Hepático Completo  
 Perfil de Lípidos  
 Pruebas de Función Renal  
 Perfil Tiroideo

COSTO TOTAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
CÉDULA

www.pueblacapital.gov.mx


Tel. +52 (222) 214.00.00



@SMDIFPue





**FORM.382-B/SMDIF1821/0219**

Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550

Sistema Municipal DIF

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

*Dirección Administrativa  
Departamento de Recursos Financieros*

*\*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables\*.*

Recibo:
Fecha: / /
Folio:

Recibimos de:
RFC:

Nombre de la calle:
No. Oficial:

Letra:
No. Interior:
Colonia:
C.P.


Observaciones:

Clave	Concepto	C.U.	Importe
		<b>Total</b>	

R.F.C. SMD-930309-8U6

**FORM.551-C/SMDIF1821/0219**


[www.pueblecapital.gob.mx](http://www.pueblecapital.gob.mx)

 Avenida Cuo Morio No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pua. C.P.72550

 Tel. +52 (222) 214,00.00

 @PueblaAyto

 H.AyuntamientodePuebla

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Médica*

**HOJA DE REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS**

**PACIENTE:**  
**DR:**

**EDAD:**


**FECHA:**  
**SEXO:**

**Q.F.B.**  
**CED. PROF.**

[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)


 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P. 72550
  Tel. +52 (222) 214.00.00
  @PueblaAyto
  H.AyuntamientodePuebla

**FORM.3414/SMDIF1821/0919**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02


#### IV. DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA


<b>Nombre del Procedimiento:</b>	Procedimiento para otorgar atención Psicológica.
<b>Objetivo:</b>	Otorgar y dar tratamiento a las personas que acudan al Sistema Municipal DIF solicitando el servicio con el fin de velar por el bienestar emocional, las buenas relaciones familiares y sociales, a través de la atención Psicológica, promoviendo la estabilidad emocional y la cultura de la salud mental de la población del Municipio.
<b>Fundamento Legal:</b>	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12 fracción V.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos, 1, 8, 13 fracción III y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos. 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V.</p> <p>NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.</p> <p>NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.</p>

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02


	<p>NOM-047-SSA2-2015 Para la atención a la salud del grupo etario 10 a 19 años de edad.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 7 fracción V, inciso c), y Artículo 51 fracción IV, V y VI y 54.</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2018-2021</p>
<b>Políticas de Operación:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se otorgará el servicio a cualquier persona que viva en el Municipio de Puebla y requiera atención psicológica.</li> <li>2. Toda persona que solicite el servicio del área será asistida con respeto y amabilidad, atendiendo en todo momento a su calidad humana.</li> <li>3. Los pacientes y el personal de otros programas del Sistema Municipal DIF, al hacer uso de los servicios psicológicos, se deben sujetar a los horarios del Departamento de Atención Psicológica</li> <li>4. El psicólogo asignado debe canalizar a un paciente a otros programas del Sistema Municipal DIF cuando la valoración correspondiente lo amerite o cuando el propio paciente manifieste esa necesidad.</li> <li>5. Los reportes solicitados vía oficio de alguno de los programas del Sistema Municipal DIF o de organizaciones externas, se debe hacer en forma de reporte psicológico y entregar en sobre sellado.</li> <li>6. Los horarios de atención a usuarios de primera vez estarán sujetos a la disponibilidad de espacios y/o tiempo de los psicólogos de acuerdo a actividades previamente programadas.</li> <li>7. Las citas subsecuentes deben ser otorgadas por los Analistas (psicólogos) que atienda al paciente por primera vez.</li> <li>8. No se debe proporcionar información del estado emocional o de la dinámica familiar de los pacientes a cualquier persona, ya que es información confidencial.</li> <li>9. En ningún caso el personal que labora en el Departamento de Atención Psicológica está autorizada para tomar decisiones</li> </ol>



	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02
	<p>respecto de custodia temporal o patria potestad, ya que éstas le corresponden a un juez de lo familiar.</p> <p>10. Los pacientes deberán pagar la cuota de recuperación correspondiente.</p> <p>11. Cuando algún programa o dirección solicite una valoración de carácter urgente para sustentar una denuncia o canalización de una persona al Hospital Rafael Serrano (El Batán), se debe turnar al servicio de psiquiatría.</p> <p>12. Se deben respetar las citas que se tienen agendadas y se debe hacer un espacio para dichas entrevistas.</p> <p>13. En caso de que el usuario solicite una constancia de ausencia escolar o a su trabajo, lo deberá solicitar al Analista (Psicólogo) que lo atiende, para su expedición.</p> <p>14. Esta misma se extenderá siempre y cuando se empalme la consulta con sus actividades escolares o trabajo.</p> <p>15. El personal encargado de otorgar el servicio deberá llevar un control de personas atendidas.</p>	
<b>Tiempo Promedio de Gestión</b>	1 hora.	

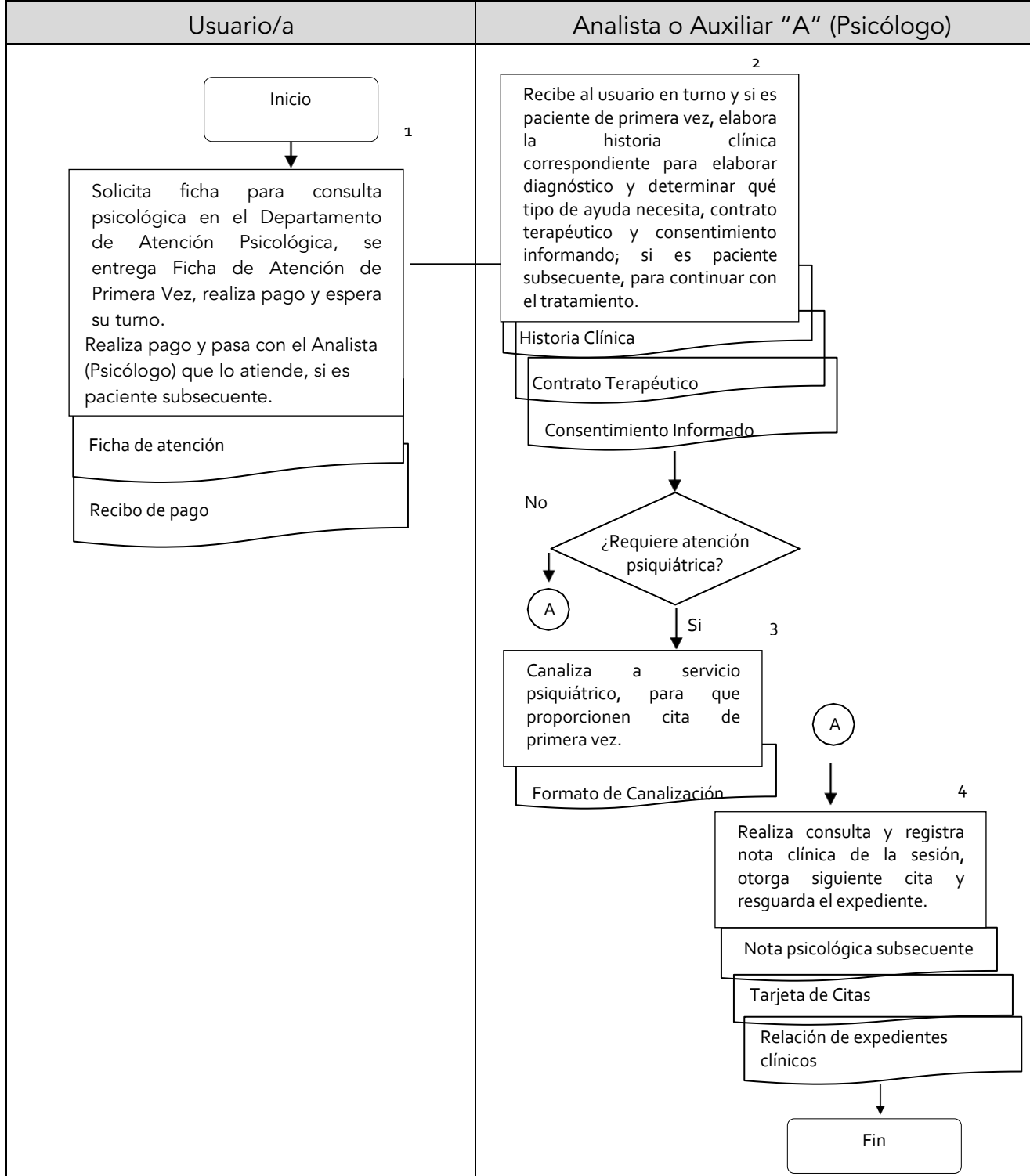
	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: <b>MPCI1821/MP/SMDIF/DAPC063-A</b>
		Fecha de elaboración: <b>08/09/2016</b>
		Fecha de actualización: <b>15/09/2020</b>
		Núm. de revisión: <b>02</b>


Descripción del Procedimiento: Para otorgar atención Psicológica				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuario/a	1	<p>Solicita ficha para consulta psicológica en el Departamento de Atención Psicológica, entrega Ficha de Atención de Primera Vez, realiza pago y espera su turno.</p> <p>Realiza pago y pasa con el Analista (Psicólogo) que lo atiende, si es paciente subsecuente.</p>	<p>Ficha de Atención de Primera Vez FORM.3410/SMDIF1821/0919</p> <p>Recibo de pago FORM.551-C/SMDIF/1821/0919</p>	1 original
Analista o Auxiliar "A" (Psicólogo)	2	<p>Recibe al usuario en turno y si es paciente de primera vez, elabora la historia clínica correspondiente para elaborar diagnóstico y determinar qué tipo de ayuda necesita, contrato terapéutico y consentimiento informando; si es paciente subsecuente, para continuar con el tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no requiere atención psiquiátrica continúa en la actividad Núm. 4, en caso contrario:</li> </ul>	<p>Historia Clínica según corresponda Infantil, FORM.3257/SMDIF1821/0619, Adolescente, FORM.3255/SMDIF1821/0619, Adulto FORM.3256/SMDIF1821/0619, Pareja y Familia FORM.3258/SMDIF1821/0619</p> <p>9</p> <p>Contrato terapéutico FORM.1463-B/SMDIF1821/0619/ Consentimiento informado FORM.1462-B/SMDIF/1821/0619</p>	1 original

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

Responsable	No	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Analista o Auxiliar "A" (Psicólogo)	3	Canaliza a servicio psiquiátrico, para que proporcionen cita de primera vez.	Formato de Canalización FORM.398-C/SMDIF1821/0619	1 original y 1 Copia
Analista o Auxiliar "A" (Psicólogo)	4	Realiza consulta y registra nota clínica de la sesión, otorga siguiente cita y resguarda el expediente.  Termina procedimiento	Nota Psicológica Subsecuente FORM.3262/SMDIF1821/0619 Tarjeta de Citas FORM.392-C/SMDIF1821/0619 Relación de expedientes clínicos	Original

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar atención Psicológica



	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02






*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Psicológica*





*" Los "Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de  
Prot Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de  
Puebla y demás disposiciones legales aplicables. "*

**FICHA DE ATENCIÓN DE PRIMERA VEZ**

FECHA	CONSULTORIO	NOMBRE DEL PERSONAL
HORARIO		NOMBRE DEL PACIENTE
		(EN CASO DE SER MENOR DE EDAD) NOMBRE DEL PADRE Y/O TUTOR

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

**Dirección Administrativa**  
**Departamento de Recursos Financieros**

*"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables".*

Recibo:
Fecha: / /
Folio:

Recibimos de:
RFC:

Nombre de la calle:
No. Oficial:

Letra:
No. Interior:
Colonia:
C.P.:


Observaciones:


Clave	Concepto	C.U.	Importe
		<b>Total</b>	


R.F.C. SMD-930309-8U6


**FORM.551-C/SMDIF1821/0219**

[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)


 Avenida Cue Morio No. 201, Col. San Baltazar Campecho, Puebla, Pue. C.P.72550

 Tel. +52 (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H.AyuntamientodePuebla

109

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Psicológica

\*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables\*

### HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA INFANTIL

Fecha de elaboración: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ No. Expediente: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: H M  
Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre(s)  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Analfabetismo: Sí No Lengua: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Tel. fijo: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: (calle y número) \_\_\_\_\_  
 Colonia: \_\_\_\_\_ Junta Auxiliar: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

#### Estado civil de los Padres:

( ) Casados ( ) Separados ( ) Divorciados ( ) Unión Libre ( ) Viudos  
 Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Tutor (a): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 En caso de estar separados, ¿ya tiene otra pareja? \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 En caso de estar separados, ¿ya tiene otra pareja? \_\_\_\_\_

**Motivo de consulta:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_


#### Cronología del problema

• ¿Cuándo inició el problema?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

www.pueblacapital.gob.mx

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche,  Tel. +52 (222) 214.00.00  @PueblaAyto  H.AyuntamientodePuebla  
 Puebla, Pue. C.P. 72550

FORM.3257/SMDIF1821/061

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Psicológica*

\*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables \*

### HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA PARA ADOLESCENTES

Fecha de elaboración: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ No. Expediente: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: H M  
Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre(s)  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Analfabetismo: Sí No Lengua: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Tel. fijo: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: (calle y número) \_\_\_\_\_  
 Colonia: \_\_\_\_\_ Junta Auxiliar: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

#### Estado civil de los Padres:

Casados  Separados  Divorciados  Unión Libre  Viudos  
 Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Tutor (a): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 En caso de estar separados, ¿ya tiene otra pareja? \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 En caso de estar separados, ¿ya tiene otra pareja? \_\_\_\_\_


**Motivo de consulta:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

www.pueblacapital.gob.mx

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche,  Tel. +52 (222) 2.14.00.00  @PueblaAyto  H.AyuntamientodePuebla

**FORM.3255/SMDIF1821/0619**



	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Psicológica*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

### HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA PARA ADULTOS

Fecha de elaboración: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ No. Expediente: \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_

#### **FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: H M  
Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre(s)  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: 1) Soltero(a) 2) Casado(a) 3) Viudo(a) 4) Divorciado(a) 5) Unión libre 6) Separado(a)  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Analfabetismo: Sí No Lengua: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Tel. fijo: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: (calle y número) \_\_\_\_\_  
 Colonia: \_\_\_\_\_ Junta Auxiliar: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
 Familiar Responsable: \_\_\_\_\_ Tel./cel. \_\_\_\_\_

**Motivo de consulta:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### **Padecimiento actual**


¿Cuáles son los principales problemas o preocupaciones que tiene usted?

