



# **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD MÓVIL**

**Mayo 2008**

**ÍNDICE**

<b>CAPÍTULO</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	4
<b>2. MARCO JURÍDICO</b>	6
<b>3. OBJETIVO DEL MANUAL</b>	11
<b>4. PROCEDIMIENTO</b>	13
4.1 Para la Atención Médica y Estudios de Laboratorio en Unidades Móviles.	
4.1.1 Objetivo General	
4.1.2 Políticas y/o Normas de Operación	
4.1.3 Descripción Narrativa	
4.1.4 Diagrama de Flujo	
4.2 Para la Atención Médica Especializada y la Realización de Estudios de Colposcopia y Mastografía en Unidades Móviles.	
4.2.1 Objetivo General	
4.2.2 Políticas y/o Normas de Operación	
4.2.3 Descripción Narrativa	
4.2.4 Diagrama de Flujo	
<b>5. FORMATOS E INSTRUCTIVOS</b>	
5.1 Referencia y Contrarreferencia (ECRF-6)	2
5.2 Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos (SUA-LA-1)	10
5.3 Hoja Diaria de Consulta Externa (SISPA-SS-01-P)	20
5.4 Cuestionario Sobre Consumo de Alcohol para Mujeres y Hombres	33
5.5 Cuestionario de Fagerström: Nicotina.	37
5.6 Detección Integrada de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Obesidad.	41
5.7 Cuestionario de Síntomas de Cáncer de Próstata	48
5.8 Cédula Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama	51



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DE LA UNIDAD MÓVIL

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	3
De:	13

**CAPÍTULO**

**PÁGINA**

5.9 Referencia y Registro Nominal de Pacientes con Lesión Precursora y  
Cáncer Cérvico Uterino

57

5.10 Solicitud y Reporte de Resultado de Citología Cervical

63



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

<b>Página:</b>	<b>4</b>
<b>De:</b>	<b>13</b>

**1. INTRODUCCIÓN**

## 1. INTRODUCCIÓN

El Distrito Federal cuenta aproximadamente con 4 millones de habitantes de población no asegurada, de los cuales la mitad son considerados de muy alta y alta marginalidad. Las siete delegaciones que tienen el mayor número de esta población vulnerable son: Iztapalapa, Gustavo A. Madero, Tlalpan, Álvaro Obregón, Xochimilco, Tláhuac y Milpa Alta.

Por lo anterior la Secretaría de Salud ha decidido apoyar a través de Unidades Móviles acciones de extensión hospitalaria y diagnóstico oportuno, ofreciendo 5 servicios esenciales:

- Atención a riesgos cardiovasculares
- Atención a las complicaciones de la Diabetes Mellitus
- Atención de los riesgos de la mujer
- Atención de los riesgos del hombre
- Atención a problemas visuales, discapacidades

Por tal motivo, este manual pretende ser un instrumento que norme y oriente las actividades del personal que labora en la Unidades Móviles.

El presente documento se encuentra estructurado por cinco capítulos siendo el primero de éstos la introducción, en el segundo capítulo se determina el marco jurídico, en el tercer capítulo se enuncia el objetivo del manual, mismo que se deberá alcanzar a fin de que los procedimientos cumplan con su propósito, en el cuarto capítulo, se describen los procedimientos cada uno de los cuales contiene: el objetivo específico, las políticas y normas de operación, la descripción narrativa y su diagrama de flujo, finalmente, el quinto capítulo incluye los formatos e instructivos utilizados en el desarrollo de los procedimientos.

Este documento se deberá revisar periódicamente y cada vez que haya cambios en la normatividad aplicable, a fin de mantenerlo vigente y sirva de apoyo en el desarrollo de las actividades correspondientes a esta materia.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

<b>Página:</b>	<b>6</b>
<b>De:</b>	<b>13</b>

**2. MARCO JURÍDICO**

## **2. MARCO JURÍDICO**

Principales ordenamientos jurídico-administrativos que sustentan las acciones de las Unidades Móviles:

### **CONSTITUCIÓN**

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

D. O. F. 05-II-1917

Última reforma D. O. F. 13-XI-2007

### **ESTATUTO**

#### **Estatuto del Gobierno del Distrito Federal**

D. O. F. 26-VII-1994

Última reforma D. O. F. 28-IV-2008.

### **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. 03-XI-1982

Última reforma D. O. F. 26-XII-2005

#### **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



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DE LA UNIDAD MÓVIL

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	8
De:	13

**Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayoras**

D.O.F 25-VI-2002

Última reforma G. O. D. F. 26-I-2006

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

G.O.D.F. 09-VII-1996

Última reforma G. O. D. F. 15-V-2007

**Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal**

G.O.D.F. 07-III-2000

**REGLAMENTOS**

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

D. O. F. 14-V-1986

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

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

Última reforma G. O. D. F. 30-IV-2008

**Reglamento de Insumos para la Salud**

D.O.F. 02-I-2008.

**Reglamento de la Ley General Salud en Materia de Protección Social en Salud**

D.O.F. 05-IV-2004

**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. 02-XII-2006.

**DOCUMENTOS NORMATIVO-ADMINISTRATIVOS**

**Resolución de Carácter General en la que se Exime de Pago de Derechos por Servicios Médicos que Presta el Gobierno del Distrito Federal, a la Población Abierta Residente en el Distrito Federal**

G.O.D.F. 14-VI-2001



Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	9
De:	13

**Circular Uno, Normatividad en Materia de Administración de Recursos, 2007**  
G.O.D.F. 12-IV-2007.  
Ultima Reforma G.O.D.F. 13-VIII-2007

**Programa General de Desarrollo del Distrito Federal. 2007-2012**

**Programa de Salud 2008, Secretaría de Salud**

**Condiciones Generales de Trabajo del Gobierno del Distrito Federal.**  
G. O. D. F. 06-VII-2007.

**Guía Técnica para la Elaboración de Manuales del Gobierno del Distrito Federal**  
GDF. Oficialía Mayor, Agosto 2005.

**NOM-002-SSA2-1993**, para la Organización, Funcionamiento e Ingeniería Sanitaria del Servicio de Radioterapia.  
D.O.F. 11-X-1994

**NOM-005-SSA2-1993**, de los Servicios de Planificación Familiar.  
D.O.F. 20-V-1994  
Última reforma D.O.F. 21-1-2004

**NOM-006-SSA2-1993**, para la Prevención y Control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud.  
D.O.F 26-I-1995  
Última reforma D.O.F. 27-X1-2005

**NOM-007-SSA2-1993**, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido Criterios para la Prestación del Servicio.  
D.O.F. VI-I-95

**NOM-010-SSA2-1993**, Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana  
D.O.F. 18-I-1995  
Última reforma D.O.F. 22-VI-2000

**NOM-014-SSA2-1994**, para la Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer del Cuello, Útero y de la Mama en la Atención Primaria.  
D.O.F. 16-I-1995  
Última reforma D.O.F. 6-III-1998



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DE LA UNIDAD MÓVIL

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	10
De:	13

**NOM-015-SSA2-1994**, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes  
D.O.F. 19-XII-1994  
Última reforma D.O.F. 27-III-2001

**NOM-017-SSA2-1994**, para la Vigilancia Epidemiológica.  
D.O.F. 1-X-1999

**NOM-028-SSA2-1999**, para Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.  
D.O.F. 18-VIII-2000

**NOM-035-SSA2-2002**, Prevención y Control de Enfermedades en la Perimenopausia y Postmenopausia de la Mujer. Criterios para Brindar la Atención Médica.  
D.O.F. 18-IX-2003

**NOM-040-SSA2-2004**, en Materia de Información de Salud  
D.O.F. 28-IX-2005

**NOM-146-SSA1-1996**, Salud Ambiental, Responsabilidad, Sanitaria en Establecimientos de Diagnóstico Médico con Rayos X.  
D.O.F. 8-X-1997

