

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN  
LAS UNIDADES MÉDICAS.

Febrero de 2008

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>01</b>	<b>Feb.</b>	<b>2008</b>

<b>Página:</b>	<b>2</b>
<b>De:</b>	<b>20</b>

**ÍNDICE**

	<b>PAGINA</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	5
<b>2. MARCO JURÍDICO</b>	7
<b>3. OBJETIVO DEL MANUAL</b>	12
<b>4. POLÍTICAS Y NORMAS GENERALES DE OPERACIÓN</b>	14
<b>5. PROCEDIMIENTOS</b>	20
5.1. Para la detección y referencia en el primer nivel de atención, de la mujer con indicación de interrupción legal del embarazo.	
5.1.1. Objetivo	
5.1.2. Políticas y/o Normas de Operación	
5.1.3. Descripción Narrativa	
5.1.4. Diagrama de Flujo	
5.2. Para la atención en el primer nivel, de la mujer víctima del delito de violación o de inseminación artificial no consentida.	
5.2.1. Objetivo	
5.2.2. Políticas y/o Normas de Operación	
5.2.3. Descripción Narrativa	
5.2.4. Diagrama de Flujo	
5.3. Cuando la continuidad de la gestación represente grave riesgo para la salud de la embarazada.	
5.3.1. Objetivo	
5.3.2. Políticas y/o Normas de Operación	
5.3.3. Descripción Narrativa	
5.3.4. Diagrama de Flujo	

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	3
De:	20

5.4. En caso de presunción de que el producto de la gestación presenta graves anomalías genéticas o congénitas.

5.4.1. Objetivo

5.4.2. Políticas y/o Normas de Operación

5.4.3. Descripción Narrativa

5.4.4. Diagrama de Flujo

5.5. Para la atención en el segundo nivel, de la mujer víctima del delito de violación o de inseminación artificial no consentida.

5.5.1. Objetivo

5.5.2. Políticas y/o Normas de Operación

5.5.3. Descripción Narrativa

5.5.4. Diagrama de Flujo

5.6. En caso de urgencia por riesgo inminente para la vida de la embarazada, incluyendo la conducta culposa.

5.6.1. Objetivo

5.6.2. Políticas y/o Normas de Operación

5.6.3. Descripción Narrativa

5.6.4. Diagrama de Flujo

5.7. Para la atención de la mujer con embarazo de hasta doce semanas de gestación que solicite la interrupción legal del embarazo, en el primer nivel de atención.

5.7.1. Objetivo

5.7.2. Políticas y/o Normas de Operación

5.7.3. Descripción Narrativa

5.7.4. Diagrama de Flujo

5.8. Para la atención de la mujer con embarazo de hasta doce semanas de gestación que solicite la interrupción legal del embarazo, en unidades hospitalarias.

5.8.1. Objetivo

5.8.2. Políticas y/o Normas de Operación

5.8.3. Descripción Narrativa

5.8.4. Diagrama de Flujo

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	4
De:	20

## 6. FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- 6.1. Notas Médicas
- 6.2. Solicitud y Resultados de Análisis Clínicos (SUA-LA-1)
- 6.3. Solicitud y Resultados de Estudio Radiológico (SUA-RA-1)
- 6.4. Sistema de Referencia y Contrarreferencia
- 6.5. Consentimiento Informado de la usuaria para la Interrupción Legal del Embarazo (ECHA-16.1.1)
- 6.6. Solicitud y Resultado de Estudio de Ultrasonido (SIRA-UL-1)
- 6.7. Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica (ECIQ-13)
- 6.8. Formato de Registro para Personas que Solicitan Interrupción Legal del Embarazo (ILE) (ILE-01-07)
- 6.9. Nota Médica Inicial de Urgencias
- 6.10. Hoja de Registro de Atención por Lesiones y Violencias en la Unidad Médica
- 6.11. Historia Clínica General
- 6.12. Hoja de Ingreso y Egreso Hospitalario
- 6.13. Estudio Social
- 6.14. Historia Clínica
- 6.15. Notas de Evolución
- 6.16. Solicitud y Reporte de Resultados de Laboratorio
- 6.17. Referencia y Contrarreferencia de Pacientes (Unificado S.S.D.F.-S.S.P.D.F. "SRC 0/1-04")



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	5
De:	20

**1. INTRODUCCIÓN**



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	6
De:	20

## 1. INTRODUCCIÓN

Con el propósito de garantizar el cumplimiento de la normatividad en materia de interrupción legal del embarazo, entre las que se encuentran el Código Penal para el Distrito Federal y los Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud para la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal, se ha elaborado el Manual de Procedimientos para la Interrupción Legal del Embarazo en las Unidades Médicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, que contiene los lineamientos generales a los que deberá apegarse la práctica de la interrupción legal del embarazo, acorde con el artículo 144, que define jurídicamente al aborto como la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de la gestación, así como el artículo 148, donde se mencionan las excluyentes de responsabilidad penal para la interrupción legal del embarazo, ambos artículos del Código Penal para el Distrito Federal y en concordancia con el artículo 131 Bis del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, que reglamenta la fracción I del artículo antes citado.

Este manual está constituido por los capítulos: Introducción, Marco Jurídico, Objetivo del Manual, Políticas y Normas Generales de Operación, así como los Procedimientos, donde en cada uno de ellos se describe, el objetivo, políticas y normas de operación, descripción narrativa y diagrama de flujo, este último que esquematiza las actividades y acciones que el personal que interviene en el procedimiento, tiene que desarrollar en cada uno de los servicios considerados de la unidad médica. Finalmente se integra un capítulo de formatos e instructivos.

El documento está dirigido a las autoridades, personal médico y paramédico adscrito a las unidades del primero y segundo nivel de atención de esta Secretaría.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	7
De:	20

**2. MARCO JURÍDICO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	8
De:	20

## 2. MARCO JURÍDICO.

Principales ordenamientos jurídicos en que se sustentan los procedimientos para la interrupción legal del embarazo en las unidades médicas.

### Constitución.

**Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.**

D.O.F. 5-II-1917.

Última reforma D.O.F. 13-XI-2007

### Estatutos

**Estatuto de Gobierno del Distrito Federal**

D.O.F. 26-VII-1994.

Última reforma D.O.F. 14-X-1999.

**Estatuto Orgánico de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal**

G.O.D.F. 30-XI-2000.

Última reforma G.O.D.F. 31-X-2007.

### Leyes

**Ley General de Salud.**

D.O.F. 7-II-1984.

Última reforma D.O.F. 18-XII-2007.

**Ley de Salud para el Distrito Federal.**

D.O.F. 15-I-1987.

Última reforma G.O.D.F. 07-I-2008.

**Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal.**

G.O.D.F. 29-XII-1998.

Última reforma G.O.D.F. 24-I-2008.

**Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos**

D.O.F. 31-XII-1982.

Última reforma D.O.F. 26-XII-2005.

**Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.**

D.O.F. 13-III-2002.

Última reforma D.O.F. 21-VIII-2006.

**Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.**

D.O.F. 27-XI-2007



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	9
De:	20

**Ley para Prevenir y Erradicar la Discriminación en el Distrito Federal.**

G.O.D.F. 19-VII-2006

Última reforma G.O.D.F. 06-II-2007

**Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia**

D.O.F. 01-02-2007

**Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal.**

G.O.D.F. 29-I-2008.

**Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar**

D.O.F. 9-VII-1996

Última Reforma G.O.D.F. 15-V-2007

**Ley que Establece el Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral**

G.O.D.F. 22-V-2006

**Ley de la Comisión de los Derechos Humanos del Distrito Federal.**

D.O.F. 22-VI-1993

Última reforma G.O.D.F. 02-XI-2005

**Reglamentos.**

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

D.O.F. 14-V-1986

**Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos**

D.O.F. 20-II-1985

Última reforma D.O.F. 26-XI-1987

**Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.**

G.O.D.F. 28-XII-2000

Última reforma G.O.D.F. 11-I-2008

**Reglamento de la Ley que Establece el Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral**

G. O. D. F. 2-XII-2006.

**Códigos**

**Código Penal para el Distrito Federal.**

G.O.D.F. 16-VII-2002



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	10
De:	20

Última reforma: 08-I-2008

**Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal.**

D.O.F. 29-VIII-1931

Última reforma G.O.D.F. 21-XII-2007

**Decretos**

**Decreto por el que se Reforman y Adicionan Diversas Disposiciones del Código Penal para el Distrito Federal y del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal.**

G.O.D.F. 24 – VIII – 2000.

**Decreto de Presupuesto de Egresos del Distrito Federal para el Ejercicio Fiscal 2008**

G.O.D.F. 27-XII-2007

**Acuerdos**

**Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud**

D.O.F. 25-IX-1996

**Acuerdo por el que se Modifica el Tabulador de Cobro de Derechos por los Servicios Médicos que Presta el Distrito Federal**

G.O.D.F. 17-II-2004

**Documentos Técnico-Normativos.**

**Circular GDF-SSDF/01/06, Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud para la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal.**

G. O. D. F. 15 – XI – 2006

Última reforma G. O. D. F. 4-V-2007

**Circular Uno, Normatividad en Materia de Administración de Recursos, 2007.**

G.O.D.F. 13-VIII-2007

**Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar.**

D.O.F. 30-V-1994.

Última reforma; D.O.F. 21-I-2004



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	11
De:	20

**Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio.**

D.O.F. 06-I-1995.

**Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002. Protección Ambiental-Salud Ambiental Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos. Clasificación y Especificaciones de Manejo.**

D.O.F. 17-II-2003

**Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Del Expediente Clínico.**

D.O.F. 14-IX-1999.

Ultima reforma: D.O.F. 22-VIII-2003

**Norma Oficial Mexicana NOM-205-SSA1-2002, Para la Práctica de la Cirugía Mayor Ambulatoria.**

D.O.F. 27-VII-2004.

**Guía Técnica Para la Elaboración de Manuales del Gobierno del Distrito Federal.**

G.D.F. Oficialía Mayor, Agosto 2005



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	12
De:	20

**3. OBJETIVO DEL MANUAL**



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	13
De:	20

### 3. OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer los lineamientos normativos a los que se sujetará la práctica de interrupción legal del embarazo en las unidades médicas del primer nivel de atención y hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, acorde con el artículo 144 y 148 del Código Penal y 131 Bis del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, así como de la Circular de Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud para la Interrupción Legal del Embarazo en el Distrito Federal.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	14
De:	20

**4.- POLÍTICAS Y NORMAS GENERALES DE OPERACIÓN.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	15
De:	20

#### **4.- POLÍTICAS Y NORMAS GENERALES DE OPERACIÓN.**

- Los presentes lineamientos son de observancia obligatoria para las autoridades, personal médico, gineco-obstetra, cirujano general, paramédico y administrativo adscrito a unidades médicas del primero y segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, que previa consulta con la autoridad, participe o realice procedimientos para la interrupción legal del embarazo.
- Las unidades médicas en donde se realizan procedimientos médicos o quirúrgicos para la interrupción legal del embarazo, son los siguientes:
  - Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”
  - Hospital General Dr. Enrique Cabrera
  - Hospital General Balbuena
  - Hospital General Dr. Gregorio Salas
  - Hospital General Iztapalapa
  - Hospital General Milpa Alta
  - Hospital General Ticomán
  - Hospital Materno Pediátrico Xochimilco
  - Hospital Materno Infantil Cuajimalpa
  - Hospital Materno Infantil Cuautepec
  - Hospital Materno Infantil Inguarán
  - Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras
  - Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo
  - Hospital Materno Infantil Tláhuac
  - Hospital Materno Infantil Topilejo
- La práctica de procedimientos para la interrupción legal del embarazo solo podrá realizarse, a solicitud de la mujer embarazada y cuando se reúna alguna de las siguientes condiciones:
  - La mujer con embarazo de hasta 12 semanas de gestación, que decida de manera voluntaria la interrupción de su embarazo, argumentado condiciones desfavorables de tipo social, económico o familiar; como puede ser la precariedad económica, estar cursando estudios en escuelas de nivel medio, medio superior, superior o postgrados o la disolución de lazos de afectividad familiar, entre otras.
  - La mujer con embarazo mayor de 12 semanas de gestación que presente el original de la autorización de interrupción del embarazo por delito de violación o inseminación artificial no consentida, emitida por el Agente del Ministerio Público del Sistema de Auxilio a Víctimas.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	16
De:	20

- La mujer con embarazo mayor de 12 semanas de gestación que presente por lo menos un dictamen emitido por un médico especialista, que avale que la continuidad de su embarazo representa grave riesgo para su salud física o psíquica. Si el estado de salud de la embarazada y el tiempo permite el dictamen de otro médico especialista, se solicitará este segundo dictamen.
- La mujer con embarazo mayor de doce semanas de gestación que presente dos dictámenes emitidos por médicos especialistas que avalen que el producto de la gestación presenta anomalías genéticas o congénitas graves que puedan dar como resultado graves daños físicos o mentales, que puedan poner en riesgo la sobrevivencia del mismo.
- La mujer que se presente en la unidad médica hospitalaria con un embarazo ya interrumpido, como resultado de alguna conducta culposa o no intencional. Entendiéndose por conducta culposa, la omisión a un deber de cuidado que se debía o podía observar según las circunstancias y condiciones personales. Por ejemplo: las caídas, los accidentes en vehículos, la realización de esfuerzos físicos extraordinarios, entre otros.
- El médico gineco-obstetra o el cirujano general que realice procedimientos para la interrupción legal del embarazo, acreditará su especialidad mediante documento emitido por una institución que avale el cumplimiento del programa académico.
- Las autoridades y el personal médico y paramédico que participen en la práctica de procedimientos para la interrupción legal del embarazo, proporcionarán un trato digno, y respetarán la integridad física y los derechos de la derechohabiente o usuaria, así como la confidencialidad del caso.
- Los médicos adscritos al primer nivel de atención y a los hospitales de segundo nivel que no tengan capacidad técnica para llevar a cabo la interrupción legal del embarazo referirán a las derechohabientes o usuarias de manera adecuada, responsable y oportuna, utilizando los mecanismos del sistema de referencia y contrarreferencia a los hospitales donde se practique el procedimiento de interrupción legal del embarazo.
- El personal médico proporcionará a la embarazada consejería, mediante información objetiva, suficiente, oportuna y comprensible sobre los procedimientos de interrupción del embarazo, sus riesgos, consecuencias y alternativas, con el propósito de que tome de manera libre y responsable la decisión de interrumpir su embarazo, mediante consentimiento informado, para lo cual deberá requisitar de manera adecuada el formato “Consentimiento Informado de la Usuaria para la Interrupción Legal del Embarazo” (ECHA-16.1.1). Dicha información no debe tener como objetivo inducir o retrasar la decisión de la mujer embarazada.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	17
De:	20

- Cuando la mujer embarazada sea menor de edad, el médico tratante, además deberá recabar en el citado formato, la firma o huella digital de consentimiento del padre, madre, quien ejerza la patria potestad, tutor o responsable legal de la derechohabiente o usuaria.
- El personal médico y paramédico que participe o realice procedimientos de interrupción legal del embarazo, proporcionará información del caso, solamente a la interesada, a la (s) persona (s) que ella autorice, o a la autoridad del hospital, quedando estrictamente prohibido informar a cualquier otra persona.
- El médico encargado de realizar el procedimiento para la interrupción legal del embarazo, deberá integrar al expediente clínico, el original del o los dictámenes que avalen la interrupción legal del embarazo o la Autorización del Agente del Ministerio Público por violación o inseminación artificial no consentida, así como la hoja de Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica y de Consentimiento Informado de la Usuaria para la Interrupción Legal del Embarazo.
- En caso de que las condiciones de gravedad de la paciente embarazada ameriten, que como medida terapéutica se realice, urgentemente, la interrupción del embarazo, bastará con el consentimiento informado de la derechohabiente o usuaria, del familiar más cercano en vínculo que la acompañe, de quien ejerza la patria potestad o en su caso, por su tutor o representante legal.
- El personal médico que emita dictámenes por anomalías genéticas o congénitas del producto, podrá fundamentarlo en estudios específicos, entre los que se encuentran los estudios con técnicas de ecosonografía, bioquímicas, citogenéticas y analíticas.
- Los médicos adscritos a unidades del primer nivel de atención, referirán de manera adecuada, responsable y oportuna, a una unidad hospitalaria de la red, en donde se practiquen procedimientos de interrupción legal del embarazo, a la mujer con embarazo de hasta doce semanas que solicite la interrupción de su embarazo y haya requisitado el formato "Consentimiento Informado de la Usuaria para la Interrupción Legal del Embarazo" (ECHA-16.1.1), así como aquella con gestación mayor de doce semanas en la que exista probabilidad de realizar procedimientos de interrupción legal del embarazo por las excluyentes de responsabilidad establecidas en el artículo 148 del Código Penal para el Distrito Federal.
- Cuando el embarazo sea mayor de doce semanas y por causa supuesta de violación o inseminación artificial no consentida, inicialmente se referirá a la derechohabiente o usuaria a la Agencia del Ministerio Público Especializada en Delitos Sexuales, más cercana.
- La ubicación de las Agencias de Delitos Sexuales son las siguientes:
  - Fiscalía Central de Investigación para Delitos Sexuales, Calle Gral. Gabriel Hernández # 56, 1er piso, Col. Doctores, C. P. 06720, Del. Cuauhtémoc, Teléfonos: 53 46 81 10, 53 46 81 02 y 53 46 81 03, Fax: 53 46 82 02.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	18
De:	20

- Agencia Primera de Delitos Sexuales FDS-01, Calle Amberes # 54, Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc, Teléfono: 53 45 53 99.
  - Agencia Segunda de Delitos Sexuales FDS-02, Calle Gral. Gabriel Hernández # 56, 1er piso, Col. Doctores, C. P. 06720, Del. Cuauhtémoc, Teléfonos: 53 46 81 16.
  - Agencia Tercera de Delitos Sexuales FDS-03, Av. Fray Servando Teresa de Mier y Eje 3 Oriente (Fco. del Paso y Troncoso), Col. Jardín Balbuena, Delegación Venustiano Carranza, Teléfonos: 53 45 58 32.
  - Agencia Cuarta de Delitos Sexuales FDS-04, Cerrada Sur de los 100 metros s/n, Col. Nueva Vallejo, Delegación Gustavo A. Madero, Teléfono: 57 19 63 41.
  - Agencia Quinta de Delitos Sexuales FDS-05, Telecomunicaciones s/n, Col. Tepalcates, Delegación Iztapalapa, Teléfono: 53 45 56 56.
  - Agencia Sexta de Delitos Sexuales FDS-06, Calle Gral. Gabriel Hernández # 56, 1er piso, Col. Doctores, C. P. 06720, Del. Cuauhtémoc, Teléfonos: 53 46 81 16.
- Únicamente los médicos gineco-obstetras y los cirujanos generales que realizan la interrupción legal del embarazo, podrán abstenerse de practicar dicho procedimiento, argumentando razones de conciencia, salvo en los casos en que se ponga en riesgo inminente la vida de la mujer embarazada.
  - El personal médico, de enfermería, paramédico y de Trabajo Social que asistan al médico gineco-obstetra o al cirujano general en la interrupción legal del embarazo, bajo ninguna circunstancia podrán argumentar objeción de conciencia.
  - El médico objetor de realizar procedimientos de interrupción legal del embarazo, referirá a la derechohabiente o usuaria de manera inmediata, responsable y discreta, con un médico no objetor o a un hospital, donde se realicen procedimientos de interrupción legal del embarazo, con la "Hoja de Referencia y Contrarreferencia" y demás documentos de importancia médico-legal, como el resultado de estudios de laboratorio o gabinete, la autorización de interrupción del embarazo emitida por el Agente del Ministerio Público o Dictámenes Médicos, según sea el caso. Con la certidumbre que será atendida para resolverle su problema. Asimismo, notificará de manera inmediata al director de la unidad médica.
  - El médico de la unidad hospitalaria que realice el procedimiento de interrupción legal del embarazo, deberá referir o contrarreferir a la derechohabiente o usuaria con la Hoja de Referencia y Contrarreferencia, a la unidad médica del primer nivel de atención que le corresponde para dar continuidad al control médico.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	19
De:	20

- La interrupción del embarazo en mujeres de hasta 12 semanas de gestación, se realizará mediante técnicas a base de medicamentos, aspiración manual o eléctrica endouterina o dilatación y curetaje. Se utilizará preferentemente el misoprostol, en embarazadas de hasta 9 semanas de gestación o 63 días, por fecha de última menstruación o corroborado por ultrasonido.
- El personal de trabajo social realizará con prontitud, eficacia, eficiencia, y por indicación médica, la referencia de la derechohabiente o usuaria en la que exista probabilidad de interrupción legal del embarazo, con la Hoja de Referencia y Contrarreferencia debidamente requisitada por el médico, a la unidad médica hospitalaria de esta Secretaría, en la cual se tenga la certidumbre de que recibirá la atención de manera adecuada.
- Es responsabilidad de la autoridad de la unidad médica del primero y segundo nivel de atención, supervisar la adecuada, oportuna y eficiente atención, así como la referencia y/o contrarreferencia de la mujer con embarazo de hasta doce semanas que solicite o se le haya practicado la interrupción legal del embarazo o bien aquella atendida por alguna patología, accidente o delito de violación, que presuponga se le vaya a practicar o se le haya practicado la interrupción legal del embarazo.
- Es responsabilidad de la autoridad de la unidad hospitalaria, supervisar que se agilice la atención médica de la derechohabiente o usuaria con probabilidad de interrupción legal del embarazo, de tal manera que se resuelva el caso en un máximo de 5 días naturales contados a partir de la primera consulta en la unidad, lo anterior para las excluyentes de responsabilidad penal; así como un plazo máximo de 48 hrs., para el embarazo de hasta doce semanas de gestación.
- El Médico tratante gineco-obstetra o cirujano general, no objetor, realizará la interrupción legal del embarazo, mediante técnica médica o quirúrgica, en un máximo de 48 hrs., a la mujer con embarazo de hasta doce semanas, que lo solicite, y hasta en un plazo máximo de 5 días, para el caso de las excluyentes de responsabilidad penal.
- En el caso de Interrupción Legal del Embarazo (ILE), por violación o inseminación artificial no consentida, autorizada por la Agencia del Ministerio Público, el director de la unidad médica hospitalaria informará a esta instancia judicial, la fecha, el lugar y hora en que se llevará a cabo dicho procedimiento.
- Se entenderá por hasta 12 semanas de gestación, a la edad del embarazo que sea menor a 13 semanas.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	20
De:	20

**5. PROCEDIMIENTOS**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	1
De:	4

<b>Procedimiento</b>	5.1 Para la detección y referencia en el primer nivel de atención, de la mujer con indicación de interrupción legal del embarazo.
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 5.1.1. Objetivo

Establecer los lineamientos normativos que acatará la autoridad y el personal médico y paramédico adscrito a unidades del primer nivel de atención, que atienda a la mujer embarazada que por alguna de las causales establecidas en el artículo 148 del Código Penal para el Distrito Federal, por interrupción legal del embarazo.

### 5.1.2. Políticas y/o Normas de Operación

- Todo procedimiento técnico o administrativo que se realice para la interrupción legal del embarazo, deberá partir de la solicitud que realice la derechohabiente o usuaria.
- Cuando el personal médico de unidades del primer nivel de atención, durante el control prenatal sospeche la existencia de factores de riesgo para la salud física o psíquica de la embarazada o la posibilidad de que el producto de la gestación presente anomalías genéticas o congénitas graves que puedan dar como resultado daños físicos o mentales, que puedan poner en riesgo la vida del mismo; referirá con prontitud, eficacia y eficiencia con la "Hoja de Referencia y Contrarreferencia", a la embarazada a un hospital general o materno infantil de la red donde se realicen procedimientos de ILE, con el propósito de que sea valorada por un médico especialista, se le efectúen procedimientos de confirmación diagnóstica y en su caso de interrupción legal del embarazo.
- El médico que refiera a embarazadas para valoración por lo citado en el punto anterior, proporcionará a la autoridad de la unidad médica del primer nivel de atención, una copia de la "Hoja de Referencia y Contrarreferencia", la cual posteriormente deberá ser integrada al Expediente Clínico de la derechohabiente o usuaria.
- La autoridad de la unidad médica del primer nivel de atención, supervisará que se realicen con oportunidad los trámites administrativos de referencia de la derechohabiente o usuaria embarazada a una unidad del segundo nivel de atención. Asimismo, solicitará a la autoridad de la unidad hospitalaria la contrarreferencia correspondiente.
- El personal de trabajo social del primer nivel de atención, referirá con prontitud, eficacia, eficiencia y por indicación médica, a la derechohabiente o usuaria para valoración de la interrupción legal de su embarazo, a una unidad médica hospitalaria en donde existan los recursos necesarios que permitan su adecuada atención médica.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	2
De:	4

Procedimiento
5.1 Para la detección y referencia en el primer nivel de atención, de la mujer con indicación de interrupción legal del embarazo.

- En el caso de tratarse de una paciente a la que se le proporciona consulta de 1ª. Vez, se ampliará el tiempo requerido para el cumplimiento del procedimiento, debido a que se deberá realizar el llenado de la Historia Clínica, lo que no ocurriría en una paciente de consulta subsecuente.

Director General de  
Planeación y Coordinación  
Sectorial

Dr. Carlos Godínez Cortés

Director General de Servicios  
Médicos y Urgencias

Dr. Arturo Gaytán Becerril

Directora Ejecutiva de  
Servicios de Salud

Dra. Ma. de la Luz Aceves  
Gutiérrez

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	3
De:	4

<b>Procedimiento</b>	5.1 Para la detección y referencia en el primer nivel de atención, de la mujer con indicación de interrupción legal del embarazo.
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.1.3 Descripción Narrativa**

Unidad Administrativa	No.	Descripción de la Actividad	Tiempo
Consulta Externa en el Primer Nivel de Atención.  (Médico)     Director General de Planeación y Coordinación Sectorial  Dr. Carlos Godínez Cortés	1	Detecta durante el control prenatal factores de riesgo para la salud física o psíquica de la embarazada; o la probabilidad de que el producto de la gestación presente anomalías genéticas o congénitas graves, que puedan hacer necesaria la interrupción del embarazo.	20 minutos
	2	Comenta a la embarazada sobre la necesidad de que sea valorada por un médico especialista en el segundo nivel de atención. Elabora nota en hoja de "Notas de Evolución".	5 minutos
	3	Indica a trabajo social o realiza trámites para la referencia oportuna de la embarazada al segundo nivel de atención, llena original y dos copias de la "Hoja de Referencia y Contrarreferencia", (SRC0/1 - 04), entrega el original y una copia a la usuaria o familiar; informa del caso a la autoridad de la unidad y le entrega una copia de la referencia, la cual posteriormente será incorporada al expediente clínico.	5 minutos
Consulta Externa en el Segundo Nivel de Atención  (Médico especialista)  Director General de Servicios Médicos y Urgencias   Dr. Arturo Gaytán Becerril  Directora Ejecutiva de Servicios de Salud   Dra. Ma. de la Luz Aceves Gutiérrez	4	Recibe derechohabiente o usuaria y hoja de "Referencia y Contrarreferencia" en original y copia, interroga y explora a la usuaria, establece conducta a seguir. Elabora nota en hoja de "Notas Médicas", ( ECNM-4). Al final del procedimiento llena original y copia de "Hoja de Referencia y Contrarreferencia" (ECFR-6), archiva copia y entrega original a la derechohabiente o usuaria para que la lleve a la unidad médica que le corresponde.  <b>Fin del Procedimiento.</b>	30 minutos

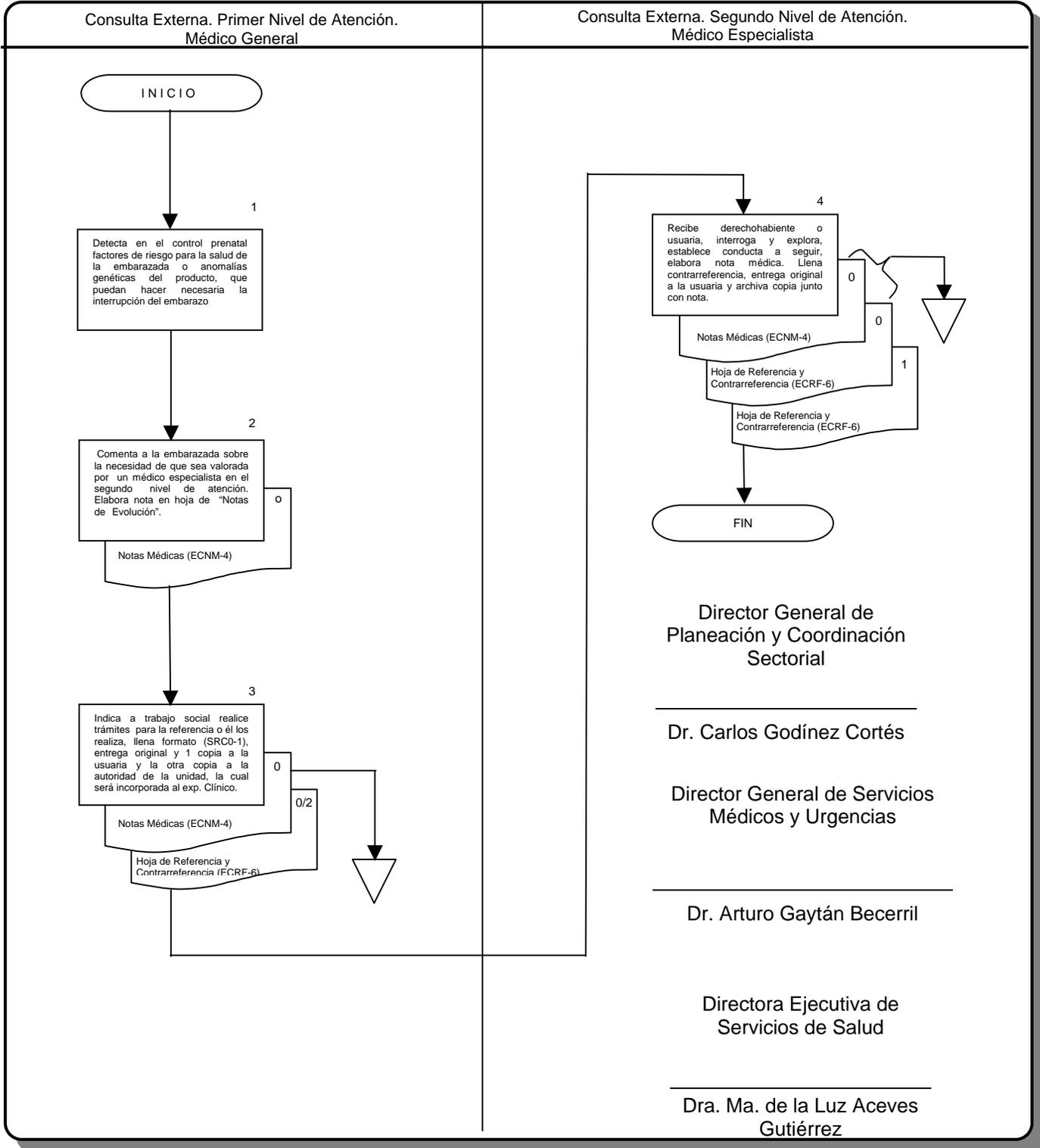
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	<b>4</b>
<b>De:</b>	<b>4</b>

**Procedimiento** 5.1 Para la detección y referencia en el primer nivel de atención, de la mujer con indicación de interrupción legal del embarazo.

**5.1.4 Diagrama de Flujo**



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	1
<b>De:</b>	6

<b>Procedimiento</b>	5.2 Para la atención en el primer nivel, de la mujer víctima del delito de violación o de inseminación artificial no consentida.
----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.2.1. Objetivo**

Establecer los lineamientos normativos que seguirá la autoridad y el personal médico y paramédico adscrito a unidades médicas del primer nivel de atención, que atienda mujeres que indiquen haber sido víctimas del delito de violación o de inseminación artificial no consentida.

**5.2.2. Políticas y/o Normas de Operación**

- Todo procedimiento técnico o administrativo que se realice para la interrupción legal del embarazo, deberá partir de la solicitud que realice la derechohabiente o usuaria.
- Cuando se presente a solicitar atención médica una mujer que refiera haber sido víctima de violación o de inseminación artificial no consentida, el médico tratante interrogará sobre el tiempo transcurrido desde que ocurrió el ilícito, y si éste es inferior a setenta y dos horas, le proporcionará información sobre la anticoncepción de emergencia con hormonales orales y prescribirá el tratamiento de acuerdo con el siguiente esquema:

<b>Nombres comerciales</b>	<b>Formulación</b>	<b>Dosis requerida</b>	<b>Forma de Administrarse</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neogynón, Noral, Nordiol, Ovisón.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EE 50 mcg más LNG 0.25 mg</li> <li>ó</li> <li>• EE 50 mcg más NG 0.50 mg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 tabs. De inicio y 2 tabs. 12 hrs. después</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1ª. Dosis dentro de las primeras 72 hrs. después del contacto sexual sin protección y la 2ª. Dosis 12 hrs. después.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Microgynón, Nordet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EE 30 mcg más LNG 0.15 mg</li> <li>ó</li> <li>• EE 30 mcg más NG 0.30 mg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 tabs. de inicio y 4 tabs. 12 hrs. después</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo Femenal</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vika, Glanique, Post-Day 1-2, Postinor 1-2, Cerciórate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LNG 0.75 mg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 tab. de inicio y 1 tab. 12 hrs. después</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Microlut, Norgestón, Microval</li> <li>• Ovrette</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LGN 0.03 mg</li> <li>ó</li> <li>• NG 0.075 mg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 tabs. de inicio y 25 tabs. 12 hrs. después</li> </ul>	

• EE= Etinil estradiol

LNG= Levonorgestrel

NG=Norgestrel

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	2
De:	6

Procedimiento
5.2 Para la atención en el primer nivel, de la mujer víctima del delito de violación o de inseminación artificial no consentida.

- A toda derechohabiente o usuaria que refiera estar embarazada a consecuencia del delito de violación o de inseminación artificial no consentida y solicite la interrupción legal del embarazo, el médico tratante según criterio clínico, le solicitará se realice de urgencia la prueba inmunológica de embarazo y posteriormente con el resultado, y la hoja de Referencia y Contrarreferencia, se le enviará a la Agencia del Ministerio Público Especializada en Delitos Sexuales, para denunciar el hecho y en todo caso solicitar la Autorización correspondiente. En este sentido informará a la trabajadora social de la unidad para que agilice la referencia con la instancia de procuración de justicia correspondiente.
- El criterio clínico para realizar la prueba inmunológica de embarazo, será tomando en consideración el tiempo necesario para que la prueba resulte positiva. Cuando la derechohabiente o usuaria no reúna este requisito, se le indicará que asista en el tiempo pertinente para que se le realice este examen de laboratorio.
- La embarazada que acuda a la unidad médica del primer nivel de atención con autorización de interrupción del embarazo por delito de violación o inseminación artificial no consentida emitida por el Agente del Ministerio Público, será atendida por el médico de consulta externa, quien la referirá con su "Hoja de Referencia y Contrarreferencia" a una unidad médica hospitalaria de esta Secretaría en donde se realicen procedimientos de interrupción legal del embarazo, con el apoyo del personal de trabajo social del área correspondiente. Asimismo, proporcionará una copia de la "Hoja de Referencia y Contrarreferencia" al Director de la unidad médica, la cual posteriormente será integrada al expediente clínico.
- La autoridad de la unidad médica del primer nivel de atención, supervisará que se agilicen los trámites administrativos para la referencia a una unidad hospitalaria de esta Secretaría, de la derechohabiente o usuaria que requiera la interrupción legal del embarazo.

