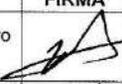


# PODER EJECUTIVO

## SECRETARÍA DE SALUD

### SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO

|   |  |   |   |              |              |
|---|--|---|---|--------------|--------------|
| <br><b>Hospital General de Querétaro</b>   | SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ<br>Hospital General de Querétaro   | <b>Clave del Procedimiento:</b> U540-DSMH-HGQ-P03 | <b>Revisión:</b> A  |              |              |
|   | <b>Elaboró:</b> Dr. Hugo Daniel Cerrillo Cruz, Director del Hospital General de Querétaro. Dra. Marisol Arenas López. Mtra. Yessica Victoria Capula Sánchez.<br><b>Asesoró:</b> LAE Alejandro Hernández Núñez, Perla Adriana Hernández Leal. Analistas del Departamento de Organización, Desarrollo e Informática. |   | <b>Fecha de validación:</b><br>abril 2020   |              |              |
| REVISADO Y VALIDADO POR   |  |   |   |              |              |
|   |  | <b>AREA</b>                                       | <b>NOMBRE</b>   | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |
| <b>TÍTULO:</b><br><br>Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo. | Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios.  | Dr. Miguel Ángel Villatoro Padilla.               |  | 3-11-2020    |              |
|   | Dirección del Hospital General de Querétaro  | Dr. Hugo Daniel Cerrillo Cruz                     |  | 12/05/20     |              |
|   | Dirección de Planeación.   | LAE. Raúl Rodríguez Reyes.                        |  | 21/05/20     |              |
|   | Departamento de Organización, Desarrollo e Informática.  | MDHO. Dulce María Ramírez Saavedra.               |  | 21/05/20     |              |

**1.0 OBJETIVO.**

Establecer las políticas y lineamientos para estandarizar las actividades que se llevan a cabo para el registro, conciliación y seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo, con el propósito de ofrecer una guía en el ejercicio de las funciones del personal asignado al servicio.

**2.0 ALCANCE.**

Aplica a todo el personal multidisciplinario involucrado y asignado al Hospital General de Querétaro. A nivel externo el procedimiento aplica a los pacientes con enfermedad de alto costo.

**3.0 ABREVIATURAS Y DEFINICIONES.**

**Carta de consentimiento informado:** Documento mediante el cual se expresa la aceptación libre, voluntaria, con pleno conocimiento y comprensión de la información por la persona facultada, para realizar los procedimientos médicos y/o quirúrgicos necesarios al paciente.

**Espécimen:** Todo tejido o material procedente u obtenido de un organismo vivo.

**Estudio transoperatorio:** Estudio morfológico que se realiza durante el procedimiento quirúrgico con la finalidad de descartar enfermedad maligna y cambiar cuando así sea el diseño o la planeación quirúrgica planteada para el paciente.

**Expediente clínico:** Conjunto único de información y datos personales de un paciente, el cual se integra dentro de un establecimiento para la atención médica, constando de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales el Personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones legales aplicables.

**HGQ:** Hospital General de Querétaro.

Vigencia a partir de: Firma por autoridades

1/36

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten notes and signatures]*

U540-DSMH-HGQ-P03 Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

**Laboratorio de Anatomía Patológica:** Establecimiento público, social o privado, independiente o ligado a otro establecimiento para la atención médica, que tenga como finalidad realizar estudios macroscópicos, citopatológicos, histopatológicos, inmunohistoquímicos o moleculares; para fines de diagnóstico, pronóstico, predicción de respuesta al tratamiento, investigación o docencia.

**LGS:** Ley General de Salud.

**Patología:** Ciencia que estudia la naturaleza de la enfermedad.

**SESEQ:** Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

**UNEME-DEDICAM:** Unidad de Especialidades Médicas de Detección y Diagnóstico de Cáncer de mama.

#### 4.0 POLÍTICAS.

- 4.1 El seguimiento a las fases de atención de los pacientes con enfermedad de alto costo corresponderá a la cartera de servicios ofertada por el HGQ.
- 4.2 Los Oncólogos Quirúrgicos y/u Oncólogos Médicos deberán explicar al paciente mediante la carta de consentimiento informado, mediante el cual se formaliza la autorización para atención médica, así como el tratamiento a través de quimioterapia, radioterapia, braquiterapia y/o intervención quirúrgica, debiendo ser de forma personalizada.
- 4.3 Para aquellas pacientes que hayan sido referidas por la UNEME-DEDICAM, con diagnósticos relacionadas con los tipos de cáncer de la mujer, concretamente para cáncer de mama y cervico-uterino, se agendarán diariamente tres consulta de primera vez a cada Oncólogo Quirúrgico.
- 4.4 Trabajo Social del servicio de Oncología, será el área encargada de la aplicación del estudio socio-económico, así como de la actualización de la clasificación y nivel asignado.
- 4.5 Archivo Clínico y Estadística, será el área responsable de resguardar en el expediente clínico de los pacientes, el estudio socio-económico, la nota de trabajo social y el estudio médico social que haya integrado y turnado Trabajo Social de Oncología.
- 4.6 Los pacientes menores de 60 años y con diagnóstico de infarto agudo al miocardio, deberán tener estudios de gabinete y electrocardiograma para el registro de la primera fase de atención en la base de datos electrónica.
- 4.7 Los pacientes diagnosticados con hepatitis crónica tipo c, deberán de ser valorados clínicamente para conocer su genotipo para el registro de la primera fase de atención en la base de datos electrónica.
- 4.8 Los pacientes receptores de trasplantes de córnea, recibirán su atención médica y seguimiento de sus fases de atención en la Unidad de Trasplantes del HGQ.

#### 5.0 RESPONSABILIDADES.

##### 5.1 Director del Hospital General de Querétaro.

- 5.1.1 Supervisar a través del Responsable de la oficina de seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo que las actividades desarrolladas en este Servicio se realicen conforme a las disposiciones indicadas en la LGS, y las demás disposiciones normativas y jurídicas aplicables.
- 5.1.2 Vigilar el cumplimiento de los procedimientos y lineamientos establecidos para el funcionamiento del sistema de referencia-contrarreferencia.

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

2/36

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

U540-DSMH-HGQ-P03 Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

## 5.2 Subdirector del Hospital General de Querétaro.

- 5.2.1 Planear, organizar, coordinar, operar, supervisar y evaluar la correcta aplicación del presente Procedimiento.
- 5.2.2 Determinar y hacer cumplir las normas de protección, seguridad e higiene tanto en el manejo de enfermos, como en la seguridad de los trabajadores del hospital, previniendo los riesgos profesionales quimioterapéuticos, de rayos x e imagenología y del uso de material radioactivo.

## 5.3 Responsable de la oficina de seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo.

- 5.3.1 Establecer comunicación con la UNEME-DEDICAM para la recepción de las pacientes referidas para su atención médica.
- 5.3.2 Enviar los reportes e informes requeridos por la UNEME-DEDICAM.
- 5.3.3 Establecer comunicación estrecha con los diversos servicios médicos-administrativos involucrados para agilizar la atención de los pacientes y su seguimiento de atención médica.
- 5.3.4 Solicitar periódicamente al Archivo Clínico y Estadística, los expedientes clínicos de los pacientes registrados en la base de datos electrónica, a efecto de obtener de forma completa y actualizada la documentación del seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo e información relevante al tratamiento de los pacientes.
- 5.3.5 Capturar oportunamente en la base de datos electrónica la información correspondiente al seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo.
- 5.3.6 Elaborar la contrarreferencia en la UNEME-DEDICAM.