**NOM-166-SSA1-1997**, para la Organización y Funcionamiento de los Laboratorios Clínicos  
D.O.F. 13-I-1999

**NOM-167-SSA1-1997**, para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores.  
D.O.F. 17-XI-1999

**NOM-168-SSA1-1998**, del Expediente Clínico.  
D.O.F. 30-IX-1999

**NOM-173-SSA1-1998**, para la Atención Integral de a Personas con Discapacidad.  
D.O.F. 19-IX-1999

**NOM-174-SSA1-1998**, Manejo Integral de la Obesidad.  
D.O.F. 16-II-2000  
Última reforma D.O.F. 12-IV-2000

**NOM-190-SSA1-2002**, Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar.  
D.O.F. 8-III-2000



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

<b>Página:</b>	<b>11</b>
<b>De:</b>	<b>13</b>

**3. OBJETIVO DEL MANUAL**



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

<b>Página:</b>	<b>12</b>
<b>De:</b>	<b>13</b>

**3. OBJETIVO DEL MANUAL**

Establecer los lineamientos para la adecuada prestación de la atención médica en las unidades móviles dependientes de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, con el propósito de fortalecer la cobertura de servicios prehospitarios en zonas de Alta y muy Alta Marginalidad, dando acceso a la población carente de servicios y mejorar el nivel de salud de este tipo de población.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

<b>Página:</b>	<b>13</b>
<b>De:</b>	<b>13</b>

**4. PROCEDIMIENTO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS****DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

<b>Página:</b>	<b>1</b>
<b>De:</b>	<b>5</b>

Procedimiento
4.1 Para la Atención Médica General y Estudios de Laboratorio en Unidades Móviles.

**4.1.1 Objetivo General**

Brindar atención médica general y de laboratorio en las unidades móviles con calidad, oportunidad y eficiencia, a la población ubicada en zonas de Alta y muy Alta marginalidad; así como la referencia para un tratamiento médico y/o quirúrgico oportuno.

**4.1.2 Políticas y/o Normas de Operación**

- El titular de la Subdirección de Instrumentación de Proyectos es el encargado de garantizar y supervisar la aplicación de este procedimiento.
- Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
- El titular de la Dirección del Hospital será el responsable de verificar que la operación de la Unidad Móvil se lleve a cabo en tiempo y forma con el equipo de salud completo.
- Toda solicitud de estudios de laboratorio se deberá realizar utilizando los formatos oficiales diseñados para tal fin.
- El Médico General es el único personal autorizado para generar y firmar una solicitud de estudios de laboratorio.
- El personal técnico de laboratorio será el responsable de la recepción y toma de muestras al derechohabiente o usuario, así como de procesar los estudios.
- Todo resultado de estudios de laboratorio debe estar firmado por el Técnico Laboratorista que los procesó.
- Tanto la solicitud, como los resultados deberán ser registrados en las Libretas de Control correspondientes.
- Será responsabilidad del Técnico Laboratorista el cuidado, conservación y buen uso del equipo de laboratorio.
- El Médico General responsable de la Unidad Móvil, deberá estar registrado ante la COFEPRIS, como responsable sanitario de la Unidad Móvil.
- El Médico General será responsable de elaborar el informe mensual de las actividades desarrolladas por el personal de la Unidad Móvil y de su entrega al Director del Hospital sede, el día veinticinco de cada mes.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS****DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

<b>Página:</b>	<b>2</b>
<b>De:</b>	<b>5</b>

Procedimiento
4.1 Para la Atención Médica General y Estudios de Laboratorio en Unidades Móviles.

- La supervisión de este procedimiento quedará a cargo del grupo supervisor de nivel central, quién podrá proponer ajustes para un mejor desarrollo de las actividades.
- La Enfermera de la Unidad Móvil deberá elaborar por semana la solicitud de medicamentos, material de consumo y papelería con el visto bueno del médico responsable de la Unidad Móvil, mismo que será surtida por el almacén de la Unidad Hospitalaria sede, previa autorización del Director y/o del Subdirector o JUD Administrativo.
- La Enfermera de la Unidad Móvil deberá registrar en la libreta de control correspondiente, a todo derechohabiente o usuario que solicite atención médica, anotando los siguientes datos: número progresivo, fecha, hora, nombre completo, domicilio, número de registro y si cuenta con credencial de gratuidad y/o seguro popular.
- El resguardo de medicamentos y material de consumo será de la responsabilidad de la enfermera de la Unidad Móvil.
- La Unidad Móvil deberá contar con un directorio de las unidades médicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, de primer y segundo nivel de atención para la referencia de los derechohabientes o usuarios, así como con los documentos técnico - normativos oficiales, necesarios para el adecuado desarrollo de sus actividades.
- Se entenderá por "Cédula de Detección de Riesgos" a las cédulas: para la Detección Integrada de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Obesidad; el Cuestionario de Síntomas de Cáncer de Prostata (Detección de Cáncer Prostático); Consumo de Alcohol para Hombres y Mujeres y el Cuestionario Fagerström: Nicotina (Detección de Adicción al Tabaco).
- La atención que brinde el personal de la Unidad Móvil, deberá ser con equidad, oportunidad y un alto sentido de humanismo.
- Las siglas referidas en el Diagrama de Flujo corresponden a las unidades administrativas que intervienen en la Descripción Narrativa del procedimiento.

Director General de Servicios Médicos y  
Urgencias

Dr. Arturo Gaytán Becerril

<b>Procedimiento</b>	4.1 Para la Atención Médica General y Estudios de Laboratorio en Unidades Móviles.
----------------------	--

**4.1.3. Descripción Narrativa**

Unidad Administrativa	No.	Descripción de la Actividad	Tiempo
Derechohabiente o Usuario	1	Acude a la Unidad Móvil y solicita atención médica.	5 min
Unidad Móvil Enfermera	2	Registra datos del derechohabiente o usuario en libreta de control correspondiente y requisita en el formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6) sus datos.	5 min.
	3	Toma signos vitales, peso y talla, entrega al derechohabiente o usuario el formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6) y le indica pase con el médico.	5 min.
Unidad Móvil Médico General	4	Recibe al derechohabiente o usuario y el formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6), aplica "Cédulas de Detección de Riesgos" correspondiente, según solicitud o sospecha, inicia exploración física, establece diagnóstico presuncional y decide  ¿ El derechohabiente o usuario requiere de estudios de laboratorio?  <b>No</b>	10 min.
	5	Da indicaciones al derechohabiente o usuario, complementa requisitado del formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6), le entrega el original, le indica acuda al Centro de Salud o Unidad de Segundo nivel de atención de acuerdo al diagnóstico y lo despide amablemente.	5 min.
	6	Registra consulta en el formato "Hoja Diaria de Consulta Externa" (SISPA-SS-01-P) y archiva copia.  Pasa al fin del procedimiento	5 min.

<b>Procedimiento</b>	4.1 Para la Atención Médica General y Estudios de Laboratorio en Unidades Móviles.
----------------------	--

**4.1.3. Descripción Narrativa**

Unidad Administrativa	No.	Descripción de la Actividad	Tiempo
Derechohabiente o Usuario	7	<b>Sí</b> Elabora "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1), la entrega al derechohabiente o usuario y le indica pase al laboratorio.	5 min.
	8	Acude al laboratorio, entrega "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1) al Técnico Laboratorista.	5 min.
Unidad Móvil Técnico Laboratorista	9	Recibe "Solicitud y Resultado de Análisis Clínicos" (SUA-LA-1), registra datos del derechohabiente o usuario en libreta de control, toma muestras, las procesa, registra resultados en el formato correspondiente y en libreta de control y los entrega al derechohabiente o usuario y le indica pasar con el médico.	15 min.
Unidad Móvil Médico General	10	Recibe y analiza los resultados de laboratorio, confirma diagnóstico y da indicaciones al derechohabiente o usuario.	10 min.
	11	Complementa requisitado del formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6), entrega el original al derechohabiente o usuario para su referencia al Centro de Salud o Unidad de Segundo nivel de atención, de acuerdo al diagnóstico, lo despide amablemente, registra consulta en el formato "Hoja Diaria de Consulta Externa" (SISPA-SS-01-P) y archiva copia.	5 min.
		<b>Fin del Procedimiento</b>  Director General de Servicios Médicos y Urgencias  <hr/> Dr. Arturo Gaytán Becerril	