Conductuales: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Afectivos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Somáticos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

www.pueblacapital.gob.mx

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, 
  Tel. +52 (222) 2:14.00.00 
  @PueblaAyto 
  H.AyuntamientodePuebla  
 Puebla, Pue. C.P. 72550

**FORM.3256/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Psicológica

*"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."*

### HISTORIA CLÍNICA DE PAREJA Y FAMILIAR

Fecha de elaboración: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ No. Expediente: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### I.- Ficha de identificación

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Calle y número: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Años de Matrimonio: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido matrimonios anteriores? \_\_\_\_\_

¿Tiene hijos de esa relación? \_\_\_\_\_

-----●-----  
Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Calle y número: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Años de Matrimonio: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido matrimonios anteriores? \_\_\_\_\_

¿Tiene hijos de esa relación? \_\_\_\_\_



-----●-----  
¿Con quién vive la pareja o familia? \_\_\_\_\_

II.- Motivo de consulta \_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

www.pueblacapital.gob.mx

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche,  Tel. +52 (222) 2.14.00.00  @PueblaAyto  H.AyuntamientodePuebla  
Puebla, Pue. C.P. 72550

**FORM.3258/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Psicológica

\*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.\*

### CONTRATO TERAPÉUTICO

**Fecha de elaboración:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **No. Expediente:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_

*Cuando se asiste a un proceso psicoterapéutico es una decisión personal y responsable, donde se comprometen ambas partes en beneficio del paciente.*

*Es por ello que, a partir de la firma de este contrato terapéutico, usted tiene derecho y obligación a lo siguiente:*

1. El (a) psicoterapeuta se compromete a proporcionar apoyo psicológico al paciente de acuerdo a los principios de conocimiento y de la ética profesional, previstos en el Código Ético del Psicólogo en México. Así mismo, se compromete a orientar con claridad al paciente en cuanto a su padecimiento, fijando objetivos terapéuticos claros, orientándolo y asesorándolo durante el tiempo que dure el tratamiento.
2. Dejar el tratamiento psicoterapéutico con previo aviso al psicólogo (a).
3. El (a) psicoterapeuta se compromete a que la información que el paciente vierta en las sesiones terapéuticas, será tratada bajo los principios de confidencialidad y de respeto que marquen los cánones éticos de la Psicología, únicamente podría ser roto el principio de confidencialidad cuando su vida o la vida de terceros corra peligro.
4. Usted tiene derecho a una segunda opinión o cambio de psicoterapeuta, con aviso a la Jefatura del Departamento de Psicología.
5. El (a) paciente se COMPROMETE a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr un cambio terapéutico en su persona, tratando de lograr su bienestar físico y mental.
6. El (a) paciente se COMPROMETE a asistir puntualmente a las citas que se programen con anterioridad. En caso de no poder acudir, avisará al Terapeuta con 24 horas de anticipación como mínimo.
7. El (a) paciente está de acuerdo en cubrir el costo de las sesiones terapéuticas de acuerdo al nivel socioeconómico establecido en el estudio.
8. Se establecen \_\_\_\_\_ sesiones terapéuticas, con posibilidad de realizar un nuevo contrato terapéutico de ser necesario.

Nombre del (a) paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del (a) terapeuta: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Familiar responsable (en caso de menores de edad): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_

Junta Auxiliar: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)



Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche,  
Puebla, Pue. C.P. 72550



Tel. +52 (222) 2.14.00.00




@PueblaAyto



H.AyuntamientodePuebla

**FORM.1463-B/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Psicológica*

\*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.\*

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de elaboración: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_

El (a) C. con nombre: \_\_\_\_\_ (o en su defecto su familiar responsable representante legal), solicita al Departamento de Atención Psicológica del Sistema Municipal DIF, la prestación de servicios de atención psicológica y/o psiquiátrica a través de la consulta externa, y autoriza al personal de la institución para practicarle una entrevista, seguimiento médico, baterías de pruebas, intervenciones psicológicas, intervenciones psicopedagógicas, exámenes de laboratorio y de gabinete que se juzguen necesarios para su diagnóstico y tratamiento. El paciente acepta, por medio de este documento, lo siguiente:

1. Otorgar sus datos personales (incluyendo su número telefónico fijo y dirección) al psicólogo (a) y/o médico para el llenado de su expediente clínico.
2. Pagar de forma oportuna (en caso necesario) la atención recibida, cuyo recibo de pago será entregado al inicio de la sesión y/o consulta otorgada.
3. Llegar puntualmente a sus citas subsecuentes, tomando en cuenta el pago previo del servicio otorgado, así como pasar previamente a la toma de signos vitales al servicio de enfermería.
4. En caso de llegar retrasado tiene el derecho a ser atendido por el tiempo que le reste a su consulta o podrá reagendarla, si así lo desea.  
El tiempo inicial de consulta de primera vez en psicología y/o psiquiatría es de 45 - 60 minutos.  
El tiempo de citas subsecuentes en el servicio de psicología es de 45 - 60 minutos.  
El tiempo de citas subsecuentes en el servicio de psiquiatría es de 30 minutos.
5. En caso de intervención en crisis, consulta en el Programa de Atención a la Violencia y/o Jóvenes en Progreso, el paciente NO pagará por el servicio prestado.
6. En caso de agendar cita telefónica, usted será el responsable de anotar correctamente fecha y hora del servicio que será prestado.
7. Puede darse el caso que el personal que le otorga su atención psicológica o médica no pueda atenderle por causas inesperadas y por tanto no sea posible informarle con anterioridad, en estos casos, se reprogramará su cita al espacio más cercano del que se disponga en la agenda del prestador(a) del servicio.

[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)



Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P. 72550



Tel. +52 (222) 2.14.00.00




@PueblaAyto



H.AyuntamientodePuebla

**FORM.1462-B/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02




8. Usted tiene derecho a solicitar una constancia de atención psicológica y/o psiquiátrica.
9. El personal médico de la institución le suministrará las prescripciones que usted requiera a causa de su condición clínica en sus citas programadas. Bajo ninguna circunstancia se proporcionarán recetas por psicotrópicos tipo II (por ejemplo, benzodiazepínicos) fuera de sus citas programadas.
10. Usted tiene derecho a manifestar inconformidad o queja sobre cualquier aspecto del servicio otorgado, mediante el uso del buzón de quejas, sugerencias y/o felicitaciones o directamente en la Jefatura de Departamento de Planeación, Seguimiento y Calidad.
11. Usted tiene derecho a una segunda opinión o cambio de terapeuta, solicitándolo directamente a la Jefatura del Departamento de Atención Psicológica.
12. En caso de suspender su tratamiento sin el consentimiento de su psicólogo (a) y/o médico, se exime de toda responsabilidad al personal y a la institución.

La presente carta se anexará al expediente clínico del paciente una vez que se haya firmado, y al paciente o a su responsable legal se le entregará una copia de conformidad.

Nombre del interesado (a): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del Psic. (a)/ Médico: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Familiar Responsable: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02








Dirección de Atención a la Salud  
 Departamento de Atención Psicológica

\*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.\*

## FORMATO DE CANALIZACIÓN

Fecha: \_\_\_\_\_

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Ocupación actual: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Col: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_  
 Motivo de Consulta: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Servicio, programa y/o institución al que se canaliza: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Procedimiento: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Recomendaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Atendido por: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_  
Firma de la Psicóloga (o)

\_\_\_\_\_  
Firma del Interesado (a)

www.pueblacapital.gob.mx

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche,  Tel. +52 (222) 214.00.00  @PueblaAyto  H.AyuntamientodePuebla  
 Puebla, Pue. C.P. 72550

**FORM.398-C/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Psicológica*

\*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.\*

## NOTA PSICOLÓGICA SUBSECUENTE

Expediente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Observaciones / retroalimentación de la tarea:

Tareas:

- La realizó correctamente
- La realizó incompleta
- La realizó pero la modificó
- No la realizó
- No se le dejó tarea

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Sucesos o avances relevantes entre sesiones:

---

---

Tema /actividades realizadas en sesión:

---

---

Avance general de la terapia (escala):

---

---

Recomendaciones:

---

---

[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)



Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P. 72550



Tel +52 (222) 2,14.00.00




@PueblaAyto



H.AyuntamientodePuebla

**FORM.3262/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02




Dirección de Atención a la Salud  
 Departamento de Atención Psicológica

# ATENCIÓN PSICOLÓGICA






## DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD

Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche,  
 Puebla, Pue. C.P.72550

Tel. +52 (222) 2.14.00.00 Ext. 220  
[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)

@SMDIFPue
 Sistema Municipal DIF

**TARJETA DE CITAS** \_\_\_\_\_

**Paciente:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Psic.** \_\_\_\_\_


*"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."*

**FORM.392-C/SMDIF1821/0619**


FECHA	HORA	FIRMA	OBSERVACIONES

**FORM.392-C/SMDIF1821/0619**




	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

<b>Nombre del Procedimiento:</b>	Procedimiento para otorgar atención Psiquiátrica.
<b>Objetivo:</b>	Otorgar atención psiquiátrica a las personas que acudan al Sistema Municipal DIF o con interconsulta, a fin de promover el desarrollo emocional y la cultura de la salud mental de la población del Municipio, a través de diferentes programas.
<b>Fundamento Legal:</b>	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12 fracción V.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos, 1, 8, 13 fracción III y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos. 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V.</p> <p>NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.</p> <p>NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.</p> <p>NOM-047-SSA2-2015 Para la atención a la salud del grupo etario 10 a 19 años de edad.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 7 fracción V, inciso c), y Artículo 51 fracción IV, V y VI y 54</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2018-2021</p>

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

<b>Políticas de Operación:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se otorgará el servicio a cualquier persona que viva en el Municipio de Puebla y que requiera atención psiquiátrica.</li> <li>2. Cuando alguna institución externa, programa o Dirección del SMDIF, solicite atención de carácter urgente o cuando la persona en crisis se presente, se le brindará atención inmediata. Tomando como urgencia a aquellos usuarios que presenten ideación y/o intento suicida o cualquier persona que presente un estado de intensa perturbación emocional.</li> <li>3. Toda persona que solicite el servicio del área será asistida con respeto y amabilidad, atendiendo en todo momento a su calidad humana.</li> <li>4. Los casos de urgencia deben ser tratados de una manera especial, dejando para después cuestiones administrativas; se debe tener como prioridad llevar al paciente a un estado de equilibrio emocional.</li> <li>5. La persona en crisis deberá presentarse con un familiar y/o persona responsable del mismo; en caso de presentarse solo, el personal del Departamento de Atención Psicológica deberá comunicarse con algún familiar de la persona para que se presenten a acompañarlo. (Se elabora formato de Intervención en crisis)</li> <li>6. Las citas subsecuentes deben ser otorgadas por el psiquiatra que atiende al paciente por primera vez.</li> <li>7. No se debe proporcionar información del estado emocional o de la dinámica familiar de los pacientes a cualquier persona, pues información confidencial.</li> <li>8. En caso de que el usuario solicite una constancia de ausencia escolar o a su trabajo, lo deberá solicitar al psiquiatra que lo atiende para su expedición. Esta misma se extenderá siempre y cuando se empalme la consulta con sus actividades escolares o trabajo.</li> <li>9. El personal encargado de otorgar el servicio deberá llevar un control de los usuarios.</li> <li>10. Por atención en crisis no presentarán recibo de pago, ya que es un servicio gratuito.</li> <li>11. Aplicar acciones de mejora regulatoria.</li> </ol>
<b>Tiempo Promedio de Gestión:</b>	1 hora.

