



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

NOMBRE Y CLAVE DEL DOCUMENTO


**Procedimientos para el registro estadístico de las actividades médicas en
 Unidades Hospitalarias (SIMO)**
2E10-003-002


AUTORIZACION

Aprobó



 Dr. Santiago Echevarría Zuno
 Director de Prestaciones Médicas

Revisó


 Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg
 Titular de la Unidad de Educación,
 Investigación y Políticas de Salud


 Lic. Miguel Angel Rodríguez Díaz Ponce
 Titular de la Coordinación de
 Planeación en Salud

Elaboró


 Dra. María Guadalupe Mercadillo Pérez
 Titular de la División de Información en Salud

REVISIÓN	1ª.	2ª.	3ª.	4ª.	5ª.
Aprobó					
Revisó					
Elaboró					
Páginas					
Fecha					

UNIDAD DE ORGANIZACION Y CALIDAD
 VALIDADO Y REGISTRADO
 FECHA 10 ENE 2011 FOLIO 001



Procedimientos para el registro estadístico de las actividades médicas en Unidades Hospitalarias (SIMO)

1. Objetivo

Establecer las políticas y actividades para unificar los criterios del registro de las atenciones médicas, que permita la adecuada operación y explotación del Sistema de Información Médico Operativo (SIMO), a fin de cubrir las necesidades de información estadística en las unidades médicas.

2. Ámbito de Aplicación

El presente procedimiento es de observancia obligatoria para el personal en salud que otorga y registra la atención médica y paramédica, así como el que procesa la información en el SIMO, de las unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención con servicio de hospitalización.

3. Políticas

- 3.1** Las actividades descritas en este procedimiento sobre el registro de las atenciones médicas están en concordancia con lo establecido en la normatividad vigente que regula las actividades del personal en salud en la consulta externa y hospitalización emitida por las coordinaciones médicas correspondientes.
- 3.2** El Titular de la División de Información en Salud, el Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas, el Director de la UMAE y los Directores de unidades médicas difundirán el presente ordenamiento, vigilarán su cumplimiento e implantarán las medidas necesarias para asegurar el registro estadístico de las actividades médicas en las unidades con servicio de hospitalización.
- 3.3** Los Directores de las unidades médicas deberán hacer cumplir las disposiciones que se establecen en este ordenamiento, para asegurar la operación adecuada del Sistema de Información Médico Operativo (SIMO).
- 3.4** El Director y los Jefes de Servicio de las unidades médicas, serán los responsables de vigilar el desarrollo del proceso de registro de la información médica, de acuerdo a lo establecido en este ordenamiento y en la Norma que establece las disposiciones en materia de información en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social (2000-001-015).
- 3.5** El Director y los Jefes de Servicio de las unidades médicas garantizarán a través de los conductos oficiales, la dotación suficiente de los formatos fuente para el registro de las atenciones médicas de acuerdo a los requerimientos normados.



- 3.6** Los Jefes de Servicio de las unidades médicas serán los responsables de contribuir en la aclaración del llenado de los formatos fuente en el ámbito de su competencia.
- 3.7** Los Jefes de Servicio de las unidades médicas deberán asegurar la entrega oportuna y completa de los formatos fuente al ARIMAC.
- 3.8** El personal médico, paramédico, de enfermería y asistentes médicas serán responsables del registro correcto y completo de las atenciones médicas y datos administrativos en los formatos fuente establecidos.
- 3.9** El personal del ARIMAC será responsable de la seguridad, integridad y confidencialidad de las bases de datos del Sistema de Información Médico Operativo, por lo que éstas sólo pueden proporcionarse a solicitud de la DIS.
- 3.10** El Jefe o encargado del ARIMAC será responsable, de la validez de los datos registrados en el sistema, así como vigilar el buen uso y funcionamiento del equipo de cómputo y del material que se emplea en el desarrollo de las actividades.
- 3.11** El Jefe o encargado del ARIMAC deberá enviar mensualmente a la Coordinación Delegacional de Información en Salud (CODEIS) o a la Oficina de Información Médica y Archivo Clínico (OIMAC) según corresponda, los archivos de enlace para el Sistema de Acopio Data Mart Estadísticas Médicas, de acuerdo al calendario de entrega establecido.

4. Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

- 4.1 ARIMAC:** Área de Información Médica y Archivo Clínico.
- 4.2 CODEIS:** Coordinación Delegacional de Información en Salud.
- 4.3 CIE-10:** Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión.
- 4.4 CIE-9-MC:** Clasificación de Procedimientos en Medicina de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, Modificación Clínica.
- 4.5 Data Mart EM:** Repositorio central de datos de Estadísticas Médicas.
- 4.6 DIS:** División de Información en Salud.
- 4.7 FTP:** siglas en inglés de Protocolo de Transferencia de Archivos, que permite la



transferencia de archivos entre sistemas conectados a una red.

- 4.8 médico no familiar:** Profesional de la medicina que ostenta un posgrado que lo acredita como médico especialista.
- 4.9 OIMAC:** Oficina de Información Médica y Archivo Clínico.
- 4.10 personal en salud:** Conjunto de individuos integrado por personal médico, de enfermería, técnicos, auxiliares de apoyo y otros profesionales que interaccionan entre sí y con los pacientes con el propósito de otorgarles atención médica segura.
- 4.11 personal médico:** Incluye a los médicos no familiares y a los médicos que otorgan atención en el servicio de urgencias.
- 4.12 personal paramédico:** Incluye a Enfermera Materno-Infantil, Enfermera para atención de Crónico Degenerativos, Nutricionista, Optometrista, Psicólogo y Trabajadora Social.
- 4.13 reportes mensuales de consulta externa.-** Informe Mensual de los Servicios Médicos Parte I, Principales Motivos de Consulta, Aceptantes en el Programa de Planificación Familiar, Reporte por Consultorios, Reporte de Accidentes y Lesiones e Información Básica del Servicio de Urgencias.
- 4.14 reporte trimestral.-** Aceptantes en el Programa de Planificación Familiar.
- 4.15 reporte cuatrimestral.-** Principales Motivos de Consulta por Servicio.
- 4.16 reporte anual.-** Principales Motivos de Consulta por Servicio (por frecuencia y por diagnóstico) y Morfología de tumores.
- 4.17 SIMO:** Sistema de Información Médico Operativo.
- 4.18 SIVEIMSS:** Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 4.19 SUAVE:** Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica.
- 4.20 UMAE:** Unidad Médica de Alta Especialidad.



5. Procedimientos para el registro estadístico de las actividades médicas en Unidades Hospitalarias (SIMO)

Responsable	Actividad	Documentos involucrados
	Fase 1. Requisitado de los formatos fuente de la consulta externa de especialidades y urgencias	
Asistente Médica	1 Requisita en el formato “Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99” 2E10-009-001 (anexo 1) los datos de identificación del prestador, del servicio y de la atención, así como el registro de los pacientes citados o espontáneos y turna al médico que otorgará la consulta.	Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99 2E10-009-001
Médico no familiar	2 Recibe el formato “Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99” 2E10-009-001 (anexo 1) para la consulta del día y valida los datos de identificación.	Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99 2E10-009-001
	3 Registra con letra legible en el formato “Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99” 2E10-009-001 (anexo 1) los datos necesarios. Al concluir la jornada rubrica el formato y lo entrega a la asistente médica.	Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99 2E10-009-001
Asistente Médica	4 Recibe formatos “Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99” 2E10-009-001 (anexo 1) requisitados por los médicos no familiares y los entrega a la Coordinadora de Asistentes Médicas.	Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99 2E10-009-001
Coordinadora de Asistentes Médicas	5 Valida e integra paquete con los formatos originales los cuales entrega, con una relación de control, al ARIMAC a las 09:00 hrs. del día hábil siguiente al registro de esta información, ordenadas por especialidad, consultorio y turno y conecta con la actividad 8.	Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99 2E10-009-001



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Personal Paramédico	6 Requisita en el formato "Informe de Servicios Paramédico 4-30-6P/90" 2E10-009-002 (anexo 2), los datos de identificación de la atención, así como el registro de los pacientes citados o espontáneos que atiende y anota con legibilidad el código de la atención.	Informe de Servicios Paramédico 4-30-6P/90 2E10-009-002
Jefe de Servicio Paramédico	7 Valida e integra paquete con los formatos originales el cual deberá entregar, con una relación de control, al ARIMAC a las 09:00 hrs. del día hábil siguiente al registro de esta información, ordenadas por consultorio y turno.	Informe de Servicios Paramédico 4-30-6P/90 2E10-009-002
	Fase 2. Recepción, codificación y captura de los formatos fuente de la consulta externa de especialidades y urgencias	
Personal Responsable del ARIMAC (Jefe de Grupo, Coordinador u Oficial de Estadística)	8 Recibe diariamente de la Coordinadora de Asistentes Médicas y de los Jefes de Servicio Paramédico los formatos originales "Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99" 2E10-009-001 (anexo 1) e "Informe de Servicios Paramédico" 4-30-6P/90" 2E10-009-002 (anexo 2), adjuntos a la relación de control por servicio, consultorio y turno.	Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99 2E10-009-001 Informe de Servicios Paramédico 4-30-6P/90 2E10-009-002
	9 Valida y firma las relaciones de control, anota fecha y hora de recepción. Formatos fuente correctos No son correctos	



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Personal Responsable del ARIMAC (Jefe de Grupo, Coordinador u Oficial de Estadística)	10 Regresa formatos "Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99" 2E10-009-001 (anexo 1) a la Coordinadora de Asistentes Médicas y formatos "Informe de Servicios Paramédico" 4-30-6P/90" 2E10-009-002 (anexo 2), a los Jefes de Servicio Paramédico, para su corrección y conecta con actividades 5 y 7. Si son correctos	Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99 2E10-009-001 Informe de Servicios Paramédico 4-30-6P/90 2E10-009-002
	11 Deriva los formatos "Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99" 2E10-009-001 (anexo 1) e "Informe de Servicios Paramédico 4-30-6P/90" 2E10-009-002 (anexo 2) al responsable de codificar los motivos de demanda y procedimientos en consultorio. NOTA: Las unidades médicas que cuenten con la versión de SIMO que permita incorporar los procedimientos en consultorio realizarán su codificación.	Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99 2E10-009-001 Informe de Servicios Paramédico 4-30-6P/90 2E10-009-002
	12 Recibe formatos "Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99" 2E10-009-001 (anexo 1) e "Informe de Servicios Paramédico 4-30-6P/90" 2E10-009-002 (anexo 2) para su codificación y procesamiento estadístico.	Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99 2E10-009-001 Informe de Servicios Paramédico 4-30-6P/90 2E10-009-002
Coordinador u Oficial de Estadística	13 Codifica a nivel de cuarto carácter la totalidad de los motivos de atención, consignados en los formatos "Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99" 2E10-009-001 (anexo 1) e "Informe de Servicios Paramédico 4-30-6P/90" 2E10-009-002 (anexo 2), utilizando la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados	Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99 2E10-009-001 Informe de Servicios Paramédico 4-30-6P/90 2E10-009-002



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Coordinador u Oficial de Estadística	<p>con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) y las disposiciones que en el uso de esta clasificación emita la DIS. Para el caso de la codificación de los procedimientos en consultorio se emplea la Clasificación de Procedimientos en Medicina de la CIE-9-MC.</p> <p>14 Registra diariamente en el equipo de cómputo, los datos contenidos en los formatos "Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99" 2E10-009-001 (anexo 1) e "Informe de Servicios Paramédico 4-30-6P/90" 2E10-009-002 (anexo 2), de acuerdo con lo establecido en el Manual de Operación del Sistema de Información Médico Operativo, Módulo de Consulta Externa, vigente.</p> <p>15 Realiza diariamente un respaldo de la información capturada en el módulo de consulta externa, al término de su jornada y conecta con la actividad 18.</p>	<p>Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99 2E10-009-001 Informe de Servicios Paramédico 4-30-6P/90 2E10-009-002</p>
Oficial de Estadística o Auxiliar Universal de Oficina	<p>16 Archiva por orden cronológico el paquete de formatos "Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99" 2E10-009-001 (anexo 1) e "Informe de Servicios Paramédico 4-30-6P/90" 2E10-009-002 (anexo 2) procesados, para su conservación durante seis meses. Al término de este plazo realiza su depuración.</p>	<p>Control e Informe de Consulta Externa 4-30-6/99 2E10-009-001 Informe de Servicios Paramédico 4-30-6P/90 2E10-009-002</p>
Personal responsable del ARIMAC (Jefe de Grupo, Coordinador u Oficial de Estadística)	<p>17 Realiza mensualmente una evaluación, con base en una muestra, sobre el registro de datos, para certificar la calidad de la información y retroinformar a los jefes de servicio.</p>	



Responsable	Actividad	Documentos involucrados	
<p>Coordinador u Oficial de Estadística</p> <p>Personal responsable del ARIMAC (Jefe de Grupo, Coordinador u Oficial de Estadística)</p> <p>Coordinador u Oficial de Estadística</p>	<p>Fase 3. Cierre de información, obtención y envío de productos de consulta externa</p> <p><u>Proceso Semanal</u></p>	<p>Reporte previo Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles</p> <p>Reporte previo Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles</p> <p>Reporte Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles</p> <p>Archivo de enlace SUAVE2</p>	
	<p>18 Obtiene del Módulo de Consulta Externa del SIMO (Emisión de Reportes - Transmisibles) y de acuerdo con el calendario de semanas epidemiológicas, la impresión previa del reporte "Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles".</p>		
	<p>19 Envía el reporte antes citado al epidemiólogo o al responsable de la unidad para su validación.</p>		
	<p>20 Una vez que recibe la validación correspondiente y se efectúan las correcciones necesarias, emite en forma definitiva el reporte "Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles", en el número de tantos requeridos para su remisión a las diferentes instancias.</p>		
<p>21 Genera el archivo de enlace con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica IMSS (SIVEIMSS) con la factura correspondiente de registros generados.</p>			



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Personal responsable del ARIMAC (Jefe de Grupo, Coordinador u Oficial de Estadística)	22 Recaba firmas de revisión del epidemiólogo y de autorización del director de la unidad y envía el original del "Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles" a la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas. Conserva copia del citado reporte en un minutario. El archivo de enlace SUAVE2 se envía por correo electrónico a la CODEIS o se deposita en el FTP que se tenga establecido.	Reporte Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles y archivo de enlace SUAVE2
Coordinador u Oficial de Estadística	<p style="text-align: center;"><u>Proceso Mensual</u></p> 23 Comienza el proceso del cierre de ciclo mensual, al término del registro de datos del día 25 del mes al que corresponde la información, obteniendo en primera instancia los diferentes productos mensuales contemplados en la opción "Emisión de Reportes": <ul style="list-style-type: none">• Informe Mensual de los Servicios Médicos Parte I.• Principales Motivos de Consulta.• Aceptantes en el Programa de Planificación Familiar.• Reporte por Consultorios.• Reporte de Accidentes y Lesiones.• Información Básica del Servicio de Urgencias. 24 Efectúa mediante la opción "Cierre de Mes", las acciones de acumulación, respaldo general y armado de información para enlace con el Sistema de Acopio Data Mart Estadísticas Médicas.	Reportes mensuales de Consulta Externa
	25 Realiza a través de la opción "Emisión Acumulada función Trimestral", en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre, el reporte de: <ul style="list-style-type: none">• Aceptantes en el Programa de Planificación Familiar.	Reporte Trimestral



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Asistente Médica	<ul style="list-style-type: none">• “Egresos, Registro Diario de Hospital 4-30-21/90-E”, 2E10-009-004 (anexo 4).• “Ingresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua 4-30-21/35/90-I”, 2E10-009-005, (anexo 5).• “Egresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua 4-30-21/35/90-E”, 2E10-009-006 (anexo 6).• “Volante de Modificación de Datos de Paciente en Servicios de Hospitalización SIMO-2/95”, 2E10-009-007 (anexo 7).	4-30-21/90-E 2E10-009-004 Ingresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua 4-30-21/35/90-I 2E10-009-005 Egresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua 4-30-21/35/90-E 2E10-009-006 Volante de Modificación de Datos de Paciente en Servicio de Hospitalización SIMO-2/95 2E10-009-007
Coordinadora de Asistentes Médicas	<p>31 Deriva, al término de la jornada, los formatos fuente a la Coordinadora de Asistentes Médicas.</p> <p>32 Recibe, valida e integra paquete con los formatos originales, el cual deberá entregar al ARIMAC a las 09:00 hrs. del día hábil siguiente al registro de esta información, ordenadas por servicio y conecta con la actividad 38.</p> <p style="text-align: center;">Registros de Enfermería</p>	
Enfermera	<p>33 Requisita los datos de identificación, así como la información referente al internamiento, egreso o atención de los pacientes, en los siguientes formatos fuente:</p>	Ingresos, Registro Diario de Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico 4-30-21/ A5/ 90-I



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Enfermera	<ul style="list-style-type: none">•“Ingresos, Registro Diario de Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico 4-30-21/A5/90-I”, 2E10-009-008 (anexo 8).•“Egresos, Registro Diario de Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico 4-30-21/A5/90-E”, 2E10-009-009 (anexo 9).•“Egresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua 4-30-21/35/90-E” 2E10-009-006 (anexo 6)•“Partos Productos y Abortos 4-30-6b/90” 2E10-009-010, (anexo 10).•“Estancia de Productos 4-30-6c/90” 2E10-009-011 (anexo 11).•“Intervenciones Quirúrgicas Efectuadas en Quirófano 4-30-27/90” 2E10-009-012, anexo (12).•“Volante de Movimiento Intrahospitalario SIMO-1/90” 2E10-009-013, anexo (13). <p>34 Deriva, al término de la jornada, los formatos fuente a la Jefe de Enfermeras.</p>	2E10-009-008 Egresos, Registro Diario de Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico 4-30-21/A5/ 90-E 2E10-009-009 Egresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua 4-30-21/35/90-E 2E10-009-006 Partos Productos y Abortos 4-30-6b/90 2E10-009-010 Estancia de Productos 4-30-6c/90 2E10-009-011 Intervenciones Quirúrgicas Efectuadas en Quirófano 4-30-27 /90 2E10-009-012 Volante de Movimiento Intrahospitalario SIMO-1/90 2E10-009-013



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Jefe de Enfermeras	35 Recibe, valida e integra paquete con los formatos originales de hospitalización requisitados por Enfermería, el cual deberá entregar al ARIMAC a las 09:00 hrs. del día hábil siguiente al registro de esta información, ordenadas por servicio y conecta con la actividad 39. Registros de Médicos No Familiares	Formatos originales de hospitalización requisitados por Enfermería
Médico No Familiar	36 Registra en la "Hoja de Alta Hospitalaria Alta-1/98" 2E10-009-014, (anexo 14), los datos del egreso de los pacientes y entrega a la asistente médica.	Hoja de Alta Hospitalaria Alta-1/98 2E10-009-014
Asistente Médica	37 Anexa copia de la "Hoja de Alta Hospitalaria Alta-1/98" 2E10-009-014, (anexo 14) al expediente clínico y el original al Registro Diario de Egresos Hospitalarios 4-30-21/90-E" 2E10-009-004, (anexo 4) para su posterior entrega al ARIMAC y conecta con la actividad 31.	Hoja de Alta Hospitalaria Alta-1/98 2E10-009-014 Egresos, Registro Diario de Hospital 4-30-21/90-E 2E10-009-004
	Fase 5. Recepción, codificación y captura de los formatos fuente de hospitalización	
Personal responsable del ARIMAC (Jefe de Grupo, Coordinador u Oficial de Estadística)	38 Recibe de la Coordinadora de Asistentes Médicas, a las 09:00 hrs. del día hábil siguiente de su generación, y valida los originales de los formatos fuente: <ul style="list-style-type: none">• "Ingresos, Registro Diario de Hospital 4-30-21/90-I" 2E10-009-003, (anexo 3).• "Egresos, Registro Diario de Hospital 4-30-21/90-E", 2E10-009-004 (anexo 4) junto con los expedientes clínicos de los pacientes egresados.	Ingresos, Registro Diario de Hospital 4-30-21/90-I 2E10-009-003 Egresos, Registro Diario de Hospital 4-30-21/90-E 2E10-009-004 Hoja de Alta Hospitalaria Alta-1/98