Director General de  
Planeación y Coordinación  
Sectorial

Director General de Servicios  
Médicos y Urgencias

Directora Ejecutiva de  
Servicios de Salud

Dr. Carlos Godínez Cortés

Dr. Arturo Gaytán Becerril

Dra. Ma. de la Luz Aceves  
Gutiérrez

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008
Página:		3
De:		6

<b>Procedimiento</b>	5.2 Para la atención en el primer nivel, de la mujer víctima del delito de violación o de inseminación artificial no consentida.
----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.2.3 Descripción Narrativa**

Unidad Administrativa	No.	Descripción de la Actividad	Tiempo
Consulta Externa, Primer Nivel de Atención.  (Médico General)	1	Recibe derechohabiente o usuaria, víctima de violación o de inseminación artificial no consentida, interroga sobre el tiempo transcurrido desde acontecido el ilícito.  ¿La violación o inseminación artificial no consentida tiene más de 72 hrs.?	15 minutos
	2	<b>No</b> Informa y otorga, en su caso, tratamiento de anticoncepción de emergencia, proporciona cita para valoración clínica y resultado del tratamiento; informa sobre riesgos de enfermedades de transmisión sexual e indica medidas de prevención y tratamiento; elabora nota en hoja de "Notas de Evolución". Sugiere denunciar el hecho ante el Agente del Ministerio Público. Informa a la autoridad de la unidad del caso.	15 minutos
	3	<b>Sí</b> Interroga y explora, le proporciona, según criterio, solicitud de prueba inmunológica de embarazo (PIE) en hoja "Laboratorio Clínico. Solicitud y Reporte de Resultados"; informa sobre riesgos de enfermedades de transmisión sexual e indica medidas de prevención y tratamiento; elabora nota en hoja de "Notas Evolución". Sugiere denunciar ante el Agente del Ministerio Público. Informa a la autoridad de la unidad del caso.  ¿La PIE fue positiva?	15 minutos
	4	<b>No</b> Informa del resultado a la derechohabiente o usuaria; sugiere denunciar el hecho ante el Agente Especializado en Delitos Sexuales del Ministerio Público. Elabora nota en hoja de	15 Minutos

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008
Página:		4
De:		6

<b>Procedimiento</b>	5.2 Para la atención en el primer nivel, de la mujer víctima del delito de violación o de inseminación artificial no consentida.
----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.2.3 Descripción Narrativa**

Unidad Administrativa	No.	Descripción de la Actividad	Tiempo
		“Notas de Evolución”. Archiva “Laboratorio Clínico. Solicitud y Reporte de Resultados”.	
		<b>Sí</b>	
	5	Informa a la derechohabiente o usuaria del resultado y si es su voluntad acudir a la Agencia Especializada en Delitos Sexuales del Ministerio Público a denunciar la violación y solicitar autorización para interrumpir el embarazo, le entrega “Solicitud y Reporte de Resultados”.	10 minutos
	6	Elabora nota en hoja de “Notas de Evolución” y “Formato de Referencia y Contrarreferencia”, en original y 2 copias, le entrega el original y una copia a la derechohabiente o usuaria y la otra copia a la autoridad de la unidad médica, la cual posteriormente será integrada al expediente clínico. Refiere a la usuaria a una unidad hospitalaria de esta Secretaría donde se realicen procedimientos de interrupción legal del embarazo.	10 minutos

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	5
De:	6

<b>Procedimiento</b>	5.2 Para la atención en el primer nivel, de la mujer víctima del delito de violación o de inseminación artificial no consentida.
----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.2.3 Descripción Narrativa**

Unidad Administrativa	No.	Descripción de la Actividad	Tiempo
Consulta Externa, del Hospital (Médico Gineco-obstetra o Cirujano General)	7	Recibe derechohabiente o usuaria embarazada con "Hoja de "Referencia y Contrarreferencia" en original y copia, revisa documentación, interroga y explora usuaria, establece conducta a seguir, elabora nota en hoja de "Notas Médicas" (ECNM-4). Al final del procedimiento llena contrarreferencia en "Hoja de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6), entrega original a la derechohabiente o usuaria para que lo devuelva a la unidad médica del primer nivel de atención que le corresponde y archiva la copia. En su caso da seguimiento a medidas profilácticas de tratamiento para enfermedades de transmisión sexual.  <b>Fin del Procedimiento.</b>	20 minutos
Director General de Planeación y Coordinación Sectorial  <hr/> Dr. Carlos Godínez Cortés	Director General de Servicios Médicos y Urgencias  <hr/> Dr. Arturo Gaytán Becerril	Directora Ejecutiva de Servicios de Salud  <hr/> Dra. Ma. de la Luz Aceves Gutiérrez	

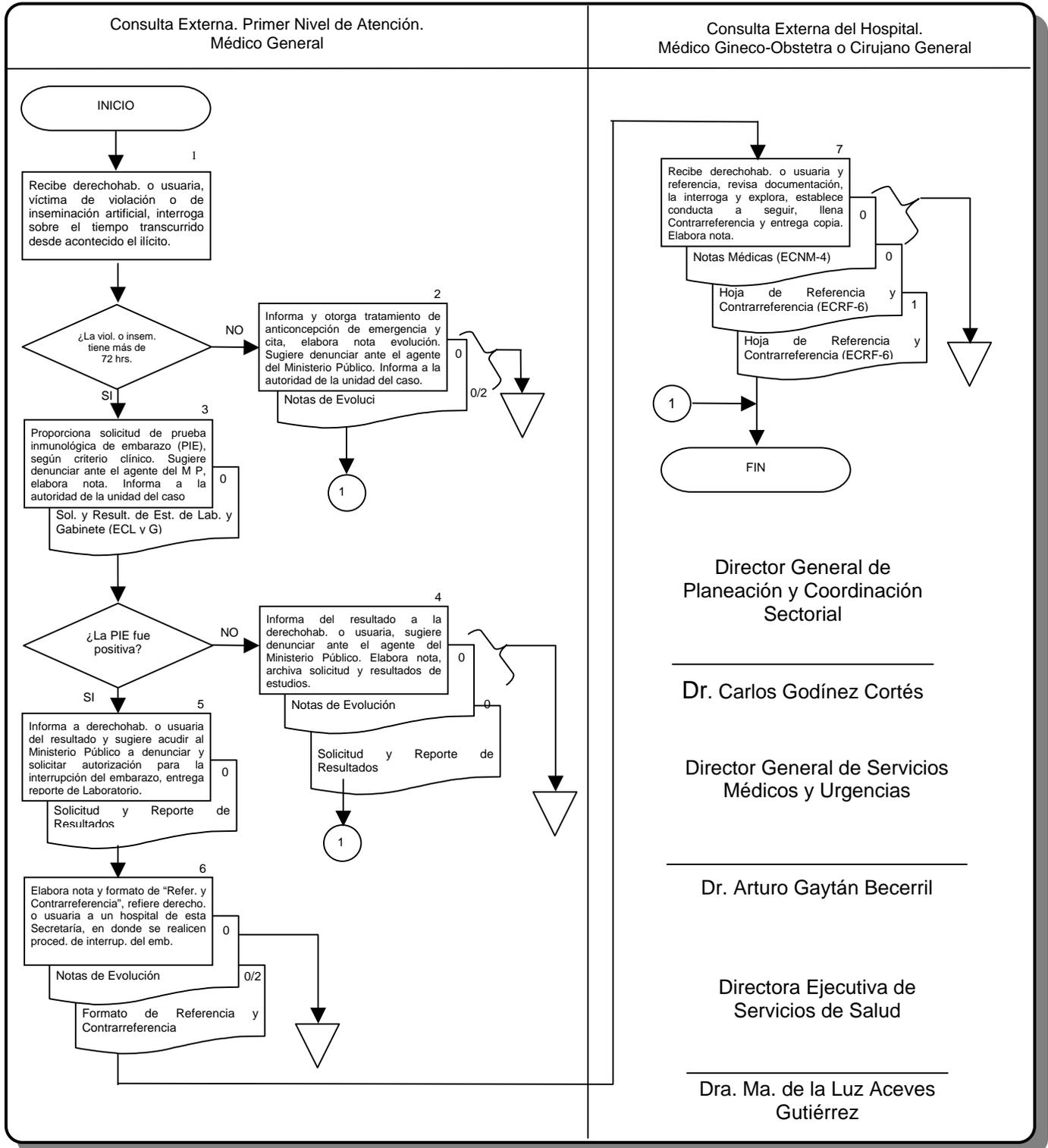
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	6
De:	6

**Procedimiento** 5.2 Para la atención en el primer nivel, de la mujer víctima del delito de violación o de inseminación artificial no consentida.

**5.2.4 Diagrama de Flujo**



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	<b>1</b>
<b>De:</b>	<b>7</b>

<b>Procedimiento</b>	5.3 Cuando su continuidad represente grave riesgo para la salud de la embarazada.
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

### 5.3.1. Objetivo

Establecer los lineamientos normativos a los que se apegará la autoridad y el personal médico y paramédico de la unidad hospitalaria, que realice la interrupción legal del embarazo cuando su continuidad represente un grave riesgo para la salud física o psíquica de la embarazada.

### 5.3.2. Políticas y/o Normas de Operación

- Todo procedimiento técnico o administrativo que se realice para la interrupción legal del embarazo, deberá partir de la solicitud que realice la derechohabiente o usuaria.
- Cuando se atienda a una derechohabiente o usuaria embarazada que presente alguna disfunción o enfermedad que represente grave riesgo para su salud y exista la probabilidad de interrupción de su embarazo como medida terapéutica, el médico tratante informará por escrito del caso a la autoridad de la unidad médica.
- El médico tratante que atienda a una paciente en las condiciones referidas en el punto anterior, deberá resolver el caso, en un máximo de 5 días naturales contados a partir de la fecha de la primera consulta, proporcionando el dictamen médico y realizando los trámites administrativos necesarios para realizar el procedimiento según lo establezca el o los dictámenes en cuestión.
- Para realizar el procedimiento de interrupción legal del embarazo, se solicitará a la embarazada, el dictamen emitido por un médico de la institución o particular, con especialidad acreditada y acorde con la falla orgánica, psicológica o psiquiátrica, motivo de la causal de interrupción del embarazo (gineco-obstetra, cardiólogo, endocrinólogo, nefrólogo, oncólogo, psiquiatra, etc.); y acompañado de un segundo dictamen emitido por otro médico especialista, en el mismo sentido, siempre y cuando el estado de salud de la derechohabiente o usuaria lo permita.
- Para otorgar atención médica a una derechohabiente o usuaria embarazada que presente algún trastorno psicológico o psiquiátrico, el médico tratante deberá exigir la presencia del familiar o responsable en todo momento.
- Solo podrán realizar procedimientos para la interrupción legal del embarazo, los médicos con especialidad en gineco-obstetricia o cirugía general, que tengan acreditación vigente.
- El médico especialista acreditará su especialidad, mediante el documento emitido por una institución que avale el cumplimiento del programa académico correspondiente.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	2
De:	7

<b>Procedimiento</b>	5.3 Cuando su continuidad represente grave riesgo para la salud de la embarazada.
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

- El dictamen médico realizado a la paciente embarazada podrá estar fundamentado en exámenes físicos, de laboratorio y gabinete; según considere necesario el médico tratante.
- Los reportes de exámenes de laboratorio y/o gabinete válidos para fundamentar dictámenes, serán aquellos realizados en instituciones debidamente acreditadas.
- Las siglas referidas en el Diagrama de Flujo corresponden a las unidades administrativas que intervienen en la Descripción Narrativa del procedimiento.

Director General de  
Planeación y Coordinación  
Sectorial

Director General de Servicios  
Médicos y Urgencias

Directora Ejecutiva de  
Servicios de Salud

\_\_\_\_\_  
Dr. Carlos Godínez Cortés

\_\_\_\_\_  
Dr. Arturo Gaytán Becerril

\_\_\_\_\_  
Dra. Ma. de la Luz Aceves  
Gutiérrez

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	<b>3</b>
<b>De:</b>	<b>7</b>

<b>Procedimiento</b>	5.3 Cuando su continuidad represente grave riesgo para la salud de la embarazada.
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

**5.3.3 Descripción Narrativa**

<b>Unidad Administrativa</b>	<b>No.</b>	<b>Descripción de la Actividad</b>	<b>Tiempo</b>
Consulta Externa Segundo Nivel de Atención Médico Gineco-obstetra o Cirujano general	1	Comenta a la derechohabiente o usuaria la posibilidad de que su embarazo implique alto riesgo para su salud y la probabilidad de que sea necesaria la interrupción del embarazo. Le indica se realice estudios de laboratorio y gabinete, le entrega el original de la "Solicitud y Resultados de Estudios de Laboratorio (SUA-LA-1), "Solicitud y Resultados de Estudio Radiológico" (SUA-RA-1) y/o Solicitud y Resultados de Estudio de Ultrasonido (SIRA-UL-1), entre otros, proporciona cita para conocer resultados; elabora nota en hoja de "Notas Médicas", (ECMM-4). Informa a la autoridad de la unidad médica.	20 minutos
Laboratorio de Análisis Clínicos y/o Gabinete de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	2	Recibe derechohabiente o usuaria con el original de la "Solicitud y Resultados de Estudios de Laboratorio (SUA-LA-1), "Solicitud y Resultados de Estudio Radiológico" (SUA-RA-1) y/o Solicitud y Resultados de Estudio de Ultrasonido (SIRA-UL-1), entre otros, realiza estudios y da cita a la paciente para la entrega de resultados.	10 – 60 minutos
Consulta Externa segundo Nivel de Atención Médico Gineco-obstetra o Cirujano general.	3	Recibe a la embarazada y revisa el (los) reporte (s) de los estudios de laboratorio y/o gabinete.  ¿Los resultados fueron positivos, demuestran patología?	10 minutos
	4	No.- Informa a la paciente que los resultados fueron negativos y le da indicaciones para continuar el control de su embarazo. Elaboro nota en hoja de "Notas Médicas" (ECNM-4); anexa "Solicitud y Resultados de Estudios de Laboratorio (SUA-LA-1), "Solicitud y	20 minutos

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	4
<b>De:</b>	7

<b>Procedimiento</b>	5.3 Cuando su continuidad represente grave riesgo para la salud de la embarazada.
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

**5.3.3 Descripción Narrativa**

Unidad Administrativa	No.	Descripción de la Actividad	Tiempo
	5	<p>Resultados de Estudio Radiológico” (SUA-RA-1) y/o Solicitud y Resultados de Estudio de Ultrasonido (SIRA-UL-1), entre otros.</p> <p>Si.- Comunica a la embarazada que los resultados de los estudios fueron positivos, es decir muestran patología, le recomienda la interrupción de su embarazo, informa sobre complicaciones y riesgos del procedimiento quirúrgico, le solicita autorización. Elabora nota en hoja de “Notas Médicas” (ECNM-4) y anexa “Solicitud y Resultados de Estudios de Laboratorio” (SUA-LA-1), “Solicitud y Resultados de Estudio Radiológico” (SUA-RA-1), y/o “Solicitud y Resultados de Estudio de Ultrasonido” (SIRA-UL-1), entre otros.</p> <p>¿Autoriza la derechohabiente o usuaria la Interrupción de su Embarazo (ILE)?</p>	20 minutos
	6	<p>No.- Elabora nota, en hoja de “Notas Médicas” (ECNM-4), proporciona indicaciones y da fecha de cita, archiva hoja de “Notas Médicas (ECNM-4) y las solicitudes de estudios de laboratorio y/o gabinete que se le realizaron.</p>	10 minutos
	7	<p>Si.- Elabora dictamen en original y copia, archiva copia, entrega original a la derechohabiente o usuaria y la refiere a otro médico especialista acreditado, para que le realice otro dictamen que fundamente la causal de interrupción del embarazo, (cardiopatía, nefropatía, alteración psiquiátrica, etc.). Elabora nota en hoja de “Notas Médicas” (ECNM-4); entrega copia a la usuaria junto con las solicitudes de estudios de laboratorio y gabinete que se le realizaron.</p>	20 minutos

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	<b>5</b>
<b>De:</b>	<b>7</b>

<b>Procedimiento</b>	5.3 Cuando su continuidad represente grave riesgo para la salud de la embarazada.
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

**5.3.3 Descripción Narrativa**

<b>Unidad Administrativa</b>	<b>No.</b>	<b>Descripción de la Actividad</b>	<b>Tiempo</b>
Médico especialista	8	Recibe derechohabiente o usuaria con copia de nota médica (ECNM-4) y de resultados de estudios de laboratorio y gabinete que se le realizaron, (SUA-LA-1, SUA-RA-1, SIRA-UL-1), entre otros, revisa documentación, interroga y explora a la embarazada, le indica otros estudios si considera pertinente; Emite dictamen en original y copia, archiva esta última y le entrega el original a la usuaria. Elabora nota en hoja de "Notas Médicas" (ECNM-4)	20 minutos
Consulta Externa Segundo Nivel de Atención Médico Gineco-obstetra o Cirujano general.	9	Recibe originales de dictámenes, si son a favor de la interrupción del embarazo, informa a la derechohabiente o usuaria sobre el procedimiento quirúrgico, riesgos y complicaciones, solicita rubrique o imprima huella digital en la hoja de "Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica" (ECIQ-13) y en la de "Consentimiento Informado de la Usuaria para la Interrupción Legal del Embarazo" (ECHA-16.1.1). Integra ambos documentos en el expediente clínico e inicia trámites para la práctica del procedimiento, realiza la interrupción del embarazo. Elabora nota post-quirúrgica en hoja de "Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica" (ECIQ-13) y la integra al Expediente Clínico.	3 días
Director General de Planeación y Coordinación Sectorial	Director General de Servicios Médicos y Urgencias	Directora Ejecutiva de Servicios de Salud	
Dr. Carlos Godínez Cortés	Dr. Arturo Gaytán Becerril	Dra. Ma. de la Luz Aceves Gutiérrez	

**Fin del Procedimiento.**

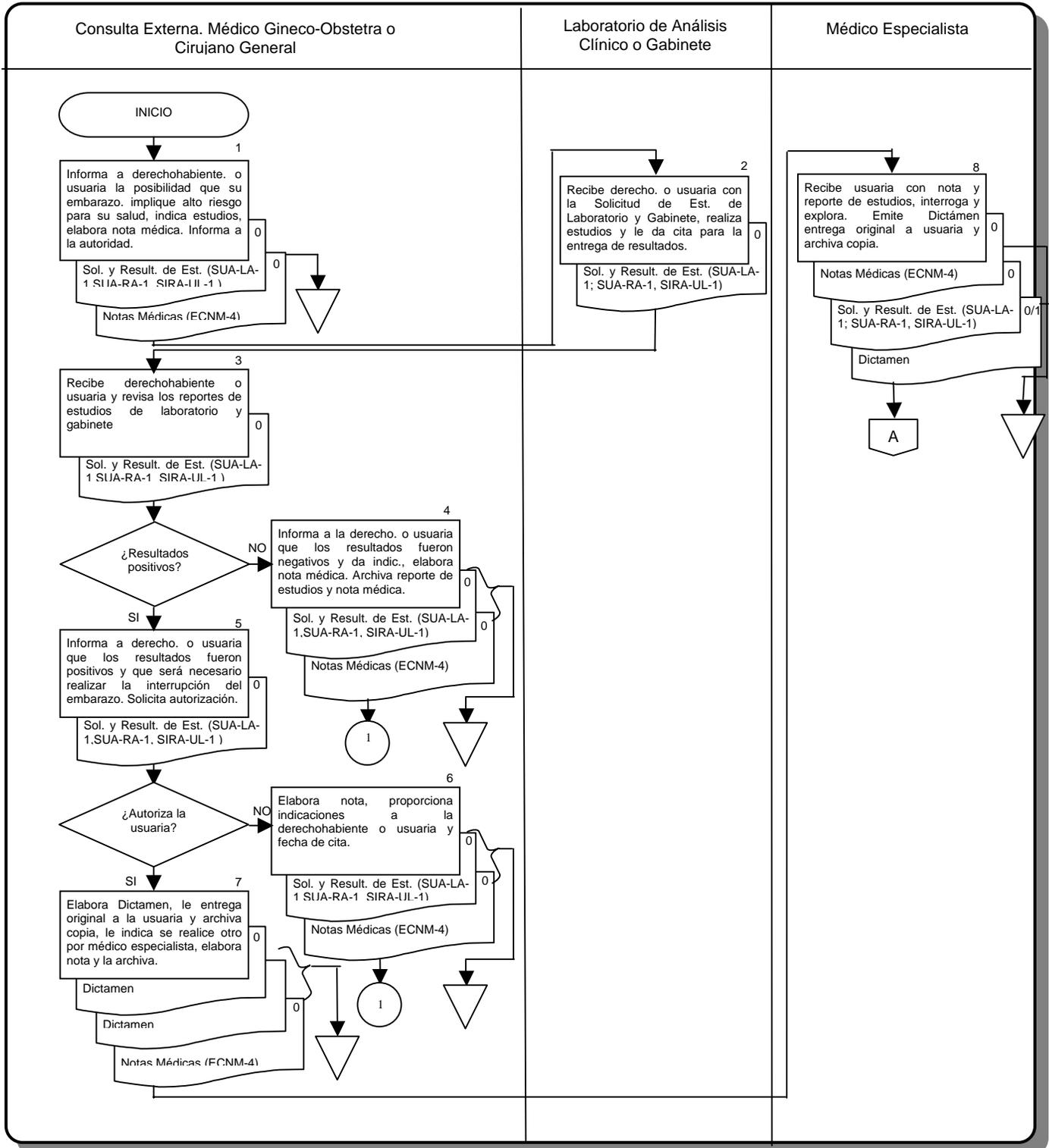
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	6
De:	7

**Procedimiento** 5.3 Cuando su continuidad represente grave riesgo para la salud de la embarazada.

**5.3.4 Diagrama de Flujo**



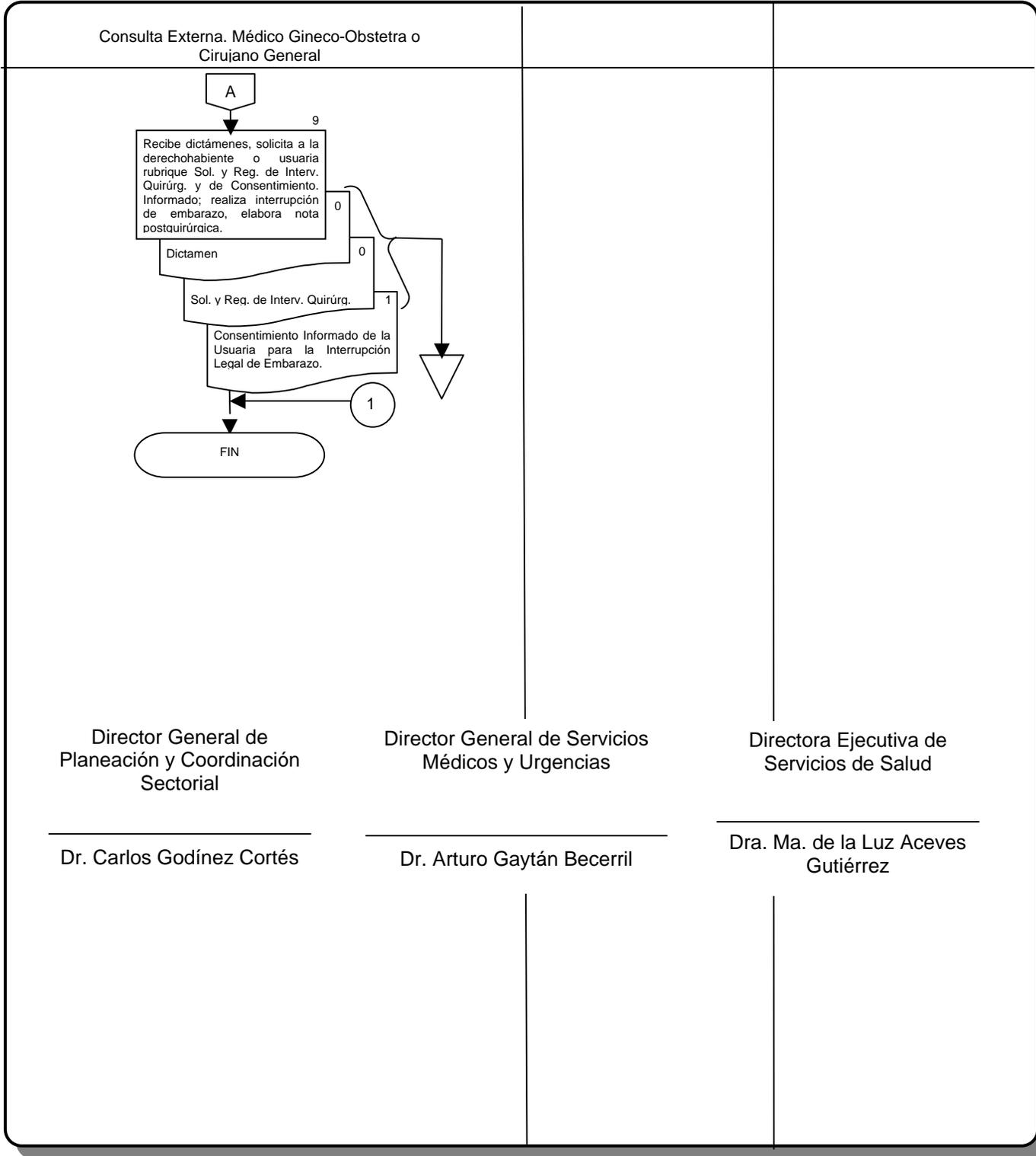
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	7
De:	7

<b>Procedimiento</b>	5.3 Cuando su continuidad represente grave riesgo para la salud de la embarazada.
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

**5.3.4 Diagrama de Flujo**



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	1
De:	7

<b>Procedimiento</b>	5.4 En caso de presunción de que el producto de la gestación presenta graves anomalías genéticas o congénitas.
----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### **5.4.1. Objetivo**

Establecer los lineamientos normativos a los que se apegará la autoridad y el personal médico y paramédico de las unidades hospitalarias, que realice la interrupción legal del embarazo, en caso de diagnóstico de producto de gestación con anomalías genéticas o congénitas graves, que puedan dar como resultado daños físicos o mentales que pongan en riesgo la sobrevivencia del mismo.

#### **5.4.2. Políticas y/o Normas de Operación**

- Todo procedimiento técnico o administrativo que se realice para la interrupción legal del embarazo, deberá partir de la solicitud que realice la derechohabiente o usuaria.
- El médico tratante que atienda a una derechohabiente o usuaria en cuyo embarazo exista posibilidad de anomalías genéticas o congénitas graves, deberá resolver el caso en un máximo de 5 días naturales, proporcionando el dictamen médico a la paciente embarazada y en su caso realizando el procedimiento.
- El médico tratante de una derechohabiente o usuaria que se encuentre en las condiciones como las señaladas en el punto anterior, informará por escrito del caso a la autoridad de la unidad hospitalaria.
- Para realizar el procedimiento de interrupción legal del embarazo, se deberá solicitar a la derechohabiente o usuaria embarazada, los dictámenes emitidos por dos médicos especialistas de la institución o particulares que tengan acreditación vigente. El médico tratante podrá ser quien emita uno de los dictámenes.
- Solo podrán realizar procedimientos para la interrupción legal del embarazo, los médicos con especialidad en gineco-obstetricia o cirugía general, que cuenten con acreditación vigente y que previa consulta con la autoridad hayan decidido realizar este tipo de procedimientos.
- El médico especialista acreditará su especialidad, mediante el documento emitido por una institución que avale el cumplimiento del programa académico.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL  
EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	2
De:	7

<b>Procedimiento</b>	5.4 En caso de presunción de que el producto de la gestación presenta graves anomalías genéticas o congénitas.
----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Para confirmar la existencia de alguna anomalía genética y/o congénita en el producto de la concepción, se podrán realizar, a criterio del médico tratante, exámenes de laboratorio o gabinete que utilicen algunas de las siguientes técnicas:
  - Técnicas de ecografía o similares para el diagnóstico de las malformaciones fetales;
  - Técnicas bioquímicas para el diagnóstico de enfermedades metabólicas;
  - Técnicas de citogenética para el diagnóstico de alteraciones cromosómicas;
  - Técnicas analíticas para el diagnóstico de malformaciones de origen infeccioso.

Director General de  
Planeación y Coordinación  
Sectorial

Dr. Carlos Godínez Cortés

Director General de Servicios  
Médicos y Urgencias

Dr. Arturo Gaytán Becerril

Directora Ejecutiva de  
Servicios de Salud

Dra. Ma. de la Luz Aceves  
Gutiérrez

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	3
De:	7

<b>Procedimiento</b>	5.4 En caso de presunción de que el producto de la gestación presenta graves anomalías genéticas o congénitas.
----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.4.3 Descripción Narrativa**

Unidad Administrativa	No.	Descripción de la Actividad	Tiempo
Consulta Externa del Segundo Nivel, Médico Gineco-obstetra o Cirujano General.	1	Informa a la embarazada la posibilidad de que el producto de la gestación presente anomalías genéticas o congénitas graves que requieran la interrupción del embarazo, le indica se realice estudios para descartar las anomalías; le entrega "Solicitud y Resultados de Estudios de Laboratorio" (SUA-LA-1), "Solicitud y Resultados de Estudio Radiológico" (SUA-RA-1) y/o "Solicitud y Resultados de Estudio de Ultrasonido" (SIRA-UL-1), entre otros, elabora nota en hoja de "Notas Médicas" (ECNM-4); Cita a la embarazada para conocer los resultados. Informa a la autoridad de la unidad médica.	20 minutos
Laboratorio de Análisis Clínicos y/o Gabinete de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	2	Recibe derechohabiente o usuaria embarazada con "Solicitud y Resultados de Estudios de Laboratorio" (SUA-LA-1), "Solicitud y Resultados de Estudio Radiológico" (SUA-RA-1) y/o "Solicitud y Resultados de Estudio de Ultrasonido" (SIRA-UL-1), entre otros; realiza estudios y entrega reporte de resultados a la paciente.	10-60 minutos
Consulta Externa del Segundo Nivel, Médico Gineco-obstetra o Cirujano General	3	Recibe a la embarazada y revisa los reportes de estudios de laboratorio y/o gabinete. Los cuales se anexan al expediente clínico.	10 minutos
		¿Los resultados fueron positivos, demuestran patología fetal genética grave?	
	4	No.- Comunica a la paciente que los resultados fueron negativos y le da indicaciones para continuar el control del embarazo. Registra la información en "Hoja de Notas Médicas" (ECNM-4). Archiva los reportes de los estudios de laboratorio y gabinete que se le realizaron (SUA-LA-1,	20 minutos

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	4
De:	7

<b>Procedimiento</b>	5.4 En caso de presunción de que el producto de la gestación presenta graves anomalías genéticas o congénitas.
----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.4.3 Descripción Narrativa**

Unidad Administrativa	No.	Descripción de la Actividad	Tiempo
		SUA-RA-1, SIRA-UL-1), entre otros.	
	5	Si.- Comunica a la embarazada que se concluyó el diagnóstico presuncional de producto gestacional con graves anomalías genéticas o congénitas, informa sobre el procedimiento quirúrgico, riesgos y complicaciones y se le solicita autorización para realizar la interrupción del embarazo; elabora nota en hoja de "Notas Médicas" (ECNM-4); archiva los reportes de los estudios que se le realizaron a la derechohabiente o usuaria (SUA-LA-1, SUA-RA-1, SIRA-UL-1), entre otros.  ¿ Autoriza la derechohabiente o usuaria?	20 minutos
	6	No.- Elabora nota, en hoja de "Notas Médicas" (ECNM-4) y da indicaciones a la paciente, proporciona cita.	10 minutos
	7	Si.- Elabora dictamen médico en original y copia, archiva copia y entrega original a la derechohabiente o usuaria; refiere a otro médico especialista acreditado de la institución o particular para que valore la probabilidad de interrupción del embarazo y en su caso, le realice otro dictamen. Entrega nota médica a la usuaria (ECNM-4) y los reportes de estudios que se le realizaron (SUA-LA-1, SUA-RA-1, SIRA-UL-1), entre otros.	20 minutos
Médico especialista	8	Recibe derechohabiente o usuaria con copia de nota médica (ECNM-4) y Reporte de Estudios de Laboratorio y Gabinete (SUA-LA-1, SUA-RA-1, SIRA-UL-1), entre otros, los analiza, interroga y explora a la usuaria,	30 minutos a 3 días

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	5
De:	7

<b>Procedimiento</b>	5.4 En caso de presunción de que el producto de la gestación presenta graves anomalías genéticas o congénitas.
----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.4.3 Descripción Narrativa**

Unidad Administrativa	No.	Descripción de la Actividad	Tiempo
<p>Consulta Externa del Segundo Nivel, Médico Gineco-obstetra o Cirujano General.</p>	9	<p>solicita otros estudios en caso de que lo considere pertinente. Emite dictamen en original y copia, archiva esta última y le entrega el original a la derechohabiente o usuaria.</p> <p>Recibe a la derechohabiente o usuaria, revisa los originales de los dictámenes solicitados, si autorizan la realización de la interrupción del embarazo, elabora nota en hoja de "Notas Médicas" (ECNM-4); le solicita rubrique o imprima su huella digital en la hoja de "Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica" (ECIQ-13) y en la de "Consentimiento Informado de la Usuaria para la Interrupción Legal del Embarazo" (ECHA-16.1.1). Integra los documentos al expediente clínico. Inicia trámites para la práctica del procedimiento. Realiza la interrupción del embarazo. Elabora nota post-quirúrgica en hoja de "Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica" (ECIQ-13) y la integra al expediente clínico.</p> <p><b>Fin del Procedimiento.</b></p>	3 días
<p>Director General de Planeación y Coordinación Sectorial</p> <hr/> <p>Dr. Carlos Godínez Cortés</p>	<p>Director General de Servicios Médicos y Urgencias</p> <hr/> <p>Dr. Arturo Gaytán Becerril</p>	<p>Directora Ejecutiva de Servicios de Salud</p> <hr/> <p>Dra. Ma. de la Luz Aceves Gutiérrez</p>	

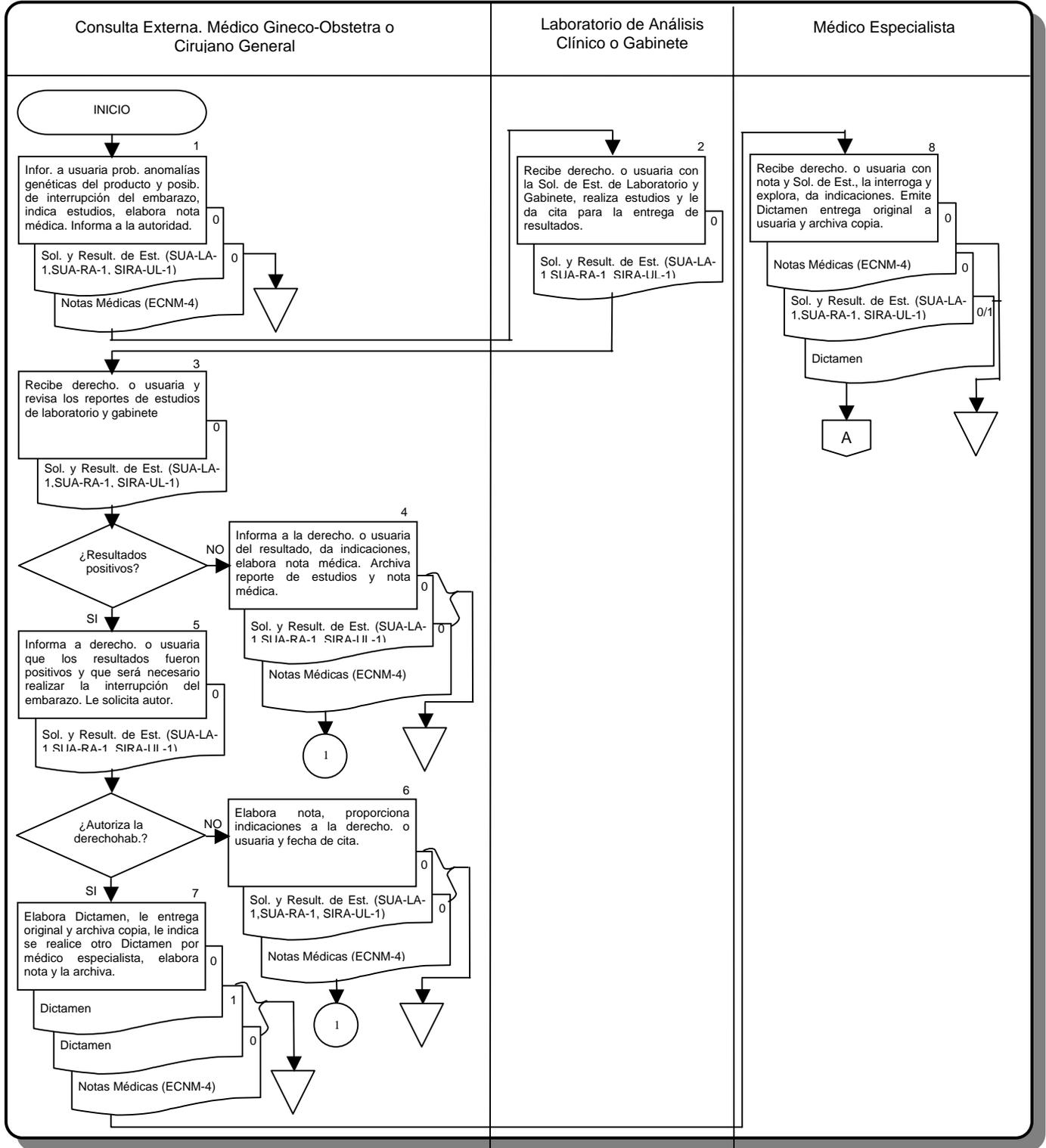
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	<b>6</b>
<b>De:</b>	<b>7</b>

**Procedimiento** 5.4 En caso de presunción de que el producto de la gestación presenta graves anomalías genéticas o congénitas.