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

Descripción del procedimiento: Para otorgar atención Psiquiátrica.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Analista (Psicólogo)	1	Canaliza para interconsulta con el Psiquiatra (Analista Consultivo).	FORM.398-C/SMDIF1821/0619	Original
Usuario/a	2	Realiza el pago en caja para consulta con el psiquiatra, se dirige con el analista administrativo para las indicaciones.	FORM.551-C/SMDIF/1821/0919	Original
Analista (administrativo)	3	Informa al psiquiatra que ha llegado su paciente.		
Analista Consultivo (Psiquiatra)	4	Recibe al usuario en turno. <ul style="list-style-type: none"> <li>Si es atención subsecuente continua en la actividad Núm. 8, en caso contrario:</li> </ul>		
	5	Realiza historia clínica psiquiátrica, consentimiento informado y establece un diagnóstico.	Historia Clínica M.3261/SMDIF1821/0619 Carta de Consentimiento informado 1462-B/SMDIF1821/0619	Originales
	6	Determina si amerita tratamiento psicofarmacológico, extiende receta médica y otorga cita de seguimiento.	Receta Médica FORM.390-C/SMDIF1821/0619	1 original y 1 copia
	7	Revisa los resultados de los signos vitales del usuario y realiza consulta Subsecuente donde evalúa la presencia de sintomatología, efectos de medicamentos y avances del tratamiento.		
	8	Elabora nota subsecuente e indica próxima cita. Resguarda el expediente. Termina procedimiento.	Cita Subsecuente FORM.3262/SMDIF1821/0619. Tarjeta de Cita FORM.393-C/SMDIF1821/0619	1 original



Manual de Procedimientos  
de la Dirección de  
Atención a la Salud

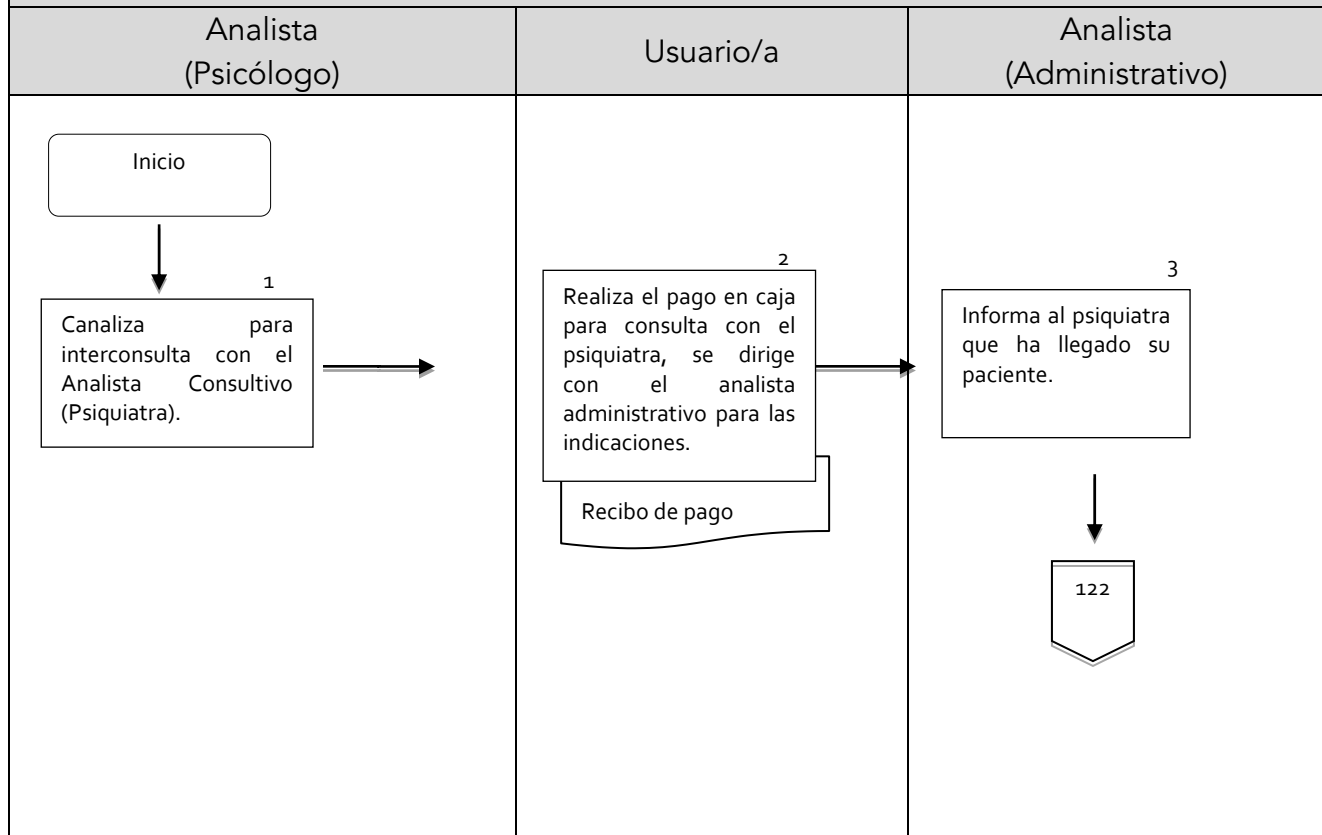
Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A

Fecha de elaboración: 08/09/2016

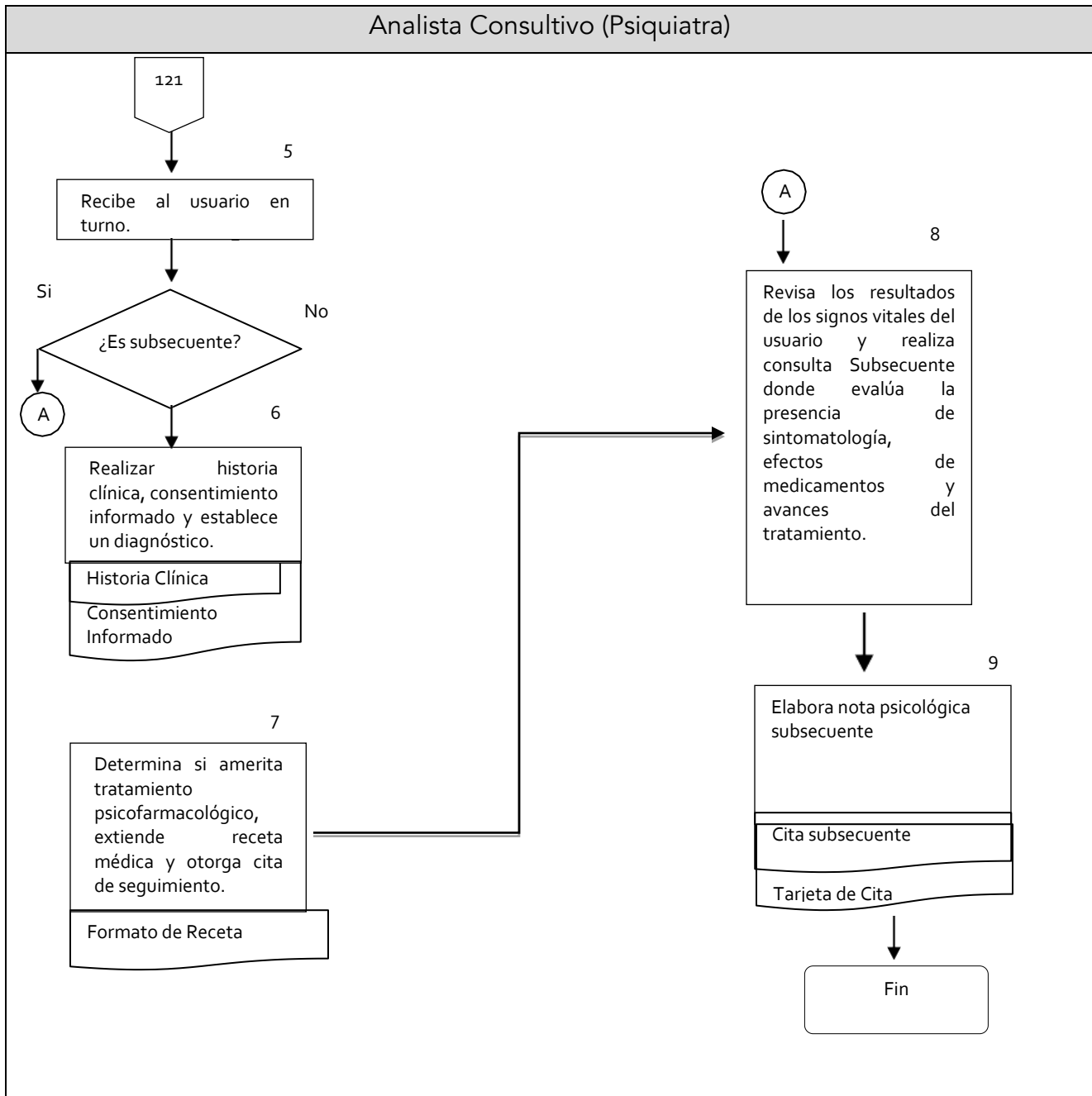
Fecha de actualización: 15/09/2020


Núm. de revisión: 02

Diagrama de flujo del procedimiento: Para otorgar atención Psiquiátrica.



Analista Consultivo (Psiquiatra)



	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Psicológica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

## FORMATO DE CANALIZACIÓN

Fecha: \_\_\_\_\_

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridad:

\_\_\_\_\_ Ocupación actual: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Col: \_\_\_\_\_ Teléfono:

\_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

Motivo de Consulta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Servicio, programa y/o institución al que se canaliza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Procedimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recomendaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la Psicóloga (o)

\_\_\_\_\_  
Firma del Interesado (a)

www.pueblacapital.gob.mx


 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche,  
Puebla, Pue. C.P. 72550



 Tel. +52 (222) 214.00.00





 @PueblaAyto

 H.Ayuntamiento de Puebla

**FORM.398-C/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

*Dirección Administrativa  
Departamento de Recursos Financieros*

\*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables\*.

Recibo: \_\_\_\_\_
Fecha: / / \_\_\_\_\_
Folio:

Recibimos de: \_\_\_\_\_
RFC: \_\_\_\_\_

Nombre de la calle: \_\_\_\_\_
No. Oficial: \_\_\_\_\_

Letra: \_\_\_\_\_
No. Interior: \_\_\_\_\_
Colonia: \_\_\_\_\_
C.P. \_\_\_\_\_


Observaciones: \_\_\_\_\_


Clave	Concepto	C.U.	Importe
		<b>Total</b>	


R.F.C. SMD-930309-8U6


**FORM.551-C/SMDIF1821/0219**

[www.pueblecapital.gob.mx](http://www.pueblecapital.gob.mx)


 Avenida Cue Morio No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550

 Tel. +52 (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H.AyuntamientodePuebla

126

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Psicológica*

\*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.\*

### HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

Fecha de elaboración: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ No. Expediente: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: H M  
Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre(s)

Fecha de Nac: \_\_\_\_\_ Lugar de Nac: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Analfabetismo: Sí No

Lengua: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_  
(calle y número)

Junta Auxiliar: \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Familiar Responsable: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Motivo de consulta: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Expectativa de atención: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_


Padecimiento actual: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

www.pueblacapital.gob.mx

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, 
  Tel. +52 (222) 214.00.00 
  @PueblaAyto 
  H.Ayuntamiento de Puebla

**FORM.3261/SMDIF1821/0619**



	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Psicológica*

\*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.\*

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de elaboración: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_

El (a) C. con nombre: \_\_\_\_\_ (o en su defecto su familiar responsable representante legal), solicita al Departamento de Atención Psicológica del Sistema Municipal DIF, la prestación de servicios de atención psicológica y/o psiquiátrica a través de la consulta externa, y autoriza al personal de la institución para practicarle una entrevista, seguimiento médico, baterías de pruebas, intervenciones psicológicas, intervenciones psicopedagógicas, exámenes de laboratorio y de gabinete que se juzguen necesarios para su diagnóstico y tratamiento. El paciente acepta, por medio de este documento, lo siguiente:

1. Otorgar sus datos personales (incluyendo su número telefónico fijo y dirección) al psicólogo (a) y/o médico para el llenado de su expediente clínico.
2. Pagar de forma oportuna (en caso necesario) la atención recibida, cuyo recibo de pago será entregado al inicio de la sesión y/o consulta otorgada.
3. Llegar puntualmente a sus citas subsecuentes, tomando en cuenta el pago previo del servicio otorgado, así como pasar previamente a la toma de signos vitales al servicio de enfermería.
4. En caso de llegar retrasado tiene el derecho a ser atendido por el tiempo que le reste a su consulta o podrá reagendarla, si así lo desea.  
El tiempo inicial de consulta de primera vez en psicología y/o psiquiatría es de 45 - 60 minutos.  
El tiempo de citas subsecuentes en el servicio de psicología es de 45 - 60 minutos.  
El tiempo de citas subsecuentes en el servicio de psiquiatría es de 30 minutos.
5. En caso de intervención en crisis, consulta en el Programa de Atención a la Violencia y/o Jóvenes en Progreso, el paciente NO pagará por el servicio prestado.
6. En caso de agendar cita telefónica, usted será el responsable de anotar correctamente fecha y hora del servicio que será prestado.
7. Puede darse el caso que el personal que le otorga su atención psicológica o médica no pueda atenderle por causas inesperadas y por tanto no sea posible informarle con anterioridad, en estos casos, se reprogramará su cita al espacio más cercano del que se disponga en la agenda del prestador(a) del servicio.

www.pueblacapital.gob.mx



Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche,  
Puebla, Pue. C.P. 72550



Tel. +52 (222) 214.00.00




@PueblaAyto



H.AyuntamientodePuebla

**FORM.1462-B/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Psicológica*

*"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables".*

## RECETA MÉDICA

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

IDx: \_\_\_\_\_

Px: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Médico: \_\_\_\_\_

Cédula Profesional: \_\_\_\_\_

**FORM.390-C/SMDIF1821/0219**


[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550

 Tel. +52 (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H.AyuntamientodePuebla

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Psicológica*

\*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.\*

## NOTA PSICOLÓGICA SUBSECUENTE

Expediente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Observaciones / retroalimentación de la tarea:

**Tareas:**

- La realizó correctamente
  - La realizó incompleta
  - La realizó pero la modificó
  - No la realizó
  - No se le dejó tarea

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Sucesos o avances relevantes entre sesiones:**

---

---

**Tema /actividades realizadas en sesión:**

---

---

**Avance general de la terapia (escala):**

---

---

**Recomendaciones:**


---

---

[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P. 72550
  Tel. +52 (222) 2,14,00.00
  @PueblaAyto
  H.AyuntamientodePuebla

**FORM.3262/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02




***Dirección de Atención a la Salud***  
***Departamento de Atención Psicológica***





**GUERRAS Y  
DENUNCIAS  
01800 1 VIGILA  
844452**

## ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

### DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD

  
Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche,  
Puebla, Pue., C.P.72550

  
Tel. +52 (222) 2.14.00.00 Ext. 220  
[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)

 @SMDIFPue 
 Sistema Municipal DIF


**TARJETA DE CITAS** \_\_\_\_\_  
**Paciente:** \_\_\_\_\_  
**Nombre del Psiq.** \_\_\_\_\_

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."