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>Personal responsable del ARIMAC (Jefe de Grupo, Coordinador u Oficial de Estadística)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Hoja de Alta Hospitalaria Alta-1/98” 2E10-009-014, (anexo 14) • “Ingresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua 4-30-21/35/90-I” 2E10-009-005, (anexo 5). • “Egresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua 4-30-21/35/90-E” 2E10-009-006, (anexo 6). <p>“Volante de Modificación de Datos de Paciente en Servicios de Hospitalización SIMO-2/95” 2E10-009-007,(anexo 7).</p> <p>39 Recibe de la Jefe de Enfermeras, a las 09:00 hrs. del día hábil siguiente de su generación, y valida los originales de los formatos fuente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Ingresos, Registro Diario de Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico 4-30-21/A5/90-I” 2E10-009-008 (anexo 8). • “Egresos, Registro Diario de Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico 4-30-21/A5/90-E” 2E10-009-009 (anexo 9). • “Partos Productos y Abortos 4-30-6b/90” 2E10-009-010, (anexo 10) • “Estancia de Productos 4-30-6c/90” 2E10-009-011, (anexo 11). • “Intervenciones Quirúrgicas Efectuadas en Quirófano 4-30-27/90”, 2E10-009-012, (anexo 12). • “Volante de Movimiento Intrahospitalario SIMO-1/90” 2E10-009-013, (anexo 13). 	<p>2E10-009-014 Ingresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua 4-30-21/35/90-I 2E10-009-005 Egresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua 4-30-21/35/90-E 2E10-009-006 Volante de Modificación de Datos de Paciente en Hospitalización SIMO-2/95 2E10-009-007</p> <p>Ingresos, Registro Diario de Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico 4-30-21/ A5/ 90-I 2E10-009-008 Egresos, Registro Diario de Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico 4-30-21/A5/ 90-E 2E10-009-009 Partos Productos y Abortos 4-30-6b/90 2E10-009-010 Estancia de Productos 4-30-6c/90 2E10-009-011 Intervenciones Quirúrgicas Efectuadas</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Coordinador u Oficial de Estadística	<ul style="list-style-type: none">• Los diagnósticos de egreso registrados en el Servicio de Urgencias o Admisión Continua.• Los diagnósticos de egreso registrados en el Área de Estancia de Productos• Los diagnósticos de egreso registrados en la Unidad de Cuidados del Enfermo en Estado Crítico (Adultos y Neonatos). <p>NOTA: Cuando el motivo del egreso es por defunción del paciente, con base al certificado médico de defunción se codifica la causa básica de muerte, de acuerdo con las reglas de mortalidad de la CIE e impone sello de "Defunción" en la cubierta del expediente clínico.</p> <p>44 Codifica a nivel de cuatro caracteres las intervenciones quirúrgicas consignadas en la forma 4-30-27/90, de acuerdo a la Clasificación de Procedimientos de la CIE 9-MC.</p> <p>45 Registra diariamente en el equipo de cómputo, los datos de los formatos:</p> <ul style="list-style-type: none">• "Ingresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua 4-30-21/35/90-I" 2E10-009-005, (anexo 5).• "Egresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua 4-30-21/35/90-E" 2E10-009-006 (anexo 6).• "Ingresos, Registro Diario de Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico 4-30-21/A5/90-I" 2E10-009-008 (anexo 8).• "Egresos, Registro Diario de Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico 4-30-21/A5/90-E" 2E10-009-008 (anexo 9).	<p>Ingresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua 4-30-21/35/90-I 2E10-009-005</p> <p>Egresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua 4-30-21/35/90-E 2E10-009-006</p> <p>Ingresos, Registro Diario de Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico 4-30-21/ A5/ 90-I 2E10-009-008</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Coordinador u Oficial de Estadística	<ul style="list-style-type: none">• “Partos Productos y Abortos 4-30-6b/90” 2E10-009-010, (anexo 10)• “Estancia de Productos 4-30-6c/90” 2E10-009-011, (anexo 11).• “Intervenciones Quirúrgicas efectuadas en Quirófano 4-30-27/90” 2E10-009-012, (anexo 12).• “Volante de Movimiento Intrahospitalario SIMO-1/90” 2E10-009-013, (anexo 13).• “Volante de Modificación de Datos de Paciente en Servicios de Hospitalización SIMO-2/95” 2E10-009-007 (anexo 7).• “Ingresos, Registro Diario de Hospital 4-30-21/90-I” 2E10-009-003, (anexo 3).• “Egresos, Registro Diario de Hospital 4-30-21/90-E”, 2E10-009-004 (anexo 4)• “Hoja de Alta Hospitalaria Alta-1/98” 2E10-009-014, (anexo 14) <p>Lo anterior, de acuerdo con lo establecido en el Manual de Operación del Sistema de Información Médico Operativo, Módulo de Hospitalización, vigente.</p>	Egresos, Registro diario de Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico 4-30-21/A5/ 90-E 2E10-009-009 Partos Productos y Abortos 4-30-6b/90 2E10-009-010 Estancia de Productos 4-30-6c/90 2E10-009-011 Intervenciones Quirúrgicas Efectuadas en Quirófano 4-30-27 /90 2E10-009-012 Volante de Movimiento Intrahospitalario SIMO-1/90 2E10-009-013 Volante de Modificación de Datos de Paciente en Hospitalización SIMO-2/95 2E10-009-007 Ingresos, Registro Diario de Hospital 4-30-21/90-I 2E10-009-003 Egresos, Registro Diario de Hospital 4-30-21/90-E 2E10-009-004 Hoja de Alta Hospitalaria Alta-1/98 2E10-009-014



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Oficial de Estadística o Auxiliar Universal de Oficina Personal responsable del ARIMAC (Jefe de Grupo, Coordinador u Oficial de Estadística)	46 Realiza diariamente un respaldo de la información capturada en el módulo de hospitalización, al término de su jornada. 47 Archiva por orden cronológico el paquete de los formatos fuente de hospitalización procesados, para su conservación durante un año y al término de este plazo, realiza su depuración. 48 Realiza mensualmente una evaluación, con base en una muestra, sobre el registro de datos, para certificar la calidad de la información y retroinformar a los jefes de servicio. 49 Comunica al Director de la unidad la problemática detectada relacionada con la información médica. Fase 6. Cierre de información, obtención y envío de productos de hospitalización <u>Proceso diario</u>	Formatos fuente de hospitalización
Coordinador u Oficial de Estadística	50 Efectua en el Módulo de Hospitalización, opción "Registro diario función Fin de día", la liberación diaria de los pacientes egresados emitiendo el "Resumen de la atención del paciente hospitalizado" y la "Relación de pacientes internados a la fecha"; asimismo a través de la opción "Servicios, función Reporte de Cifras de Operación, obtiene el "Reporte de cifras de servicios a la fecha. 51 Separa con el apoyo del mensajero o del auxiliar universal de oficinas, los reportes e integra en los legajos correspondientes.	Resumen de la atención del paciente hospitalizado Relación de pacientes internados a la fecha Reporte de cifras de servicios a la fecha Reportes de hospitalización



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Coordinador u Oficial de Estadística	<p>55 Genera con la opción "Cierre de Mes", las acciones de acumulación, respaldo general y armado de información para enlace con el Data Mart EM.</p> <p>56 Emite a través de la opción "Emisión acumulada función Trimestral", en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre, el reporte de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Acciones del Programa de Planificación Familiar. <p>57 Obtiene mediante la opción "Emisión acumulada función Cuatrimestral", en los meses de abril, agosto y diciembre, los reportes de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Causas de egresos hospitalarios.• Intervenciones Quirúrgicas.• Programa de Cirugía Ambulatoria.• Programa de Puerperio de Bajo Riesgo.• Servicio de Urgencias. <p>58 Obtiene mediante la opción "Emisión acumulada función Anual", en diciembre, los reportes de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Causas de egresos hospitalarios.• Intervenciones Quirúrgicas.• Programa de Cirugía Ambulatoria.• Programa de Puerperio de Bajo Riesgo.• Servicio de Urgencias. <p>59 Separa con el apoyo del mensajero o del auxiliar universal de oficinas, los reportes e integra en los legajos correspondientes y envía el original.</p>	<p>Reporte Trimestral</p> <p>Reporte Cuatrimestral</p> <p>Reporte Anual</p> <p>Reportes mensuales de hospitalización, Trimestral, Cuatrimestral y Anuales</p>
Personal responsable del ARIMAC(Jefe de Grupo, Coordinador u Oficial de Estadística)	<p>60 Recibe y entrega a los diversos usuarios los reportes producto de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Reportes del Manual del Sistema.</p>	



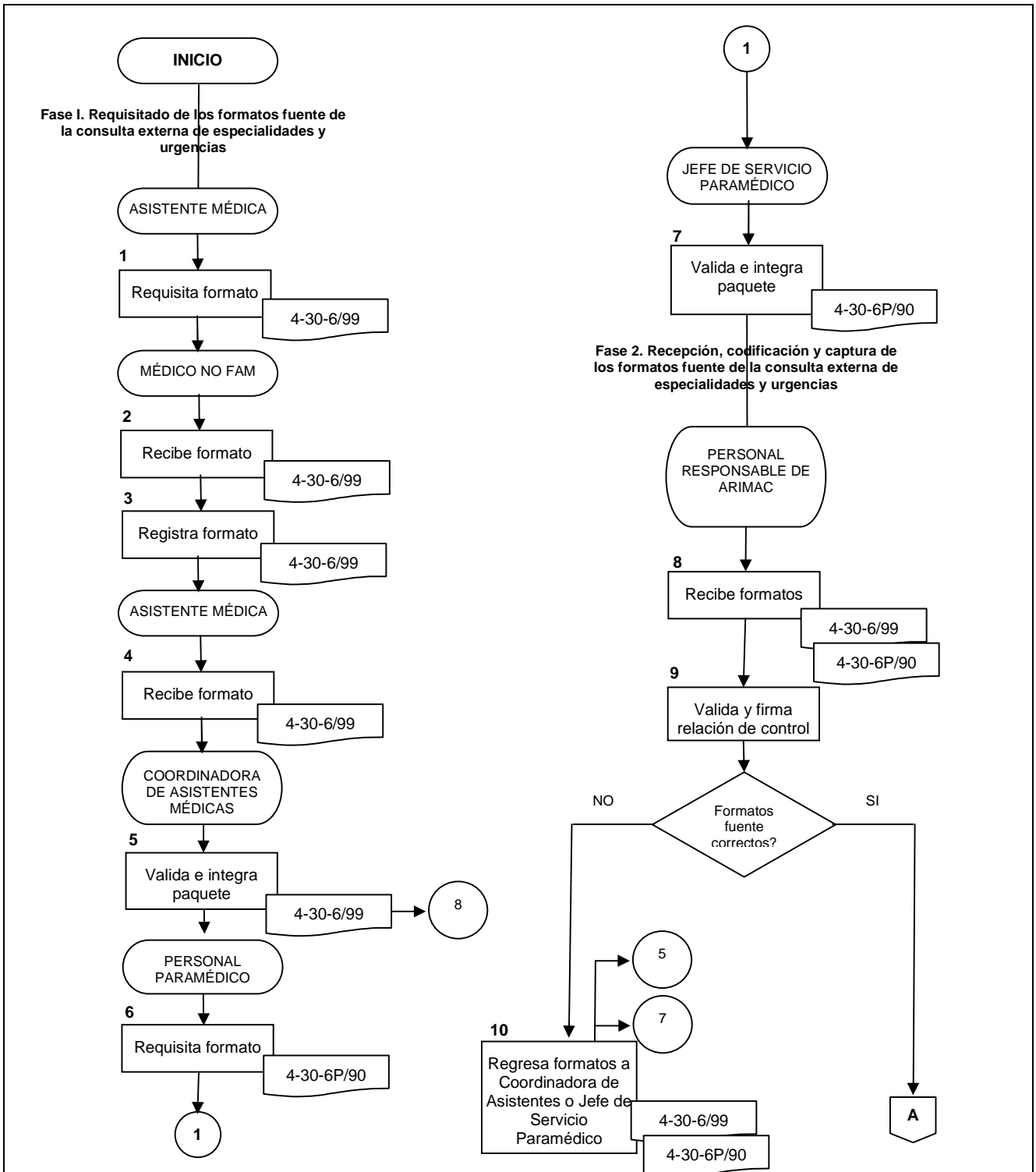
Responsable	Actividad	Documentos involucrados
<p>Personal responsable del ARIMAC (Jefe de Grupo, Coordinador u Oficial de Estadística)</p> <p>Coordinador u Oficial de Estadística</p>	<p>Fase 7. Generación y envío de archivos de enlace con el Sistema de Acopio Data Mart Estadísticas Médicas</p> <p>61 Recibe al tercer día hábil siguiente al término del ciclo informático mensual, los informes de las actividades realizadas en los diferentes servicios de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.</p> <p>62 Registra en el SIMO, a través del Módulo de Enlace, opción "Concentración Data Mart", los formatos: "Estadísticas Mensuales de Servicios Otorgados (Hoja 0) 4-30-13a/2004-0" y "Estadísticas Mensuales de Servicios Otorgados (Hoja 5) 4-30-13a/99-5", que corresponden a las acciones de los servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, así como la información complementaria contenida en los formatos: "Informe Mensual de Actividades de Planificación Familiar 4-30-13a/99-31" e "Informe Mensual de Actividades de Vigilancia Materno Infantil 4-30-13a/99-32".</p> <p>63 Realiza impresión de pantallas de captura de la información complementaria para su posterior envío a la Coordinación Delegacional de Información en Salud u Oficina de Información Médica y Archivo Clínico.</p>	<p>Informes de servicios de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento</p> <p>Estadísticas Mensuales de Servicios Otorgados (Hoja 0) 4-30-13a/2004-0</p> <p>Estadísticas Mensuales de Servicios Otorgados (Hoja 5) 4-30-13a/99-5</p> <p>Informe Mensual de Actividades de Planificación Familiar 4-30-13a/99-31</p> <p>Informe Mensual de Actividades de Vigilancia Materno Infantil 4-30-13a/99-32</p>

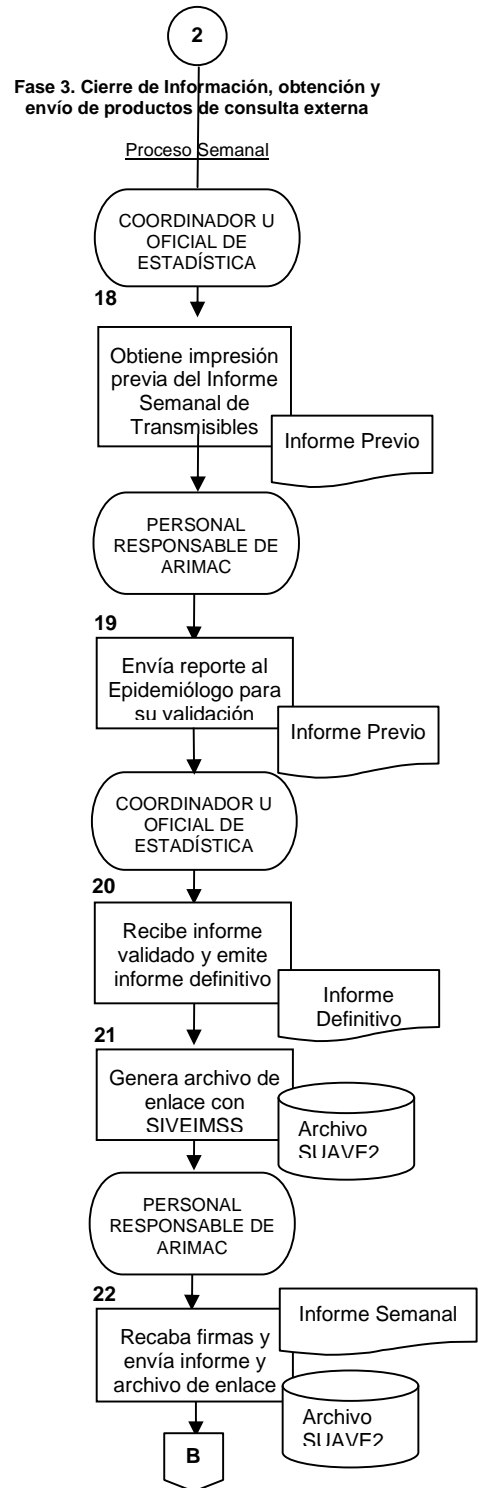
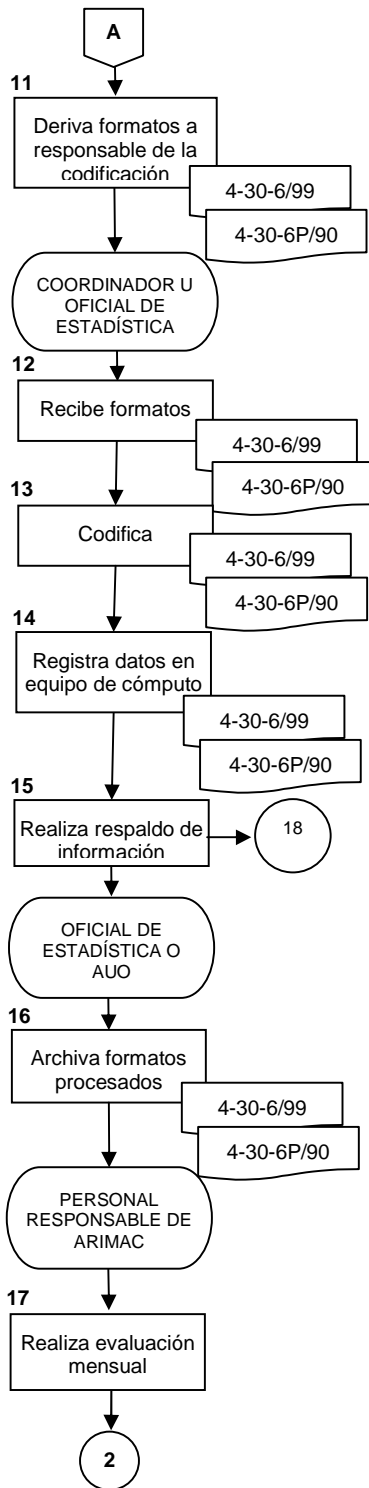