## 6.0 PROCEDIMIENTOS O DOCUMENTOS RELACIONADOS.

- Anexo 1. Historia Clínica (U500-DSMH-F01).
- Anexo 2. Reporte de estudio de inmunohistoquímica y otros estudios especiales (U500-DSMH-F43).
- Anexo 3. Reporte de Estudio Histopatológico y/o citológico (U500-DSMH-F42).
- Anexo 4. Carta de Consentimiento Informado (U500-DSMH-F03).
- Anexo 5. Indicaciones Médicas (U500-DSMH-F53).
- Anexo 6. Registro Clínico de Quimioterapia. (U500-DSMH-F45).
- Anexo 7. Solicitud de interconsulta. (U500-DSMH-F02).
- Anexo 8. Estudio Social Médico. (U500-DGSMHTS-F05).
- Anexo 9. Nota de Trabajo Social. (U500-DMSHTS-F09).
- Anexo 10. Estudio Socio-Económico. (U500-DSMHTS-F08).
- Anexo 11. Solicitud de Estudios: Histopatológico y/o Citológico (U500-DSMH-F44).
- Anexo 12. Hoja de Evolución. (U500-DSMH-F54).
- Anexo 13. Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica. (U500-DSMH-F55).
- Anexo 14. Etiqueta para estudio histopatológico y/o citológico (U340-SGM-F16).
- Formato Único de Referencia y Contrarreferencia. U340-SGM-F01
- Recibo de Mezclas Oncológicas

U540-DSMH-HGQ-P03 Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

## 7.0 REFERENCIAS.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.  
Constitución Política del Estado de Querétaro  
Ley General de Salud.  
Ley de Salud del Estado de Querétaro.  
Ley de Derechos Humanos del Estado de Querétaro.  
Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de Querétaro.  
Ley de los Trabajadores del Estado de Querétaro.  
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.  
Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.  
Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente en materia de Residuos Peligrosos.  
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Atención Médica.  
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.  
Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.  
Decreto que crea al Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal denominado Servicios de Salud del Estado de Querétaro.  
Manual de Organización General de SESEQ.  
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.  
Norma Oficial Mexicana NOM-005-STPS-1998, Relativa a las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo para el manejo, transporte y almacenamiento de sustancias químicas peligrosas.  
Norma Oficial Mexicana NOM-010-STPS-1999, Condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo donde se manejen, transporten, procesen o almacenen sustancias químicas capaces de generar contaminación en el medio ambiente laboral.  
Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA3-2016, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica.  
Norma Oficial Mexicana NOM-018-STPS-2000, Sistema para la identificación y comunicación de peligros y riesgos por sustancias químicas peligrosas en los centros de trabajo.  
Norma Oficial Mexicana NOM-052-SEMARNAT-2005, Que establece las características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos.  
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-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.  
Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 En materia de información en salud.  
Procesos y Sistemas Críticos del Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad.  
Código Civil del Estado de Querétaro.  
Manual Operativo de Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente en el Segundo Nivel de Atención en Salud.  
Guía Técnica para Elaboración de Base Documental de los Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.  
4/36

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

U540-DSMH-HGQ-P03 Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

**8.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.**

**8.1 Procedimiento de identificación de Enfermedades de Alto Costo.**

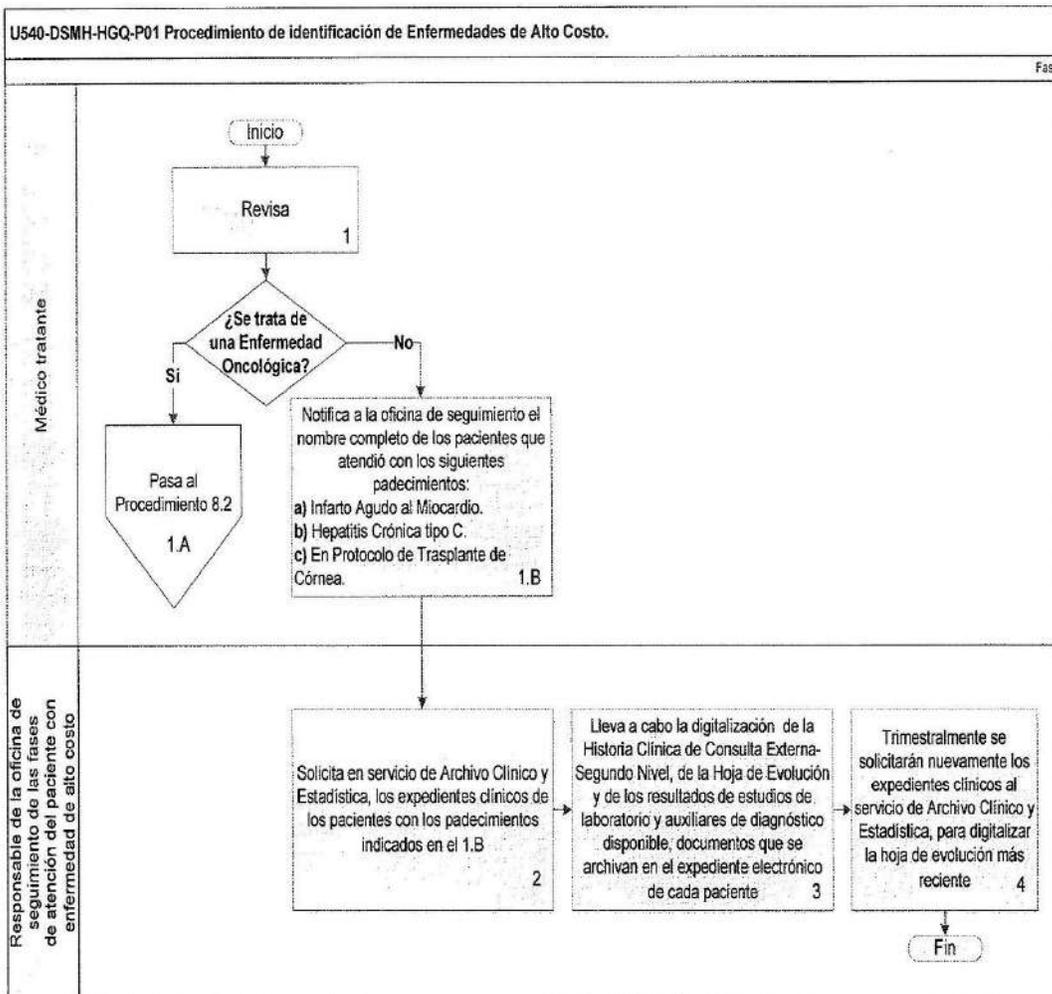
| RESPONSABLE  | No. Act. | DESCRIPCIÓN   |
|--|----------|---|
| Médico tratante.   | 1        | Revisa.<br><b>¿Se trata de una Enfermedad Oncológica?</b>   |
|  | 1.A      | <b>Si:</b> Pasa al Procedimiento 8.2  |
|  | 1.B      | <b>No:</b> Notifica a la oficina de seguimiento el nombre completo de los pacientes que atendió con los siguientes padecimientos:<br>a) Infarto Agudo al Miocardio.<br>b) Hepatitis Crónica tipo C.<br>c) En Protocolo de Trasplante de Córnea.                                   |
| Responsable de la oficina de seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo. | 2        | Solicita enservicio de Archivo Clínico y Estadística, los expedientes clínicos de los pacientes con los padecimientos indicados en el 1.B.  |
|  | 3        | Lleva a cabo la digitalización de la Historia Clínica de Consulta Externa-Segundo Nivel, de la Hoja de Evolución y de los resultados de estudios de laboratorio y auxiliares de diagnóstico disponible, documentos que se archivan en el expediente electrónico de cada paciente. |
|  | 4        | Trimestralmente se solicitarán nuevamente los expedientes clínicos al servicio de Archivo Clínico y Estadística, para digitalizar la hoja de evolución más reciente.<br><b>Fin.</b>   |





U540-DSMH-HGQ-P03 Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

DIAGRAMA



Vigencia a partir de: Firma de autoridades.  
6/36

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

U540-DSMH-HGQ-P03 Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

**8.2 Procedimiento para la programación de la consulta de primera vez en el Servicio de Oncología y registro de la fase de atención: Diagnóstico.**