FORM.393-C/SMDIF1821/0619

FECHA	HORA	FIRMA	OBSERVACIONES


**FORM.393-C/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

<b>Nombre del Procedimiento:</b>	Procedimiento para otorgar atención Psicológica en casos de violencia
<b>Objetivo:</b>	Brindar atención psicológica a personas del Municipio de Puebla que estén en situación de violencia y acudan al Sistema Municipal DIF, con el fin de promover la cultura de la NO violencia entre la población del Municipio.
<b>Fundamento Legal:</b>	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24,167.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12 fracción V.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos, 1, 8, 13 fracción III y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos. 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V.</p> <p>NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.</p> <p>NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.</p> <p>NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.</p>

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

	<p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 7 fracción V, inciso c), y Artículo 51 fracción IV, V y VI y 54</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2018-2021</p>
<b>Políticas de Operación:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los casos de atención a la Violencia se atenderán cuando la asistencia sea voluntaria, esto es, cuando la persona consciente de que vive una situación violenta, solicita voluntariamente el apoyo psicológico o cuando sean canalizados por el área Jurídica de la institución.</li> <li>2. Se otorgará el servicio a cualquier persona que viva en el Municipio de Puebla que sea víctima de violencia familiar, escolar o laboral.</li> <li>3. Toda persona que solicite el servicio del área será asistida con respeto y amabilidad, atendiendo en todo momento a su calidad humana.</li> <li>4. Los pacientes y el personal de otros programas del Sistema Municipal DIF, al hacer uso de los servicios psicológicos se deben sujetar a los horarios del Departamento de Atención Psicológica.</li> <li>5. El analista (psicólogo) asignado debe canalizar a un paciente a otros programas del Sistema Municipal DIF cuando la valoración correspondiente lo amerite o cuando el propio paciente manifieste esa necesidad.</li> <li>6. Los reportes psicológicos solicitados vía oficio de alguno de los programas del Sistema Municipal DIF o de organizaciones externas, deberán ser entregados en sobres sellados.</li> <li>7. Las citas subsecuentes deben ser otorgadas por los analistas psicólogos que atiende al paciente por primera vez.</li> <li>8. En ningún caso el personal que labora en el Departamento de Atención Psicológica está capacitada para tomar decisiones respecto de custodia temporal o toma de la patria potestad, ya que éstas le corresponden a un juez de lo familiar.</li> </ol>
<b>Tiempo Promedio de Gestión:</b>	<p>1 hora. (Variable en casos de emergencia).</p>

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

Descripción del Procedimiento: Para otorgar atención Psicológica en casos de violencia				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuario/a	1	Solicita atención voluntariamente o por canalización. Se proporciona Ficha de Atención de Primera Vez, se asigna psicólogo, fecha y hora de su atención.	Ficha de Atención de Primera Vez FORM.3410/SMDIF/1821/0919	1 original
Analista o Auxiliar "A" (Psicólogo)	2	Recibe al usuario en turno y si es paciente de primera vez, elabora la historia clínica según corresponda (Infantil o Adulto), contrato terapéutico y consentimiento informando; si es paciente subsecuente, para continuar con el tratamiento. De ser necesario lo canaliza al Refugio Temporal de Atención.	Historia Clínica según corresponda Infantil FORM.3260/SMDIF1821/0619, Adulto FORM.3259/SMDIF1821/0619 Consentimiento Informado FORM.1462-B/SMDIF1821/0619 Contrato terapéutico FORM.1463-B/SMDIF1821/0619	
	3	Canaliza a servicio psiquiátrico, para que proporcionen cita de primera vez.	Formato de Canalización FORM.398-C/SMDIF1821/0619	1 original y 1 Copia
	4	Realiza Consulta y registra nota clínica de la sesión, otorga siguiente cita y resguarda el expediente. Elabora Nota Psicológica Subsecuente y se integra al expediente, proporciona fecha para próxima cita y resguarda el expediente. Termina procedimiento.	Formato de Nota Psicológica Subsecuente FORM.3262/SMDIF1821/0619 Tarjeta de citas FORM.392-C/SMDIF1821/0619	Originales



Manual de Procedimientos  
de la Dirección de  
Atención a la Salud

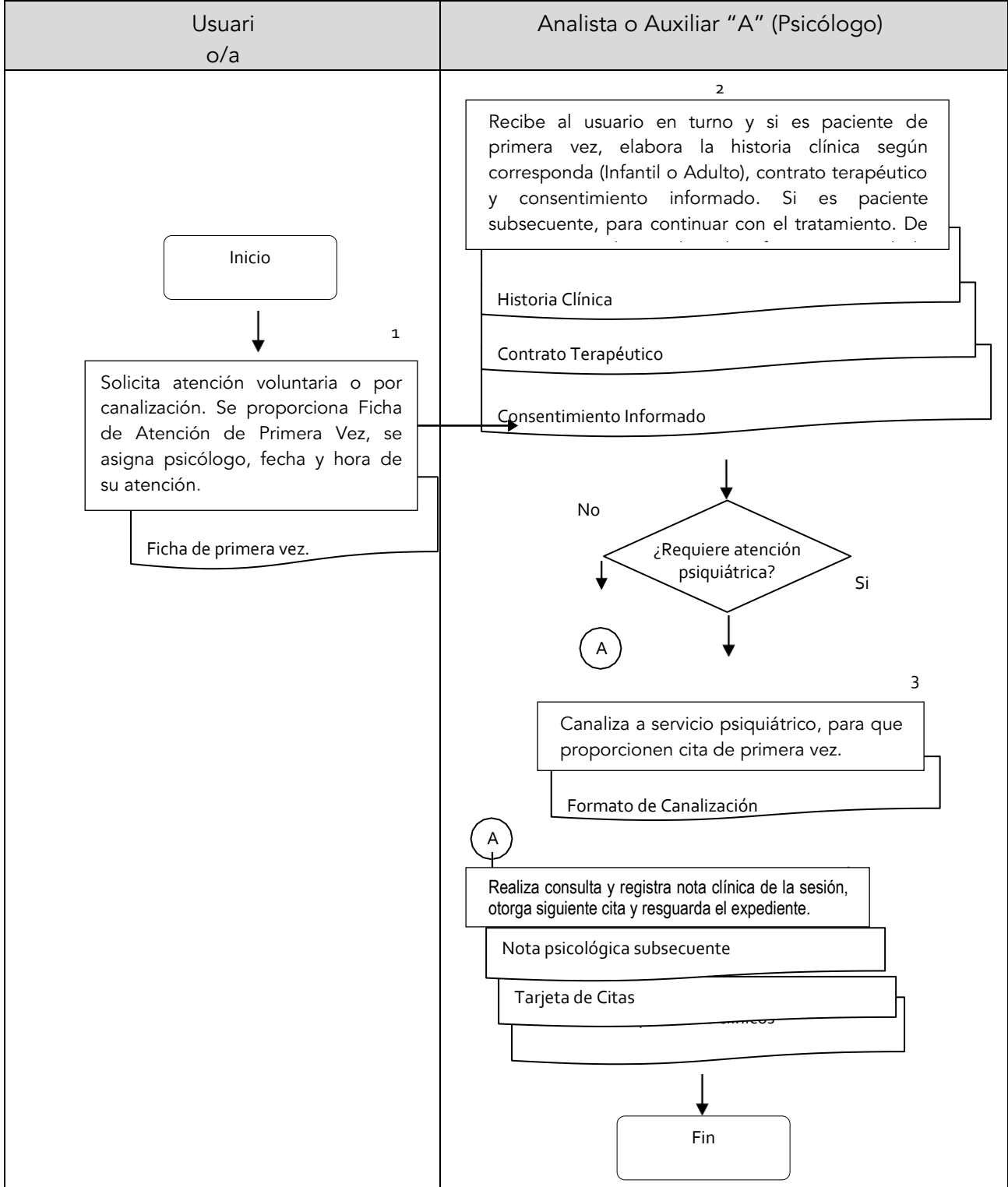
Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A

Fecha de elaboración: 08/09/2016


Fecha de actualización: 15/09/2020

Núm. de revisión: 02

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar atención Psicológica en casos de Violencia





	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02




*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Psicológica*

*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.*

**FICHA DE ATENCIÓN DE PRIMERA VEZ**

FECHA	CONSULTORIO	NOMBRE DEL PERSONAL
HORARIO		NOMBRE DEL PACIENTE
		(EN CASO DE SER MENOR DE EDAD) NOMBRE DEL PADRE Y/O TUTOR

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Psicológica*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables"

### HISTORIA CLÍNICA APV INFANTIL

Fecha de elaboración: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ No. Expediente: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: H M

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre(s)

Estado civil: 1) Soltero(a) 2) Casado(a) 3) Viudo(a) 4) Divorciado(a) 5) Unión libre 6) Separado(a)

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Analfabetismo: Sí Religi6n: \_\_\_\_\_

Ocupaci6n: \_\_\_\_\_ C6digo Postal: \_\_\_\_\_ Tel. fijo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electr6nico: \_\_\_\_\_

Domicilio: (calle y n6mero) \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Junta Auxiliar: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Familiar Responsable: \_\_\_\_\_ Tel./cel. \_\_\_\_\_

**Motivo de consulta:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


#### ESTRUCTURA FAMILIAR

Perpetrador (a)	Nombre	Parentesco	Edad	Sexo	Edo. Civil	Escolaridad	Ocupaci6n

www.pueblacapital.gob.mx

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P. 72550
  Tel. +52 (222) 214.00.00
  @PueblaAyto
  H.AyuntamientodePuebla

**FORM.3260/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Psicológica*

*\*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables\**

### HISTORIA CLÍNICA APV PARA ADULTOS

Fecha de elaboración: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ No. Expediente: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: H M  
Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre(s)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil: 1) Soltero(a) 2) Casado(a) 3) Viudo(a) 4) Divorciado(a) 5) Unión libre 6) Separado(a)

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Analfabetismo: Sí Religión: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Tel. fijo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Domicilio: (calle y número) \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Junta Auxiliar: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Familiar Responsable: \_\_\_\_\_ Tel./cel. \_\_\_\_\_

**Motivo de consulta:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **Hábitos ALIMENTACIÓN**

Desayuno: \_\_\_\_\_


Comida: \_\_\_\_\_

Cena: \_\_\_\_\_

Servicios de salud: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Psicológica

\*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.\*

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de elaboración: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_

El (a) C. con nombre: \_\_\_\_\_ (o en su defecto su familiar responsable representante legal), solicita al Departamento de Atención Psicológica del Sistema Municipal DIF, la prestación de servicios de atención psicológica y/o psiquiátrica a través de la consulta externa, y autoriza al personal de la institución para practicarle una entrevista, seguimiento médico, baterías de pruebas, intervenciones psicológicas, intervenciones psicopedagógicas, exámenes de laboratorio y de gabinete que se juzguen necesarios para su diagnóstico y tratamiento. El paciente acepta, por medio de este documento, lo siguiente:

1. Otorgar sus datos personales (incluyendo su número telefónico fijo y dirección) al psicólogo (a) y/o médico para el llenado de su expediente clínico.
2. Pagar de forma oportuna (en caso necesario) la atención recibida, cuyo recibo de pago será entregado al inicio de la sesión y/o consulta otorgada.
3. Llegar puntualmente a sus citas subsecuentes, tomando en cuenta el pago previo del servicio otorgado, así como pasar previamente a la toma de signos vitales al servicio de enfermería.
4. En caso de llegar retrasado tiene el derecho a ser atendido por el tiempo que le reste a su consulta o podrá reagendarla, si así lo desea.  
El tiempo inicial de consulta de primera vez en psicología y/o psiquiatría es de 45 - 60 minutos.  
El tiempo de citas subsecuentes en el servicio de psicología es de 45 - 60 minutos.  
El tiempo de citas subsecuentes en el servicio de psiquiatría es de 30 minutos.
5. En caso de intervención en crisis, consulta en el Programa de Atención a la Violencia y/o Jóvenes en Progreso, el paciente NO pagará por el servicio prestado.
6. En caso de agendar cita telefónica, usted será el responsable de anotar correctamente fecha y hora del servicio que será prestado.
7. Puede darse el caso que el personal que le otorga su atención psicológica o médica no pueda atenderle por causas inesperadas y por tanto no sea posible informarle con anterioridad, en estos casos, se reprogramará su cita al espacio más cercano del que se disponga en la agenda del prestador (a) del servicio.

www.pueblacapital.gob.mx



Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche,  
Puebla, Pue. C.P. 72550



Tel. +52 (222) 214.00.00




@PueblaAyto



H.AyuntamientodePuebla

**FORM.1462-B/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Psicológica

\*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.\*

### CONTRATO TERAPÉUTICO

**Fecha de elaboración:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **No. Expediente:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_:\_\_\_\_

*Cuando se asiste a un proceso psicoterapéutico es una decisión personal y responsable, donde se comprometen ambas partes en beneficio del paciente.*

*Es por ello que, a partir de la firma de este contrato terapéutico, usted tiene derecho y obligación a lo siguiente:*

1. El (a) psicoterapeuta se compromete a proporcionar apoyo psicológico al paciente de acuerdo a los principios de conocimiento y de la ética profesional, previstos en el Código Ético del Psicólogo en México. Así mismo, se compromete a orientar con claridad al paciente en cuanto a su padecimiento, fijando objetivos terapéuticos claros, orientándolo y asesorándolo durante el tiempo que dure el tratamiento.
2. Dejar el tratamiento psicoterapéutico con previo aviso al psicólogo(a).
3. El (a) psicoterapeuta se compromete a que la información que el paciente vierta en las sesiones terapéuticas, será tratada bajo los principios de confidencialidad y de respeto que marquen los cánones éticos de la Psicología, únicamente podría ser roto el principio de confidencialidad cuando su vida o la vida de terceros corra peligro.
4. Usted tiene derecho a una segunda opinión o cambio de psicoterapeuta, con aviso a la Jefatura del Departamento de Psicología.
5. El (a) paciente se **COMPROMETE** a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr un cambio terapéutico en su persona, tratando de lograr su bienestar físico y mental.
6. El (a) paciente se **COMPROMETE** a asistir puntualmente a las citas que se programen con anterioridad. En caso de no poder acudir, avisará al Terapeuta con 24 horas de anticipación como mínimo.
7. El (a) paciente está de acuerdo en cubrir el costo de las sesiones terapéuticas de acuerdo al nivel socioeconómico establecido en el estudio.
8. Se establecen \_\_\_\_\_ sesiones terapéuticas, con posibilidad de realizar un nuevo contrato terapéutico de ser necesario.

Nombre del (a) paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del (a) terapeuta: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Familiar responsable (en caso de menores de edad): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_

Junta Auxiliar: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

www.pueblacapital.gob.mx



Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche,  
Puebla, Pue. C.P. 72550



Tel. +52 (222) 2.14.00.00




@PueblaAyto



H.Ayuntamiento de Puebla

**FORM.1463-B/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



\*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.\*

### FORMATO DE CANALIZACIÓN

Fecha: \_\_\_\_\_

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ocupación actual: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Col: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

Motivo de Consulta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Servicio, programa y/o institución al que se canaliza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Procedimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recomendaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Atendido por: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_  
Firma de la Psicóloga (o)

\_\_\_\_\_  
Firma del Interesado (a)

www.pueblacapital.gob.mx

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche,  Tel. +52 (222) 214.00.00  @PueblaAyto  H.AyuntamientodePuebla  
Puebla, Pue. C.P. 72550

**FORM.398-C/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Psicológica*

*"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."*

## NOTA PSICOLÓGICA SUBSECUENTE

Expediente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Observaciones / retroalimentación de la tarea:

Tareas:

- La realizó correctamente
- La realizó incompleta
- La realizó pero la modificó
- No la realizó
- No se le dejó tarea

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Sucesos o avances relevantes entre sesiones:

---

---

Tema /actividades realizadas en sesión:

---

---

Avance general de la terapia (escala):

---

---

Recomendaciones:

---

---

www.pueblacapital.gob.mx

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, 
  Tel. +52 (222) 2.14.00.00 
  @PueblaAyto 
  H.AyuntamientodePuebla

FORM.3262/SMDIF1821/0619



**Manual de Procedimientos  
de la Dirección de  
Atención a la Salud**

Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
Fecha de elaboración: 08/09/2016
Fecha de actualización: 15/09/2020
Núm. de revisión: 02



Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Psicológica

## ATENCIÓN PSICOLÓGICA



### DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD

Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche,  
Puebla, Pue. C.P.72550

Tel. +52 (222) 2-14.00.00 Ext. 220  
[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)

@SMDIFPue Sistema Municipal DIF


TARJETA DE CITAS \_\_\_\_\_  
 Paciente: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Psic. \_\_\_\_\_

*"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."*

FORM.392-C/SMDIF1821/0619


FECHA	HORA	FIRMA	OBSERVACIONES
			FORM.392-C/SMDIF1821/0619




	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

## V. DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN DENTAL


<b>Nombre del Procedimiento:</b>	Procedimiento para otorgar el servicio de atención Dental.
<b>Objetivo:</b>	Brindar a la población vulnerable servicios odontológicos, detectando los problemas y necesidades dentales para emprender acciones preventivas y correctivas.
<b>Fundamento Legal:</b>	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículo 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 8, 13 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracciones V y XXIV.</p> <p>Normas Oficiales de la Secretaría de Salud 013 y 004.</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2018-2021</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal para el DIF, Artículo 51, fracción V.</p>

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

<b>Políticas de Operación:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se atiende a todo el público en general que llegue a la Unidad Médica Integral del sistema Municipal DIF solicitando la atención.</li> <li>2. Para ser atendido deberá registrarse en el Módulo de Orientación Integral y pasar a la recepción de la clínica dental para registrarse y pedir su turno.</li> <li>3. El otorgamiento de servicio dental debe ser proporcionado y una vez terminado se paga el servicio.</li> <li>4. Todo trabajo de laboratorio dental se paga anticipadamente.</li> <li>5. Las condonaciones en determinado porcentaje deben ser exclusivamente hechas por el personal de Trabajo Social.</li> <li>6. El horario de atención de consulta es de 07:00 a 16:00 horas, de lunes a viernes.</li> <li>7. Toda persona menor de edad, con capacidad diferente y/o de la tercera edad, deberá acudir acompañado de un responsable con identificación oficial.</li> <li>8. Los servicios de especialidad en ortodoncia, se trabaja bajo cita previa y la valoración correspondiente.</li> </ol>
<b>Tiempo Promedio de Gestión:</b>	Variable, depende de cada caso.

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

Descripción del Procedimiento: Para otorgar el servicio de atención Dental.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuario/a	1	Se presenta en el Módulo de Orientación Integral del Sistema Municipal DIF con una identificación oficial Se dirige a la recepción de la clínica dental, se anota en la lista de espera y solicita su turno.	N/A	N/A
Analista Historia Clínica	2	Realiza la historia clínica, solo en caso de que sea paciente de primera vez. Solicita su expediente en caso de paciente subsecuente. Toman signos vitales.	Historia Clínica Dental FORM.378- C/SMDIF1821/0619	Original
Analista Archivo	3	Entrega historia clínica a la recepción o expediente clínico en caso de ser subsecuente	Historia Clínica Dental FORM.378- C/SMDIF1821/0619	Original
Analista Administrativo	4	Asigna a Analista disponible o en su caso a Analista encargado de su seguimiento.	N/A	N/A
Usuario	5	Espera turno para consulta Odontológica	N/A	N/A

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

Responsable		Actividad	Formato o Documento	Tantos
Analista Odontólogo	6	<p>Recibe y atiende al Usuario en el área de trabajo, revisa o realiza la historia clínica; realiza diagnóstico, plan de tratamiento y consentimiento informado.</p> <p>Comunica al usuario, el tratamiento a realizarse y la cuota de recuperación.</p> <p>Solicita la firma de autorización del tratamiento e inicia el tratamiento (resina, amalgama, exodoncias, etc.).</p> <p>Al finalizar le indica al usuario que debe realizar el pago en caja.</p>	<p>Historia clínica. FORM.378- C/SMDIF1821/0619</p> <p>Consentimiento Informado de tratamiento dental FORM.1507- B/SMDIF1821/0619</p>	Original
Usuario	7	<p>Realiza el pago en la caja.</p> <p>Regresa con el analista administrativo a registrar su folio de pago y firma en la hoja diaria.</p> <p>Y vuelve con el Analista Odontólogo.</p>	<p>Hoja Diaria FORM.1508- E/SMDIF1821/0120</p>	Original
Analista Odontólogo	8	<p>Da indicaciones al usuario sobre el cuidado que debe tener para garantizar el tratamiento.</p> <p>En caso necesario proporciona fecha de la próxima cita y/o receta dental.</p> <p>Termina procedimiento.</p>	<p>Hoja diaria FORM.1508- E/SMDIF1821/0120</p> <p>Tarjeta de Citas FORM.1969- A/SMDIF1821/0619</p> <p>Receta Médica Dental FORM.380- C/SMDIF1821/0219</p>	Original



Manual de Procedimientos  
de la Dirección de  
Atención a la Salud

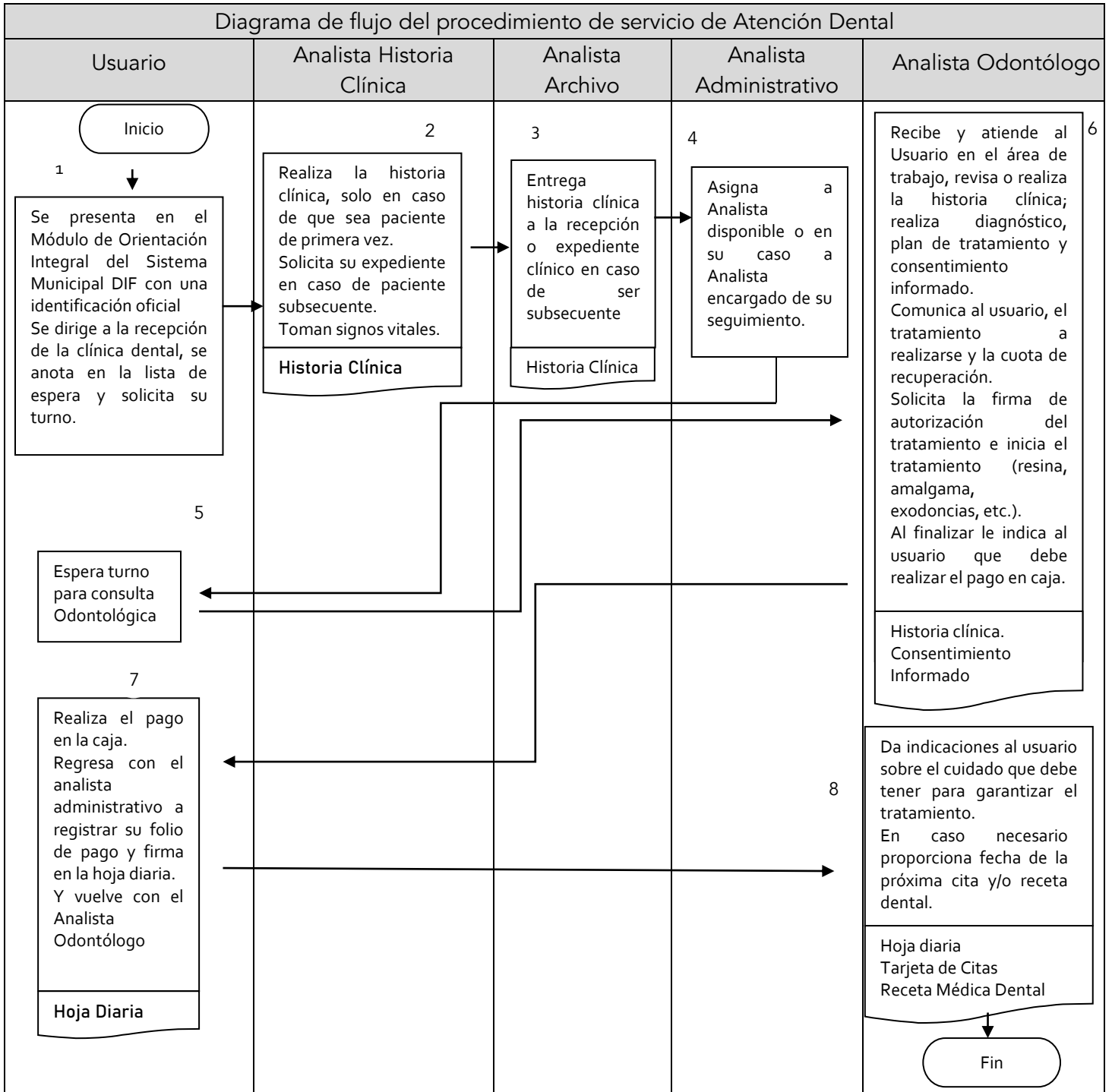
Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A