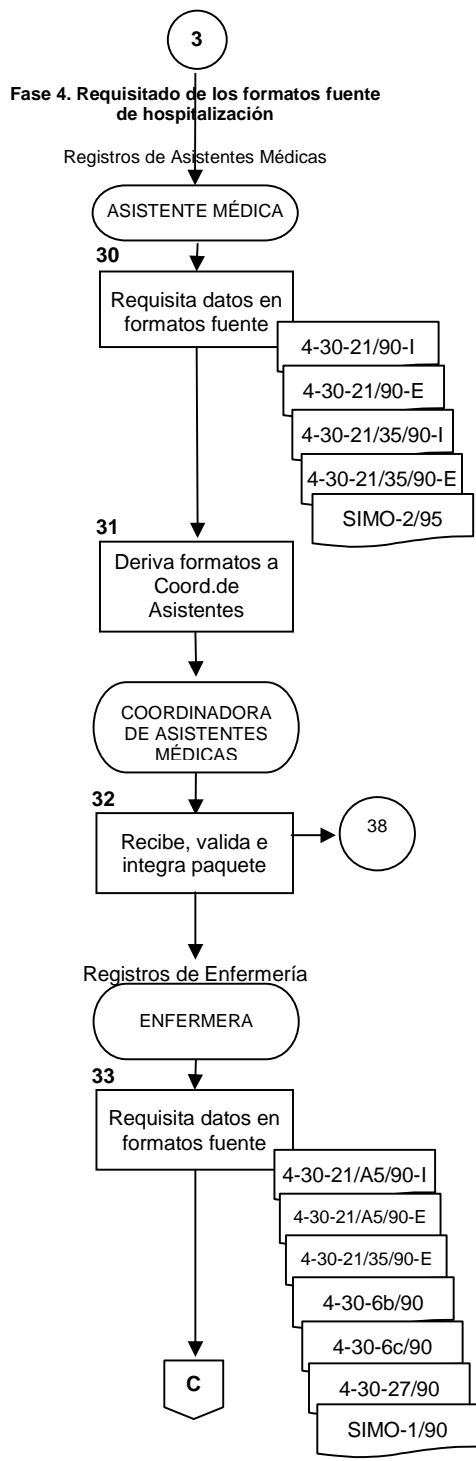
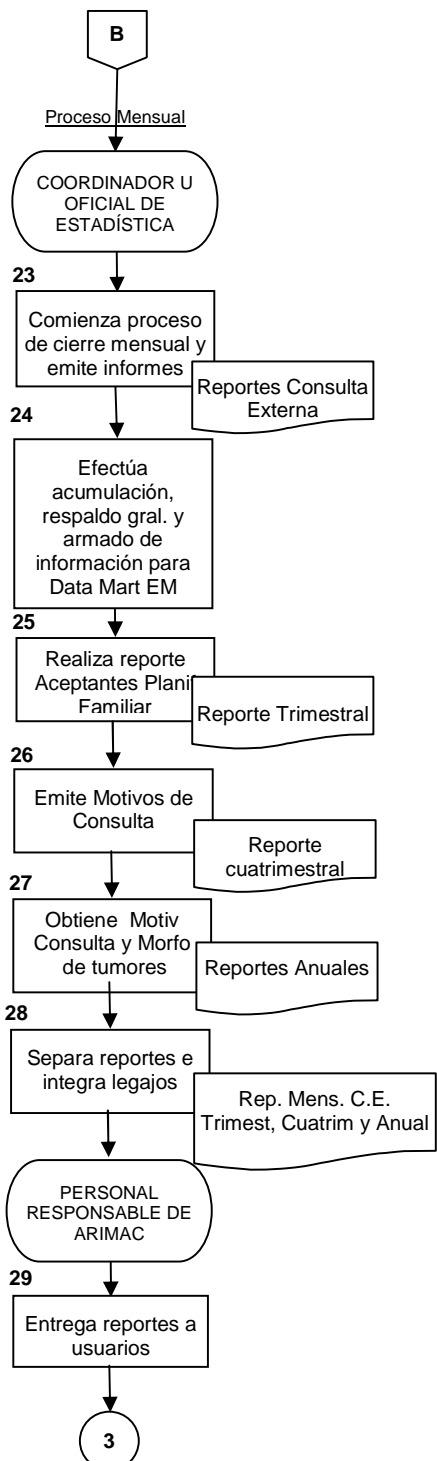
Responsable	Actividad	Documentos Involucrados
Coordinador u Oficial de Estadística	<p>64 Genera mediante la opción "Concentración Data Mart EM función Enlace Data Mart EM", los archivos de enlace con el Data Mart Estadísticas Médicas, y la emisión de las facturas de "Cifras de control de la unidad para Data Mart EM y de las Prestaciones Médicas por Ramo de Seguro".</p> <p>65 Envía las facturas de registros de Data Mart EM y Ramo de Seguro, archivos de enlace con el Data Mart EM, así como las pantallas de captura complementaria a la Coordinación Delegacional de Información en Salud u Oficina de Información Médica y Archivo Clínico según corresponda.</p> <p style="text-align: center;">FIN DEL PROCESO</p>	Archivos de enlace Data Mart Estadísticas Médicas

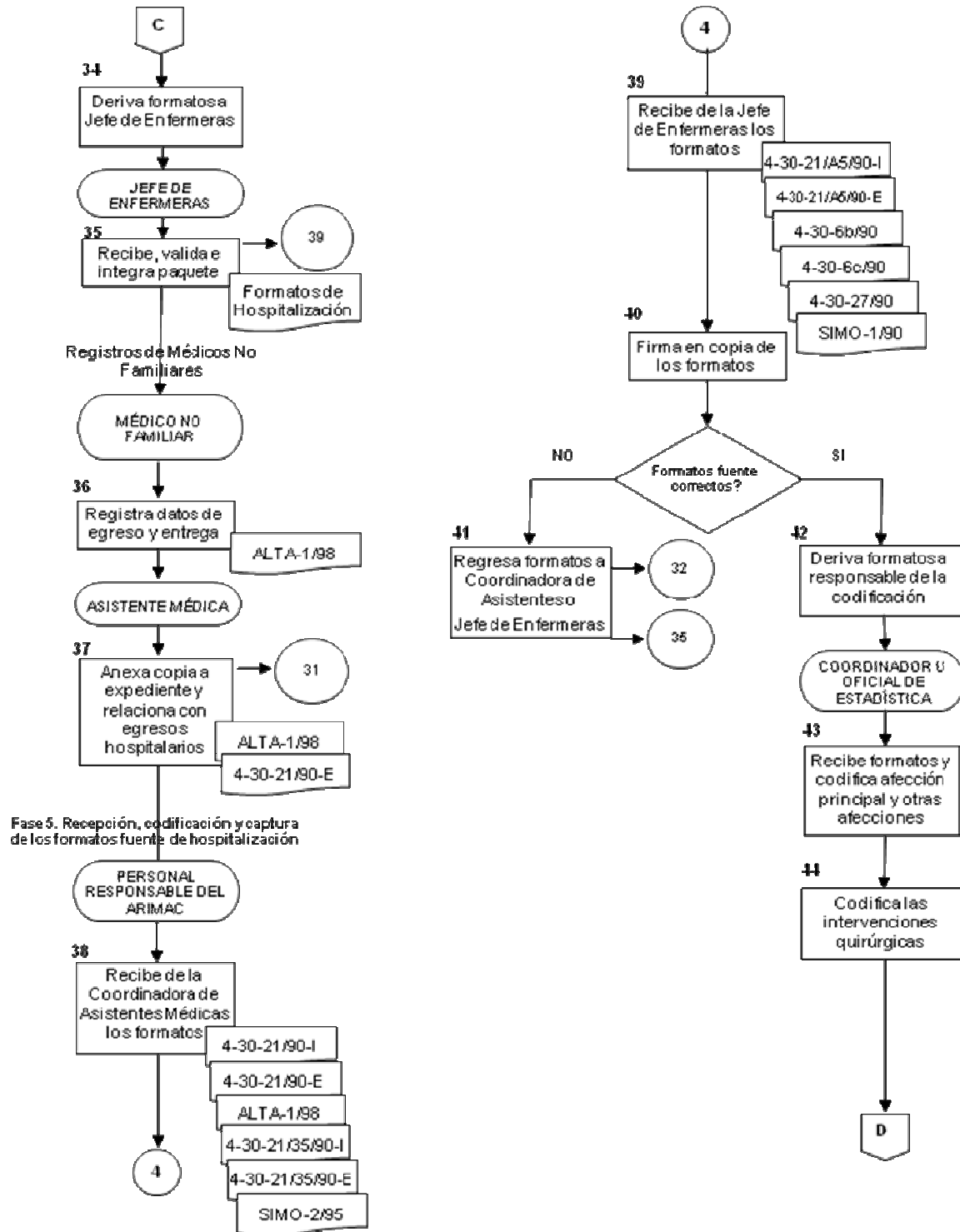


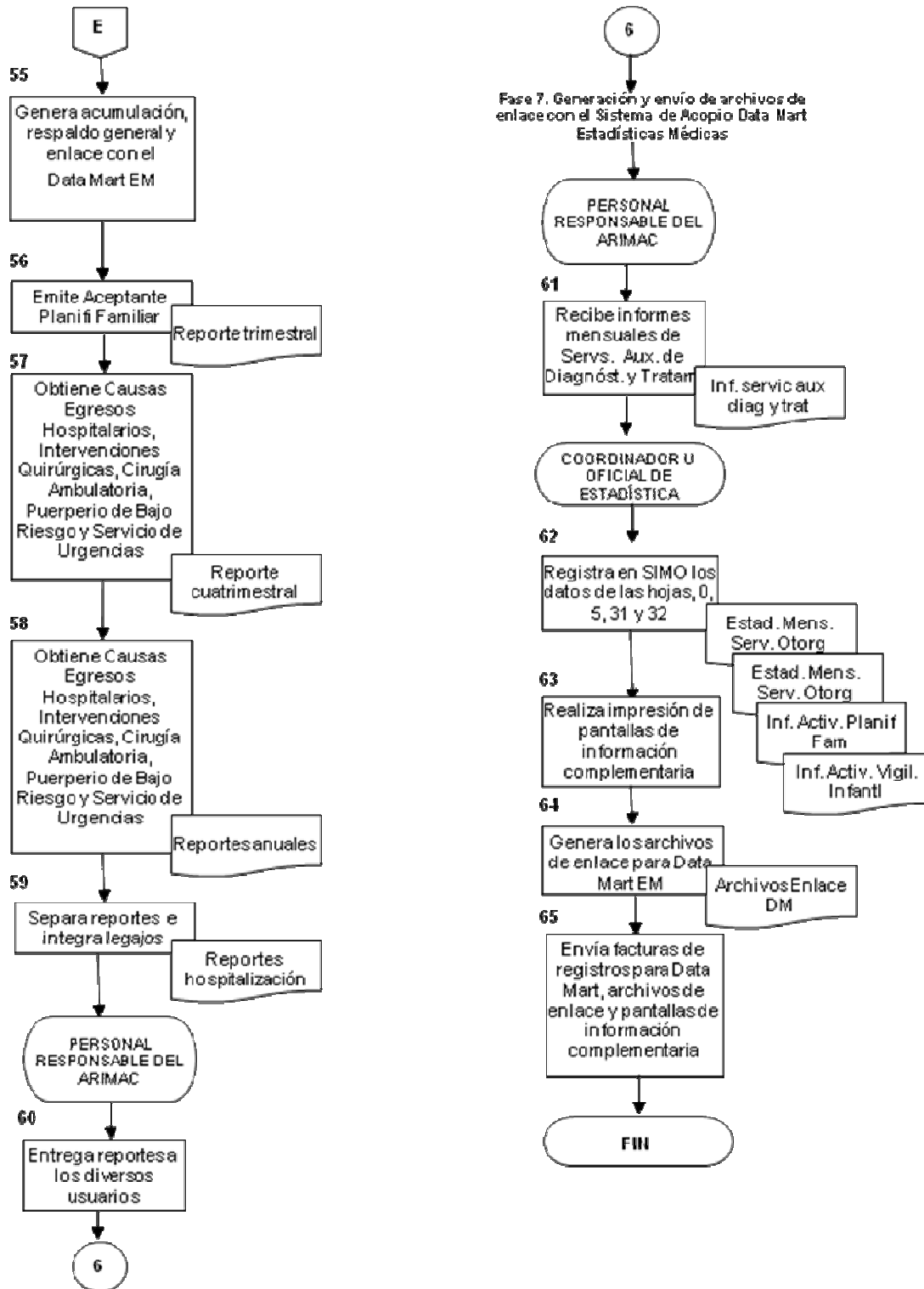
6. Diagrama del Procedimiento para el registro estadístico de las actividades médicas en Unidades Hospitalarias (SIMO)

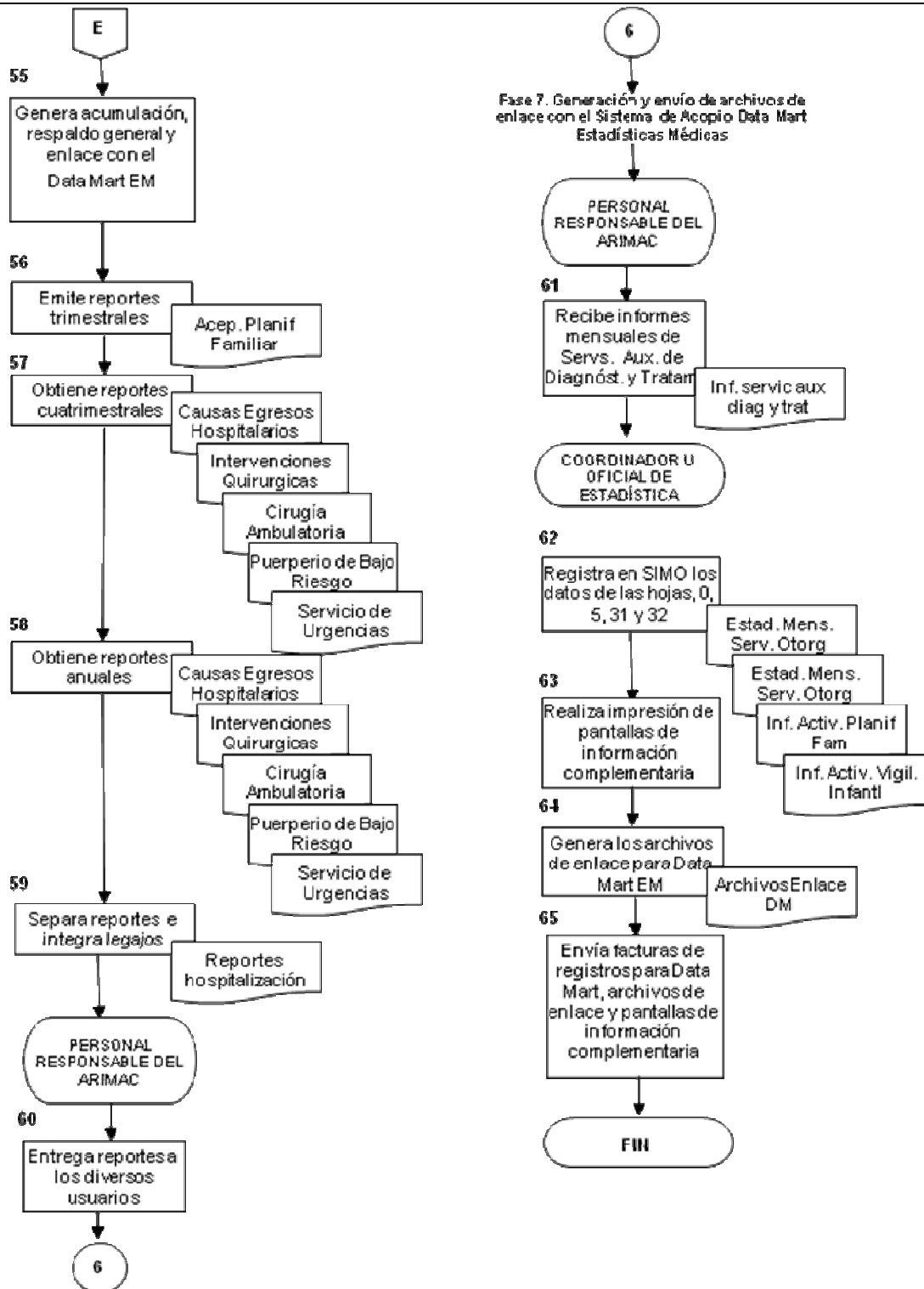














Relación de documentos que intervienen en el procedimiento para el registro estadístico de las actividades médicas en Unidades Hospitalarias (SIMO)

2E10-003-002

Codificación	Título del documento	Observaciones
2E10-009-001	"Control e Informe de Consulta Externa" (4-30-6/99)	Anexo 1
2E10-009-002	"Informe de Servicios Paramédico" (4-30-6P/99)	Anexo 2
2E10-009-003	"Ingresos – Registros Diario Hospital" (Forma 4-30-21/90-I)	Anexo 3
2E10-009-004	"Egresos – Registro Diario Hospital" (FORMA 4-30-21/90- E)	Anexo 4
2E10-009-005	"Ingresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua" (4-30-21/35/90-I)	Anexo 5
2E10-009-006	"Egresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua" (4-30-21/35/90-E)	Anexo 6
2E10-009-007	"Volante de Movimiento Intrahospitalario" (FORMA SIMO-1/90)	Anexo 7
2E10-009-008	"Ingresos – Registro Diario Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico" (FORMA 4-30-21/A5/90-I)	Anexo 8
2E10-009-009	"Egresos – Registro Diario de Unidad de Cuidados del Paciente Critico" (FORMA 4-30-21/A5/90-E)	Anexo 9
2E10-009-010	"Partos, Productos y Abortos" (FORMA 4-30-21/6b)	Anexo 10
2E10-009-011	"Estancia de Productos" (FORMA 4-30-21/6c)	Anexo 11
2E10-009-012	"Intervenciones Quirúrgicas efectuadas en Quirófano" (FORMA 4-30-27/90)	Anexo 12
2E10-009-013	"Hoja de Alta Hospitalaria" (FORMA ALTA 1/98)	Anexo 13
2E10-009-014	"Volante de Modificación de Datos De Paciente en Servicios de Hospitalización" (FORMA SIMO-2/95)	Anexo 14



Anexo 1

“Control e Informe de Consulta Externa” (4-30-6/99)



**CONTROLE INFORME
DE CONSULTA EXTERNA**

UNIDAD	FECHA			MATRICULA DEL MEDICO		CLAVE SERVICIO	CONSULTA/TIPO	TURNO	HORAS CONSULTA
	1	2	3	4	5				

CLAVE PRESUPUESTAL	8	NOMBRE DEL MEDICO	9
--------------------	---	-------------------	---

4	5	6	7	8
PASE A SERVICIOS DE LA UNIDAD	PLANIFICACION FAMILIAR	ACCIDENTES Y LESIONES	MATERNO INFANTIL	
1.- SERA 2.- PLANE. FAMIL. 3.- ENF. CIRCUL. D. 4.- RESD. TRABAJO 5.- ESPECIALIDAD 6.- ESTOMATOLOGIA 7.- RESD. PREVI.	8.- GINECOLOGIA 9.- TRAB. SOCIAL 10.- PSICOLOGIA 11.- OPTOMETRIA 12.- LAB. CLIN. 13.- RA XOS X 14.- OTROS	15.- FARMACIA 16.- PASTELAS 17.- DIU M VIZ 18.- DIU SUB. 19.- OVI SUB. 20.- INYECTABLE M VIZ 21.- INYECTABLE FUM. 22.- COSE-2000 2P 25P	23.- HOGAR 24.- TRABAJO 25.- VIA PUBLICA 26.- RECREACION 27.- ESCUELA 28.- OTROS	29.- ATENCION PRENATAL 30.- CONTROL PRENATAL 31.- ATENCION PUERPERAL 32.- CONTROL PUERPERAL 33.- ATENCION PRENATAL 1 AÑO 34.- CONTROL PRENATAL 1 AÑO 35.- ATENCION NIÑO 1 AÑO 36.- CONTROL NIÑO 1 AÑO

NO. PROGRESIVO	HORA CITA	15. VIZ	16. CIUDAD	17. RECIBO CONSULTA	18. PASE A SERVICIOS DE LA UNIDAD	19. PASE A OTRA UNIDAD	20. ALTA	21. RECETA	22. DEREGISTRACION	23. PLANIF. FAMILIAR	24. ACCIDENTES Y LESIONES	25. SERVICIOS DE TRABAJO	26. RIVALERIA	27. MATRIMONIO INFANTIL	28. SEMANAS DE GESTACION	29. PROCEDIMIENTOS COM.	NUMERO DE AFILIACION Y NOMBRE	AGREGADO	CODIFICACION MOTIVO DE LA CONSULTA
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			

1	13	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	10	11	12	17	16
2		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
3		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
5		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
6		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
7		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
8		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
9		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
10		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
11		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					

FORMA 4-30-67-07

2E10-009-001



No. PROGRESIVO	HORA CITA	NUMERO DE ARLIACION Y NOMBRE														AGREGADO	CODIFICACION MOTIVO DE LA CONSULTA			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			15		
12	13	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	10	11	12	16
13		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
14		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
15		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
16		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
17		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
18		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
19		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
20		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
21		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
22		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
23		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
24		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
25		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
26		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	18			

FORMA 4-30/01/07

2E10-009-001



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
1	Unidad	Nombre de la unidad, indicando el tipo y número. Ejemplos: H. Especialidades, HGZ/MF 1.
2	Fecha	Día, mes y año correspondiente a la fecha en que se otorga la atención, los números deberán ser arábigos y en el caso de estar solamente conformados por unidades, se agregará un "0" a la izquierda. Ejemplo: 08-11-2010.
3	Matrícula del médico	Dependiendo de su calidad de asignación o cobertura, titular o suplente, la matrícula del profesional médico que otorga la consulta. Este dato tendrá sustento documental de la Dirección de la Unidad, de acuerdo a determinación de las áreas de servicio o atención médica correspondientes. Ejemplo: Titular 3658147.
4	Clave servicio	Clave del servicio o de la especialidad a la que corresponde la consulta o la atención de acuerdo al Catálogo de Claves de Servicio, divisiones y especialidades. Ejemplo: 16 para Cirugía General, 25 Medicina Interna.
5	Consultorio	Número económico o clave de identificación, asignado al consultorio en donde se impartirá la consulta. Ejemplo.: 4, C4, 04, etc.
6	Turno	Conforme al turno en el que se otorga la consulta, la literal "M" para turno matutino, "V" para el vespertino y "N" para el nocturno.
7	Horas consulta	El número de horas destinadas al profesional médico para dar consulta o para atender derechohabientes, este dato tendrá sustento documental que la Dirección de la Unidad asigne para cada uno de los servicios o especialidades. Ejemplo: 6.0.
8	Clave Presupuestal	Clave que identifica a la unidad prestataria del servicio, contenida en el Catálogo de Unidades Médicas clasificadas por niveles de atención, publicación de la Dirección de Prestaciones Médicas, está conformada por 12 dígitos alfanuméricos. Ejemplo: 05 06 02 25 2110.
9	Nombre del médico	Nombre completo del médico titular o suplente que otorga la consulta, anteponiendo las siglas de Dr. o Dra. Iniciando por apellido paterno, materno y el nombre. Ejemplo: Dra. Chávez Negrete Delia.