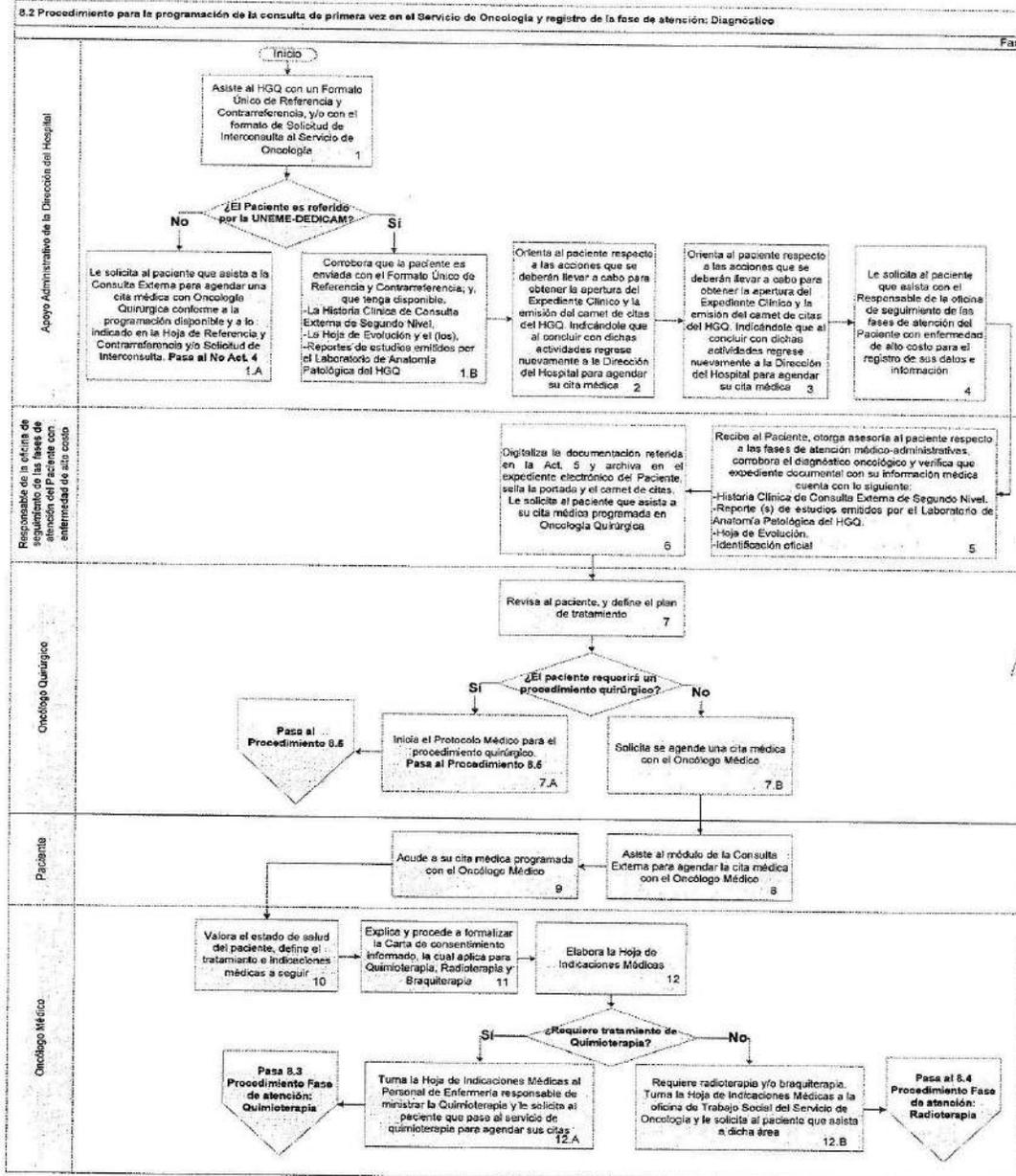
| RESPONSABLE  | No. Act. | DESCRIPCIÓN   |
|--|----------|---|
| Paciente.  | 1        | Asiste al HGQ con un Formato Único de Referencia y Contrarreferencia, y/o con el formato de Solicitud de Interconsulta al Servicio de Oncología.<br><b>¿El Paciente es referido por la UNEME-DEDICAM?</b>   |
| Apoyo Administrativo de la Dirección del Hospital.   | 1.A      | <b>No:</b> Le solicita al paciente que asista a la Consulta Externa para agendar una cita médica con Oncología Quirúrgica conforme a la programación disponible y a lo indicado en la Hoja de Referencia y Contrarreferencia y/o Solicitud de Interconsulta.<br><b>Pasa al No Act. 7.</b>   |
|  | 1.B      | <b>Sí:</b> Corroborar que la paciente es enviada con el Formato Único de Referencia y Contrarreferencia; y, que tenga disponible.<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- La Historia Clínica de Consulta Externa de Segundo Nivel,</li> <li>- La Hoja de Evolución y el (los),</li> <li>- Reportes de estudios emitidos por el Laboratorio de Anatomía Patológica del HGQ.</li> </ul>  |
|  | 2        | Orienta al paciente respecto a las acciones que se deberán llevar a cabo para obtener la apertura del Expediente Clínico y la emisión del carnet de citas del HGQ. Indicándole que al concluir con dichas actividades regrese nuevamente a la Dirección del Hospital para agendar su cita médica.   |
|  | 3        | Recibe al paciente con el carnet de citas y agenda una cita médica con Oncología Quirúrgica, registrando la fecha y el horario en el carnet de citas.   |
|  | 4        | Le solicita al paciente que asista con el Responsable de la oficina de seguimiento de las fases de atención del Paciente con enfermedad de alto costo para el registro de sus datos e información.  |
| Responsable de la oficina de seguimiento de las fases de atención del Paciente con enfermedad de alto costo. | 5        | Recibe al Paciente, otorga asesoría al paciente respecto a las fases de atención médico-administrativas, corrobora el diagnóstico oncológico y verifica que expediente documental con su información médica cuenta con lo siguiente:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>-Historia Clínica de Consulta Externa de Segundo Nivel.</li> <li>-Reporte(s) de estudios emitidos por el Laboratorio de Anatomía Patológica del HGQ.</li> <li>-Hoja de Evolución.</li> <li>-Identificación oficial.</li> </ul> |

**U540-DSMH-HGQ-P03** Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

| RESPONSABLE  | No. Act. | DESCRIPCIÓN  |
|--|----------|--|
| Responsable de la oficina de seguimiento de las fases de atención del Paciente con enfermedad de alto costo. | 6        | Digitaliza la documentación referida en la Act. 5 y archiva en el expediente electrónico del Paciente, sella la portada y el carnet de citas. Le solicita al paciente que asista a su cita médica programada en Oncología Quirúrgica.  |
| Oncólogo Quirúrgico.   | 7        | Revisa al paciente, y define el plan de tratamiento.<br><b>¿El paciente requerirá un procedimiento quirúrgico?</b>   |
|  | 7.A      | <b>Sí:</b> Inicia el Protocolo Médico para el procedimiento quirúrgico.<br><b>Pasa al Procedimiento 8.5</b>  |
|  | 7.B      | <b>No:</b> Solicita se agende una cita médica con el Oncólogo Médico.  |
| Paciente.  | 8        | Asiste al módulo de la Consulta Externa para agendar la cita médica con el Oncólogo Médico.  |
|  | 9        | Acude a su cita médica programada con el Oncólogo Médico.  |
| Oncólogo Médico.   | 10       | Valora el estado de salud del paciente, define el tratamiento e indicaciones médicas a seguir.   |
|  | 11       | Explica y procede a formalizar la Carta de consentimiento informado, la cual aplica para Quimioterapia, Radioterapia y Braquiterapia.  |
|  | 12       | Elabora la Hoja de Indicaciones Médicas.<br><b>¿Requiere tratamiento de Quimioterapia?</b>   |
|  | 12.A     | <b>Sí:</b> Turna la Hoja de Indicaciones Médicas al Personal de Enfermería responsable de ministrar la Quimioterapia y le solicita al paciente que pase al servicio de quimioterapia para agendar sus citas.<br><b>Pasa 8.3 Procedimiento Fase de atención: Quimioterapia.</b> |
|  | 12.B     | <b>No:</b> Requiere radioterapia y/o braquiterapia.<br>Turna la Hoja de Indicaciones Médicas a la oficina de Trabajo Social del Servicio de Oncología y le solicita al paciente que asista a dicha área.<br><b>Pasa al 8.4 Procedimiento Fase de atención: Radioterapia.</b>   |

U540-DSMH-HGQ-P03 Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

DIAGRAMA



Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

9/36

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

**U540-DSMH-HGQ-P03** Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo.

**8.3 Procedimiento Fase de atención: Quimioterapia.**

| RESPONSABLE  | No. Act. | DESCRIPCIÓN  |
|--|----------|--|
| Paciente   | 1        | Asiste al Servicio de Quimioterapia.   |
| Personal de Enfermería responsable de ministrar la Quimioterapia.  | 2        | Recibe al paciente y registra en el carnet de citas, las fechas y horarios de las sesiones de quimioterapia programadas conforme a la Hoja de Indicaciones Médicas emitida por el Oncólogo Médico.   |
|  | 3        | Resguarda la Hoja de Indicaciones Médicas y registra las citas del paciente en la agenda del servicio de quimioterapia.  |
|  | 4        | Le entrega el carnet de citas al paciente y le indica que deberá asistir a la oficina de seguimiento de las fases de atención del Paciente con enfermedad de alto costo para el registro de sus datos e información.   |
| Responsable de la oficina de seguimiento de las fases de atención del Paciente con enfermedad de alto costo. | 5        | Registra en el archivo electrónico las sesiones programadas para cada paciente, conforme a los ciclos y características del tratamiento; y asiste con el Personal de Enfermería responsable de ministrar la Quimioterapia, para solicitar:<br>- Hoja de Indicaciones Médicas;<br>- Carta de consentimiento informado.<br>Las cuales se digitalizan y archivan en el expediente electrónico de cada paciente. |
|  | 6        | Le comunica al paciente que deberá asistir el día de su cita programada a la ministración de su quimioterapia.   |
| Paciente.  | 7        | Asiste al servicio de quimioterapia para recibir atención conforme a la programación de citas.   |
| Personal de Enfermería responsable de ministrar la Quimioterapia.  | 8        | Lleva a cabo la ministración de la quimioterapia y al término de la infusión procede al egreso del paciente, y otorga orientación respecto a su próxima cita.  |
|  | 9        | Elabora los informes y registros correspondientes a:<br>- Censo de pacientes,<br>- Productividad,<br>- Control de infusiones de quimioterapia y<br>- Registro Clínico de Quimioterapia.  |
| Responsable de la oficina de seguimiento de las fases de atención del Paciente con enfermedad de alto costo. | 10       | Asiste con el Personal de Enfermería responsable de ministrar la Quimioterapia, para solicitar la Hoja de Indicaciones Médicas, el recibo de mezclas oncológicas y/o el Registro Clínico de Quimioterapia, las cuales digitaliza y archiva en el expediente electrónico de cada paciente.<br><br><b>Fin.</b>   |