Fecha de elaboración: 08/09/2016

Fecha de actualización: 15/09/2020

Núm. de revisión: 02

Diagrama de flujo del procedimiento de servicio de Atención Dental



	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Dental

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

**CLUES PLDIF**

**000041**

**HISTORIA CLÍNICA DENTAL**

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono(s): ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Embarazo: sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Embarazo: sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

**Antecedentes heredo-familiares**

Diabetes: sí  no  ¿Quién? \_\_\_\_\_

Cáncer: sí  no  ¿Quién? \_\_\_\_\_

Enfermedades del corazón: sí  no  ¿Quién? \_\_\_\_\_

Enfermedades cerebro vasculares: sí  no  ¿Quién? \_\_\_\_\_

Trastornos psiquiátricos: sí  no  ¿Quién? \_\_\_\_\_

Otra: \_\_\_\_\_

Hipertensión: sí  no  ¿Quién? \_\_\_\_\_

Malformaciones congénitas: sí  no  ¿Quién? \_\_\_\_\_

Alcoholismo: sí  no  ¿Quién? \_\_\_\_\_

Tabaquismo: sí  no  ¿Quién? \_\_\_\_\_

**Antecedentes personales no patológicos**

Su vivienda cuenta con los servicios de luz, agua potable, drenaje, pavimento, internet, etc.  sí  no

Alimentación: buena  mala  regular  Fuma  sí  no

Activación física: sí  no  Farmacodependiente  sí  no

Bebidas alcohólicas: sí  no

**Antecedentes personales patológicos**

¿Es usted diabético? sí  no  Tipo: \_\_\_\_\_

¿Es usted hipertenso? sí  no

Infecciones en vías urinarias: sí  no

Discrasias sanguíneas (anemia, leucemia, Problemas de coagulación, equimosis) sí  no  ¿cuál? \_\_\_\_\_

Enfermedades de Transmisión Sexual: sí  no  ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Padece alguna otra enfermedad actualmente? sí  no  ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Está bajo tratamiento médico? sí  no  ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento? sí  no  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Lo han operado? sí  no  ¿de qué? \_\_\_\_\_

www.pueblacapital.gob.mx


Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P. 72550

Tel. +52 (222) 214.00.00

@PueblaAyto

H.AyuntamientodePuebla

FORM.378-C/SMDIF1821/0619

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



¿Ha tenido alguna fractura?      sí       no   
 ¿Ha tenido alguna transfusión sanguínea?      sí       no   
 ¿Ha perdido el conocimiento alguna vez?      sí       no   
 ¿Cuenta usted con su padrón de vacunas?      sí       no   
 ¿Es alérgico a algún medicamento, alimento, polvo, mascotas etc?      sí       no       ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**Interrogatorio por aparatos y sistemas**  
 Ha tenido algún tipo de enfermedad como: \_\_\_\_\_

**Enfermedades Contagiosas**  
 Sarampión:       Rubeola:       Varicela:

**Sistema respiratorio**  
 Asma       Bronquitis       Sinusitis       Neumonía       Tos   
 Tuberculosis       Disnea       Cianosis       Rinorrea       Expectoración

**Sistema digestivo**  
 Gastritis       Colitis       Reflujo       Hepatitis       Absceso hepático   
 Cirrosis       Estreñimiento       Enfermedades del colon       Cirrosis

**Sistema neurológico**  
 Epilepsia       Convulsiones       Vértigo   
 Migraña       Mareos       Meningitis

**Sistema cardiovascular**  
 Bradicardia       Hipertensión       Hipotensión       Taquicardia

**Sistema genitourinario**  
 Nefrosis       Cálculo renal       Uretritis       Nicturia       Enuresis       Edema

**Sistema hematopoyetico**  
 Hemorragia       Epistaxis       Hematuria   
 Petequias       Equimosis       Adenopatías

**Sistema endocrino**  
 Poliuria       Polifagia       Polidipsia       Insomnio       Nerviosismo   
 Pérdida o aumento de peso involuntario       Parotiditis

**Exploración física de cavidad oral y zonas adyacentes:**  
 Exploración física de cabeza y cuello cadena ganglionar submaxilar, retroarticular, borde anterior del esternocleidomastoideo, región parotídea \_\_\_\_\_

**Examen cavidad oral**  
 Carrillos: \_\_\_\_\_      Lengua: \_\_\_\_\_      Paladar: \_\_\_\_\_  
 Piso de la boca: \_\_\_\_\_      Labios: \_\_\_\_\_      Mucosas: \_\_\_\_\_  
 Tejidos duros: \_\_\_\_\_      Observaciones: \_\_\_\_\_

www.pueblacapital.gob.mx

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P. 72550     
  Tel. +52 (222) 2.14.00.00     
  @PueblaAyto     
  H.AyuntamientodePuebla

FORM.378-C/SMDIF1821/0619



Manual de Procedimientos  
de la Dirección de  
Atención a la Salud

Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A

Fecha de elaboración: 08/09/2016

Fecha de actualización: 15/09/2020

Núm. de revisión: 02



Motivo de la consulta: \_\_\_\_\_

Padecimiento actual: \_\_\_\_\_

ODONTOGRAMA INICIAL

Fecha: \_\_\_\_\_

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

CRITERIOS DE REGISTRO	INICIAL	SEGUIMIENTO
SANO.- PALOMA AZUL		
CAREADO.- SUPERFICIE ROJA		
OBTURADO.- SUPERFICIE AZUL		
PERDIDO.- "X" EN ROJO		
EXODONCIA.- LÍNEA OBLICUA EN ROJO		

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

ODONTOGRAMA DE SEGUIMIENTO

Estudios de gabinete y laboratorio: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Pronóstico: \_\_\_\_\_

www.pueblacapital.gob.mx

Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche,  
Puebla, Pue. C.P. 72550


Tel. +52 (222) 214-00-00

@PueblaAyto

H.AyuntamientodePuebla

FORM.378-C/SMDIF1821/0619



	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



TERAPÉUTICA EMPLEADA (VÍA, DÓISIS Y PERIODICIDAD)	
FECHA Y HORA	MEDICAMENTO


DECLARO QUE TODOS LOS DATOS ANOTADOS EN LA PRESENTE HISTORIA CLÍNICA SON VERDADEROS.

\_\_\_\_\_

FIRMA Y NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_

NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL (A)  
ESTOMATÓLOGO (A)

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



*Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Dental*

*\*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.\**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Yo : \_\_\_\_\_, a través del presente, declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente, en consecuencia, AUTORIZO el siguiente tratamiento: \_\_\_\_\_.

- 1.- He sido informado (a) y comprendo la necesidad y fines de ser atendido (a) por el especialista.
- 2.- He sido informado (a) de las alternativas posibles del tratamiento.
- 3.- Acepto la realización de cualquier prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento odontológico, incluyendo la realización de estudios radiográficos y analíticos, interconsultas con cualquier otro servicio médico y en general, cualquier método que sea propuesto en orden a las consecuencias de los fines proyectados y conocer el estado general de mi salud.
- 4.- Comprendo la necesidad de realizar, si es preciso, tratamientos tanto de carácter médico, como quirúrgicos, incluyendo el uso de anestesia local; siempre que sea necesario y bajo criterio del especialista.
- 5.- Comprendo los posibles riesgos y complicaciones involucradas en los tratamientos médicos y quirúrgicos y que en mi caso la duración de estos fenómenos no está determinada, pudiendo ser irreversible. Comprendo también que la odontología no es una ciencia exacta, por lo que no existen garantías sobre el resultado exacto de los tratamientos proyectados.
- 6.- Además de esta información que he recibido, seré informado (a) en cada momento y a mi requerimiento de la evolución de mi proceso, de manera verbal y/o escrita, si fuera necesaria y a criterio del (a) Doctor (a).
- 7.- Si surgiese cualquier situación inesperada o sobrevenida durante la intervención o tratamiento, autorizo al (a) Doctor (a) realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las proyectadas o usuales que a su juicio estimase oportuna para la resolución, en su caso, de la complicación surgida.
- 8.- Me ha sido explicado que para la realización del tratamiento es imprescindible mi colaboración con una higiene oral escrupulosa y con visitas periódicas para mi control clínico y radiográfico, siendo así que su omisión puede provocar resultados distintos a los esperados
- 9.- Doy mi consentimiento al (a) Doctor (a): \_\_\_\_\_ y por ende, al equipo de ayudantes de la Clínica-consulta que el designe, para realizar el tratamiento pertinente PUESTO QUE SE QUE ES POR MI PROPIO INTERÉS, con el buen entendido que puede retirar ese consentimiento por escrito cuando así lo desee.

www.pueblacapital.gob.mx



Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche,  
Puebla, Pue. C.P. 72550



Tel. +52 (222) 2.14.00.00




@PueblaAyto




H.Ayuntamiento de Puebla

**FORM.1507-B/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



Fecha del procedimiento	Tratamiento	Firma de autorización del paciente	Observaciones del (a) doctor (a)

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Dental

*"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."*

HOJA DIARIA DE ATENCIÓN DENTAL														
NOMBRE DEL RESPONSABLE (FIRMA Y SELLO):										FECHA:		LUGAR:		
No.	1ra	2da	Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	SEXO M/A	Seg. Social	Número de expediente	Colonia	Junta auxiliar	Diagnóstico	Tratamientos	FIRMA
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

<b>TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS</b> PACIENTES PRIMERA VEZ (14) PACIENTES SUBSECUENTES (204) MENORES DE 18 AÑOS HOMBRES (PRIMERA VEZ) MENORES DE 18 AÑOS MUJERES (PRIMERA VEZ) HOMBRES ENTRE 18 Y 59 AÑOS (PRIMERA VEZ) MUJERES ENTRE 18 Y 59 AÑOS (PRIMERA VEZ) ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS HOMBRES (PRIMERA VEZ) ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS MUJERES (PRIMERA VEZ)	<b>TOTAL DE LOS TRATAMIENTOS</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>SEXO</th> <th>0-17</th> <th>18-59</th> <th>60-ANUAL</th> </tr> <tr> <td>MUJERES</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HOMBRES</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	SEXO	0-17	18-59	60-ANUAL	MUJERES				HOMBRES				<b>OPERATORIA DENTAL</b> Tratamiento de urgencia Consulta Amalgama Resina Fotocurable Curación Exodoncia Profilaxis Cementación	<b>ATENCIÓN PREVENTIVA</b> Aplicación de Flúor Sellado Fotocurable	<b>TRATAMIENTOS DE ESPECIALIDAD</b> Armado de arcada superior Cementación de Brackets Consulta diagnóstico Consulta manual arcada inferior Consulta manual arcada superior Reposición de Brackets Cirugía Endodoncia por conducto Pulpotomía Corona acero oro	<b>AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO</b> Radiografías	<b>LABORATORIO</b> Arco lingual Botón de nano Mantenedor de frente estético Placas de expansión Mantenedor de espacio Placa tipo Hawley Placa parcial Placa total Provisional por unidad Rebasa Reparación de placa Toma de impresión Guarda dental
SEXO	0-17	18-59	60-ANUAL															
MUJERES																		
HOMBRES																		

OBSERVACIONES:	Seguridad social:    1 Seguro popular    2 IMSS    3 ISSSTE    4 ISSSTEP    6 Ninguna
----------------	---

www.pueblacapital.gob.mx

📍 Avenida Cus Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550


☎ Tel. +52 (222) 214.00.00

📱 PueblaAyto

📘 H.AyuntamientodePuebla

FORM.1508-E/SMDIF1821/0120



	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Dental

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables".