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
10	Nombre del derechohabiente	<p>El nombre completo del derechohabiente que solicita atención, iniciando por los apellidos paterno, materno y continuando con el nombre. El dato se tomará de la cartilla de salud, en el caso de "no derechohabiente" o a la falta de cartilla, el dato será informado verbalmente.</p> <p>Ejemplo: Gutiérrez Olvera Martín.</p>
11	Número de Seguridad Social	<p>El número de seguridad social del derechohabiente que asiste a la consulta de atención, en el caso de cita previa, el dato se tomará de la agenda respectiva.</p> <p>En el caso del derechohabiente que acude espontáneamente a consulta de especialidades o urgencia, deberá de tomarse el número de la cartilla de salud.</p> <p>Ejemplo: 0670-53-0705.</p> <p>Cuando se trate de un "No derechohabiente", en el servicio de urgencias o cuando el derechohabiente no presente su documentación o bien que ignore su número de seguridad social, los 10 dígitos serán cubiertos con ceros.</p>
12	Agregado	<p>Los dígitos (números y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social. Ejemplo: 1M1959OR, manejado tradicionalmente de acuerdo a la siguiente estructura:</p> <ul style="list-style-type: none">- Carácter del derechohabiente (1 – Asegurado),- Sexo (M – Masculino),- Año de nacimiento (1959)- Régimen de aseguramiento (OR – Ordinario) <p>En el caso de no derechohabiente, después de los ceros del número de seguridad social, se deberá conformar este dato de acuerdo a la norma citada anteriormente, en el régimen de aseguramiento, las literales ND. Ejemplo: OM1974ND.</p> <p>En el caso de estudiante, se pondrán las letras ES, Esta norma sólo es válida para registros médicos, no interfieren en lo referente a Servicios Técnicos para el registro y control de expedientes de la tarjeta de afiliación o de la tarjeta de adscripción a la clínica. Ejemplo: 1M1971ES.</p> <p>Para los menores que sean asegurados por la contratación del seguro facultativo, deberán invariablemente, tener el carácter de derechohabiente 1. Ejemplo: 1M1989OR.</p>



Descripción de conceptos:		
NO.	DATOS	ANOTAR
13	Hora cita	La hora que se estableció para el otorgamiento de la consulta registrada previamente en la agenda. Este dato se registrará exclusivamente en el caso de cita previa. Ejemplo: 8:00.
14.1	Primera vez	Una "S" en la columna 1, de acuerdo a los siguientes criterios: Consulta de Especialidades.- Se considera de primera vez todo aquel diagnóstico o padecimiento inicial en el servicio o especialidad, por lo tanto, en cada una de las especialidades en donde se le trate, se considerará de "primera vez" en todas ellas. Urgencias.- Se considera primera vez a todas las consultas otorgadas en este servicio. Cuando se trate de pacientes subsecuentes, se deberá registrar "N" en el recuadro de primera vez.
14.2	Citado	Una "X" en la columna 2, cuando se trate de un paciente citado previamente para recibir consulta. El dato se deberá tomar de la agenda de citas para el servicio o la especialidad. En el Servicio de Urgencias el médico es el responsable de su llenado bajo los siguientes criterios: La letra "R" en los casos que representen una Urgencia Real; es decir, aquellos enfermos con Riesgo para la vida, la función orgánica o la integridad física y cuyo tratamiento es impostergable. La letra "S" para los casos que representen una Urgencia Sentida; es decir aquellos usuarios cuyo problema de salud no ponga en riesgo la vida, la función orgánica o la integridad física y cuya atención sea posible diferir, sin que esto influya desfavorablemente en el pronóstico del paciente.
14.3	Recibió consulta	Una "X" en la columna 3, cuando se trate de un paciente que recibió la consulta, quedará en blanco por inasistencia y estadísticamente el no cruzar equivaldrá a tomarlo como no otorgada.
14.4	Pase a servicio de la unidad	En la columna 4, el número correspondiente al servicio de la unidad al que es enviado el paciente, de acuerdo al recuadro (4) Pase a Servicios de la Unidad, localizado en la parte superior izquierda del formato. Ejemplo: 5 Especialidad.



Descripción de conceptos:		
NO.	DATOS	ANOTAR
14.5	Pase a otra unidad	Una "X" en la columna 5, cuando se otorgue un pase a un especialista de otra unidad.
14.6	Alta	Una "X" en la columna 6, cuando se le dé de alta al derechohabiente de la especialidad o del servicio.
14.7	Receta	En la columna 7, el número de recetas que se le otorgaron al derechohabiente.
14.8	Días incapacidad	En la columna 8, el número de días amparados que se otorgaron al asegurado(a), deberán registrarse todas las incapacidades otorgadas incluyendo las de riesgo de trabajo.
14.9	Planificación familiar	En la columna 9, el número correspondiente a la acción realizada de planificación familiar, de acuerdo al recuadro (9) Planificación Familiar, localizado en la parte superior media del formato que contiene las acciones que califican el riesgo reproductivo. (Ejemplo: 4 DIU Subs. C/R).
14.10	Accidentes y lesiones	En la columna 10, el número correspondiente al lugar donde ocurrió el accidente o la lesión, de acuerdo al recuadro (10) Accidentes y Lesiones, localizado en la parte superior derecha del formato. Esta columna será registrada en unidades que cuenten con servicio de urgencias con centro de costos 35. (Ejemplo.: 1 En el hogar).
14.11	Riesgos de trabajo	En la columna 11, una "P" (Probable), cuando el asegurado o familiar refieran la ocurrencia del Riesgo (Accidente o Enfermedad), con motivo de trabajo, sin presentar la forma MT-1 ó ST-1 "Aviso para calificar probable riesgo de trabajo". Una "C" (Confirmado), cuando el asegurado o familiar presenten el formato MT-1 ó ST-1 "Aviso para calificar probable riesgo de trabajo", con una leyenda "Si de Trabajo", nombre y firma del Médico de Salud en el Trabajo que calificó el riesgo en el reverso del mismo. Este recuadro debe ser requisitado por Urgencias, Especialidades; en las consultas de 1a vez y subsecuentes no utilice este recuadro cuando el riesgo se considere como NO de Trabajo.



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
14.12	Invalidez	<p>Una X, en la columna 12 cuando el asegurado ó familiar se le otorgue atención médica que se relacione con la determinación de un estado de invalidez, en el servicio de Especialidades.</p> <p>Nota: Existe invalidez cuando el asegurado se halle imposibilitado para procurarse mediante un trabajo igual, una remuneración superior al 50% de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesional (Art. 119 de la Ley del Seguro Social).</p>
14.13	Materno-Infantil	Esta columna no se utiliza en la consulta de especialidades.
14.14	Semanas de gestación	En la columna 14, el número de semanas de gestación siempre y cuando exista una atención ó control prenatal, anteriormente registrada en la columna 13.
15	Renglón en blanco	<p>Con letra legible el ó los diagnósticos integrados al paciente. Ejemplo: Diabetes mellitus tipo 1 con complicación renal. Cuando el médico registra dos diagnósticos, en primer lugar anota el diagnóstico motivo de demanda (afección principal) y en seguida el diagnóstico que el médico considere más importante de los que haya establecido durante la consulta y que no corresponda al motivo de la demanda. Indicando la 1ª. Vez (S) o subsecuencia (N), de este segundo diagnóstico en el recuadro sombreado de la columna 1.</p> <p>La afección principal se define como “La afección diagnosticada al final del proceso de atención a la salud, como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente, si hay más de una afección así caracterizada debe seleccionarse la que se considere causante del mayor uso de recursos, las otras afecciones se definen como “ Aquellas que coexistieron o se desarrollaron durante el episodio de atención y afectaron el tratamiento del paciente”, inclusive problemas registrados al respecto.</p> <p>Cuando el médico diagnostique dos padecimientos transmisibles de primera vez, deberá anotar el diagnóstico o afección principal, primer motivo de consulta y posteriormente la segunda enfermedad transmisible. Registrando en la columna 1 (Primera vez) tanto en el primer motivo de consulta como en el segundo diagnóstico (recuadro inferior)</p>



Descripción de conceptos:		
.	DATOS	ANOTAR
16	Codificación motivo de la consulta	<p>El código alfanumérico, con base a la Clasificación Estadística internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10), que le corresponda de acuerdo al diagnóstico o motivo de consulta.</p> <p>La persona que efectúa la codificación, empleará las recomendaciones y las reglas de Reselección de Morbilidad normadas por la clasificación antes citada; asimismo, la codificación de los motivos o diagnósticos deberá realizarse a cuatro caracteres.</p> <p>Para codificar motivos o causas de accidentes y lesiones reportadas por el médico en el servicio de urgencias, se utilizará la lista tabular para la naturaleza de la lesión y en la parte sombreada se anotará en cuatro posiciones la causa externa del capítulo correspondiente de la CIE-10.</p>
17	Procedimientos en consultorio	<p>En caso de que se realice un procedimiento médico, deberá anotar a continuación de los diagnósticos, la descripción del procedimiento efectuado. En caso de practicar más de un procedimiento, sólo registre el de mayor importancia. (Ejemplo: Retiro de puntos de sutura).</p>
18	Firma del profesional médico	<p>En el renglón siguiente al empleado para registrar al último paciente al que se le otorgó atención médica, se deberá avalar la información contenida en el formato a través de la rúbrica del profesional médico.</p>



Claves de servicio y especialidad

10 ALERGIA E INMUNOLOGIA	34 PROCTOLOGIA
11 ANGIOLOGIA	35 PSIQUIATRIA
12 CIRUGIA MAXILOFACIAL	36 REUMATOLOGIA
14 CARDIOLOGIA	38 TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA
15 CIRUGIA CARDIOVASCULAR	39 GERIATRIA
16 CIRUGIA GENERAL	41 UROLOGIA
18 DERMATOLOGIA	42 AUDIOLOGIA
19 ENDOCRINOLOGÍA	43 NEUROCIRUGIA
20 GASTROENTEROLOGIA	44 CIRUGIA PEDIATRICA
21 GINECOLOGIA	45 ONCOLOGIA MEDICA
22 HEMATOLOGIA	46 CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
23 INFECTOLOGIA	50 URGENCIAS
24 OBSTETRICIA	51 ONCOLOGIA QUIRUGICA
25 MEDICINA INTERNA	65 GENETICA
26 NEFROLOGIA	68 MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
27 NEUMOLOGIA	74 MEDICINA NUCLEAR
28 NEUROLOGIA	77 UNIDAD METABOLICA
29 GERONTOLOGIA	88 ANESTESIOLOGÍA
30 OFTALMOLOGIA	
31 OTORRINOLARINGOLOGIA	
32 PEDIATRIA	

Instrucciones Generales de Llenado del Formato “Control e Informe de Consulta Externa” (4-30-6/99)

Elaborado por:

Asistente Médica, Médico no Familiar (Especialista), cada uno en lo que les corresponda.
Se elaborará por cada día de atención y por turno.

Número de tantos:

Original en la consulta de Urgencias.
Original y dos copias en la consulta de Especialidades.

Distribución:

El original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado, en el ARIMAC. El recibir el formato significará registrar su control.

Las copias se conservarán en los controles o en los servicios generadores durante 30 días posteriores a su elaboración, para aclarar posibles dudas.



Instrucciones específicas:

1. El llenado del formato se debe realizar a máquina y donde no exista el recurso, con letra manuscrita clara y legible, usando tinta diferente al color de la impresión.
2. La Asistente Médica es responsable del correcto llenado de los siguientes conceptos:

- Unidad.
 - Clave presupuestal de la unidad.
 - Fecha.
 - Matrícula del médico que otorga la consulta (titular o suplente).
 - Nombre del médico.
 - Clave del servicio.
 - Consultorio.
 - Turno.
 - Turno.
 - Horas consulta.
 - Horas de la cita.
 - Citado.
 - Número de seguridad social del derechohabiente.
 - Agregado al número de seguridad social del derechohabiente.
 - Nombre completo del dh..
- Los Médicos no Familiares (especialistas) son los responsables del correcto registro de los datos contenidos en los recuadros que a continuación se enlistan:
 - 1ª vez.
 - Recibió consulta.
 - Pase a servicio de la unidad.
 - Pase a otra unidad.
 - Alta.
 - Receta.
 - Días de incapacidad.
 - Planificación familiar.
 - Accidentes y lesiones.
 - Riegos de trabajo
 - Invalidez.
 - Semanas de gestación.
 - Procedimientos en consultorio.
 - Diagnóstico, motivo de la consulta o detección
 - La persona que realiza la codificación de los motivos de atención será responsable de la correcta aplicación de las claves de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión (CIE-10). En todos los casos con cuarto carácter y por censo.
 - En los traumatismos, lesiones, accidentes y violencias, además de clasificar la naturaleza de la lesión (fracturas, heridas, quemaduras, intoxicaciones, etc.), se hará lo mismo con la causa externa que la produjo (accidente de vehículo de motor, tipo de caída, etc.).

Nota: Se deberá codificar dos patologías, cuando el médico reporte dos enfermedades transmisibles. Así mismo, cuando se informe un diagnóstico de neoplasia también se deberá codificar la morfología del tumor.



Anexo 2

“Informe de Servicios Paramédico” (4-30-6P/99)



No.	NOVA CITA	ENVÍO A SERV. UNIDAD												INFORME DE SERVICIO PARA MEDICO				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	FECHA 1	UNIDAD 2	NOMBRE 3	SERVICIO 5
														TURNO 6	CUBICULO 7	NOVA ATM. 8	NUMERO DE ARLIACION + NOMBRE 9 9	
1	12	13 14												10				
2		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13				
3		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13				
4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13				
5		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13				
6		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13				
7		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13				
8		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13				
9		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13				
10		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13				
11		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13				
12		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13				



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
1	Fecha	Día, mes y año correspondiente a la fecha en que se otorga la atención, los números deberán ser arábigos y en el caso de estar solamente conformados por unidades, se agregará un "0" a la izquierda. Ejemplo: 08-11-2010.
2	Unidad	La clave presupuestal de la unidad contenida en el catálogo de unidades médicas clasificadas por niveles de atención, la clave presupuestal está conformada por 12 dígitos. Ejemplo: 35 A3 04 15 2153.
3	Nombre	Anote el nombre completo del derechohabiente iniciando con el apellido paterno, materno y nombre(s).
4	Matrícula	En el apartado la matrícula del personal paramédico que otorga la atención. Ejemplo: 8391122.
5	Servicio	La clave del servicio a la que corresponde la atención otorgada de acuerdo al catálogo de claves del servicio. Ejemplo: 69. Claves de Servicio: 63) Psicología 64) Enfermera prenatal en hospital 66) Nutrición y dietética 69) Trabajo social 98) Optometría
6	Turno	El turno en el que se otorga la atención, de acuerdo a los siguientes parámetros: (M) Matutino (V) Vespertino (N) Nocturno
7	Cubículo	El número económico asignado al cubículo en donde se impartirá la atención. Ejemplo: 1.
8	Horas de atención	El número de horas asignadas al personal paramédico para otorgar atención a los derechohabientes. Ejemplo: 6:00.
9	Número de Afiliación (Número de Seguridad Social)	El número de seguridad social del derechohabiente que asiste a la atención, en caso de cita previa, el dato se tomará de la agenda respectiva. Ejemplo: 0670-53-0705. Cuando se trate de un "No derechohabiente", los 10 dígitos que conforman el número de seguridad social, serán cubiertos con números ceros. Ejemplo: 0000-00-0000.