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.  
10/36

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

U540-DSMH-HGQ-P03 Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

DIAGRAMA



Vigencia a partir de: Firma de autoridades.  
11/36

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

**U540-DSMH-HGQ-P03** Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

**8.4 Procedimiento Fase de atención: Radioterapia.**

| RESPONSABLE  | No. Act. | DESCRIPCIÓN  |
|--|----------|--|
| Paciente   | 1        | Asiste a Trabajo Social del Servicio de Oncología.   |
| Trabajo Social del Servicio de Oncología.  | 2        | Verifica que el Oncólogo Médico haya indicado en la Hoja de Indicaciones Médicas, el tratamiento a través de Radioterapia y/o braquiterapia.   |
|  | 3        | Lleva a cabo la aplicación del:<br>- Estudio socio-económico,<br>- Nota de trabajo social y<br>- Estudio médico-social.  |
|  | 4        | Orienta al paciente y la turna a la Dirección del Hospital para la elaboración de la referencia de atención médica en la Unidad de Especialidades de Oncología de SESEQ.   |
| Dirección del Hospital.  | 5        | Recibe al paciente y teniendo a la vista la Hoja de Indicaciones Médicas, elabora el Formato Único de Referencia y Contrarreferencia al Centro Oncológico para la solicitud de tratamiento a través de Radioterapia y/o braquiterapia.                         |
|  | 6        | Le solicita al paciente que asista con el Responsable de la oficina de seguimiento de las fases de atención del Paciente con enfermedad de alto costo para el registro de sus datos e información.   |
| Responsable de la oficina de seguimiento de las fases de atención del Paciente con enfermedad de alto costo. | 7        | Recibe al paciente, y digitaliza:<br>- Hoja de Indicaciones Médicas,<br>- Carta de consentimiento informado y el<br>- Formato Único de Referencia y Contrarreferencia.<br>Documentos que archiva en el expediente electrónico de cada paciente.<br><b>Fin.</b> |

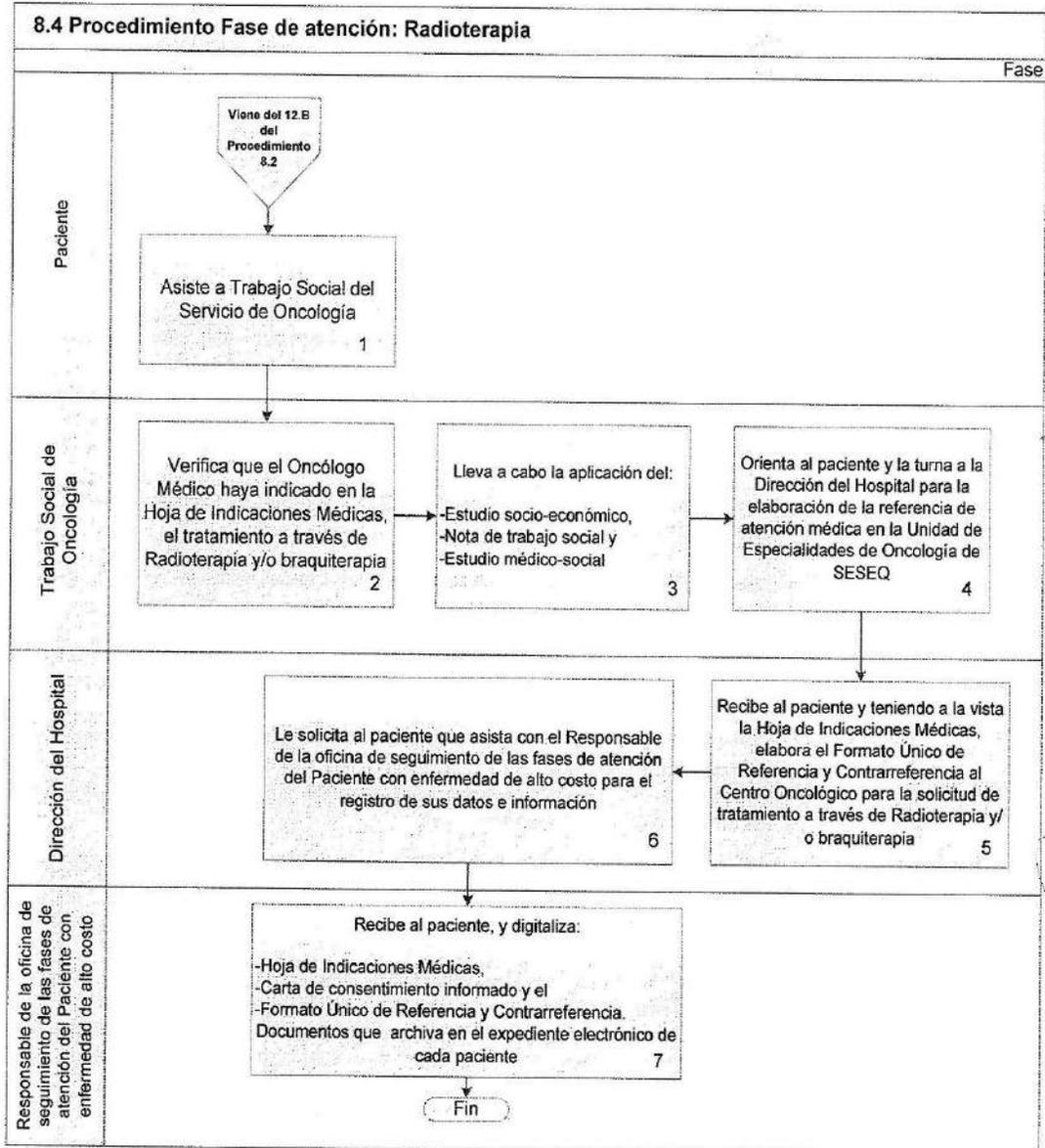
Vigencia a partir de: Firma de autoridades.  
12/36

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

U540-DSMH-HGQ-P03 Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

DIAGRAMA



Vigencia a partir de: Firma de autoridades.  
13/36

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

U540-DSMH-HGQ-P03 Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

8.5 Procedimiento Fase de atención: Cirugía.

| RESPONSABLE  | No. Act. | DESCRIPCIÓN  |
|--|----------|--|
| Oncólogo Quirúrgico.   | 1        | Al término del Protocolo Médico para el procedimiento quirúrgico, se programa el día y horario de la cirugía.  |
|  | 2        | Explica y procede a formalizar la de "Carta de consentimiento informado de la cirugía" y el formato de "Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica".  |
|  | 3        | Durante la cirugía, lleva a cabo la técnica para la recolección, envasado e identificación a través de Etiqueta para estudio histopatológico y/o citológico (U340-SGM-F16).  |
|  | 4        | Elabora la Solicitud de estudios histopatológico y/o citológico(U500-DSMH-F44).  |
|  | 5        | Procede a la entrega del espécimen y de la solicitud de estudios histopatológico y/o citológico en el Laboratorio de Anatomía Patológica.  |
|  | 6        | Procesa el estudio transoperatorio y resguarda el resultado hasta su entrega-recepción.  |
|  | 7        | Asiste al Laboratorio de Anatomía Patológica para la recepción del resultado de estudio transoperatorio.   |
|  | 8        | Elabora la descripción de los hallazgos del estudio transoperatorio y explica esta información al paciente durante su consulta de seguimiento.   |
| Laboratorio de Anatomía Patológica.  | 9        | Envía al Responsable de la oficina de seguimiento de las fases de atención del Paciente con enfermedad de alto costo, la relación de los pacientes diagnóstico positivo a malignidad a través de algún estudio ordinario o transoperatorio.  |
| Responsable de la oficina de seguimiento de las fases de atención del Paciente con enfermedad de alto costo. | 10       | Con la relación de los pacientes con diagnóstico positivo a malignidad a través de un estudio transoperatorio, solicita al Servicio de Archivo Clínico y Estadística los expediente clínicos de dichos pacientes.  |
|  | 11       | Digitaliza la Carta de consentimiento informado respecto a la cirugía programada, el Reporte de estudios emitidos por el Laboratorio de Anatomía Patológica y la Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica y los archiva en el expediente electrónico de cada paciente.<br><b>Fin.</b> |