# SECRETARÍA DE SALUD

Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial

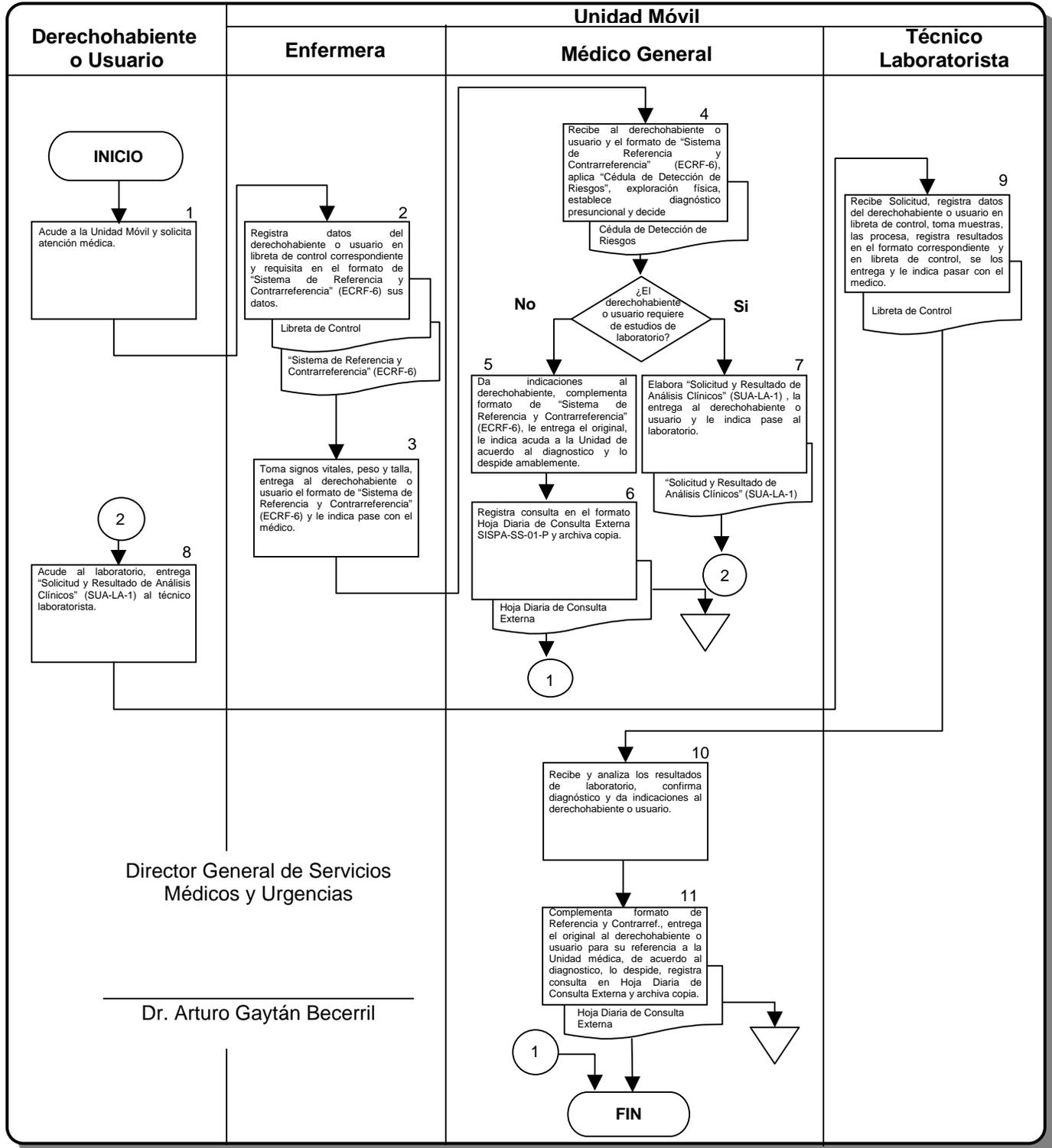
## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD MÓVIL

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	5
De:	5

**Procedimiento** 4.1 Para la Atención Médica General y Estudios de Laboratorio en Unidades Móviles.

### 4.1.4. Diagrama de Flujo





Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

<b>Página:</b>	<b>1</b>
<b>De:</b>	<b>8</b>

Procedimiento
4.2 Para la Atención Médica Especializada y la Realización de Estudios de Colposcopia y Mastografía en Unidades Móviles.

#### 4.2.1 Objetivo General

Brindar atención médica de especialidad y realizar estudios de Colposcopia y Mastografía, a fin de prevenir o detectar de manera temprana el Cáncer Cérvico Uterino o de Mama respectivamente, así como referir a las derechohabientes o usuarias al nivel correspondiente, para que les realicen un tratamiento médico y/o quirúrgico oportuno con el propósito de reestablecer su salud.

#### 4.2.2 Políticas y/o Normas de Operación

- El titular de la Subdirección de Instrumentación de Proyectos es el encargado de garantizar y supervisar la aplicación de este procedimiento.
- Este procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal involucrado en el mismo.
- El titular de la Dirección del Hospital será el responsable de verificar que la operación de la Unidad Móvil se lleve a cabo en tiempo y forma con el equipo de salud completo.
- El titular de la Dirección del Hospital sede, será el responsable de enviar las muestras citológicas, acompañadas del formato "Solicitud y Reporte de Resultado de Citología Cervical" al Centro de Salud México - España para su estudio citológico o histopatológico.
- El titular de la Dirección del Hospital sede, será el responsable de enviar al Hospital General Iztapalapa, al de Especialidades de la Cd. De México Dr. Belisario Domínguez o al Hospital Materno Infantil Inguarán, según corresponda, las placas radiológicas de las derechohabientes o usuarias para su interpretación y diagnóstico.
- El Médico General será el responsable del resguardo y entrega de los estudios de mastografía al Director del Hospital sede.
- El Médico Ginecólogo será el responsable del resguardo y entrega de los especímenes al Responsable de la Unidad Móvil y éste a su vez al Director del Hospital sede.
- El Médico General responsable de la Unidad Móvil, deberá estar registrado ante la COFEPRIS, como responsable sanitario de la Unidad Móvil.
- El Médico General será responsable de elaborar el informe mensual de las actividades desarrolladas por el personal de la Unidad Móvil y de su entrega al Director del Hospital sede, el día veinticinco de cada mes.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS****DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

<b>Página:</b>	<b>2</b>
<b>De:</b>	<b>8</b>

Procedimiento
4.2 Para la Atención Médica Especializada y la Realización de Estudios de Colposcopia y Mastografía en Unidades Móviles.

- La supervisión del procedimiento quedará a cargo del grupo supervisor de nivel central, quién podrá proponer ajustes para un mejor desarrollo de las actividades.
- La Enfermera de la Unidad Móvil deberá elaborar por semana la solicitud de medicamentos, material de consumo y papelería con el visto bueno del médico responsable de la Unidad Móvil, mismo que será surtida por el almacén de la Unidad Hospitalaria sede, previa autorización del Subdirector ó JUD Administrativo.
- La Enfermera de la Unidad Móvil es la responsable del resguardo de medicamentos y material de consumo.
- Será responsabilidad del Técnico Radiólogo el cuidado, la conservación y el buen uso del equipo de mastografía.
- El Técnico Radiólogo deberá elaborar el informe mensual de las actividades desarrolladas en el gabinete radiológico de la Unidad Móvil y de su entrega al Médico General responsable de la Unidad.
- Los resultados de estudios de Colposcopia y Mastografía, deberán de ser registrados en las Libretas de Control correspondientes.
- La Unidad Móvil deberá contar con un directorio de las Unidades médicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, de primer y segundo nivel de atención para la referencia de los derechohabiente o usuarios, así como con los documentos técnico - normativos oficiales, necesarios para el adecuado desarrollo de sus actividades.
- La atención que brinde el personal de la Unidad Móvil, deberá ser con equidad, oportunidad y un alto sentido de humanismo.
- Las siglas referidas en el Diagrama de Flujo corresponden a las unidades administrativas que intervienen en la Descripción Narrativa del procedimiento.

