



Puebla

CIUDAD INCLUYENTE

2018 ▪ 2021

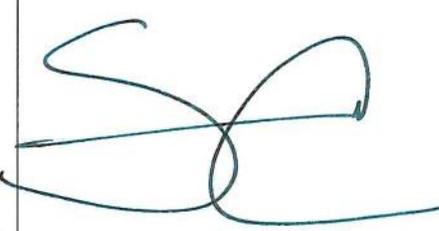
Manual de Procedimientos

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.

	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

	Índice	Página
I.	Introducción.	3
II.	Presentación de los Procedimientos.	5
III.	Departamento de Atención Médica.	6
	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.	Departamento de Atención Psicológica.	102
	Procedimiento para otorgar atención Psicológica.	102
	Procedimiento para otorgar atención Psiquiátrica.	120
	Procedimiento para otorgar atención Psicológica en casos de violencia.	132
V.	Departamento de Atención Dental.	144
	Procedimiento para otorgar el servicio de atención Dental.	142
	Procedimiento para otorgar el servicio de atención de Ortodoncia.	158
VI.	Glosario de Términos.	170

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

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.

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

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.

	Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud	Clave: MPCI1821/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.

	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

III. DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para la atención médica de urgencias.
Objetivo:	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.
Fundamento Legal:	<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>

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

	<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>
Políticas de Operación:	<ol style="list-style-type: none"> 1 Se debe recibir de inmediato y a toda persona que requiera de una atención médica de urgencias y/o primeros auxilios. 2 La atención otorgada debe ser de manera inmediata y oportuna por parte del personal médico y paramédico capacitado de la Unidad Médica Integral 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. 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. 5 El costo de la atención de urgencias dependerá del servicio que se le otorgue al paciente.
Tiempo Promedio de Gestión:	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

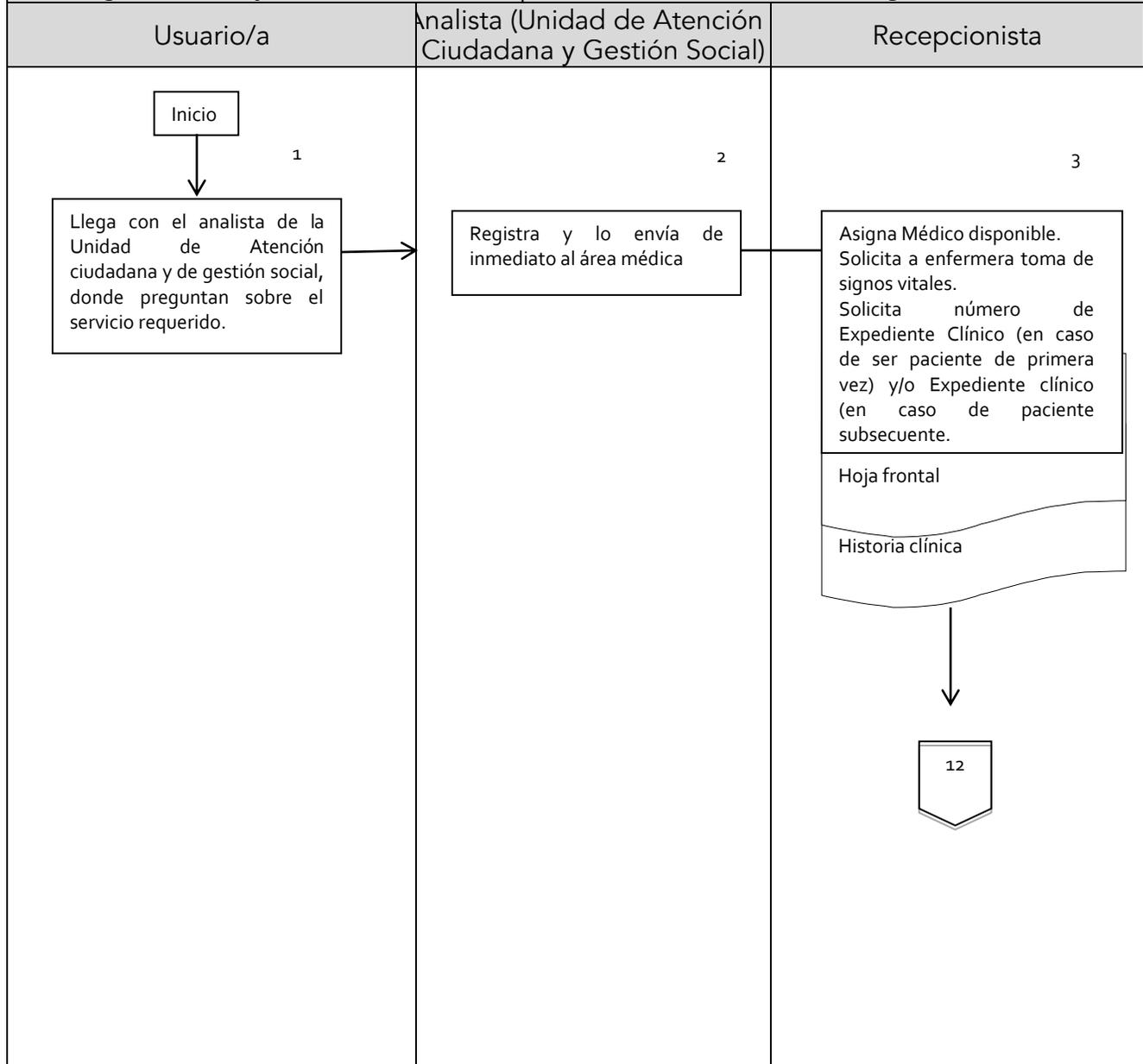
Clave: MPC1821/MP/SMDIF/DAPC063-A

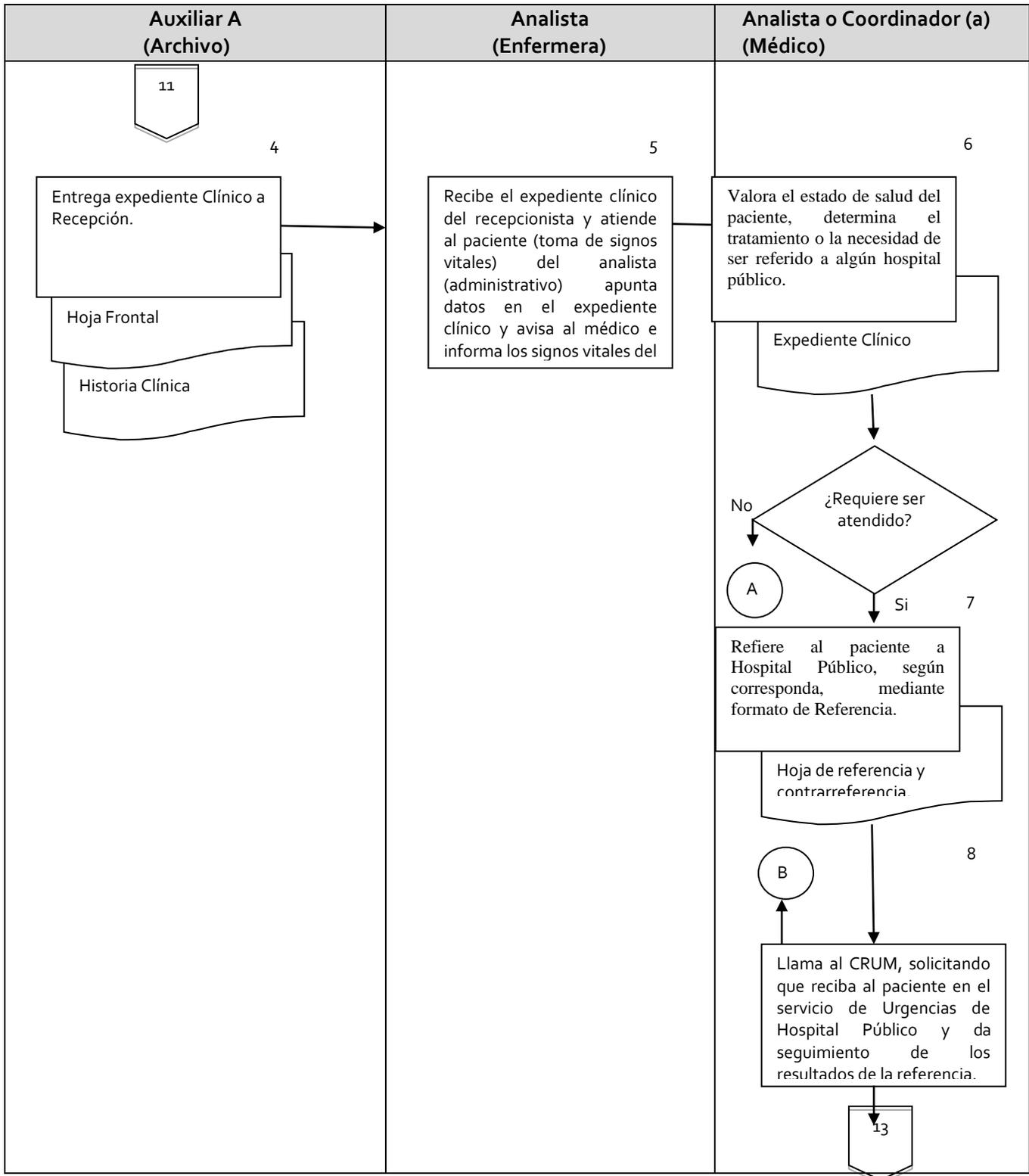
Fecha de elaboración: 08/09/2016

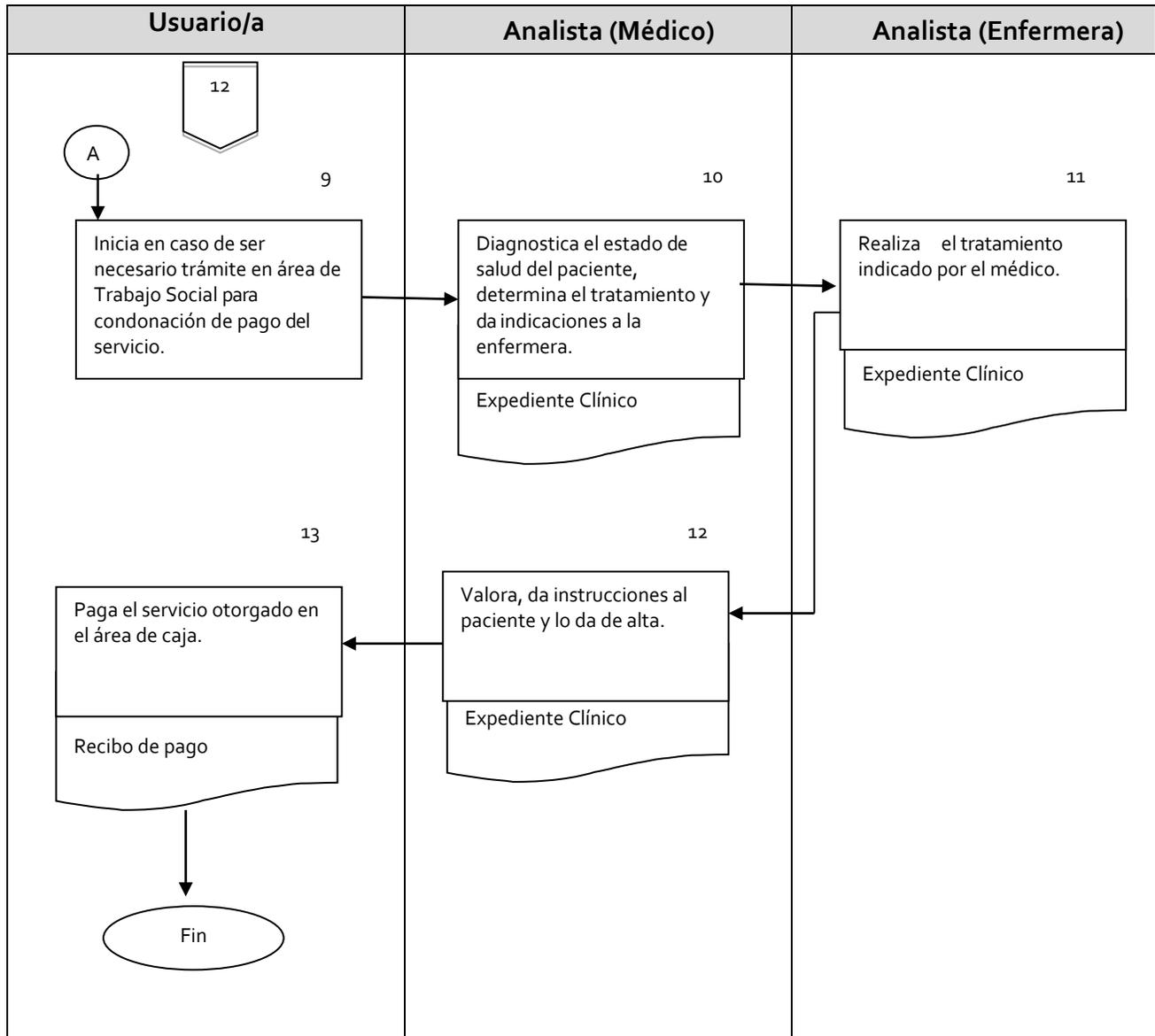
Fecha de actualización: 15/09/2020

Núm. de revisión: 02

Diagrama de flujo del Procedimiento para la atención médica de urgencias







	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



*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

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

 Tel. +52 (222) 214.00.00

 @PueblaAyto  H.AyuntamientodePuebla

FORM.1499-B/SMDIF1821/0619

	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



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

 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

	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



*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!