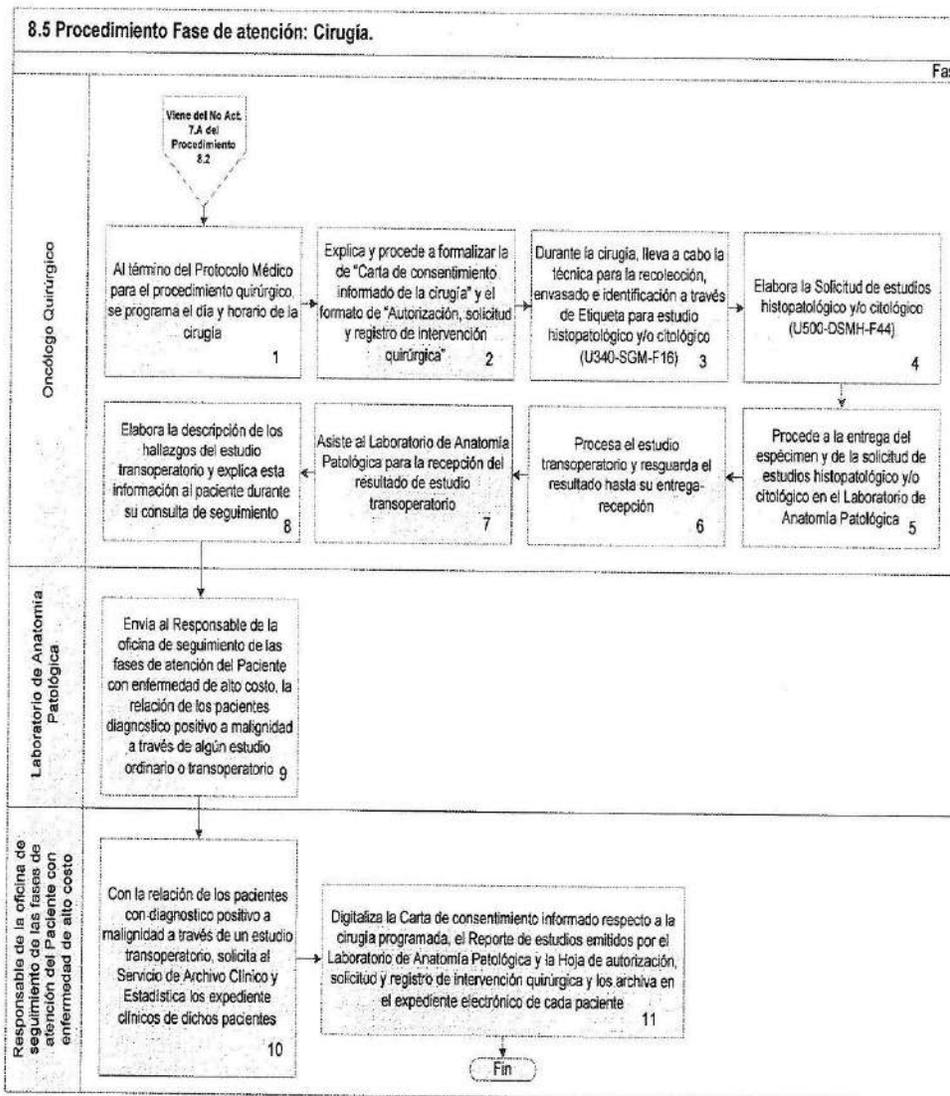
Vigencia a partir de: Firma de autoridades.  
14/36

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

**U540-DSMH-HGQ-P03** Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

**DIAGRAMA**



**9.0 CONTROL DE CAMBIOS**

| REVISIÓN | FECHA            | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO                                 |
|----------|------------------|--|
| A        | 20 de abril 2020 | Elaboración y término de validación del procedimiento. |

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.  
15/36

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

**U540-DSMH-HGQ-P03** Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

**10.0 ANEXOS.**

**Anexo 1. Historia Clínica (U500-DSMH-F01) Anverso.**

**Historia Clínica (U500-DSMH-F01) Unidad**

SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
ACTUALIZADO POR: \_\_\_\_\_ OPORTUNIDAD: \_\_\_\_\_ NOMBRE: CURP: \_\_\_\_\_ Género: (M) (F)

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

Religión: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_ Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_ Habla lengua indígena ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 Familiar responsable: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_

| A) Antecedentes Heredo-Familiares: |    |    | B) Antecedentes personales no patológicos: |    |    | C) Antecedentes Gineco-Obstétricos: |            |    | D) Antecedentes patológicos: |                   |    |    |
|------------------------------------|----|----|--|----|----|-------------------------------------|------------|----|------------------------------|-------------------|----|----|
| Valoración                         | SI | No | Valoración                                 | SI | No | Maraca:                             | Valoración | SI | No                           | Diabetes Mellitus | SI | No |
| Diabetes                           |    |    | Actividad física                           |    |    | Ritmo:                              | HAS        |    |                              |                   |    |    |
| Neoplásicos                        |    |    | Tabaquismo                                 |    |    | USA:                                |            |    |                              |                   |    |    |
| Epilepsia                          |    |    | Humo de leña                               |    |    | Parejas:                            |            |    |                              |                   |    |    |
| Parasitario                        |    |    | Drugs                                      |    |    | Gestas:                             |            |    |                              |                   |    |    |
| Hipertensión                       |    |    | Alcoholismo                                |    |    | Para:                               |            |    |                              |                   |    |    |
| Cardiovasculares                   |    |    | Alim. Adecuada                             |    |    | Cesareas:                           |            |    |                              |                   |    |    |
| Reumatólogicas                     |    |    | Higiene Adecuada                           |    |    | Abortos:                            |            |    |                              |                   |    |    |
| Obesidad                           |    |    | CONSE                                      |    |    | FUR:                                |            |    |                              |                   |    |    |
| Otros                              |    |    | Vivienda Rural                             |    |    | MFF:                                |            |    |                              |                   |    |    |
|                                    |    |    | Vivienda Urbana                            |    |    | Papnicolour:                        |            |    |                              |                   |    |    |
|                                    |    |    | Servicios básicos Domicilio:               |    |    | Colposcopia:                        |            |    |                              |                   |    |    |

E) SIGNOS VITALES: TA \_\_\_\_\_ mmHg, FC: \_\_\_\_\_ X, FR \_\_\_\_\_ X, Temp: \_\_\_\_\_ °C, Talla: \_\_\_\_\_ mts., Peso: \_\_\_\_\_ kgs  
 IMC \_\_\_\_\_ Kg/m2 SAT O2 \_\_\_\_\_ %

Padecimiento actual:

Interrogatorio por Aparatos y Sistemas: Presenta alteraciones:

|                 |                             |                             |                |                             |                             |
|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Nervioso:       | SI <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Musculo Esq:   | SI <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Cardiovascular: | SI <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Genitales:     | SI <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Digestivo:      | SI <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Hemofílicos:   | SI <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Pulmonar:       | SI <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Piel y Anexos: | SI <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Exploración Física: Presenta alteraciones:

|                  |                             |                             |               |                             |                             |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Neurológica:     | SI <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Abdomen:      | SI <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Cabeza y Cuello: | SI <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Genitales:    | SI <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Torax:           | SI <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Extremidades: | SI <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Estudios de Laboratorio y Gabinetes:

Impresión diagnóstica:

Pronóstico: Bueno  Malo  Reservado a hallazgos y evolución

| Tratamiento: | Estudios solicitados:   |
|--------------|---|
| 1. _____     | Laboratorio: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuales: _____  |
| 2. _____     | Rayos X: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> TAC: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3. _____     | USG: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> EKG: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>     |
| 4. _____     | Otros: _____  |
| 5. _____     |   |

Nombre completo, cédula profesional y firma del Médico

NOTA: Una vez requisitada la información previa de esta página las subespecialidades que lo requieran llevarán también el reverso.

H 1-2

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.  
16/36

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

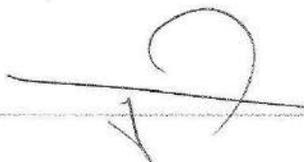
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.