Director General de Servicios Médicos y  
Urgencias

Dr. Arturo Gaytán Becerril



**SECRETARÍA DE SALUD**

Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

---

**DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

<b>Página:</b>	<b>3</b>
<b>De:</b>	<b>8</b>

<b>Procedimiento</b>	4.2 Para la Atención Médica Especializada y la Realización de Estudios de Colposcopia y Mastografía en Unidades Móviles.
----------------------	--

**4.2.3. Descripción Narrativa**

Unidad Administrativa	No.	Descripción de la Actividad	Tiempo
Derechohabiente o Usuaría	1	Acude a la Unidad Móvil y solicita atención médica.	5 min
Unidad Móvil Enfermera	2	Registra datos de la derechohabiente o usuaria en libreta de control correspondiente y requisita en el formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6) sus datos.	5 min.
	3	Identifica tipo de estudio que solicita la derechohabiente o usuaria para canalizarla a la sección correspondiente  ¿Solicita estudio de Colposcopia o Mastografía?	5 min.
	4	<b>Estudio de Colposcopia</b> Toma signos vitales, peso, talla, indica a la derechohabiente o usuaria pase a la Sección de Colposcopia, notifica al Médico Ginecólogo y le entrega el formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6).	5 min.
Unidad Móvil Médico Ginecólogo	5	Recibe a la derechohabiente o usuaria y formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6), inicia interrogatorio y aplica el formato "Referencia y Registro Nominal de Pacientes con Lesión Precursora y Cáncer Cérvico Uterino", realiza exploración física ginecológica, establece diagnóstico.  ¿La derechohabiente o usuaria cubre los requisitos para realizar la Colposcopia?	10 min.
	6	<b>No</b> Da indicaciones médicas, complementa requisitado del formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6) entrega el original a la derechohabiente o	5 min.



**SECRETARÍA DE SALUD**

Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

<b>Página:</b>	<b>4</b>
<b>De:</b>	<b>8</b>

<b>Procedimiento</b>	4.2 Para la Atención Médica Especializada y la Realización de Estudios de Colposcopia y Mastografía en Unidades Móviles.
----------------------	--

**4.2.3. Descripción Narrativa**

Unidad Administrativa	No.	Descripción de la Actividad	Tiempo
Unidad Móvil Médico General		<p>usuaria para su transferencia de acuerdo al diagnóstico a un Centro de Salud o Unidad de Segundo Nivel de Atención, archiva copia y registra la atención en el formato "Hoja Diaria de Consulta Externa" (SISPA-SS-01-P).</p> <p>Pasa al fin del procedimiento</p> <p><b>Sí</b></p>	
	7	Realiza estudio de Colposcopia, establece diagnóstico y proporciona tratamiento a través de electrocirugía, criocirugía o electrofulguración y de ser necesario toma muestra para estudio citológico o histopatológico y requisita formato "Solicitud y Reporte de Resultado de Citología Cervical".	15 min.
	8	Complementa requisitado del formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6), entrega el original a la derechohabiente o usuaria para su transferencia de acuerdo al diagnóstico a un Centro de Salud o Unidad de Segundo Nivel de Atención y al responsable de la Unidad Móvil las muestras para los estudios citológicos y/o histopatológicos junto con el formato "Solicitud y Reporte de Resultado de Citología Cervical", para su estudio.	5 min.
	9	Recibe estudios citológicos y/o histopatológicos y formato "Solicitud y Reporte de Resultado de Citología Cervical" y los entrega al Director del Hospital sede y registra la atención en el formato "Hoja Diaria de Consulta Externa" (SISPA-SS-01-P).	20 min.
		Pasa al fin del procedimiento	



**SECRETARÍA DE SALUD**

Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

<b>Página:</b>	<b>5</b>
<b>De:</b>	<b>8</b>

<b>Procedimiento</b>	4.2 Para la Atención Médica Especializada y la Realización de Estudios de Colposcopia y Mastografía en Unidades Móviles.
----------------------	--

**4.2.3. Descripción Narrativa**

Unidad Administrativa	No.	Descripción de la Actividad	Tiempo
Unidad Móvil Enfermera	10	<b>Estudio de Mastografía</b> Toma signos vitales, peso, talla, indica a la derechohabiente o usuaria pase con el médico general y le entrega el formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6).	10 min.
Unidad Móvil Médico General	11	Recibe a la derechohabiente o usuaria y el formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6), aplica "Cédula Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama" (Estudio de Detección) y decide ¿Cumple con el criterio de tener 40 años de edad para estudio de mastografía?	10 min.
	12	<b>No</b> Complementa requisitado del formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6), entrega el original a la derechohabiente o usuaria para su transferencia de acuerdo al diagnóstico a Centro de Salud o Unidad de Segundo Nivel de Atención, archiva copia y registra la atención en el formato "Hoja Diaria de Consulta Externa" (SISPA-SS-01-P). Pasa al fin del procedimiento	10 min.
	13	<b>Sí</b> Solicita al Técnico Radiólogo estudio de mastografía, la entrega a la derechohabiente o usuaria e indica pase a la Sección de Rayos X y avisa al técnico radiólogo	5 min.



**SECRETARÍA DE SALUD**

Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

<b>Página:</b>	<b>6</b>
<b>De:</b>	<b>8</b>

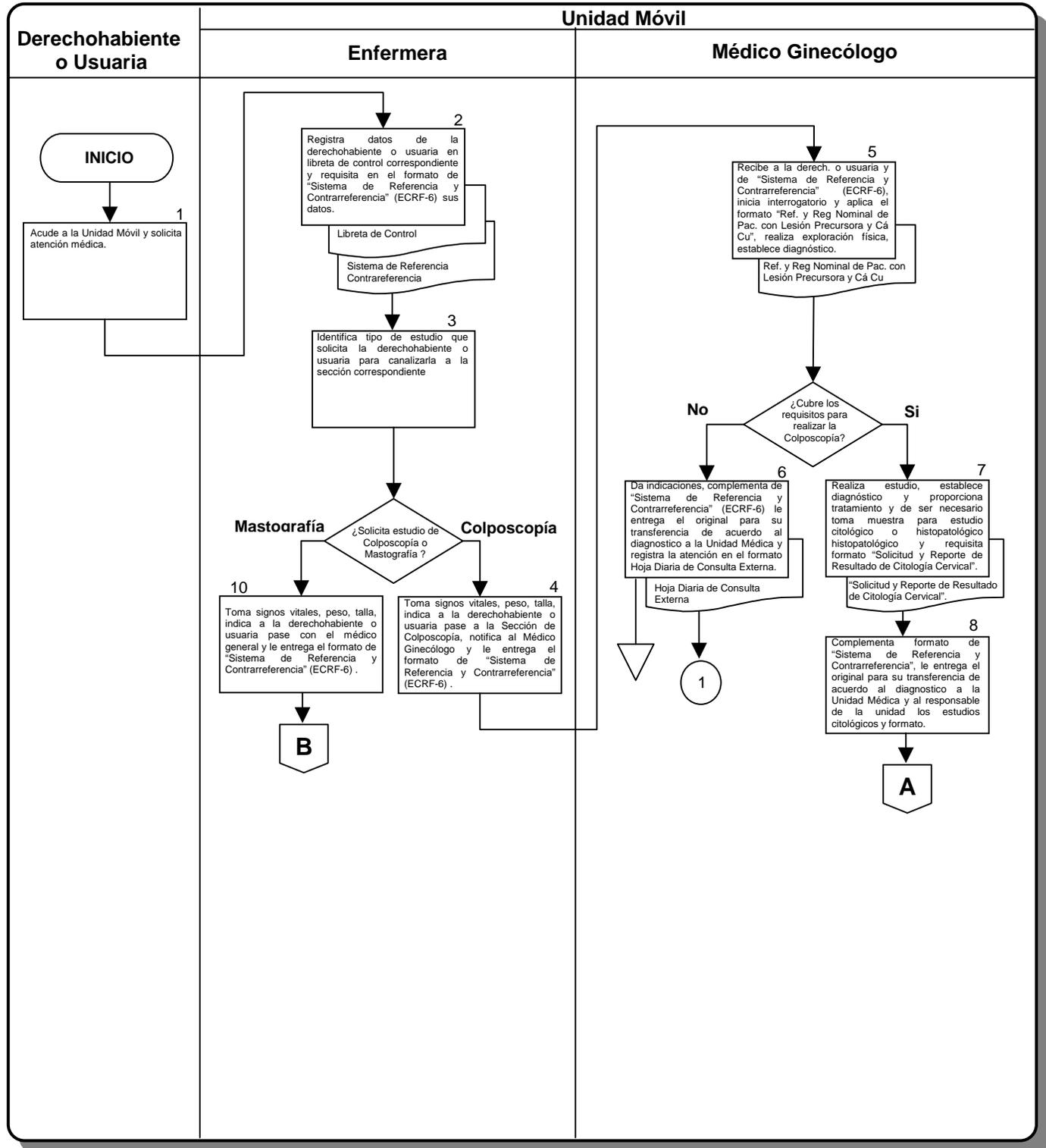
<b>Procedimiento</b>	4.2 Para la Atención Médica Especializada y la Realización de Estudios de Colposcopia y Mastografía en Unidades Móviles.
----------------------	--