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
10	Agregado	<p>Los dígitos (números y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social. Ejemplo: 1M1989OR, manejado tradicionalmente de acuerdo a la siguiente estructura:</p> <ul style="list-style-type: none">• Carácter del derechohabiente (1 – Asegurado).• Sexo (M – Masculino),• Año de nacimiento (1989) y• Régimen de aseguramiento (OR – Ordinario). <p>En el caso de no derechohabiente, después de los ceros del número de seguridad social, se deberá conformar este dato de acuerdo a la norma citada anteriormente, en el régimen de aseguramiento, las literales ND. Ejemplo: OM1984ND.</p> <p>En el caso de estudiante, se pondrán las letras ES, Esta norma sólo es válida para registros médicos, no interfieren en lo referente a Servicios Técnicos para el registro y control de expedientes de la tarjeta de seguridad social o de la tarjeta de adscripción a la clínica. Ejemplo: 1M1991ES.</p> <p>Para los menores que sean asegurados por la contratación del seguro facultativo, deberán invariablemente, tener el carácter de derechohabiente 1. Ejemplo: 1M1999OR.</p>
11	Nombre	<p>El nombre completo del derechohabiente que solicita la atención, iniciando por los apellidos paterno, materno y continuando con el nombre. El dato se tomará de la cartilla de salud, en caso de "no derechohabiente" o a la falta del cartilla, el dato será informado verbalmente. Ejemplo: Viveros Miranda María.</p>
12	Hora cita	<p>La hora que se estableció para el otorgamiento de la atención registrada previamente, este dato se registrará exclusivamente en caso de cita previa.</p>
13.1	Primera vez	<p>Una "S" en la columna 1, cuando el paciente se presenta por primera vez en el servicio, cuando se trate de pacientes subsecuentes, se deberá registrar una "N" en el recuadro de primera vez.</p>
13.2	Citado	<p>Una "X" en la columna 2, cuando se trate de un derechohabiente citado previamente.</p>



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
13.3	Recibió atención	Una "X" en la columna 3, cuando el paciente recibió la atención, quedará en blanco por inasistencia y estadísticamente, el no cruzar equivaldrá a tomarlo como no otorgada.
13.4 a 13.11	Envío a servicios unidad	Una "X" (en la columna 4 a 11) según el servicio de la unidad al que es enviado el paciente.
13.12	Medicamentos	Una "X" en la columna 12, en caso de proporcionar algún medicamento.
13.13	Código de la atención	El código alfabético correspondiente al motivo de la atención, de acuerdo a lo siguiente:

Trabajo Social

A) Estudio médico social B) Envío C.S.S. o Ext. C) Envío otras instituciones D) Educación a grupos E) Incumplimiento indicación médica F) Carencia de información G) Insuficiente información	H) Problemas de repercusión familiar I) Problemas de repercusión económica J) Problemas de repercusión social K) Problemas de repercusión laboral L) Problemas administrativos M) Orientación social
---	---

Psicología

A) Diagnóstico por entrevistas B) Diagnóstico por pruebas psicológicas C) Tratamiento psicológico individual D) Tratamiento psicológico de pareja o familiar E) Tratamiento psicológico grupal	F) Psicoterapia individual G) Psicoterapia de pareja y familiar H) Psicoterapia de grupo I) Psicología de enlace J) Otros
--	---

Enfermera Prenatal de Hospital:

A) Control prenatal o control embarazo (subsecuente)

Optometría:

A) Trastornos del ojo

Nutrición y Dietética:

A) Atención nutricional a la embarazada

B) Atención nutricional al niño

C) Atención nutricional por diabetes

D) Atención nutricional por enfermedad cardiovascular

E) Atención nutricional por enfermedad del hígado, vías biliares o páncreas



F) Atención nutricional por enfermedad gastrointestinal

G) Atención nutricional por hipertensión

H) Atención nutricional por nefropatía

I) Atención nutricional por obesidad

J) Atención nutricional por otro motivo

Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
14	Motivo de la atención	En el renglón en blanco localizado en la parte izquierda del formato, escribir el motivo principal de la atención de acuerdo a los códigos de atención preasignados para cada tipo de personal.
15	Firma del profesional paramédico	Al final de la lista de pacientes a quienes se les otorgó la atención, al siguiente renglón del último empleado, deberá avalar la información anotada en el formato a través de la rúbrica del profesional paramédico.

Instrucciones Generales

Elaborado por:

Asistente Médica cuando se cuente con este personaje, Psicólogo(a), Nutricionista Dietista, Optometrista, Trabajadora(a) Social o Enfermera prenatal del hospital cada uno en el ámbito de su competencia, quienes estamparán su firma después de la última atención brindada. Se elaborará por cada día de actividades laborales y por turno.

Número de tantos:

Original y copia.

Distribución:

El original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado, en el ARIMAC. El recibir el formato significará registrar su control.

Las copias se conservarán en los controles o en los servicios generadores durante 30 días posteriores a su elaboración, para aclarar posibles dudas.

El llenado del formato se debe realizar a máquina y cuando no existe al recurso, con letra manuscrita clara y legible, usando tinta de diferente color al de la impresión.



Anexo 3

“Ingresos – Registros Diario Hospital” (Forma 4-30-21/90-I)



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
1	Hoja número	El número progresivo que le corresponde, de acuerdo a las hojas que se elaboraron para la fecha específica.
2	Servicio	El nombre del área de Admisión Hospitalaria y Tococirugía, según corresponda.
3	Unidad	Nombre de la unidad, indicando el tipo y número. Ejemplo: HGZ/MF 1, Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI.
4	Fecha	Día, mes y año correspondiente a la fecha de registro, los números deberán ser arábigos y en el caso de estar solamente conformados por unidades, se agregará un "0" a la izquierda. Ejemplo: 08-11-2010
5	(Número de Seguridad Social	<p>El número de seguridad social del derechohabiente que se interna, este número está conformado por diez dígitos, los cuales deberán conservar invariablemente la siguiente distribución de bloques: cuatro dígitos iniciales, después dos y por último otros cuatro, separados por un guión.</p> <p>Para los pacientes que no pueden acreditar su calidad de derechohabientes se conformará por bloque un número de afiliación de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none">- En los primeros cuatro dígitos, se registrará la fecha (día y mes), anteponiendo un cero en el caso de que el dato esté conformado por unidades (1-9).- En los otros dos dígitos, se colocarán las dos últimas cifras del año que transcurre (10, 11,).- Los últimos cuatro dígitos, iniciarán con las claves siguientes: 93 si ingresa por tococirugía y 99 para todos los ingresos por admisión hospitalaria, enseguida se colocará un número progresivo de dos cifras (01, 02, 03,.....); cruzando en la parte inferior del formato el número progresivo utilizado para tener referencia de los números ya ocupados. <p>El número así conformado deberá ser el que se utilice en toda la papelería en que se documente al paciente:</p> <p>Ejemplo: "No derechohabiente" 0811-10-9301</p>



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
6	Agregado	<p>El agregado al número de seguridad social, conformado como tradicionalmente se ha elaborado de acuerdo a la siguiente estructura:</p> <ul style="list-style-type: none">- Carácter del derechohabiente- Sexo- Año de nacimiento- Régimen de aseguramiento. <p>En el caso de personas que no acrediten su calidad de derechohabientes, se anotará un carácter "0", el sexo (M ó F), año de nacimiento y en los campos de régimen de aseguramiento, se anotarán las literales "ND", asimismo, para ingresos del seguro para estudiantes, se registrará "ES".</p> <p>Ejemplo: Para no derechohabientes - 0F1988ND. Para estudiantes - 1M1990ES</p>
7	Edad en semanas menores de un año	<p>La edad en semanas del menor de un año al ingresar bajo el siguiente criterio:</p> <ul style="list-style-type: none">- Si es menor de siete días, anotar una semana.- Si la fracción de semanas es menor o igual a tres días, anotar el número de semanas cumplidas.- Si la fracción de semanas es mayor o igual a cuatro días, anotar el número inmediato superior de las semanas cumplidas.
8	Nombre	<p>El nombre completo del derechohabiente que solicita atención, iniciando por los apellidos paterno, materno y continuando con el nombre. El dato se tomará de la cartilla de salud, en el caso de "no derechohabiente", o a falta de la cartilla, el dato será informado verbalmente. Ejemplo: Gutiérrez Olvera Martín.</p>



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
9	Unidad de adscripción: Tipo	Tipo de unidad al que está adscrito el paciente que se interna. Ejemplo: UMF, UMFH, HGSMF, HGZMF.
10	Número	Número económico de la unidad de adscripción del paciente que ingresa. Ejemplo: 20
11	Clave Presupuestal	Clave presupuestal correspondiente a la unidad de acuerdo al "Catálogo y Directorio Telefónico de Unidades Médicas por Dirección Regional". Ejemplo: 14 01 02 02 2151
12	Delegación	Nombre de la delegación a la que pertenece la unidad de adscripción del paciente que ingresa. Ejemplo: 15 Estado de México Oriente
13	Datos del internamiento Especialidad o servicio	Nombre de la especialidad a la que ingresa el paciente: En admisión hospitalaria, deberá tomarse de la orden de internamiento, En Tococirugía, de acuerdo a la orden médica, si el caso es ginecológico u obstétrico.
14	División	La clave de la división a la que corresponda la especialidad de acuerdo a los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none">• En admisión hospitalaria, deberá registrarse de acuerdo a la especialidad: 92 Cirugía, 94 Medicina y 95 Pediatría.• En Tococirugía, anotar en todos los casos la clave 93, Gineco-Obstetricia.
15	Ingreso: Programado	Una "X" cuando el ingreso se establece en forma programada y para el caso de atención obstétrica con control prenatal y pase del Médico Familiar.
16	Urgente	Una "X" cuando el ingreso se determina con carácter de urgencia y en el caso de atención obstétrica sin control prenatal.
17	Hora	La hora en que se determinó el ingreso hospitalario. Este dato se registrará en horas y minutos. Ejemplo: 08:00



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
18	Número de cama	<p>El número de cama de acuerdo a los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none">- En admisión hospitalaria, se registrará el número de cama censable a la que ingresa el paciente a hospitalización, para los ingresos al programa de cirugía ambulatoria se registrará la sigla "CA", además del número de asignada.- En los ingresos al programa de diálisis peritoneal, deberán registrarse la clave "DP", además del número de cama asignada.- En el área de Tococirugía se registrará para los ingresos al programa puerperio de bajo riesgo la sigla "PB", además del número de cama asignada.
19	Ordenado por: Matrícula del médico	La matrícula del médico responsable que atiende al paciente.

Instrucciones Generales

Elaborado por:

Asistente Médica

Se llenará un formato diario de las 00:00 a las 23:59 horas y se registrarán los pacientes con base a los siguientes criterios:

- Admisión hospitalaria. - Se registrarán pacientes programados para hospitalización y cirugía ambulatoria y los ingresos a camas censables de pacientes que provienen de las áreas de urgencias y tococirugía.
- Tococirugía.- Se registrarán todos los pacientes que por criterio médico deberán permanecer en una cama no censable de esta área.

Los pacientes ingresados en programas ambulatorios que por criterio médico tengan que hospitalizarse en camas censables, no se registrarán nuevamente en este formato, a éstos se les elaborará un volante de movimiento intrahospitalario.



La Coordinadora de Asistentes Médicas o la persona que realice estas funciones, es la responsable de validar la información contenida en este formato, quién certificará, a través de su rúbrica, después del último renglón utilizado.

Número de tantos:

Original y copia.

Distribución:

El original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado, en el ARIMAC. El recibir el formato significará registrar su control. La Coordinadora de Asistentes Médicas será la responsable de entregar el paquete de información, recabando firma de recibido en la copia.

Las copias se conservarán en los controles o en los servicios generadores durante 30 días posteriores a su elaboración, para aclarar posibles dudas.

Instrucciones específicas:

En admisión hospitalaria se deberán registrar los movimientos intrahospitalarios, actualizando con esto el kardex , forma 4-30-26 "Control de Ocupación de Camas".

En los ingresos a camas censables para el programa de cirugía ambulatoria, deberán registrarse en estos formatos la clave "CA", además del número de cama asignada.

En los ingresos a camas censables para el programa de diálisis peritoneal, deberán registrarse en estos formatos la clave "DP", además del número de cama asignada.

Los ingresos de camas no censables, para el programa de puerperio de bajo riesgo deberán registrarse en estos formatos, anotando la clave "PB", además del número de cama asignada.

El llenado del formato se debe realizar a máquina o con letra manuscrita clara y legible usando tinta de diferente color al de la impresión



Anexo 4

“Egresos – Registro Diario Hospital” (FORMA 4-30-21/90- E)



Descripción de conceptos:		
NO.	DATOS	ANOTAR
1	Hoja número	El número progresivo que le corresponde, de acuerdo a las hojas que se elaboraron para la fecha específica.
2	Servicio	El nombre del área de Admisión Hospitalaria y Tococirugía, según corresponda.
3	Unidad	Nombre de la unidad, indicando el tipo y número. Ejemplo: HGZ/MF 1, Hospital de Especialidades CMN SXXI.
4	Fecha	Día, mes y año correspondiente a la fecha de registro, los números deberán ser arábigos y en el caso de estar solamente conformados por unidades, se agregará un "0" a la izquierda. Ejemplo: 08-10-2010.
5	Número de Seguridad Social	El número de seguridad social del derechohabiente internado, conformado por diez dígitos, los cuales deberán conservar invariablemente la siguiente distribución de bloques: cuatro dígitos iniciales, después dos y por último otros cuatro, separados por un guión. Para los pacientes que no acreditaron su calidad de derechohabientes el número conformado. Ejemplo: "No derechohabiente" 0810-10-9301
6	Agregado	El agregado al número de seguridad social, conformado como tradicionalmente se ha elaborado de acuerdo a la siguiente estructura: Carácter del derechohabiente, Sexo, Año de nacimiento, Régimen de aseguramiento. En el caso de personas que no acrediten su calidad de derechohabientes, se anotará un carácter "0" el sexo (M ó F), año de nacimiento y en los campos de régimen de aseguramiento, se anotarán las literales "ND", asimismo, para ingresos del seguro para estudiantes, se registrará "ES". Ejemplo: Para no derechohabientes - 0F1988ND Para estudiantes - 1M1990ES
7	Nombre	El nombre completo del derechohabiente que solicita atención, iniciando por los apellidos paterno, materno y continuando con el nombre. Ejemplo: Gutiérrez Olvera Martín



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
8	Datos del egreso Especialidad o servicio	La especialidad de la que egresa el paciente, con base al alta médica expedida por el responsable del paciente. Ejemplo: Cardiología
9	División	La clave de la división a la que corresponda la especialidad de acuerdo a los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none">• Deberá registrarse de acuerdo a la especialidad: 92 Cirugía, 94 Medicina y 95 Pediatría.• En atención ginecológica u obstétrica, anotar en todos los casos la clave 93, Gineco-Obstetricia.
10	Hora	La hora en que se efectúa el egreso hospitalario. Este dato se registrará en horas y minutos. Ejemplo: 08:00
11	Número de cama	El número de cama que ocupaba al momento de determinarse el egreso hospitalario, de acuerdo a los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none">• En admisión hospitalaria, se registrará el número de cama censable a la que ingreso el paciente a hospitalización, para los ingresos al programa de cirugía ambulatoria se registrará la sigla "CA", además el número de asignada.• En los ingresos del programa de diálisis peritoneal, deberán registrarse la clave "DP", además del número de cama asignada.• En el área de Tococirugía se registrará para los ingresos del programa puerperio de bajo riesgo la sigla "PB", además del número de cama asignada.
12	Con pase a Otra unidad	Una "X" cuando el egreso del paciente se determina para la atención en otra unidad hospitalaria y para lo cual se elabora pase de especialidad.
13	Unidad de adscripción	Una "X" cuando el egreso del paciente se determina para la atención en su unidad de adscripción y para lo cual se elabora pase a su médico familiar.
14	Consulta Externa	Una "X" cuando el egreso del paciente se determina para la atención en la consulta externa de especialidad de la propia unidad de atención.



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
15	Defunción	Una "X" cuando el motivo del egreso del hospital es un caso de defunción.
16	Ordenado por: Matrícula del médico	La matrícula del médico responsable que atiende al paciente.

Instrucciones Generales

Elaborado por: Asistente Médica. En todas las unidades del régimen de seguridad social, que cuenten con Hospitalización, centro de costos A0 y que operen el programa de Cirugía Ambulatoria, así como Tococirugía, centro de costos A6 y que operen el programa de Puerperio de Riesgo Bajo.

Se llenará un formato diario de las 00:00 a las 23:59 horas y se registrarán los pacientes que hayan sido dados de alta en el hospital y que previamente se registraron en un formato 4-30-21/90 de ingresos.

La Coordinadora de Asistentes Médicas o la persona que realice estas funciones, es la responsable de validar la información contenida en este formato, quién certificará, a través de su rúbrica, después del último renglón utilizado.

Número de tantos:

Original y copia.

Distribución:

El original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado, en el ARIMAC. El recibir el formato significará registrar su control. La Coordinadora de Asistentes Médicas será la responsable de entregar el paquete de información, recabando firma de recibido en la copia.

Las copias se conservarán en los controles o en los servicios generadores durante 30 días posteriores a su elaboración, para aclarar posibles dudas.

Instrucciones específicas:

Los registros de los datos en el formato deberán hacerse a máquina de escribir, de no haber este recurso, el llenado se efectuará a mano con letra de molde clara y legible con tinta de diferente color a la que se empleó para la impresión del formato.



Anexo 5

**“Ingresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua”
(4-30-21/35/90-I)**



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
1	Hoja número	El número progresivo que le corresponde, de acuerdo a las hojas que se elaboraron para la fecha específica.
2	Unidad	Nombre de la unidad, indicando el tipo y número. Ejemplo: HGZ/MF 1, Hospital de Especialidades CMN SXXI.
3	Fecha	Día, mes y año correspondiente a la fecha de registro, los números deberán ser arábigos y en el caso de estar solamente conformados por unidades, se agregará un "0" a la izquierda. Ejemplo: 08-11-2010
4	Número de Seguridad Social	<p>El número de seguridad social del derechohabiente que se interna, este número está conformado por diez dígitos, los cuales deberán conservar invariablemente la siguiente distribución de bloques: Cuatro dígitos iniciales, después dos y por último otros cuatro, separados por un guión.</p> <p>Para los pacientes que no pueden acreditar su calidad de derechohabientes se conformará por bloque un número de afiliación de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none">- En los primeros cuatro dígitos, se registrará la fecha (día y mes), anteponiendo un cero en el caso de que el dato esté conformado por unidades (1-9),- En los otros dos dígitos, se colocarán las dos últimas cifras del año que transcurre (10, 11, etc.),- Los últimos cuatro dígitos, iniciarán con la clave 50, que identifica el servicio de urgencias, enseguida se colocará el número progresivo de dos cifras (01, 02, 03,.....); cruzando en la parte inferior del formato el número progresivo utilizado para tener referencia de los números ya ocupados. <p>El número así conformado deberá ser el que se utilice en toda la papelería en que se documente al paciente:</p> <p>Ejemplo: "No derechohabiente" 0811-10-5001</p>



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
5	Agregado	<p>El agregado al número de seguridad social, conformado como tradicionalmente se ha estructurado: Carácter del derechohabiente, Sexo, Año de nacimiento y Régimen de aseguramiento.</p> <p>En el caso de personas que no acreditan su calidad de derechohabientes, se anotará un carácter "0", el sexo (M ó F), cuatro dígitos del año de nacimiento y en los campos de régimen de aseguramiento, se anotarán las literales "ND"; asimismo, para los del seguro para estudiantes, se registrará "ES".</p> <p>Ejemplo: Para no derechohabientes - 0F1958ND Para estudiantes - 1M1990ES</p>
6	Edad en semanas menores de un año	<p>La edad en semanas del menor de un año al ingresar bajo el siguiente criterio:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si es menor de siete días, anotar una semana.• Si la fracción de semanas es menor o igual a tres días, anotar el número de semanas cumplidas.• Si la fracción de semanas es mayor o igual a cuatro días, anotar el número inmediato superior de las semanas cumplidas.
7	Nombre	<p>El nombre completo del derechohabiente que solicita atención, iniciando por los apellidos paterno, materno y continuando con el nombre. El dato se tomará del carnet de citas, en el caso de "no derechohabiente", o a la falta de carnet, el dato será informado verbalmente.</p> <p>Ejemplo: Gutiérrez Olvera Martín.</p>
8	Unidad de Adscripción: Tipo	<p>Tipo de unidad al que está adscrito el paciente que se interna.</p> <p>Ejemplo: UMF, UMFH, HGSMF, HGZMF.</p>
9	Número	<p>Número económico de la unidad de adscripción del paciente que ingresa.</p> <p>Ejemplo: 95</p>
10	Delegación	<p>Nombre de la delegación a la que pertenece la unidad de adscripción del paciente que ingresa.</p> <p>Ejemplo: Estado de México-Oriente</p>



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
11	Datos del Internamiento: Hora	La hora en que se determinó el ingreso. Este dato se registrará en horas y minutos. Ejemplo: 14:36
12	Numero de cama	El número de cama no censable que se le asigna al paciente para su estancia transitoria en observación.
13	Ordenado por: Matrícula del médico	La matrícula del médico responsable que atiende al paciente.