	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



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

	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

Nombre del procedimiento:	Procedimiento para el servicio de Farmacia en la Unidad Médica Integral.
Objetivo:	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.
Fundamento Legal:	<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>
Políticas de Operación:	<ol style="list-style-type: none"> 1. El usuario deberá presentar receta vigente 2. La solicitud de medicamento se realiza cuando el medicamento esté en existencia. 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. 4. Si se trata de antibióticos, la receta se quedará en el área de farmacia.
Tiempo Promedio de Gestión:	20 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 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

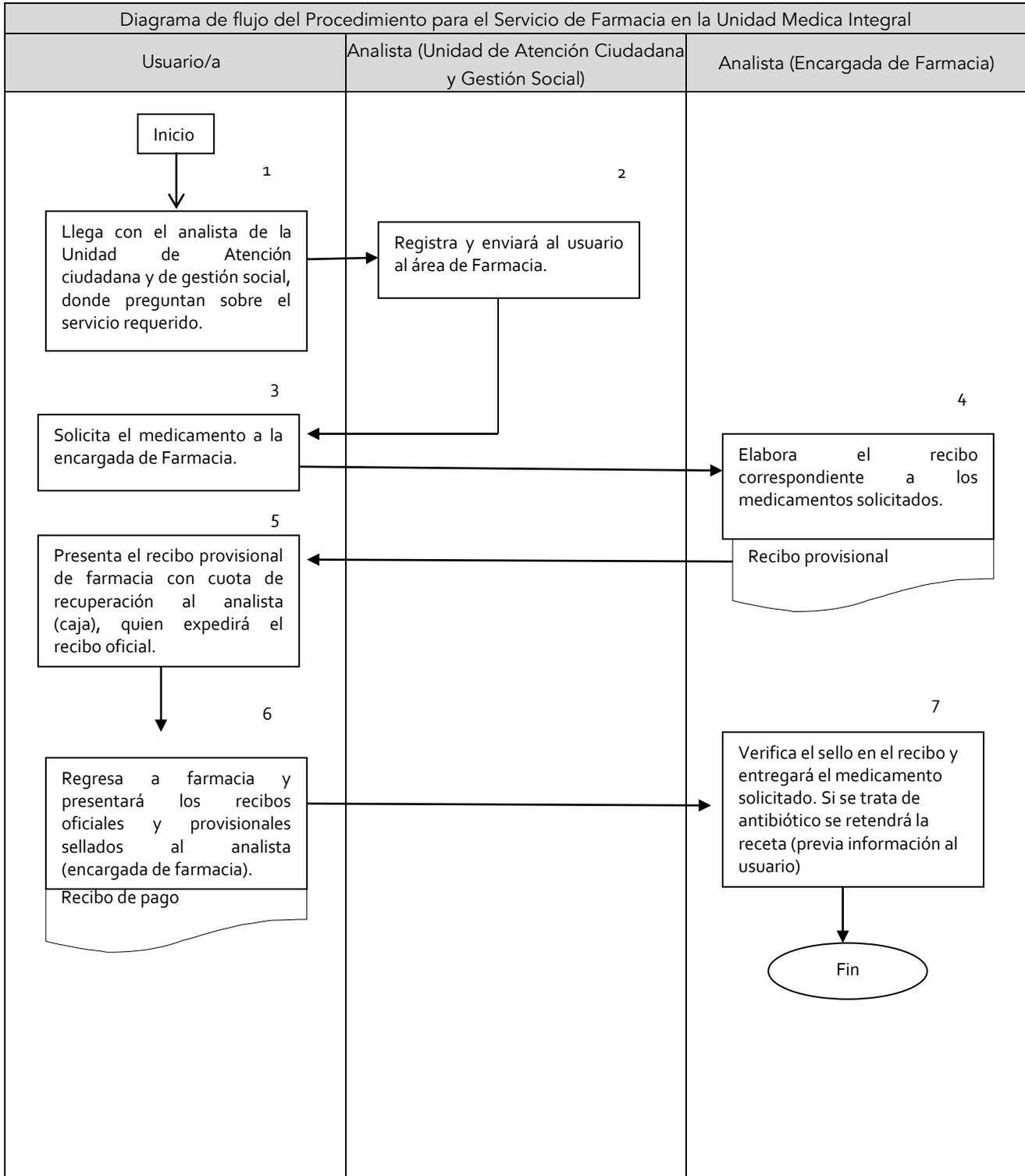
Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A

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



	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".

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

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

 Tel. +52 (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H.AyuntamientodePuebla

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

	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 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

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

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

 @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

Nombre del procedimiento:	Procedimiento para la salida de medicamentos a Jornadas de Salud.
Objetivo:	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.
Fundamento Legal:	<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>
Políticas de Operación:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se entrega la lista de medicamentos en existencia al médico responsable de la jornada. 2. El medico entrega el medicamento en la jornada a los pacientes que así lo requieran de manera gratuita. 3. Al término de la jornada el medico elaborará un reporte de medicamentos entregados y medicamentos sobrantes mismos que entregará a la farmacia.
Tiempo Promedio de Gestión:	15 minutos.

	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

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

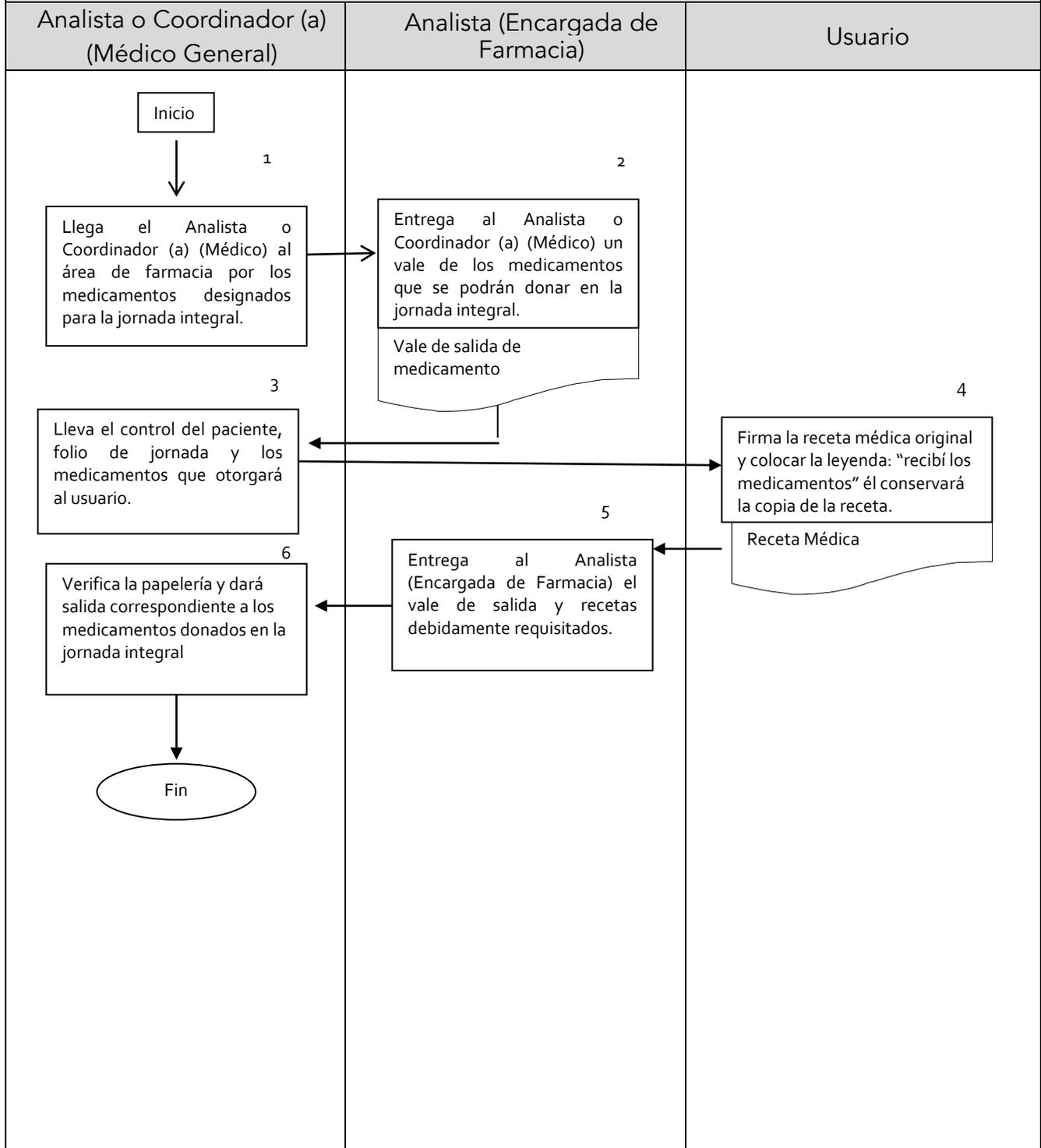
Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A

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



	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".

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

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

 Tel. +52 (222) 2.14.00.00

 @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

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar consulta médica general, consulta de especialidad y expedición de certificado médico.
Objetivo:	Atender a los grupos vulnerables que solicitan servicios médicos básicos a través de las consultas médicas, general, de especialidad y expedición de certificados médicos.
Fundamento Legal:	<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"> • Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Del expediente clínico.

	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
	<ul style="list-style-type: none"> • Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012. Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. • Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002. Protección ambiental salud ambiental- residuos peligrosos biológico- infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo. • Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012. En materia de información en salud. <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal del DIF, Artículo 52.</p>	
Políticas de Operación:	<ol style="list-style-type: none"> 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. 2. Se proporcionarán a todos los que previamente hayan pagado el servicio solicitado. 3. Las condonaciones en determinado porcentaje deben ser exclusivamente hechas por el personal de Trabajo Social. 4. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas. 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. 6. La consulta de Gineco-Obstetricia se otorgará en un horario de lunes a viernes de 8:00 a 13:00horas. 	
Tiempo Promedio de Gestión:	20 minutos	

	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

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

	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

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

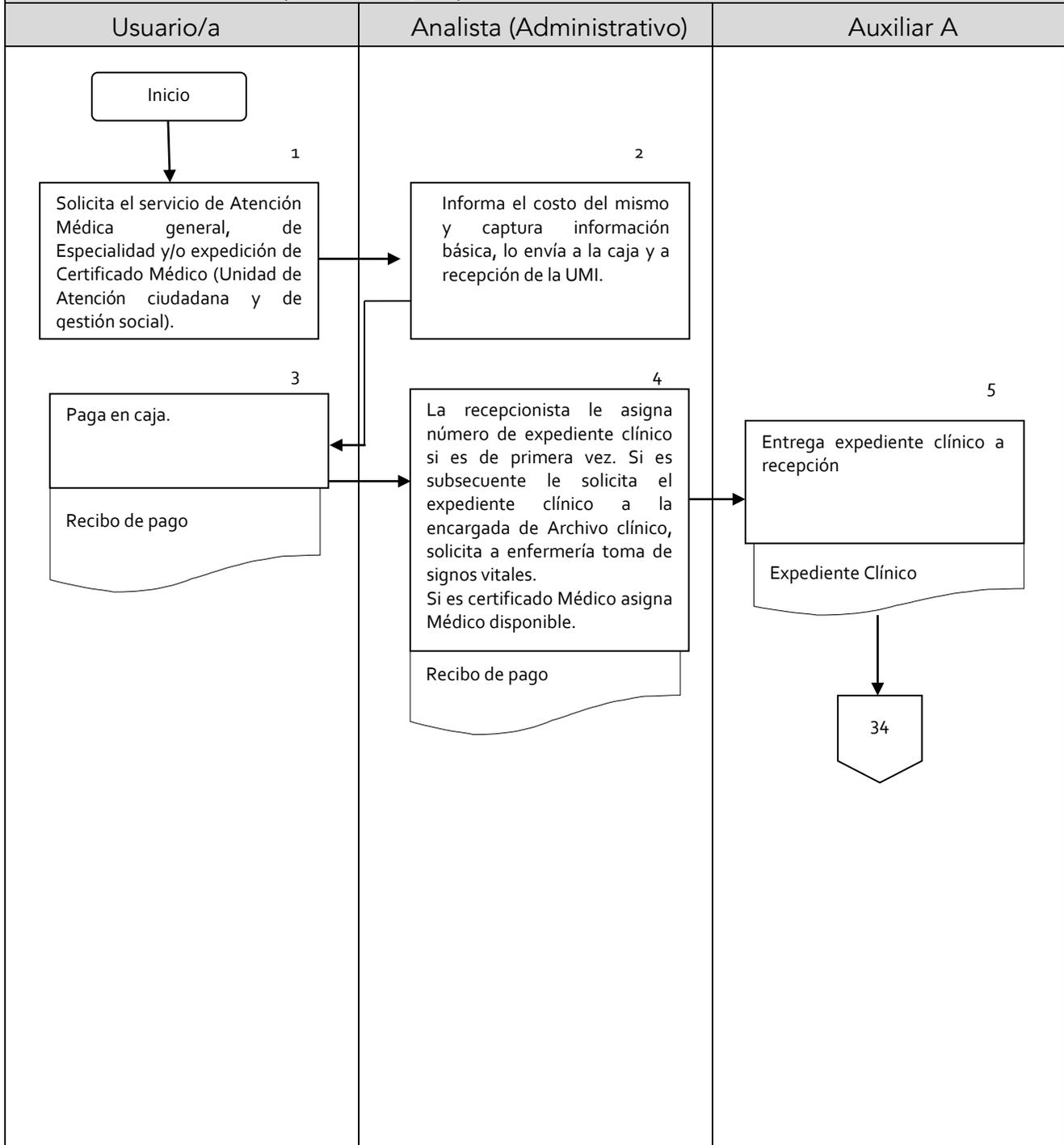
Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A