U540-DSMH-HGQ-P03 Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

Anexo 2. Reporte de estudio de inmunohistoquímica y otros estudios especiales (U500-DSMH-F43)

|   |  |  |  |   |  |
|---|--|--|--|---|--|
|            |  | <b>SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ</b><br>Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios |  | <b>LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA</b> |  |
| <b>Reporte de Estudio de Inmunohistoquímica y otros Estudios Especiales (U500-DSMH-F43)</b> |  |  |  |   |  |
| Hospital: _____   |  |  | Folio Lab. Patología: <input type="text"/> |   |  |
|   |  |  | No. Exp. Clínico _____                     |   |  |
| Nombre:   |  | Edad:  | Sexo:                                      |   |  |
| Servicio:   |  | Dr. (a):   |  |   |  |
| Estudio:  |  |  |  |   |  |
| Fecha de recepción:   |  |  | Fecha de informado:                        |   |  |
| DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:   |  |  |  |   |  |
| DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:   |  |  |  |   |  |
| RECOMENDACIÓN REPORTE:  |  |  |  |   |  |
| RESULTADO:  |  |  |  |   |  |
| NOTA:   |  |  |  |   |  |
| Atentamente:  |  |  |  |   |  |
| _____<br>Dr.<br>Ced. Esp.<br>Laboratorio de Anatomía Patológica                             |  |  |  |   |  |



Vigencia a partir de: Firma de autoridades.  
18/36

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

U540-DSMH-HGQ-P03 Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

Anexo 3. Reporte de Estudio Histopatológico y/o citológico (U500-DSMH-F42)


**SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ**  
 Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios

**LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA**  
**Reporte de Estudio Histopatológico y/o Citológico.**  
 (U500-DSMH-F42)

Hospital: \_\_\_\_\_ Folio Lab. Patología:

No. de Exp. Clínico: \_\_\_\_\_

|                      |       |                     |
|----------------------|-------|---------------------|
| Nombre:              |       |                     |
| Edad:                | Sexo: | Cama:               |
| Servicio:            |       | Dr. (s):            |
| Especimen:           |       |                     |
| Diagnóstico Clínico: |       |                     |
| Detos Clínicos:      |       |                     |
| Fecha de recepción:  |       | Fecha de informado: |

**DESCRIPCION MACROSCOPICA:**

**DIAGNÓSTICO:**

Atentamente:

\_\_\_\_\_  
 Dr.  
 Cédula Profesional, Esp.  
 Laboratorio de Anatomía Patología

5


U540-DSMH-HGQ-P03 Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

Anexo 4. Carta de Consentimiento Informado (U500-DSMH-F03).



Carta de Consentimiento Informado (U500-DSMH-F03)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_
EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_
CAMA: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

Nombre del padre, tutor o representante legal designado por el paciente para otorgar su consentimiento y/o autorización:

En apego a los artículos 80 al 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Atención Médica y a la NOM-004-SSA3-2012 relativa al Expediente Clínico numerales 4.2, 10.1 al 10.1.2, se otorga la presente autorización al personal médico y paramédico de la Unidad Médica:

Para realizar los procedimientos médicos y/o quirúrgicos necesarios al paciente en cuestión, y para tal efecto, declara:

Acepto O No Acepto O

[Handwritten signature]

Que los médicos del hospital le han explicado de manera detallada y con un lenguaje que puede comprender, los procedimientos médicos y quirúrgicos que se planean realizar y que tienen como objetivo primordial coadyuvar a la solución del problema de salud citado, utilizando las técnicas vigentes para tal efecto, en virtud de que el personal de salud que labora en dicha institución se declara ampliamente capacitado y que cuenta con autorización legal con efecto de patente y registro correspondiente para el libre ejercicio de su especialidad médica o quirúrgica en su caso, además de comprometerse a actuar con ética y responsabilidad en beneficio del paciente.

Que cualquier procedimiento médico implica una serie de riesgos no siempre previsibles debido a diversas circunstancias que entre otras se consideran su estado físico previo, enfermedades pre o coexistentes, tratamientos previos, etcétera. Y que existe la posibilidad de complicaciones debidas al tratamiento médico y/o quirúrgico, ya que cada paciente puede reaccionar en forma diversa a la aplicación de tal fármaco o bien a la realización de determinado procedimiento, dichas complicaciones pueden ser transitorias o permanentes y pueden ir desde leves hasta severas y pueden poner en peligro la vida del paciente e incluso provocar la muerte.

Que, en circunstancias especiales, el personal de salud se verá obligado a utilizar técnicas invasivas de diagnóstico y tratamiento, conforme a los protocolos médicos actualizados con el objetivo de mantener una vigilancia estrecha de las constantes vitales o bien de proporcionar una terapéutica oportuna que puede salvar la vida del paciente, pero para las cuales, se requiere la aplicación de sondas, catéteres, marcapasos o algún otro mecanismo según sea el caso.

Que algunas enfermedades pueden requerir de un procedimiento quirúrgico para su resolución y que ésta necesidad puede presentarse en cualquier momento de su estancia hospitalaria, para lo cual se solicitará una autorización previa del paciente o su representante legal en su caso, sin embargo en dado caso que dicha persona no autorice el procedimiento en cuestión, o bien solicite su ingreso voluntario por cualquier motivo, la Unidad y el personal que en él labora, quedará automáticamente exento de cualquier implicación médica y legal derivada de la decisión, así como de la evolución consecutiva del paciente.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Vigencia a partir de: Firma de autoridades. 20/36

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

**U540-DSMH-HGQ-P03** Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

Que en ocasiones puede ser necesaria la aplicación de sangre o productos sanguíneos para la resolución de determinados problemas de salud, por lo que se autoriza a los médicos a emplear dicha terapéutica siempre que sea necesario, con las reservas que marcan las normas vigentes.....

Que el paciente será sometido a un protocolo terapéutico que se encuentra ampliamente documentado en el expediente clínico y que se apega estrictamente a las consideraciones éticas del Tratado de Helsinki modificado en Viena y que el paciente debe seguir estrictamente las indicaciones para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, ya que de no ser así o bien en el caso que el paciente siga instrucciones ajenas o bien actúe de acuerdo a su propio entender o en su caso omita las indicaciones específicas del médico tratante o personal de apoyo de la unidad:

Nombre completo del médico tratante o personal de apoyo de la Unidad.

Quedan totalmente exentos de cualquier implicación médica y legal que se derive de la evolución subsecuente del paciente.

**ACEPTO**

Nombre y Firma del paciente y/o representante legal:

Nombre completo, cédula profesional y firma del Médico Responsable o personal de apoyo de la Unidad

Nombre completo y firma del Testigo

**ADENDUM:**

Recordatorio para el personal de salud: El artículo 51 párrafo segundo del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica a la letra dice: "Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a las que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiere, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

Testigo

Testigo

U540-DSMH-HGQ-P03





U540-DSMH-HGQ-P03 Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

Anexo 6. Registro Clínico de Quimioterapia. (U500-DSMH-F45) Reverso.

| Registro Clínico de Quimioterapia. (U500-DSMH-U000) H. 2/2 |       |                               |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|--|-------|-------------------------------|-------|---------------|-------|----------|--------|------|----------|--------------------|
| Fecha  | Ciclo | Premedicación                 | Dosis | Quimioterapia | Dosis | Dilución | Tiempo | Peso | Reacción | Nota de enfermería |
|  |       | Ondasectron                   |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | Dexametasona                  |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | Ranitidina                    |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | Difenhidramina                |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | En 250cc de Sol. Salina p/30' |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | Ondasectron                   |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | Dexametasona                  |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | Ranitidina                    |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | Difenhidramina                |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | En 250cc de Sol. Salina p/30' |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | Ondasectron                   |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | Dexametasona                  |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | Ranitidina                    |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | Difenhidramina                |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | En 250cc de Sol. Salina p/30' |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | Ondasectron                   |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | Dexametasona                  |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | Ranitidina                    |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | Difenhidramina                |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | En 250cc de Sol. Salina p/30' |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | Ondasectron                   |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | Dexametasona                  |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | Ranitidina                    |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | Difenhidramina                |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | En 250cc de Sol. Salina p/30' |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | Ondasectron                   |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | Dexametasona                  |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | Ranitidina                    |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | Difenhidramina                |       |               |       |          |        |      |          |                    |
|  |       | En 250cc de Sol. Salina p/30' |       |               |       |          |        |      |          |                    |

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.  
24/36

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

**U540-DSMH-HGQ-P03** Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

**Anexo 7.** Solicitud de interconsulta. (U500-DSMH-F02).

|  |       |  |  |
|--|-------|--|--|
|  |       | <b>SECRETARIA DE SALUD - SESEQ</b><br>Dirección del Servicio Materno Perinatal |  |
| <b>Solicitud de interconsulta. [U500-DSMH-F02]</b> |       |  |  |
| Unidad: _____                                      |       |  |  |
| Fecha:   | Hora: | Nombre del paciente:   |  |
| Edad:  | Sexo: | Fecha de Nacimiento:   |  |
| No. CAUSES:  |       | No. de Cama:   |  |
| Servicio Hospitalización:                          |       | Consulta Externa:  |  |
| <b>INTERCONSULTA CON:</b>                          |       |  |  |
| Servicio que solicita:                             |       |  |  |
| Diagnóstico:                                       |       |  |  |
| Observaciones:                                     |       |  |  |

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.  
25/36

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

U540-DSMH-HGQ-P03 Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

Anexo 8. Estudio Social Médico. (U500-DGSMHTS-F05) Anverso.