Instrucciones Generales

Elaborado por: Asistente Médica

Se llenará un formato diario de las 00:00 a las 23:59 horas y se registrarán los pacientes que ingresan al área de observación.

Los pacientes con valoración para hospitalización en cama censable, se registrará su internamiento en la forma 4-30-21/90-I del área de admisión hospitalaria.

La Coordinadora de Asistentes Médicas o la persona que realice estas funciones, es la responsable de validar la información contenida en este formato, quién certificará a través de su rúbrica después del último renglón utilizado.

Número de tantos:

Original y copia.

Distribución:

El original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado en el ARIMAC, el recibir el formato significará registrar su control. La Coordinadora de Asistentes Médicas será la responsable de entregar el paquete con la información validada.

La copia se conservará en los servicios respectivos durante 30 días posteriores a su elaboración, para aclarar posibles desviaciones.

Instrucciones específicas:

Los registros de los datos en el formato deberán hacerse a máquina, de tal manera que se utilicen los renglones y los recuadros adecuadamente de no haber este recurso, el llenado se efectuará a mano utilizando letra de molde legible y tinta de diferente color a la que se empleó para la impresión del formato.



Anexo 6

**“Egresos, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua”
(4-30-21/35/90-E)**



Descripción de conceptos:		
NO.	DATOS	ANOTAR
1	Hoja número	El número progresivo que le corresponde, de acuerdo a las hojas que se elaboraron para la fecha específica.
2	Unidad	Nombre de la unidad, indicando el tipo y número. Ejemplo: HGZ/MF 1, Hospital de Especialidades CMN SXXI.
3	Fecha	Día, mes y año correspondiente a la fecha de registro, los números deberán ser arábigos y en el caso de estar solamente conformados por unidades, se agregará un "0" a la izquierda. Ejemplo: 08-11-2010
4	Número de Seguridad Social	El número de seguridad social del derechohabiente internado, conformado por diez dígitos, los cuales deberán conservar invariablemente la siguiente distribución de bloques: Cuatro dígitos iniciales, después dos y por último otros cuatro, separados por un guión. Para los pacientes que no acreditaron su calidad de derechohabientes, el número conformado. Ejemplo: "No derechohabiente" 0811-10-5001
5	Agregado	El agregado al número de seguridad social, conformado como tradicionalmente se ha elaborado de acuerdo a la siguiente estructura: <ul style="list-style-type: none">• Carácter del derechohabiente• Sexo• Año de nacimiento• Régimen de aseguramiento. En el caso de personas que no acreditaron su calidad de derechohabientes, se anotará un carácter "0" el sexo (M ó F), año de nacimiento y en los campos de régimen de aseguramiento, se anotarán las literales "ND", asimismo, para los del seguro para estudiantes, se registrará "ES" . Ejemplo: Para no derechohabientes - 0F1958ND Para estudiantes - 1M1990ES



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
6	Nombre	El nombre completo del derechohabiente que solicita atención, iniciando por los apellidos paterno, materno y continuando con el nombre. Ejemplo: Gutiérrez Olvera Martín.
7	Datos del egresado: hora	La hora en que se determinó el egreso de observación. Este dato se registrará en horas y minutos. Ejemplo: 21:08
8	No. Cama	El número de cama que ocupaba el paciente al momento de determinarse su egreso de observación.
9	Con pase a: Domicilio	Una "X" cuando al paciente se le envíe a su domicilio o a su unidad de adscripción.
10	Otra unidad	Una "X" cuando el paciente se envíe para continuar su tratamiento en otra unidad.
11	Hospital misma unidad	Una "X" cuando el paciente se hospitaliza en la misma unidad, para continuar su tratamiento.
12	Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico	Una "X" cuando se determina el ingreso del paciente en la Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico.
13	Quirófano	Una "X" cuando el paciente pasa al área quirúrgica, con lo cual se determina su ingreso hospitalario.
14	Defunción	La hora de ocurrencia, cuando el paciente fallece durante su estancia en el servicio, en formato de horas y minutos. Ejemplo: 07:30
15	Ordenado por: Matrícula del médico	La matrícula del médico que determina el egreso del paciente, este dato se transcribirá del expediente clínico o documentación del paciente.
16	Diagnóstico de egreso	El principal diagnóstico de atención, motivo de la estancia en observación, y que determina el egreso y/o alta del paciente de acuerdo a la nota médica elaborada por el médico tratante.



Instrucciones Generales

Elaborado por Asistente Médica del servicio de urgencias o admisión continua o quién realice estas funciones, con el apoyo del personal de enfermería, específicamente la Jefe de Piso o la Enfermera Responsable, para el registro total de los pacientes egresados, así como para el correcto registro del diagnóstico de egreso.

Se llenará un formato diario de las 00:00 a las 23:59 horas.

La Coordinadora de Asistentes Médicas o la persona que realice estas funciones, es la responsable de validar la información contenida en este formato, quién certificará a través de su rúbrica después del último renglón utilizado.

Número de tantos:

Original y copia.

Distribución:

El original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado en el ARIMAC, el recibir el formato significará registrar su control. La Coordinadora de Asistentes Médicas será la responsable de entregar el paquete de información.

La copia se conservará en los servicios respectivos durante 30 días posteriores a su elaboración, para aclarar posibles desviaciones.

Instrucciones específicas:

Los registros de los datos en el formato deberán hacerse a máquina, de tal manera que se utilicen los renglones y los recuadros adecuadamente de no haber este recurso, el llenado se efectuará a mano utilizando letra de molde legible y tinta de diferente color a la que se empleó para la impresión del formato.



Anexo 7

"Volante de Movimiento Intrahospitalario" (FORMA SIMO-1/90)



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
1	Servicio	El nombre del área que reporta el movimiento, áreas de hospitalización o tococirugía.
2	Fecha	La fecha del día a que corresponde el movimiento intrahospitalario, se reporta con números arábigos en el caso de que el día o el mes sean unidades (1,2,3, etc.), se deberá de anteponer un cero para conformar decenas (01,02,03 etc.). Ejemplo: 08-11-2010
3	Número de Seguridad Social	El número de seguridad social del paciente al que se le realiza el movimiento. Este dato, deberá tomarse del expediente clínico o documentación del paciente. Ejemplo: 0174-55-6951
4	Agregado	El agregado número de seguridad social del paciente al que le realiza el movimiento, este dato deberá tomarse del expediente clínico o documentación del paciente. Ejemplo: 3F2000OR
5	3.7 Nombre	El nombre del paciente con movimiento intrahospitalario, este dato deberá tomarse del expediente clínico o documentación del paciente. Ejemplo: Ramírez Cruz Antonio.
6	Datos anteriores: Hora	La hora en que el paciente egresa del servicio anterior, en formato de horas y minutos. Ejemplo: 8:00
7	Especialidad	El nombre de la especialidad de la que egresa el paciente. Ejemplo: Medicina Interna
8	División	El nombre de la división a la que corresponde la especialidad de la que egresa el paciente. Ejemplo: Medicina
9	Número de cama	El número de cama de la que egresa el paciente, de acuerdo a los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none">• En hospitalización, se registrará el número de cama censable que ocupaba el paciente.• Para los movimientos del programa de cirugía ambulatoria se registrará la sigla "CA", además el número de asignada.



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
9	Número de cama	<ul style="list-style-type: none">• En los ingresos del programa de diálisis peritoneal, deberán registrarse la clave "DP", además del número de cama asignada.• En el área de tococirugía, para los movimientos del programa puerperio de riesgo bajo, se registrará la sigla "PB", además del número de cama asignada.•
10	Datos actuales: Hora	La hora en que ingresa al servicio actual, en formato de horas y minutos. Ejemplo: 8:00
11	Especialidad	El nombre de la especialidad a la que ingresa el paciente. Ejemplo: Cirugía General
12	División	El nombre de la división a que corresponde la especialidad a la que ingresa el paciente. Ejemplo: Cirugía
13	Número de cama	El número de cama a la que ingresa el paciente en el área de hospitalización.
14	Médico tratante	Nombre, matrícula y firma del médico responsable de la atención del paciente, que autorizará el movimiento intrahospitalario.
15	Enfermera responsable	Nombre, matrícula y firma del personal de enfermería responsable del movimiento intrahospitalario, así como del llenado del formato.
16	Asistente médica	Nombre, matrícula y firma de la Asistente Médica de admisión hospitalaria, al actualizar el kardex (4-30-26 "Control de ocupación de camas").



Instrucciones Generales

Elaborado por la Enfermera Jefe de Piso o la Enfermera Responsable que realice estas funciones, en las áreas de hospitalización, de Tococirugía y que operen los programas de Cirugía Ambulatoria, Diálisis Peritoneal y Puerperio de Riesgo Bajo.

La Subjefe de Enfermeras o la persona que realice las funciones de supervisión, es la responsable del seguimiento de las instrucciones establecidas en este documento y de validar la información contenida en este formato, quién certificará a través de su rúbrica al final del formato.

El médico tratante autoriza con su firma, el movimiento de cama.

Se llenará un formato para cada movimiento que se genera y se registrarán los pacientes con cambios de especialidad, programa y/o cama en que se atiende en las áreas de hospitalización, con base a los siguientes criterios:

- Cambio de especialidad.- Para los casos en que se realiza reasignación de la especialidad o servicio a cargo del paciente, diferente a la reportada en el momento de su ingreso, aun cuando no represente cambio de cama hospitalaria.
- Cambio de programa.- Para los pacientes ingresados en programas ambulatorios que por criterio médico tengan que hospitalizarse en camas censables.
- Cambio de cama.- En todos los casos en que se realice modificación en la asignación del número de cama que ocupa el paciente en su estancia hospitalaria.

Número de tantos:

Original y copia.

Distribución:

El original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado en el ARIMAC, el recibir el formato significará registrar su control. La Coordinadora de Asistentes Médicas será la responsable de entregar el formato, recabando firma de recibido en la copia.

La copia se conservará en los servicios respectivos durante 30 días posteriores a su elaboración, para aclarar posibles inconsistencias.

Instrucciones específicas:

En admisión hospitalaria, la asistente médica deberá actualizar el kardex, forma 4-30-26 "Control de ocupación de camas", con base a los volantes de movimientos intrahospitalarios.

Los registros de los datos en el formato deberán hacerse a máquina, de tal manera que se utilicen los renglones y los recuadros adecuadamente de no haber este recurso, el llenado se efectuará a mano utilizando letra de molde legible y tinta de diferente color a la que se empleó para la impresión del formato.



Anexo 8

**“Ingresos – Registro Diario Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico”
(FORMA 4-30-21/A5/90-I)**



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
1	Hoja número	El número de cada una de las hojas que se utilicen diariamente iniciando del uno en adelante, en forma progresiva.
2	Unidad	El tipo y número de la unidad correspondiente: Ejemplo: HGZ 4
3	Fecha	Día, mes y año correspondiente a la fecha de registro, los números deberán ser arábigos y en el caso de estar solamente conformados por unidades, se agregará un "0" a la izquierda. Ejemplo: 08-11-2010
4	Número de Seguridad Social	El número de seguridad social del derechohabiente que se interna, tomado de la carpeta de contención del expediente clínico. Este número está conformado por diez dígitos, los cuales deberán conservar invariablemente la siguiente distribución de bloques: Cuatro dígitos iniciales, después dos y por último otros cuatro, separados por un guión. Ejemplo: 0168-46-4435
5	Agregado	El agregado al número de seguridad social, conformado como tradicionalmente se ha elaborado de acuerdo a la siguiente estructura: <ul style="list-style-type: none">• Carácter del derechohabiente• Sexo• Año de nacimiento• Régimen de aseguramiento El dato deberá tomarse del expediente clínico o documentación del paciente. Ejemplo: 1M1946OR
6	Nombre	El nombre del derechohabiente o persona que se interna, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre(s). Ejemplo: Vázquez González Isaac



Instrucciones Generales

Elaborado por Enfermera Jefe de Piso o la Enfermera Responsable de la UCI o quién realice estas funciones. La Subjefe de Enfermeras o la persona que realice las funciones de supervisión, es la responsable de validar la información contenida en este formato, quién certificará a través de su rúbrica después del último renglón utilizado.

Se llenará un formato diario de las 00:00 a las 23:59 horas y se registrarán los pacientes que por criterio médico ingresan a la UCI.

Número de tantos:

Original y copia.

Distribución:

El original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado en el ARIMAC, el recibir el formato significará registrar su control. La entrega del paquete de información lo realizará el personal asignado de la Jefatura de Enfermeras.

La copia se conservará en los servicios respectivos durante 30 días posteriores a su elaboración, para aclarar posibles desviaciones.

Instrucciones específicas:

Los registros de los datos en el formato deberán hacerse a máquina, de tal manera que se utilicen los renglones y los recuadros adecuadamente de no haber este recurso, el llenado se efectuará a mano utilizando letra de molde legible y tinta de diferente color a la que se empleó para la impresión del formato.



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
7	Hora	La hora en que ingresa el paciente al servicio, en horas y minutos. Ejemplo: 20:50
8	Número de cama	El número de cama asignada al paciente. Ejemplo: 25
9	Procedencia Especialidad	El nombre de la especialidad que solicita el ingreso al servicio. Ejemplo: Cardiología.
10	Otra unidad	Una "X" cuando el paciente proceda del servicio de otra unidad.
11	Servicio de Urgencias	Una "X" cuando el paciente proceda del servicio de urgencias.
12	Quirófano	Una "X" cuando el paciente proceda del área de quirófano.
13	Tococirugía	Una "X" cuando el paciente proceda del área de tococirugía.
14	Piso mismo hospital	Una "X" cuando el paciente proceda del área de hospitalización de la misma unidad.
15	Ordenado por: Matrícula del médico	La matrícula del médico responsable del ingreso del paciente.



Anexo 9

**“Egresos – Registro Diario de Unidad de Cuidados del Paciente Critico”
(FORMA 4-30-21/A5/90-E)**



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
1	Unidad	El tipo y número de la unidad tratante. Ejemplo: HGZ 4
2	Fecha	Día, mes y año correspondiente a la fecha de registro, los números deberán ser arábigos y en el caso de estar solamente conformados por unidades, se agregará un "0" a la izquierda. Ejemplo: 08-11-2010
3	Número de Seguridad Social	El número de seguridad social del paciente que egresa de la UCI, el dato deberá de transcribirse del expediente clínico o documentación del paciente. Ejemplo: 0168-46-4435
4	Agregado	El agregado al número de seguridad social del paciente que egresa de la UCI, el dato deberá de transcribirse del expediente clínico o documentación del paciente. Ejemplo: IM46OR
5	Nombre	El nombre del paciente o persona que egresa de la UCI, el dato deberá de transcribirse del expediente clínico o documentación del paciente, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre(s). Ejemplo: Vázquez González Isaac
6	Hora	La hora del egreso del paciente, en formato de horas y minutos. Ejemplo: 20:50
7	Número de cama	El número de cama no censable de la que egresa el paciente. Ejemplo: 25
8	Derivado a : Unidad de adscripción	Una "X" cuando el paciente que egresa se envíe a su unidad de adscripción.
9	Otra unidad	Una "X" cuando el paciente se envíe para continuar su tratamiento en otra unidad.



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
10	Piso mismo hospital	Una "X" cuando el paciente se envíe al área de hospitalización de la misma unidad para continuar su tratamiento.
11	Defunción	En caso de fallecimiento, la hora del deceso del paciente, en formato de horas y minutos. Ejemplo: 20:15
12	Unidad de adscripción Tipo	El tipo de unidad al que está adscrito el paciente que egresa. Ejemplo: UMF, HGSMF.
13	Número	El número económico con el que se identifica la unidad de adscripción del paciente que egresa. Ejemplo: 20
14	Delegación	El nombre de la delegación a la que pertenece la unidad de adscripción del paciente que egresa. Ejemplo: 05 Coahuila
15	Ordenado por: Matrícula del médico	La matrícula del médico que determina el egreso del paciente, este dato se transcribirá de la nota de alta del expediente clínico o documentación del paciente.
16	Diagnóstico de egreso (1ro. y 2do.)	Los dos principales diagnósticos que motivaron la atención y que determina el egreso y/o alta del paciente, en orden de importancia.

Instrucciones Generales

Elaborado por Enfermera Jefe de Piso o la Enfermera Responsable de la UCI o quién realice estas funciones. La Subjefe de Enfermeras o la persona que realice las funciones de supervisión, es la responsable de validar la información contenida en este formato, quién certificará a través de su rúbrica después del último renglón utilizado.

Se llenará un formato diario de las 00:00 a las 23:59 horas y se registrarán los pacientes que egresan de la UCI en Unidades Médicas Hospitalarias que cuenten con Unidad de Cuidados del Paciente en Estado Crítico, centro de costos A5.



Número de tantos:

Original y copia.

Distribución:

El original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado en el ARIMAC, el recibir el formato significará registrar su control. La entrega del paquete de información lo realizará el personal asignado de la Jefatura de Enfermeras.

La copia se conservará en los servicios respectivos durante 30 días posteriores a su elaboración, para aclarar posibles inconsistencias.

Instrucciones específicas:

Los registros de los datos en el formato deberán hacerse a máquina, de tal manera que se utilicen los renglones y los recuadros adecuadamente de no haber este recurso, el llenado se efectuará a mano utilizando letra de molde legible y tinta de diferente color a la que se empleó para la impresión del formato.



Anexo 10

“Partos, Productos y Abortos” (FORMA 4-30-21/6b)



Descripción de conceptos:		
NO.	DATOS	ANOTAR
1	Unidad	El tipo y número de la unidad tratante. Ejemplo: HGZ 4
2	Fecha	Día, mes y año correspondiente a la fecha de registro, los números deberán ser arábigos y en el caso de estar solamente conformados por unidades, se agregará un "0" a la izquierda. Ejemplo: 08-11-2010
3	Número de sala	El número arábigo de identificación de sala de expulsión, en donde se realizó el evento.
4	Número de Seguridad Social	El número de seguridad social de la paciente que se atiende en el área de tococirugía, el dato deberá de transcribirse de su expediente clínico o documentación. Ejemplo: 0145-68-1223
5	Agregado	El agregado al número de seguridad social de la paciente que se atiende en el área de tococirugía, deberá transcribirse de su expediente clínico o documentación. Ejemplo: IF1960OR
6	Nombre de la madre	El nombre de la paciente que se atiende en el área de tococirugía, el dato deberá transcribirse de su expediente clínico o documentación, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre(s). Ejemplo: Vázquez González Isabel
7	Partos Hora	La hora en que ocurre el evento de parto o aborto, en formato de horas y minutos. Ejemplo: 20:50
8	Normal	En los casos de parto completamente normal y de acuerdo a la valoración médica del riesgo reproductivo, una "S" para sin riesgo reproductivo y una "R" para con riesgo reproductivo, cuando se realice la aplicación de dispositivo intrauterino registrar las literales SPFD (dispositivo sin riesgo reproductivo) o RPFDD (dispositivo con riesgo reproductivo). Este criterio obedece a lo normado por la División de Salud Reproductiva. Ejemplo: Parto normal sin riesgo "S" Parto normal sin riesgo y aplicación de DIU "SPFD" Parto normal con riesgo "R" Parto normal con riesgo y aplicación DIU "RPFDD"



Descripción de conceptos:										
NO.	DATOS	ANOTAR								
9	Distócicos : Vaginal	En los casos de anormalidad en el mecanismo del parto, con interferencia en su evolución fisiológica, y de acuerdo al criterio normado por la División de Salud Reproductiva, las siglas planteadas en el punto anterior. Ejemplo: Parto sin riesgo "S" Parto sin riesgo y aplicación de DIU "SPFD" Parto con riesgo "R" Parto con riesgo y aplicación de DIU "RPFDP"								
10	Abdominal	Una "X" en los casos de resolución del parto a través de operación cesárea.								
11	Productos, nacimientos: Número de productos	Numéricamente en sistema binomial y por orden de nacimiento, el número de productos. En productos múltiples, registrar en los renglones inferiores y en orden progresivo únicamente los datos de cada producto. Ejemplo: <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td></td><td style="text-align: right;">"No. de productos"</td></tr><tr><td>Producto único:</td><td style="text-align: right;">1/1</td></tr><tr><td>Producto múltiple:</td><td style="text-align: right;">1/2</td></tr><tr><td></td><td style="text-align: right;">2/2</td></tr></table>		"No. de productos"	Producto único:	1/1	Producto múltiple:	1/2		2/2
	"No. de productos"									
Producto único:	1/1									
Producto múltiple:	1/2									
	2/2									
12	Sexo	"M" para sexo masculino o "F" para femenino.								
13	Peso	En gramos, el peso del producto al nacer. Ejemplo: 3125								
14	Talla en cm	La talla del producto al nacer, en números arábigos. Ejemplo: 48								
15	Perímetro cefálico en cm	El perímetro cefálico del producto, en números arábigos. Ejemplo: 34								
16	Semanas de gestación	Las semanas de gestación del producto, en números arábigos. Ejemplo: 39								
17	APGAR: Al minuto	La calificación del APGAR al minuto, de la valoración pediátrica del producto, en números arábigos.								