**4.2.3. Descripción Narrativa**

Unidad Administrativa	No.	Descripción de la Actividad	Tiempo
Unidad Móvil Técnico Radiólogo	14	Recibe a la derechohabiente o usuaria, registra sus datos en libreta de control, realiza estudio, le indica pase con el médico y entrega las placas radiológicas al responsable de la Unidad Móvil para su interpretación.	30 min.
Unidad Móvil Médico General	15	Recibe placas radiológicas y a la derechohabiente o usuaria, complementa requisitado del formato de "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" (ECRF-6), le entrega el original para su referencia a un Centro de Salud o Unidad de Segundo Nivel de Atención, de acuerdo a la presunción diagnóstica y archiva copia.	10 min.
	16	Indica a la derechohabiente o usuaria que antes de acudir al Centro de Salud o Unidad de Segundo Nivel de Atención, debe pasar ya sea al Hospital General Iztapalapa, al de Especialidades de la Cd. De México Dr. Belisario Domínguez o al Hospital Materno Infantil Inguarán, según corresponda, a recoger los resultados de su estudio de mastografía, la despide y registra la atención en el formato "Hoja Diaria de Consulta Externa" (SISPA-SS-01-P).	5 min.
	17	Entrega al Director del Hospital sede las placas radiográficas para su interpretación y diagnóstico en el hospital asignado.	15 min.
		<p><b>Fin del Procedimiento</b></p> <p style="text-align: center;">Director General de Servicios Médicos y Urgencias</p> <hr style="width: 20%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">Dr. Arturo Gaytán Becerril</p>	

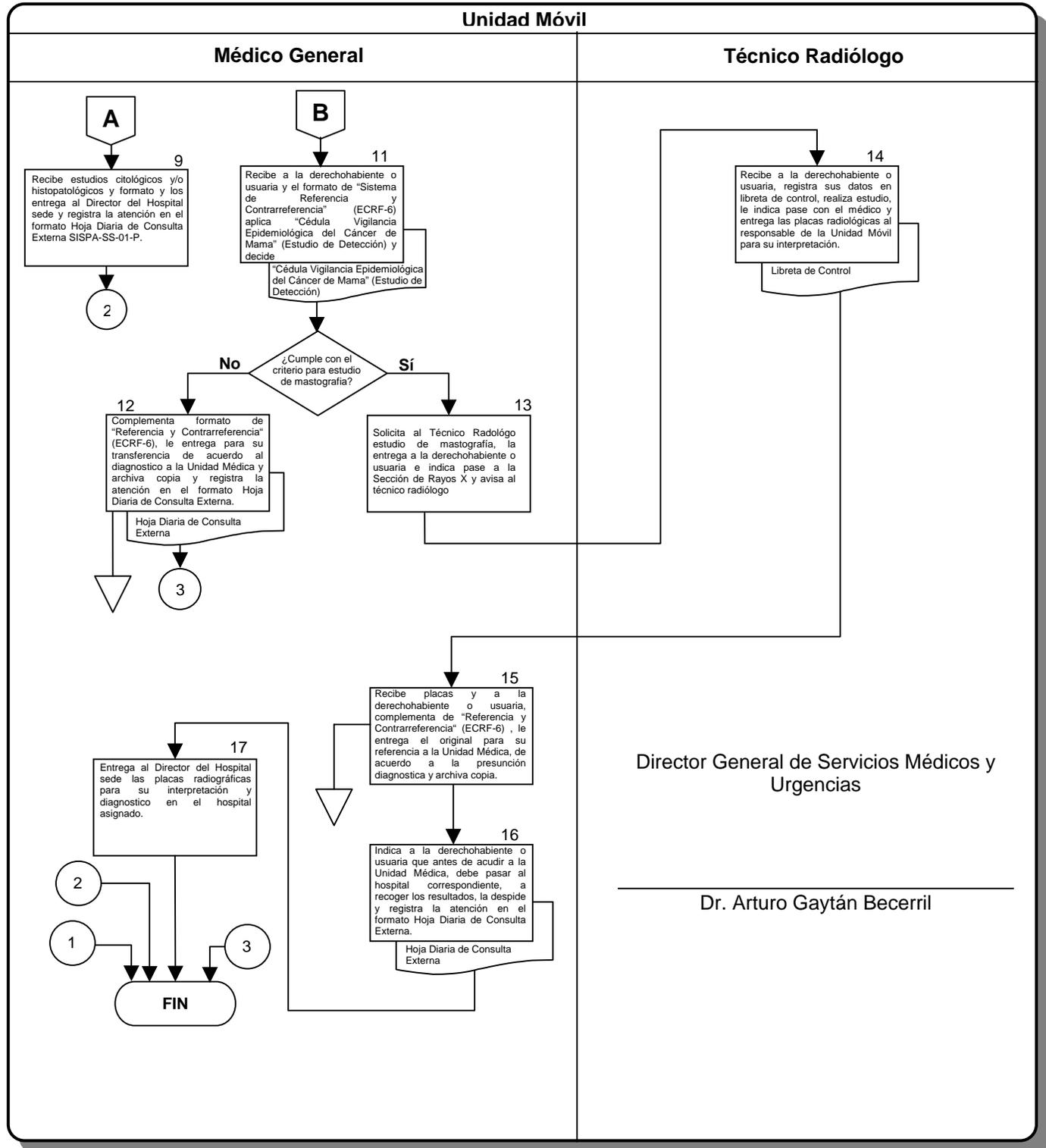
<b>Procedimiento</b>	4.2 Para la Atención Médica Especializada y la Realización de Estudios de Colposcopia y Mastografía en Unidades Móviles.
----------------------	--

**4.2.4. Diagrama de Flujo**



**Procedimiento** 4.2 Para la Atención Médica Especializada y la Realización de Estudios de Colposcopia y Mastografía en Unidades Móviles.

**4.2.4. Diagrama de Flujo**





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

<b>Página:</b>	<b>1</b>
<b>De:</b>	<b>68</b>

**5. FORMATOS E INSTRUCTIVOS**



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DE LA UNIDAD MÓVIL

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	2
De:	68

Formato

5.1 Sistema de Referencia y Contrarreferencia (ECRF-6).



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL  
Secretaría de Salud

Sistema de Referencia y Contrarreferencia

(1)

EDAD:			SEXO (2)
AÑOS	MESES	DÍAS	M F
			URG. (3)

I. FECHA DE REFERENCIA (4) N° DE CONTROL (5) NOMBRE DEL PACIENTE (6)  
DOMICILIO DEL PACIENTE (7) MOTIVO DE ENVÍO (8)  
DIAGNÓSTICO PRESUNSIONAL (9) UNIDAD A LA QUE SE REFIERE (10)  
ESPECIALIDAD O SERVICIO (11) CLASIFICACIÓN SOCIO ECONÓMICA (12)  
NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE (13)