## RECETA MÉDICA DENTAL

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Médico Tratante: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Rx: \_\_\_\_\_ T/A: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Temp: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_ Cédula Profesional: \_\_\_\_\_

**FORM.380-C/SMDIF1821/0219**


[www.pueblacapital.gob.mx](http://www.pueblacapital.gob.mx)

 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue, C.P.72550


 Tel. +52 (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H.AyuntamientodePuebla


	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

<b>Nombre del Procedimiento:</b>	Procedimiento para otorgar el servicio de atención de Ortodoncia.
<b>Objetivo:</b>	Brindar a la población vulnerable servicios ortodónticos, detectando los problemas y necesidades oclusales y de apiñamiento dental para emprender acciones correctivas.
<b>Fundamento Legal:</b>	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12 Fracción VII.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2 Fracción VIII.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 8 y 13, y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracciones V y XXIV.</p> <p>Normas Oficiales de la Secretaría de Salud 013 y 004.</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2018-2021</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal para el DIF, Artículo 51 fracción V.</p>


	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

<b>Políticas de Operación:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se atiende a todo el público en general que llegue a la Unidad médica del sistema DIF Municipal solicitando la atención.</li> <li>2. deberá registrarse en el Módulo de Orientación con una identificación oficial.</li> <li>3. Para ser atendido deberá tener cita previa, la cual se dará una vez que sea dado de alta de rehabilitación integral.</li> <li>4. El otorgamiento de servicio dental debe ser proporcionado y una vez terminado se paga el servicio.</li> <li>5. Todo trabajo de laboratorio dental se paga anticipadamente.</li> <li>6. Las condonaciones en determinado porcentaje deben ser exclusivamente hechas por el personal de Trabajo Social.</li> <li>7. El horario de atención de consulta es de 07:00-15:00 horas de lunes a viernes.</li> <li>8. Toda persona menor de edad, con capacidad diferente y/o de la tercera edad, deberá acudir acompañado de un responsable con identificación oficial</li> <li>9. Los servicios de especialidad en ortodoncia, se trabaja bajo cita previa y la valoración correspondiente.</li> </ol>
<b>Tiempo Promedio de Gestión:</b>	1 hora aproximadamente



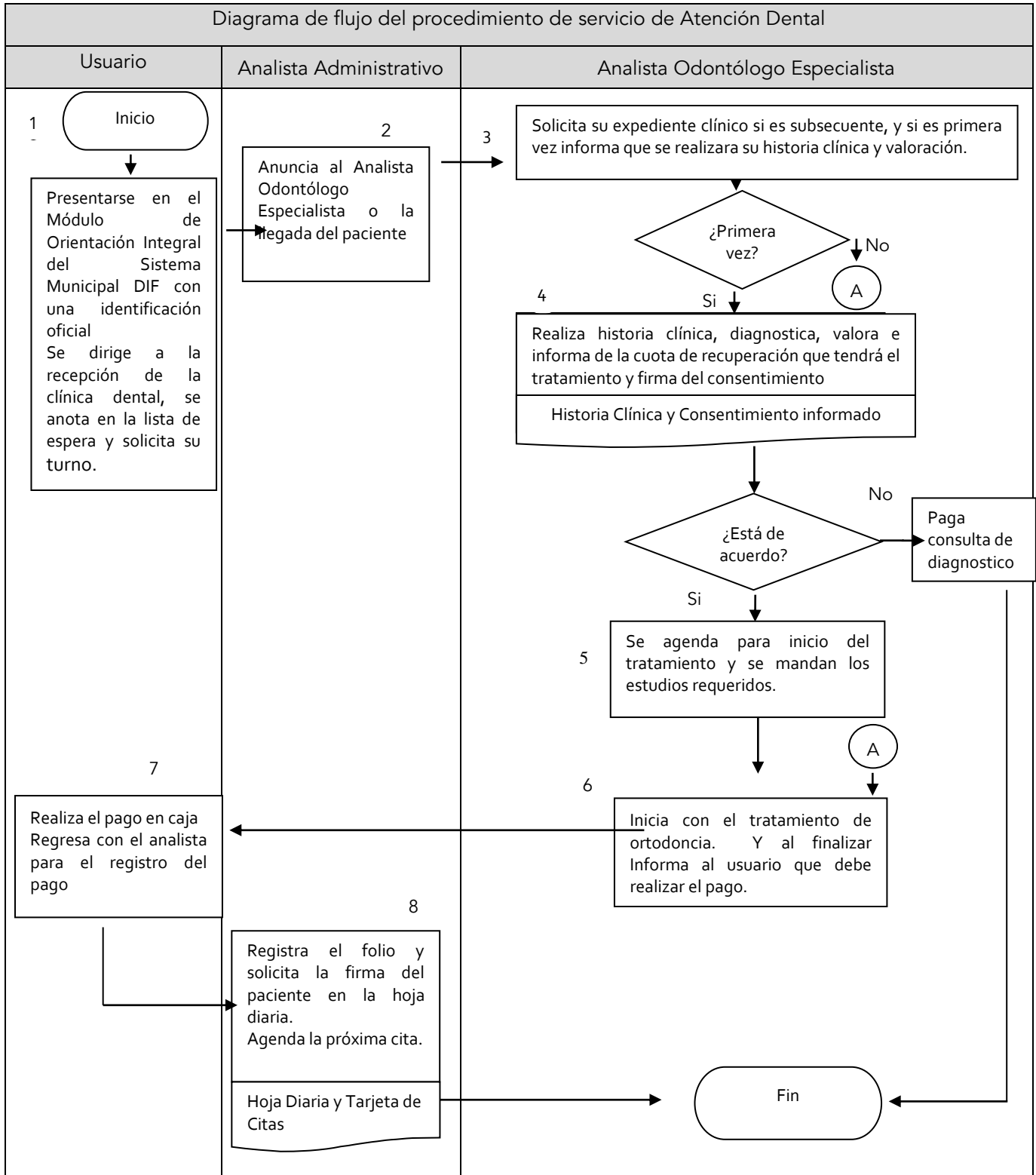
	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02


Descripción del Procedimiento: Procedimiento del servicio de ortodoncia.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuario	1	Presentarse en el Módulo de Orientación Integral del Sistema Municipal DIF con una identificación oficial Se dirige a la recepción de la clínica dental, se anota en la lista de espera y solicita su turno.	N/A	N/A
Analista Administrativo	2	Anuncia al Analista Odontólogo Especialista o la llegada del paciente	N/A	N/A
Analista Odontólogo Especialista	3	Solicita su expediente clínico si es subsecuente, y si es primera vez informa que se realizara su historia clínica y valoración.	Historia Clínica de Ortodoncia FORM.1548-B/SMDIF1821/0619 Consentimiento informado de Ortodoncia FORM.1547-B/SMDIF1821/0619	Originales
	4	Realiza historia clínica, diagnóstica, valora e informa de la cuota de recuperación que tendrá el tratamiento y firma del consentimiento  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si está de acuerdo con el costo continúa en actividad 5</li> <li>• Si no está de acuerdo, termina el procedimiento.</li> </ul>	Historia Clínica de Ortodoncia FORM.1548-B/SMDIF1821/0619 Consentimiento informado de Ortodoncia FORM.1547-B/SMDIF1821/0619	Originales

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

Responsable	No	Actividad	Formato o Documento	Tantos
	5	Se agenda para inicio del tratamiento y se mandan los estudios requeridos.	Tarjeta de citas FORM.1969- A/SMDIF1821/0619	Originales
	6	Inicia con el tratamiento de ortodoncia. Y al finalizar Informa al usuario que debe realizar el pago.	Historia Clínica de Ortodoncia FORM.1548- B/SMDIF1821/0619 Consentimiento informado de Ortodoncia FORM.1547- B/SMDIF1821/0619	Originales
Usuario	7	Realiza el pago en caja Regresa con el analista para el registro del pago	N/A	N/A
Analista Administrativo	8	Registra el folio y solicita la firma del paciente en la hoja diaria. Agenda la próxima cita.	Hoja diaria de Atención Dental FORM.1508- E/SMDIF1821/0120 Tarjeta de citas FORM.1969- A/SMDIF1821/0619	Originales

Diagrama de flujo del procedimiento de servicio de Atención Dental



	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Dental

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

## HISTORIA CLÍNICA DE ORTODONCIA

**CLUES PLDIF000041**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

No de expediente. \_\_\_\_\_.

### I. DATOS GENERALES

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del padre o tutor (a) \_\_\_\_\_

### II. ANÁLISIS ESQUELÉTICO / FACIAL

- Forma de la cara \_\_\_\_\_ oval \_\_\_\_\_cuadrada \_\_\_\_\_redonda
- Tipo facial \_\_\_\_\_ortognático \_\_\_\_\_retrognático \_\_\_\_\_prognático
- Perfil \_\_\_\_\_recto \_\_\_\_\_cóncavo \_\_\_\_\_convexo
- Patrón de crecimiento \_\_\_\_\_normal \_\_\_\_\_horizontal \_\_\_\_\_vertical
- Altura facial \_\_\_\_\_normal \_\_\_\_\_corta \_\_\_\_\_larga
- Simetría facial \_\_\_\_\_simétrico \_\_\_\_\_asimétrico \_\_\_\_\_der. \_\_\_\_\_izq.

### III. ANÁLISIS MUSCULAR (balance y tonicidad)

- Orbicular de los labios \_\_\_\_\_normal \_\_\_\_\_hipertónico \_\_\_\_\_hipotónico
- Borla del mentón \_\_\_\_\_normal \_\_\_\_\_hipertónico \_\_\_\_\_hipotónico
- Maseteros \_\_\_\_\_normal \_\_\_\_\_hipertónico \_\_\_\_\_hipotónico
- Buccinador \_\_\_\_\_normal \_\_\_\_\_hipertónico \_\_\_\_\_hipotónico
- Distancia inter labial en reposo \_\_\_\_\_mm.

### IV. ANÁLISIS FUNCIONAL

- Función mandibular. \_\_\_\_\_
- ATM \_\_\_\_\_chasquido \_\_\_\_\_crepitación \_\_\_\_\_sub-luxación  
\_\_\_\_\_apertura \_\_\_\_\_cierre \_\_\_\_\_der. \_\_\_\_\_izq. \_\_\_\_\_ambas
- Apertura máxima \_\_\_\_\_mm.
- Hábitos \_\_\_\_\_succión digital \_\_\_\_\_deglución atípica \_\_\_\_\_postural  
\_\_\_\_\_mordedor de uñas \_\_\_\_\_mordedor de plumas u objetos

www.pueblacapital.gob.mx


 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche,  
Puebla, Pue. C.P. 72550

 Tel. +52 (222) 214.00.00

 @PueblaAyto

 H.AyuntamientodePuebla

**FORM.1548-B/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



\_\_\_\_\_ninguno

- |                     |             |            |              |
|---------------------|-------------|------------|--------------|
| 5. Respiración      | _____normal | _____bucal | _____mixta   |
| 6. Fonación         | _____normal | _____nasal | _____gutural |
| 7. Frenillo lingual | _____normal | _____largo | _____corto   |
| 8. Frenillo labial  | _____normal | _____corto | _____largo   |

### V. ANÁLISIS DENTAL

- Clasificación de Angle
 

clase molar	der. I II III	izq. I II III
clase canino	der. I II III	izq. I II III
- Sobre mordida vertical \_\_\_\_\_porcentaje \_\_\_\_\_abierta mm.
- Sobre mordida horizontal \_\_\_\_\_mm
- Línea media en oclusión \_\_\_\_\_normal  
 \_\_\_\_\_desviada izq. sup.  
 \_\_\_\_\_desviada der. sup.  
 \_\_\_\_\_desviada izq. inf.  
 \_\_\_\_\_desviada der. inf.
- Línea media en desoclusión \_\_\_\_\_normal
- Mordida cruzada \_\_\_\_\_anterior \_\_\_\_\_posterior  
 (Especificar que órganos dentarios están en mordida cruzada)  
 17- 16 -15-14-13-12-11-21-22-23-24-25-26-27
- Mordida telescópica \_\_\_\_\_anterior \_\_\_\_\_posterior  
 17- 16 -15-14-13-12-11-21-22-23-24-25-26-27  
 47-46-45-44-43-42-41-31-32-33-34-35-36-37
- Presenta Guías canina der. sí no canina izq. sí no incisiva sí no
- Higiene oral \_\_\_\_\_buena \_\_\_\_\_regular \_\_\_\_\_mala.

### VI. ETIOLOGÍA

\_\_\_\_\_esquelética \_\_\_\_\_dentaria \_\_\_\_\_esquelético / dentaria.

### VII. PRONÓSTICO

\_\_\_\_\_favorable \_\_\_\_\_desfavorable

www.pueblacapital.gob.mx


 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P. 72550

 Tel. +52 (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H.AyuntamientodePuebla

**FORM.1548-B/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



**VIII. PLAN DE TRATAMIENTO (Objetivos)**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_

**IX. APARATOLOGÍA**

\_\_\_\_ Roth    \_\_\_\_ MBT    \_\_\_\_ Otro

**X. RETENCIÓN**

\_\_\_\_ Placas Hawley    \_\_\_\_ ESSEX    \_\_\_\_ Otro

**XI. TRATAMIENTO:**

\_\_\_\_ Primera Fase    \_\_\_\_ Segunda Fase

**XII. DURACIÓN**


\_\_\_\_ 12 meses    \_\_\_\_ 18 meses    \_\_\_\_ 24 meses    \_\_\_\_ más de 24 meses

**XIII. OBSERVACIONES**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Estomatólogo (a)

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre o Tutor (a)

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Dental

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables"

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES DE ORTODONCIA

### Riesgos y Limitaciones del Tratamiento de Ortodoncia

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MES / DÍA / AÑO

Un tratamiento de ortodoncia exitoso es el resultado de una buena relación entre ortodoncista y paciente. Sin embargo, debe estar consiente que tal como sucede en todas las artes médicas, existen riesgos y limitaciones.

Ortodoncia y ortopedia dentofacial es la especialidad dental que incluye el diagnóstico, prevención, interceptación y corrección de la maloclusión, así como las anomalías neuromusculares y esqueléticas de las estructuras orofaciales en desarrollo o maduras.