**5.4.4 Diagrama de Flujo**



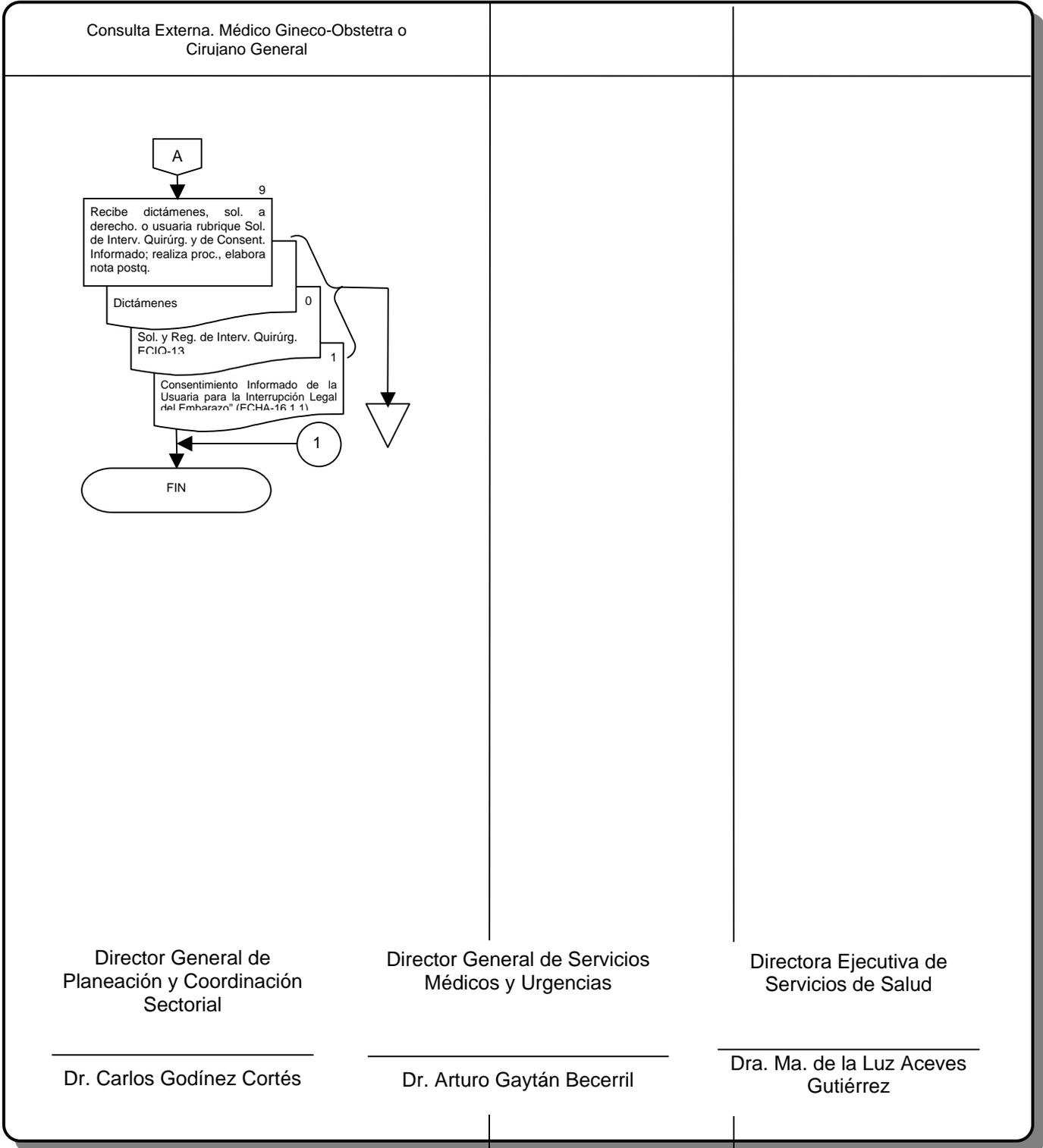
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	7
De:	7

<b>Procedimiento</b>	5.4 En caso de presunción de que el producto de la gestación presenta graves anomalías genéticas o congénitas.
----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.4.4 Diagrama de Flujo**



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	1
De:	7

<b>Procedimiento</b>	5.5 Para la atención en el segundo nivel, de la mujer víctima del delito de violación o de inseminación artificial no consentida.
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 5.5.1. Objetivo

Establecer los lineamientos normativos a los que se apegará la autoridad y el personal médico y paramédico de las unidades hospitalarias, para realizar la interrupción del embarazo autorizada por el Ministerio Público cuando la gestación sea resultado de delito de violación o de inseminación artificial no consentida.

### 5.5.2. Políticas y/o Normas de Operación

- Todo procedimiento técnico o administrativo que se realice para la interrupción legal del embarazo, deberá partir de la solicitud que realice derechohabiente o usuaria.
- Para realizar el procedimiento de interrupción legal del embarazo, cuando este sea a consecuencia de delito de violación o inseminación artificial no consentida, se deberá solicitar a la paciente, la autorización de interrupción del embarazo emitida por el Agente del Ministerio Público.
- Solo podrán realizar procedimientos para la interrupción legal del embarazo, los médicos con especialidad en gineco-obstetricia o cirugía general que cuenten con acreditación vigente.
- El médico especialista acreditará su especialidad, mediante el documento emitido por una institución que avale el cumplimiento del programa académico.
- Cuando el embarazo sea producto de un acto de violación o inseminación artificial no consentida, no denunciado ante el Agente del Ministerio Público y la gestante se presente a la unidad médica a solicitar la interrupción del embarazo, el médico tratante deberá enviar a la paciente a la Agencia del Ministerio Público Especializada en Delitos Sexuales que le quede más cercana para que presente la denuncia correspondiente y solicite autorización para la interrupción legal del embarazo.
- A toda derechohabiente o usuaria que se presente a la unidad médica a solicitar interrupción legal del embarazo, por la causa mencionada en el párrafo anterior, el médico tratante, según criterio clínico, le solicitará se realice la prueba diagnóstica de embarazo, antes de enviarla a la Agencia del Ministerio Público.
- Toda derechohabiente o usuaria que acuda a la unidad hospitalaria a solicitar interrupción legal del embarazo y lleve consigo autorización del Agente del

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	2
De:	7

Procedimiento	
	5.5 Para la atención en el segundo nivel, de la mujer víctima del delito de violación o de inseminación artificial no consentida.

Ministerio Público, el médico tratante le resolverá su situación en un máximo de 5 días hábiles, contados a partir de la fecha de la primera consulta.

- Todo médico gineco-obstetra que atienda mujeres embarazadas con las características citadas en el punto anterior, deberá informar por escrito del caso a la autoridad de la unidad hospitalaria.
- La ubicación de las Agencias de Delitos Sexuales son las siguientes:
  - Fiscalía Central de Investigación para Delitos Sexuales, Calle Gral. Gabriel Hernández # 56, 1er piso, Col. Doctores, C. P. 06720, Del. Cuauhtémoc, Teléfonos: 53 46 81 10, 53 46 81 02 y 53 46 81 03, Fax: 53 46 82 02.
  - Agencia Primera de Delitos Sexuales FDS-01, Calle Amberes # 54, Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc, Teléfono: 53 45 53 99.
  - Agencia Segunda de Delitos Sexuales FDS-02, Calle Gral. Gabriel Hernández # 56, 1er piso, Col. Doctores, C. P. 06720, Del. Cuauhtémoc, Teléfonos: 53 46 81 16.
  - Agencia Tercera de Delitos Sexuales FDS-03, Av. Fray Servando Teresa de Mier y Eje 3 Oriente (Fco. del Paso y Troncoso), Col. Jardín Balbuena, Delegación Venustiano Carranza, Teléfonos: 53 45 58 32.
  - Agencia Cuarta de Delitos Sexuales FDS-04, Cerrada Sur de los 100 metros s/n, Col. Nueva Vallejo, Delegación Gustavo A. Madero, Teléfono: 57 19 63 41.
  - Agencia Quinta de Delitos Sexuales FDS-05, Telecomunicaciones s/n, Col. Tepalcates, Delegación Iztapalapa, Teléfono: 53 45 56 56.
  - Agencia Sexta de Delitos Sexuales FDS-06, Calle Gral. Gabriel Hernández # 56, 1er piso, Col. Doctores, C. P. 06720, Del. Cuauhtémoc, Teléfonos: 53 46 81 16.

Director General de  
Planeación y Coordinación  
Sectorial

Director General de Servicios  
Médicos y Urgencias

Directora Ejecutiva de  
Servicios de Salud

Dr. Carlos Godínez Cortés

Dr. Arturo Gaytán Becerril

Dra. Ma. de la Luz Aceves  
Gutiérrez

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>01</b>	<b>Feb.</b>	<b>2008</b>

<b>Página:</b>	<b>3</b>
<b>De:</b>	<b>7</b>

<b>Procedimiento</b>	5.5 Para la atención en el segundo nivel, de la mujer víctima del delito de violación o de inseminación artificial no consentida..
----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.5.3 Descripción Narrativa**

<b>Unidad Administrativa</b>	<b>No.</b>	<b>Descripción de la Actividad</b>	<b>Tiempo</b>
Consulta Externa del Segundo Nivel. Médico Gineco-obstetra o Cirujano General.	1	Recibe derechohabiente o usuaria, víctima de violación o de inseminación artificial no consentida, interroga sobre el tiempo transcurrido desde acontecido el ilícito.  ¿La violación o inseminación artificial no consentida tiene más de 72 hrs.?	10 minutos
	2	No. Informa y otorga, en su caso, tratamiento de anticoncepción de emergencia, informa sobre riesgos de enfermedades de transmisión sexual e indica medidas de prevención y tratamiento; proporciona cita para valoración clínica y resultado de tratamiento; elabora nota en hoja de "Notas Médicas", (ECNM-1). Sugiere denunciar el hecho ante el Agente del Ministerio Público Especializado en Delitos Sexuales.	20 minutos
	3	Sí. Le proporciona, según criterio médico y con carácter de urgente, la solicitud de prueba diagnóstica de embarazo en la "Solicitud y Resultados de Estudios de Laboratorio (SUA-LA-1); informa sobre riesgos de enfermedades de transmisión sexual e indica medidas de prevención y tratamiento; elabora nota en hoja de "Notas Médicas", (ECNM-4). Sugiere denunciar ante el Agente del Ministerio Público Especializado en Delitos Sexuales. Informa a la autoridad del hospital.	20 minutos
Laboratorio de Análisis Clínicos	4	Recibe usuaria con "Solicitud y Resultados de Estudios de Laboratorio" (SUA-LA-1), realiza estudios de manera urgente y entrega resultados a la usuaria.	1 día

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página: 4

De: 7

<b>Procedimiento</b>	5.5 Para la atención en el segundo nivel, de la mujer víctima del delito de violación o de inseminación artificial no consentida..
----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.5.3 Descripción Narrativa**

Unidad Administrativa	No.	Descripción de la Actividad	Tiempo
Consulta Externa del Segundo Nivel. Médico Gineco-obstetra o Cirujano General.	5	Recibe derechohabiente o usuaria con resultados de prueba inmunológica de embarazo(PIE) (SUA-LA-1), los revisa.  ¿La PIE fue positiva?	10 minutos
	6	No. Informa del resultado a la derechohabiente o usuaria; sugiere denunciar el hecho ante el Agente del Ministerio Público. Elabora nota en hoja de "Notas Médicas". (ECNM-1). Archiva "Solicitud y Resultado de Estudios de Laboratorio" (SUA-LA-1).	20 minutos
	7	Sí. Informa a la derechohabiente o usuaria del resultado y si es su voluntad acudir al Ministerio Público a denunciar la violación o la inseminación artificial no consentida y solicitar autorización para interrumpir el embarazo, informa sobre el procedimiento quirúrgico, riesgos y complicaciones; le entrega "Solicitud y Resultado de Estudios de Laboratorio" (SUA-LA-1). Elabora nota en hoja de "Notas Médicas" (ECNM-4).	20 minutos
Agencia del Ministerio Público.	8	Recibe derechohabiente o usuaria con resultado de prueba diagnóstica de embarazo (SUA-LA-1), revisa documentación, inicia averiguación previa y en máximo de 72 hrs. proporciona autorización.	3 días



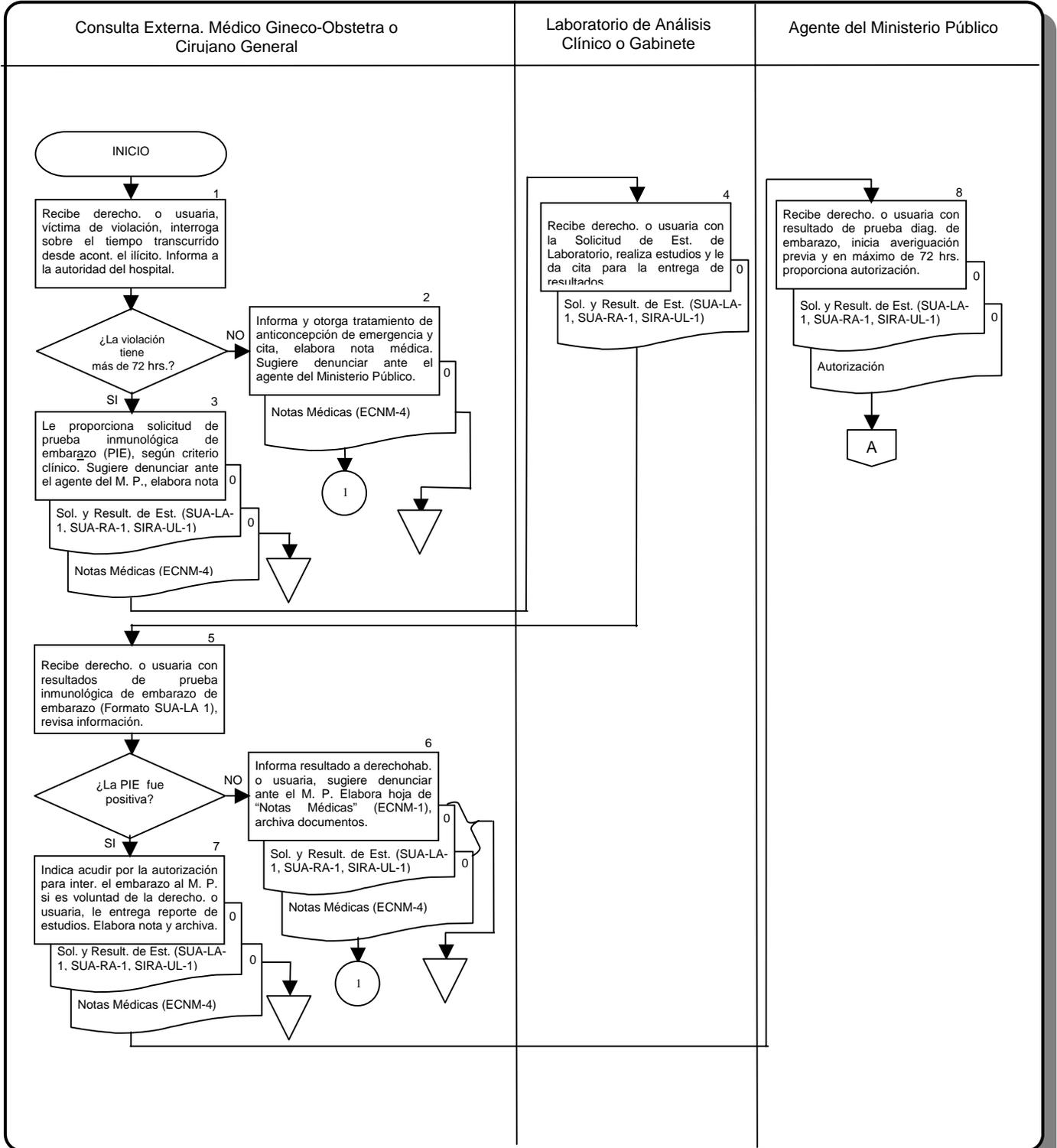
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>01</b>	<b>Feb.</b>	<b>2008</b>

<b>Página:</b>	<b>6</b>
<b>De:</b>	<b>7</b>

**Procedimiento** 5.5 Para la atención en el segundo nivel, de la mujer víctima del delito de violación o de inseminación artificial no consentida.

**5.5.4 Diagrama de Flujo**

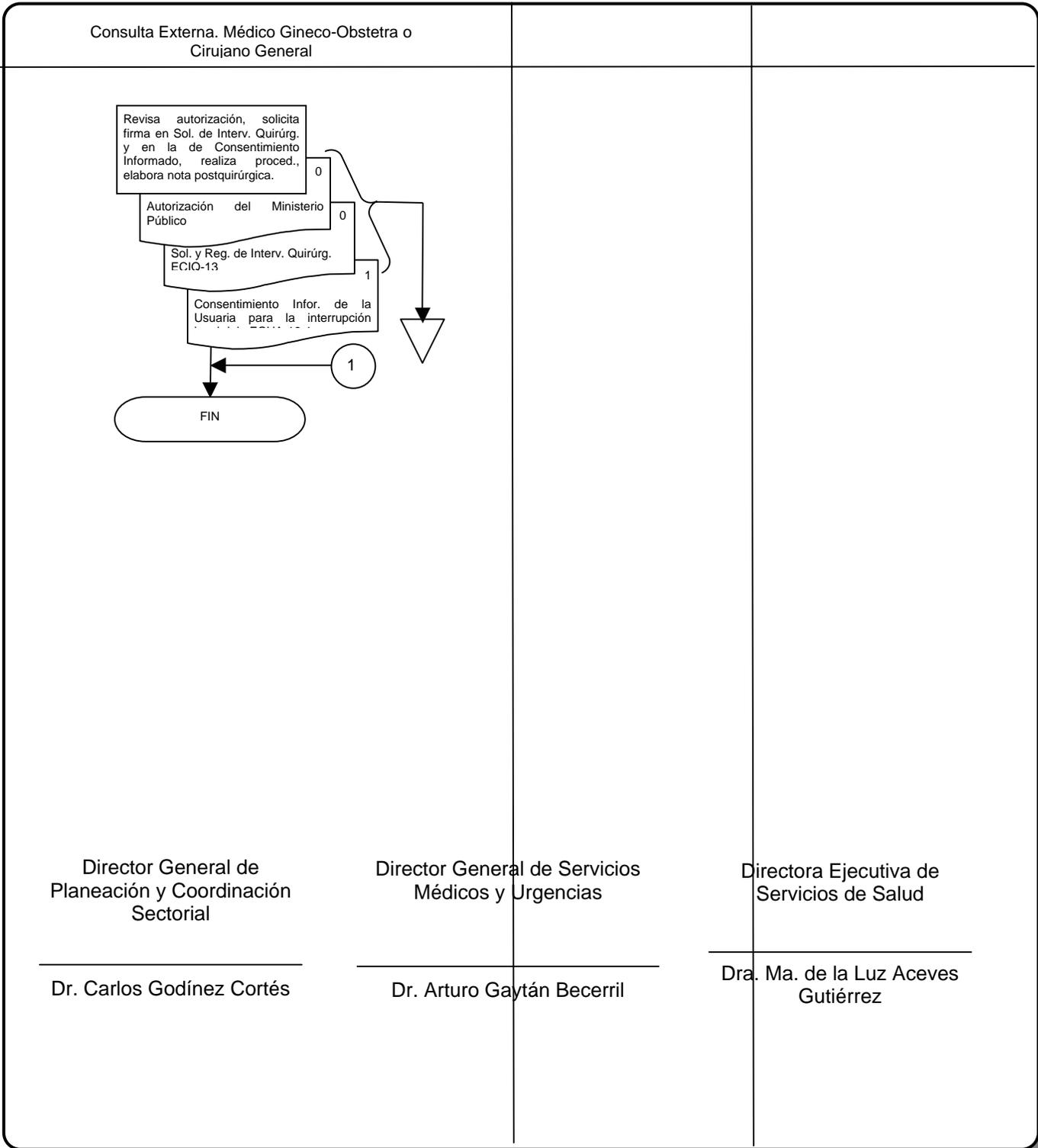


**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
01	Feb.	2008
<b>Página:</b>		7
<b>De:</b>		7

<b>Procedimiento</b>	5.5 Para la atención en el segundo nivel, de la mujer víctima del delito de violación o de inseminación artificial no consentida.
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.5.4 Diagrama de Flujo**





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	1
De:	5

<b>Procedimiento</b>	5.6 En caso de urgencia por riesgo inminente para la vida de la embarazada, incluyendo la conducta culposa.
----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 5.6.1. Objetivo

Establecer los lineamientos normativos a los que se apegará la autoridad y el personal médico y paramédico de las unidades hospitalarias, que realice la interrupción legal del embarazo, a causa de urgencia por padecimiento grave de la embarazada que ponga en peligro su vida; así como la atención de un embarazo ya interrumpido por conducta culposa.

### 5.6.2. Políticas y/o Normas de Operación

- Todo procedimiento técnico o administrativo que se realice para la interrupción legal del embarazo, deberá partir de la solicitud que realice la derechohabiente o usuaria.
- Cuando la continuidad del embarazo, implique una urgencia por grave riesgo para la vida de la derechohabiente o usuaria, se obviará el dictamen, para realizar la interrupción del embarazo, previa valoración de la paciente de por al menos dos especialistas, uno de los cuales puede ser de la especialidad de gineco-obstetricia y el otro de la especialidad acorde con la falla orgánica que determine la urgencia.
- En caso de que las condiciones de gravedad de la paciente embarazada ameriten, que como medida terapéutica se realice, urgentemente, la interrupción del embarazo, bastará con el consentimiento informado de la derechohabiente o usuaria, del familiar más cercano en vínculo que la acompañe, o en su caso, por su tutor o representante legal.
- Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad de la paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo anterior, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito en el expediente clínico.
- El personal médico de la unidad hospitalaria, atenderá a la mujer que se presente con un embarazo ya interrumpido, como resultado de alguna conducta culposa o no intencional. Entendiéndose por conducta culposa, la omisión a un deber de cuidado que se debía o podía observar según las circunstancias y condiciones personales. Por ejemplo: las caídas, los accidentes en vehículos, la realización de esfuerzos físicos extraordinarios, entre otros.

Director General de  
Planeación y Coordinación  
Sectorial

Director General de Servicios  
Médicos y Urgencias

Directora Ejecutiva de  
Servicios de Salud

Dr. Carlos Godínez Cortés

Dr. Arturo Gaytán Becerril

Dra. Ma. de la Luz Aceves  
Gutiérrez

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página: 2

De: 5

<b>Procedimiento</b>	5.6 En caso de urgencia por riesgo inminente para la vida de la embarazada, incluyendo la conducta culposa.
----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.6.3 Descripción Narrativa**

Unidad Administrativa	No.	Descripción de la Actividad	Tiempo
Servicio de Urgencias. Médico Gineco-obstetra o Cirujano General	1	Valora a la derechohabiente o usuaria, indica estudios de laboratorio y/o gabinete con carácter de urgente, (SUA-LA-1, SUA-RA-1, SIRA-UL-1), entre otros, integra diagnóstico presuncional de embarazo con riesgo inminente para la vida de la embarazada. Proporciona indicaciones para iniciar tratamiento, solicita las interconsultas que considere necesarias y elabora Historia Clínica de Urgencias. (ECHCU-19) Informa a la autoridad el caso.	30 minutos
Laboratorio de Análisis Clínicos o Gabinete de Estudios.	2	Recibe muestras, realiza estudios de laboratorio o bien a la derechohabiente o usuaria, para realizarle estudios, entrega resultados al médico tratante.	1-3 horas
Servicio de Urgencias. Médico Gineco-obstetra o Cirujano General	3	Revisa resultados de estudios de laboratorio y/o gabinete, establece diagnóstico, solicita interconsulta en caso necesario, elabora nota en hoja de "Notas Médicas" (ECNM-4)	20 minutos
Médico Especialista	4	Acude a urgencias a revisar a la derechohabiente o usuaria y los estudios que le hayan realizado, solicita otros si considera necesario, emite diagnóstico que confirme o descarte la interrupción del embarazo, elabora nota en hoja de "Notas Médicas" (ECNM-4).	20 minutos
Servicio de Urgencias. Médico Gineco-Obstetra o Cirujano General	5	Revisa nota del médico interconsultante y establece conducta a seguir, informa a la derechohabiente, usuaria o familiar sobre la necesidad de interrumpir su embarazo por representar un peligro para su vida, así como del procedimiento quirúrgico, riesgos y complicaciones, solicita autorización.  ¿Autoriza la derechohabiente o usuaria la	10 minutos

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	3
De:	5

<b>Procedimiento</b>	5.6 En caso de urgencia por riesgo inminente para la vida de la embarazada, incluyendo la conducta culposa.
----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.6.3 Descripción Narrativa**

Unidad Administrativa	No.	Descripción de la Actividad	Tiempo
		ILE?	
	6	No.- Refiere a la derechohabiente o usuaria al servicio correspondiente para continuar con su tratamiento, elabora nota en hoja de "Notas Médicas" (ECNM-4).	20 minutos
	7	Si.- Da indicaciones para realizar el procedimiento de interrupción del embarazo y solicita la firma o huella digital de la derechohabiente, usuaria o familiar en la hoja de "Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica" (ECIQ-13) y en la de "Consentimiento Informado de la Usuaria para la interrupción Legal del Embarazo" (ECHA-16.1.1) y las integra al expediente clínico. Selecciona el procedimiento y realiza la interrupción del embarazo. Elabora nota postquirúrgica en la hoja de "Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica" (ECIQ-13) y la integra al Expediente Clínico.	1 – 3 horas
		<b>Fin del Procedimiento.</b>	
Director General de Planeación y Coordinación Sectorial	Director General de Servicios Médicos y Urgencias	Directora Ejecutiva de Servicios de Salud	
Dr. Carlos Godínez Cortés	Dr. Arturo Gaytán Becerril	Dra. Ma. de la Luz Aceves Gutiérrez	

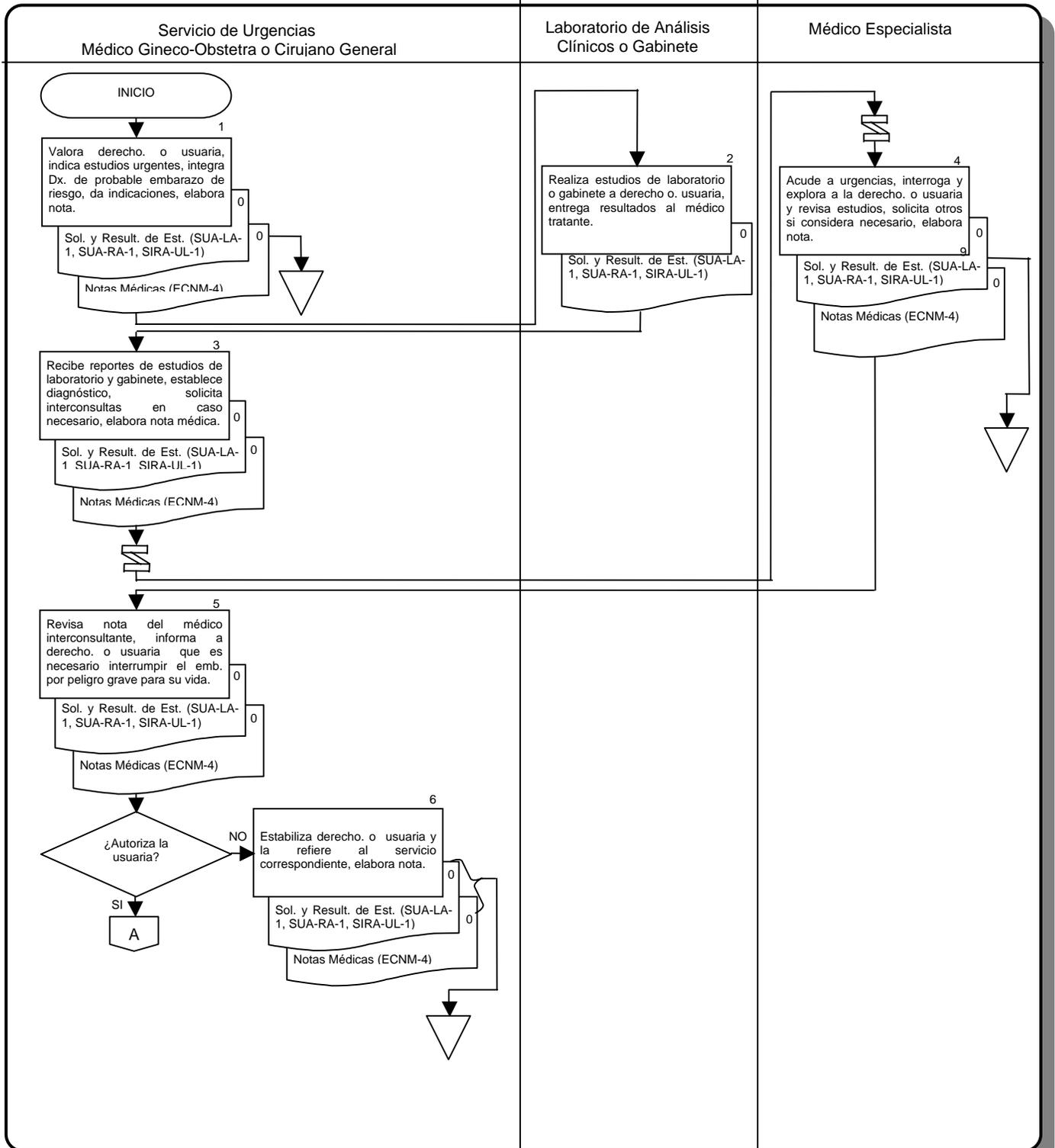
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>01</b>	<b>Feb.</b>	<b>2008</b>

<b>Página:</b>	<b>4</b>
<b>De:</b>	<b>5</b>

**Procedimiento** 5.6 En caso de urgencia por riesgo inminente para la vida de la embarazada, incluyendo la conducta culposa.

**5.6.4 Diagrama de Flujo**



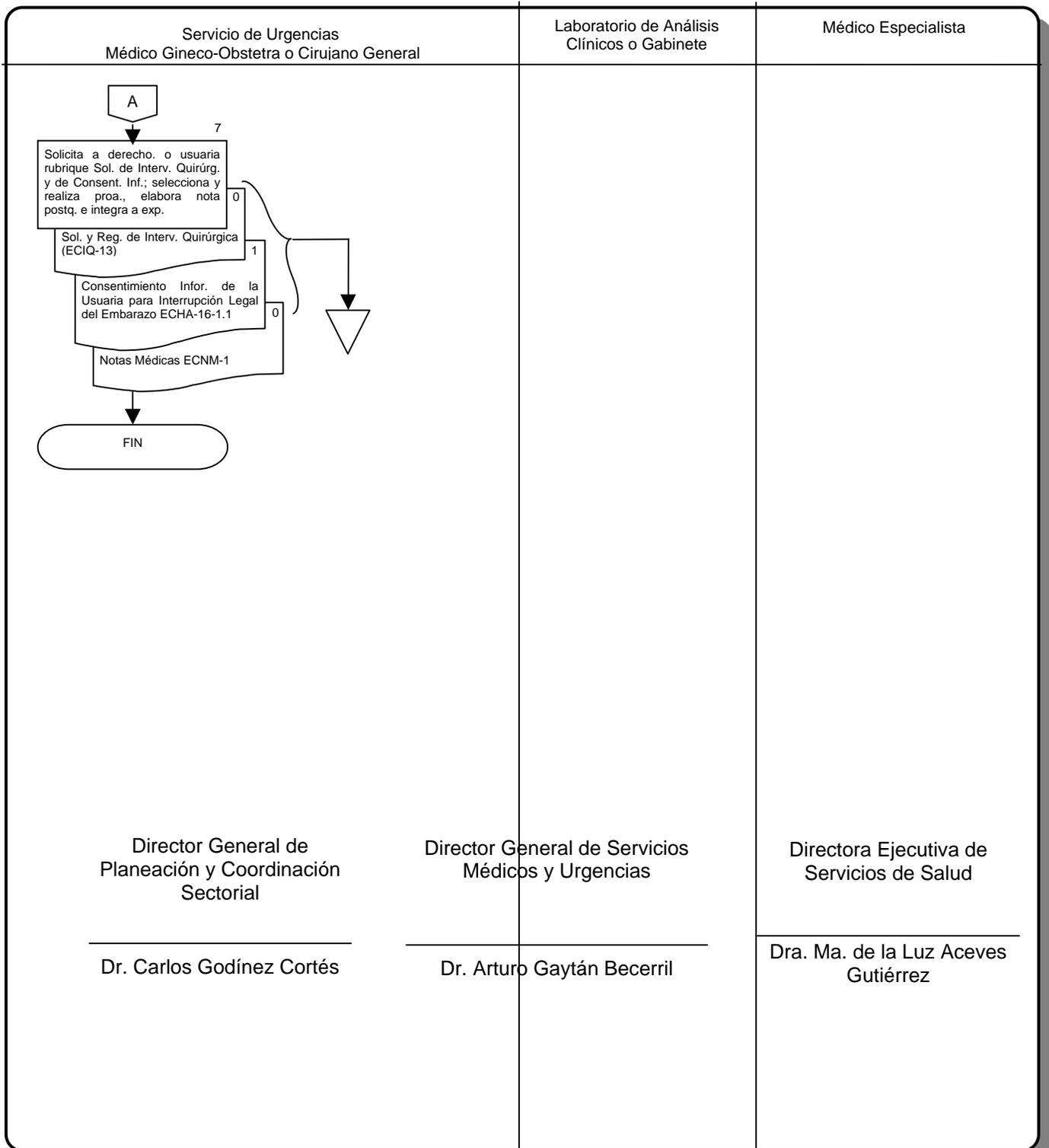
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>01</b>	<b>Feb.</b>	<b>2008</b>

<b>Página:</b>	<b>5</b>
<b>De:</b>	<b>5</b>

<b>Procedimiento</b>	5.6 En caso de urgencia por riesgo inminente para la vida de la embarazada, incluyendo la conducta culposa.
----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.6.4 Diagrama de Flujo**



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	1
De:	5

<b>Procedimiento</b>	5.7 Para la atención de la mujer con embarazo de hasta doce semanas de gestación que solicite la interrupción legal del embarazo, en el primer nivel de atención.
----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 5.7.1. Objetivo del Procedimiento.

Establecer los lineamientos normativos que acatará la autoridad y el personal médico adscrito a la unidad del primer nivel de atención, que atienda a la mujer con embarazo de hasta 12 semanas de gestación que solicite la interrupción legal del embarazo.

### 5.7.2. Políticas y/o Normas de Operación

- El Director de la Unidad Médica, administrador, jefe de epidemiología o responsable en turno de la unidad, asegurará la correcta aplicación de este procedimiento.
- Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal que interviene en el mismo.
- El personal de la unidad médica que reciba a una mujer embarazada que solicite la interrupción de su embarazo de hasta doce semanas de gestación, manifestado por la derechohabiente o usuaria, sin mayor investigación, deberá canalizarla con el director o responsable en turno de la unidad.
- Todo procedimiento para la interrupción legal del embarazo de hasta doce semanas de gestación, deberá partir de la solicitud que realice la derechohabiente o usuaria.
- Las unidades hospitalarias donde se realizan procedimientos médicos o quirúrgicos para la interrupción legal del embarazo, son las siguientes:
  - Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”
  - Hospital General Dr. Enrique Cabrera
  - Hospital General Balbuena
  - Hospital General Dr. Gregorio Salas
  - Hospital General Iztapalapa
  - Hospital General Milpa Alta
  - Hospital General Ticomán
  - Hospital Materno Pediátrico Xochimilco
  - Hospital Materno Infantil Cuajimalpa
  - Hospital Materno Infantil Cuauhtepac
  - Hospital Materno Infantil Inguarán
  - Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras
  - Hospital Materno Infantil Nicolás M. Cedillo
  - Hospital Materno Infantil Tláhuac
  - Hospital Materno Infantil Topilejo



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	2
De:	5

Procedimiento	
	5.7 Para la atención de la mujer con embarazo de hasta doce semanas de gestación que solicite la interrupción legal del embarazo, en el primer nivel de atención.

- El médico que atienda a una mujer que solicite la interrupción de su embarazo de hasta doce semanas de gestación, manifestado por ella y corroborado clínicamente y por laboratorio, referirá con oportunidad, eficacia y eficiencia a la embarazada a un hospital de los citados en la política anterior, en donde se efectúen procedimientos de confirmación diagnóstica y en su caso de interrupción legal del embarazo, con el propósito de que sea valorada por un médico especialista.
- El médico que refiera a mujeres embarazadas de las citadas en el punto anterior, para valoración por el médico especialista, elaborará en original y dos copias la "Hoja de Referencia y Contrarreferencia", e informará de la referencia y entregará la copia al director, administrador, jefe de epidemiología o responsable en turno de la unidad del primer nivel de atención, la cual posteriormente deberá ser integrada al Expediente Clínico de la derechohabiente o usuaria.
- El director, administrador, jefe de epidemiología o responsable en turno de la unidad médica del primer nivel de atención, supervisará que se realicen con oportunidad los trámites administrativos de referencia de la derechohabiente o usuaria embarazada a una unidad del segundo nivel de atención. Así mismo, solicitará a la autoridad de la unidad hospitalaria la contrarreferencia.
- El personal de trabajo social del primer nivel de atención, referirá con prontitud, eficacia, eficiencia y por indicación médica, a la derechohabiente o usuaria para valoración de la interrupción legal de su embarazo, a una unidad médica hospitalaria de las señaladas en la política número cinco de este apartado, con la hoja de Referencia y Contrarreferencia debidamente requisitada por el médico tratante.