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





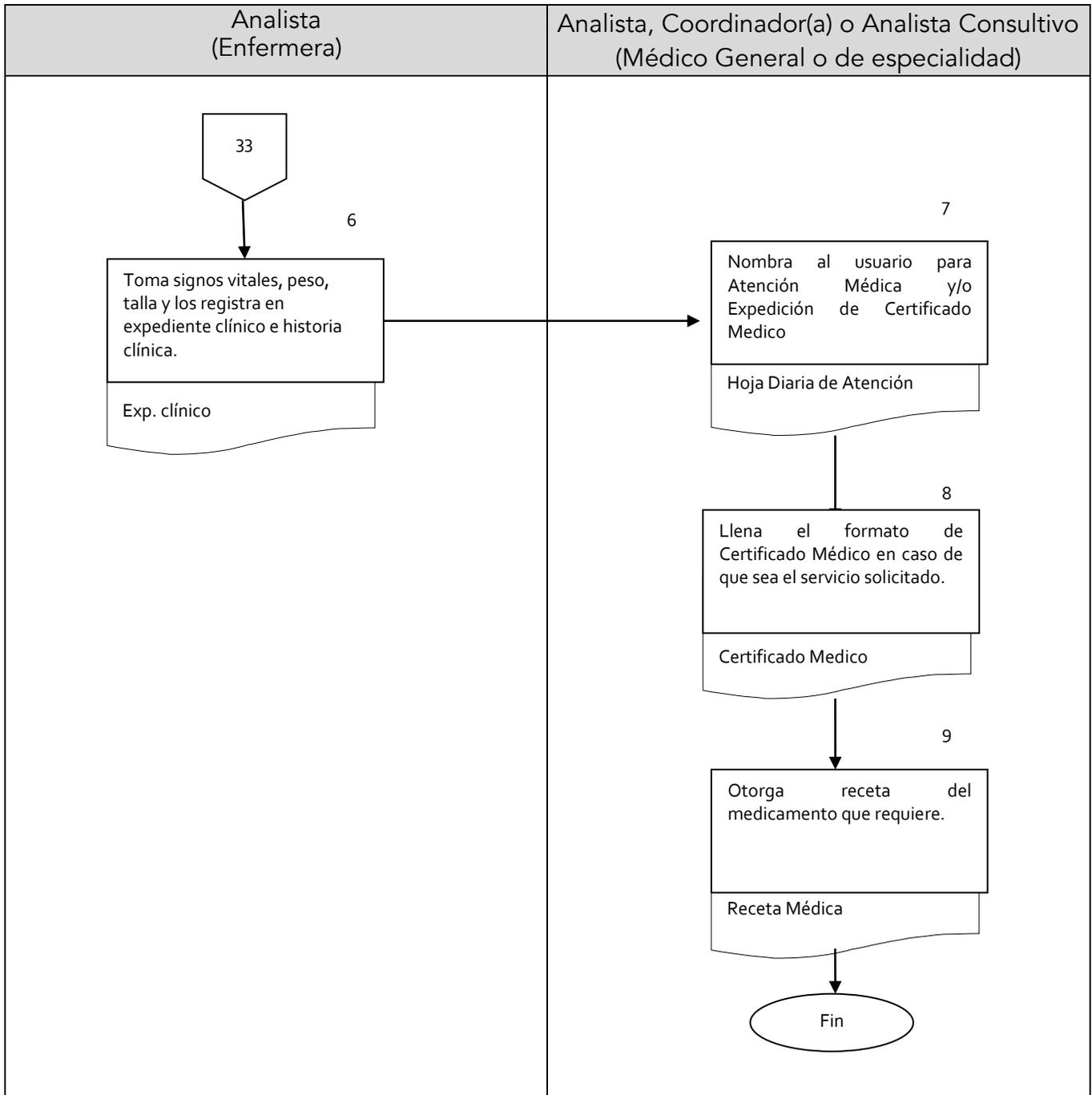
Manual de Procedimientos
de la Dirección de
Atención a la Salud

Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A

Fecha de elaboración: 08/09/2016

Fecha de actualización: 15/09/2020

Núm. de revisión: 02



	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 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

 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 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

 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

	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 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

	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													

Total pacientes atendidos		Total pacientes de primera vez		P= Primera vez	S= Subsecuente	D= Discapacitado
Pacientes de primera vez	Mujeres Menores de 18 años			Observaciones <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tipo de seguridad social 1.- Seguro popular 2.- IMSS 3.- ISSSTE 4.- ISSSTEP 5.- Ninguna	Firma y sello del responsable <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

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

	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".

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

	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".

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

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

 Tel. +52 (222) 2.14.00.00

 @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

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar consulta de Nutrición.
Objetivo:	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.
Fundamento Legal:	<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>
Políticas de Operación:	No aplica
Tiempo Promedio de Gestión:	30 minutos

	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

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

	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
	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 Nutricia (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 Nutricia (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 Nutricia (niño/a, adulto) FORM.1491-A/SMDIF1821/0619 y/o FORM.1490-A/SMDIF1821/0619	Original



Manual de Procedimientos
de la Dirección de
Atención a la Salud

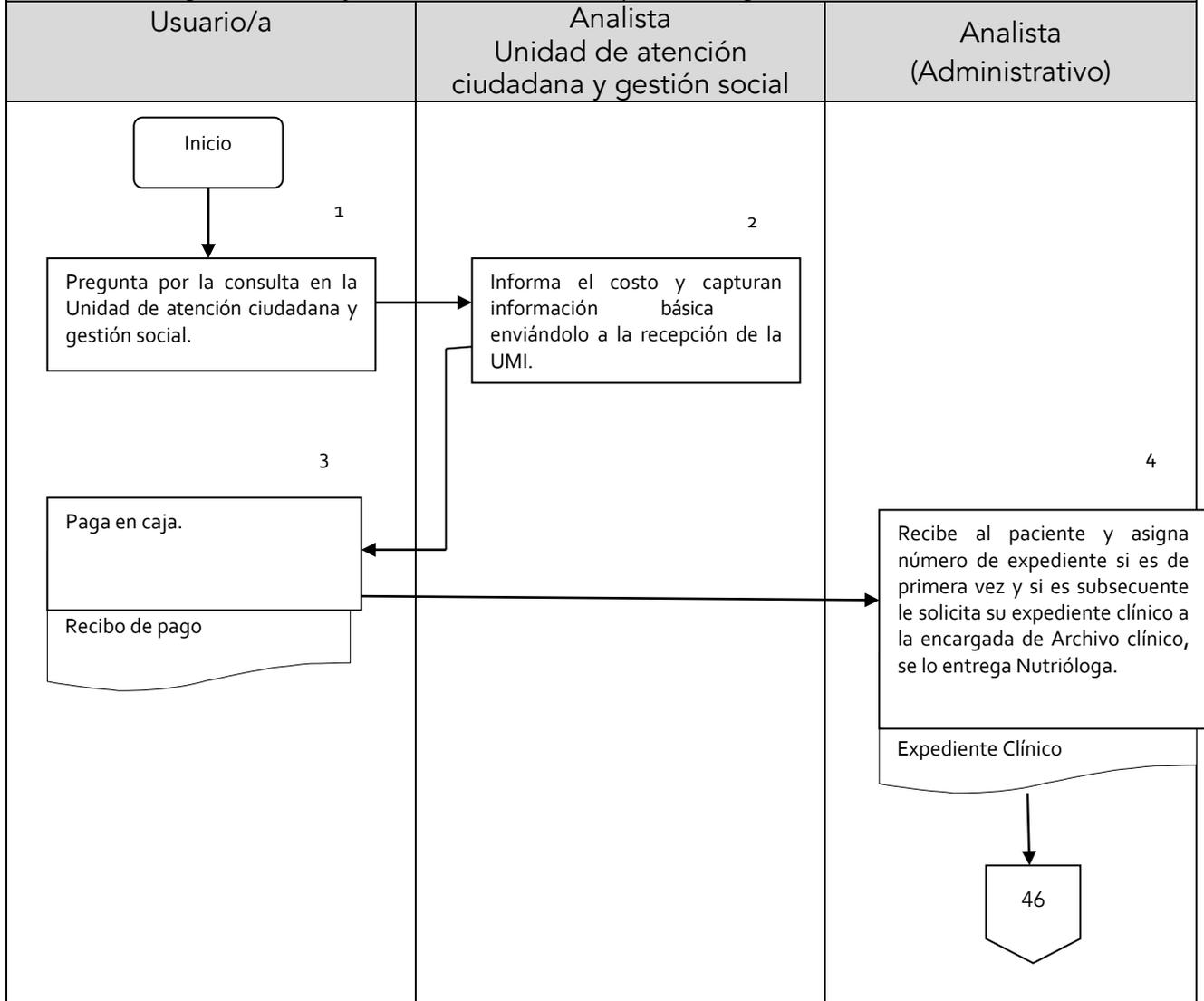
Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A

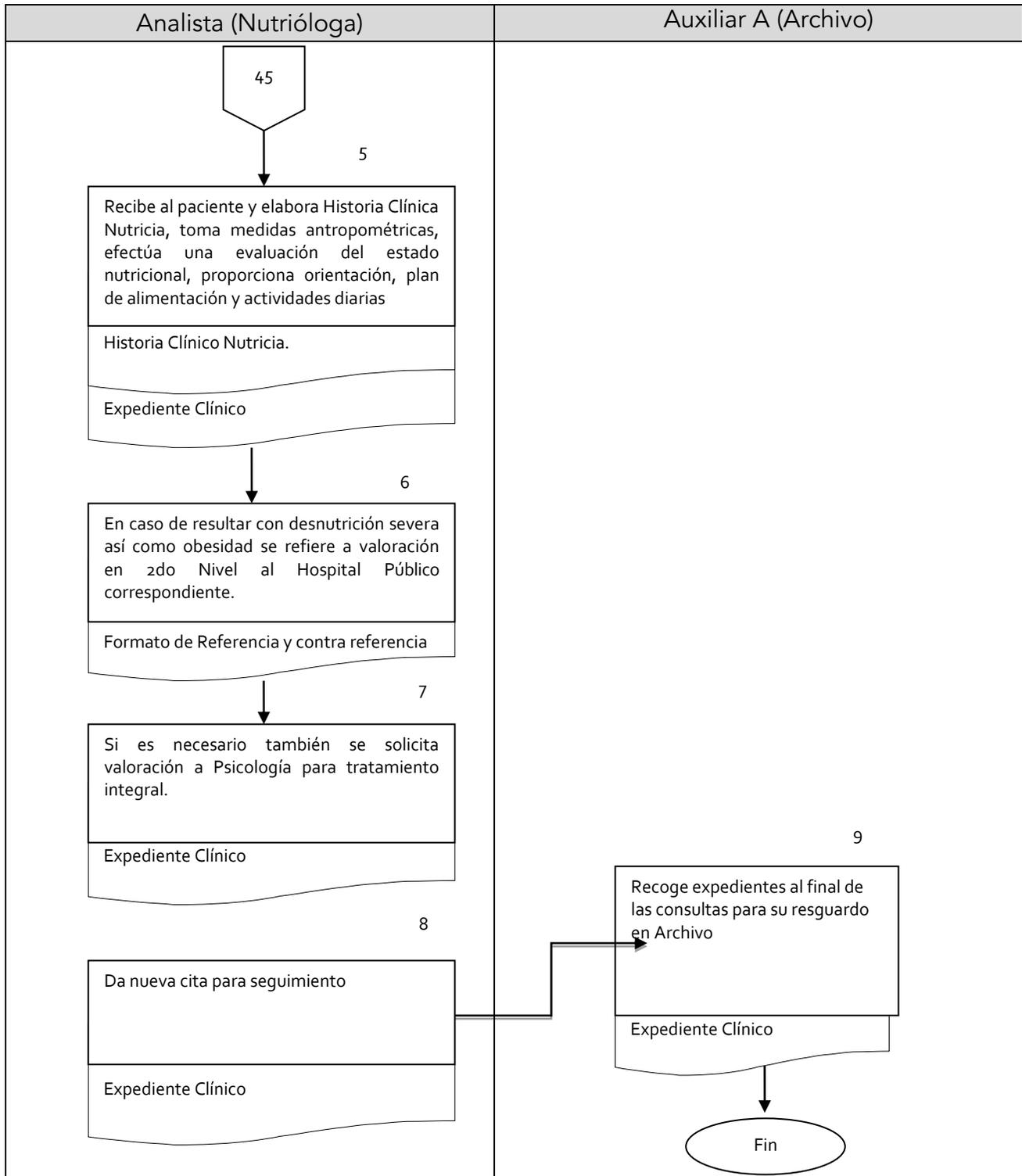
Fecha de elaboración: 08/09/2016

Fecha de actualización: 15/09/2020

Núm. de revisión: 02

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar consulta de Nutrición





	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 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

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

 Tel. +52 (222) 214.00.00

 @PueblaAyto

 H.Ayuntamiento de Puebla

	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."

HISTORIA CLÍNICA NUTRICIA ADULTOS

Nombre _____ Fecha _____ Hora _____
 F/M _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Tel _____

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

	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														

Total pacientes atendidos		Total pacientes de primera vez		P= Primera vez	S= Subsecuente	D= Discapitado
Facientes de primera vez	Mujeres Menores de 18 años			Observaciones <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tipo de seguridad social 1. Seguro popular 2. IMSS 3. ISSSTE 4. ISSSTEP 5. Ninguna	Firma y sello del responsable <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
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

	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 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.AyuntamientodePuebla

FORM.1484-A/SMDIF1821/061

	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



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

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

	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.