#### Resultados del tratamiento

Por lo general, el tratamiento de ortodoncia se desarrolla tal como se planificó, y tratamos de hacer todo lo posible para alcanzar los mejores resultados en cada paciente. No obstante, no es posible garantizarle que usted estará completamente satisfecho con los resultados, ni podemos prever todas las complicaciones o consecuencias. El éxito del tratamiento depende de su cooperación al cumplir con las citas, mantener una buena higiene bucal, evitar perder o romper los aparatos, y seguir las instrucciones del ortodoncista cuidadosamente.

#### Duración del tratamiento

La duración del tratamiento depende de varios factores, incluyendo la gravedad del problema, el crecimiento del paciente y el nivel de cooperación de éste. Generalmente, el tiempo real de tratamiento coincide con el tiempo estimado de duración del mismo, aunque éste puede extenderse.

#### Molestias

La boca es muy sensible y, por lo tanto, es posible que haya un periodo de adaptación durante el

cual habrá molestias causadas por los aparatos de ortodoncia. Durante este periodo de ajuste, podrán utilizarse analgésicos que no requieran receta médica.

#### Recidiva

Serán necesarios retenedores a fin de mantener los dientes en su nueva posición como resultado del tratamiento de ortodoncia. Deberá usar los retenedores según le indiquen. De no hacerlo, es posible que sus dientes se desplacen, además de padecer efectos adversos adicionales.

#### Extracciones

Algunos casos requerirán la remoción de dientes temporales (de leche) o permanentes.

#### Cirugía ortognática

Algunos pacientes presentan desarmonías esqueléticas significantes que requieren tratamiento de ortodoncia en combinación con cirugía ortognática (dentofacial). Es posible que los pacientes que interrumpen el tratamiento de ortodoncia sin completar los procedimientos quirúrgicos tengan una maloclusión peor que cuando comenzaron el tratamiento!

#### Descalcificación y Caries Dental

Una excelente higiene bucal es fundamental durante el tratamiento de ortodoncia, así como las visitas regulares a su dentista general. La higiene inadecuada o incorrecta podría resultar en cavidades, dientes manchados, enfermedad periodontal y/o descalcificación.

#### Resorción Radicular

Las raíces de los dientes de algunos pacientes se acortan (resorción) durante el tratamiento de ortodoncia. No se sabe con exactitud la causa de la resorción, ni se puede predecir qué pacientes la experimentarán. Sin embargo, muchos pacientes a pesar de tener dientes con raíces seriamente acortadas los mantienen en boca durante toda su vida.

#### Enfermedad Periodontal

La enfermedad periodontal (encia y hueso) puede desarrollarse o empeorarse durante el tratamiento de ortodoncia debido a muchos factores, aunque con mayor frecuencia se debe a la falta de una adecuada higiene bucal. Si los problemas periodontales no pueden controlarse, es posible que el tratamiento de ortodoncia haya que interrumpirlo antes de finalizar.

www.pueblacapital.gob.mx


 Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P. 72550

 Tel. +52 (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H.AyuntamientodePuebla

**FORM.1547-B/SMDIF1821/0619**

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02



### Lesiones causadas por los Aparatos de Ortodoncia

Deberán evitarse las actividades o alimentos que pudieran dañar, aflojar o desalojar los aparatos de ortodoncia. Los aparatos de ortodoncia desalojados o dañados pueden inhalarse o tragarse o podrían causar otros daños al paciente. Usted deberá informar a su ortodoncista de cualquier signo inusual o sobre cualquier aparato flojo o roto en cuanto lo advierta.

### Disfunción de la Articulación Temporomandibular (Mandíbula)

Pueden ocurrir problemas en las articulaciones mandibulares, v.g., las articulaciones temporomandibulares, causando dolor, dolores de cabeza o problemas de oído. Cualquier síntoma de las articulaciones temporomandibulares, incluyendo dolor, chasquido del maxilar inferior o dificultad para abrir o cerrar, deberá informarse de inmediato al ortodoncista.

### Dientes Retenidos, Anquilosados y No Erupcionados

Los dientes pueden retenerse (quedar atrapados debajo del hueso o encía), anquilosarse (quedar fusionados al hueso) o no erupcionar. El tratamiento de dichas condiciones depende de la circunstancia particular y de la importancia del diente involucrado, y puede requerir su extracción, exposición quirúrgica, trasplante quirúrgico o reemplazo protésico.

### Resultados No Ideales

Debido a una amplia variación en el tamaño y forma de los dientes, dientes faltantes, etc., es posible que no se pueda lograr un resultado ideal (por ejemplo, cierre completo de un espacio). Es posible que se indique un tratamiento de restauración dental, tal como adhesivos estéticos, coronas o puentes o terapia periodontal. Le recomendamos que pregunte a su ortodoncista y dentista sobre atención accesoria.

### Terceros Molares

Cuando los terceros molares (muelas del juicio) se desarrollan, es posible que sus dientes cambien su alineación. Su dentista y/u ortodoncista deberá monitorearlos a fin de determinar si será necesario extraer los terceros molares y, en caso afirmativo, cuándo.

### Alergias

Ocasionalmente, los pacientes pueden ser alérgicos a algunos de los materiales que componen los aparatos de ortodoncia. Esto puede requerir un cambio en el plan de tratamiento o la interrupción del tratamiento antes de finalizar. A pesar de ser muy poco común, es posible que sea necesario un tratamiento médico de las alergias al material dental.

### Problemas de Salud en General

Los problemas de salud en general tales como enfermedades de los huesos, sangre o trastornos endócrinos, así como muchos medicamentos recetados o de venta libre pueden afectar su tratamiento de ortodoncia. Es imperativo que usted le informe a su ortodoncista de cualquier cambio en su estado de salud general.

### Uso de productos de Tabaco

Se ha demostrado que fumar o masticar tabaco aumenta el riesgo de enfermedad de las encías e interfiere con la cicatrización después de una cirugía bucal. Los usuarios de tabaco están también más propensos al cáncer bucal, a la recesión gingival y al movimiento más lento de los dientes durante el tratamiento de ortodoncia. Si usted consume tabaco, deberá considerar la posibilidad de un resultado ortodóncico comprometido.

### RECONOCIMIENTO

Por la presente, reconozco que he leído y entendido por completo las

consideraciones sobre el tratamiento y los riesgos que se presentan en este formulario. Asimismo entiendo que es posible que existan otros problemas que ocurren con menos frecuencia que los que se presentaron, y que los resultados reales pueden diferir de aquellos previstos. Reconozco también que he platicado acerca de este formulario con él, o los ortodoncistas abajo firmantes y que tuve la oportunidad de hacer cualquier pregunta. Me solicitaron que hiciera una elección acerca de mi tratamiento.

Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto y autorizo a él, o los ortodoncistas que se indican a continuación para que provean el tratamiento.

\_\_\_\_\_  
FIRMA PACIENTE/PADRE/GUARDIAN

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL ORTODONCISTA

\_\_\_\_\_  
TESTIGO 1

\_\_\_\_\_  
TESTIGO 2







Manual de Procedimientos  
de la Dirección de  
Atención a la Salud

Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A

Fecha de elaboración: 08/09/2016

Fecha de actualización: 15/09/2020

Núm. de revisión: 02



Dirección de Atención a la Salud  
Departamento de Atención Dental

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

NOMBRE DEL RESPONSABLE (FIRMA Y SELLO):										FECHA:		LUGAR:			
No.	Tra	2da	Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	Segro M/H	Seg. Social	Número de expediente	Colonia	Junta auxiliar	Diagnóstico	Tratamientos	FIRMA	
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

<b>TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS</b>	<b>TOTAL DE LOS TRATAMIENTOS</b>	<b>OPERATORIA DENTAL</b>	<b>ATENCIÓN PREVENTIVA</b>	<b>TRATAMIENTOS DE ESPECIALIDAD</b>	<b>AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO</b>	<b>LABORATORIO</b>
PACIENTES PRIMERA VEZ (14)	DEL TOTAL DE PACIENTES	Tratamiento de urgencia	Aplicación de Flúor	Armado de arcos inferior	Radiografías	Arco lingual
PACIENTES SUBSECUENTES (24)	HOMOS DENTALES	Consulta	Sellado Fotocurable	Armado de arco superior		Botón de nanoe
MENORES DE 18 AÑOS HOMBRERES (PRIMERA VEZ)	HOMBRES	Amalgama		Cementación de bracket		Mantenedor de frente estético
MENORES DE 18 AÑOS MUJERES (PRIMERA VEZ)	MUJERES	Resina Fotocurable		Consulta diagnóstica		Placas de expansión
HOMBRES ENTRE 18 Y 65 AÑOS (PRIMERA VEZ)		Curación		Consulta mensual arcos inferior		Mantenedor de espacio
MUJERES ENTRE 18 Y 65 AÑOS (PRIMERA VEZ)		Exodoncia		Consulta mensual arcos superior		Placa tipo Hawley
ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS HOMBRERES (PRIMERA VEZ)		Profilaxia		Reposición de Bracket		Placa monomaxilar
ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS MUJERES (PRIMERA VEZ)		Cementación		Cirugía		Reparación de placa
OBSERVACIONES:				Endodoncia por conducto		Toma de impresión
				Pulpotomía		Guarda oclusal
				Corona acero-cerámico		

Seguridad social:	1 Seguro popular	2 IMSS	3 ISSSTE	4 ISSSTEP	5 Ninguna
-------------------	------------------	--------	----------	-----------	-----------

www.pueblacapital.gob.mx


Avenida Cue Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550

Tel. +52 (222) 214.00.00

PueblaAyto

Ayuntamiento de Puebla

FORM.1508-E/SMDIF1821/0120

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

## VI. GLOSARIO DE TÉRMINOS

**ADICCIÓN.** - Sumisión del individuo a un producto o a una conducta de la que no puede o no es capaz de liberarse. Hábito de quienes se dejan dominar por el consumo de estupefacientes.

**ANÁLISIS.** -Examen químico o bacteriológico que permite establecer un diagnóstico médico.

**CONSULTA.** - Examen y atención que un médico presta a sus pacientes.

**CONSULTA SUBSECUENTE.** De la segunda a la última consulta del proceso terapéutico de un paciente.

**CONTRATO TERAPÉUTICO.** - El contrato terapéutico o alianza terapéutica es el acuerdo entre cliente y terapeuta donde se fijan el marco y los criterios de la relación profesional a la que ambos se comprometen.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO.** - Es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en un tratamiento, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del mismo, los beneficios, y los posibles riesgos.

**CRUM.** – Centro Regulador de Urgencias Médicas


**DIAGNÓSTICO.** -Determinación o identificación de una enfermedad mediante el examen de los síntomas que presenta.

**DICTÁMEN.** Opinión técnica y experta que se da sobre un hecho o una cosa

**DM.** – Diabetes Mellitus

**ENFERMERÍA.** - Lugar, como una casa o sala de un edificio, donde se presta una atención primaria a las personas enfermas o heridas.

**FARMACIA.** - Establecimiento donde se elaboran y venden medicamentos.

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

**HAS.** – Hipertensión Arterial Sistémica

**HISTORIA CLÍNICA.** - Es un documento médico que surge del contacto entre el profesional de la salud y el paciente, donde se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes. La historia clínica es un documento válido desde el punto de vista clínico, que recoge información de tipo asistencial, preventivo y social.

**INTERCONSULTA.** - Es la derivación de un paciente, por parte del médico tratante, a otro profesional sanitario, para ofrecerle una atención complementaria para su diagnóstico, su tratamiento y/o su rehabilitación.

**MEDICINA.** - Sustancia que sirve para curar o prevenir una enfermedad, o para aliviar un dolor físico.

**MÉDICO.** - Persona que es licenciada en medicina y que se dedica a curar o prevenir las enfermedades.


**NUTRICIÓN.** - Conjunto de acciones y hábitos relacionados con la alimentación humana.

**ODONTOPEDIATRÍA.** -Es una especialidad de la Odontología definida por la edad, que brinda cuidado oral preventivo y terapéutico a infantes, niños y adolescentes, incluyendo aquellos que requieren cuidados especiales.

**ORTODONCIA.** -Tratamiento que consiste en corregir la posición de los dientes de las personas.

**PACIENTE.** - Persona que recibe tratamiento médico o quirúrgico, respecto de su médico o cirujano.

**PSICOLOGÍA.** - Ciencia que estudia los fenómenos y procesos psíquicos y el comportamiento del ser humano en relación con el medio que lo rodea y condiciona.

	<b>Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud</b>	Clave: <b>MPCI1821/MP/SMDIF/DAPC063-A</b>
		Fecha de elaboración: <b>08/09/2016</b>
		Fecha de actualización: <b>15/09/2020</b>
		Núm. de revisión: <b>02</b>

**PSICOPEDAGOGÍA.** - Rama de la psicología aplicada al estudio de los problemas educacionales.

**SINTOMATOLOGÍA.** - Se conoce por sintomatología al conjunto de síntomas que presenta una persona en un momento dado y que obedecen a la presencia de un trastorno específico de la salud. Los síntomas a su vez, son manifestaciones objetivas que corresponden a la forma en que el organismo responde a un determinado estímulo.

**UMI.** - Unidad Médica Integral.