Director General de  
Planeación y Coordinación  
Sectorial

Dr. Carlos Godínez Cortés

Director General de Servicios  
Médicos y Urgencias

Dr. Arturo Gaytán Becerril

Directora Ejecutiva de  
Servicios de Salud

Dra. Ma. de la Luz Aceves  
Gutiérrez



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
01	Feb.	2008
<b>Página:</b>		<b>3</b>
<b>De:</b>		<b>5</b>

<b>Procedimiento</b>	5.7 Para la atención de la mujer con embarazo de hasta doce semanas de gestación que solicite la interrupción legal del embarazo, en el primer nivel de atención.
----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.7.3 Descripción Narrativa**

<b>Unidad Administrativa</b>	<b>No.</b>	<b>Descripción de la Actividad</b>	<b>Tiempo</b>
Médico de la Consulta Externa en el Primer Nivel de Atención.	1	Recibe a la derechohabiente o usuaria que solicita la Interrupción Legal del Embarazo, quien manifiesta tener hasta 12 semanas de gestación.	5 minutos
	2	Interroga y explora, le proporciona según criterio, solicitud de prueba inmunológica de embarazo en hoja de "Laboratorio Clínico. Solicitud y Reporte de Resultados" elabora nota en hoja de "Notas de Evolución", que integra al expediente clínico.  ¿La PIE fue positiva?  <b>No</b>	20 minutos
	3	Informa del resultado negativo de la prueba a la mujer embarazada, proporciona consejería sobre salud reproductiva, para que valore el uso de algún método de planificación familiar. Elabora nota en hoja de "Notas de Evolución", archiva "Laboratorio Clínico. Solicitud y Reporte de Resultados".  Pasa al fin del procedimiento	15 minutos
	4	<b>Sí</b> Informa del resultado positivo de la prueba a la mujer embarazada, y que requiere valoración por un médico especialista en el segundo nivel de atención, elabora nota en hoja de "Notas de Evolución" y le entrega "Laboratorio Clínico. Solicitud y Reporte de Resultados".	5 minutos



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
01	Feb.	2008
<b>Página:</b>		<b>4</b>
<b>De:</b>		<b>5</b>

<b>Procedimiento</b>	5.7 Para la atención de la mujer con embarazo de hasta doce semanas de gestación que solicite la interrupción legal del embarazo, en el primer nivel de atención.
----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.7.3 Descripción Narrativa**

Unidad Administrativa	No.	Descripción de la Actividad	Tiempo
Admisión y Archivo Clínico o Módulo de Atención Ciudadana.  (Personal Adscrito)    Director General de Planeación y Coordinación Sectorial    Dr. Carlos Godínez Cortés	5	Llena original y dos copias de la "Hoja de Referencia y Contrarreferencia", entrega el original y una copia a la derechohabiente o usuaria o acompañante; informa del caso a la autoridad de la unidad y le entrega una copia de la referencia, la cual posteriormente será incorporada al expediente clínico de la usuaria.	10 minutos
	6	Informa a la derechohabiente o usuaria que acuda con el original y la copia de la "Hoja de Referencia y Contrarreferencia" al Servicio de Admisión y Archivo Clínico o Módulo de Atención Ciudadana del hospital de referencia, para atención del caso y valoración por el médico especialista.	5 minutos
	7	Recibe a la derechohabiente o usuaria, revisa "Hoja de Referencia y Contrarreferencia" (ECFR-6), y la canaliza para su atención por el servicio de trabajo social.  <i>Conecta con el procedimiento 5.8</i>  <b>Fin del Procedimiento.</b>	15 minutos
		Director General de Servicios Médicos y Urgencias  Dr. Arturo Gaytán Becerril	Directora Ejecutiva de Servicios de Salud  Dra. Ma. de la Luz Aceves Gutiérrez

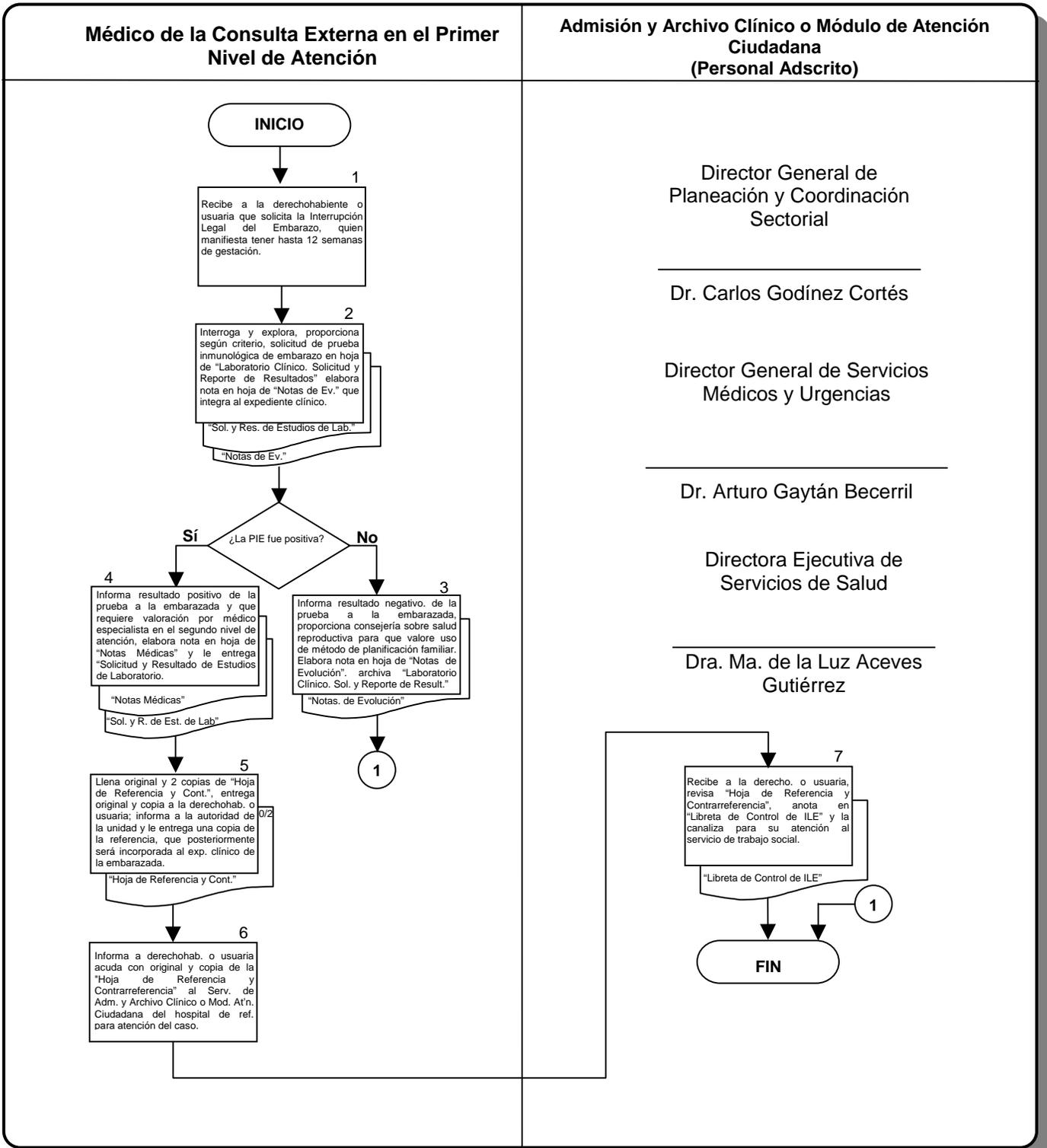
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	5
De:	5

<b>Procedimiento</b>	5.7 Para la atención de la mujer con embarazo de hasta doce semanas de gestación que solicite la interrupción legal del embarazo, en el primer nivel de atención.
----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.7.4 Diagrama de Flujo**



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	<b>1</b>
<b>De:</b>	<b>10</b>

<b>Procedimiento</b>	5.8 Para la atención de la mujer con embarazo de hasta doce semanas de gestación que solicite la interrupción legal del embarazo, en unidades hospitalarias.
----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 5.8.1. Objetivo

Establecer los lineamientos normativos a los que se apegará la autoridad y el personal médico y paramédico de la unidad hospitalaria, que realice la interrupción legal del embarazo de la mujer embarazada de hasta 12 semanas de gestación.

### 5.8.2. Políticas y/o Normas de Operación

- El Director de la unidad hospitalaria es el responsable de asegurar la correcta aplicación de este procedimiento.
- En ausencia del Director de la unidad hospitalaria, el Subdirector, JUD Médico o el asistente de la Dirección, será el responsable de asegurar la correcta aplicación de este procedimiento.
- Este procedimiento es de observancia obligatoria para las Autoridades, Personal Médico, Enfermeras, Gineco-obstetras, Cirujano General y Paramédicos adscritos a las unidades hospitalarias que participan en los procedimientos para la interrupción legal del embarazo.
- La mujer con embarazo de hasta doce semanas de gestación que se presente a la unidad hospitalaria a solicitar la interrupción legal de su embarazo, se integrará al protocolo de atención, para evaluar la edad gestacional y el estado de salud que permitan en su caso realizar dicho procedimiento.
- El personal de la unidad médica que reciba a una mujer embarazada que solicite la interrupción de su embarazo de hasta doce semanas de gestación, manifestado por la derechohabiente o usuaria, sin mayor investigación, deberá canalizarla al Servicio de Admisión y Archivo Clínico o al Módulo de Atención Ciudadana.
- El profesional de la salud que atienda por interrupción legal del embarazo, a una mujer con embarazo de hasta doce semanas de gestación, informará por escrito a la autoridad competente en turno de la unidad hospitalaria.
- El director, subdirector o asistente de la dirección de la unidad hospitalaria, supervisará la adecuada, oportuna, eficaz y eficiente, atención de la mujer con embarazo de hasta doce semanas, de tal manera que se le realice el procedimiento médico o quirúrgico con calidad y calidez, dentro de las 48 hrs. posteriores a la corroboración de la edad gestacional de la derechohabiente o usuaria. En caso de que la unidad no disponga del personal gineco-obstetra o cirujano general no objetor, o de la capacidad resolutive para la adecuada atención de la mujer

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL  
EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	<b>2</b>
<b>De:</b>	<b>10</b>

Procedimiento	
	5.8 Para la atención de la mujer con embarazo de hasta doce semanas de gestación que solicite la interrupción legal del embarazo, en unidades hospitalarias.

embarazada, se referirá a la derechohabiente o usuaria con oportunidad, eficacia, eficiencia y con el formato de Referencia y Contrarreferencia perfectamente requisitado, al hospital no objetor, con la seguridad que será atendida.

- El profesional médico gineco-obstetra o cirujano general, realizará la evaluación de la edad gestacional de la mujer embarazada, mediante diagnóstico clínico y solicitará los siguientes estudios: Solicitud e interpretación cualitativa de hormona gonadotropina coriónica y solicitud e interpretación de ultrasonido diagnóstico para precisar edad gestacional.
- En caso de embarazo de hasta 12 semanas de gestación y con el consentimiento informado de la paciente para la interrupción legal del embarazo, el médico gineco-obstetra o cirujano general solicitará los siguientes estudios: grupo sanguíneo y Rh, biometría hemática completa, glucemia y pruebas de coagulación.
- La interrupción del embarazo en mujeres con hasta 12 semanas de gestación, se realizará mediante técnicas a base de medicamentos, aspiración manual o eléctrica endouterina, o dilatación y curetaje. Se recomienda preferentemente utilizar el misoprostol, en embarazadas de hasta 9 semanas de gestación o 63 días, por fecha de última menstruación o corroborado por ultrasonido.
- Únicamente los médicos gineco-obstetras y los cirujanos generales que realizan la interrupción legal del embarazo, podrán abstenerse de practicar dicho procedimiento, argumentando razones de conciencia, salvo en los casos en que se ponga en riesgo inminente la vida de la mujer embarazada.
- El personal médico, de enfermería y paramédico que asistan al médico gineco-obstetra o al cirujano general en la interrupción legal del embarazo, bajo ninguna circunstancia podrán argumentar objeción de conciencia.
- El profesional médico gineco-obstetra o cirujano general que argumente objeción de conciencia para la interrupción legal del embarazo, tendrá que establecer por escrito y de manera confidencial, los motivos y fundamentos de tal situación, que será valorada por el Comité de Bioética de la unidad hospitalaria.
- El personal médico gineco-obstetra o cirujano general, que realice procedimientos de interrupción legal del embarazo, tendrá certidumbre, cobertura legal y apoyo administrativo en el ejercicio de su profesión respecto de la realización de este procedimiento, por parte de esta Secretaría de Salud.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	<b>3</b>
<b>De:</b>	<b>10</b>

<b>Procedimiento</b>	5.8 Para la atención de la mujer con embarazo de hasta doce semanas de gestación que solicite la interrupción legal del embarazo, en unidades hospitalarias.
----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Se atenderá a la mujer con embarazo de hasta doce semanas de gestación que solicite la interrupción legal del embarazo, independientemente de su nacionalidad o lugar de residencia, y aún cuando disponga de otro servicio de salud público o privado.
- El procedimiento de interrupción legal del embarazo se realizará de forma gratuita a las derechohabientes del acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos asociados del Gobierno del Distrito Federal. En caso de que la solicitante no sea derechohabiente, pero cubra con los requisitos establecidos para tal efecto, el personal de Trabajo Social le informará del procedimiento que tiene que seguir para obtener su registro.
- A las solicitantes que no sean derechohabientes del acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos del Gobierno del Distrito Federal, se les solicitará la cuota de recuperación del procedimiento para la interrupción legal del embarazo, con base en la clasificación socio-económica y considerando lo dispuesto en el Tabulador de Cobro de Derechos por los Servicios Médicos que Presta el Distrito Federal, específicamente la "Clave de Cobro # 52 Legrado", del Servicio de Obstetricia y Ginecología. Para ello, el personal del hospital deberá observar lo establecido en los manuales de procedimientos correspondientes.
- El médico tratante gineco-obstetra o cirujano general, no objetor, realizará la interrupción legal del embarazo, mediante técnica médica o quirúrgica, en un máximo de 48 hrs., a la mujer con embarazo de hasta doce semanas, que lo solicite.
- El médico gineco-obstetra o cirujano general que realice el procedimiento de interrupción legal del embarazo a toda mujer con gestación de hasta 12 semanas, que lo solicite, deberá integrar el expediente clínico de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, incluyendo la Historia Clínica, el Consentimiento Informado de la Usuaría para la Interrupción Legal del Embarazo, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica, así como el Registro para Personas que Solicitan Interrupción Legal del Embarazo (ILE), entre otros.
- El titular de la Jefatura de Trabajo Social del Hospital será el responsable del correcto requisitado del "Formato de Registro para Personas que Solicitan Interrupción Legal del Embarazo (ILE)" (ILE-01-07).
- El personal de trabajo social realizará con prontitud, eficacia, eficiencia y discreción el estudio social, canalizando de manera inmediata a la derechohabiente o usuaria con el médico gineco-obstetra o cirujano general, no objetor.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	<b>4</b>
<b>De:</b>	<b>10</b>

<b>Procedimiento</b>	5.8 Para la atención de la mujer con embarazo de hasta doce semanas de gestación que solicite la interrupción legal del embarazo, en unidades hospitalarias.
----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Es requisito indispensable para la realización del procedimiento de interrupción legal del embarazo que la derechohabiente o usuaria requisiere adecuadamente el formato de "Consentimiento Informado para la Interrupción Legal del Embarazo" (ECHA-16.1.1), entre otros formatos.
- Cuando la mujer embarazada sea menor de edad, el médico tratante, además deberá recabar en el formato "Consentimiento Informado para la Interrupción Legal del Embarazo" (ECHA-16.1.1), la firma o huella digital de consentimiento del padre, madre, quien ejerza la patria potestad, tutor o responsable legal de la derechohabiente o usuaria.
- El personal médico y paramédico que participe o realice procedimientos de interrupción legal del embarazo proporcionará información del caso solamente a la persona interesada, a la persona que ella autorice o a la autoridad del hospital.
- El médico de la unidad hospitalaria que realice el procedimiento de interrupción legal del embarazo a una derechohabiente o usuaria, deberá referirla o contrarreferirla, con la Hoja de Referencia y Contrarreferencia, a la unidad médica del primer nivel de atención que le corresponde para que ahí se continúe con el control médico y consejería reproductiva.
- La enfermera de salud reproductiva, será la responsable de proporcionar la consejería sobre salud sexual y reproductiva, que garantice el uso de un método de planificación familiar por la derechohabiente o usuaria, atendida por Interrupción Legal del Embarazo.
- El diagnóstico de embarazo de la derechohabiente o usuaria se confirmará por medio de la prueba inmunológica de embarazo y por ultrasonido, así como la edad gestacional.
- Bajo criterio médico y sustento técnico, se solicitará la fracción Beta de la Gonadotropina Coriónica Humana, siempre y cuando no sea con el objetivo de retrasar el procedimiento.

Director General de  
Planeación y Coordinación  
Sectorial

Director General de Servicios  
Médicos y Urgencias

Directora Ejecutiva de  
Servicios de Salud

Dr. Carlos Godínez Cortés

Dr. Arturo Gaytán Becerril

Dra. Ma. de la Luz Aceves  
Gutiérrez

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	5
De:	10

<b>Procedimiento</b>	5.8 Para la atención de la mujer con embarazo de hasta doce semanas de gestación que solicite la interrupción legal del embarazo, en unidades hospitalarias.
----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.8.3 Descripción Narrativa**

Unidad Administrativa	No.	Descripción de la Actividad	Tiempo
Admisión y Archivo Clínico o Módulo de Atención Ciudadana.  (Personal Adscrito)	1	Recibe a la derechohabiente o usuaria, quien manifiesta su decisión de interrumpir el embarazo, en caso de referencia del primer nivel de atención, revisa "Hoja de Referencia y Contrarreferencia" (ECFR-6), anota en "Libreta de Control de Interrupción Legal del Embarazo", le indica que debe pasar a Trabajo Social a realizar su trámite. Integra Expediente Clínico de acuerdo al procedimiento establecido, en caso de encontrarse en el Módulo de Atención Ciudadana, la canalizará al Servicio de Admisión y Archivo Clínico para que integren el Expediente Clínico.	15 minutos
Trabajo Social de la Unidad Hospitalaria  (Trabajador (a) Social)	2	Recibe a la derechohabiente o usuaria y le solicita la información para llenar el formato "Registro para Personas que Solicitan Interrupción Legal del Embarazo (ILE)" (ILE-01-07), realiza "Estudio Social" (ECES-17-1).	20 minutos
	3	Informa a la derechohabiente o usuaria que la información que le proporcione será resguardada bajo criterios estrictos de confidencialidad; y le indica que acuda con el Médico Gineco-Obstetra o Cirujano General, no objetor, del servicio de Consulta Externa.	10 minutos
Consulta Externa Segundo Nivel de Atención (Médico Gineco-Obstetra o Cirujano General)	4	Recibe a la derechohabiente o usuaria y en caso de referencia del primer nivel de atención, "Hoja de Referencia y Contrarreferencia" (ECFR-6), la interroga y explora, le indica se realice Prueba Inmunológica de Embarazo, Grupo Sanguíneo y factor Rh, Biometría Hemática completa, Pruebas de Coagulación y Estudio de Ultrasonido para Edad Gestacional, le entrega original de la "Solicitud y Resultados de Estudios de Laboratorio" (SUA-LA-1),	20 minutos

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008
Página:		6
De:		10

<b>Procedimiento</b>	5.8 Para la atención de la mujer con embarazo de hasta doce semanas de gestación que solicite la interrupción legal del embarazo, en unidades hospitalarias.
----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.8.3 Descripción Narrativa**

Unidad Administrativa	No.	Descripción de la Actividad	Tiempo
Laboratorio de Análisis Clínicos y/o Gabinete de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	5	<p>“Solicitud y Resultados de Estudio de Ultrasonido” (SIRA-UL-1), entre otros, proporciona cita para conocer resultados; elabora nota en hoja de “Notas Médicas” (ECMM-4). Informa a la autoridad de la unidad médica.</p> <p><i>Nota: Conecta con los procedimientos que se tengan definidos para la realización de estudios de Laboratorio de Análisis Clínicos y/o Gabinete de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, tanto para los casos de los derechohabientes al acceso gratuito a los servicios médicos del Gobierno del Distrito Federal, como para los usuarios que tengan que cubrir los Derechos por los Servicios Médicos a Usuarios que Reciben Atención Médica en los Hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.</i></p>	10 – 60 minutos
Consulta Externa Segundo Nivel de Atención (Médico Gineco-Obstetra o Cirujano General)	6	<p>Recibe a la derechohabiente o usuaria y revisa el (los) reporte (s) de los estudios de laboratorio y/o gabinete.</p> <p>¿El embarazo es de hasta 12 semanas?</p> <p><b>No</b></p>	10 minutos

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	7
De:	10

<b>Procedimiento</b>	5.8 Para la atención de la mujer con embarazo de hasta doce semanas de gestación que solicite la interrupción legal del embarazo, en unidades hospitalarias.
----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.8.3 Descripción Narrativa**

Unidad Administrativa	No.	Descripción de la Actividad	Tiempo
	7	Informa a la derechohabiente o usuaria que su embarazo es mayor de 12 semanas por lo cual no procede la Interrupción Legal del Embarazo, la refiere o contrarrefiere al centro de salud que le corresponde para continuar con el control prenatal, indica pasar con trabajo social. Elabora nota en hoja de "Notas Médicas" (ECNM-4) y "Hoja de Referencia y Contrarreferencia" (ECFR-6) en original y copia que entrega a la derechohabiente o usuaria, integra al expediente clínico nota médica y "Solicitud y Resultados de Estudios de Laboratorio" (SUA-LA-1) y "Solicitud y Resultados de Estudio de Ultrasonido" (SIRA-UL-1).	20 minutos
Trabajo Social de la Unidad Hospitalaria  (Trabajador (a) Social)	8	Recibe a la derechohabiente o usuaria y le proporciona consejería sobre las alternativas existentes con relación a su embarazo, así como de los programas sociales que proporciona el Gobierno del Distrito Federal.  Pasa al fin del procedimiento	20-30 minutos
Consulta Externa Segundo Nivel de Atención (Médico Gineco-Obstetra o Cirujano General)	9	<b>Sí</b> Informa a la derechohabiente o usuaria la edad de su embarazo, el procedimiento al que va a ser sometida, así como los riesgos y complicaciones asociadas con el mismo, le solicita rubrique o imprima huella digital en "Consentimiento Informado de la Usuaria para la Interrupción Legal del Embarazo" (ECHA-16.1.1), "Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica" (ECIQ-13), integra formatos al expediente clínico. Proporciona consejería sobre salud reproductiva para que valore el uso de un método de planificación familiar y en su caso lo proporciona.	20 minutos

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
01	Feb.	2008
<b>Página:</b>		<b>8</b>
<b>De:</b>		<b>10</b>

<b>Procedimiento</b>	5.8 Para la atención de la mujer con embarazo de hasta doce semanas de gestación que solicite la interrupción legal del embarazo, en unidades hospitalarias.
----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.8.3 Descripción Narrativa**

<b>Unidad Administrativa</b>	<b>No.</b>	<b>Descripción de la Actividad</b>	<b>Tiempo</b>
<p align="center">Director General de Planeación y Coordinación Sectorial</p> <hr/> <p align="center">Dr. Carlos Godínez Cortés</p>	10	<p>Realiza procedimiento de Interrupción del embarazo, Elabora nota post-quirúrgica en hoja de "Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica" (ECIQ-13) y la integra al Expediente Clínico, le proporciona información oral y por escrito sobre los signos de alarma y complicaciones más frecuentes de la técnica utilizada para que ante la presencia de alguno de ellos acuda al servicio de urgencias de la unidad hospitalaria. Proporciona alta cuando las condiciones de salud son estables y cita de control en 7 días.</p> <p align="center"><b>Fin del Procedimiento.</b></p> <p align="center">Director General de Servicios Médicos y Urgencias</p> <hr/> <p align="center">Dr. Arturo Gaytán Becerril</p>	3 horas
		Directora Ejecutiva de Servicios de Salud	
		Dra. Ma. de la Luz Aceves Gutiérrez	

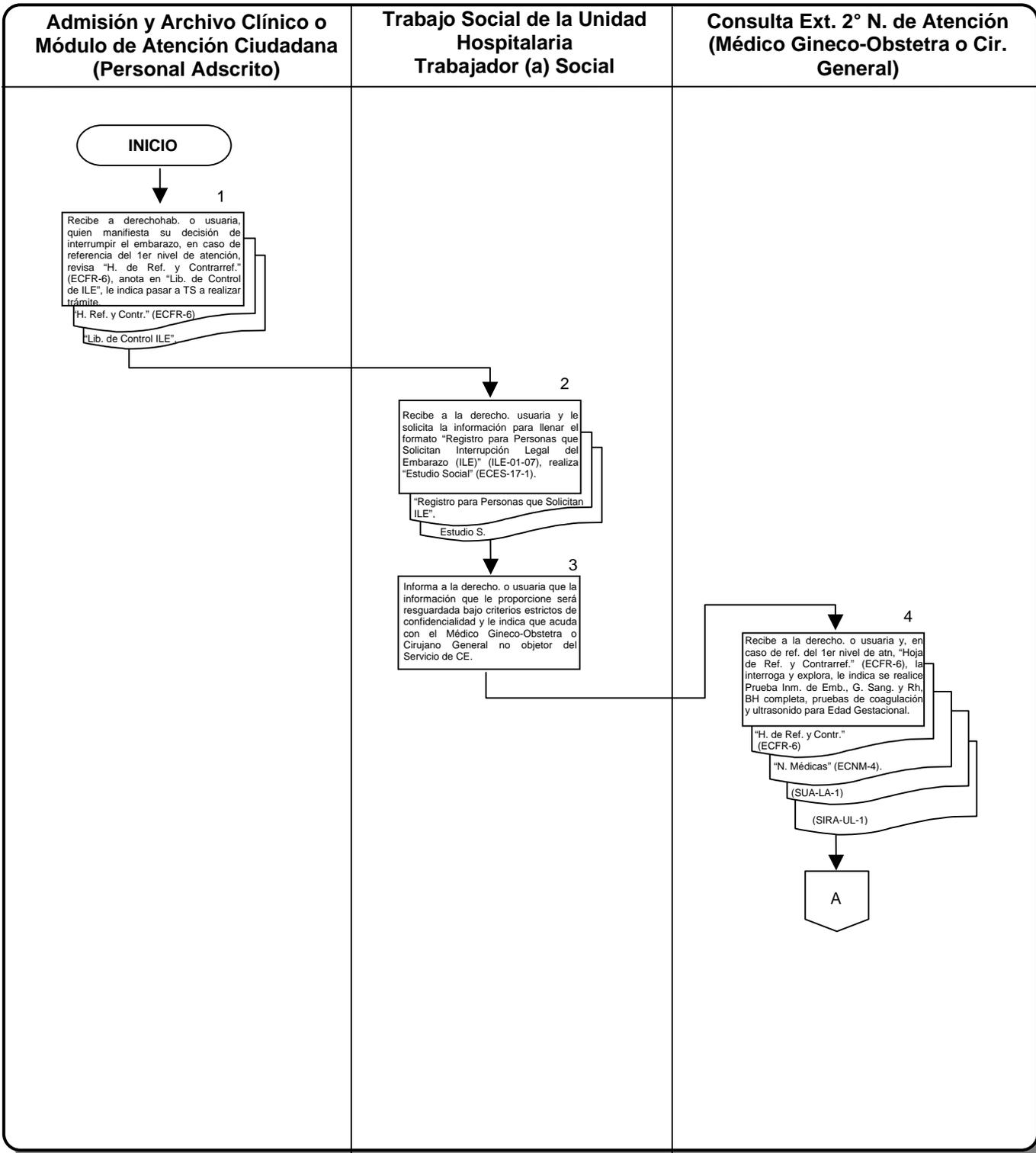
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	9
De:	10

<b>Procedimiento</b>	5.8 Para la atención de la mujer con embarazo de hasta doce semanas de gestación que solicite la interrupción legal del embarazo, en unidades hospitalarias.
----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.8.4 Diagrama de Flujo**



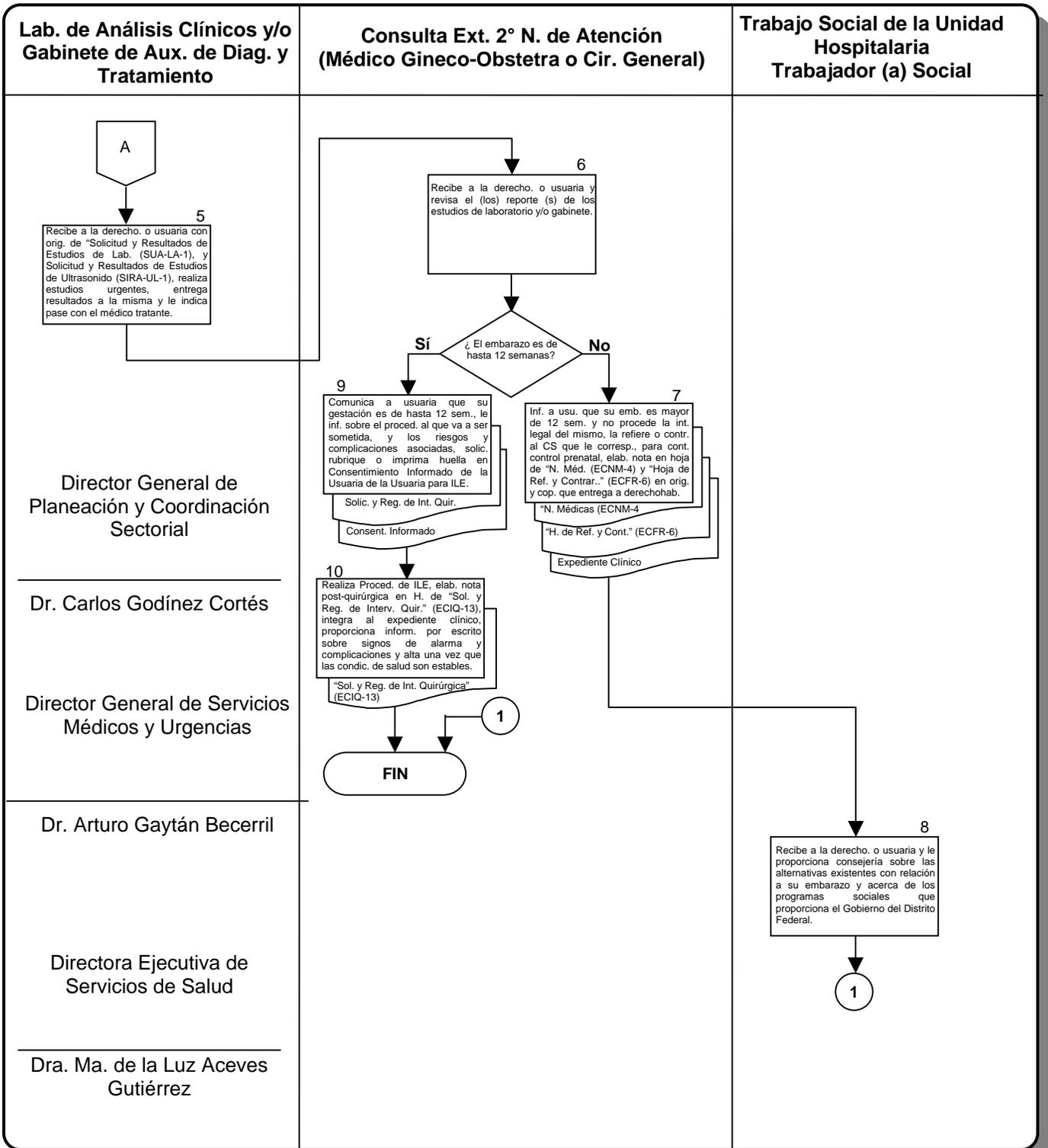
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	10
De:	10

<b>Procedimiento</b>	5.8 Para la atención de la mujer con embarazo de hasta doce semanas de gestación que solicite la interrupción legal del embarazo, en unidades hospitalarias.
----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**5.8.4 Diagrama de Flujo**





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	1
De:	109

**6. FORMATOS E INSTRUCTIVOS**





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

**Página: 3**  
**De: 109**

<b>Formato</b>	6.1 Notas Medicas (ECNM-4)
----------------	----------------------------

**I. PROPOSITO.**

Conocer la evolución del padecimiento, en forma cronológica.

**II. DESCRIPCION DEL FORMATO.**

Consta de tres secciones: la primera de identificación de la unidad médica, la segunda de identificación de la paciente y la tercera, es el cuerpo del formato donde se verterá la información.

**III. MANEJO DEL FORMATO.**

Deberá ser elaborado por el médico tratante, a maquina o en el caso de carencia de este recurso, a mano con letra legible y tinta negra, se anexará al Expediente Clínico después de la Historia Clínica y en orden cronológico.

**IV. FUENTE.**

La paciente, a través de su observación, interrogatorio y exploración. Resultados de estudios.

**V. CONSUMO.**

Se utilizará dependiendo de las necesidades.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	4
De:	109

Formato	6.1 Notas Medicas (ECNM-4)
---------	----------------------------

**6.1.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Unidad Medica	1	El nombre completo de la unidad.
Clave	2	La clave que corresponde a la unidad médica
Nombre	3	El nombre de la paciente comenzando por el apellido paterno, materno y nombre (s).
Numero de Expediente	4	El número de expediente que corresponda a la paciente.
Servicio	5	El nombre del servicio donde se está atendiendo a la paciente.
Cama	6	En caso de ser hospitalizado, el número de cama que ocupa la paciente.
Fecha y Hora	7	El día, el mes y el año en que se está realizando la consulta o la visita a la paciente.
Notas	8	Redacte en forma clara y con lenguaje sencillo; primero el punto de vista subjetivo del paciente, después el aspecto objetivo, o sea lo que usted observó y/o exploró, posteriormente el análisis de los dos aspectos y por último el plan a seguir.  Se puede usar tanto el anverso como el reverso de la hoja (Sistema SOAP).



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página: 5  
De: 109

**Formato** 6.2 Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos (Sua-La-1).

### SOLICITUD Y RESULTADO DE ANALISIS

UNIDAD MEDICA CLINICOS

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO SOLICITANTE \_\_\_\_\_

FECHA		
DIA	MES	AÑO

S  
U  
A  
L  
A  
1

---

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

SEXO   CAMA No. \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO SOLICITANTE  C.F.  URG.  HOSP.  OTRO

SERVICIO \_\_\_\_\_

URGENTE  SI  NO

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_

No. DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

---

**HEMATOLOGICOS**

SERIE ROJA

NUMERO DE MUESTRAS \_\_\_\_\_

HEMOGLOBINA \_\_\_\_\_

HEMATOCRITO \_\_\_\_\_

RETICULOCITOS \_\_\_\_\_

SEDIM GLOBULAR \_\_\_\_\_

GRUPO \_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_\_

PLASMOCITOS \_\_\_\_\_

OTROS (ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_

SERIE BLANCA

NUMERO DE MUESTRAS \_\_\_\_\_

LEUCOCITOS \_\_\_\_\_ mm3

FORMULA LEUCOCITARIA %

LINFO	MONO	EOS	BASO	NEUTRO

HEMOGRAMA DE SCHILLING%

SEGMENT	BANDA	MELOCI	METAMIEL

**BACTERIOLOGICOS**

NUMERO DE MUESTRAS \_\_\_\_\_

EXUDADO (ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_

PLASMODIUM \_\_\_\_\_

BACILOSCOPIA \_\_\_\_\_

DIRECTO \_\_\_\_\_ CONCENTRACION \_\_\_\_\_

BAAR 1 2 3 4

OTROS (ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_

PRUEBAS DE COAGULACION Y HEMOSTASIA

NUMERO DE MUESTRAS \_\_\_\_\_

PLAQUETAS \_\_\_\_\_

TIEMPO DE COAGULACION \_\_\_\_\_

TIEMPO DE PROTROMBINA \_\_\_\_\_

TROMBOPLASTINA PARCIAL \_\_\_\_\_

FIBRINOGENO \_\_\_\_\_

OTROS (ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_

**BIOQUIMICOS**

QUIMICA SANGUINEA

NUMERO DE MUESTRAS \_\_\_\_\_

GLUCOSA \_\_\_\_\_

CREATININA \_\_\_\_\_

UREA \_\_\_\_\_

B.DIR \_\_\_\_\_ Mg.% B.IND \_\_\_\_\_ Mg.%

T.G.O \_\_\_\_\_ U/ml. TGP \_\_\_\_\_ U/ml.

OTROS (ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_

ELECTROLITOS

NUMERO DE MUESTRAS \_\_\_\_\_

SODIO \_\_\_\_\_

POTASIO \_\_\_\_\_

CALCIO \_\_\_\_\_

MAGNESIO \_\_\_\_\_

OTROS (ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_

---

**COPROLOGICOS**

NUMERO DE MUESTRAS \_\_\_\_\_

EXAMEN FISICO \_\_\_\_\_

COLOR \_\_\_\_\_

CONSISTENCIA \_\_\_\_\_

CONCRECIONES \_\_\_\_\_

RESTOS ALIMENTICIOS \_\_\_\_\_

MOCO \_\_\_\_\_

PUS \_\_\_\_\_

SANGRE MACRO \_\_\_\_\_

PARASIT MACRO \_\_\_\_\_

SANGRE MICRO \_\_\_\_\_

EXAMEN PARASITOSCOPIO \_\_\_\_\_

TROFOZOITO \_\_\_\_\_

QUISTE \_\_\_\_\_

HUEVECILLOS \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

**INMUNOLOGICOS**

REACCIONES LUEATICAS

NUMERO DE MUESTRAS \_\_\_\_\_

VDRL \_\_\_\_\_ CUANTITATIVO \_\_\_\_\_

VIDAL \_\_\_\_\_ TIFICO PARATIF \_\_\_\_\_

BRUCELLA ( ANOTAR REACCION ) \_\_\_\_\_

WEILL FELIX \_\_\_\_\_ PROTEUS OXIS \_\_\_\_\_

ANTIESTREPTOLISINAS \_\_\_\_\_

PROTEINA C. REACTIVA \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

OTROS ANALISIS (ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_

No DE LAMINILLAS \_\_\_\_\_

**UROLOGICOS**

EXAMEN GENERAL DE ORINA

NUMERO DE MUESTRAS \_\_\_\_\_

EXAMEN FISICO

CANTIDAD \_\_\_\_\_ COLOR \_\_\_\_\_

P.H. \_\_\_\_\_ DENSIDAD \_\_\_\_\_

ASPECTO \_\_\_\_\_ SEDIMENTO \_\_\_\_\_

ELEMENTOS ANORMALES

GLUCOSA \_\_\_\_\_ ALBUMINA \_\_\_\_\_

C. CETONICOS \_\_\_\_\_ ERITROCITOS \_\_\_\_\_

UROBILINOGENO \_\_\_\_\_ FIG. BILIARES \_\_\_\_\_

CRISTALES \_\_\_\_\_ CILINDROS \_\_\_\_\_

OTRO ( ESPECIFICAR ) \_\_\_\_\_ CEL. EPITELIALES \_\_\_\_\_

**HORMONALES**

NUMERO DE MUESTRAS \_\_\_\_\_

GONADOTROPINAS CORIONICAS (DX. DE EMBARAZO) \_\_\_\_\_

CUANTIF GONODOTROPINAS CORIONICAS EN ORINA DE 24 HORAS \_\_\_\_\_

OTROS EXAMENES (ESPECIFICAR TIPO Y RESULTADOS) \_\_\_\_\_

IMPRESION DIAGNOSTICA \_\_\_\_\_

---

**FECHA NOMBRE DEL QUIMICO QUE REALIZO EL ESTUDIO**



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

**Página: 6**  
**De: 109**

<b>Formato</b>	6.2 Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos (Sua-La-1).
----------------	------------------------------------------------------------

## **I PROPOSITO**

Contar con un documento que sustente las peticiones que se realicen al Laboratorio de Análisis Clínicos, así como una forma para reportar los resultados de estos estudios.