HISTORIA CLÍNICA NUTRICIA NIÑOS (AS)

Nombre _____ Fecha _____ Hora _____
 F/M _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Tel _____
 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, 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

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar dictamen y/o valoración médica por violencia o discapacidad.
Objetivo:	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.
Fundamento Legal:	<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>
Políticas de Operación:	<ul style="list-style-type: none"> 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

	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

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

	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

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

	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

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**

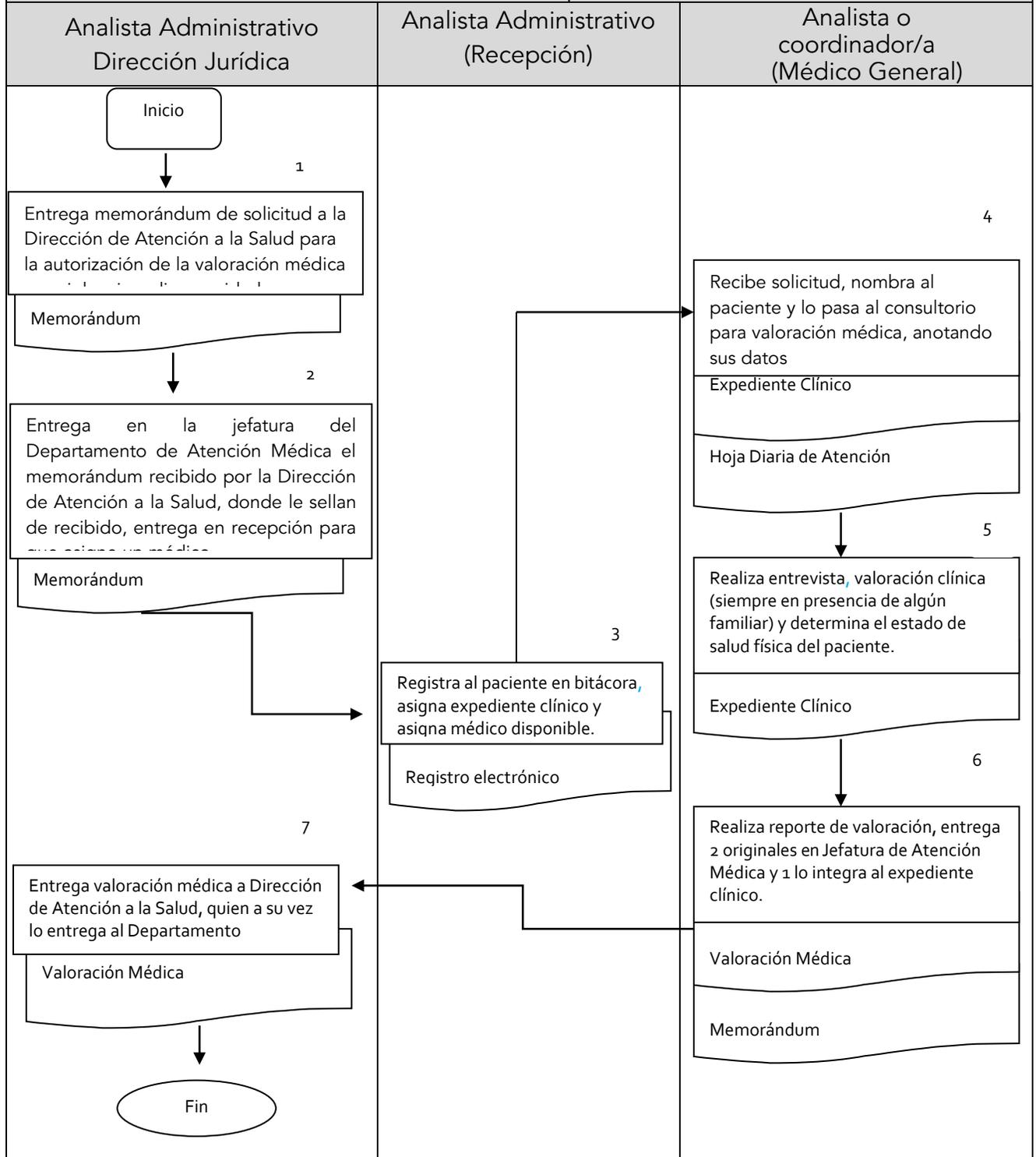
Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A

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



	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."

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 Ballazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550

 Tel. +52 (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H.Ayuntamiento de Puebla

FORM.1499-B/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 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

	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. 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

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

	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

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar el servicio de Vacunación Universal.
Objetivo:	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.
Fundamento Legal:	<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>
Políticas de Operación:	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Es requisito presentar la Cartilla Nacional de Vacunación o comprobante de vacunación para aplicar y registrar la dosis correspondiente.
Tiempo Promedio de Gestión:	30 minutos

	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

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



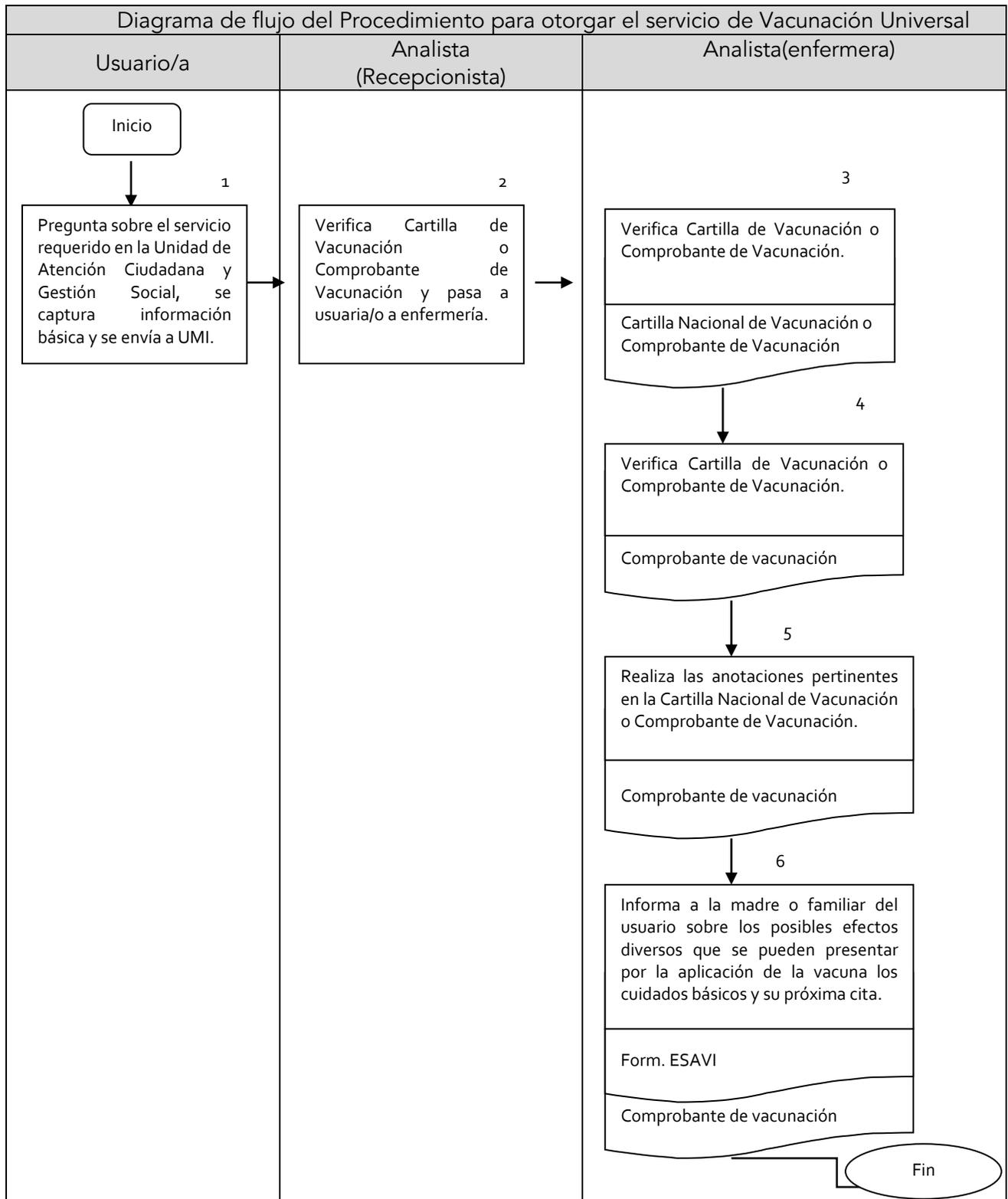
Manual de Procedimientos
de la Dirección de
Atención a la Salud

Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A

Fecha de elaboración: 08/09/2016

Fecha de actualización: 15/09/2020

Núm. de revisión: 02



	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".

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 Marla 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

	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

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar el servicio de detección de Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus.
Objetivo:	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.
Fundamento Legal:	<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>
Políticas de Operación:	<ol style="list-style-type: none"> 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. 2. El material utilizado para la prueba de Diabetes debe ser único para cada paciente y desechado al término de su uso. 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.
Tiempo Promedio de Gestión:	10 minutos

	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

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"> • Si no existe alteración en los resultados continúa en la actividad Núm. 6, en caso contrario: 	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"> • Si el médico estabiliza al paciente, continúa en la actividad Núm. 7, en caso contrario 	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: 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

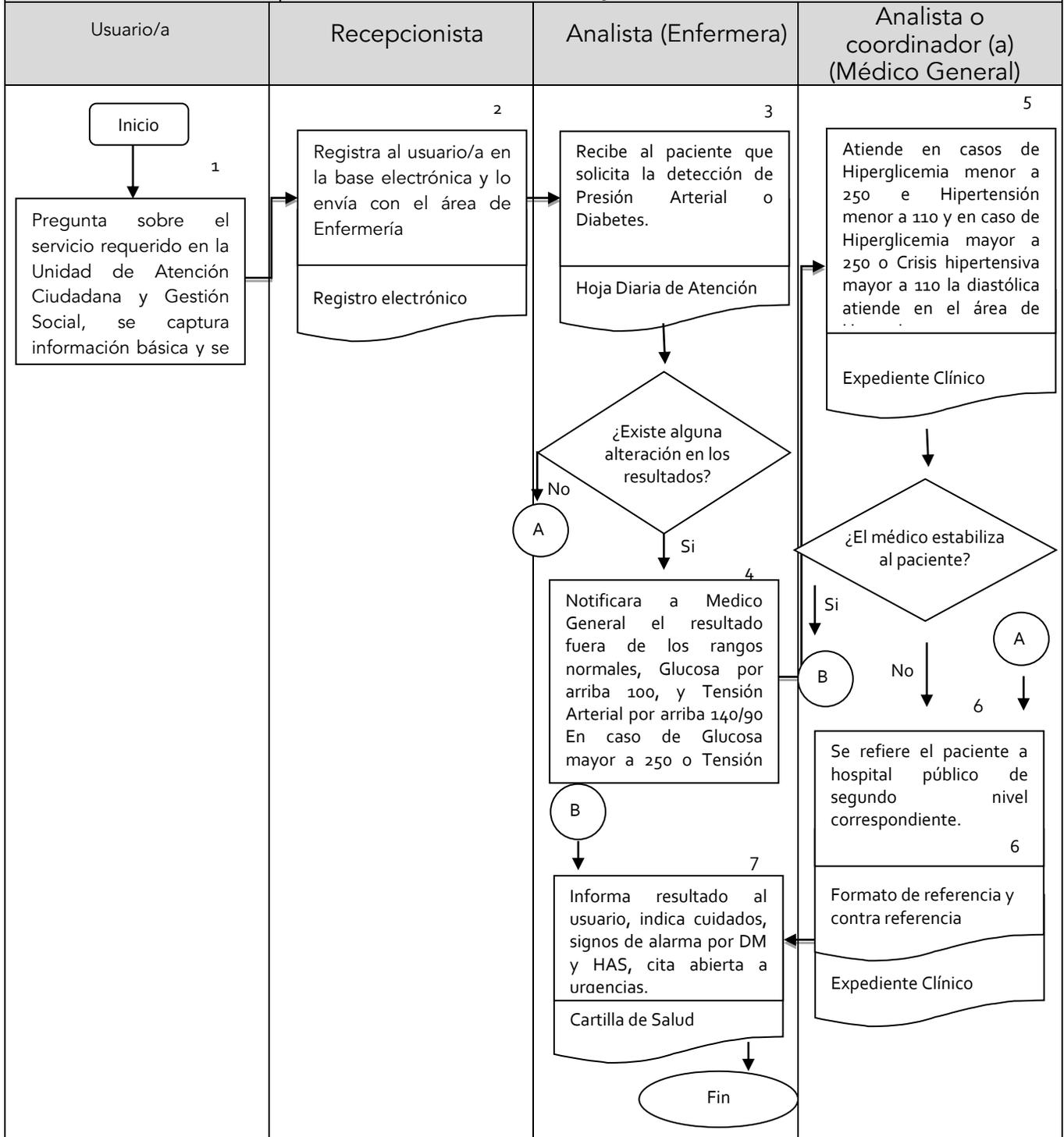
Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A

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													

Total pacientes atendidos	Total pacientes de primera vez	P= Primera vez	S= Subsecuente	D= Discapitado
Pacientes de primera vez	Mujeres Menores de 18 años	Observaciones <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tipo de seguridad social 1. Seguro popular 2. IMSS 3. ISSSTE 4. ISSSTEP 5. Ninguna	Firma y sello del responsable <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 Batazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550