 SECRETARIA DE SALUD - SESEQ  
Dirección de Gestión Médica Hospitalarios

**Estudio Social Médico (U500-DGSMHTS-F05)**

Unidad Médica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Genero \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Nac \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Puntos de Referencia \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Soltero (a) \_\_\_\_\_ Casado (a) \_\_\_\_\_ Viudo (a) \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_ Etnia \_\_\_\_\_ Idioma \_\_\_\_\_ Dialecto \_\_\_\_\_

Religión \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_

Tel del paciente \_\_\_\_\_ Tel de localización \_\_\_\_\_

Nombre del responsable del paciente \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ No de Expediente Clínico \_\_\_\_\_

Diagnóstico Médico \_\_\_\_\_

No de Cama \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_

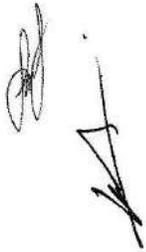
Médico tratante \_\_\_\_\_ Se realizó Visita Domiciliaria Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**MOTIVO DEL ESTUDIO**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

**FAMILIOGRAMA**

|  |
|--|
|  |
|--|



Vigencia a partir de: Firma de autoridades.  
26/36

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.







U540-DSMH-HGQ-P03 Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

Anexo 10. Estudio Socio-Económico. (U500-DSMHTS-F08).

**SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ**  
Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios

**ESTUDIO SOCIO-ECONÓMICO (U500-DSMHTS-F08)**

Unidad Médica: \_\_\_\_\_

Nombre del (a) Paciente \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_  
 No. Póliza S.P. \_\_\_\_\_ Ora DH \_\_\_\_\_ No. de Expediente: \_\_\_\_\_  
 Domicilio permanente \_\_\_\_\_  
 Colonia \_\_\_\_\_ Municipio y Estado \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Edo Civil \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_  
 Domicilio temporal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Fecha de ingreso \_\_\_\_\_ Referido (a) por: \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Médico \_\_\_\_\_ Caso MP: Si ( ) No ( )  
 Parentesco \_\_\_\_\_

| CALIFICACIÓN Y NIVEL ASIGNADO     |  |                              |   |                 |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
|-----------------------------------|--|------------------------------|---|-----------------|--|-------------------|--|---------|---|---------|---|-----------|---|---------|---|----------|---|---------|---|----------|---|---------|---|---------|---|--|--|--------------------|--|------------------------------|--|-------------|---|-------------|---|-------------|---|-------------|---|-------------|---|-------------|---|-------------|---|-------------|---|----------------------------|--|--------------|--|----------|---|-------|---|------------|---|-------|---|---------|---|-------|---|-----------------------------------|--|--|--|---------|--|---|--|----------------|--|---|--|
| Nº. de veces cal. Mínimo          | Tipo de Ocupación  | Nº de Egresos                | Características de la Vivienda  |                 |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| 00.0 a 1.0                        | Sin ocupación  | 0                            | <table border="1"> <tr> <th colspan="2">Derechos Reales</th> <th colspan="2">Tipos de Vivienda</th> </tr> <tr> <td>Tierras</td> <td>0</td> <td>Grupo 1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Arrendado</td> <td>1</td> <td>Grupo 2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Comodato</td> <td>2</td> <td>Grupo 3</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Préstamo</td> <td>3</td> <td>Grupo 4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Grupo 5</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">Servicios Públicos</th> <th colspan="2">Servicios Inter-comunitarios</th> </tr> <tr> <td>0 a 1 Serv.</td> <td>0</td> <td>0 a 1 Serv.</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2 Servicios</td> <td>1</td> <td>2 Servicios</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3 Servicios</td> <td>2</td> <td>3 Servicios</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4 Servicios</td> <td>3</td> <td>4 Servicios</td> <td>3</td> </tr> <tr> <th colspan="2">Materiales de Construcción</th> <th colspan="2">Dispositivos</th> </tr> <tr> <td>Carpetas</td> <td>0</td> <td>1 a 2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Del. Pisos</td> <td>1</td> <td>3 a 4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Muebles</td> <td>2</td> <td>5 a 6</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Número de personas por dormitorio</td> </tr> <tr> <td colspan="2">4 o más</td> <td colspan="2">0</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1 a 3 personas</td> <td colspan="2">1</td> </tr> </table> | Derechos Reales |  | Tipos de Vivienda |  | Tierras | 0 | Grupo 1 | 0 | Arrendado | 1 | Grupo 2 | 1 | Comodato | 2 | Grupo 3 | 2 | Préstamo | 3 | Grupo 4 | 3 | Grupo 5 | 5 |  |  | Servicios Públicos |  | Servicios Inter-comunitarios |  | 0 a 1 Serv. | 0 | 0 a 1 Serv. | 0 | 2 Servicios | 1 | 2 Servicios | 1 | 3 Servicios | 2 | 3 Servicios | 2 | 4 Servicios | 3 | 4 Servicios | 3 | Materiales de Construcción |  | Dispositivos |  | Carpetas | 0 | 1 a 2 | 0 | Del. Pisos | 1 | 3 a 4 | 1 | Muebles | 2 | 5 a 6 | 2 | Número de personas por dormitorio |  |  |  | 4 o más |  | 0 |  | 1 a 3 personas |  | 1 |  |
| Derechos Reales                   |  | Tipos de Vivienda            |   |                 |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| Tierras                           | 0  | Grupo 1                      |   | 0               |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| Arrendado                         | 1  | Grupo 2                      |   | 1               |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| Comodato                          | 2  | Grupo 3                      |   | 2               |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| Préstamo                          | 3  | Grupo 4                      |   | 3               |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| Grupo 5                           | 5  |                              |   |                 |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| Servicios Públicos                |  | Servicios Inter-comunitarios |   |                 |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| 0 a 1 Serv.                       | 0  | 0 a 1 Serv.                  |   | 0               |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| 2 Servicios                       | 1  | 2 Servicios                  |   | 1               |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| 3 Servicios                       | 2  | 3 Servicios                  |   | 2               |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| 4 Servicios                       | 3  | 4 Servicios                  |   | 3               |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| Materiales de Construcción        |  | Dispositivos                 |   |                 |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| Carpetas                          | 0  | 1 a 2                        |   | 0               |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| Del. Pisos                        | 1  | 3 a 4                        |   | 1               |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| Muebles                           | 2  | 5 a 6                        | 2   |                 |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| Número de personas por dormitorio |  |                              |   |                 |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| 4 o más                           |  | 0                            |   |                 |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| 1 a 3 personas                    |  | 1                            |   |                 |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| 01.0 a 1.5                        | Trabajadores no calificados                              | 1                            | 71% o ms  |                 |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| 01.5 a 3.0                        | Asistentes y paratonadres                                | 2                            | 81% - 70%   |                 |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| 02.0 a 4.5                        | Recauderos, vendedores de comandas y menudas de comandas | 3                            | 31% - 80%   |                 |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| 02.5 a 6.0                        | Cofrades, cocineros y artesanos                          | 4                            | 41% - 30%   |                 |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| 03.0 a 10.0                       | Operadores   | 5                            | 31% - 40%   |                 |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| 03.5 a 12.0                       | Agricultores y pesqueros                                 | 6                            | Menor a 30%   |                 |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| 04.0 a 16.0                       | Empleados de oficinas                                    | 7                            |   |                 |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| 04.5 a 18.0                       | Téc. profesionales nivel medio                           | 8                            | Total de ingresos a 100   |                 |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
| 05.0                              | Profesionistas, científicos                              | 9                            | Total de ingresos =   |                 |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |
|                                   | Fuerzas armadas, ejecutivos                              | 10                           |   |                 |  |                   |  |         |   |         |   |           |   |         |   |          |   |         |   |          |   |         |   |         |   |  |  |                    |  |                              |  |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |             |   |                            |  |              |  |          |   |       |   |            |   |       |   |         |   |       |   |                                   |  |  |  |         |  |   |  |                |  |   |  |

| Salud Familiar                                    |   | Puntaje Nivel                                 |              |
|---|---|---|--------------|
| Tiempo de tratamiento de enfermedad del paciente. | Otros problemas de Salud del paciente, que se atienden en otra institución. | Estado de Salud de los integrantes de familia |              |
| Más de 6 meses (1)                                | Si (1)  | 0 a 12  | IX (pequeño) |
| De 3 a 6 meses (2)                                | No (2)  | 13 - 24                                       | I            |
| Menos de 3 meses o sin especificación (3)         |   | 25 - 36                                       | 2            |
|   |   | 37 - 52                                       | 3            |
|   |   | 53 - 68                                       | 4            |
|   |   | 69 - 84                                       | 5            |
|   |   | 85 - 100                                      | 6            |