## **II DESCRIPCION DEL FORMATO**

Consta de dos secciones, en la primera se identifica a la unidad médica y el solicitante, y la segunda comprende la información correspondiente a las determinaciones clínicas que se soliciten.

## **II MANEJO DEL FORMATO**

Deberá ser elaborado por la persona solicitante, con letra de molde números arábigos y tinta azul o negra y por la persona que reporte los resultados.

## **IV FUENTE**

La paciente que requiere de estudio de laboratorio.

## **V CONSUMO**

Se utilizará un formato por cada paciente que requiera exámenes de laboratorio.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	7
De:	109

<b>Formato</b>	6.2 Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos (Sua-La-1).
----------------	------------------------------------------------------------

**6.2.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Unidad Medica	1	El nombre de la Unidad Médica en la que se elabora el formato.
Nombre y Firma del Medico Solicitante	2	El nombre del médico que solicita el estudio y firmar la solicitud.
Fecha	3	El número del día, del mes así como las dos últimas cifras de año en que se elabora el formato, cuando el número del día o el mes sea menor a diez anteponga un cero.
Identificación	4	El nombre de la paciente, edad, sexo, número de cama en su caso, tipo de estudio (urgente u ordinario), número de expediente departamento solicitante, servicio y diagnostico presuntivo.
Determinaciones	5	Marque con una "X" el tipo de estudio que esté solicitando.
Laboratorio	6	Una vez que se realicen los estudios, el técnico responsable de la solicitud deberá anotar los resultados en el renglón que corresponda.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	8
De:	109

Formato	6.3 Solicitud y Resultado de Estudio Radiológico (SUA-RA-1).
---------	--------------------------------------------------------------



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL  
Secretaría de Salud

**Solicitud y Resultado de Estudio Radiológico**

SUA-RA-1

UNIDAD MEDICA (1) \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO SOLICITANTE (3) \_\_\_\_\_

FECHA (2) \_\_\_\_\_

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

NOMBRE DEL PACIENTE (4) _____	EDAD (5) _____	No. EXPEDIENTE (6) _____
SEXO (7) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CAMA No. (8) _____	URGENTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (9)
DEPARTAMENTO SOLICITANTE (10) C.E. <input type="checkbox"/> URG. <input type="checkbox"/> HOSP. <input type="checkbox"/> OTRO (11) _____	PROG. GRATUIDAD	
SERVICIO (12) <input type="checkbox"/> M.I. <input type="checkbox"/> CIR. <input type="checkbox"/> G.O. <input type="checkbox"/> PED. <input type="checkbox"/>	No. CEDULA (13) _____	

SOLICITADO	MARQUE "X"	ESPECIFIQUE REGION ANATOMICA	DIAGNOSTICO PRESUNTIVO
CRANEO	(14)	(15)	(16)
TORAX			
ABDOMEN			
COLUMNA			
MIEMBROS SUP.			
MIEMBROS INF.			
OTROS			

PLACAS	(17) 8 X10	(18) 10 X12	(19) 11 X14	(20) 14X14	(21) 14 X17	(22) TOTAL
UTILES						
INUTILES						

TIPO DE ESTUDIO: (23) SIMPLE  MEDIO DE CONTRASTE

MEDIO DE CONTRASTE (24)  ORAL  I.V.  OTRO  DOSIS (25) \_\_\_\_\_

INTERPRETACION Y DIAGNOSTICO RADIOLOGICO (26) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(27) \_\_\_\_\_

FECHA Y NOMBRE DEL MEDICO QUE PRACTICO EL ESTUDIO



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	9
De:	109

**Formato** 6.3 Solicitud y Resultado de Estudio Radiológico (SUA-RA-1).

## PROPÓSITO

Disponer de un documento en donde se realice la solicitud de estudios radiológicos de las derechohabientes o usuarias atendidas en las unidades médicas de esta Secretaría de Salud, y a la vez se anoten los resultados.

## II DESCRIPCION DEL FORMATO

Consta de dos secciones, en la primera se solicitan datos acerca de la unidad médica y del médico que solicita los estudios, así como, datos de identificación de la paciente como son el nombre, número de expediente, sexo, número de cama, servicio al que esta ingresado y datos con relación al tipo de estudio y región anatómica en que se realizará el mismo, y el diagnóstico (s) de la derechohabiente o usuaria en la segunda parte se anotarán los datos referentes a la interpretación y diagnóstico del radiólogo.

## III MANEJO DEL FORMATO

Deberá ser llenado por la persona que solicita el estudio (en el anverso) y el reverso por el técnico o radiólogo que reporta, a maquina o en su defecto letra de molde, números arábigos y tinta azul o negra.

## IV FUENTE

El Departamento solicitante.

## V CONSUMO

Se utilizará un formato por cada solicitud de estudio que se realice.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	10
De:	109

<b>Formato</b>	6.3 Solicitud y Resultado de Estudio Radiológico (SUA-RA-1).
----------------	--------------------------------------------------------------

**6.3.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Unidad Médica	1	El nombre de la Unidad Médica que genera la información.
Fecha	2	Con númeos arábigos el día, mes y año (dos últimas cifras) en que solicita el estudio, cuando el día o mes sea menor a diea anteponga un cero.
Nombre y Firma del Médico Solicitante	3	El nombre del médico que solicita el estudio así como su firma.
Nombre del derechohabiente o usuario	4	El nombre completo del derechohabiente o usuario empezando por los apellidos paterno, materno y nombre (s).
Edad	5	La edad en años cumplidos.
No. de Expediente	6	El número de Expediente Clínico asignado al derechohabiente o usuario.
Sexo	7	Marque con una (X) el sexo del derechohabiente o usuario.
Cama No.	8	El número de cama de internamiento en caso de estar hospitalizado el derechohabiente o usuario.
Urgente	9	Marque con una (X) si el estudio es urgente o no.
Departamento Solicitante	10	Marque con una (X) el departamento que solicita el estudio.
Otro	11	El nombre de otro departamento que solicita el servicio.
Servicio	12	Marque con una (X) el servicio que solicita el estudio.
No. de Cédula	13	El número de cédula del derechohabiente o usuario.
<b>Estudio Solicitado</b>		

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	11
De:	109

<b>Formato</b>	6.3 Solicitud y Resultado de Estudio Radiológico (SUA-RA-1).
----------------	--------------------------------------------------------------

**6.3.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Marque "X"	14	Marque con una (X) la región anatómica en estudio.
Especifique Región Anatómica	15	Especifique los detalles de esta región anatómica.
Diagnóstico Presuntivo	16	El diagnóstico presuntivo.
<b>Placas</b>		
8 x 10	17	El número de placas útiles o que no sirvieron según el tamaño.
10 X 12	18	El número de placas útiles o que no sirvieron según el tamaño.
11 X 14	19	El número de placas útiles o que no sirvieron según el tamaño.
14 X 14	20	El número de placas útiles o que no sirvieron según el tamaño.
14 X 17	21	El número de placas útiles o que no sirvieron según el tamaño.
Total	22	El número total de placas útiles o que no sirvieron según el tamaño.
Tipo de Estudio	23	Marque con una (X) sí e simple o con medio de contraste.
Medio de Contraste	24	Marque con una (X) la vía de aplicación del medio de contraste.
Dosis	25	La cantidad del medio de contraste administrada.
Interpretación y Diagnóstico Radiológico	26	Las características encontradas en la placa, así como el diagnóstico que de acuerdo al estudio radiológico se presume.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	12
De:	109

Formato	6.3 Solicitud y Resultado de Estudio Radiológico (SUA-RA-1).
---------	--------------------------------------------------------------

**6.3.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Fecha y Nombre del Médico que Practicó el Estudio	27	La fecha en que se realizaron los estudios y el nombre del médico que los realizó.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página: 13  
De: 109

Formato 6.4 Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

		<b>GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL</b> Secretaría de Salud	(1)																		
			<table border="1"> <tr> <td colspan="3">EDAD:</td> <td colspan="2">SEXO</td> </tr> <tr> <td>AÑOS</td> <td>MESES</td> <td>DÍAS</td> <td>M</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td>(3) URG.</td> </tr> </table>		EDAD:			SEXO		AÑOS	MESES	DÍAS	M	F							
EDAD:			SEXO																		
AÑOS	MESES	DÍAS	M	F																	
				(3) URG.																	
		(2)																			
<b>Sistema de Referencia y Contrarreferencia</b>																					
I. FECHA DE REFERENCIA (4) N° DE CONTROL (5) NOMBRE DEL PACIENTE (6)																					
DOMICILIO DEL PACIENTE (7) MOTIVO DE ENVIÓ (8)																					
DIAGNÓSTICO PRESUNSIONAL (9) UNIDAD A LA QUE SE REFIERE (10)																					
ESPECIALIDAD O SERVICIO (11) CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA (12)																					
NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE (13)																					
NOTA: EL TALÓN ES DE MANEJO EXCLUSIVO DEL PRIMER NIVEL.																					
<b>Hoja de referencia / traslado (17)</b>																					
FECHA (14) N° DE CONTROL (15) CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA (16) URGENCIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																					
II. NOMBRE (18)																					
NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE (19) APELLIDO PATERNO (19) APELLIDO MATERNO (20) NOMBRE (20)																					
N° DE EXPEDIENTE (21) EDAD (22) SEXO (23)																					
III. UNIDAD QUE REFIERE (24)																					
IV. UNIDAD A LA QUE SE REFIERE (25)																					
DOMICILIO (26) SERVICIO AL QUE SE ENVÍA (27)																					
NOMBRE DEL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA (28)																					
V. MOTIVO DE LA REFERENCIA / TRASLADO (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO) (29) T.A. (30) TEMP. (31) F.R. (31)																					
F.C. (32) PESO (33) TALLA (34) ESCALA DE GLASGOW (35)																					
PADECIMIENTO ACTUAL (36)																					
EVOLUCIÓN (37)																					
ESTUDIOS PARACLÍNICOS ANEXAR (38)																					
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (39)																					
(40)		(41)																			
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD		NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE																			





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	15
De:	109

<b>Formato</b>	6.4 Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
----------------	------------------------------------------------

### **I.- PROPOSITO**

Contar con una hoja que contenga los datos en forma concreta y resumida de la paciente que se envía a otra unidad para alguna atención médica además de contener la información de su manejo en dicha dependencia.

### **II.- DESCRIPCION DEL FORMATO**

Para hacer la referencia consta de anverso para hacer la referencia y de reverso para la contrarreferencia.

En la referencia hay 5 secciones:

- 1.- Identificación de la unidad médica que refiere
- 2.- Identificación de la unidad médica a la que se refiere
- 3.- Ficha de identificación
- 4.- Datos clínicos
- 5.- Motivo de envío

En la contrarreferencia hay 2 secciones:

- 1.- Identificación de la unidad médica que remite (contrarreferencia)
- 2.- Manejo de la paciente

### **III. MANEJO DEL FORMATO.**

Se elaborará en original y copia, dejando anotados los mismo datos en la hoja de notas médicas, para dejar asentado el antecedente de la referencia o envío en el expediente.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

**Página: 16**  
**De: 109**

<b>Formato</b>	6.4 Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
----------------	------------------------------------------------

El encargado del llenado del formato será el médico tratante y entregará el documento (original y copia) en un sobre, a la paciente o de ser necesario al familiar, otra copia será entregada al director de la unidad, para los procedimientos considerados en este manual.

El original quedará en la unidad médica donde se haya enviado a la paciente, la copia será remitida a la unidad de adscripción que le corresponda.

#### **IV.- FUENTE**

Los datos para llenar el formato los tomará el médico del expediente clínico.

#### **V. CONSUMO**

Se utilizará un original y dos copias por cada uno de los envíos.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	17
De:	109

Formato	6.4 Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
---------	------------------------------------------------

**6.4.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Edad	1	En el recuadro correspondiente la edad del derechohabiente o usuario en años, meses y días.
Sexo	2	Con una (X) la letra correspondiente al sexo del derechohabiente o usuario.
Urg.	3	Con una (X) si al derechohabiente o usuario se le refiere o contrarrefiere por caso de urgencia.
Fecha de Referencia	4	La fecha iniciando por día, mes y año en la que es referido el derechohabiente o usuario.
No. de Control	5	El número que corresponda a la referencia, como control interno.
Nombre del Paciente	6	El nombre del derechohabiente o usuario iniciando con el apellido paterno, materno y nombre (s).
Domicilio del Paciente	7	La calle, el número exterior e interior, la colonia, código postal y la delegación o municipio donde habita el derechohabiente o usuario.
Motivo de Envío	8	La causa por la cual se refiere al derechohabiente o usuario a otra unidad.
Diagnóstico Presuncional	9	Si el médico no tiene los elementos suficientes para formular un diagnóstico definitivo, expresará el carácter probable del que formule, para ser ratificado o rectificado posteriormente.
Unidad a la que se Refiere	10	El nombre de la unidad operativa a la que va a ser referido el derechohabiente o usuario.
Especialidad o Servicio	11	El nombre de la especialidad o servicio a la que se envía al derechohabiente o usuario para su atención.
Clasificación Socioeconómica	12	La asignada por trabajo social en el estudio socioeconómico realizado al derechohabiente o usuario.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	18
De:	109

Formato	6.4 Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
---------	------------------------------------------------

**6.4.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Nombre del Médico que Refiere	13	El nombre del médico que indica la referencia del derechohabiente o usuario iniciando por el apellido paterno, seguido del materno y nombre (s).
<b>Hoja de Referencia / Traslado</b>		
Fecha	14	El día, mes y año en que se realiza la referencia del derechohabiente o usuario.
No. de Control	15	El número que corresponda a la referencia como control interno.
Clasificación Socioeconómica	16	La asignada por trabajo social con base en el estudio socioeconómico realizado al derechohabiente o usuario.
Urgencia	17	Con una (X) en el recuadro correspondiente, si el motivo de la referencia corresponde o no a una urgencia.
Nombre	18	El nombre del derechohabiente o usuario iniciando con el apellido paterno, materno y nombre (s).
Nombre del Familiar o Responsable	19	El nombre del familiar o responsable del derechohabiente o usuario iniciando con el apellido paterno, materno y nombre (s).
Parentesco	20	La relación que guarda con el derechohabiente o usuario la persona que lo acompaña.
No. de Expediente	21	El número del expediente clínico asignado al derechohabiente o usuario.
Edad	22	La edad del derechohabiente o usuario en años, meses y días cumplidos.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	19
De:	109

Formato	6.4 Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
---------	------------------------------------------------

**6.4.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Sexo	23	La letra correspondiente al sexo del derechohabiente o usuario "F" para femenino y "M" para masculino.
Unidad que Refiere	24	El nombre de la unidad que realiza la referencia del derechohabiente o usuario.
Unidad a la que se Refiere	25	El nombre de la unidad médica donde se envía al derechohabiente o usuario.
Domicilio	26	La calle, el número y la colonia donde se ubica la unidad médica a la cual se refiere al derechohabiente o usuario.
Servicio al que se Envía	27	El nombre del servicio al que se envía al derechohabiente o usuario.
Nombre del Médico que Acepta la Referencia	28	El nombre completo del médico adscrito a la unidad médica a la que fue referido el derechohabiente o usuario y que realiza su recepción.
<b>Motivo de la Referencia / Padecimiento Actual / Traslado (Resumen Clínico del Padecimiento</b>		
TA	29	El registro de la tensión arterial en milímetros de mercurio (mm de Hg) del derechohabiente o usuario.
Temp.	30	El registro de la temperatura corporal en grados centígrados del derechohabiente o usuario.
F:R.	31	El registro de la frecuencia respiratoria en respiraciones por minuto del derechohabiente o usuario.
FC	32	El registro de la frecuencia cardiaca en latidos por minuto del derechohabiente o usuario.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	20
De:	109

Formato	6.4 Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
---------	------------------------------------------------

**6.4.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Peso	33	El peso en kilogramos del derechohabiente o usuario.
Talla	34	La talla en centímetros del derechohabiente o usuario.
Escala de Glasgow	35	El registro de la Escala de Glasgow (valoración del estado de conciencia) del derechohabiente o usuario.
Padecimiento Actual	36	Los síntomas de la patología que presenta el derechohabiente o usuario en orden cronológico, así como los diagnósticos y la terapéutica empleada.
Evolución	37	La evolución secuencial de los signos y síntomas que ha tenido el derechohabiente o usuario desde el inicio del padecimiento.
Estudios Paraclínicos (Anexar)	38	Los estudios que se han practicado al derechohabiente o usuario con motivo del padecimiento actual, anexando los mismos al formato de referencia y contrarreferencia.
Impresión Diagnóstica	39	El diagnóstico establecido con base en los estudios, interrogatorio y datos clínicos con que se envía al derechohabiente o usuario a la unidad médica de referencia.
Nombre y Firma del Responsable de la Unidad	40	El nombre y firma del responsable de la unidad.
Nombre y Firma del Médico que Refiere	41	El nombre del médico tratante que indica la referencia del derechohabiente o usuario iniciando con el apellido paterno, materno y nombre (s), así como la firma del mismo.
Visita Domiciliaria		Este apartado corresponde a un talón para ser llenado por personal del primer nivel de atención.
Fecha de Visita	42	La fecha que se programe para la visita domiciliaria al derechohabiente o usuario.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página: 21
De: 109

<b>Formato</b>	6.4 Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
----------------	------------------------------------------------

**6.4.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
		derechohabiente o usuario.
Fecha de Alta	43	La fecha cuando el derechohabiente o usuario fue dado de alta de la unidad médica en donde se le atendió.
Se le Atendió	44	Con una (X) en el espacio correspondiente, si se le proporcionó, o no, atención médica en la unidad médica a la que fue referido el derechohabiente o usuario.
Nombre de la Unidad	45	El nombre de la unidad médica a la que fue referido el derechohabiente o usuario.
¿Porque?	46	En caso de no haber sido atendido, el o los motivos por el cual no se le dio la atención requerida al derechohabiente o usuario.
Observaciones	47	Los datos que considere relevantes el personal que realice la visita domiciliaria, con respecto a la atención recibida por el derechohabiente o usuario.
<b>Hoja de Contrarreferencia</b>		
<b>Unidad Médica que Contrarrefiere</b>		
Nombre	48	El nombre de la unidad médica que atendió al derechohabiente o usuario y que realiza la contrarreferencia.
Servicio	49	El nombre del servicio que otorgó la atención y que indica la contrarreferencia del derechohabiente o usuario.
Padecimiento Actual	50	El padecimiento por el que fue referido el derechohabiente o usuario.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	22
De:	109

<b>Formato</b>	6.4 Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
----------------	------------------------------------------------

**6.4.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Evolución	51	La evolución del padecimiento que presentó el derechohabiente o usuario desde su ingreso.
Estudios Paraclínicos (Anexar)	52	Los estudios que se le practicaron al derechohabiente o usuario durante su estancia en la unidad médica receptora, anexando los mismos al formato de referencia y contrarreferencia.
Diagnóstico de Ingreso	53	El diagnóstico con el cual ingresó el derechohabiente o usuario.
Diagnóstico de Egreso	54	El diagnóstico con el cual se da de alta y se contrarrefiere al derechohabiente o usuario.
Recomendaciones para el Manejo del Paciente en su Unidad de Adscripción	55	Las indicaciones médicas y recomendaciones que deben seguirse en la unidad de adscripción para continuar con el manejo del derechohabiente o usuario.
Debe Regresar	56	Con un si o un no, según sea la indicación de continuar la revisión del caso, establecida por la unidad médica receptora.
Fecha	57	La fecha en la que el derechohabiente o usuario deba regresar para su revisión a la unidad médica receptora.
En Caso de Duda Comunicarse con el Médico que Envía al Teléfono	58	El número telefónico donde se puede localizar al personal médico o paramédico, de acuerdo con el motivo de la duda.
Nombre y Firma del Médico Tratante	59	El nombre completo del médico responsable de la atención del derechohabiente o usuario durante su estancia en la unidad médica a la que fue referido así como la firma del mismo.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	23
De:	109

Formato	6.4 Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
---------	------------------------------------------------

**6.4.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Nombre y Firma del Responsable de la Unidad	60	El nombre completo del responsable de la unidad hospitalaria que contrarrefiere al derechohabiente o usuario así como la firma del mismo.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.

Table with 3 columns: Día, Mes, Año. Values: 01, Feb., 2008

Table with 2 columns: Página, De. Values: 24, 109

Formato 6.5 Consentimiento Informado de la Usuaría para la Interrupción Legal del Embarazo (ECHA 16-1-1).



SECRETARIA DE SALUD
Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA USUARIA
PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO.

ECHA 16.1.1

UNIDAD MÉDICA (1)

México, D. F., a (2) de del 20

C. DR. (3)

DIRECTOR DEL HOSPITAL (4)

PRESENTE.

La que suscribe (5) por medio del presente,

(NOMBRE DE LA DERECHOHABIENTE, USUARIA O PERSONA RESPONSABLE)

me permito hacer de su conocimiento que he sido debidamente informada por facultativos responsables de este Hospital, que para realizar la interrupción legal del embarazo es necesario realizar el procedimiento de:

(6)

(NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO A REALIZAR)

Queda entendido que se me han explicado ampliamente los riesgos potenciales de dicho procedimiento, los cuales he comprendido con suma claridad, así como el contenido del Art. 103 de la Ley General de Salud que a la letra dice:

"En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista la posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta Ley y otras disposiciones aplicables". No obstante ello, deseo informarle que ACEPTO con pleno conocimiento y toda libertad los riesgos inherentes a mi tratamiento y consecuentemente otorgo mi CONSENTIMIENTO y AUTORIZO a los médicos de este Hospital para que realicen en mi persona los procedimientos médicos y/o quirúrgicos necesarios, entendiéndolo que los mismos van encaminados éticamente al mejoramiento de mi salud.

NOMBRE Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DE LA USUARIA (7)

DIRECCIÓN Y TELÉFONO (8)

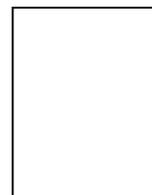
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA USUARIA (9)

DIRECCIÓN Y TELÉFONO (10)

TESTIGOS: (11)

NOMBRE

FIRMA



HUELLA DIGITAL



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	<b>25</b>
<b>De:</b>	<b>109</b>

<b>Formato</b>	6.5 Consentimiento Informado de la Usuaría para la Interrupción Legal del Embarazo (ECHA 16-1-1).
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

## **I. PROPÓSITO**

Contar con documento que respalde legalmente la libertad de acción de la unidad médica para diagnosticar, prescribir el tratamiento respectivo y aplicar los procedimientos médicos y/o quirúrgicos en caso de interrupción legal del embarazo.

## **II. DESCRIPCIÓN DEL FORMATO**

Consta de dos secciones, la primera de identificación de la unidad médica, y la segunda en donde se vertirá la información de la paciente y/o responsable y de los testigos.

## **III. MANEJO DEL FORMATO**

El personal de la oficina de admisión llenará la información referente al ingreso de la paciente.

El personal de trabajo social, será responsable del llenado del formato, recabando las firmas de la paciente y/o responsable y los datos de los testigos.

## **IV. FUENTE**

La paciente o los datos informados por el responsable

## **V. CONSUMO**

Se utilizará un formato original y una copia por cada autorización, el original se integra al expediente clínico y la copia se entrega a la paciente o responsable.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	26
De:	109

<b>Formato</b>	6.5 Consentimiento Informado de la Usuaria para la Interrupción Legal del Embarazo (ECHA 16-1-1).
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

**6.5.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Unidad Médica	1	El nombre de la unidad médica.
Fecha	2	La fecha en el espacio correspondiente, iniciando por el día, mes y año en que se realiza la autorización.
C. Dr.	3	El nombre completo del director del hospital.
Director del Hospital	4	El nombre completo de la unidad hospitalaria.
Nombre de la Derechohabiente o Usuaria o Persona Responsable	5	El nombre completo de la paciente o persona responsable que suscribe el documento.
Nombre del Procedimiento Quirúrgico	6	El nombre completo del procedimiento quirúrgico que se le va a realizar a la derechohabiente o usuaria.
Nombre y Firma o Huella Digital de la Usuaria	7	El nombre completo de la paciente y solicite su firma, o en su caso la huella digital en el espacio del recuadro colocado al extremo derecho del texto.
Dirección y Teléfono	8	La dirección completa y el número telefónico de la derechohabiente o usuaria.
Nombre y Firma del Responsable de la Usuaria	9	El nombre completo de la derechohabiente o usuaria y solicite su firma.
Dirección y Teléfono	10	La dirección completa y el número telefónico del responsable de la derechohabiente o usuaria.
Testigos: Nombre y Firma	11	El nombre completo y solicite la firma de los testigos de la autorización de la usuaria o derechohabiente.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página: 27
De: 109

**Formato** 6.6 Solicitud y Resultado de Estudio de Ultrasonido (SIRA-UL-1).



SECRETARIA DE SALUD  
Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial

**SOLICITUD Y RESULTADO DE ESTUDIO**  
**DE ULTRASONIDO**

FOLIO NO. (3)		

UNIDAD MÉDICA \_\_\_\_\_ (1) CLAVE: \_\_\_\_\_ (4)

FECHA: (2) \_\_\_\_\_

**I. IDENTIFICACIÓN:**

NOMBRE \_\_\_\_\_ (5) No. Es. \_\_\_\_\_ (6)  
 EDAD: \_\_\_\_\_ (7) SEXO: \_\_\_\_\_ (8) No. CAMA \_\_\_\_\_ (9)  
 PROCEDENCIA: (10) CE  HOZ  URGE  APOYO A OTRA UNIDAD   
 SERVICIO: \_\_\_\_\_ (11)

**II. ESTUDIO DE: (12)**

- |                                                 |                                                         |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AORTA ABDOMINAL        | <input type="checkbox"/> PELVICO (MUJER)                |
| <input type="checkbox"/> BRAZO                  | <input type="checkbox"/> OBSTETRICIA                    |
| <input type="checkbox"/> CEREBRO (NEONATO)      | <input type="checkbox"/> VEJIGA URINARIA ÚTERO Y ANEXOS |
| <input type="checkbox"/> CORAZÓN                | <input type="checkbox"/> PÉLVICO HOMBRE                 |
| <input type="checkbox"/> HIGADO Y VÍAS BILIARES | <input type="checkbox"/> PRÓSTATA VEJIGA URINARIA       |
| <input type="checkbox"/> MAMA (DER) (IZQ)       | <input type="checkbox"/> TESTÍCULO EPIDÍDIMO            |
| <input type="checkbox"/> OJO (DE) (IZQ.)        | <input type="checkbox"/> VESÍCULAS SEMINALES            |
| <input type="checkbox"/> TEJIDOS BLANDOS        | <input type="checkbox"/> OTROS ESPECIFIQUE _____        |

- PUNCIÓN BIOPSIA       ASPIRACIÓN QUISTE       AMNIOCENTESIS

**III. RESUMEN CLINICO: (13)**

---



---



---



---



---

\_\_\_\_\_  
(14)  
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDIO SOLICITANTE



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	28
De:	109

<b>Formato</b>	6.6 Solicitud y Resultado de Estudio de Ultrasonido (SIRA-UL-1).
----------------	------------------------------------------------------------------

**IV. DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS POR ULTRASONIDO (15)**

**V. IMPRESIÓN (ES) DIAGNÓSTICA (S) (16)**

\_\_\_\_\_  
(17)  
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO  
QUE REALIZÓ EL ESTUDIO



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

**Página: 29**  
**De: 109**

<b>Formato</b>	6.6 Solicitud y Resultado de Estudio de Ultrasonido (SIRA-UL-1).
----------------	------------------------------------------------------------------

## **I. PROPOSITO**

Contar con documento para la solicitud y reporte de estudios de ultrasonido de pacientes que son atendidos en las unidades médicas de esta Secretaría de Salud.

## **II. DESCRIPCION DEL FORMATO**

Consta de seis secciones, la primera de identificación de la unidad médica, la segunda en donde se solicitan los datos de identificación de la derechohabiente o usuaria, la tercera para anotar el tipo de estudio solicitado, la cuarta para anotar el resumen clínico, la quinta para la descripción de los datos encontrados en el estudio y la sexta para anotar los diagnósticos presuncionales, producto del estudio.

## **III. MANEJO DEL FORMATO**

Deberá ser llenado por el médico que solicita el estudio (en el anverso) y el reverso por el médico que reporta, a máquina o en su defecto letra de molde, números arábigos y tinta azul o negra.

## **IV. FUENTE**

La paciente, el médico tratante y el que realiza el estudio.

## **V. CONSUMO**

Se utilizará el formato en original.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	30
De:	109

Formato	6.6 Solicitud y Resultado de Estudio de Ultrasonido (SIRA-UL-1).
---------	------------------------------------------------------------------

**6.6.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
<b>ANVERSO</b>		
Unidad Médica	1	El nombre completo de la unidad que solicita el estudio.
Fecha	2	En los espacios correspondientes, el día, mes y año correspondiente al llenado del formato.
Folio	3	El número de folio correspondiente.
Clave	4	La correspondiente a la unidad médica.
Nombre	5	El nombre completo de la derechohabiente o usuaria, iniciando por el apellido paterno, materno y nombre(s).
No. Exp.	6	El número de expediente que le corresponda a la paciente.
Edad	7	La edad en años cumplidos de la derechohabiente o usuaria.
Sexo	8	El sexo de la derechohabiente o usuaria.
No. Cama	9	El número de cama en donde esté internada la derechohabiente o usuaria.
Procedencia	10	Marque con una X el recuadro que indique la procedencia de la derechohabiente o usuaria.
Servicio	11	En la línea en blanco el servicio específico del cual procede la derechohabiente o usuaria.
Estudio de	12	Marque con una X en el recuadro que indique el órgano o zona topográfica en la cual se solicite el estudio de la derechohabiente o usuaria.
Resumen Clínico	13	Los rasgos clínicos relevantes de la derechohabiente o usuaria y por los cuales se indica el estudio.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	31
De:	109

Formato	6.6 Solicitud y Resultado de Estudio de Ultrasonido (SIRA-UL-1).
---------	------------------------------------------------------------------

**6.6.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Nombre y Firma del Médico Solicitante	14	usuaria y por los cuales se indica el estudio. El nombre completo del médico que solicita el estudio y solicite su firma.
<b>REVERSO</b>		
Descripción de los Hallazgos	15	Los datos relevantes encontrados por el médico que practicó el estudio.
Impresión Diagnóstica	16	El o los diagnósticos presuncionales a los cuales llegó el médico que realizó el estudio.
Nombre y Firma del Médico que Realizó el Estudio	17	El nombre completo y solicite la firma del médico que realizó el estudio.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página: 32  
De: 109

**Formato** 6.7 Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica (ECIQ-13).



E  
C  
I  
Q  
13

**SOLICITUD Y REGISTRO DE INTERVENCIÓN**  
**QUIRÚRGICA**

UNIDAD MÉDICA \_\_\_\_\_ (1) CLAVE: \_\_\_\_\_ (2)

**IDENTIFICACIÓN:**

NOMBRE \_\_\_\_\_ (3) No. Exp. \_\_\_\_\_ (4)

SEXO: \_\_\_\_\_ (5) EDAD: \_\_\_\_\_ (6) CAMA \_\_\_\_\_ (7) FECHA \_\_\_\_\_ (8)

**SOLICITUD DE OPERACIÓN**

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO (9)

OPERACIÓN PROYECTADA (10)

ELECTIVA ( ) URGENCIA (11)

AYUDANTES 1° (12) 2° 3°

GRUPO SANGUINEO (13) Rh EN QUIRÓFANO ML. EN RESERVA ML.

ANESTESIA SUGERIDA (14) LOCAL ( ) REGIONAL ( ) GENERAL ( )

FIRMA DEL JEFE DE SERVICIO (15)

**PROGRAMACIÓN DEL QUIRÓFANO**

FECHA (16) HORA SALA

FIRMA DEL ENCARGADO DEL QUIRÓFANO (17)

**REGISTRO DE OPERACIÓN**

DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO (18)

OPERACIÓN EFECTUADA (19)

EXÁMEN HISTOPATOLÓGICO TRANSOPERATORIO SOLICITADO E INFORME (20)

ANESTESIA ADMINISTRADA (21) ANESTESIÓLOGO

INSTRUMENTISTA (22)

FIRMA DEL CIRUJANO (23)

FIRMA DEL PACIENTE Y/O RESPONSABLE (24)



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	<b>33</b>
<b>De:</b>	<b>109</b>

<b>Formato</b>	6.7 Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica (ECIQ-13).
----------------	----------------------------------------------------------------

DESCRIPCIÓN DE: TÉCNICA (1), HALLAZGOS OPERATORIOS (2)  
COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS (3), Y OBSERVACIONES (4)  
(25)

COMENTARIO FINAL (26)

(27)  
ELABORADO

(28)  
NOMBRE Y FIRMA DEL CIRUJANO



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

**Página: 34**  
**De: 109**

**Formato** 6.7 Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica (ECIQ-13).

## **I. PROPOSITO**

Contar con documento para la solicitud y registro de intervención quirúrgica de las pacientes que son atendidas en las unidades médicas de esta Secretaría de Salud.

## **II. DESCRIPCION DEL FORMATO**

Consta de siete secciones, la primera de identificación de la unidad médica, la segunda en donde se solicitan los datos de identificación de la derechohabiente o usuaria, la tercera para anotar datos sobre la solicitud de la intervención quirúrgica, la cuarta para anotar la programación de la intervención, la quinta para el registro de la operación, la sexta para anotar la técnica, hallazgos operatorios, complicaciones y observaciones y la séptima para realizar un comentario final de la cirugía.

## **III. MANEJO DEL FORMATO**

Deberá ser llenado por el médico que va a realizar la intervención quirúrgica, a máquina o con letra de molde, números arábigos negra.

## **IV. FUENTE**

La paciente, el médico tratante y el que realice la cirugía.

## **V. CONSUMO**

Se utilizará el formato en original y una copia.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	35
De:	109

Formato	6.7 Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica (ECIQ-13).
---------	----------------------------------------------------------------

**6.7.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
<b>ANVERSO</b>		
Unidad Médica	1	El nombre completo de la unidad médica.
Clave	2	La clave correspondiente a la unidad médica.
Nombre	3	El nombre completo de la derechohabiente o usuaria a la que se le realizará el procedimiento.
No. EXP.	4	El número de expediente que le corresponde a la derechohabiente o usuaria.
Sexo	5	El sexo de la derechohabiente o usuaria.
Edad	6	La edad en años cumplidos de la derechohabiente o usuaria.
Cama	7	El número de cama de la derechohabiente o usuaria.
Fecha	8	El día, mes y año en que se llena el formato.
Diagnóstico Preoperatorio	9	El diagnóstico (s) que se le ha realizado a la derechohabiente o usuaria antes del acto quirúrgico.
Operación Proyectada	10	El nombre del procedimiento quirúrgico que se le realizará a la derechohabiente o usuaria.
Electiva, Urgencia	11	Marque con una X en el espacio correspondiente según el tipo de cirugía.
Ayudantes	12	El nombre de los ayudantes que participarán en el acto quirúrgico.
Grupo Sanguíneo	13	En los espacios correspondientes, el grupo sanguíneo y Rh de la derechohabiente o usuaria, así como el número de mililitros de sangre considerados para el quirófano y los que se tienen en reserva para el acto quirúrgico.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	36
De:	109

Formato	6.7 Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica (ECIQ-13).
---------	----------------------------------------------------------------

**6.7.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Anestesia Sugerida	14	Marcar con una X en el espacio correspondiente al tipo de anestesia sugerida por el anestesista para realizar el acto quirúrgico.
Firma del Jefe de Servicio	15	El jefe del servicio en donde se encuentra ingresada la derechohabiente o usuaria, deberá firmar en este sitio.
Fecha	16	La fecha, hora y sala, programada para la cirugía.
Firma del Encargado del Quirófano	17	El jefe o encargado del quirófano firmará en este sitio.
Diagnóstico Postoperatorio	18	El diagnóstico (s) con el que egresa de quirófano la derechohabiente o usuaria
Operación Efectuada	19	El nombre de la cirugía que se le realizó a la derechohabiente o usuaria.
Examen Histopatológico Transoperatorio Solicitado e Informe	20	El nombre del tejido que es enviado a examen histopatológico y el resultado del mismo.
Anestesia Administrada	21	El tipo de anestesia administrada a la derechohabiente o usuaria y el del anesthesiólogo que realizó el procedimiento.
Instrumentista	22	El nombre de la persona que fungió como instrumentista en el acto quirúrgico.
Firma del Cirujano	23	El médico encargado de hacer la cirugía, firmará en este espacio en blanco.
Firma del Paciente y/o Responsable	24	La paciente o el responsable firmará en este espacio en blanco de conformidad.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	37
De:	109

Formato	6.7 Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica (ECIQ-13).
---------	----------------------------------------------------------------

**6.7.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
<b>REVERSO</b>		
Descripción de Técnica, Hallazgos, etc.	25	Brevemente la técnica realizada por el cirujano en el acto quirúrgico, así como los hallazgos, complicaciones y observaciones que se sucedieron.
Comentario Final	26	El comentario final que quiera realizar el médico que realizó la cirugía, con relación al procedimiento efectuado.
Elaborado	27	El nombre de la persona que llenó el formato.
Nombre y Firma del Cirujano	28	El nombre del médico que realizó la cirugía, quien posteriormente firmará en este sitio.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.