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

<b>Hoja de referencia / traslado</b>	
FECHA (14)	N° DE CONTROL (15) CLASIFICACIÓN SOCIO ECONÓMICA (16) URGENCIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
II. NOMBRE (18)	
NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE (19)	NOMBRE (S) (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) T.A. (29) TEMP. (30) F.R. (31)	
F.C. (32) PESO (33) TALLA (34) ESCALA DE GLASGOW (35)	
PADECIMIENTO ACTUAL (36)	
EVOLUCIÓN (37)	
ESTUDIOS PARA CLÍNICOS ANEXAR (38)	
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (39)	
(40)	(41)
<small>NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD</small>	
<small>NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE</small>	



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DE LA UNIDAD MÓVIL

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	3
De:	68

Formato	5.1 Sistema de Referencia y Contrarreferencia (ECRF-6).
---------	---

**V. Visita Domiciliaria**

FECHA DE VISITA (42) \_\_\_\_\_ FECHA DE ALTA (43) \_\_\_\_\_

(44) SE LE ATENDIÓ SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NOMBRE DE LA UNIDAD (45) \_\_\_\_\_

¿ POR QUE ? (46) \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES (47) \_\_\_\_\_

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

**VI. Hoja de contrarreferencia**

UNIDAD MEDICA QUE CONTRARREFERIERE

NOMBRE: (48) \_\_\_\_\_

SERVICIO (49) \_\_\_\_\_ SERVICIO \_\_\_\_\_

**VI. MANEJO DEL PACIENTE**

PADECIMIENTO ACTUAL (50) \_\_\_\_\_

EVOLUCIÓN (51) \_\_\_\_\_

ESTUDIOS PARACLINICOS (ANEXAR) (52) \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO DE INGRESO (53) \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO DE EGRESO (54) \_\_\_\_\_

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN (55) \_\_\_\_\_

DEBE REGRESAR (56) \_\_\_\_\_ FECHA (57) \_\_\_\_\_

EN CASO DE DUDAS COMUNICARSE CON EL MEDICO QUE ENVÍO AL TELÉFONO (58) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_(59) \_\_\_\_\_(60) \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	4
De:	68

<b>Formato</b>	5.1 Sistema de Referencia y Contrarreferencia (ECRF-6).
----------------	---

**5.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Edad	1	En el recuadro correspondiente la edad del derechohabiente o usuario en años, meses y días.
Sexo	2	Una (X) en la letra correspondiente al sexo del derechohabiente o usuario.
Urg.	3	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 con base en el estudio socioeconómico realizado al derechohabiente o usuario.

<b>Formato</b>	5.1 Sistema de Referencia y Contrarreferencia (ECRF-6).
----------------	---

**5.1 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>		
<b>I.</b>		
Fecha	14	El día, mes y año en que se realiza la referencia del derechohabiente o usuario.
No. de Control	15	El número de control interno que corresponda a la referencia.
Clasificación Socioeconómica	16	La asignada por trabajo social con base en el estudio socioeconómico realizado al derechohabiente o usuario.
Urgencia	17	Una (X) en el recuadro correspondiente, si el motivo de la referencia corresponde o no a una urgencia.
<b>II.</b>		
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**

**DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	6
De:	68

<b>Formato</b>	5.1 Sistema de Referencia y Contrarreferencia (ECRF-6).
----------------	---

**5.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Sexo	23	La letra inicial correspondiente al sexo del derechohabiente o usuario "F" para femenino y "M" para masculino.
<b>III.</b>		
Unidad que Refiere	24	El nombre de la unidad médica que realiza la referencia del derechohabiente o usuario.
<b>IV.</b>		
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>V.</b>		
<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.

<b>Formato</b>	5.1 Sistema de Referencia y Contrarreferencia (ECRF-6).
----------------	---

**5.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
FC	32	El registro de la frecuencia cardiaca en latidos por minuto del derechohabiente o usuario.
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.
<b>VI.</b> Visita Domiciliaria		Este apartado corresponde a un talón para ser llenado por personal del primer nivel de atención.

<b>Formato</b>	5.1 Sistema de Referencia y Contrarreferencia (ECRF-6).
----------------	---

**5.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Fecha de Visita	42	La fecha que se programe para la visita domiciliaria al 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	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, él 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 VII.</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.
Evolución	51	La evolución del padecimiento que presentó el derechohabiente o usuario desde su ingreso.

<b>Formato</b>	5.1 Sistema de Referencia y Contrarreferencia (ECRF-6).
----------------	---

**5.1 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
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	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.
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

DE LA UNIDAD MÓVIL

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página: 10  
De: 68

Formato

5.2 Solicitud y Resultados de Análisis Clínicos (SUA-LA-1)

SOLICITUD Y RESULTADOS DE ANALISIS CLINICOS

Unidad Médica \_\_\_\_\_ (1)  
Nombre y Firma del Médico Tratante \_\_\_\_\_ (2)  
Fecha \_\_\_\_\_ (3)

NOMBRE del derechohabiente o Usuario \_\_\_\_\_ (4) EDAD \_\_\_\_\_ (5) No. DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_ (6)

SEXO (7)   CAMA No. \_\_\_\_\_ (8) URGENTE (9)  SI  NO

DEPARTAMENTO SOLICITANTE (10)  C.E.   URG.  HOSP  OTRO

SERVICIO \_\_\_\_\_ (11) DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: \_\_\_\_\_ (12)

<input type="radio"/> HEMATOLOGICOS SERIE ROJA <input type="checkbox"/> NUMERO DE MUESTRAS _____ (13) <input type="checkbox"/> HEMOGLOBINA _____ (14) <input type="checkbox"/> HEMATOCRITO _____ (15) <input type="checkbox"/> RETICULOCITOS _____ (16) <input type="checkbox"/> SEDIM GLOBULAR _____ (17) <input type="checkbox"/> GRUPO _____ (18) RH _____ (19) <input type="checkbox"/> PLASMOCITOS _____ (20) <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR) _____ (21)  <input type="radio"/> SERIE BLANCA NUMERO DE MUESTRAS _____ (22) <input type="checkbox"/> LEUCOCITOS _____ (23) mm3 FORMULA LEUCOCITARIA % <table border="1"> <tr> <td>LINFO</td> <td>MONO</td> <td>EOS</td> <td>BASO</td> <td>NEUTRO</td> </tr> <tr> <td>(24)</td> <td>(25)</td> <td>(26)</td> <td>(27)</td> <td>(28)</td> </tr> </table> HEMOGRAMA DE SCHILLING % <table border="1"> <tr> <td>SEGMENT</td> <td>BANDA</td> <td>MIELO</td> <td>METAMEL</td> </tr> <tr> <td>(29)</td> <td>(30)</td> <td>(31)</td> <td>(32)</td> </tr> </table>	LINFO	MONO	EOS	BASO	NEUTRO	(24)	(25)	(26)	(27)	(28)	SEGMENT	BANDA	MIELO	METAMEL	(29)	(30)	(31)	(32)	<input type="radio"/> BACTERIOLOGICOS <input type="checkbox"/> NUMERO DE MUESTRAS _____ (33) <input type="checkbox"/> EXUDADO (ESPECIFICAR) _____ (34)  <input type="checkbox"/> PLASMODIUM _____ (35) <input type="checkbox"/> BACILOSCOPIA <input type="checkbox"/> DIRECTO <input type="checkbox"/> (36) CONCENTRACION _____ (37) <input type="checkbox"/> BAAR 1 2 3 4 _____ (38) <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR) _____ (39)  <input type="checkbox"/> PRUEBAS DE COAGULACION Y HEMOSTASIA <input type="checkbox"/> NUMERO DE MUESTRAS _____ (40) <input type="checkbox"/> PLAQUETAS _____ (41) <input type="checkbox"/> TIEMPO DE CUAGULACION _____ (42) <input type="checkbox"/> TIEMPO DE PROTROMBINA _____ (43) <input type="checkbox"/> TROMBOPLASTINA PARCIAL _____ (44) <input type="checkbox"/> FIBRINOGENO _____ (45) <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR) _____ (46)	<input type="radio"/> BIOQUIMICOS <input type="checkbox"/> QUIMICA SANGUINEA <input type="checkbox"/> NUMERO DE MUESTRAS _____ (47) <input type="checkbox"/> GLUCOSA _____ (48) <input type="checkbox"/> CREATININA _____ (49) <input type="checkbox"/> UREA _____ (50) <input type="checkbox"/> B.DIR _____ (51) Mg.% B.IND _____ (52) Mg.% <input type="checkbox"/> T.G.O _____ (53) U/ml. TGP _____ (54) U/ml. <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR) _____ (55)  <input type="radio"/> ELECTROLITOS <input type="radio"/> NUMERO DE MUESTRAS _____ (56) <input type="checkbox"/> SODIO _____ (57) <input type="checkbox"/> POTASIO _____ (58) <input type="checkbox"/> CALCIO _____ (59) <input type="checkbox"/> MAGNESIO _____ (60) <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR) _____ (61)
LINFO	MONO	EOS	BASO	NEUTRO																
(24)	(25)	(26)	(27)	(28)																
SEGMENT	BANDA	MIELO	METAMEL																	
(29)	(30)	(31)	(32)																	