NOTA: Hago constar que SACCE informo a paciente, cara y contracara, en forma verbal y escrita, sobre mi envío a banco de sangre y replantío respaldado, estoy de acuerdo con la clasificación que me corresponde, y quedo enterado que el Seguro Popular cubre parcialmente mi atención, así como aquellos servicios que mi derechohabiente no cubre.

Nombre y firma del familiar responsable o paciente: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL FAMILIAR RESPONSABLE DEL (A) PACIENTE:**

PARA MENORES DE EDAD REGISTRAR DATOS DE AMBOS PADRES (NOMBRE COMPLETO, DOMICILIO, TELÉFONO ETC):

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre completo, Firma y Cédula Profesional del Trabajador Social \_\_\_\_\_ Fecha y hora de aplicación \_\_\_\_\_

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

\*Agencia de 1 año a partir de la fecha de su aplicación.  
 \*Deben ser sus datos personales y/o familiares de acuerdo al rubro E.

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.  
30/36

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

U540-DSMH-HGQ-P03 Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

Anexo 11. Solicitud de Estudios: Histopatológico y/o Citológico (U500-DSMH-F44).

| SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ<br>Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios         |   | Solicitud de Estudios: Histopatológico y/o Citológico.<br>(U500-DSMH-F44)   |   |
|---|---|---|---|
| Hospital:   |   |   |   |
| Folio Lab. Patología  | Fecha   | Unidad que refiere:   |   |
| Nombre:   |   | Fecha de nacimiento:  |   |
| N° de expediente:   |   | Edad:   | Sexo: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| Servicio solicitante:   |   | Consulta externa ( <input type="checkbox"/> ) Urgencias ( <input type="checkbox"/> ) Hospitalización ( <input type="checkbox"/> ) Cama: |   |
| Impresión diagnóstica:  |   |   |   |
| Observaciones:  |   |   |   |
| Estudio Histopatológico Solicitado  |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Biopsia  | Biopsia anterior: <input type="checkbox"/> Sí ( ) <input type="checkbox"/> No ( ) | Revisión de embebidos con bloque de parafina con tejido   |   |
| <input type="checkbox"/> Frotis quírgico  | Hora de la obtención de muestra:  | Histoquímica  |   |
| <input type="checkbox"/> Otro:  |   | Inmuno-histoquímica   |   |
| Fecha de última menstruación:   |   | Estudio transoperatorio   | Fecha de cirugía:   |
| Tejido o Especimen que se envía (Descripción):                                      |   | Diagnóstico clínico/post operatorio:  |   |
| Datos clínicos de interés/ de lab. y/o gabinete:                                    |   | Datos quirúrgicos:  |   |
| Observaciones:  |   |   |   |
| Estudio Citológico solicitado   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Citología de EAAF  | <input type="checkbox"/> Citología de Líquido Pleural                             |   |   |
| <input type="checkbox"/> Citología bucal  | <input type="checkbox"/> Citología de Líquido Ascítico o Peritoneal               |   |   |
| <input type="checkbox"/> Citología Cérvico Vaginal (Exfoliativa)                    | <input type="checkbox"/> Revisión de embebidos para confirmación de diagnóstico   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Citología de Cepilleo Bronquial (Citología de Expectación) | <input type="checkbox"/> Histoquímica   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Citología de lavado bronquial                              | <input type="checkbox"/> Inmuno-histoquímica                                      |   |   |
| <input type="checkbox"/> Otro:  | <input type="checkbox"/> Estudio Transoperatorio                                  | Fecha de cirugía:   |   |
| Fecha de última menstruación:   |   |   |   |
| Tejido o Especimen que se envía (Descripción):                                      |   | Diagnóstico clínico/post operatorio:  |   |
| Datos clínicos de interés/ de lab. y/o gabinete:                                    |   | Datos quirúrgicos:  |   |
| Observaciones:  |   |   |   |
| Nombre, firma y núm. de cédula profesional del Médico tratante/solicitante          |   | Recepción en laboratorio de anatomía patológica   |   |

*[Handwritten signatures and initials on the right side of the form]*

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.  
31/36

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.





U540-DSMH-HGQ-P03 Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

**Anexo 13. Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica. (U500-DSMH-F55) Anverso.**

 SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ  
Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios

**Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica (U500-DSMH-F55)**

**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE**

Autorizo a los médicos de Hospital General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para que efectúen las intervenciones quirúrgicas que sean necesarias para el alivio o curación de mi padecimiento, en la inteligencia de que no desconozco los riesgos a que quedo sujeto por el procedimiento quirúrgico y anestésico.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona responsable

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Expediente \_\_\_\_\_  
Grupo Sanguíneo \_\_\_\_\_ R.H. \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_  
Servicio \_\_\_\_\_ Fecha Solicitada \_\_\_\_\_ Hora deseada \_\_\_\_\_  
Diagnóstico preparatorio \_\_\_\_\_  
Operación Proyectada \_\_\_\_\_  
Efectivo ( ) \_\_\_\_\_ Urgencia ( ) \_\_\_\_\_ Sala 1 2 3 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del jefe del Servicio

Cirujano, Nombre y firma \_\_\_\_\_  
Primer Ayudante \_\_\_\_\_  
Segundo Ayudante \_\_\_\_\_  
Tercer Ayudante \_\_\_\_\_  
Anestesiólogo \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Postoperatorio \_\_\_\_\_  
Operación Realizada \_\_\_\_\_  
Anestesia Administrada \_\_\_\_\_

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.  
34/36

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.



U540-DSMH-HGQ-P03 Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo

Anexo 14. Etiqueta para estudio histopatológico y/o citológico (U340-SGM-F16).

  
**Estudio Histopatológico y/o Citológico**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ No. de Expediente: \_\_\_\_\_  
Servicio: \_\_\_\_\_ Folio de solicitud: \_\_\_\_\_  
Especimen que se envía: \_\_\_\_\_

Médico Solicitante: \_\_\_\_\_  
Fecha de la recolección: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Laboratorio de Patología de Referencia H. G. Q. ( )  
Otro, especificar: \_\_\_\_\_  
Solución en que se preparó la muestra: \_\_\_\_\_  
Tipo de estudio: Trans- Operatorio ( ) Ordinario ( )  
Nombre completo del Médico y/o Responsable de la Fase Preanalítica: \_\_\_\_\_

U340-SGM-F16

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.  
36/36

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.



PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE  
**QUERÉTARO**  
SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ

ORGANISMO: SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE  
QUERÉTARO  
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN.  
DOMICILIO: 16 DE SEPTIEMBRE NO. 51 ORIENTE,  
COL. CENTRO, SANTIAGO DE QUERÉTARO.  
ASUNTO: CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS.

-----CERTIFICACIÓN-----

En la ciudad de Santiago de Querétaro, Qro., a 8 ocho de Septiembre de 2020 dos mil veinte, el que suscribe, **Lic. Raúl Rodríguez Reyes**, Director de Planeación del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Querétaro. **CERTIFICO**. Que las presentes copias compuestas de **18 (dieciocho)** fojas útiles, las cuales concuerdan fiel y exactamente con los originales, documentos que tuve a la vista y con los cuales se cotejó, consistentes en Procedimiento para el seguimiento de las fases de atención del paciente con enfermedad de alto costo. Lo anterior con fundamento en los artículo 11 fracción I, 15 fracción XVI del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal denominado "Servicios de Salud del Estado de Querétaro" (SESEQ), publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Querétaro, "La Sombra de Arteaga", el pasado día 30 treinta de junio del año 2020 dos mil veinte.



LIC. RAUL RODRIGUEZ REYES  
DIRECTOR DE PLANEACIÓN  
SESEQ