Table with 3 columns: Día, Mes, Año. Values: 01, Feb., 2008

Table with 2 columns: Página, De. Values: 38, 109

Formato 6.8 Formato de Registro para Personas que Solicitan Interrupción Legal del Embarazo (ILE) (ILE-01-07)



SECRETARIA DE SALUD

FORMATO DE REGISTRO PARA PERSONAS QUE SOLICITAN INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (ILE)

FOR MA TO ILE-01-07

Unidad Médica: (1) Fecha: día (2) mes año

Nombre: (3) Apellido Apellido Nombre

Estado Civil: (4) Soltera Casada Viuda Divorciada Unión Libre

Nivel Educativo: (5) Primaria Secundaria Preparatoria Profesional Sin Estudios
Completa Incompleta Completa Incompleta Completa Incompleta Postgrado

Ocupación: (6) Empleada Desempleada Comerciante Serv. personales Estudiante Desocupada Hogar

Religión: (7) Ninguna Católica Judía Cristiana Testigo Jehová Evangelista Otra

Domicilio (8) Delegación o Municipio: Colonia o Localidad:

Fecha última menstruación: (9) Día Mes Año Semanas de embarazo: (10) Núm. de Hijos vivos: (11)
Núm. de Embarazos previos: (12) Núm. de Abortos previos: (13) Núm. de Partos: (14) Núm. de Cesáreas: (15)
Recibió Consejería: (16) SI NO Cita a Consulta Externa (17) Día Mes Año
Actualmente utiliza algún método de protección anticonceptiva: (18) Anticonceptivo Oral Inyectable Implante DIU Quirúrgico Preservativo Ninguno Otro

Responsable del llenado (19) Nombre completo: Firma:

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	<b>39</b>
<b>De:</b>	<b>109</b>

<b>Formato</b>	6.8 Formato de Registro para Personas que Solicitan Interrupción Legal del Embarazo (ILE) (ILE-01-07)
----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

**6.8.1 Instructivo**

<b>DICE</b>	<b>N°</b>	<b>DEBE ANOTARSE</b>
Unidad médica	1	El nombre completo de la unidad médica.
Fecha	2	El día, mes y año en que se llena el formato.
Nombre	3	El nombre completo de la derechohabiente o usuaria.
Estado civil	4	Marque con una "X" el estado civil de la derechohabiente o usuaria.
Nivel educativo	5	Marque con una "X" el nivel educativo de la derechohabiente o usuaria.
Ocupación	6	Marque con una "X" la ocupación de la derechohabiente o usuaria.
Religión	7	Marque con una "X" la religión de la derechohabiente o usuaria.
Domicilio	8	El domicilio de la derechohabiente o usuaria, anotando la delegación o municipio y la colonia o localidad.
Fecha de la última menstruación	9	El día, mes y año en que se presentó la última menstruación.
Semanas de embarazo	10	El número de semanas de embarazo.
Núm. de hijos vivos	11	El número de hijos vivos de la derechohabiente o usuaria.
Núm. de embarazos previos	12	El número de embarazos anteriores al actual.
Núm. de abortos previos	13	El número de abortos anteriores al actual.
Núm. de partos	14	El número de partos que ha tenido la derechohabiente o usuaria.
Núm. de cesáreas	15	El número de cesáreas que ha tenido la



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	<b>40</b>
<b>De:</b>	<b>109</b>

<b>Formato</b>	6.8 Formato de Registro para Personas que Solicitan Interrupción Legal del Embarazo (ILE) (ILE-01-07)
----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

**6.8.1 Instructivo**

<b>DICE</b>	<b>N°</b>	<b>DEBE ANOTARSE</b>
Recibió consejería	16	derechohabiente o usuaria. Marque con una "X" la opción de respuesta que corresponda, en función de si se otorgó consejería a la derechohabiente o usuaria.
Cita a consulta externa	17	El día, mes y año de la próxima cita a consulta externa.
Actualmente utiliza algún método de protección anticonceptiva	18	Marque con una "X" el método de protección anticonceptiva que utiliza la derechohabiente o usuaria.
Responsable de llenado	19	El nombre completo y la firma de quien llenó el formato.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL  
EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página: 41
De: 109

<b>Formato</b>	6.9 Nota Médica Inicial de Urgencias.
----------------	---------------------------------------

 		<b>GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL</b> Secretaría de Salud	
<b>Nota Médica Inicial de Urgencias</b> NOM-168-SSA1-1998			
(5)	UNIDAD MEDICA (1)	CLAVE (2)	FOLIO DE GRATUIDAD (3)
			FOLIO (4)
(9)	FECHA	HORA DEL EVENTO (6)	
	DÍA	MES	AÑO
(10)	NOMBRE (9)		SEXO (10)
			M F
(11)	EDAD (11)		1a. VEZ (13)
			SUBSECUENTE ESTADO CIVIL (14)
(15)	DOMICILIO (15)		DIAGNOSTICO PRINCIPAL (31)
(16)	DERECHO HABIENTE (16)	IMSS	ISSSTE
(17)	ENTIDAD FEDERATIVA DE PROCEDENCIA (17)		ASEGURADORA:
(18)	HORA DE EGRESO (18)		MIN.
(19)	AMBULANCIA (19)	CODIGO (20)	PRIORIDAD (21)
(22)	LUGAR DE PROCEDENCIA (22)		AVISO PREVIO (23)
(24)	DIAGNOSTICO DE ENVIO (25)		TRATAMIENTO PREHOSPITALARIO (26)
(27)	MOTIVO DE LA CONSULTA (27)	INTERROGATORIO (28)	RESPONSABLE (29)
		DIRECTO	INDIRECTO
			PARENTESCO (30)
	MEDICA	1.- RESUMEN DE INTERROGATORIO, EXPLORACION FISICA Y/O ESTADO MENTAL (50)	
	TRAUMATICA	2.- DIAGNOSTICO O PROBLEMAS CLINICOS (51) (52)	
	QUIRURGICA	3.- RESULTADOS DE ESTUDIOS AUXILIARES (53)	
	TOXICOLOGICA	4.- TRATAMIENTO (54)	
	INFECTO-CONTAGIOSA	5.- PRONOSTICO (54)	
	PEDIATRICA		
	OBSTETRICA		
	ADULTO		
	GERIATRICA		
	SENTIDA		
	AVISO AL MP		
	SIGNOS VITALES		
	TA (33)	mmHg	
	TAM (34)	mmHg	
	PP (35)	mmHg	
	FC (36)	/min	
	FR (37)	r/min	
	TEMP (38)	°C	
	PESO (39)	Kg	
	TALLA (40)	cm	
	PC (41)	cm	
	PT (42)	cm	
	PA (43)	cm	
	PIE (44)	cm	
	ST (45)	cm	
	FUM (46)	d/m/a	
	FPP (47)	d/m/a	
	FU (48)	cm	
	SDG (49)	SEM	

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>01</b>	<b>Feb.</b>	<b>2008</b>

<b>Página:</b>	<b>42</b>
<b>De:</b>	<b>109</b>

<b>Formato</b>	6.9 Nota Médica Inicial de Urgencias.
----------------	---------------------------------------

**6.9.1 Instructivo**

<b>DICE</b>	<b>N°</b>	<b>DEBE ANOTARSE</b>
Unidad Médica	1	El nombre completo de la unidad médica a donde acude el derechohabiente o usuario.
Clave	2	La clave correspondiente de la unidad médica.
Folio de Gratuidad	3	El número de folio que fue asignado al derechohabiente del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del Distrito Federal.
Folio	4	El número de folio asignado por la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Administrativa de la Unidad Médica.
Fecha	5	Con números arábigos el día, mes y las dos últimas cifras del año en que se elabora el formato. Cuando el número del día o del mes sea menor de diez, anteponga un cero. Ejemplo: Primero de Enero de 2007, anotar 01-01-07.
Hora del Evento	6	La hora en que ocurrió el evento que motivó la asistencia del derechohabiente o usuario a la unidad médica. Señalando hora, minutos y si es antes o pasado meridiano.
Sitio del Evento	7	El sitio donde ocurrió el evento causante de la urgencia médica.
Hora de Registro	8	La hora en que se registró el inicio de la atención médica al derechohabiente o usuario en la unidad.
Nombre	9	El nombre del derechohabiente o usuario iniciando con el apellido paterno, materno y nombre (s).
Sexo	10	Una (X) en el recuadro correspondiente al sexo del derechohabiente o usuario.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	43
De:	109

<b>Formato</b>	6.9 Nota Médica Inicial de Urgencias.
----------------	---------------------------------------

**6.9.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Edad	11	La edad del derechohabiente o usuario en años, meses y días según corresponda.
1ª. Vez	12	Una (X) en el recuadro correspondiente, si es la primera vez que acude al servicio.
Subsecuente	13	Una (X) en el recuadro correspondiente, si acude para su atención en forma subsecuente.
Estado Civil	14	El estado civil del derechohabiente o usuario soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre, etc.
Domicilio	15	El domicilio del derechohabiente o usuario, anotando la calle el número exterior e interior, la colonia, código postal y la delegación o municipio.
Derechohabiente	16	Una (X) en el recuadro correspondiente al nombre o siglas de la institución de seguridad social a la que pertenece el usuario.
Entidad Federativa de Procedencia	17	La entidad federativa de donde proviene el derechohabiente o usuario.
Hora de Egreso	18	La hora en que el derechohabiente o usuario egresó del servicio de urgencias.
Ambulancia	19	En caso de que el derechohabiente sea referido a otra unidad médica para su atención indicar el número de la ambulancia.
Código	20	El código del servicio por el cual el derechohabiente o usuario es referido a otra unidad médica.
Prioridad	21	Una (X) en el recuadro correspondiente de acuerdo a la prioridad asignada para el traslado del derechohabiente o usuario.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	44
De:	109

<b>Formato</b>	6.9 Nota Médica Inicial de Urgencias.
----------------	---------------------------------------

**6.9.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Lugar de Procedencia	22	Si el derechohabiente o usuario proviene del servicio de consulta externa, urgencias o si es referido por otra unidad médica.
Aviso Previo	23	Una (X) en el recuadro correspondiente si existió un aviso de la referencia del derechohabiente o usuario.
Medio	24	El medio por el cual se dio aviso a la unidad médica de la referencia del derechohabiente o usuario.
Diagnóstico de Envío	25	El diagnóstico realizado al derechohabiente o usuario en el servicio de urgencias por el cual lo refiere al servicio requerido dentro de la unidad médica o en otra unidad.
Tratamiento Prehospitalario	26	Con una (X) en el recuadro correspondiente si el derechohabiente o usuario recibió tratamiento prehospitalario.
Motivo de la Consulta	27	Con una (X) en el recuadro correspondiente la causa por la cual el derechohabiente o usuario acudió a la unidad médica a solicitar atención.
Interrogatorio	28	Con una (X) si el interrogatorio se realizó directamente al derechohabiente o usuario o indirectamente al familiar o responsable del mismo.
Responsable	29	El nombre completo del responsable del derechohabiente o usuario, iniciando con el apellido paterno, seguido del materno y nombre (s).
Parentesco	30	La relación que guarda con el derechohabiente o usuario la persona que lo acompaña.
Diagnóstico Principal	31	El diagnóstico que determine el médico, derivado del interrogatorio y de la exploración física.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	45
De:	109

<b>Formato</b>	6.9 Nota Médica Inicial de Urgencias.
----------------	---------------------------------------

**6.9.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
CIE-10	32	La clave correspondiente al diagnóstico de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades-10, décima revisión.
<b>Signos Vitales</b>		
TA "Tensión Arterial"	33	Los datos de tensión arterial sistólica y diastólica registrados al tomar esta lectura.
TAM "Tensión Arterial Media"	34	Los datos de tensión arterial media registrados al tomar esta lectura.
PP "Pulso Periférico"	35	El número de pulsaciones arteriales por minuto registradas al tomar esta lectura.
FC "Frecuencia Cardíaca"	36	La cantidad de contracciones cardíacas que el derechohabiente o usuario presenta al momento de la exploración.
FR "Frecuencia Respiratoria"	37	La cantidad de inspiraciones pulmonares que el derechohabiente o usuario presenta al momento de la exploración médica.
Temp "Temperatura"	38	La temperatura en grados centígrados que al momento de la exploración física presente el derechohabiente o usuario.
Peso	39	El peso en kilogramos del derechohabiente o usuario.
Talla	40	La estatura medida en metros o centímetros del derechohabiente o usuario.
PC "Perímetro Cefálico"	41	La medida en centímetros del contorno de la cabeza del derechohabiente o usuario.
PT "Perímetro Torácico"	42	La medida en centímetros del contorno del tórax del derechohabiente o usuario.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>01</b>	<b>Feb.</b>	<b>2008</b>

<b>Página:</b>	<b>46</b>
<b>De:</b>	<b>109</b>

<b>Formato</b>	6.9 Nota Médica Inicial de Urgencias.
----------------	---------------------------------------

**6.9.1 Instructivo**

<b>DICE</b>	<b>N°</b>	<b>DEBE ANOTARSE</b>
PA "Perímetro Abdominal"	43	La medida en centímetros del contorno del abdomen del derechohabiente o usuario.
Pie	44	Longitud en centímetros de la planta del pie izquierdo del recién nacido.
ST	45	La cantidad de sangrado transvaginal aproximada en mililitros o en centímetros cúbicos.
FUM "Fecha de Última Menstruación"	46	La fecha iniciando con el día, mes y año del último periodo menstrual que haya tenido la derechohabiente o usuaria.
FPP "Fecha Probable de Parto"	47	La fecha iniciando con el día, mes y año que se determine como probable para el parto de la derechohabiente o usuaria.
FU "Fondo Uterino"	48	La medida en centímetros de la altura del fondo uterino de la derechohabiente o usuaria embarazada.
SDG "Semanas de Gestación"	49	El número de semanas de gestación calculada a partir de la fecha de la última menstruación.
Resumen de Interrogatorio, Exploración Física y/o Estado Mental	50	Los datos principales sobre signos y síntomas obtenidos mediante el interrogatorio, la exploración y la detección del estado mental del derechohabiente o usuario
Diagnóstico o Problemas Clínicos	51	El diagnóstico que determine el médico con base en los datos obtenidos mediante el interrogatorio y la exploración física.
Resultados de Estudio Auxiliares	52	Los resultados reportados de cada uno de los estudios de laboratorio y gabinete realizados al derechohabiente o usuario para fundamentar el diagnóstico.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	47
De:	109

<b>Formato</b>	6.9 Nota Médica Inicial de Urgencias.
----------------	---------------------------------------

**6.9.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Tratamiento	53	El tratamiento indicado por el médico especificando nombre genérico de los medicamentos, así como soluciones parenterales y hemoderivados, dosis, vía y horario de administración
Pronóstico	54	El pronóstico establecido de acuerdo con el diagnóstico y condiciones del derechohabiente o usuario.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
01	Feb.	2008
<b>Página: 48</b>		
<b>De: 109</b>		

**Formato** 6.10 Hoja de Registro de Atención por Lesiones y Violencias en la Unidad Médica.

**Hoja de Registro de Atención por Lesiones y Violencias en la Unidad Médica**

FECHA (1)  
DÍA / MES / AÑO

FOLIO (2)

CLAVE (4) \_\_\_\_\_ EDO JUR MPO LOC VER I T COM FOLIO DE GRATUIDAD (3) \_\_\_\_\_

<b>A F E C T A D O</b>	<b>UNIDAD (5)</b> _____ <b>DELEGACION (6)</b> _____																																																																																																																																																																	
	1. - <b>NOMBRE (7)</b> _____ <b>EXPEDIENTE (9)</b> _____ CURP (8) _____																																																																																																																																																																	
	3. - <b>RESIDENCIA HABITUAL</b> Calle _____ No. Exterior _____ No. Interior _____ Barrio o Colonia _____ Código Postal _____ Localidad _____ Municipio/Delegación _____ Entidad Federativa _____																																																																																																																																																																	
	4. - <b>ESTADO CIVIL (11)</b> _____ 5. - <b>EDAD (12)</b> _____ 6. - <b>SEXO (13)</b> _____ 7. - <b>EN LAS 6 HORAS PREVIAS INGRISO ALCOHOL (14)</b> _____ 1. Soltera (o) 2. Casada (o) 3. Viuda (o) 4. Divorciada (o) 5. Unión Libre 6. Masculino 7. Feminino 8. Embarazada 1. SI 2. NO																																																																																																																																																																	
<b>E V E N T O</b>	8. - <b>DERECHO A BIENES (15)</b> _____ 9. - <b>ESCOLARIDAD (16)</b> _____ 1. IMSS 2. ISSSTE 3. Gratuidad 4. OTRA 0. NO 1. Analfabeta 2. Ninguna 3. Primaria Incompleta 4. Primaria Completa 5. Secundaria 6. Bachillerato 7. Superior																																																																																																																																																																	
	1. <b>TIPO (17)</b> _____ <b>VIOLENCIA FAMILIAR</b> _____ <b>SITIO DE OCURRENCIA (18)</b> _____ 1. Accidental 2. Intencional 3. Otra Violencia 4. Autoinfligido 5. Desastre Natural 6. Se ignora 7. Física 8. Psico Emocional 9. Sexual 10. Abandono 1. Hogar 2. Escuela 3. Recreación y Deporte 4. Via Pública 5. Transporte Público 6. Automóvil Particular 7. Peatón 8. Club, Cantina, Bar 9. Trabajo Otro																																																																																																																																																																	
	3. <b>PREVALENCIA (19)</b> _____ 4. <b>DÍA DE LA SEMANA QUE OCURRIÓ (20)</b> _____ 5. <b>HORA EN QUE SE PRODUJO (21)</b> _____ 1. Primera vez 2. Reincidencia 1. Lunes 2. Martes 3. Miércoles 4. Jueves 5. Viernes 6. Sábado 7. Domingo Hora _____ Minutos _____ AM _____ PM _____																																																																																																																																																																	
	6. <b>MOVIL (22)</b> _____ <b>PARA EVENTOS INTENCIONALES, DATOS DEL AGRESOR:</b> _____ 1. Asalto 2. Riña 3. Abuso 4. Negligencia 5. Otro 7. <b>EDAD (23)</b> _____ Años 8. <b>SEXO (24)</b> _____ 9. <b>RELACION (25)</b> _____ 10. <b>PARA FAMILIAR PARENTESCO (26)</b> _____ 1. Familiar 2. Conocido 3. Desconocido 1. Padre 2. Madre 3. Padrastro 4. Madrastra 5. Cónyuge 6. Hijo 7. Novio o pareja eventual 8. Otro pariente																																																																																																																																																																	
<b>A T E N C I O N</b>	11. <b>TIPO DE LESIÓN Y ÁREA CORPORAL DAÑADA (27)</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1 Laceración / abrasión</th> <th>2 Contusión / hematomadura</th> <th>3 Quemadura</th> <th>4 Herida</th> <th>5 Luzación / esguince</th> <th>6 Fractura</th> <th>7 Amputación / Avulsión</th> <th>8 Picadura / Mordedura</th> <th>9 Otro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>01. Cráneo</td><td>101</td><td>201</td><td>301</td><td>401</td><td>501</td><td>601</td><td>701</td><td>801</td><td>901</td></tr> <tr><td>02. Cara</td><td>102</td><td>202</td><td>302</td><td>402</td><td>502</td><td>602</td><td>702</td><td>802</td><td>902</td></tr> <tr><td>03. Ojos</td><td>103</td><td>203</td><td>303</td><td>403</td><td>503</td><td>603</td><td>703</td><td>803</td><td>903</td></tr> <tr><td>04. Cuello</td><td>104</td><td>204</td><td>304</td><td>404</td><td>504</td><td>604</td><td>704</td><td>804</td><td>904</td></tr> <tr><td>05. Tórax</td><td>105</td><td>205</td><td>305</td><td>405</td><td>505</td><td>605</td><td>705</td><td>805</td><td>905</td></tr> <tr><td>06. Colum. vert.</td><td>106</td><td>206</td><td>306</td><td>406</td><td>506</td><td>606</td><td>706</td><td>806</td><td>906</td></tr> <tr><td>07. Ext sup</td><td>107</td><td>207</td><td>307</td><td>407</td><td>507</td><td>607</td><td>707</td><td>807</td><td>907</td></tr> <tr><td>08. Mano</td><td>108</td><td>208</td><td>308</td><td>408</td><td>508</td><td>608</td><td>708</td><td>808</td><td>908</td></tr> <tr><td>09. Dedos mano</td><td>109</td><td>209</td><td>309</td><td>409</td><td>509</td><td>609</td><td>709</td><td>809</td><td>909</td></tr> <tr><td>10. Abdomen</td><td>110</td><td>210</td><td>310</td><td>410</td><td>510</td><td>610</td><td>710</td><td>810</td><td>910</td></tr> <tr><td>11. Genitales</td><td>111</td><td>211</td><td>311</td><td>411</td><td>511</td><td>611</td><td>711</td><td>811</td><td>911</td></tr> <tr><td>12. Ext inf</td><td>112</td><td>212</td><td>312</td><td>412</td><td>512</td><td>612</td><td>712</td><td>812</td><td>912</td></tr> <tr><td>13. Pies</td><td>113</td><td>213</td><td>313</td><td>413</td><td>513</td><td>613</td><td>713</td><td>813</td><td>913</td></tr> <tr><td>14. Dedos pie</td><td>114</td><td>214</td><td>314</td><td>414</td><td>514</td><td>614</td><td>714</td><td>814</td><td>914</td></tr> <tr><td>15. Pelvis</td><td>115</td><td>215</td><td>315</td><td>415</td><td>515</td><td>615</td><td>715</td><td>815</td><td>915</td></tr> </tbody> </table>		1 Laceración / abrasión	2 Contusión / hematomadura	3 Quemadura	4 Herida	5 Luzación / esguince	6 Fractura	7 Amputación / Avulsión	8 Picadura / Mordedura	9 Otro	01. Cráneo	101	201	301	401	501	601	701	801	901	02. Cara	102	202	302	402	502	602	702	802	902	03. Ojos	103	203	303	403	503	603	703	803	903	04. Cuello	104	204	304	404	504	604	704	804	904	05. Tórax	105	205	305	405	505	605	705	805	905	06. Colum. vert.	106	206	306	406	506	606	706	806	906	07. Ext sup	107	207	307	407	507	607	707	807	907	08. Mano	108	208	308	408	508	608	708	808	908	09. Dedos mano	109	209	309	409	509	609	709	809	909	10. Abdomen	110	210	310	410	510	610	710	810	910	11. Genitales	111	211	311	411	511	611	711	811	911	12. Ext inf	112	212	312	412	512	612	712	812	912	13. Pies	113	213	313	413	513	613	713	813	913	14. Dedos pie	114	214	314	414	514	614	714	814	914	15. Pelvis	115	215	315	415	515	615	715	815	915	12. <b>AGENTES DE LA LESIÓN (28)</b> _____ 01. Caída 02. Vehículo de motor 03. Fuego, flama, sustancia caliente 04. Sustancia sólida, líquida y gaseosa tóxica 05. Objeto punzocortante 06. Objeto contundente 07. Golpe contra piso o pared 08. Pie o mano 09. Animal 10. Arma de fuego 11. Amenaza y violencia verbal 12. Otro
		1 Laceración / abrasión	2 Contusión / hematomadura	3 Quemadura	4 Herida	5 Luzación / esguince	6 Fractura	7 Amputación / Avulsión	8 Picadura / Mordedura	9 Otro																																																																																																																																																								
	01. Cráneo	101	201	301	401	501	601	701	801	901																																																																																																																																																								
	02. Cara	102	202	302	402	502	602	702	802	902																																																																																																																																																								
03. Ojos	103	203	303	403	503	603	703	803	903																																																																																																																																																									
04. Cuello	104	204	304	404	504	604	704	804	904																																																																																																																																																									
05. Tórax	105	205	305	405	505	605	705	805	905																																																																																																																																																									
06. Colum. vert.	106	206	306	406	506	606	706	806	906																																																																																																																																																									
07. Ext sup	107	207	307	407	507	607	707	807	907																																																																																																																																																									
08. Mano	108	208	308	408	508	608	708	808	908																																																																																																																																																									
09. Dedos mano	109	209	309	409	509	609	709	809	909																																																																																																																																																									
10. Abdomen	110	210	310	410	510	610	710	810	910																																																																																																																																																									
11. Genitales	111	211	311	411	511	611	711	811	911																																																																																																																																																									
12. Ext inf	112	212	312	412	512	612	712	812	912																																																																																																																																																									
13. Pies	113	213	313	413	513	613	713	813	913																																																																																																																																																									
14. Dedos pie	114	214	314	414	514	614	714	814	914																																																																																																																																																									
15. Pelvis	115	215	315	415	515	615	715	815	915																																																																																																																																																									
13. <b>SUSTANCIA EN CASO DE ENVENENAMIENTO. (29)</b> _____ 14. <b>MECANISMO EN CASO DE ASFIXIA. (30)</b> _____ 15. <b>MECANISMO EN CASO DE QUEMADURA (31)</b> _____ 1. Hidrocarburos 2. Pesticidas 3. Psicotrópicos 4. Analgésicos 5. Otros 1. Sumersión 2. Ahorcamiento 3. Sofocación 4. Obstrucción 5. Gases o vapores 6. Otro 1. Líquido o vapor 2. Gas 3. Objeto caliente 4. Solar 5. Química 6. Otro																																																																																																																																																																		
1. <b>TIEMPO ENTRE EL EVENTO Y LA ATENCIÓN (32)</b> _____ 2. <b>GLASGOW (33)</b> _____ 3. <b>SERVICIO DE ATENCIÓN (34)</b> _____ 4. <b>ATENCIÓNES OTORGADAS (35)</b> _____ 5. <b>SE NOTIFICÓ AL MINISTERIO PÚBLICO (36)</b> _____ 6. <b>DESTINO DESPUES DE LA ATENCIÓN (37)</b> _____ 1. Hasta 60 minutos 2. De 1 a 2 horas 3. De 3 a 6 horas 4. De 7 a 23 horas 5. 1 día o más 1. Consulta externa 2. Urgencias 3. Hospitalización 1. Tratamiento médico 2. Tratamiento quirúrgico 3. Tratamiento psicológico o psiquiátrico 4. Otro 1. Domicilio 2. Consulta externa 3. Hospitalización 4. Traslado a otra unidad médica 5. Unidad de asistencia social 6. Defunción 7. Otro																																																																																																																																																																		
PERSONA QUE ATENDIÓ: (39) _____ FIRMA (40) _____																																																																																																																																																																		

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL  
EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	<b>49</b>
<b>De:</b>	<b>109</b>

**Formato**

6.10 Hoja de Registro de Atención por Lesiones y Violencias en la Unidad Médica.

**I. PROPOSITO.**

Capturar la información de usuarios (as) de violencias y lesiones.

**II. DESCRIPCION DEL FORMATO.**

Consta de tres secciones: la primera de identificación del paciente, la segunda del evento y la tercera, de la atención

**III. MANEJO DEL FORMATO.**

Deberá ser elaborado por el médico tratante y, en su caso, por la trabajadora sin llenar la parte médica, a mano, con letra legible y tinta negra, se hará por duplicado original y se anexará al Expediente Clínico, después de la Historia Clínica y en orden cronológico, la copia va a estadística de cada unidad.

**IV. FUENTE.**

La paciente, a través de su observación, interrogatorio y exploración. Resultados de estudios.

**V. CONSUMO.**

Se utilizará dependiendo de las necesidades.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	<b>50</b>
<b>De:</b>	<b>109</b>

<b>Formato</b>	6.10 Hoja de Registro de Atención por Lesiones y Violencias en la Unidad Médica.
----------------	----------------------------------------------------------------------------------

**6.10.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
<b>Datos Generales</b>		
Fecha	1	Con números arábigos el día, mes y año en que se atiende al lesionado.
Folio	2	El número de folio correspondiente.
Folio de Gratuidad	3	El número de Cédula de Afiliación al programa de Gratuidad cuando corresponda.
Clave	4	La clave oficial de la unidad medica.
Unidad	5	El nombre completo de la unidad medica en donde se llena el formato.
Delegación	6	El nombre oficial de la delegación política en la cual se ubica la unidad medica.
<b>Afectado</b>		
Nombre	7	El nombre completo del derechohabiente o usuario en el orden siguiente: Apellido paterno, materno y nombre(s).
CURP	8	La Clave Única del Registro de Población (CURP) del derechohabiente o usuario.
Expediente	9	El número de expediente clínico asignado al derechohabiente o usuario, si es de reciente ingreso y aún no tiene expediente clínico, este dato se dejara en blanco.
Residencia Habitual	10	El nombre de la calle, número exterior e interior, nombre del barrio o colonia, código postal, localidad, municipio y entidad federativa, donde se ubica el domicilio permanente del derechohabiente o usuario.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	51
De:	109

<b>Formato</b>	6.10 Hoja de Registro de Atención por Lesiones y Violencias en la Unidad Médica.
----------------	----------------------------------------------------------------------------------

**6.10.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Estado Civil	11	El número que corresponda según el estado civil del derechohabiente o usuario: Soltera(o)=1 Casada(o)=2 Viuda(o)=3 Divorciada(o)=4 Unión Libre =5.
Edad	12	Con números arábigos la edad cumplida del derechohabiente o usuario, para menores de un año anotar mes.
Sexo	13	El número que corresponda al derechohabiente o usuario.
Ingestión de Alcohol	14	El número de acuerdo a la respuesta.
Derechohabiencia	15	El número de acuerdo a la respuesta: IMSS =1 ISSSTE =2 Gratuidad =3 Otra =4 No =5.
Escolaridad	16	El código correspondiente a la respuesta: Analfabeta =1 Ninguna =2 Primaria incompleta =3 Primaria Completa =4 Secundaria =5 Bachillerato =6 Superior =7.
<b>Evento</b>		
Tipo	17	El número que corresponda a la tipificación del evento: Accidental =1 Intencional =2 Otra Violencia =3 Autoinflingida =4 Desastre Natural =5 Se Ignora =6 Violencia Familiar Física =7 Violencia Familiar Psico-Emocional =8 Violencia Familiar Sexual =9 Violencia Familiar Abandono =0.
Sitio de Ocurrencia	18	El número que corresponda al lugar en el que ocurrió el evento: Hogar =1 Escuela =2 Recreación y Deporte =3 Transporte Público =4 Automóvil Particular =5 Peatón =6 Club, Cantina, Bar =7 Trabajo =8 Otro =9.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>01</b>	<b>Feb.</b>	<b>2008</b>

<b>Página:</b>	<b>52</b>
<b>De:</b>	<b>109</b>

<b>Formato</b>	6.10 Hoja de Registro de Atención por Lesiones y Violencias en la Unidad Médica.
----------------	----------------------------------------------------------------------------------

**6.10.1 Instructivo**

<b>DICE</b>	<b>N°</b>	<b>DEBE ANOTARSE</b>
Prevalencia	19	En el cuadro el número que corresponda al evento, primera vez, elija esta opción cuando se trate de un paciente en cuyo expediente no existan antecedentes de caso probable de violencia familiar, reincidencia, elija esta opción cuando se trate de un (a) usuario (a) en cuyo expediente exista el antecedente de probable caso de violencia familiar.
Día de la Semana en que Ocurrió	20	El día de la semana en que ocurrió el evento: Lunes =1 Martes =2 Miércoles =3 Jueves =4 Viernes =5 Sábado =6 Domingo =7.
Hora en que se Produjo	21	La hora y minutos de ocurrencia del evento y marque con una (X) si aconteció en la mañana (AM) o en la tarde (PM).
Móvil	22	El número que corresponda del motivo que origino la lesión: Asalto =1 Riña =2 Abuso =3 Negligencia =4 Otro =5.
Edad	23	Con números arábigos la edad cumplida o aparente del agresor.
Sexo	24	El número que corresponda al sexo del agresor: Masculino =1 Femenino =2.
Relación	25	El número que corresponda: Familiar =1 Conocido =2 Desconocido =3
Para Familiar Parentesco	26	El número que corresponda: Padre =1 Madre =2 Padrastro =3 Madrastra =4 Cónyuge =5 Hijo =6 Novio o Pareja Eventual =7 Otro Pariente =8.
Tipo de Lesión y Área Corporal Dañada	27	Circule el número que corresponda de acuerdo al tipo de lesión y al área corporal dañada

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	53
De:	109

<b>Formato</b>	6.10 Hoja de Registro de Atención por Lesiones y Violencias en la Unidad Médica.
----------------	----------------------------------------------------------------------------------

**6.10.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Agentes de la Lesión	28	El número que corresponda al agente que ocasiono la lesión, si es mas de uno anote el que ocasiono la consecuencia más grave: Caída =1 Vehículo de Motor =2 Fuego, Flama, Sustancia Caliente =3 Sustancia Sólida, Líquida y Gaseosa Tóxica =4 Objeto Punzocortante =5 Objeto Contundente =6 Golpe contra Piso o Pared =7 Pie o Mano =8 Animal =9 Arma de Fuego =10 Amenaza y Violencia Verbal =11 Otro =12.
Sustancia en Caso de Envenenamiento	29	La sustancia o agente que lo provocó: Hidrocarburos =1 Pesticidas =2 Psicotrópicos =3 Analgésicos =4 Otros =5.
Mecanismo en Caso de Asfixia	30	El número correspondiente al medio que la provocó: Sumersión =1 Ahorcamiento =2 Sofocación =3 Obstrucción =4 Gases o Vapores =5 Otro =6.
Mecanismo en Caso de Quemadura	31	El número correspondiente al agente que la provocó: Líquido o Vapor =1 Gas =2
<b>Atención</b>		
Tiempo entre el Evento y la Atención	32	El número que corresponda al tiempo que ocurrió entre el evento y la atención: hasta 60 minutos =1 De 1 a 2 Horas =2 De 2 a 6 Horas =3 De 7 a 23 Horas =4 1 o Más =5.
Glasgow	33	El código de la Escala de Glasgow de acuerdo al estado de conciencia.
Servicio de Atención	34	El número que corresponda al servicio donde fue atendido el derechohabiente o usuario: Consulta Externa =1 Urgencias =2 Hospitalización =3.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	54
De:	109

<b>Formato</b>	6.10 Hoja de Registro de Atención por Lesiones y Violencias en la Unidad Médica.
----------------	----------------------------------------------------------------------------------

**6.10.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Atenciones Otorgadas	35	El número que corresponda al tratamiento que se le brindo al derechohabiente o usuario, puede escribir varias opciones: Tratamiento Médico =1 Tratamiento Quirúrgico =2 Tratamiento Psicológico =3.
Se Notifico al Ministerio Público	36	Si se notifico o no al Ministerio Público.
Destino Después de la Atención	37	El número correspondiente al lugar a donde se refirió al derechohabiente o usuario: Domicilio =1 Consulta Externa =2 Hospitalización =3 Traslado a otra Unidad Médica =4 Unidad de Asistencia Social =5 Defunción =6 Otro =7.
<b>Persona que Atendió</b>		
Nombre	38	El nombre del médico que atendió al derechohabiente o usuario.
Firma	39	La firma del médico que atendió al derechohabiente o usuario.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	55
De:	109

**Formato** 6.11 Historia Clínica General.



**GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL**  
Secretaría de Salud

*Historia Clínica General*

ECHC-2

UNIDAD MÉDICA (1) \_\_\_\_\_ CLAVE (2) \_\_\_\_\_

(3) INTERROGATORIO DIRECTO  (4) INTERROGATORIO INDIRECTO

**FICHA DE IDENTIFICACION**

NOMBRE (5) \_\_\_\_\_ EDAD (6) \_\_\_\_\_ FECHA (7) \_\_\_\_\_

SEXO (8) \_\_\_\_\_ No. DE EXP. (9) \_\_\_\_\_ EDO. CIVIL (10) \_\_\_\_\_

Ocupación (11) \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO (12) \_\_\_\_\_

RESIDENCIA HABITUAL (13) \_\_\_\_\_

DOMICILIO (14) \_\_\_\_\_

RELIGIÓN (15) \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES (16) \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS (17) \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (18) \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (19) \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES TERAPEUTICOS (20) \_\_\_\_\_

PADECIMIENTO ACTUAL (21) \_\_\_\_\_

REVISION POR APARATOS Y SISTEMAS (22) \_\_\_\_\_



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	57
De:	109

<b>Formato</b>	6.11 Historia Clínica General.
----------------	--------------------------------

**6.11.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Unidad Médica	1	El nombre de la unidad operativa en donde se requisita el formato.
Clave	2	La clave correspondiente a la unidad operativa.
Interrogatorio Directo	3	Con una (X) si el interrogatorio se realizó directamente al derechohabiente o usuario.
Interrogatorio Indirecto	4	Con una (X) si el interrogatorio se realizó indirectamente a través del familiar o responsable del derechohabiente o usuario.
<b>Ficha de Identificación</b>		
Nombre	5	El nombre del derechohabiente o usuario iniciando con el apellido paterno, materno y nombre (s).
Edad	6	La edad en años cumplidos del derechohabiente o usuario.
Fecha	7	La fecha en que se requisita el formato.
Sexo	8	La letra "M" si el derechohabiente o usuario es masculino o "F" si es femenino.
No. de Expediente	9	El número del expediente clínico asignado al derechohabiente o usuario.
Estado Civil	10	El estado civil del derechohabiente o usuario soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre, etc.
Ocupación	11	La actividad que desarrolla el derechohabiente o usuario de donde genera sus ingresos económicos.
Lugar de Nacimiento	12	La entidad federativa donde nació el derechohabiente o usuario.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	58
De:	109

**Formato** 6.11 Historia Clínica General.

**6.11.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Residencia Habitual	13	El lugar donde el derechohabiente o usuario reside habitualmente.
Domicilio	14	El nombre de la calle, el número interior y exterior, colonia, código postal, delegación o municipio.
Religión	15	La religión que profesa el derechohabiente o usuario cualquiera que ésta sea o, en su caso, señalar que no profesa alguna.
Antecedentes Heredofamiliares	16	Los antecedentes de patología familiar del derechohabiente o usuario por parte de la madre, el padre, abuelos paternos, maternos, y familiares cercanos, tales como diabetes, cardiopatías, cáncer, etc.
Antecedentes Personales no Patológicos	17	Los antecedentes de hábitos higiénico-dietéticos que el derechohabiente o usuario haya tenido durante su vida, tales como, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción u otro tipo de adicciones, hacinamiento, promiscuidad, etc.
Antecedentes Personales Patológicos	18	Los antecedentes de los cuadros patológicos que haya padecido el derechohabiente o usuario durante toda su vida, desde las enfermedades propias de la infancia hasta el momento actual.
Antecedentes Gineco-Obstétricos	19	Los antecedentes de tipo ginecoobstétrico que la derechohabiente o usuaria haya tenido, incluyendo menarca, embarazos, partos, cesáreas, abortos, esterilidad, infertilidad, etc.
Antecedentes Terapéuticos	20	Los antecedentes de tratamientos que el derechohabiente o usuario haya recibido para la patología presentada en el transcurso de su vida.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	59
De:	109

<b>Formato</b>	6.11 Historia Clínica General.
----------------	--------------------------------

**6.11.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Padecimiento Actual	21	Los síntomas de la patología aguda o crónica que presenta el derechohabiente o usuario, en orden cronológico y describiendo por separado el tiempo de inicio y la evolución de las características de cada síntoma hasta el momento actual.
Revisión por Aparatos y Sistemas	22	El resultado de la revisión física para detección de signos y síntomas que puedan estar presentes en alguno de los diferentes aparatos y sistemas del organismo del derechohabiente o usuario.
Inspección General	23	El resultado de la revisión de habitus exterior del derechohabiente o usuario, consistente en datos sobre edad aparente, estado nutricional, actitud, expresión facial, marcha, movimientos anormales, coloración de tegumentos, llanto, tipo de respiración, grado de cooperación y características del lenguaje, además de apariencia en cuanto a higiene y pulcritud.
<b>Signos Vitales</b>		
T. A. (Tensión Arterial)	24	La tensión arterial sistólica y diastólica obtenida al tomar esta lectura.
Pulso	25	La cantidad de pulsaciones por minuto registradas al tomar esta lectura.
RESP. (Respiración)	26	La cantidad de inspiraciones pulmonares registradas durante un minuto al tomar esta lectura.
Temperatura	27	La temperatura en grados centígrados que el derechohabiente o usuario presente al tomar esta lectura.
Peso	28	La cantidad en kilogramos que el derechohabiente o usuario registre al tomar esta lectura.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	<b>60</b>
<b>De:</b>	<b>109</b>

<b>Formato</b>	6.11 Historia Clínica General.
----------------	--------------------------------

**6.11.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Talla	29	La estatura medida en metros y centímetros del derechohabiente o usuario
<b>Exploración Física</b>		
(Cabeza, Cuello, Tronco, Abdomen, Genitales y Extremidades)	30	Los resultados de la revisión visual, manual y armada de cada segmento corporal del derechohabiente o usuario.
Impresión Diagnóstica	31	El diagnóstico que determina el médico tratante derivado de la exploración física, estudios clínicos y del interrogatorio al derechohabiente o usuario. El padecimiento que se estime como primordial se pondrá en primer término, seguido de los concomitantes.
Estudios de Laboratorio y Gabinete	32	Los estudios de laboratorio y/o gabinete solicitados al derechohabiente o usuario para corroborar o descartar el diagnóstico.
<b>Tratamiento</b>		
Inicial	33	El tratamiento que se le practicará al derechohabiente o usuario para estabilizar su estado y mantenerlo en tanto se confirma el diagnóstico y se establece el tratamiento definitivo.
Definitivo	34	El tratamiento que se indica al derechohabiente o usuario una vez establecido el diagnóstico y se mantiene hasta la curación o el control del padecimiento.
Nombre Completo, Firma y Cédula Profesional del Médico Tratante	35	El nombre completo del médico tratante iniciando con el apellido paterno seguido del materno y nombre (s), el número de su cédula profesional y su firma.