Tel. +52 (222) 2.14.00.00

@PueblaAyto

FORM.819-D/SMDIF1821/0619

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 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

 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

	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 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

	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 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.AyuntamientodePuebla

FORM.1484-A/SMDIF1821/061

	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



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

	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

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar el servicio de detección oportuna de Cáncer Cérvico-Uterino y Cáncer de Mama.
Objetivo:	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.
Fundamento Legal:	<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>
Políticas de Operación:	<ol style="list-style-type: none"> 1. La detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y mamario podrá realizarse por la ginecóloga, médico general y/o enfermera general. 2. El resultado de los exámenes solo se le entregará a la paciente. 3. Las campañas de detección masiva se llevarán a cabo de acuerdo a cronogramas establecido en el PBR.
Tiempo Promedio de Gestión:	30 minutos

	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

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

	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

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>		

	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

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"> • Si no existe alguna alteración en la exploración de mama o en el Papanicolaou continúa en la actividad Núm. 10, en caso contrario: 	Hoja Diaria FORM.819-D/SMDIF1821/0619 Expediente clínico (Historia Clínica) 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 (Historia Clínica) 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

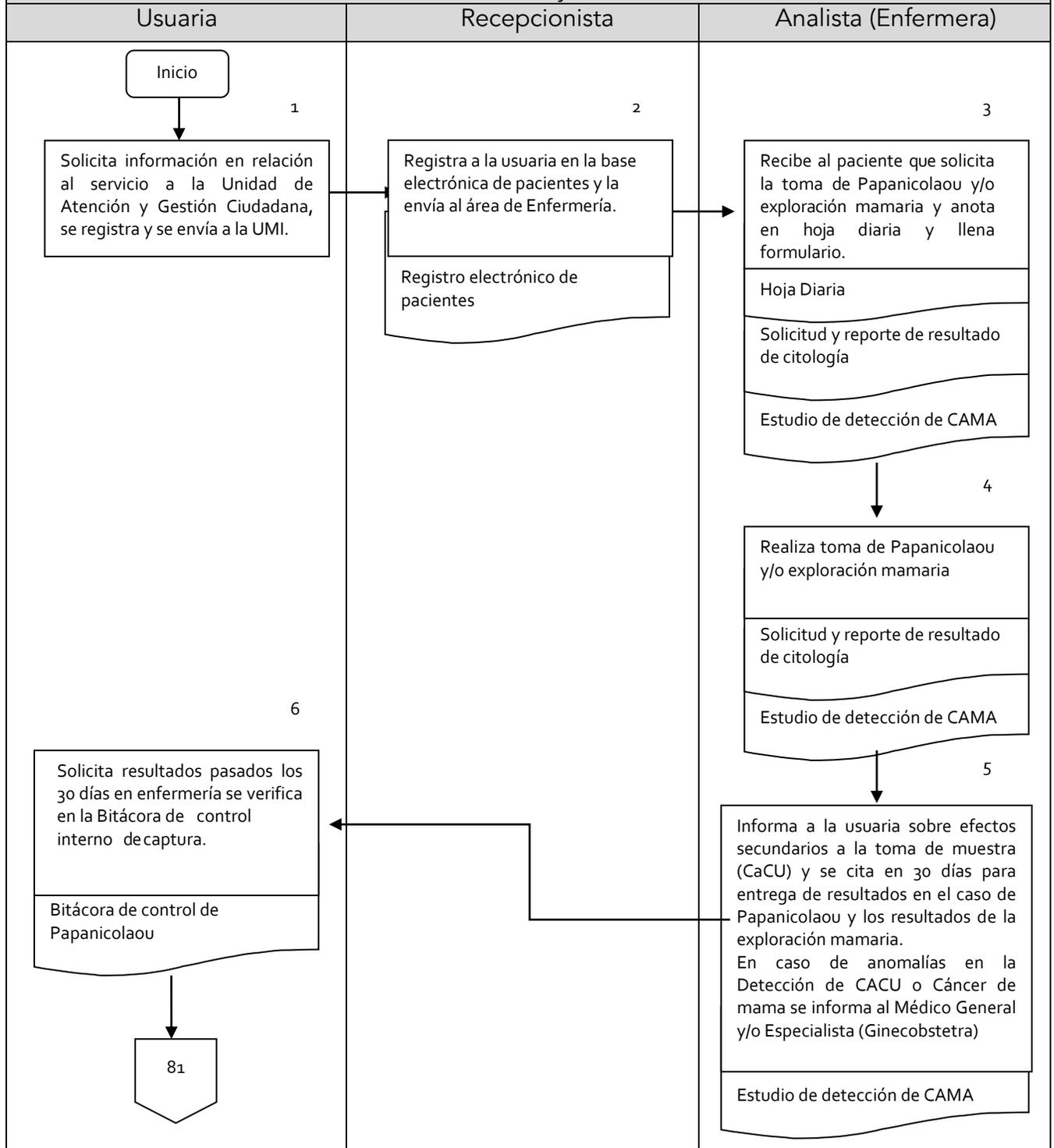
Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A

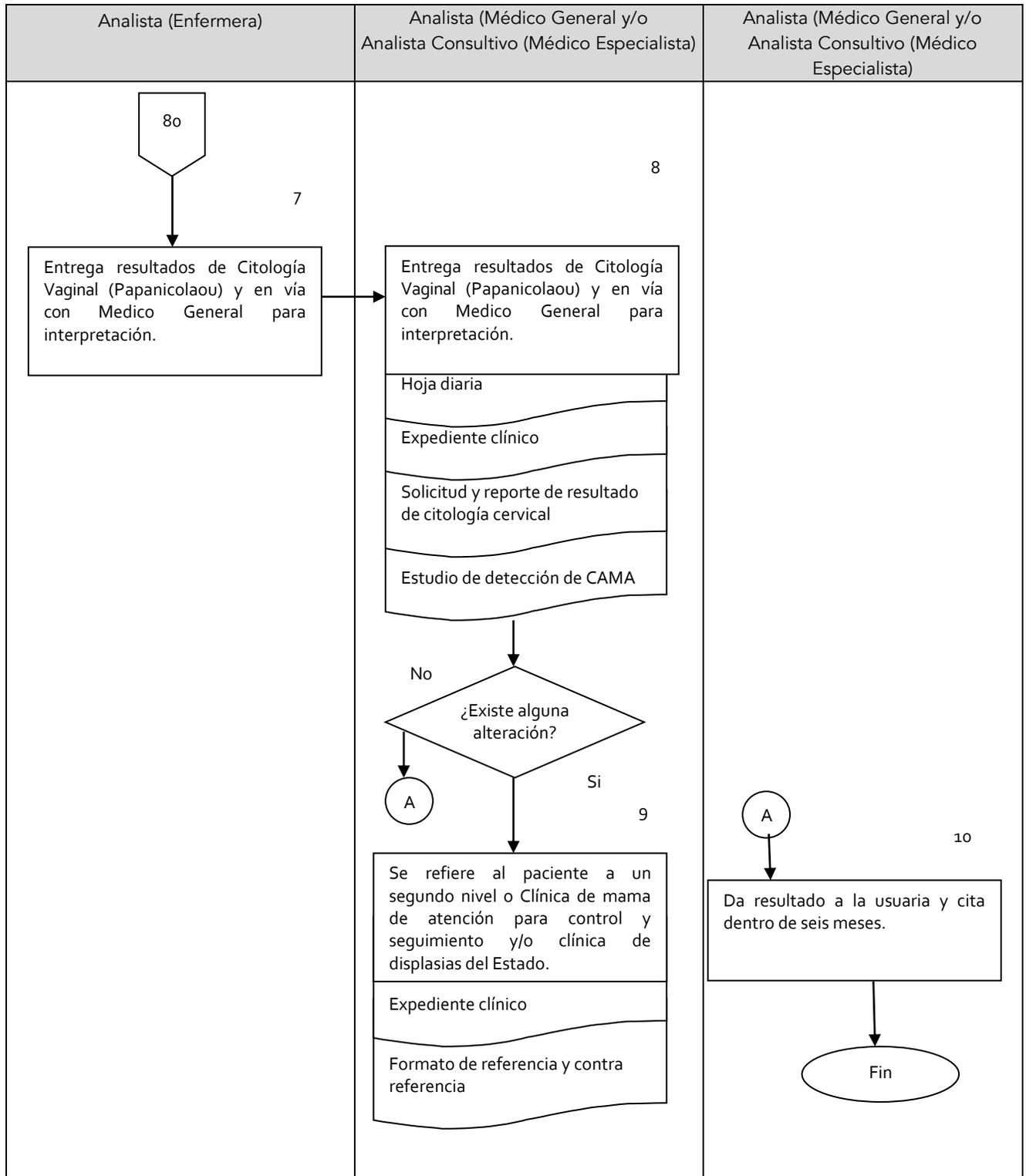
Fecha de elaboración: 08/09/2016

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.	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														

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			

Observaciones	Tipo de seguridad social	Firma y sello del responsable
	1.- Seguro popular 2.- IMSS 3.- ISSSTE 4.- ISSSTEP 5.- Ninguna	

FORM.819-D/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 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 Ballazar Campeche, Puebla, Pue. C.P.72550

 Tel. +52 (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H.Ayuntamiento de Puebla

FORM.1499-B/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 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

	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 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

	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



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

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.1484-A/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

Nombre del Procedimiento:	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)
Objetivo:	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).
Fundamento Legal:	<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>
Políticas de Operación:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todo el material que se requiere para llevar a cabo las actividades de atención a usuarios de enfermería deberá estar esterilizado. 2. El material y/o equipo desechable será manejado de acuerdo al manejo de R.P.B.I.
Tiempo Promedio de Gestión:	10 minutos

	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

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

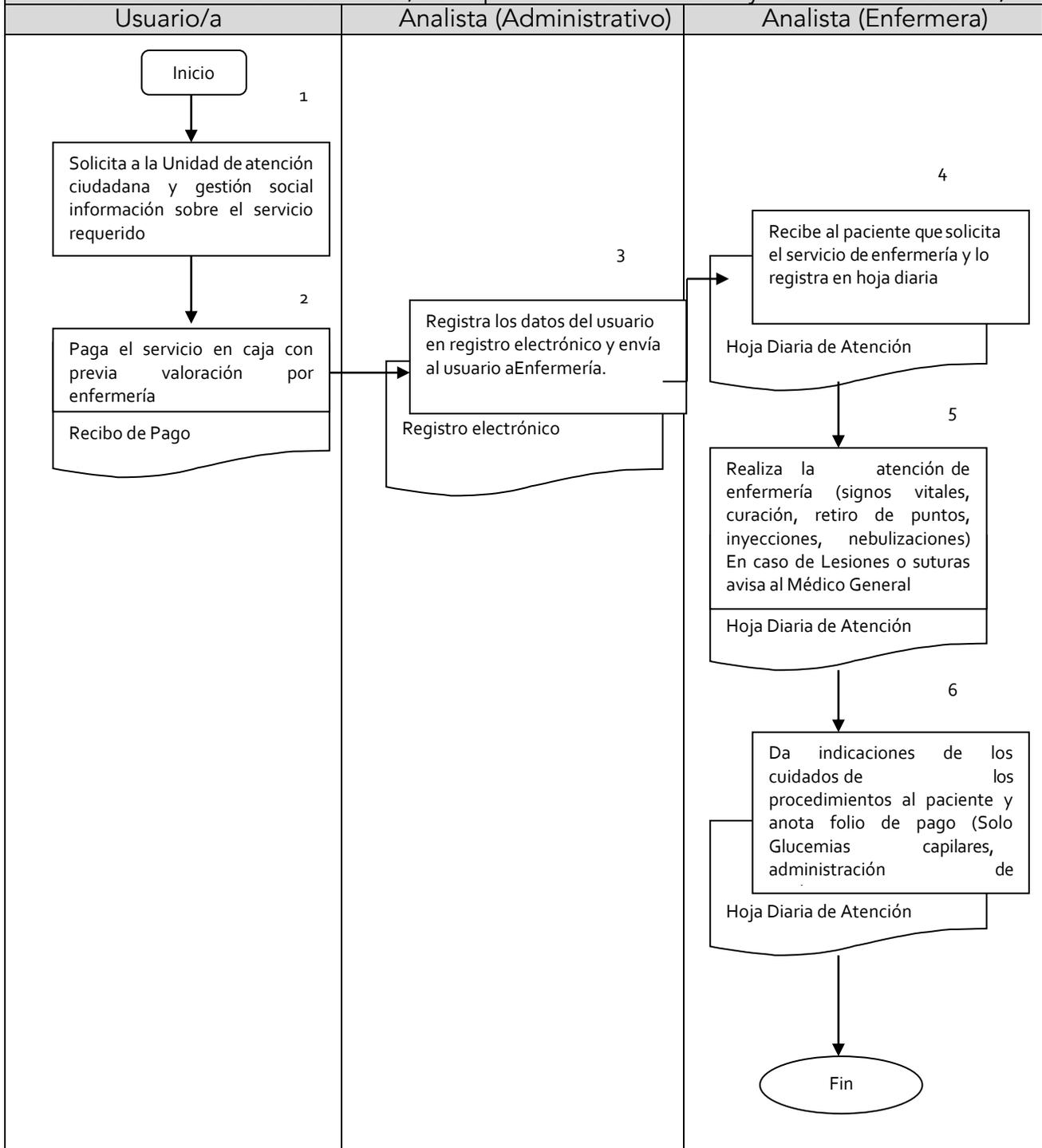
Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A

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, Somatometria, signos vitales, administración de medicamentos, nebulizaciones e hidratación oral, acompañamiento en suturas y atención de lesiones).