Ejemplo: 8

Instrucciones Generales

Elaborado por Enfermera Responsable de la atención del área de tococirugía o quién realice estas funciones. La Enfermera Jefe de Piso o quien realice esta función es la responsable de validar la información registrada en este formato, quién certificará a través de su rúbrica después del último renglón utilizado. La Subjefe de Enfermeras o la persona que realice las funciones de supervisión, es la responsable de supervisar el seguimiento de las instrucciones establecidas en este documento.

Se llenará un formato diario de las 00:00 a las 23:59 horas y se registrarán las pacientes con atención de parto o aborto, así como de las características de los productos de los nacimientos, en unidades médicas que cuenten con área de tococirugía, centro de costos A6.

Número de tantos:

Original y copia.

Distribución:

El original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado en el ARIMAC, el recibir el formato significará registrar su control. La entrega del paquete de información lo realizará el personal asignado de la Jefatura de Enfermeras.

La copia se conservará en los servicios respectivos durante 30 días posteriores a su elaboración, para aclarar posibles desviaciones.

Instrucciones específicas:

Los registros de los datos en el formato deberán hacerse a máquina, de tal manera que se utilicen los renglones y los recuadros adecuadamente de no haber este recurso, el llenado se efectuará a mano utilizando letra de molde legible y tinta de diferente color a la que se empleó para la impresión del formato.



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
18	A los 5 minutos	La calificación del APGAR a los 5 minutos, de la valoración pediátrica del producto, en números arábigos. Ejemplo: 8
19	Defunción	En caso de defunción del producto, la hora de ocurrencia posterior al parto y en la sala de expulsión, en formato de horas y minutos. Ejemplo: 20:15
20	Mortinatos	Una "X" si el producto al momento de la expulsión no manifiesta signos de vida (Producto muerto).
21	Abortos	En los casos de interrupción de la gestación fetal por expulsión o extracción y de acuerdo al criterio normado por la División de Salud Reproductiva, en la valoración del riesgo reproductivo, las siglas "S" para sin riesgo y "R" para con riesgo, en los casos de aplicación de Dispositivo Intrauterino "SPFD" para DIU sin riesgo y "RPFDD" para DIU con riesgo. Ejemplo: Aborto sin riesgo "S" Aborto sin riesgo y aplicación de DIU "SPFD" Aborto con riesgo "R" Aborto con riesgo y aplicación de DIU "RPFDD"
22	Legrados	Una "X" en los casos de realización de este tipo de procedimiento en sala de expulsión.
23	Matrícula del médico:	La matrícula del médico responsable de la atención de la paciente.



Anexo 11

“Estancia de Productos” (FORMA 4-30-21/6c)



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
1	Unidad	El tipo y número de la unidad médica. Ejemplo: HGZ 4
2	Servicio	El servicio que origina la información, cunero patológico, de transición o de unidad de cuidados del paciente en estado crítico para neonatos.
3	Fecha	Día, mes y año correspondiente a la fecha de registro, los números deberán ser arábigos y en el caso de estar solamente conformados por unidades, se agregará un "0" a la izquierda. Ejemplo: 08-11-2010
4	Datos de la madre: Número de Seguridad Social	El número de seguridad social de la madre que fue atendida en la sala de expulsión. Este dato se copiará del expediente clínico o documentación de la paciente. Ejemplo: 0199-78-9989.
5	Agregado	El agregado al número de seguridad social de la madre, según norma establecida, el dato deberá tomarse del expediente clínico o documentación de la paciente. Ejemplo: 2F19800R.
6	Nombre	El nombre de la madre del recién nacido atendida en la sala de expulsión, el dato deberá de transcribirse del expediente clínico o documentación de la madre, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre(s). Ejemplo: Vázquez González Isabel
7	Ingreso: Hora	La hora en que ingresa el recién nacido al cunero, en formato de horas y minutos. Ejemplo: 20:50 Hrs.
8	Número de cuna ó cama	El número de cuna, incubadora o cama cuna, en donde se interna al recién nacido Ejemplo: C-17
9	Sexo	El sexo del producto, registrando las literales (M) para masculino o (F) para femenino.
10	Egresos: Hora	La hora en que ocurre el egreso del recién nacido del cunero, en formato de horas y minutos. Ejemplo: 09:00



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
11	Peso	El peso del recién nacido al momento del egreso expresado en gramos. Ejemplo: 2900
12	Derivado a: Otra Unidad	Una "X" cuando el recién nacido sea enviado para continuar su tratamiento en otra unidad.
13	Unidad de Adscripción	Una "X" cuando el recién nacido sea enviado a su unidad de adscripción.
14	Misma Unidad: Consulta Externa	Una "X" cuando el recién nacido sea enviado al Servicio de Consulta Externa de la unidad, para continuar su tratamiento.
15	Hospital	Una "X" cuando el recién nacido sea enviado a otra área hospitalaria de la unidad (movimiento intrahospitalario), para continuar su tratamiento en cama censable.
16	Defunción	En caso de fallecimiento del recién nacido en el cunero, la hora en que este ocurre en formato de horas y minutos. Ejemplo: 20:15
17	Diagnóstico	El principal diagnóstico de atención, establecido en la estancia en el cunero, y que determina el egreso y/o alta del recién nacido.

Instrucciones Generales

Elaborado por Enfermera responsable de la atención del recién nacido, en todas las unidades médicas del régimen de seguridad social que cuenten con servicios de cunas para recién nacidos y con área de tococirugía, centro de costos A6. La Enfermera Jefe de Piso o quién realice estas funciones es la responsable de validar la información de este formato, quién certificará a través de su rúbrica después del último renglón utilizado.

La Subjefe de Enfermeras o la persona que realice las funciones de supervisión, es responsable del seguimiento a las instrucciones establecidas en este documento

Se llenará un formato diario de las 00.00 a las 23.59 horas y se registrarán a los productos nacidos vivos de la atención de un parto, tanto en camas "no censables" (Cuneros Fisiológico y de Transición, para los Recién Nacidos Sanos), como en camas censables (Cuneros Patológico y Unidad de Cuidados del Neonato, para los Recién Nacidos con Patología).



Número de tantos:

Original y copia.

Distribución:

El original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado en el ARIMAC, el recibir el formato significará registrar su control. La entrega del paquete de información lo realizará el personal asignado de la Jefatura de Enfermeras.

La copia se conservará en los servicios respectivos durante 30 días posteriores a su elaboración, para aclarar posibles inconsistencias.

Instrucciones específicas:

Los registros de los datos en el formato deberán hacerse a máquina, de tal manera que se utilicen los renglones y los recuadros adecuadamente de no haber este recurso, el llenado se efectuará a mano utilizando letra de molde legible y tinta de diferente color a la que se empleó para la impresión del formato.



Anexo 12

**“Intervenciones Quirúrgicas efectuadas en Quirófano”
(FORMA 4-30-27/90)**



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
1	Unidad	El tipo y número de la unidad correspondiente: Ejemplo: HGZ 4
2	Ubicación del quirófano	La ubicación en donde se localiza el área de quirófanos. Ejemplo: Tococirugía, Planta baja, Segundo piso, etc.
3	Salas de cirugía	El número total de las salas de cirugía que integran el área de quirófanos.
4	Fecha	Día, mes y año correspondiente a la fecha de registro, los números deberán ser arábigos y en el caso de estar solamente conformados por unidades, se agregará un "0" a la izquierda. Ejemplo: 08-11-2010
5	Número de sala	El número arábigo con el que se identifica, de manera económica, la sala de cirugía en que se efectúa la intervención quirúrgica.
6	Número de Seguridad Social	El número de seguridad social del paciente que será intervenido quirúrgicamente. Este dato lo copiará del expediente clínico o documentación del paciente. Ejemplo: 0174-56-9989
7	Agregado	El agregado al número de seguridad social del paciente que se interviene, éste deberá de transcribirse del expediente clínico o documentación con que se recibe al paciente. Ejemplo: 2F19740R
8	Nombre	El nombre del paciente al que se efectúa el acto quirúrgico, el dato deberá de transcribirse del expediente clínico o documentación con la que se recibe al paciente, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre(s). Ejemplo: Reyes Muñoz Virginia
9	Especialidad	El nombre de la especialidad a la que está adscrito el médico que realiza la intervención quirúrgica. Ejemplo: Neurocirugía
10	Número de Cama	El número de cama que ocupa o tiene asignada al paciente que se interviene. Cuando se trate de una intervención del programa de cirugía ambulatoria, se antepodrá la sigla "CA", además el número de cama asignada. Ejemplo: CA10, 104, etc.



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
11	Programado o Urgente	La letra "P" cuando la intervención quirúrgica sea programada y la letra "U" cuando ésta sea urgente.
12	Hora: Inicio	La hora en que inicia la intervención quirúrgica, en formato de horas y minutos. Ejemplo: 11:50
13	Término	La hora en que finaliza la intervención quirúrgica, en formato de horas y minutos. Ejemplo: 13:35
14	Intervenciones quirúrgicas Efectuadas: Procedimiento quirúrgico: Número	El número en sistema binominal y en orden secuencial, cada uno de los procedimientos quirúrgicos practicados al paciente de una misma intervención quirúrgica (entrada a la sala de cirugía). El número binominal, indicará en el numerador el número progresivo que le corresponde al procedimiento y el denominador el total de procedimientos efectuados. Ejemplo 1: Vasectomía 1 / 1 Ejemplo 2: Cesárea Kerr 1 / 2 Salpingoclasia bilateral 2 / 2 Ejemplo 3: Colectomía 1 / 3 Apendicectomía 2 / 3 Salpingoclasia bilateral 3 / 3
15	Especificación	El nombre del (los) procedimiento(s) quirúrgico(s) efectuado(s). Si en la intervención quirúrgica se efectuó más de un procedimiento, éstos se deberán registrar en renglones inferiores en orden secuencial, en correlación con la columna anterior (Procedimiento quirúrgico número). Ejemplo 1: Vasectomía Ejemplo 2: Cesárea Kerr Salpingoclasia bilateral
16	Codificación	El código de la Clasificación de Procedimientos en Medicina de la CIE-9-MC que le corresponde al procedimiento quirúrgico, esta actividad es realizada por personal del ARIMAC. Ejemplo: Salpingoclasia 66.39



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
17	Diagnóstico postoperatorio	El diagnóstico postoperatorio que se estableció después de efectuada la intervención. Ejemplo 1: Esterilización. Ejemplo 2: Sufrimiento fetal Ejemplo 3: Litiasis vesicular Apendicitis aguda Esterilización definitiva
18	Matrícula del cirujano	La matrícula del médico responsable de la intervención quirúrgica.
19	PPF: DIU VAS SPFS RPFS	En los casos en que se aplique un dispositivo intrauterino las siglas "DIU", cuando se realice una vasectomía las siglas "VAS" y cuando se realice una salpingoclasia deberá de calificarse el riesgo reproductivo, de acuerdo a los criterios establecidos por la División de Salud Reproductiva, y registrarse las siglas "SPFS" (salpingoclasia sin riesgo reproductivo) ó "RPFS" (salpingoclasia con riesgo reproductivo). Ejemplo: DIU – Para la aplicación de un dispositivo intrauterino. VAS – En la realización de vasectomía. SPFS - En la realización de una salpingoclasia sin riesgo reproductivo. RPFS - En la realización de una salpingoclasia con riesgo reproductivo.
20	Anestesia: Tipo	El código de identificación del tipo de anestesia que se emplea en la intervención quirúrgica, de acuerdo al siguiente criterio: <ol style="list-style-type: none">1. General2. Bloqueo peridural3. Local4. Regional
21	Anestésico empleado	El nombre de la sustancia aplicada al paciente para la intervención quirúrgica. Ejemplo: Xilocaína
22	Matrícula del anesthesiólogo	La matrícula del médico anesthesiólogo responsable de realizar la inducción.
23	Matrícula del instrumentista	La matrícula de la enfermera responsable que instrumentó durante el acto quirúrgico.



Instrucciones Generales

Elaborado por la enfermera circulante en todas las unidades médicas del régimen de seguridad social que cuenten con área de quirófanos, centro de costos A4. Además, si en el área de tococirugía hubiera quirófanos, se deberá elaborar este formato. La Jefe de Piso o quien realiza esta función, es la responsable de validar la información de este formato, quién certificará a través de su rúbrica después del último renglón utilizado.

La Subjefe de Enfermeras será la responsable de supervisar el seguimiento a las instrucciones establecidas en este documento.

Se llenará un formato diario de las 00:00 a las 23:59 horas y se registrarán los pacientes a los que se les efectúa intervención quirúrgica en quirófano o sala quirúrgica.

Número de tantos:

Original y copia.

Distribución:

El original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado en el ARIMAC, el recibir el formato significará registrar su control. La entrega del paquete de información lo realizará el personal asignado de la Jefatura de Enfermeras.

La copia se conservará en los servicios respectivos durante 30 días posteriores a su elaboración, para aclarar posibles desviaciones.

Instrucciones específicas:

Los registros de los datos en el formato deberán hacerse a máquina, de tal manera que se utilicen los renglones y los recuadros adecuadamente de no haber este recurso, el llenado se efectuará a mano utilizando letra de molde legible y tinta de diferente color a la que se empleó para la impresión del formato.



Anexo 13

“Hoja de Alta Hospitalaria” (FORMA ALTA 1/98)



HOJA DE ALTA HOSPITALARIA

IDENTIFICACION:

NOMBRE : 1	FECHA DE INGRESO : 4
No. AFILIACION Y AGREGADO : 2	FECHA Y HORA DE EGRESO : 5
ESPECIALIDAD O SERVICIO AL EGRESO : 3	NUMERO DE CAMA : 6

MOTIVO DE EGRESO:

(1) CURACION 7	(2) ABANDONO	(3) VOLUNTARIO
(4) DEFUNCION	(5) MEJORIA	(6) TRANSITORIO

ENVIO A:

(1) CONSULTA DE ESPECIALIDA DEL MISMO HOSPITAL	(2) MEDICINA FAMILIAR 8
(3) OTRO HOSPITAL DEL IMSS	(4) OTRA INSTITUCION

DIAGNOSTICO:

CODIFICACION

DE INGRESO : 9	13
DE EGRESO : 10	
1er. DX. SECUNDARIO	
2do. DX. SECUNDARIO 11	
1er. COMPLICACION INTRA : 12	
2da. COMPLICACION INTRA :	

EGRESO POR DEFUNCION:

CODIFICACION

1er. DX. : 14	17
2do. DX. : 15	
(1) SIN AUTOPSIA 16	(2) CON AUTOPSIA

PROGRAMA EN EL QUE SE ATENDIO EL PACIENTE: **18**

(1) PUERPERIO BAJO RIESGO	(2) CIRUGIA AMBULATORIA	(3) NINGUNO DE ESTOS
---------------------------	-------------------------	----------------------

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR: **19**

(1) PASTILLAS S/R	(2) PASTILLAS C/R	(3) DIU S/R	(4) DIU C/R	(5) O.T.B. S/R
(6) O.T.B. C/R	(7) INYECTABLE S/R	(8) INYECTABLE C/R	(9) VASECTOMIA	(10) NINGUNO

RAMA DE SEGURO:

RIESGO DE TRABAJO 20	RIESGO DE TRABAJO	(3) INVALIDEZ
(1) CONFIRMADO	(2) PROBABLE	

NUMERO DE RECETAS: **21**

MEDICO RESPONSABLE DEL ALTA:

22		
.....		
NOMBRE	MATRICULA	FIRMA

ALTA - 1 / 98

2E10-009-013



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
1	Identificación: Nombre	El nombre del paciente iniciando por apellido paterno, materno y nombre(s), el dato deberá de transcribirse del expediente clínico o de la documentación de la estancia hospitalaria del paciente. Ejemplo: Reyes Muñoz Virginia
2	Número de Seguridad Social y agregado	El número de seguridad social y el agregado médico de identidad del paciente, el dato deberá de transcribirse del expediente clínico o de la documentación de la estancia hospitalaria del paciente. Ejemplo: 0174-56-9989 2F19600R
3	Especialidad o servicio al egreso	El nombre de la especialidad o servicio a cargo del paciente al momento del egreso. Ejemplo: Cardiología
4	Fecha de ingreso	Día, mes y año correspondiente a la fecha del ingreso hospitalario del paciente, se deberá registra en números arábigos y en el caso de estar solamente conformados por unidades, se agregará un "0" a la izquierda. Ejemplo: 08-11-2010
5	Fecha y hora de egreso	Día, mes y año, así como la hora y minutos en los que el médico determina el egreso del paciente, en números arábigos. Ejemplo: 19-10-2010 / 12:30
6	Número de cama	El número de cama que ocupaba el paciente al momento de determinarse el egreso hospitalario, de acuerdo a los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none">• El número de cama censable a la que ingresó al hospital.• En el programa de cirugía ambulatoria se registrará la sigla "CA", además el número de asignada.• En el programa puerperio de bajo riesgo la sigla "PB", además del número de cama asignada.
7	Motivo de egreso	Una "X en el paréntesis de la opción correspondiente al motivo del alta hospitalaria. En el caso de defunción, se deberá llenar el apartado "Egreso por defunción".
8	Envío a	Una "X en el paréntesis de la opción correspondiente al "pase", que se establece para continuar la atención del paciente.



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
9	Diagnóstico: De ingreso	Causa principal del ingreso de un paciente al hospital, que de acuerdo al criterio médico se establece para la atención de un proceso patológico, para la realización de procedimientos específicos o para la aplicación de un tratamiento determinado.
10	De egreso: Principal	La afección principal que se determina al egreso y que generó la atención hospitalaria. Afección principal, se define como “la afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recurso”.
11	1er. y 2do. Diagnósticos Secundarios	Otras afecciones o problemas que coexisten con la principal causa de atención hospitalaria y afectan el tratamiento del paciente.
12	1ª. y 2da. Complicación intrahospitalaria	Afecciones que se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria y que se identifican como complicaciones ocurridas durante el internamiento.
13	Codificación	La clave de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionado con la Salud Décima Revisión (CIE-10), correspondientes a cada uno de los diagnósticos, según la lista tabular de inclusiones y subcategorías de cuatro caracteres. La persona que efectúa la codificación, empleará las recomendaciones y las reglas de re selección de Morbilidad normadas por la clasificación antes citada.
14	Egreso por defunción: 1er. Diagnóstico	La causa básica de defunción que produjo la muerte del paciente. Causa básica de defunción. “La enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal”.
15	2do. Diagnóstico	La causa antecedente, secundaria a la básica y relacionada con la enfermedad o estado patológico.
16	Sin autopsia Con autopsia	Una “X en el paréntesis de la opción correspondiente a los conceptos de defunción “Sin autopsia” o “Con autopsia”, según sea el caso.