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	<b>62</b>
<b>De:</b>	<b>109</b>

<b>Formato</b>	6.12 Hoja de Ingreso y Egreso Hospitalario.
----------------	---------------------------------------------

**6.12.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Unidad Médica	1	El nombre de la unidad hospitalaria que presta la atención.
No. de Expediente	2	El número de expediente del derechohabiente o usuario.
<b>Identificación del Derechohabiente o Usuario</b>		
Nombre	3	El nombre completo del derechohabiente o usuario, comenzando por el apellido paterno, materno y nombre (s).
Edad	4	La edad en años cumplidos del derechohabiente o usuario, en el caso de derechohabientes o usuarios recién nacidos o lactantes, anote la edad en días o meses cumplidos.
Sexo	5	Con una (X) el sexo correspondiente al del derechohabiente o usuario.
Domicilio Habitual	6	El domicilio habitual del derechohabiente o usuario, comenzando por la calle, número, localidad, teléfono, municipio, estado y país, así como el código postal.
Estado Civil	7	El estado civil correspondiente al derechohabiente o usuario.
Escolaridad	8	El grado máximo de estudios que haya cursado el derechohabiente o usuario.
Ocupación	9	La ocupación del derechohabiente o usuario.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>01</b>	<b>Feb.</b>	<b>2008</b>

<b>Página:</b>	<b>63</b>
<b>De:</b>	<b>109</b>

<b>Formato</b>	6.12 Hoja de Ingreso y Egreso Hospitalario.
----------------	---------------------------------------------

**6.12.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
<b>Datos del Ingreso</b>		
Ingreso por:	10	Con una (X) el casillero que corresponda según el departamento de ingreso del derechohabiente o usuario a la unidad médica; ya sea Urgencias, o Consulta Externa, en el caso de Consulta Externa especifique también el servicio.  Utilice letra de molde para anotar el diagnóstico por el cual ingresó el derechohabiente o usuario.
Procedencia	11	El número correspondiente al lugar de procedencia del derechohabiente o usuario, de acuerdo a la lista que se enumera en la parte inferior del casillero.
Hora	12	La hora de ingreso del derechohabiente o usuario.
Fecha	13	El día, el mes y las dos últimas cifras del año en que ingresó el derechohabiente o usuario; cuando el número del día y del mes sea menor de diez anteponga un cero.
Piso	14	El piso al cual es enviado el d derechohabiente o usuario.
Cama	15	La cama que le fue asignada al derechohabiente o usuario.
Servicio	16	El servicio al cual fue enviado el derechohabiente o usuario.
<b>Datos de Hospitalización</b>		
Diagnósticos Finales	17	Los diagnósticos a los que se llevó comenzando por el principal, segundo, tercero y cuarto diagnóstico.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	64
De:	109

**Formato** 6.12 Hoja de Ingreso y Egreso Hospitalario.

**6.12.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Lista Detallada de la C.I.E.	18	De acuerdo a la Lista Detallada de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª. Rev. La clave de cada una de las enfermedades reportadas en el rubro de diagnóstico (uso exclusivo del departamento de estadística).
Causa Externa	19	La causa externa de lesión, en el caso de accidentes, de acuerdo a la lista enunciada en este casillero.
Circunstancia en que Ocurrió	20	Brevemente la circunstancia en que ocurrió.
Lugar en que Ocurrió	21	El lugar en donde ocurrió el accidente de acuerdo a la lista enunciada.
Intervenciones Quirúrgicas	22	Las intervenciones quirúrgicas a las que fue sometido el derechohabiente o usuario durante su estancia intrahospitalaria.
Fecha Cirugía	23	El día, el mes y las dos últimas cifras del año en que se realizó la cirugía al derechohabiente o usuario; cuando el número del día y del mes sea menor de diez anteponga un cero.
Clave de Codificación	24	La clave correspondiente de acuerdo con la Clasificación Internacional de Intervenciones Quirúrgicas (uso exclusivo del departamento de estadística).
En Caso de Muerte	25	En caso de que el derechohabiente o usuario haya fallecido, anote el número correspondiente al período de la defunción en el cuadro enunciado en el formato.
<b>Datos del Parto y Producto (s)</b>		
Tipo de Parto	26	El número correspondiente al tipo de parto.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	65
De:	109

**Formato** 6.12 Hoja de Ingreso y Egreso Hospitalario.

**6.12.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Semanas de Gestación	27	En el cuadro correspondiente las semanas de gestación del producto.
Duración del Trabajo de Parto	28	El número de horas que duró el trabajo de parto.
Producto (s)	29	El número de productos resultantes del parto.
Peso al Nacer	30	En gramos el peso del producto (s) al nacer.
Estatura según Sexo	31	La estatura del producto (s) en centímetros según sexo.
PC	32	El perímetro cefálico del producto al nacer en centímetros.
Condiciones al Nacer	33	Con una "X" la condición del producto (s) al nacer, vivo o muerto.
Apgar	34	El APGAR al minuto y a los 5 minutos.
<b>Defunción Fetal</b>		
Causa Básica	35	La causa básica de la defunción del producto (s).
Asociada	36	La causa asociada de la defunción del producto (s).
<b>Datos Intrahospitalarios</b>		
Servicio	37	El (los) servicio (s) al (a los) que se trasladó al derechohabiente o usuario durante su estancia intrahospitalaria.
Fecha	38	El día, el mes y las dos últimas cifras del año en que se realiza el movimiento intrahospitalario.
Interconsultas	39	Las interconsultas que haya necesitado el derechohabiente o usuario durante su estancia intrahospitalaria.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	66
<b>De:</b>	109

<b>Formato</b>	6.12 Hoja de Ingreso y Egreso Hospitalario.
----------------	---------------------------------------------

**6.12.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
<b>Programa de Planificación Familiar</b>		
Aceptación	40	En el renglón correspondiente a la propuesta de los métodos de planificación familiar si se propuso o no algún método para el control de la fertilidad.
Procedimiento	41	En el caso de aceptación, el procedimiento realizado en el cuadro correspondiente, de acuerdo a la lista enunciada bajo este rubro.
<b>Datos al Egreso</b>		
Motivo de Egreso	42	En el cuadro correspondiente el motivo del egreso del derechohabiente o usuario.
Causas de la Defunción	43	En el caso de que el derechohabiente o usuario haya fallecido, las causas de la defunción, transcripción de las que aparecen en el certificado de defunción.
Tiempo Aproximado entre el Comienzo de la Enfermedad y la Muerte	44	El tiempo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte.
Clave Lista Detallada de la C. E. Y. E.	45	El código correspondiente a la causa básica de la defunción, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades. (Uso exclusivo del departamento de estadística).
Necropsia	46	Si se realizó necropsia o no al derechohabiente o usuario.
Referido	47	En el cuadro correspondiente el lugar al que fue referido el derechohabiente o usuario de acuerdo a la lista enunciada bajo este rubro.
Hora	48	La hora del egreso del derechohabiente o usuario.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	67
<b>De:</b>	109

<b>Formato</b>	6.12 Hoja de Ingreso y Egreso Hospitalario.
----------------	---------------------------------------------

**6.12.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Fecha	49	El día, el mes y las dos últimas cifras del año en que el derechohabiente o usuario egresa de la unidad hospitalaria.
Días Preoperatorios	50	El total de días de internamiento previos a la intervención quirúrgica del derechohabiente o usuario.
Días Estancia	51	El total de días de internamiento del derechohabiente o usuario, calculando el total de días, al obtener la diferencia entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso.
Nombre del Médico Tratante	52	El nombre del médico tratante.
Firma del Médico Tratante	53	La firma del médico tratante.





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día Mes Año  
01 Feb. 2008

Página: 69  
De: 109

Formato 6.13 Estudio Social.

(36)

CRITERIOS DE ASIGNACIÓN SOCIOECONÓMICA				
INGRESO FAMILIAR EN SALARIO MÍNIMO MENSUAL	N° DE DEPENDIENTES ECONÓMICOS			
HASTA 1 S.M.M.	1-3	4-6	7-9	10 A +
1 A 2 S.M.M.	0	0	0	0
+ DE 2 S.M.M. A 3 S.M.M.	1	0	0	0
+ DE 3 S.M.M. A 5 S.M.M.	2	1	0	0
DE 6 A MAS	3	2	1	0
<b>CALIFICACION</b>	<b>(34)</b>			

NECESIDADES BÁSICAS		RESIDENCIA	
EGRESOS ECONÓMICOS	% DE EGRESOS FAM.	EDO. DE MEX.	2
ALIMENTACION	90% O MAS	INT. REP.	1
VIVIENDA	80%	<b>CALIFICACION</b>	<b>(38)</b>
EDUCACION	70%	<b>DERECHO HABIENCIA</b>	
OTROS	60%	SI	2
<b>TOTAL</b>	<b>50%</b>	NO	0
<b>CALIFICACION</b>	<b>(37)</b>	<b>CALIFICACION</b>	<b>(39)</b>

OCUPACION DEL APORTE PRINCIPAL	
DESEMPLEADO (A)	0
SUBEMPLEADO	0
SERVICIOS PERSONALES	1
COMERCIANTE	2
OBRAJO	2
EMPLEADO O SERVIDOR PUBLICO	3
PROFESIONISTA Y/O EMPRESARIOS	4
<b>CALIFICACION</b>	<b>(35)</b>

ESTADO DE SALUD FAMILIAR	
TRES O EL APORTE PRINCIPAL DEL INGRESO FAMILIAR	0
DOS	1
UNO	2
<b>CALIFICACION</b>	<b>(40)</b>

VIVIENDA						CALIFICACION	
POSESION	RENTADA O PROCESO DE PAGO	0	PRESTADA	1	PROPIA PAGADA	2	<b>(41)</b>
TIPO DE VIVIENDA	SIN VIVIENDA O CUARTO IMPROVISADO	0	VECINDAD	0	DEPTO. POPULAR	1	<b>(42)</b>
N° DE CUARTOS	UNO	0	DOS	0	TRES	1	<b>(43)</b>
					CUATRO	2	
					CINCO A MAS	3	

- (44) N° DE PERSONAS POR DORMITORIO: CUATRO O MAS  TRES  UNO A DOS
- (45) MATERIAL DE VIVIENDA: CONCRETO  PIEDRA/ADOBE  LÁMINA/CARTON ASBESTO  OTROS
- (46) NUMERO DE CUARTOS: UNO  DOS  TRES  MAS DE TRES
- (47) COCINA: CUENTA CON ARSA ESPECIFICA DENTRO DE LA VIVIENDA  FUERA DE LA VIVIENDA
- (48) ENERGIA ELECTRICA: EN LA VIVIENDA  FUERA DE LA VIVIENDA  NO
- (49) AGUA POTABLE: EN LA VIVIENDA  FUERA DE LA VIVIENDA  PIPA  NO
- (50) DISPOSICION DE LAS EXCRETAS: DRENAJE  LETRINA  FOSA SEPTICA  AREA LIBRE  INTRA  EXTRA
- (51) DISPOSICION DE BASURA: CAMION RECOLECTOR  QUEMA  ENTERRIA  CIELO ABIERTO  FRECUENCIA  **(52)**
- (53) FAUNA: PERRO  GATO  AVES  CERDO  OTROS

- (54)  
(55)  
(56)  
(57)  
(58)  
(59)  
(60)  
(61)

CUADRO ASIGNACION SOCIOECONOMICA					
INGRESO FAMILIAR	ESCALA DE CALIFICACIONES				MARGINACION SOCIAL <b>(62)</b>
OCUPACION	0	I	II	III	MUY ALTA MARGINALIDAD
NECESIDADES BASICAS	0-4	5-9	10-15	16-20	ALTA MARGINALIDAD
RESIDENCIA				21-26	MEDIANA MARGINALIDAD
DERECHO HABIENCIA					
ESTADO DE SALUD FAMILIAR					
VIVIENDA					
<b>TOTAL</b>					

**DIAGNOSTICO SOCIAL FAMILIAR: (63)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PLAN DE ACCION: (64)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL T.S. **(65)**



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	70
De:	109

Formato	6.13 Estudio Social.
---------	----------------------

**6.13.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
No. de Folio	1	El número de folio consecutivo. (prellenado por la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Administrativa).
Unidad Médica	2	El nombre completo de la unidad hospitalaria en la que se elabora el formato.
Fecha	3	Con números arábigos, el día, mes y las dos últimas cifras del año en que se elabora el formato. Cuando el número del día o del mes sea menor de diez, anteponga un cero. Ejemplo: primero de enero de 2005, anotar 01-01-05.
Servicio	4	El nombre del Servicio en el que se proporciona la atención médica al derechohabiente o usuario.
No. de Expediente	5	El número del expediente clínico asignado al derechohabiente o usuario para su atención hospitalaria. Tome esta referencia del Carnet de Citas.
Procedencia del Caso	6	El lugar de donde proviene el derechohabiente o usuario: de su domicilio, trabajo, vía pública o es referido de otra institución.
Nivel Socioeconómico	7	La asignación socioeconómica que corresponda. En caso de ser reingreso, retomar la clasificación anterior y en caso de exceder seis meses de la asignación, revalorar la clasificación.
<b>Datos Generales del Paciente</b>		
Nombre	8	El nombre completo del derechohabiente o usuario, iniciando por el apellido paterno, materno y nombre(s).

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	71
De:	109

Formato	6.13 Estudio Social.
---------	----------------------

**6.13.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Edad	9	La edad en años cumplidos del derechohabiente o usuario. Para menores de un año, en meses o días cumplidos, según sea el caso.
Estado Civil	10	El estado civil que manifieste el derechohabiente o usuario que puede ser: soltero, casado, divorciado, viudo o unión libre.
Sexo	11	Hombre o mujer, según sea el caso.
Escolaridad	12	El último grado de escolaridad del derechohabiente o usuario o, en su caso, la categoría analfabeta.
Ocupación	13	El nombre de la actividad que habitualmente desempeña el derechohabiente o usuario.
Religión	14	El culto religioso que profese el derechohabiente o usuario (católica, protestante, evangélica, testigo de Jehová, otro o ninguna).
Originario	15	El municipio o localidad y el estado en el cual nació el derechohabiente o usuario, motivo de estudio.
Derechohabiente	16	En caso afirmativo, el nombre o siglas de la institución de seguridad social a la que pertenece el derechohabiente o usuario. Ejemplo: IMSS, ISSSTE, etc.
Domicilio Permanente	17	La calle, número de la vivienda, colonia, delegación o municipio, código postal, ciudad o estado del lugar donde reside el derechohabiente o usuario en forma permanente, o con 2 años como mínimo de permanencia en él.
Teléfono	18	El número telefónico donde reside el derechohabiente o usuario.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	72
De:	109

Formato	6.13 Estudio Social.
---------	----------------------

**6.13.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Domicilio Temporal	19	La calle, número de la vivienda, colonia, delegación o municipio, código postal, ciudad o estado del lugar donde reside el derechohabiente o usuario en forma temporal en caso de ser foráneo (sino se cuenta con datos precisos anotar señales que identifiquen la ubicación del predio).
Teléfono	20	El número telefónico donde reside temporalmente el derechohabiente o usuario.
<b>Datos del Familiar o Responsable</b>		
Nombre	21	El nombre completo de la persona que acompaña al derechohabiente o usuario, iniciando por el apellido paterno, materno y nombre(s).
Parentesco:	22	La relación familiar del acompañante: padre, madre, tío, etc., y si no la hubiera, indicar sí es amigo, vecino, compañero de trabajo, etc.
Domicilio:	23	La calle, número exterior e interior, colonia, municipio o delegación, código postal, ciudad, estado donde reside la persona responsable del derechohabiente o usuario.
Teléfono	24	El número telefónico de la persona responsable del derechohabiente o usuario.
Diagnóstico Médico:	25	El diagnóstico médico establecido en consulta externa o urgencias y que es el motivo de la indicación de ingreso hospitalario. Ejemplo: traumatismo craneoencefálico, apendicitis, atención de parto, etc.
Condición Legal:	26	En los casos médicos legales, especificar la situación del derechohabiente o usuario ya sea libre al sanar o detenido.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	73
De:	109

Formato	6.13 Estudio Social.
---------	----------------------

**6.13.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Inclusión al Programa en Salud	27	El nombre del programa en el cual está o va a ser inscrito: Gratuidad de los Servicios, Adultos Mayores, Prevención y Atención a la Violencia de Género, etc.
<b>Análisis Social Familiar</b>		
Nombre	28	El nombre de cada uno de los integrantes de la familia nuclear del derechohabiente o usuario.
Parentesco	29	El parentesco de cada uno de los integrantes de la familia nuclear del derechohabiente o usuario.
Edad	30	La edad de cada uno de los integrantes de la familia nuclear del derechohabiente o usuario.
Escolaridad	31	La escolaridad de cada uno de los integrantes de la familia nuclear del derechohabiente o usuario.
Ocupación	32	La ocupación de cada uno de los integrantes de la familia nuclear del derechohabiente o usuario.
Salario	33	El salario de cada uno de los integrantes de la familia nuclear del derechohabiente o usuario.
<b>Criterios de Asignación Socioeconómica</b>		
Calificación	34	El resultado de cruzar la columna de “No. de dependientes económicos” con la fila de “Ingreso familiar en salario mínimo mensual”.
<b>Ocupación del Aporte Principal</b>		
Calificación	35	El número correspondiente a la actividad laboral que desempeña la persona que constituye la fuente de ingreso familiar, de acuerdo a los siguientes criterios:

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	74
De:	109

Formato 6.13 Estudio Social.

**6.13.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
		<p><i>Desempleado.</i> (Calificación = 0) Personas sin actividad laboral remunerada. Personas dedicadas a las labores de su hogar, estudiantes, personas adultas mayores, carentes de seguridad social, con capacidades diferentes ( discapacidad).</p> <p><i>Subempleado.</i> (Calificación = 0) Personas que realizan alguna actividad y perciben ingresos menores o igual al salario mínimo, realizan algún trabajo para un tercero sin estar contratado formalmente: campesinos, jornaleros, entre otros.</p> <p><i>Servicios Personales.</i> (Calificación = 1) Persona que ofrece servicios personales con o sin instrumentos de trabajo, oficios varios (sirvienta de planta, vendedor ambulante, electricista, chofer y albañil).</p> <p><i>Comerciante.</i> (Calificación = 2) Persona que vende productos de su propiedad en establecimiento fijo o móvil (Tianguista).</p> <p><i>Obrero.</i> (Calificación = 2) Persona cuyo trabajo está relacionado directamente a procesos de producción y transformación de productos (con derecho a servicios de seguridad social).</p> <p><i>Empleado o Servidor Público</i> (Calificación = 3) Persona que desarrolla funciones operativas de carácter administrativo, técnico o científico en instituciones públicas (con derecho a la seguridad social).</p> <p><i>Profesionista</i> ( Calif.=4) <i>y/o Empresario:</i> (Calificación=4) Persona con nivel académico universitario, arrendatario o propietario de negocios.</p>

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	75
De:	109

Formato 6.13 Estudio Social.

**6.13.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
<b>Necesidades Básicas</b>		
Egresos Económicos	36	En el renglón correspondiente, el total en pesos del gasto mensual que realiza la familia en las principales necesidades básicas y la sumatoria de los mismos.
Calificación	37	En el recuadro el dígito que corresponda a la sumatoria de los porcentajes que la familia destina a necesidades básicas y que aparece a la derecha de la columna; por ejemplo si la familia destina el 60% de sus egresos a la satisfacción de necesidades básicas le corresponde la calificación 2.
<b>Residencia</b>		
Calificación	38	En el recuadro correspondiente el dígito que corresponda, referente al lugar de residencia del derechohabiente o usuario cuando este se encuentra ubicado fuera del Distrito Federal: Estado de México =2 Interior de la República =1.
<b>Derechohabiencia</b>		
Calificación	39	En el recuadro correspondiente si la persona a la que se le realiza el estudio es derechohabiente de alguna institución de seguridad social.
<b>Estado de Salud Familiar</b>		
Calificación	40	En el recuadro, el dígito que corresponda de acuerdo con el número de enfermos crónicos, agudos o en rehabilitación que existan en el núcleo familiar en el momento de realizar el estudio social, y que representan un gasto o una disminución del Ingreso familiar. Se calificará con "0" si el aporte principal del ingreso familiar se destina a la salud.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	76
De:	109

Formato	6.13 Estudio Social.
---------	----------------------

**6.13.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
<b>Vivienda</b>		
Posesión de la Vivienda	41	Con una (X) en el recuadro correspondiente al tipo de posesión del inmueble en donde reside la familia (rentada, prestada, propia pagada). Nota: si se encuentra en proceso de pago se considera como rentada.
Tipo de Vivienda	42	<p>Con una (X) en el recuadro que corresponde al lugar físico y sus características en el que habitan los integrantes de la familia o el individuo.</p> <p><i>SIN VIVIENDA:</i></p> <p>Aplicable a personas que carecen de casa habitación o pernoctan en la vía pública.</p> <p><i>CUARTO IMPROVISADO:</i></p> <p>Habitación en precarias condiciones, construida con material de desecho, sin planeación y carente de servicios básicos.</p> <p><i>VECINDAD:</i></p> <p>Cuartos comunes construidos con material más elaborado, que sirve de vivienda a varias familias que comparten servicios y pertenecen generalmente a terceras personas.</p> <p><i>DEPTO. POPULAR.</i></p> <p>Vivienda prefabricada o construida bajo planeación previa y generalmente conjuntos habitacionales modestos. Se enfatiza el aspecto económico de la misma: costo mínimo y posibilidad de ponerla a disposición de familias de escasos ingresos ya que se trata de pagar muy poco y a muy largo plazo por la vivienda y cuenta con servicios básicos, ejemplo: vivienda construidas con financiamiento de INFONAVIT, FOVISSSTE, etc.</p>

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	77
De:	109

Formato 6.13 Estudio Social.

**6.13.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
		<p><i>CASA POPULAR:</i></p> <p>Se define como aquella vivienda que dentro de las normas esenciales de habitabilidad y conforme a las necesidades de la familia se construyen a costo mínimo.</p> <p><i>CASA O DEPTO.</i></p> <p>Viviendas construidas bajo planeación previa en conjuntos o zonas residenciales que cuentan con todos los servicios básicos y urbanos.</p>
No. de Cuartos	43	Una (X) en el recuadro correspondiente, conforme al número de cuartos con que cuenta la casa habitación del núcleo familiar.
No. de Personas por Dormitorio	44	Una (X) en el recuadro correspondiente al número de personas que conviven en un mismo dormitorio.
Material de Vivienda	45	Una (X) en el recuadro correspondiente al material principal con que está construida la vivienda.
No. de Cuartos	46	Una (X) en el recuadro correspondiente, conforme al número de cuartos con que cuenta la casa habitación del núcleo familiar.
Cocina	47	Una (X) en el recuadro correspondiente a sí cuenta con el área específica dentro o fuera de la vivienda.
Energía Eléctrica	48	Una (X) en el recuadro correspondiente a si cuenta con este servicio en la vivienda, fuera de ella o carece de este servicio.
Agua Potable	49	Una (X) en el cuadro correspondiente a la forma en que obtiene este servicio o si carece de este recurso.
Disposición de las Excretas	50	Una (X) en el cuadro correspondiente a la forma en que la familia dispone de las excretas.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	78
De:	109

Formato	6.13 Estudio Social.
---------	----------------------

**6.13.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Disposición de la Basura	51	Una (X) en el cuadro correspondiente a la forma en que la familia dispone de los desechos sólidos.
Frecuencia	52	La frecuencia en que la familia dispone de los desechos sólidos
Fauna	53	Una (X) en el cuadro correspondiente a la especie animal con que convive la familia.
<b>Cuadro de Asignación Socioeconómica</b>		
<b>Suma de Calificaciones</b>		
Ingreso Familiar	54	La calificación sumatoria de los ingresos familiares del núcleo familiar.
Ocupación	55	La calificación sumatoria de la ocupación del núcleo familiar.
Necesidades Básicas	56	La calificación sumatoria de las necesidades básicas del núcleo familiar.
Residencia	57	La calificación sumatoria de la residencia del núcleo familiar.
Derechohabiencia	58	La calificación sumatoria de la derechohabiencia del núcleo familiar.
Estado de Salud Familiar	59	La calificación sumatoria del estado de salud del núcleo familiar.
Vivienda	60	La calificación sumatoria de la vivienda del núcleo familiar.
Total	61	En el recuadro correspondiente la suma de calificaciones.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	79
De:	109

Formato	6.13 Estudio Social.
---------	----------------------

**6.13.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
<b>Marginación Social</b>	62	Con una (x) el tipo de marginación de la familia en estudio de acuerdo con la calificación obtenida y el siguiente parámetro: 0=0-4 puntos I=5-9 puntos II= 10-15 puntos III= 15-20 puntos IV=21-28 puntos.
Diagnóstico Social Familiar	63	El análisis y la interpretación de los problemas y factores de riesgo social detectados. Retomar la guía técnica para elaborarlo. Establecer la naturaleza, magnitud (frecuencia del daño) y jerarquización de las necesidades y problemas de una realidad social que es motivo de estudio e investigación, determinando los recursos disponibles y tomando en cuenta las causas.
Plan de Acción	64	Las actividades a realizar en función de los problemas y factores de riesgo social detectados, tomando en cuenta los factores culturales, familiares, educativos, económicos y religiosas así como los recursos del paciente, la familia y la institución, retomar la guía técnica para establecerlo.
Nombre y Firma del Trabajador(a) Social (TS)	65	El nombre completo y claro del (a) trabajador (a) social, que realizó la entrevista.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008
Página: 80		
De: 109		

Formato	6.14. Historia Clínica
---------	------------------------

		<b>GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL</b> <b>México • La Ciudad de la Esperanza</b> SECRETARÍA DE SALUD SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**HISTORIA CLINICA**

**I.- Ficha de Identificación**

Exp.    (1)    Fecha   (2)

Nombre: \_\_\_\_\_ (3) Edad: \_\_\_\_\_ (4) Sexo: \_\_\_\_\_ (5)

Estado Civil: \_\_\_\_\_ (6) Escolaridad: \_\_\_\_\_ (7) Ocupación: \_\_\_\_\_ (8)

Domicilio: \_\_\_\_\_ (9) Teléfono: \_\_\_\_\_ (10)

Familiar ( nombre y Domicilio): \_\_\_\_\_ (11)

Unidad Medica: \_\_\_\_\_ (12) Jurisdiccion Sanitaria \_\_\_\_\_ (13)

**II.- Interrogatorio**

**1.- Antecedentes Heredo**

Causas de muerte, malformaciones congénitas, diabetes, cardiopatías, hipertensión arterial, infartos, aterosclerosis, \_\_\_\_\_ (14)

accidentes vasculares, neuropatías, tuberculosis, alergias. Artropatías, hemopatías, consanguinidad, infecciones, sida, sífilis, neoplasias, convulsiones, alcoholismo,

**2.- Antecedentes Personales**

**No patológicos**

Peso al nacer, anomalidades perinatales, desarrollo físico y mental, esquema básico de vacunación, higiene, alimentación, deportes, integración familiar, lugar de residencia, escolaridad, ocupación habitacional, grupo sanguíneo y factor Rh. \_\_\_\_\_ (15)

**3.- Antecedentes Personales**

**Patológicos**

Enfermedades de la infancia y adolescencia, aterosclerosis, accidentes vasculares, hipertensión arterial, fiebre reumática, cardiopatías, varices, flebitis, padecimientos respiratorios, obesidad, diabetes, gota, dislipidemias, infecciones, parasitosis, hepatitis, hemorroides, ulcera peptica, padecimientos neurológicos, cuadros neuróticos y psicóticos traumáticos, alérgicos, quirúrgicos, transfusionales, endocrinopatías, toxicomanías, tabaquismo, alcoholismo y \_\_\_\_\_ (16)

**4.- Antecedentes**

**GinecoObstetricos.**

Menarca, FUR, ritmo, inicio de vida sexual, numero de parejas sexuales, gestaciones, partos, abortos, cesáreas, métodos anticonceptivos, papanicolaou, enfermedades de transmisión sexual, alteraciones en mama, lactancia, \_\_\_\_\_ (17)



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008
Página: 81		
De: 109		

Formato	6.14. Historia Clínica
---------	------------------------

<p><b>5.- Padecimiento actual.</b> Motivo de la consulta, síntomas principales, cuadro inicial, cronología, descripción, análisis y evolución de los síntomas, semiología del dolor, acciones tomadas, terapéutica empleada.</p>	(18)	
<p><b>6.- Interrogatorio por Aparatos y Sistemas</b></p> <p><b>Síntomas Generales</b> Fiebre, Escalofríos, diaforesis, astenia, adinamia, anorexia, variaciones de peso.</p>	(19)	
<p><b>Respiratorio</b> Obstrucción nasal, disfonía, tos, expectoración, hemoptisis, dolor, cianosis, disnea.</p>	(20)	
<p><b>Cardiovascular</b> Antecedentes de cardiopatías, disnea, tos, hemoptisis, bronquitis frecuente, lipotimias, vértigos, insuficiencia arterial y venosa, síncope, fatiga, palpitaciones, dolor precordial, edemas, ascitis, cianosis, estasis venosa.</p>	(21)	
<p><b>Digestivo</b> Apetito, masticación, disfagia, pirosis, regurgitación, distensión abdominal, dolor, vomito, hematemesis, evacuaciones diarreicas, melena, pujo y tenesmo, constipación, ictericia, intolerancia a alimentos.</p>	(22)	
<p><b>Urinario</b> Disuria, Poliaquiuria, tenesmo vesical, hematuria, piuria, incontinencia, dolor lumbar, expulsión de cálculos, secreción uretral.</p>	(23)	
<p><b>Reproductor</b> Alteraciones menstruales, dolor pélvico, colporeea patológica, alteraciones de la libido, patología obstétrica.</p> <p>Alteraciones testiculares, trastornos en la micción, y / o eyaculación, alteraciones de la libido.</p>	(24)	
<p><b>Hemolinfático</b> Anemias, hemolisis, tendencia a hemorragia, adenopatías, menor resistencia a infecciones.</p>	(25)	



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008
Página: 82		
De: 109		

Formato	6.14. Historia Clínica
---------	------------------------

<b>Endocrino</b>				
Crecimiento en peso y estatura, perturbaciones somáticas, caracteres sexuales, sensibilidad, al calor y frío, piel y faneras exoftalmos, diabetes, acné.				
(26)				
<b>Sistema Nervioso</b>				
Perdida del conocimiento, parálisis, parestias, temblores, coordinación, convulsiones, atrofas, hipo o hiperestusias, cefalea, algias.vision, audición, equilibrio, olfato, gusto, sueño, alteraciones de la personalidad, depresión, compulsión, excitación, atención, memoria, cambios en la conducta, afectividad, nerviosismo, angustia.				
(27)				
<b>Músculo Esquelético</b>				
Deformaciones óseas, limitación de movimientos, algias, atrofas.				
(28)				
<b>Piel y Anexos</b>				
Mucosas, piel, pelo, uñas, prurito, cambios de coloracion, alopecia, erupciones, infestaciones, micosis.				
(29)				
<b>III.- Exploracion Fisica</b>				
Somatometría y Signos Vitales	Peso Actual	Peso Ideal	Peso Habitual	Tension Arterial
	(30) kg	(31) Kg	(32) Kg	(33) mm Hg
Temperatura	Frecuencia Cardiaca	Frecuencia respiratoria	Talla	Pulso
(34) °c	(35) x minuto	(36) x minuto	(37) cm	(38) x minuto
<b>Habitus exterior</b>				
Edad, aparente, biotipo, estado de conciencia, orientación en espacio, tiempo y persona, facies, postura, marcha, movimientos anormales, estado y color de tegumentos, actitud.				
(39)				
<b>Cabeza</b>				
Craneo: tipo, forma, volumen, cabello, exostosis, hundimientos, fontanela. Cara: Tinte, ojos, reflejos pupilares, fondo de ojos, conjuntivas, cornea. Nariz: Obstruccion, mucosa. Boca. Desviacion de las comisuras, aliento, labios y paladar. Oidos: Conducto auditivo y timpano. Faringe, uvula, amigdalas, adenoides , secreciones.				
(40)				
<b>Cuello</b>				
Forma , movilidad, contracturas, arterias, pulsos, soplos venosos, frémitos, traquea, tiroides, cadenas linfaticas, huecos supraclaviculares.				
(41)				
<b>Torax</b>				
Inspección Forma Volumen, simetría, tiros, red venosa y puntos dolorosos, campos pulmonares, movimientos de amplexion y amplexación, vibraciones vocales, ganglios satélites, nódulos. Área precordial : Frecuencia cardiaca , ruidos cardiacos y soplos, mamas.forma, consistencia , tamaño, volumen, simetría, color, temperatura, secreciones, deformaciones del pezón, presencia de masas tumorales, dolor a la palpación, fijación a planos profundos, retracción del pezón.				
(42)				