	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														

Total pacientes atendidos	Total pacientes de primera vez	P= Primera vez	S= Subsecuente	D= Discapitado
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

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

	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

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar atención a personas que solicitan el servicio de análisis clínicos.
Objetivo:	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.
Fundamento Legal:	<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>
Políticas de Operación:	<ol style="list-style-type: none"> 1. El servicio se otorgará a cualquier persona que solicite estudios de análisis clínicos. 2. Toda persona que solicite el servicio del Laboratorio debe ser atendida con respeto y amabilidad. 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. 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.
Tiempo Promedio de Gestión:	25 minutos

	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

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

	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

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

	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

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**

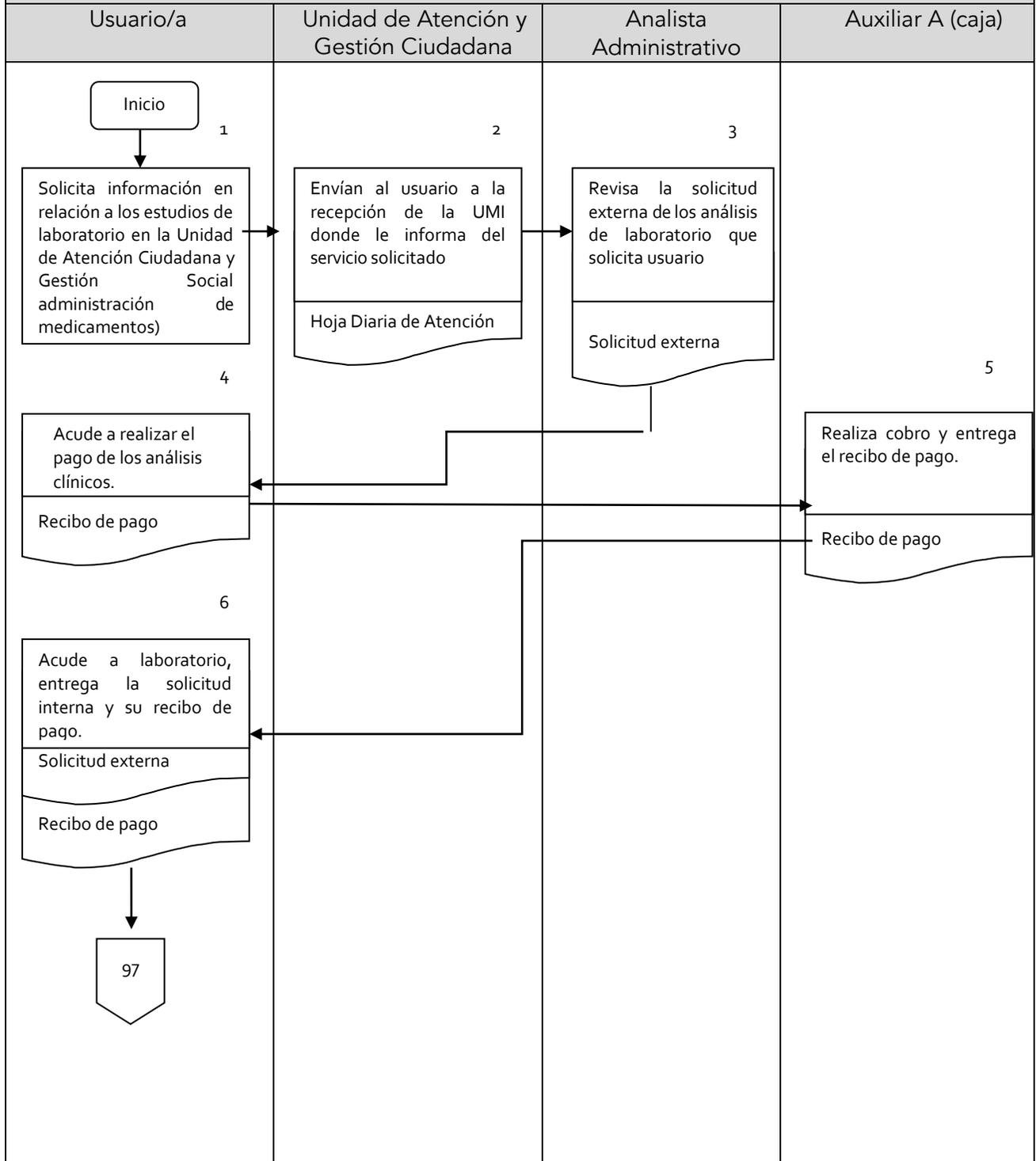
Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A

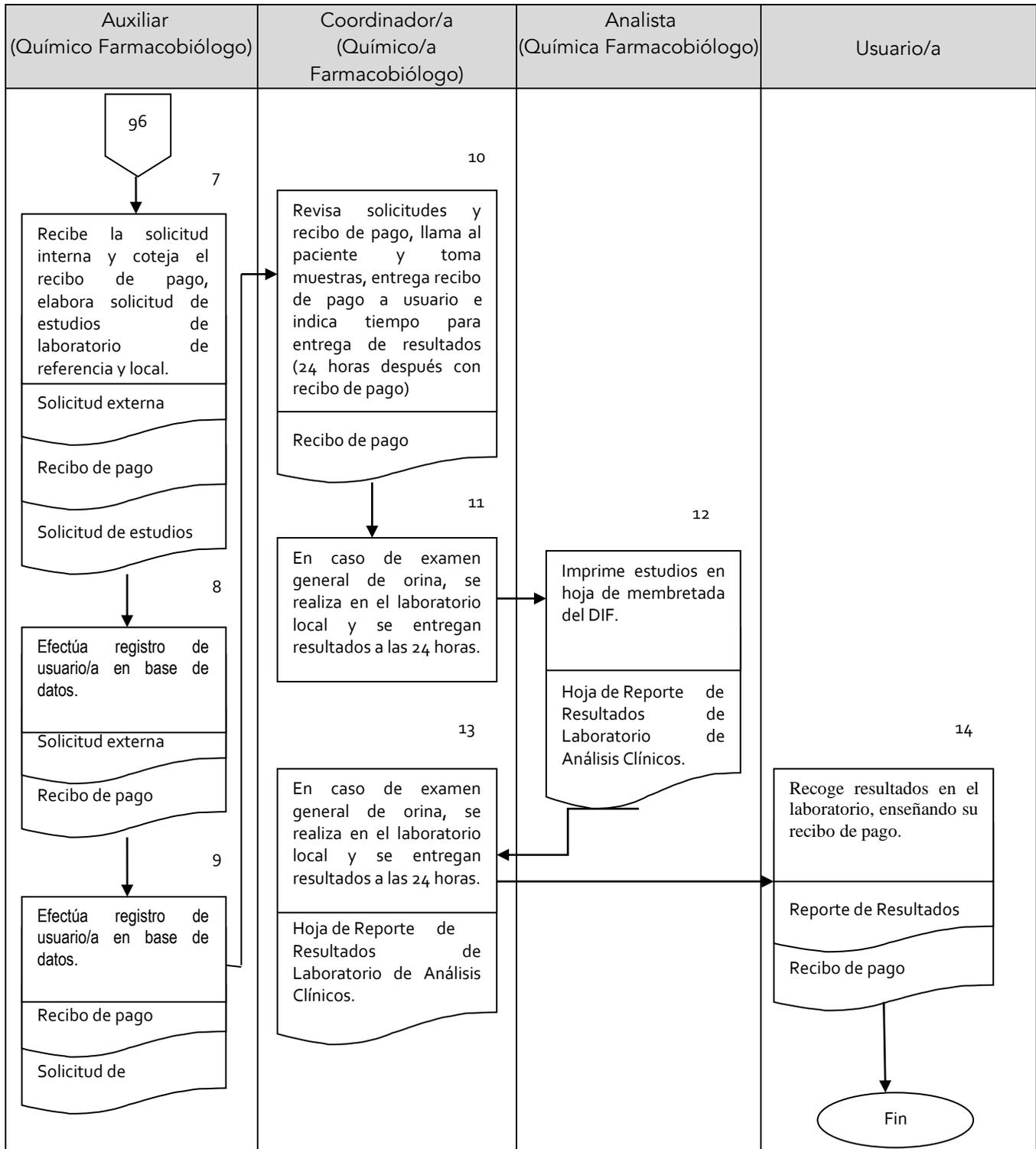
Fecha de elaboración: 08/09/2016

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



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, Pua. C.P.72550

Sistema Municipal DIF

	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 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.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

	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*

HOJA DE REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

PACIENTE:
DR:

EDAD:

FECHA:
SEXO:

Q.F.B.
CED. PROF.

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

	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

IV. DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar atención Psicológica.
Objetivo:	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.
Fundamento Legal:	<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>

	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

	<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>
Políticas de Operación:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se otorgará el servicio a cualquier persona que viva en el Municipio de Puebla y requiera atención psicológica. 2. Toda persona que solicite el servicio del área será asistida con respeto y amabilidad, atendiendo en todo momento a su calidad humana. 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 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. 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. 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. 7. Las citas subsecuentes deben ser otorgadas por los Analistas (psicólogos) que atiende al paciente por primera vez. 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. 9. En ningún caso el personal que labora en el Departamento de Atención Psicológica está autorizada para tomar decisiones

	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
	<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>	
Tiempo Promedio de Gestión	1 hora.	

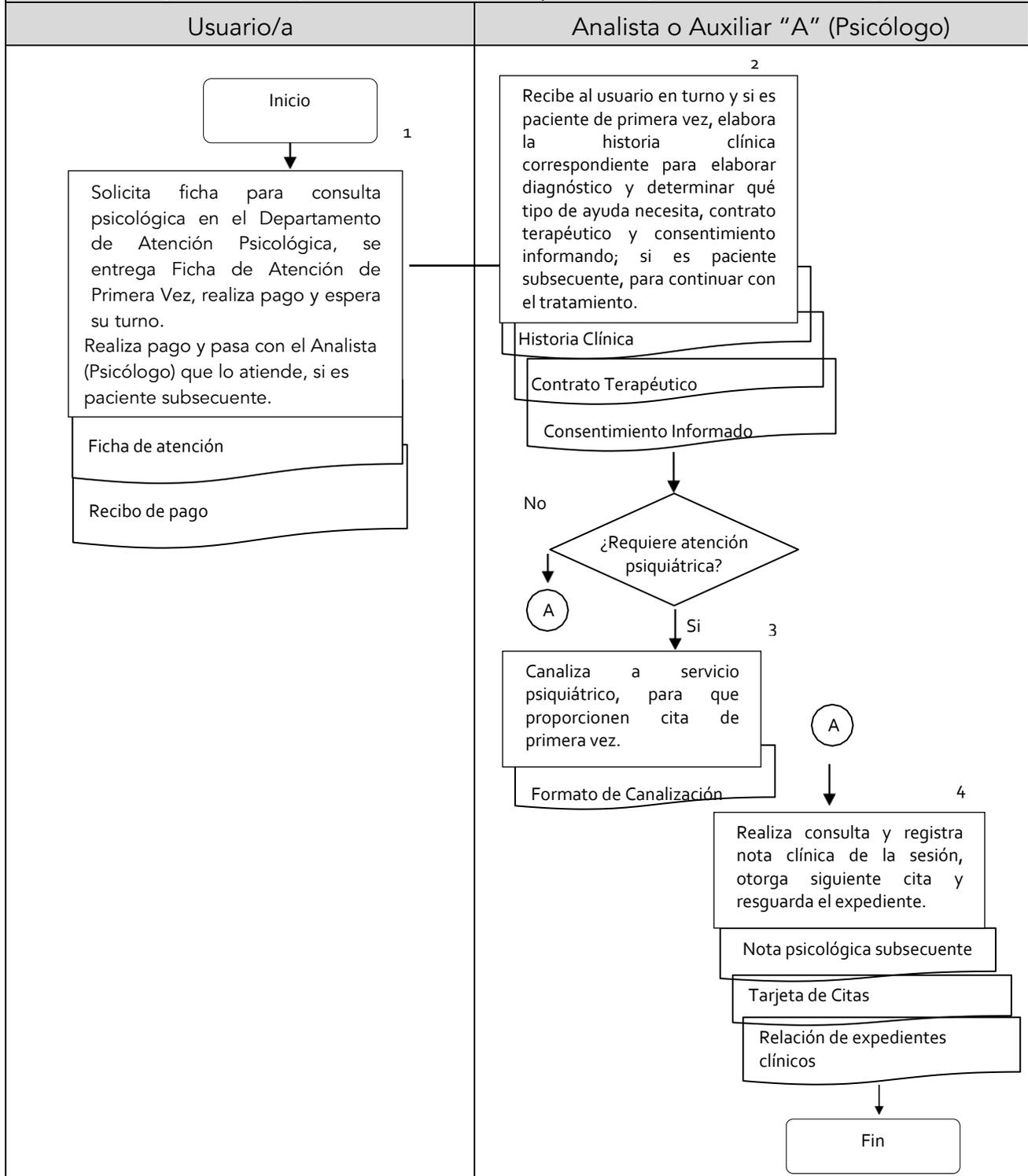
	Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud	Clave: MPCI1821/MP/SMDIF/DAPC063-A
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Fecha de actualización: 15/09/2020
		Núm. de revisión: 02

Descripción del Procedimiento: Para otorgar atención Psicológica				
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"> • Si no requiere atención psiquiátrica continúa en la actividad Núm. 4, en caso contrario: 	<p>Historia Clínica según corresponda Infantil, FORM.3257/SMDIF1821/0619,</p> <p>Adolescente, FORM.3255/SMDIF1821/0619, Adulto FORM.3256/SMDIF1821/0619,</p> <p>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

	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

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



	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*

*" 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

	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 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

 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

	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

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

	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*

*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

	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*

"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

	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

"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, Puebla, Pue. C.P. 72550
  Tel. +52 (222) 2.14.00.00
  @PueblaAyto
  H.AyuntamientodePuebla

FORM.3258/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

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.AyuntamientodePuebla

FORM.1463-B/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*

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) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H.AyuntamientodePuebla

FORM.1462-B/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



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: _____

	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

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)

	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*

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
 Puebla, Pue. C.P. 72550

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

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar atención Psiquiátrica.
Objetivo:	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.
Fundamento Legal:	<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>

	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

Políticas de Operación:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se otorgará el servicio a cualquier persona que viva en el Municipio de Puebla y que requiera atención psiquiátrica. 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. 3. Toda persona que solicite el servicio del área será asistida con respeto y amabilidad, atendiendo en todo momento a su calidad humana. 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. 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) 6. Las citas subsecuentes deben ser otorgadas por el psiquiatra que atiende al paciente por primera vez. 7. No se debe proporcionar información del estado emocional o de la dinámica familiar de los pacientes a cualquier persona, pues información confidencial. 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. 9. El personal encargado de otorgar el servicio deberá llevar un control de los usuarios. 10. Por atención en crisis no presentarán recibo de pago, ya que es un servicio gratuito. 11. Aplicar acciones de mejora regulatoria.
Tiempo Promedio de Gestión:	1 hora.