COPROLOGICOS

NUMERO DE MUESTRAS \_\_\_\_\_ (62) MOCO \_\_\_\_\_ (68)  EXAMEN PARASITOSCOPIO

EXAMEN FISICO \_\_\_\_\_ (63) PUS \_\_\_\_\_ (69) TROFOZOITO \_\_\_\_\_ (73)

COLOR \_\_\_\_\_ (64) SANGRE MACRO \_\_\_\_\_ (70) QUISTE \_\_\_\_\_ (74)

CONSISTENCIA \_\_\_\_\_ (65) PARASIT MACRO \_\_\_\_\_ (71) HUEVECILLOS \_\_\_\_\_ (75)

CONCRECIONES \_\_\_\_\_ (66) SANGRE MICRO \_\_\_\_\_ (72) OTROS \_\_\_\_\_ (76)

RESTOS ALIMENTICIOS \_\_\_\_\_ (67)

INMUNOLOGICOS

REACCIONES LUEICAS  
 NUMERO DE MUESTRAS \_\_\_\_\_ (77)

VDRL \_\_\_\_\_ (78) CUANTITATIVO \_\_\_\_\_ (79)

RACCIONES FEBRILES TIFICO \_\_\_\_\_ (80)  
 VIDAL PARATIF \_\_\_\_\_ (81)

OTRA \_\_\_\_\_ (82)

NBRUCELLA ( ANOTAR REACCION) \_\_\_\_\_ (83)

WELL FELIX \_\_\_\_\_ (84) PROTEUS OXIS \_\_\_\_\_ (85)

ANTIESTREPTOLISINAS \_\_\_\_\_ (86)

PROTEINA C. REACTIVA \_\_\_\_\_ (87)

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_ (88)

OTROS ANALISIS (ESPACIFICAR) \_\_\_\_\_ (89)

No DE LAMINILLAS \_\_\_\_\_ (90)

UROLOGICOS

EXAMEN GENERAL DE ORINA \_\_\_\_\_ (91)  
 NUMERO DE MUESTRAS \_\_\_\_\_

EXAMEN FISICO  
CANTIDAD \_\_\_\_\_ (92) COLOR \_\_\_\_\_ (93)  
P.H. \_\_\_\_\_ (94) DENCIDAD \_\_\_\_\_ (95)  
ASPECTO \_\_\_\_\_ (96) SEDIMENTO \_\_\_\_\_ (97)

ELEMENTOS ANORMALES  
GLUCOSA \_\_\_\_\_ (98) ALBUNINA \_\_\_\_\_ (99)  
C. CETONICOS \_\_\_\_\_ (100) ERITROCITOS \_\_\_\_\_ (101)  
LEUCOCITOS \_\_\_\_\_ (102) FIG. BILIARES \_\_\_\_\_ (103)  
UROBILINOGENO \_\_\_\_\_ (104) CILINDROS \_\_\_\_\_ (105)  
CRISTALES \_\_\_\_\_ (106) CEL. EPITELIALES \_\_\_\_\_ (107)  
OTRO ( ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_ (108)

HORMONALES  
 NUMERO DE MUESTRAS \_\_\_\_\_ (109)

GONADOTROPINAS CORIONICAS (DX. DE ENBARAZO) \_\_\_\_\_ (110)  
 CUANTIF GONODOTROPINAS CORIONICAS EN ORINA DE 24 HORAS \_\_\_\_\_ (111)  
 OTROS EXAMENES (ESPECIFICAR TIPO Y RESULTADOS) \_\_\_\_\_ (112)

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA \_\_\_\_\_ (113)

(114)

NOMBRE DEL QUIMICO QUE REALIZO EL ESTUDIO



Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	11
De:	68

Formato

5.2 Solicitud y Resultados de Análisis Clínicos (SUA-LA-1)

## 5.2 Instructivo

### 1. PROPOSITO

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

### 2. 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.

### 3. MANEJO DE FORMATO

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

### 4. FUENTE

El derechohabiente o usuario que requiere de estudio de laboratorio.

### 5. CONSUMO

Se utilizará un formato por cada derechohabiente o usuario que requiera exámenes de laboratorio.

<b>Formato</b>	5.2 Solicitud y Resultados de Análisis Clínicos (SUA-LA-1)
----------------	--

**5.2 Instructivo**

<b>DICE</b>	<b>N°</b>	<b>DEBE ANOTARSE</b>
Unidad Médica	1	El nombre de la Unidad Médica en la que se elabora el formato.
Nombre y Firma del Médico Solicitante	2	El nombre del médico que solicita el estudio anotar su nombre y firmara 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.
Nombre del Derechohabiente o Usuario	4	El nombre del derechohabiente o usuario iniciando con el apellido paterno, materno y nombre (s).
Edad	5	La edad del derechohabiente o usuario en años, meses y días.
No. de Expediente	6	El número del expediente clínico asignado al derechohabiente o usuario.
Sexo	7	El correspondiente al derechohabiente o usuario atendido (femenino o masculino).
Cama No.	8	El número de la cama censable que le fue asignada al derechohabiente o usuario.
Urgente Si No	9	Una (X) en el paréntesis que corresponda si la solicitud es o no de urgencia.
Departamento Solicitante	10	El departamento que solicita el servicio.
Servicio	11	El nombre del Servicio que solicitó los análisis.
Diagnóstico Presuntivo	12	El diagnóstico presuntivo del derechohabiente o usuario.
<b>Hematológicos</b>		
<b>Serie Roja</b>		
Número de Muestras	13	El número de muestras que se obtienen.

<b>Formato</b>	5.2 Solicitud y Resultados de Análisis Clínicos (SUA-LA-1)
----------------	--

**5.2 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Hemoglobina	14	La cantidad de hemoglobina (Hb) en gramos por decilitro (g/dl).
Hematócrito	15	El porcentaje de hematócrito.
Reticulocitos	16	El porcentaje de reticulocitos.
Sedim. Globular	17	El valor de la sedimentación globular en mm.
Grupo	18	El grupo sanguíneo del sistema ABO.
Rh	19	El Rh del paciente o usuario.
Plasmocitos	20	Las células en formación.
Otros (Especificar)	21	Las modificaciones morfológicas del eritrocito, por ejemplo: alteraciones de volumen (anisocitosis), del color (anisocromía) y de la forma (poiquilocitosis).
<b>Serie Blanca</b>		
Número de Muestras	22	El número de muestras que se obtienen.
Leucocitos	23	El número de leucocitos por milímetro cúbico (mm <sup>3</sup> ).
<b>Formula Leucocitaria</b>		
Linfo	24	El porcentaje de linfocitos.
Mono	25	El porcentaje de monocitos.
Eos	26	El porcentaje de eosinófilos.
Basófilos	27	El porcentaje de basófilos.
Neutro	28	El porcentaje de neutrófilos.
<b>Hemograma de Shilling %</b>		
Segment	29	El porcentaje de segmentados.
Banda	30	El porcentaje de neutrófilos en banda.