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	<b>84</b>
<b>De:</b>	<b>109</b>

<b>Formato</b>	6.14. Historia Clínica
----------------	------------------------

El Expediente Clínico es un documento oficial y el cual se encuentra conformado entre otros documentos por la Historia Clínica por tal motivo su llenado tiene el carácter de obligatorio de acuerdo a la norma oficial mexicana **NOM-168-SSA1-1998**, correspondiente al Expediente Clínico, es por ese motivo que la información asentada en dicho formato debe ser verídica, completa y dinámica, así como procurar respetar lo establecido en la misma norma, como la redacción en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

**De la Historia Clínica.**

Deberá elaborarla el médico y constar de: interrogatorio, exploración física, diagnósticos, tratamientos, en el orden siguiente:

**Del Interrogatorio.**

Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, personales patológicos (incluido ex-fumador, ex-alcohólico y ex-adicto), y no patológicos, padecimiento actual (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones) e interrogatorio por aparatos y sistemas;



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	85
De:	109

Formato	6.14. Historia Clínica
---------	------------------------

**6.14.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
<b>I.- Ficha de Identificación</b>		Se refiere a los datos básicos del usuario (a), La norma del expediente señala como mínimo Nombre, sexo, edad y domicilio del usuario; y Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.
Exp.	1	Con números arábigos y/o letras según el caso, que correspondan al expediente designado para el usuari@
Fecha:	2	Con números arábigos coloque en los espacios correspondientes la fecha en formato día, mes y últimos dos dígitos del año en que se llena la Historia Clínica.
Nombre:	3	El nombre completo del Usuario, empezando por los apellidos.
Edad:	4	El número de años cumplidos seguido de una (a) y en el caso necesario el número de meses, seguido de una (m) que lo diferencie de los años, del usuario.
Sexo:	5	Una (F) para Femenino o (M) para masculino.
Estado Civil:	6	El estado Civil del usuario
Escolaridad:	7	El grado de Escolaridad especificando si completo o no el nivel de estudios señalado.
Ocupación:	8	La ocupación del usuario.
Domicilio:	9	El Domicilio del usuario
Teléfono:	10	En el caso correspondiente anote el número telefónico del usuario.
Familiar (nombre y domicilio):	11	El nombre y el domicilio de un familiar responsable del usuario.
Unidad Médica:	12	El Nombre de la Unidad Medica donde se atiende al usuario.
Jurisdicción Sanitaria:	13	El nombre de la Jurisdicción Sanitaria, a la cual pertenece la Unidad Médica que atiende al usuario.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	<b>86</b>
<b>De:</b>	<b>109</b>

<b>Formato</b>	6.14. Historia Clínica
----------------	------------------------

**6.14.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
<b>II.- Interrogatorio.</b>		
Antecedentes Heredofamiliares:	14	De acuerdo a su interrogatorio y a las sugerencias que se hacen en el mismo formato, anote los antecedentes hereditarios sobre todo de familiares cercanos (padres, abuelos y hermanos) a los que el usuario respondiera de manera positiva, empezando por el parentesco del familiar seguido de dicho antecedente positivo, tiempo de evolución, y si se encuentra bajo tratamiento medico especificar los medicamentos y la evolución ya sea satisfactoria o no. Ejemplo: Padre Hipertenso desde hace 8 años en tratamiento médico con captopril a dosis de 1 c/ 8 hrs. actualmente en control.  Para los casos en que el familiar directo haya fallecido especificar lo más exacto posible la fecha y la causa del fallecimiento, ejemplo: Padre finado por infarto agudo al miocardio, hace 15 años.
Antecedentes Personales No Patológicos:	15	De acuerdo a su interrogatorio y a las sugerencias que se hacen en el mismo formato, anote los antecedentes no patológicos a los que el usuario respondiera de manera positiva, especificando fechas y periodicidad, y lo más claro posible la información.
Antecedentes Personales Patológicos:	16	De acuerdo a su interrogatorio y a las sugerencias que se hacen en el mismo formato, anote los antecedentes patológicos, especificando, padecimiento, tiempo de evolución, tratamiento, evolución y estado actual.
Antecedentes GinecoObstétricos:	17	De acuerdo a su interrogatorio y a las sugerencias que se hacen en el mismo formato, anote los antecedentes patológicos, especificando, padecimiento, tiempo de evolución, tratamiento, evolución y estado actual.
Padecimiento Actual:	18	De acuerdo a su interrogatorio y a las sugerencias que se hacen en el mismo formato, anote y describa de manera clara y completa el padecimiento actual.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>01</b>	<b>Feb.</b>	<b>2008</b>

<b>Página:</b>	<b>87</b>
<b>De:</b>	<b>109</b>

<b>Formato</b>	6.14. Historia Clínica
----------------	------------------------

**6.14.1 Instructivo**

<b>DICE</b>	<b>N°</b>	<b>DEBE ANOTARSE</b>
<b>Interrogatorio por Aparatos y Sistemas</b>		
Síntomas Generales:	19	De acuerdo a su interrogatorio y a las sugerencias que se hacen en el mismo formato, anote y describa los síntomas generales que refiere el usuario.
Respiratorio:	20	De acuerdo a su interrogatorio y a las sugerencias que se hacen en el mismo formato, anote y describa los síntomas respiratorios interrogados y que refiera el paciente como positivos.
Cardiovascular:	21	De acuerdo a su interrogatorio y a las sugerencias que se hacen en el mismo formato, anote y describa los síntomas cardiovasculares interrogados y que refiera el paciente como positivos.
Digestivo:	22	De acuerdo a su interrogatorio y a las sugerencias que se hacen en el mismo formato, anote y describa los síntomas digestivos interrogados y que refiera el paciente como positivos.
Urinario:	23	De acuerdo a su interrogatorio y a las sugerencias que se hacen en el mismo formato, anote y describa los síntomas urinarios interrogados y que refiera el paciente como positivos.
Reproductor:	24	De acuerdo a su interrogatorio y a las sugerencias que se hacen en el mismo formato, anote y describa los síntomas del aparato reproductor interrogados y que refiera el paciente como positivos.
Hemolinfático:	25	De acuerdo a su interrogatorio y a las sugerencias que se hacen en el mismo formato, anote y describa los síntomas del sistema hemolinfático interrogados y que refiera el paciente como positivos.
Endócrino:	26	De acuerdo a su interrogatorio y a las sugerencias que se hacen en el mismo formato, anote y describa los síntomas del sistema endócrino interrogados y que refiera el paciente como positivos.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	<b>88</b>
<b>De:</b>	<b>109</b>

<b>Formato</b>	6.14. Historia Clínica
----------------	------------------------

**6.14.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Sistema Nervioso:	27	De acuerdo a su interrogatorio y a las sugerencias que se hacen en el mismo formato, anote y describa los síntomas del sistema nervioso interrogados y que refiera el paciente como positivos.
Músculo Esquelético:	28	De acuerdo a su interrogatorio y a las sugerencias que se hacen en el mismo formato, anote y describa los síntomas sistema músculo esquelético interrogados y que refiera el paciente como positivos.
Piel y Anexos:	29	De acuerdo a su interrogatorio y a las sugerencias que se hacen en el mismo formato, anote y describa los síntomas de piel y anexos interrogados y que refiera el paciente como positivos.
<b>III.- Exploración Física.</b>		
Peso Actual.	30	El peso del usuario (a) con números arábigos, seguido de la especificación de gramos (grs) o kilogramos (kg)
Peso Ideal.	31	El peso ideal del usuario (a) con números arábigos, seguido de la especificación de gramos (grs) o kilogramos (kg)
Peso Habitual.	32	El peso Habitual del usuario (a) con números arábigos, seguido de la especificación de gramos (grs) o kilogramos (kg).
Tensión Arterial.	33	La tensión arterial del paciente, registrando primero la sistólica y posteriormente la diastólica.
Temperatura:	34	La temperatura corporal del paciente obtenida durante 3 minutos.
Frecuencia Cardíaca:	35	La frecuencia cardíaca obtenida en un minuto.
Frecuencia Respiratoria:	36	La frecuencia respiratoria obtenida en un minuto.
Talla:	37	La Talla del paciente.
Pulso:	38	El pulso del paciente obtenido durante un minuto.
Habitus Exterior:	39	De acuerdo a su exploración y a lo sugerido en el formato, describa el habitus exterior del paciente.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	<b>89</b>
<b>De:</b>	<b>109</b>

<b>Formato</b>	6.14. Historia Clínica
----------------	------------------------

**6.14.1 Instructivo**

<b>DICE</b>	<b>N°</b>	<b>DEBE ANOTARSE</b>
Cabeza:	40	De acuerdo a su exploración y a lo sugerido en el formato, describa lo encontrado en la región de la cabeza del paciente.
Cuello:	41	De acuerdo a su exploración y a lo sugerido en el formato, describa lo encontrado en la región del cuello del paciente.
Tórax:	42	De acuerdo a su exploración y a lo sugerido en el formato, describa lo encontrado en la región del tórax del paciente.
Abdomen:	43	De acuerdo a su exploración y a lo sugerido en el formato, describa lo encontrado en la región de Abdomen del paciente.
Exploración Ginecológica:	44	De acuerdo a su exploración y a lo sugerido en el formato, describa lo encontrado en lo relacionado con el aspecto ginecológico de la paciente.
Extremidades Superiores e Inferiores:	45	De acuerdo a su exploración y a lo sugerido en el formato, describa lo encontrado en las extremidades superiores e inferiores del paciente.
Columna Vertebral:	46	De acuerdo a su exploración y a lo sugerido en el formato, describa lo encontrado en la columna vertebral del paciente.
Exploración Neurológica:	47	De acuerdo a su exploración y a lo sugerido en el formato, describa lo encontrado en lo relacionado con el aspecto neurológico del paciente.
Genital.	48	De acuerdo a su exploración y a lo sugerido en el formato, describa lo encontrado en la región genital del paciente.
<b>IV.- Diagnóstico.</b>		
Impresión Diagnóstica.	49	De acuerdo a su interrogatorio y a la exploración, escriba el o los diagnósticos sindromáticos, nosológicos, y/o probables del paciente.
Plan a Seguir:	50	El plan y estrategias diagnósticas y terapéuticas a seguir.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	90
De:	109

Formato	6.14. Historia Clínica
---------	------------------------

**6.14.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
<b>Elaboró:</b>		
Nombre y Firma del Médico:	51	Nombre y firma del medico que elaboró la Historia Clínica.
Cédula Profesional	52	La cédula profesional del médico responsable de la elaboración de la historia clínica.





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008
Página: 92		
De: 109		

<b>Formato</b>	6.15. Notas de Evolución
----------------	--------------------------

El Expediente Clínico es un documento oficial y el cual se encuentra conformado entre otros documentos por las Notas de Evolución por tal motivo su llenado tiene el carácter de obligatorio de acuerdo a la norma oficial mexicana **NOM-168-SSA1-1998**, correspondiente al Expediente Clínico, es por ello que la información asentada en dicho formato debe ser verás, completa y dinámica, así como procurar respetar lo establecido en la misma norma, como la redacción en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado, además de la metodología SOAP.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

<b>Página:</b> 93
<b>De:</b> 109

<b>Formato</b>	6.15. Notas de Evolución
----------------	--------------------------

**6.15.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Expediente No.	1	Con números arábigos y/o letras según el caso, que correspondan al expediente designado para el usuario (a)
Nombre del Paciente:	2	El nombre completo del Usuario (a), empezando por los apellidos.
Edad:	3	El número de años cumplidos seguido de una (a) y en el caso necesario el número de meses, seguido de una (m) que lo diferencie de los años, del usuario.
Fecha y hora:	4	Con números arábigos coloque en los espacios correspondientes la fecha en formato día, mes y últimos dos dígitos del año, así como la hora en formato Hora y minutos, en que se realiza la nota de evolución.
Problema No.	5	Con números arábigos el número de problema del que se pretende describir la sintomatología y la exploración física.
<b>NOTAS DE EVOLUCION SOAP</b> S: Subjetivo, O: Objetivo, A: Análisis, P: Planes	6	<p>En base a metodología SOAP, describir el proceso de atención en consultorio.</p> <p>S. Significa Subjetivo, y se refiere a los síntomas que el usuario (a) manifiesta.</p> <p>O. Alude a Objetivo. y se refiere a los signos que se obtienen en la exploración física, así como a los resultados de pruebas de laboratorio o gabinete.</p> <p>A. Significa Análisis, y se refiere a la interpretación que realiza el médico a través de los datos obtenidos en los puntos descritos anteriormente.</p> <p>P. se refiere a Planes; Alude a estrategias de tratamiento, o en su caso de confirmación diagnóstica.</p>



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página: 94
De: 109

Formato	6.15. Notas de Evolución
---------	--------------------------

**6.15.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
<b>PLANES:</b> a) Diagnósticos, b) Tratamiento y c) Educativo	7	Describir las estrategias para confirmar diagnósticos, para tratamiento del o los problemas y medidas educativas.  Es importante recalcar que se debe anotar nombre, cédula profesional y firma del médico responsable de la atención y de la nota.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	95
De:	109

**Formato** 6.16. Solicitud y Reporte de Resultados de Laboratorio

**ANVERSO**

 <p><b>GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL</b> México - La Ciudad de la Esperanza</p>		<p><b>SECRETARÍA DE SALUD</b> SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL D.F. DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO</p>	
UNIDAD MÉDICA: 1	FECHA: 2	No DE EXPEDIENTE: 3	
NOMBRE DEL PACIENTE: 4		EDAD: 5	SEXO: 6
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (s)		FECHA PRÓXIMA DE CONSULTA: / 8 /	
DIAG. PRESUNTIVO: 7	MÉDICO SOLICITANTE: 9		10
NOMBRE		FIRMA	

HEMATOLOGÍA			QUÍMICA SANGUÍNEA			INMUNOLOGÍA			URIANALISIS (EGO)			MICROBIOLOGÍA		
RESULTADO	U		RESULTADO	U		RESULTADO	U		RESULTADO	U		RESULTADO	U	
<input type="checkbox"/> HEMOGLOBINA	g/dl		<input type="checkbox"/> GLUCOSA	mg/dl		<input type="checkbox"/> VDRL			<input type="checkbox"/> FÍSICO-QUÍMICO			<input type="checkbox"/> EXUDADO (GRAM)		
<input type="checkbox"/> HEMATOCRITO	%		<input type="checkbox"/> Hb GLICOSILADA	%		<input type="checkbox"/> ANTIESTREPTOLISINAS	U/L		COLOR					
<input type="checkbox"/> CMHC	%		<input type="checkbox"/> UREA	mg/dl		<input type="checkbox"/> FACTOR REUMATOIDE			PH					
<input type="checkbox"/> LEUCOSITOS	Mmc		<input type="checkbox"/> ACIDO URICO	mg/dl		<input type="checkbox"/> PROTEINA C. REACTIVA			DENSIDAD					
<input type="checkbox"/> CUENTA DIFERENCIAL			<input type="checkbox"/> CREATININA	mg/dl		<input type="checkbox"/> PRUEBA DE EMBARAZO			GLUCOSA			<input type="checkbox"/> BACILOSCOPIA (BAAR)		
LINFOCITOS	%		<input type="checkbox"/> COLESTEROL TOTAL	mg/dl		<b>OTROS</b>			CETONA					
MONOCITOS	%		<input type="checkbox"/> TRIGLICERIDOS	mg/dl					PROTEINA			1		
EOSINOFILOS	%		<input type="checkbox"/> HDL	mg/dl					NITRITO					
BASOFILOS	%		<input type="checkbox"/> LDL	mg/dl					BILIRRUBINA					
NEUT. SEGMENT.	%		<input type="checkbox"/> BILIRRUBINA TOTAL	mg/dl					HEMOGLOBINA			2		
NEUT. EN BANDA	%		<input type="checkbox"/> BILIRRUBINA DIRECTA	mg/dl		<b>PARASITOLOGÍA</b>			UROBILINOGENO					
ALTERACIONES:			<input type="checkbox"/> BILIRRUBINA INDIRECTA	mg/dl		<b>COPROPARASITOSCÓPICO</b>			<input type="checkbox"/> SEDIMENTO					
			<input type="checkbox"/> ALAT (TGP)	U/L					LEUCOSITOS			3		
			<input type="checkbox"/> ASAT (TGO)	U/L					ERITROCITOS					
			<input type="checkbox"/> F. ALCALINA	U/L					CEL. EPITELIALES					
			<b>OTROS</b>						BACTERIAS					
<input type="checkbox"/> RETICULOCITOS	%								CRISTALES					
<input type="checkbox"/> PLAQUETAS	Mmc													
<input type="checkbox"/> SED. GLOBULAR	mm/hr		<b>OBSERVACIONES</b>											
<input type="checkbox"/> GRUPO SANGUÍNEO									CILINDROS					
<input type="checkbox"/> FACTOR Rh														
<input type="checkbox"/> T. PROTROMBINA														
<input type="checkbox"/> T. PARCIAL TROMB.														

NÚMERO DE REGISTRO: 12 RESPONSABLE: 13 NOMBRE Y FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA DE REPORTE: / 14 /

DÍA MES AÑO

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
01	Feb.	2008
<b>Página: 96</b>		
<b>De: 109</b>		

**Formato** 6.16. Solicitud y Reporte de Resultados de Laboratorio



**SECRETARIA DE SALUD**  
SERVICIOS DE SALUD PUBLICA DEL D.F.  
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

**REVERSO**

**VALORES DE REFERENCIA**

HEMATOLOGÍA			QUÍMICA SANGUÍNEA			EXAMEN GENERAL DE ORINA	
PRUEBA	HOMBRE	MUJER	PRUEBA	VALOR	U	PRUEBA	VALOR
HEMOGLOBINA	14-17 g/dl	12-15 g/dl	GLUCOSA	a	mg/dl	PH	5 A 6
VEL. SED. GLOBULAR	0-10 mm/hr	0-15 mm/hr	UREA	a	mg/dl	DENSIDAD	1.015-1.030
HEMATOCRITO	44-55 %	40-45 %	CREATININA	a	mg/dl	GLUCOSA	NEGATIVO
CMHb	30-36 %		ÁCIDO URICO	a	mg/dl	CETONA	NEGATIVO
LEUCOSITOS	5000-10000 mmc		COLESTEROL	a	mg/dl	PROTEINA	NEGATIVO
PLAQUETAS	150000-450000 mmc		BILIRRUBINA TOTAL	a	mg/dl	NITRITOS	NEGATIVO
RETICULOSITOS	1-2-%		BILIRRUBINA DIRESTA	a	mg/dl	BILIRRUBINA	NEGATIVO
<b>CUENTA DIFERENCIAL</b>		MEDIA	BILIRRUBINA INDIRECTA	a	mg/dl	HEMOGLOBINA	NEGATIVO
LINFOCITOS	22-40 %	30.00%	ALAT (TGP)	a	U/L	UROBILINOGENO	NEGATIVO
MONOCITOS	2-8 %	4.00%	ASAT (TGO)	a	U/L	SEDIMENTO (40x)	
EOSINÓFILOS	1-3 %	2.00%	FOSFATASA ALCALINA	a	U/L	LEUCOSITOS	0-3 POR CAMPO
BASÓFILOS	0-1 %	1.00%	FOSFATASA ACIDA	a	U/L	ERITROCITOS	NEGATIVO
N. SEGMENTADOS	50- 70 %	60.00%				CRISTALES	AUSENCIA
N. BANDA	1-2 %	1.00%	<b>INMUNOLOGIA</b>			<b>MICROBIOLOGIA</b>	
TIEMPO DE PROTOMBINA	( ) SEGUNDOS		VDRL	NEGATIVO		BAAR	NEGATIVO
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	( ) SEGUNDOS		ANTIESTREPTOLISINAS	U. TODD			
TIEMPO DE COAGULACIÓN	6 A 10 MINUTOS		FACTOR REUMATOIDE	NEGATIVO			
TIEMPO DE SANGRADO	1 A 3 MINUTOS		PROTEINA C. REACTIVA	NEGATIVO			

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL**  
**EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	97
De:	109

**Formato** 6.16. Solicitud y Reporte de Resultados de Laboratorio

**6.16.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Unidad Médica:	1	El nombre de la unidad médica que solicita los exámenes de laboratorio.
Fecha:	2	Con número arábigos y en formato día, mes y año la fecha en que se solicitan los exámenes de laboratorio.
No de Expediente:	3	El número de expediente correspondiente al paciente.
Nombre del Paciente:	4	El nombre completo del Usuario (a), empezando por los apellidos.
Edad:	5	El número de años cumplidos seguido de una (a) y en el caso necesario el número de meses, seguido de una (m) que lo diferencie de los años, del usuario.
Sexo:	6	Marque con una (F) para el caso de femenino, y (M) para el caso de Masculino
Diag. Presuntivo:	7	El diagnóstico presuntivo, que justifique la solicitud de los exámenes de laboratorio.
Fecha Próxima Consulta:	8	Con números arábigos coloque en los espacios correspondientes la fecha en formato día, mes y año, en que se tiene programada la próxima consulta.
Medico Solicitante:	9	El nombre del médico que solicita los exámenes de laboratorio.
Firma:	10	Signe la firma del médico que solicita los exámenes de laboratorio.
	11	Marque con una "X" los exámenes de laboratorio que requiera.  En los espacios correspondientes al resultado, el responsable del llenado colocará lo obtenido de la realización del examen.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	98
De:	109

<b>Formato</b>	6.16. Solicitud y Reporte de Resultados de Laboratorio
----------------	--------------------------------------------------------

**6.16.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Número de Registro:	12	El número de registro que corresponda a la solicitud.
Nombre y Firma:	13	Nombre y firma del responsable de laboratorio.
Fecha de Reporte:	14	Con números arábigos y en formato de día mes y año, la fecha en que se reportan los resultados.





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008
Página: 100		
De: 109		

**Formato** 6.17. Referencia y Contrarreferencia de Pacientes (Unificado S.S.D.F.-S.S.P.D.F. "SRC 0/1-04")

*HOJA DE CONTRARREFERENCIA.*

**IX**  
UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE:  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ (49) CLAVE: \_\_\_\_\_ (50)  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_ (51)  
CALLE Y NÚMERO \_\_\_\_\_ COLONIA \_\_\_\_\_ DELEGACIÓN O MUNICIPIO \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_  
NIVEL DE ATENCIÓN: 1° (52) 2° 3° ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_ (53) CONSULTA EXT. (54) URGEN (55) HOSPITALIZACIÓN (56)

**X**  
**MANEJO DEL PACIENTE:**  
PADECIMIENTO ACTUAL: \_\_\_\_\_ (57)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
EVOLUCIÓN: \_\_\_\_\_ (58)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
ESTUDIOS PARACLÍNICOS (ANEXAR): \_\_\_\_\_ (59)  
\_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO (S) DE INGRESO: \_\_\_\_\_ (60)  
\_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO (S) DE EGRESO: \_\_\_\_\_ (61)  
\_\_\_\_\_  
RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_ (62)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
DEBE REGRESAR \_\_\_\_\_ (63) FECHA: \_\_\_\_\_ (64) / \_\_\_\_\_ (65) / \_\_\_\_\_  
EN CASO DE DUDAS COMUNICARSE CON EL MÉDICO QUE ATENDIÓ, AL TELÉFONO: \_\_\_\_\_ (65)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD \_\_\_\_\_ (66) SELLO DE LA UNIDAD \_\_\_\_\_ (68) NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE CONTRARREFIERE \_\_\_\_\_ (67)

*VISITA DOMICILIARIA*

**VIII**  
FECHA DE VISITA: \_\_\_\_\_ (69) / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ FECHA DE ALTA: \_\_\_\_\_ (70) / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
SE LE ATENDIÓ SI \_\_\_\_\_ (71) FECHA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ NOMBRE DE LA UNIDAD: \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_ MOTIVO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_ (72)  
\_\_\_\_\_

**NOTA: EL TALÓN ES DE MANEJO EXCLUSIVO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.**



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008
Página: 101		
De: 109		

<b>Formato</b>	6.17. Referencia y Contrarreferencia de Pacientes (Unificado S.S.D.F.-S.S.P.D.F. "SRC 0/1-04")
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

**Propósito:**

Registrar los datos clínicos más importantes y necesarios de los pacientes en el padecimiento de la referencia y la Contrarreferencia de pacientes.

**Manejo de Formato SRL 0/1-04.**

Deberá ser llenado con letra de molde o con máquina de escribir, en original y dos copias, de los cuales el original y una copia se enviarán a la unidad médica a donde se refiere al paciente y la otra copia se anexará al expediente clínico.

Al contrarreferir al paciente se entregará el original al paciente, quedando una copia en la unidad médica en donde se atendió la referencia.

**Procedimiento de llenado.**

Éste formato deberá ser llenado en su parte anverso en relación a la referencia, por el Médico, Técnico en Atención Primaria a la Salud o Auxiliar en Salud.

Para la contrarreferencia el médico que atendió la referencia deberá llenar los datos que se identifican en el reverso del formato.

**ANVERSO:**

**Consta de dos partes: hoja de referencia / traslado y talón:**

La primera parte que corresponde a la referencia propiamente dicha

La segunda parte es el talonario que se conserva en la unidad que refiere.

**REVERSO**

**Consta de dos partes: hoja de contrarreferencia y talón:**

La primera parte que corresponde a la contrarreferencia propiamente dicha

La segunda parte es el reverso del talonario **sobre la vista domiciliaria al paciente para su control y seguimiento**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	102
De:	109

Formato	6.17. Referencia y Contrarreferencia de Pacientes (Unificado S.S.D.F.-S.S.P.D.F. "SRC 0/1-04")
---------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

**6.17.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
<b>ANVERSO</b>		
<b>La primera parte que corresponde a la referencia propiamente dicha y a la cual se enuncia el instructivo para su llenado a continuación:</b>		
Edad:	1	Con números arábigos la edad del paciente en años, meses y si es un paciente menor de 1 año, días cumplidos, ya que para los padecimientos pediátricos es importante.
Sexo:	2	Seleccione F para femenino, o M para masculino y marque con una (X).
Urgente:	3	seleccione si es urgente o no, entendido como urgente o urgencia a todo problema médico quirúrgico agudo, que pone en peligro la vida, la pérdida de un órgano o una función y que requiere de atención inmediata.
Jurisdicción:	4	El nombre de la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenece la unidad médica de atención primaria que realiza la referencia.
Unidad:	5	El nombre completo de la unidad médica de atención primaria que realiza la referencia.
Fecha:	6	Día, mes y año en que el paciente es referido a otra unidad médica.
No. de Control:	7	Corresponde al folio; anotar de manera progresiva el número de folio correspondiente a la hoja SRC solicitud de referencia y contrarreferencia de pacientes.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
01	Feb.	2008

<b>Página:</b>	<b>103</b>
<b>De:</b>	<b>109</b>

<b>Formato</b>	6.17. Referencia y Contrarreferencia de Pacientes (Unificado S.S.D.F.-S.S.P.D.F. "SRC 0/1-04")
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

**6.17.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Clasificación Socioeconómica:	8	El nivel socioeconómico correspondiente (este rubro solo aplica para el nivel de atención que lo requiera).
Urgencia Si, No:	9	Seleccionar y calificar si es urgente o no, entendiendo como urgente o urgencia a todo problema médico-quirúrgico agudo, que pone en peligro la vida, la pérdida de un órgano o una función y que requiere de atención inmediata.
Nombre del Paciente:	10	El nombre completo del paciente empezando por el apellido paterno.
Nombre del Familiar o Responsable:	11	El nombre completo del familiar o persona responsable del paciente.
Parentesco:	12	El parentesco que guarda con respecto al paciente, el familiar o persona responsable del mismo.
No. de Expediente:	13	En números arábigos el número de expediente del paciente.
Folio de PSMYMG:	14	El folio de la cédula de afiliación a los SMYMG del D. F. Si es que cuenta con ella.
Edad:	15	Con números arábigos la edad del paciente en años, meses y si es un paciente menor de 1 año, días cumplidos.
Sexo:	16	F para femenino, o M para masculino.
Unidad que Refiere:	17	El nombre completo de la unidad que refiere al paciente.
Unidad a la que se Refiere:	18	El nombre completo de la unidad a la que se envía el paciente.
Domicilio:	19	El domicilio completo por la calle, número, colonia y delegación de la unidad a la que se refiere.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	104
De:	109

<b>Formato</b>	6.17. Referencia y Contrarreferencia de Pacientes (Unificado S.S.D.F.-S.S.P.D.F. "SRC 0/1-04")
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

**6.17.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Especialidad a la que se Envía:	20	delegación de la unidad a la que se refiere. Con número arábigo el nivel de atención correspondiente, así como el nombre del servicio al que se envía el paciente.
Nivel de Atención:	21	Con número arábigo el nivel de atención correspondiente de la Unidad a la que se refiere.
Especialidad:	22	La especialidad a la que se envía al paciente.
Consulta Ext.:	23	Con una "X" si la atención se otorgará en el área de Consulta Externa.
Urgencias:	24	Con una "X" si la atención se otorgará en el área de Urgencias.
Nombre del Medico que Acepta la Referencia:	25	El nombre completo del médico que acepta la referencia del paciente.
<b>Motivo de Referencia / Traslado (Resumen Clínico del padecimiento)</b>		
T. A., TEMP, FR, FC, Peso, Talla, Escala de Glasgow:	26	Los signos vitales así como el peso, la talla y la escala de conciencia de Glasgow, en las medidas correspondientes registradas en el momento de la Exploración Física.
Padecimiento Actual:	27	Describir de manera objetiva y clara los signos y síntomas de la patología aguda o crónica que presenta el paciente en orden cronológico, así como los diagnósticos y terapéutica empleadas.
Evolución:	28	La evolución secuencial de los signos y síntomas que ha tenido el paciente desde el inicio del padecimiento que dio origen a la solicitud de la atención médica

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	105
De:	109

<b>Formato</b>	6.17. Referencia y Contrarreferencia de Pacientes (Unificado S.S.D.F.-S.S.P.D.F. "SRC 0/1-04")
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

**6.17.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Estudios Paraclínicos:	29	Los estudios que se le han practicado al paciente con motivo del padecimiento actual, anexando los mismos.
Impresión Diagnostica:	30	El diagnóstico establecido de acuerdo a los estudios, interrogatorio y datos clínicos, hacia el cual se orienta.
Nombre y Firma del Responsable de la Unidad.	31	El nombre de la persona responsable de la Unidad de Atención Médica que refiere el paciente.
Nombre de Firma y Medico que Refiere:	32	El nombre y la firma del médico que refiere al paciente.
Sello de la Unidad:	33	El sello de la unidad a la hoja de referencia de pacientes.
<b>La segunda parte es el talonario que se conserva en la unidad que refiere, donde se anotarán los siguientes datos:</b>		
Jurisdicción:	34	El nombre de la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenece la unidad médica de atención primaria que realiza la referencia.
Unidad:	35	El nombre completo de la unidad médica de atención primaria que realiza la referencia.
Fecha de la Referencia:	36	Día, mes y año en que el paciente es referido a otra unidad médica.
No. de Control:	37	De manera progresiva el número de folio correspondiente a la hoja SRC, solicitud de referencia y contrarreferencia de pacientes.
Nombre del Paciente:	38	El nombre completo del paciente empezando por el apellido primero

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	106
De:	109

<b>Formato</b>	6.17. Referencia y Contrarreferencia de Pacientes (Unificado S.S.D.F.-S.S.P.D.F. "SRC 0/1-04")
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

**6.17.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
		apellido paterno.
Edad:	39	Con números arábigos la edad del paciente en años, meses y si es un paciente menor de 1 año, días cumplidos.
Sexo:	40	F para femenino, o M para masculino.
Domicilio del Paciente:	41	Nombre de la calle, número, colonia, delegación y código postal.
Teléfono:	42	El número telefónico del paciente, o de algún familiar en donde se le pueda localizar.
Motivo del Envío:	43	El motivo de la referencia, ejemplo: Valoración y tratamiento especializado, Confirmación de Diagnóstico, Requiere Tratamiento Especializado, Confirmación del diagnóstico, Requiere Tratamiento Especializado, Requiere de Estudios Especializados, La Unidad no cuenta con lo necesario para dar atención al tipo de paciente.
Diagnóstico Presuncional:	44	El o los diagnósticos presuntivos (de probabilidad) por el / los que se refiere, o en su caso sindromáticos.
Unidad a la que se Refiere:	45	El nombre de la unidad a la que se envía el paciente.
Especialidad o Servicio al que se Envía.	46	El nombre de la especialidad, así como el número arábigo del nivel de atención correspondiente a la unidad medica a la que se refiere el paciente.
Clasificación Socioeconómica:	47	El nivel socioeconómico correspondiente (este rubro solo aplica para el nivel de atención que lo requiera).
Nombre del Medico que Refiere:	48	Nombre completo del médico que inicio la referencia del paciente.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
01	Feb.	2008
<b>Página:</b>		<b>107</b>
<b>De:</b>		<b>109</b>

<b>Formato</b>	6.17. Referencia y Contrarreferencia de Pacientes (Unificado S.S.D.F.-S.S.P.D.F. "SRC 0/1-04")
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

**6.17.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
<p align="center"><b>REVERSO</b></p> <p><b>La primera parte que corresponde a la contrarreferencia propiamente dicha y a la cual se enuncia el instructivo para su llenado a continuación:</b></p> <p><b>Unidad Médica que contrarrefiere.</b></p>		
Nombre:	49	El nombre de la unidad médica que contrarrefiere al paciente.
Clave:	50	La clave correspondiente de la unidad médica que realiza la contrarreferencia.
Domicilio:	51	El domicilio completo por la calle, número, colonia y delegación de la unidad médica que realiza la contrarreferencia.
Nivel de Atención:	52	Con número arábigo el nivel de atención correspondiente de la Unidad a la que se refiere.
Especialidad:	53	La especialidad a la que se envía al paciente.
Consulta Ext.:	54	Con una "X" si la atención se otorgará en el área de Consulta Externa.
Urgencias:	55	Con una "X" si la atención se otorgará en el área de Urgencias.
Hospitalización:	56	Con una "X" si la atención se otorgará en el área de Hospitalización.
<b>Del manejo del paciente.</b>		

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	108
De:	109

<b>Formato</b>	6.17. Referencia y Contrarreferencia de Pacientes (Unificado S.S.D.F.-S.S.P.D.F. "SRC 0/1-04")
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

**6.17.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Padecimiento Actual:	57	Describir de manera objetiva y clara los signos y síntomas de la patología aguda o crónica que presenta el paciente en orden cronológico, así como los diagnósticos y terapéutica empleadas.
Evolución:	58	La evolución secuencial de los signos y síntomas que ha tenido el paciente desde el inicio del padecimiento que dio origen a la solicitud de la atención médica.
Estudios Paraclínicos:	59	Los estudios que se le han practicado al paciente con motivo del padecimiento actual, anexando los mismos.
Diagnostico (s) de Ingreso:	60	El / los diagnóstico (s) de ingreso.
Diagnostico (s) de Egreso:	61	El / los diagnóstico (s) con el que fue egresado el paciente.
Recomendaciones para el Manejo del Paciente en su Unidad de Adscripción:	62	Las medidas para dar manejo y seguimiento al paciente en las unidades de primer nivel de atención.
Debe Regresar:	63	Si el paciente amerita ser visto nuevamente en el servicio al que se refirió.
Fecha:	64	La fecha en que tendrá cita para ser visto nuevamente.
En Caso de Dudas Comunicare con el Medico que Envió al Teléfono:	65	El número de teléfono de la unidad que contrarrefiere o donde se pueda localizar el médico que realizó la contrarreferencia del paciente.
Nombre y Firma del Responsable de la Unidad:	66	El nombre del médico responsable de la unidad donde se atendió al paciente.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS.**

Día	Mes	Año
01	Feb.	2008

Página:	<b>109</b>
De:	<b>109</b>

<b>Formato</b>	6.17. Referencia y Contrarreferencia de Pacientes (Unificado S.S.D.F.-S.S.P.D.F. "SRC 0/1-04")
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

**6.17.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Nombre y Firma del Medico que Contrarrefiere:	67	El nombre del médico tratante y que contrarrefiere al paciente.
Sello de la Unidad:	68	Aplicar el sello de la unidad que atendió al paciente.
<b>La segunda parte es el reverso del talonario sobre la vista domiciliaria al paciente para su control y seguimiento, donde se anotarán los siguientes datos:</b>		
Fecha de Visita:	69	La fecha en la que se realizó la visita domiciliaria
Fecha de Alta:	70	La fecha en que se dio de alta en la unidad donde se refirió al paciente.
Le Atendió:	71	Marcar con una cruz en el lugar correspondiente; <b>SI</b> fue atendido se anotará la fecha, y el nombre de la unidad que le atendió, si <b>NO</b> fue atendido se deberá anotar el motivo por el que se le negó la atención y también el nombre de la unidad.
Observaciones:	72	Las respectivas observaciones de la visita domiciliaria si es que las hay.