	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

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"> Si es atención subsecuente continua en la actividad Núm. 8, en caso contrario: 		
	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

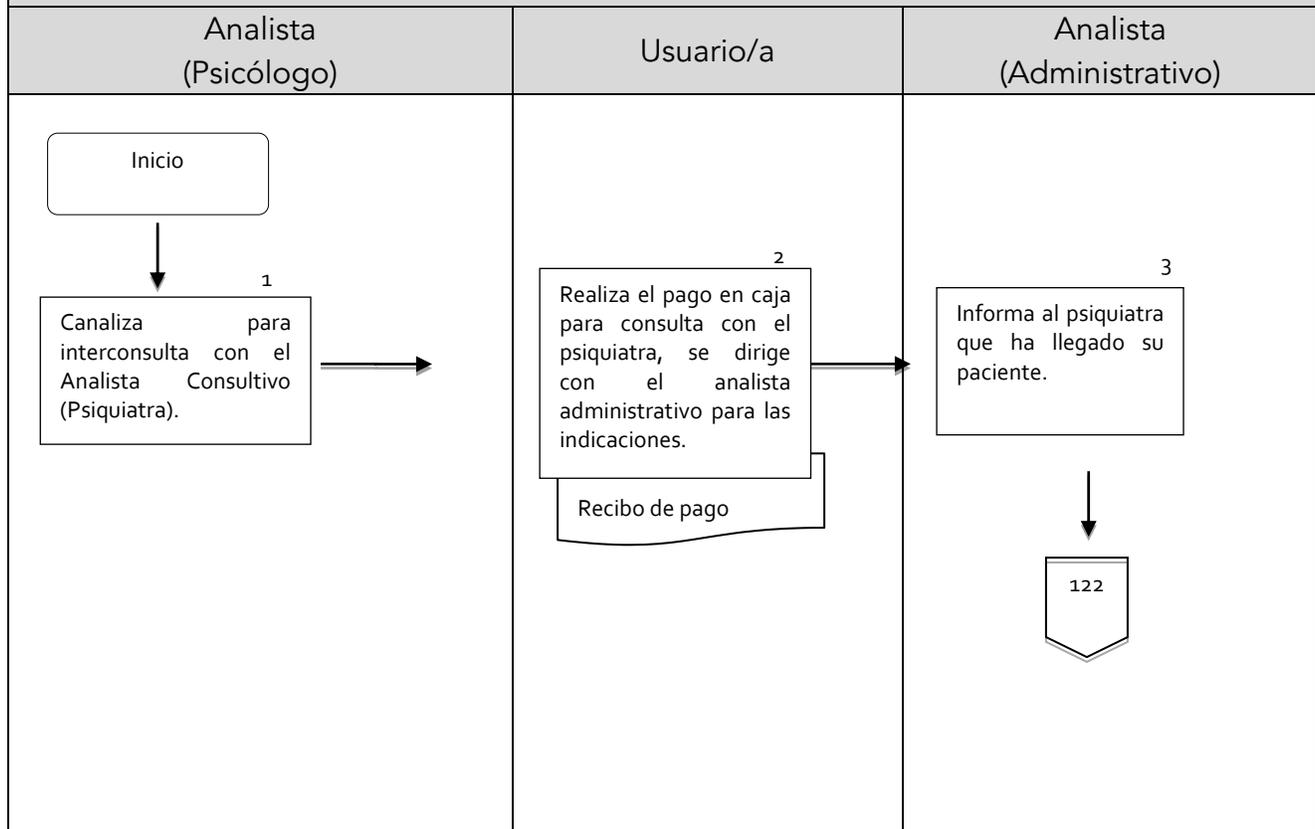
Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A

Fecha de elaboración: 08/09/2016

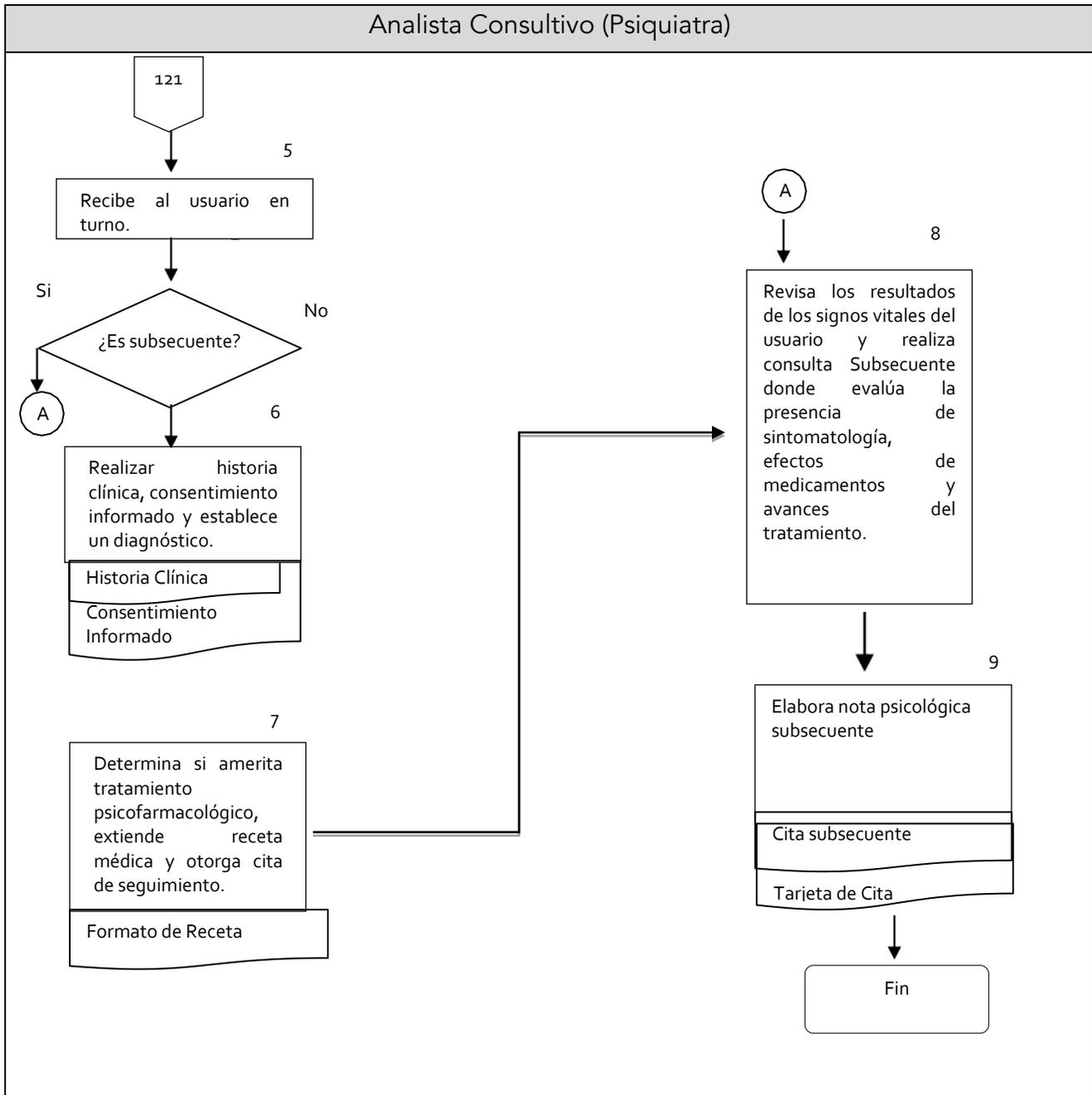
Fecha de actualización: 15/09/2020

Núm. de revisión: 02

Diagrama de flujo del procedimiento: Para otorgar atención Psiquiátrica.



Analista Consultivo (Psiquiatra)



	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

"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

	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 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.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

	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*

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, Puebla, Pue. C.P. 72550

 Tel. +52 (222) 214.00.00

 @PueblaAyto

 H.Ayuntamiento de Puebla

FORM.3261/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*

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

	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*

"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

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

 Tel. +52 (222) 2.14.00.00

 @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 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, Puebla, Pue. C.P. 72550
  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

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar atención Psicológica en casos de violencia
Objetivo:	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.
Fundamento Legal:	<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>

	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

	<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>
Políticas de Operación:	<ol style="list-style-type: none"> 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. 2. Se otorgará el servicio a cualquier persona que viva en el Municipio de Puebla que sea víctima de violencia familiar, escolar o laboral. 3. Toda persona que solicite el servicio del área será asistida con respeto y amabilidad, atendiendo en todo momento a su calidad humana. 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. 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. 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. 7. Las citas subsecuentes deben ser otorgadas por los analistas psicólogos que atiende al paciente por primera vez. 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.
Tiempo Promedio de Gestión:	<p>1 hora. (Variable en casos de emergencia).</p>

	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

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

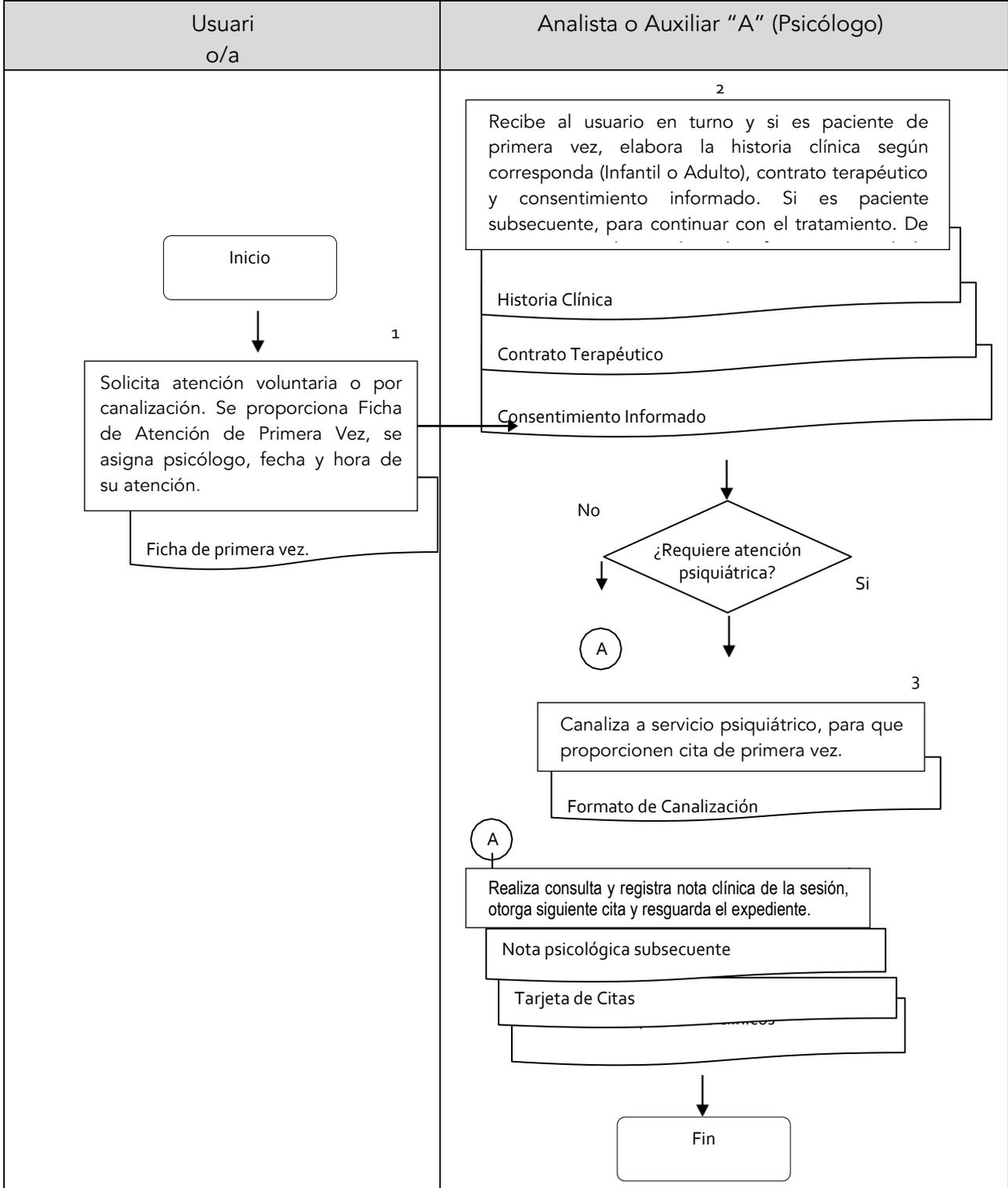
Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A