Descripción de conceptos:		
NO.	DATOS	ANOTAR
17	Codificación	<p>La clave de la CIE-10, correspondientes al egreso por defunción, según la lista tabular de inclusiones y subcategorías de cuatro caracteres.</p> <p>La persona que efectúa la codificación, empleará los procedimientos y las reglas de Selección de Mortalidad normadas por la clasificación antes citada.</p>
18	Programa en el que se atendió el paciente	Una "X" en el paréntesis de la opción correspondiente al programa específico de atención hospitalaria del paciente.
19	Método de Planificación Familiar:	Una "X" en el paréntesis de la opción correspondiente a la acción realizada de planificación familiar, de acuerdo al método de aceptación y a la calificación del riesgo reproductivo, normado por la División de Salud Reproductiva.
20	Ramo de seguro	<p>Una "X" en el paréntesis de la opción que corresponda al ramo de seguro al que pertenecen las acciones otorgadas al paciente.</p> <p>Riesgos de trabajo. "Son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo".</p> <ul style="list-style-type: none">• Probable.- Es cuando el asegurado o familiar refieran la ocurrencia del riesgo (Accidente o enfermedad), con motivo del trabajo, sin presentar la forma MT-1 o ST-1 "Aviso para calificar probable riesgo de trabajo".• Confirmado.- Es cuando el asegurado o familiar presenten el formato MT-1 o ST-1 "Aviso para calificar probable riesgo de trabajo", con la leyenda "Si de trabajo", nombre y firma del médico de Salud en el trabajo que calificó el riesgo en el reverso del mismo.• Invalidez.- Existe cuando el asegurado se encuentre imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, remuneración superior al 50 % de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesional (Art. 119 de la Ley del Seguro Social). <p>Cuando el asegurado o familiar se le otorgue atención médica que se relacione con la determinación de un estado de invalidez, deberá presentar su forma MT-4 o ST-4 "Dictamen de invalidez".</p>



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
21	Número de recetas	Con números arábigos el total de recetas expedidas al egreso del hospital.
22	Médico responsable del alta	El nombre completo del médico que otorga el alta del paciente y es responsable del llenado de la parte médica del formato, iniciando por el apellido paterno, materno y nombre, así como la matrícula y su firma.

Instrucciones Generales

Elaborado por Asistente Médica del servicio del que egresa el paciente y el Médico tratante responsable del alta hospitalaria en todas las unidades médicas, que cuenten con las áreas de hospitalización y que operen los programas de Cirugía Ambulatoria y Puerperio de Riesgo Bajo. La Coordinadora de Asistentes Médicas o la persona que realice estas funciones, es la responsable de validar la información contenida en este formato, quién certificará a través de su rúbrica después del último renglón utilizado.

Número de tantos:

Original y copia.

Distribución:

El original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado en el ARIMAC, de todos los egresos registrados en la forma 4-30-21/90 – E. El recibir el formato significará registrar su control.

Las copias se conservarán en el expediente clínico del paciente, como parte de la documentación clínica y para la aclaración de posibles inconsistencias.

Instrucciones específicas:

Se deberá de requisitar este formato por cada paciente que se atienda en el área de hospitalización o se incorpore a los programas ambulatorios (Cirugía Ambulatoria o Puerperio de Riesgo Bajo).

Los registros de los datos en el formato deberán hacerse a máquina, de tal manera que se utilicen los renglones y los recuadros adecuadamente de no haber este recurso, el llenado se efectuará a mano utilizando letra de molde legible y tinta de diferente color a la que se empleó para la impresión del formato.



La Asistente Médica asignada al área de donde egresa el paciente es responsable del llenado de los datos del apartado de identificación, que contempla los siguientes conceptos:

- Nombre
- Fecha de ingreso
- Número de afiliación y agregado médico de identidad
- Fecha y hora del egreso
- Número de cama

El Médico que otorga el alta hospitalaria, es el responsable del correcto registro de los datos que a continuación se enlistan:

- Motivo del egreso
- Envío a
- Diagnóstico
- Egreso por defunción
- Programa en el que se atendió al paciente
- Método de planificación familiar
- Ramo de seguro
- Recetas

El personal del ARIMAC es el responsable de realizar la codificación de las causas de egreso, siendo responsable de la correcta aplicación de las reglas establecidas por la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima Revisión (CIE-10), en todos los casos con el cuarto carácter.



Anexo 13

“Hoja de Alta Hospitalaria” (FORMA ALTA 1/98)



HOJA DE ALTA HOSPITALARIA

IDENTIFICACION:

NOMBRE : 1	FECHA DE INGRESO : 4
No. AFILIACION Y AGREGADO : 2	FECHA Y HORA DE EGRESO : 5
ESPECIALIDAD O SERVICIO AL EGRESO : 3	NUMERO DE CAMA : 6

MOTIVO DE EGRESO:

(1) CURACION 7	(2) ABANDONO	(3) VOLUNTARIO
(4) DEFUNCION	(5) MEJORIA	(6) TRANSITORIO

ENVIO A:

(1) CONSULTA DE ESPECIALIDA DEL MISMO HOSPITAL	(2) MEDICINA FAMILIAR 8
(3) OTRO HOSPITAL DEL IMSS	(4) OTRA INSTITUCION

DIAGNOSTICO:

CODIFICACION

DE INGRESO : 9	13
DE EGRESO : 10	
DX. PRINCIPAL	
1er. DX. SECUNDARIO 11	
2do. DX. SECUNDARIO	
1er. COMPLICACION INTRA : 12	
2da. COMPLICACION INTRA :	

EGRESO POR DEFUNCION:

CODIFICACION

1er. DX. : 14	17
2do. DX. : 15	
(1) SIN AUTOPSIA 16	(2) CON AUTOPSIA

PROGRAMA EN EL QUE SE ATENDIO EL PACIENTE: **18**

(1) PUERPERIO BAJO RIESGO	(2) CIRUGIA AMBULATORIA	(3) NINGUNO DE ESTOS
---------------------------	-------------------------	----------------------

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR: **19**

(1) PASTILLAS S/R	(2) PASTILLAS C/R	(3) DIU S/R	(4) DIU C/R	(5) O.T.B. S/R
(6) O.T.B. C/R	(7) INYECTABLE S/R	(8) INYECTABLE C/R	(9) VASECTOMIA	(10) NINGUNO

RAMA DE SEGURO:

RIESGO DE TRABAJO 20	RIESGO DE TRABAJO	(3) INVALIDEZ
(1) CONFIRMADO	(2) PROBABLE	

NUMERO DE RECETAS: **21**

MEDICO RESPONSABLE DEL ALTA:

22		
.....		
NOMBRE	MATRICULA	FIRMA

ALTA - 1 / 98

2E10-009-013



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
1	Identificación: Nombre	El nombre del paciente iniciando por apellido paterno, materno y nombre(s), el dato deberá de transcribirse del expediente clínico o de la documentación de la estancia hospitalaria del paciente. Ejemplo: Reyes Muñoz Virginia
2	Número de Seguridad Social y agregado	El número de seguridad social y el agregado médico de identidad del paciente, el dato deberá de transcribirse del expediente clínico o de la documentación de la estancia hospitalaria del paciente. Ejemplo: 0174-56-9989 2F19600R
3	Especialidad o servicio al egreso	El nombre de la especialidad o servicio a cargo del paciente al momento del egreso. Ejemplo: Cardiología
4	Fecha de ingreso	Día, mes y año correspondiente a la fecha del ingreso hospitalario del paciente, se deberá registra en números arábigos y en el caso de estar solamente conformados por unidades, se agregará un "0" a la izquierda. Ejemplo: 08-11-2010
5	Fecha y hora de egreso	Día, mes y año, así como la hora y minutos en los que el médico determina el egreso del paciente, en números arábigos. Ejemplo: 19-10-2010 / 12:30
6	Número de cama	El número de cama que ocupaba el paciente al momento de determinarse el egreso hospitalario, de acuerdo a los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none">• El número de cama censable a la que ingresó al hospital.• En el programa de cirugía ambulatoria se registrará la sigla "CA", además el número de asignada.• En el programa puerperio de bajo riesgo la sigla "PB", además del número de cama asignada.
7	Motivo de egreso	Una "X en el paréntesis de la opción correspondiente al motivo del alta hospitalaria. En el caso de defunción, se deberá llenar el apartado "Egreso por defunción".
8	Envío a	Una "X en el paréntesis de la opción correspondiente al "pase", que se establece para continuar la atención del paciente.



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
9	Diagnóstico: De ingreso	Causa principal del ingreso de un paciente al hospital, que de acuerdo al criterio médico se establece para la atención de un proceso patológico, para la realización de procedimientos específicos o para la aplicación de un tratamiento determinado.
10	De egreso: Principal	La afección principal que se determina al egreso y que generó la atención hospitalaria. Afección principal, se define como “la afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recurso”.
11	1er. y 2do. Diagnósticos Secundarios	Otras afecciones o problemas que coexisten con la principal causa de atención hospitalaria y afectan el tratamiento del paciente.
12	1ª. y 2da. Complicación intrahospitalaria	Afecciones que se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria y que se identifican como complicaciones ocurridas durante el internamiento.
13	Codificación	La clave de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionado con la Salud Décima Revisión (CIE-10), correspondientes a cada uno de los diagnósticos, según la lista tabular de inclusiones y subcategorías de cuatro caracteres. La persona que efectúa la codificación, empleará las recomendaciones y las reglas de re selección de Morbilidad normadas por la clasificación antes citada.
14	Egreso por defunción: 1er. Diagnóstico	La causa básica de defunción que produjo la muerte del paciente. Causa básica de defunción. “La enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal”.
15	2do. Diagnóstico	La causa antecedente, secundaria a la básica y relacionada con la enfermedad o estado patológico.
16	Sin autopsia Con autopsia	Una “X en el paréntesis de la opción correspondiente a los conceptos de defunción “Sin autopsia” o “Con autopsia”, según sea el caso.



Descripción de conceptos:		
NO.	DATOS	ANOTAR
17	Codificación	<p>La clave de la CIE-10, correspondientes al egreso por defunción, según la lista tabular de inclusiones y subcategorías de cuatro caracteres.</p> <p>La persona que efectúa la codificación, empleará los procedimientos y las reglas de Selección de Mortalidad normadas por la clasificación antes citada.</p>
18	Programa en el que se atendió el paciente	Una "X" en el paréntesis de la opción correspondiente al programa específico de atención hospitalaria del paciente.
19	Método de Planificación Familiar:	Una "X" en el paréntesis de la opción correspondiente a la acción realizada de planificación familiar, de acuerdo al método de aceptación y a la calificación del riesgo reproductivo, normado por la División de Salud Reproductiva.
20	Ramo de seguro	<p>Una "X" en el paréntesis de la opción que corresponda al ramo de seguro al que pertenecen las acciones otorgadas al paciente.</p> <p>Riesgos de trabajo. "Son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo".</p> <ul style="list-style-type: none">• Probable.- Es cuando el asegurado o familiar refieran la ocurrencia del riesgo (Accidente o enfermedad), con motivo del trabajo, sin presentar la forma MT-1 o ST-1 "Aviso para calificar probable riesgo de trabajo".• Confirmado.- Es cuando el asegurado o familiar presenten el formato MT-1 o ST-1 "Aviso para calificar probable riesgo de trabajo", con la leyenda "Si de trabajo", nombre y firma del médico de Salud en el trabajo que calificó el riesgo en el reverso del mismo.• Invalidez.- Existe cuando el asegurado se encuentre imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, remuneración superior al 50 % de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesional (Art. 119 de la Ley del Seguro Social). <p>Cuando el asegurado o familiar se le otorgue atención médica que se relacione con la determinación de un estado de invalidez, deberá presentar su forma MT-4 o ST-4 "Dictamen de invalidez".</p>



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
21	Número de recetas	Con números arábigos el total de recetas expedidas al egreso del hospital.
22	Médico responsable del alta	El nombre completo del médico que otorga el alta del paciente y es responsable del llenado de la parte médica del formato, iniciando por el apellido paterno, materno y nombre, así como la matrícula y su firma.

Instrucciones Generales

Elaborado por Asistente Médica del servicio del que egresa el paciente y el Médico tratante responsable del alta hospitalaria en todas las unidades médicas, que cuenten con las áreas de hospitalización y que operen los programas de Cirugía Ambulatoria y Puerperio de Riesgo Bajo. La Coordinadora de Asistentes Médicas o la persona que realice estas funciones, es la responsable de validar la información contenida en este formato, quién certificará a través de su rúbrica después del último renglón utilizado.

Número de tantos:

Original y copia.

Distribución:

El original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado en el ARIMAC, de todos los egresos registrados en la forma 4-30-21/90 – E. El recibir el formato significará registrar su control.

Las copias se conservarán en el expediente clínico del paciente, como parte de la documentación clínica y para la aclaración de posibles inconsistencias.

Instrucciones específicas:

Se deberá de requisitar este formato por cada paciente que se atienda en el área de hospitalización o se incorpore a los programas ambulatorios (Cirugía Ambulatoria o Puerperio de Riesgo Bajo).

Los registros de los datos en el formato deberán hacerse a máquina, de tal manera que se utilicen los renglones y los recuadros adecuadamente de no haber este recurso, el llenado se efectuará a mano utilizando letra de molde legible y tinta de diferente color a la que se empleó para la impresión del formato.



La Asistente Médica asignada al área de donde egresa el paciente es responsable del llenado de los datos del apartado de identificación, que contempla los siguientes conceptos:

- Nombre
- Fecha de ingreso
- Número de afiliación y agregado médico de identidad
- Fecha y hora del egreso
- Número de cama

El Médico que otorga el alta hospitalaria, es el responsable del correcto registro de los datos que a continuación se enlistan:

- Motivo del egreso
- Envío a
- Diagnóstico
- Egreso por defunción
- Programa en el que se atendió al paciente
- Método de planificación familiar
- Ramo de seguro
- Recetas

El personal del ARIMAC es el responsable de realizar la codificación de las causas de egreso, siendo responsable de la correcta aplicación de las reglas establecidas por la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima Revisión (CIE-10), en todos los casos con el cuarto carácter.



Anexo 14

**"Volante de Modificación de Datos De Paciente en Servicios de Hospitalización"
(FORMA SIMO-2/95)**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

SIMO-2/95

VOLANTE DE MODIFICACION DE DATOS DE PACIENTE EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACION

SERVICIO: _____ (1) _____ FECHA: _____ (2) _____

DATOS ACTUALES		
NUMERO DE AFILIACION	AGREGADO	NOMBRE
(3)	(4)	(5)
ADSCRIPCION (TIPO, NUMERO Y DELEGACION)		CLAVE PRESUPUESTAL
(6)		(7)

DATOS ACTUALES		
NUMERO DE AFILIACION	AGREGADO	NOMBRE
(8)	(9)	(10)
ADSCRIPCION (TIPO, NUMERO Y DELEGACION)		CLAVE PRESUPUESTAL
(11)		(12)

RESPONSABLE: _____ (13) _____
 NOMBRE Y FIRMA

2E10-009-014



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
1	Servicio	El nombre del área que reporta, áreas de hospitalización o tococirugía.
2	Fecha:	La fecha del día que se reporta con números arábigos en el caso de que el día o el mes sean unidades (1,2,3, etc.), se deberá de anteponer un cero para conformar decenas (01,02,03 etc.). Ejemplo: 08-11-2010
3	Datos actuales: Número de Seguridad Social	El número de seguridad social que tiene registrado actualmente el paciente. Este dato, es el que se reporta en el expediente clínico o documentación del paciente al momento de su ingreso hospitalario. Ejemplo: 0194-75-6951
4	Agregado	El agregado médico de identidad del número de seguridad social que tiene registrado actualmente el paciente. Este dato, es el que se reporta en el expediente clínico o documentación del paciente al momento de su ingreso hospitalario. Ejemplo: 3F2000OR
5	Nombre	El nombre que tiene registrado actualmente del paciente. Este dato, es el que se reporta en el expediente clínico o documentación del paciente al momento de su ingreso hospitalario. Ejemplo: Martínez Arroyo Fernanda
6	Adscripción (Tipo, número y delegación)	El tipo, número y delegación de la unidad de adscripción de medicina familiar que tiene reportados el paciente y que fueron proporcionados en el ingreso hospitalario. Ejemplo: HGZMF 1 Aguascalientes, UMF 20, D.F. Norte, etc.
7	Clave Presupuestal	La clave presupuestal correspondiente a la unidad de adscripción de medicina familiar que tiene reportada el paciente y que fue proporcionada en el ingreso hospitalario. Ejemplo: 010101072151, 350126252110, etc.
8	Datos nuevos: Número de Seguridad Social	El número de seguridad social correcto del paciente. Corresponde al que realmente le pertenece y se registra en el expediente clínico o documentación de la atención hospitalaria. Ejemplo: 0194-78-6951



Descripción de conceptos:

NO.	DATOS	ANOTAR
9	Agregado	El agregado médico de identidad del número de seguridad social correcto del paciente. Corresponde al que realmente le pertenece y se registra en el expediente clínico o documentación de la atención hospitalaria. Ejemplo: 3F2000OR
10	Nombre	El nombre correcto del paciente. Corresponde al que realmente le pertenece y se registra en el expediente clínico o documentación de la atención hospitalaria. Ejemplo: Vázquez González Isaac
11	Adscripción (Tipo, número y delegación)	El tipo, número y delegación de la unidad de adscripción de medicina familiar que realmente tiene asignada el paciente atendido. Ejemplo: HGZ/MF 2 Aguascalientes, UMF 41 D.F. Norte, etc.
12	Clave Presupuestal	La clave presupuestal correspondiente a la unidad de adscripción de medicina familiar del paciente de acuerdo al catálogo de claves presupuestales por niveles de atención normado. Ejemplo: 010101072151, 35A320252110, etc.
13	Responsable:	Nombre y firma de la Asistente Médica responsable de la elaboración del volante de modificación de datos.

Instrucciones Generales

Elaborado por Asistente Médica o quién realice estas funciones en las áreas de hospitalización y que operen los programas de Cirugía Ambulatoria, Diálisis Peritoneal y Puerperio de Riesgo Bajo. La Coordinadora de Asistentes Médicas o quién realice estas funciones, es responsable de validar la información, quien certificará a través de su rúbrica.

Número de tantos:

Original y copia.



Distribución:

El original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado en el ARIMAC, el recibir el formato significará registrar su control. La Coordinadora de Asistentes Médicas será la responsable de entregar el paquete de información, recabando firma de recibido en la copia.

La copia se conservará en los servicios respectivos durante 30 días posteriores a su elaboración, para aclarar posibles desviaciones.

Instrucciones específicas:

Los registros de los datos en el formato deberán hacerse a máquina, de tal manera que se utilicen los renglones y los cuadros adecuadamente de no haber este recurso, el llenado se efectuará a mano utilizando letra de molde legible y tinta de diferente color a la que se empleó para la impresión del formato.

Este formato se elaborará para cada paciente que tiene cambios en sus datos de identificación y será instrumentado el registro por la Asistente Médica del área de hospitalización.