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



	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*

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

	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*

"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
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 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

	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*

*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: _____

	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*

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:

- Otorgar sus datos personales (incluyendo su número telefónico fijo y dirección) al psicólogo (a) y/o médico para el llenado de su expediente clínico.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- En caso de agendar cita telefónica, usted será el responsable de anotar correctamente fecha y hora del servicio que será prestado.
- 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.Ayuntamiento de Puebla

FORM.1462-B/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

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

	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



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

	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

V. DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN DENTAL

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar el servicio de atención Dental.
Objetivo:	Brindar a la población vulnerable servicios odontológicos, detectando los problemas y necesidades dentales para emprender acciones preventivas y correctivas.
Fundamento Legal:	<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>

	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

Políticas de Operación:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se atiende a todo el público en general que llegue a la Unidad Médica Integral del sistema Municipal DIF solicitando la atención. 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. 3. El otorgamiento de servicio dental debe ser proporcionado y una vez terminado se paga el servicio. 4. Todo trabajo de laboratorio dental se paga anticipadamente. 5. Las condonaciones en determinado porcentaje deben ser exclusivamente hechas por el personal de Trabajo Social. 6. El horario de atención de consulta es de 07:00 a 16:00 horas, de lunes a viernes. 7. Toda persona menor de edad, con capacidad diferente y/o de la tercera edad, deberá acudir acompañado de un responsable con identificación oficial. 8. Los servicios de especialidad en ortodoncia, se trabaja bajo cita previa y la valoración correspondiente.
Tiempo Promedio de Gestión:	Variable, depende de cada caso.

	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

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

	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

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

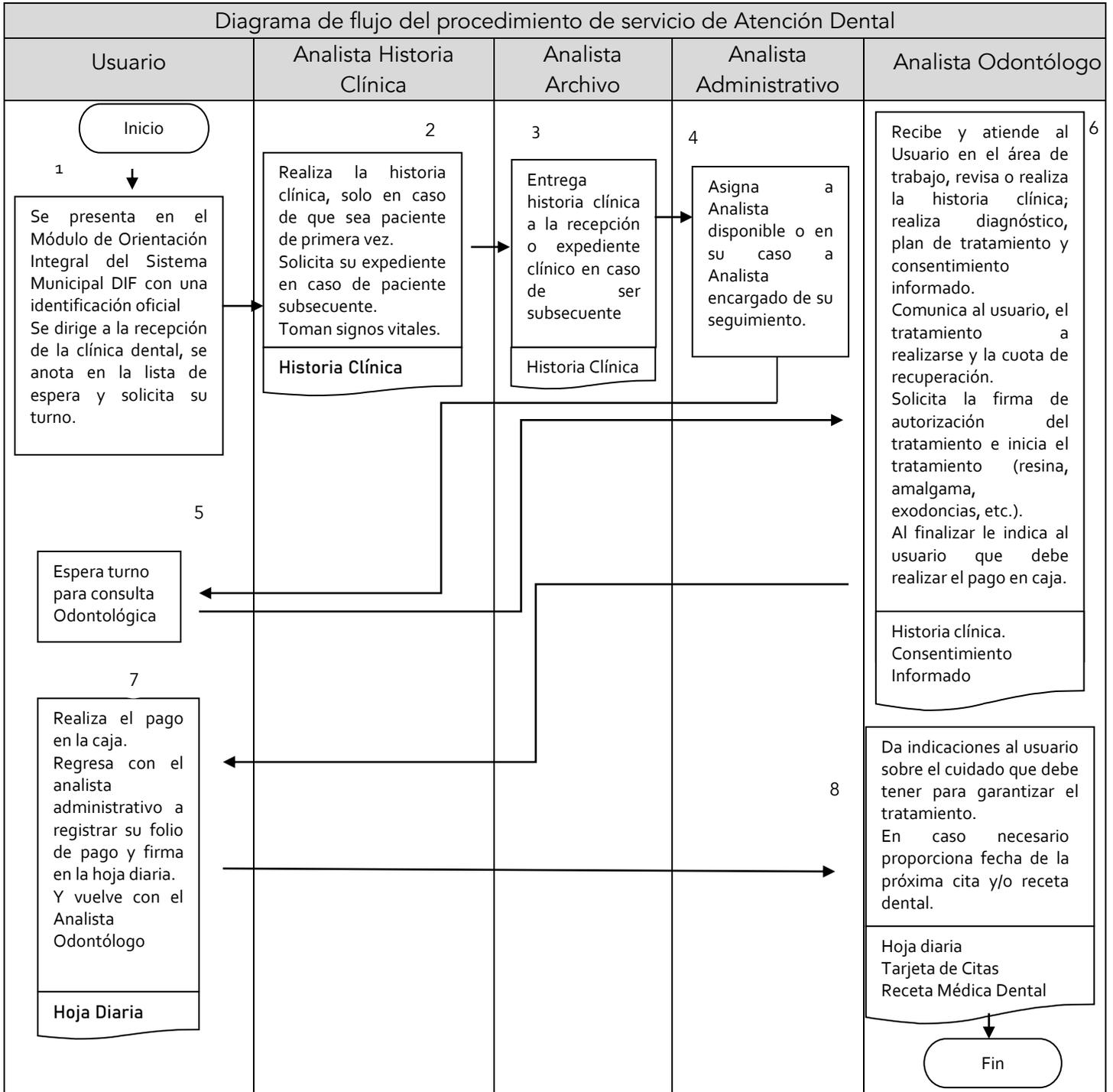
Clave: MPC11821/MP/SMDIF/DAPC063-A

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



	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."

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 _____

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.AyuntamientoPuebla

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



¿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

	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



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)

	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.

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.AyuntamientoPuebla

FORM.1507-B/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 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														

TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS 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)	TOTAL DE LOS TRATAMIENTOS <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				OPERATORIA DENTAL Tratamiento de urgencia Consulta Amalgama Resina Fotocurable Curación Exodoncia Profilaxis Cementación	ATENCIÓN PREVENTIVA Aplicación de Flúor Sellado Fotocurable	TRATAMIENTOS DE ESPECIALIDAD 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	AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Radiografías	LABORATORIO Arco lingual Botón de nano Mantenedor de frente estético Placas de expansión Mantenedor de espacio Placa tipo Hawley Placa monomaxilar 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 5 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

	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".

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

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

 Tel. +52 (222) 2.14.00.00

 @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

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar el servicio de atención de Ortodoncia.
Objetivo:	Brindar a la población vulnerable servicios ortodónticos, detectando los problemas y necesidades oclusales y de apiñamiento dental para emprender acciones correctivas.
Fundamento Legal:	<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>

	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

Políticas de Operación:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se atiende a todo el público en general que llegue a la Unidad médica del sistema DIF Municipal solicitando la atención. 2. deberá registrarse en el Módulo de Orientación con una identificación oficial. 3. Para ser atendido deberá tener cita previa, la cual se dará una vez que sea dado de alta de rehabilitación integral. 4. El otorgamiento de servicio dental debe ser proporcionado y una vez terminado se paga el servicio. 5. Todo trabajo de laboratorio dental se paga anticipadamente. 6. Las condonaciones en determinado porcentaje deben ser exclusivamente hechas por el personal de Trabajo Social. 7. El horario de atención de consulta es de 07:00-15:00 horas de lunes a viernes. 8. Toda persona menor de edad, con capacidad diferente y/o de la tercera edad, deberá acudir acompañado de un responsable con identificación oficial 9. Los servicios de especialidad en ortodoncia, se trabaja bajo cita previa y la valoración correspondiente.
Tiempo Promedio de Gestión:	1 hora aproximadamente

	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

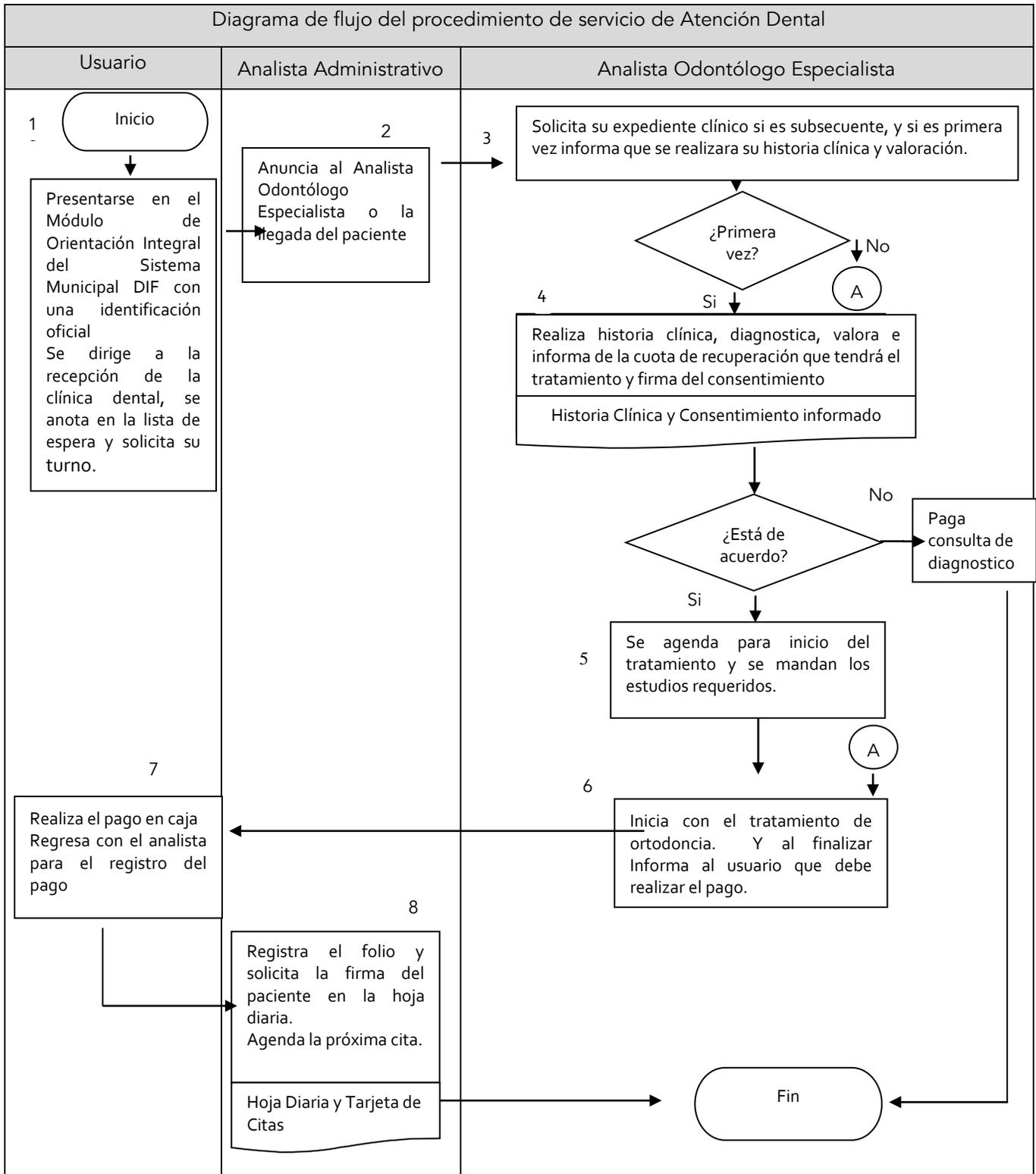
Descripción del Procedimiento: Procedimiento del servicio de ortodoncia.

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"> • Si está de acuerdo con el costo continúa en actividad 5 • Si no está de acuerdo, termina el procedimiento. 	Historia Clínica de Ortodoncia FORM.1548-B/SMDIF1821/0619 Consentimiento informado de Ortodoncia FORM.1547-B/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

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



	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.

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) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H.AyuntamientodePuebla

FORM.1548-B/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



_____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

	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



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)

	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"

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

	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



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															

TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS	TOTAL DE LOS TRATAMIENTOS	OPERATORIA DENTAL	ATENCIÓN PREVENTIVA	TRATAMIENTOS DE ESPECIALIDAD	ADYUDANTES DE DIAGNÓSTICO	LABORATORIO
PACIENTES PRIMERA VEZ (14)	DEL TOTAL DE PACIENTES	Tratamiento de urgencia	Aplicación de Flúor	Armado de aranda inferior	Radiografías	Arco lingual
PACIENTES SUBSECUENTES (24)	HOMOS DENTALES	Consulta	Sellado Fotocurable	Armado de aranda superior		Botón de nanoe
MENORES DE 18 AÑOS HOMBRES (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 aranda inferior		Mantenedor de espacio
MUJERES ENTRE 18 Y 65 AÑOS (PRIMERA VEZ)		Exodoncia		Consulta mensual aranda superior		Placa tipo Hawley
ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS HOMBRES (PRIMERA VEZ)		Protésica		Reposición de Bracket		Placa monomaxilar
ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS MUJERES (PRIMERA VEZ)		Cementación		Cirugía		Guarda oclusal
OBSERVACIONES:				Endodoncia por conducto		
				Pulpotomía		
				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

	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

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.

	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

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.

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

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.