<b>Formato</b>	5.2 Solicitud y Resultados de Análisis Clínicos (SUA-LA-1)
----------------	--

**5.2 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Mielocil.	31	El porcentaje de mielocitos.
Metamiel.	32	El porcentaje de metamielocitos.
<b>Bacteriológicos</b>		
Número de Muestras	33	El número de muestras que se obtienen.
Exudado (Especificar)	34	El sitio anatómico de donde se obtuvo la muestra.
Plasmodium	35	El resultado del examen de gota gruesa.
<b>Baciloscopia</b>		
Directo	36	El resultado de la baciloscopia directa.
Concentración	37	El resultado de la baciloscopia concentrada.
BAAR 1 2 3 4	38	Una (X) en el paréntesis que corresponda al número de muestras que se solicitan para el BAAR en expectoración.
Otros (Especificar)	39	El nombre de los estudios bacteriológicos solicitados.
<b>Pruebas de Coagulación y Hemostasia</b>		
Número de Muestras	40	El número de muestras que se obtienen.
Plaquetas	41	El número de plaquetas por mm <sup>3</sup> .
Tiempo de Coagulación	42	El tiempo de coagulación en segundos.
Tiempo de Protrombina	43	El tiempo de protrombina en segundos.
Tromboplastina Parcial	44	El tiempo parcial de tromboplastina en segundos.
Fibrinógeno	45	El tiempo de activación del fibrinógeno en segundos.
Otros (Especificar)	46	Otras pruebas de coagulación solicitadas, por ejemplo INR.
<b>Bioquímicos</b>		

<b>Formato</b>	5.2 Solicitud y Resultados de Análisis Clínicos (SUA-LA-1)
----------------	--

**5.2 Instructivo**

<b>DICE</b>	<b>N°</b>	<b>DEBE ANOTARSE</b>
<b>Química Sanguínea</b>		
Número de Muestras	47	El número de muestras que se obtienen.
Glucosa	48	El valor de la glucosa en sangre en miligramos por mililitro (mg/ml).
Creatinina	49	El valor de la creatinina en sangre en miligramos por 100 mililitros (mg/100 ml).
Urea	50	El valor de la urea en sangre en miligramos por decilitros (mg/dl).
B. Dir.	51	El porcentaje de la bilirrubina directa en miligramos (mg/%).
B. Ind.	52	El porcentaje de la bilirrubina indirecta en miligramos (mg/%).
T. G. O.	53	El valor de la transaminasa glutámico oxalacética (TGO) en unidades por litro (U/l).
T. G. P.	54	El valor de la transaminasa glutámico pirúvica (TGO) en unidades por litro (U/l).
Otros (Especificar)	55	Otras pruebas bioquímicas solicitadas, por ejemplo: Colesterol, Triglicéridos, etc.).
<b>ELECTRÓLITOS</b>		
Número de Muestras	56	El número de muestras que se obtienen.
Sodio	57	El valor del sodio en sangre en miliequivalentes por litros (meq/l).
Potasio	58	El valor del potasio en sangre en miliequivalentes por litros (meq/l).
Calcio	59	El valor del calcio en sangre en mg/l.
Magnesio	60	El valor del magnesio en sangre en mg/l.
Otros (Especificar)	61	Otros electrolitos solicitados.

<b>Formato</b>	5.2 Solicitud y Resultados de Análisis Clínicos (SUA-LA-1)
----------------	--

**5.2 Instructivo**

<b>DICE</b>	<b>N°</b>	<b>DEBE ANOTARSE</b>
<b>Coprológicos</b>		
Número de Muestras	62	El número de muestras que se obtienen.
Examen Físico	63	Las características físicas encontradas en el examen físico de las heces fecales.
Color	64	El color de las heces fecales.
Consistencia	65	La consistencia de las heces fecales.
Concreciones	66	Las concreciones de las heces fecales.
Restos Alimenticios	67	Las características de los restos alimenticios de las heces fecales.
Moco	68	La presencia y la cantidad de moco en las heces fecales.
Pus	69	La presencia y la cantidad de pus en las heces fecales.
Sangre Macro	70	La presencia y la cantidad de sangre macroscópica en las heces fecales.
Parasit. Macro	71	La presencia y la cantidad de parásitos macroscópicos en las heces fecales.
Sangre Micro	72	La presencia de sangre microscópica en las heces fecales.
<b>Examen Parasitológico</b>		
Trofozoito	73	La presencia y cantidad de trofozoitos en heces fecales.
Quiste	74	La presencia, el tipo y cantidad de quistes de parásitos en heces fecales.
Huevecillos	75	La presencia, el tipo y cantidad de huevecillos de parásitos en heces fecales.
Otros (Especificar)	76	Las anomalías encontradas durante el examen de heces fecales.

<b>Formato</b>	5.2 Solicitud y Resultados de Análisis Clínicos (SUA-LA-1)
----------------	--

**5.2 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
<b>Inmunológicos</b>		
<b>Reacciones Luéticas</b>		
Número de Muestras	77	El número de muestras que se obtienen.
VDRL	78	Si es positivo o no la prueba serológica de VDRL.
Cuantitativo	79	El resultado de la medición cuantitativa de la prueba de VDRL.
<b>Reacciones Febriles</b>		
<b>Vidal</b>		
Tífico	80	El resultado de la medición del antígeno tífico.
Paratif.	81	El resultado de la medición del antígeno paratífico.
Otra	82	El resultado de alguna otra reacción solicitada.
Brucella	83	El resultado de la prueba antigénica de la Brucella.
Well Felix	84	El resultado de la prueba antigénica Well Felix.
Proteus Oxis	85	El resultado de la prueba antigénica de Proteus miriballis.
Antiestreptolisinas	86	El resultado de la prueba antigénica de antiestreptolisinas.
Proteína C Reactiva	87	El resultado de la prueba antigénica de proteína C reactiva.
Observaciones	88	Las observaciones encontradas.
Otros Análisis (Especificar)	89	Los resultados de otros análisis solicitados.
No. de Laminillas	90	El número de laminillas obtenidas.
<b>Urológicos</b>		

<b>Formato</b>	5.2 Solicitud y Resultados de Análisis Clínicos (SUA-LA-1)
----------------	--

**5.2 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
<b>Examen General de Orina</b>		
Número de Muestras	91	El número de muestras que se obtienen.
<b>Examen Físico</b>		
Cantidad	92	La cantidad de la muestra en mililitros.
Color	93	El color de la muestra.
pH	94	El pH de la muestra.
Densidad	95	La densidad de la muestra.
Aspecto	96	El aspecto de la muestra.
Sedimento	97	El tipo y cantidad de sedimento de la muestra.
<b>Elementos Anormales</b>		
Glucosa	98	La presencia y la cantidad de glucosa en orina cuantificándola de acuerdo a su presencia por el sistema de cruces (+, ++, +++ o ++++).
Albúmina	99	La presencia y la cantidad de albuminuria en mg/dl.
C. Cetónicos	100	La presencia y cantidad de cuerpos cetónicos en (+).
Eritrocitos	101	La presencia y cantidad de eritrocitos.
Leucocitos	102	La presencia y cantidad de leucocitos.
Pig. Biliares	103	La presencia y cantidad de pigmentos biliares.
Urobilinógeno	104	La presencia y cantidad de urobilinógeno.
Cilindros	105	La presencia y cantidad de cilindros.
Cristales	106	La presencia y cantidad de cristales.
Cel. Epiteliales	107	La presencia y cantidad de células epiteliales.
Otros (Especificar)	108	La presencia de otras anomalías encontradas.

<b>Formato</b>	5.2 Solicitud y Resultados de Análisis Clínicos (SUA-LA-1)
----------------	--

**5.2 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
<b>Hormonales</b>		
Número de Muestras	109	El número de muestras que se obtienen.
Gonadotrofinas Coriónicas (Dx. De Embarazo)	110	La presencia o no de gonadotrofina coriónica.
Cuantif. Gonadotrofinas Coriónicas en Orina de 24 Horas	111	El valor en unidades por litro de la hormona gonadotrofina coriónica en orina de 24 horas.
Otros Exámenes (Especificar Tipo y Resultados)	112	El resultado de los exámenes solicitados.
Impresión Diagnóstica	113	La impresión diagnóstica.
Nombre del Químico que Realizó el Estudio	114	El nombre del Químico que realizó el estudio iniciando con el apellido paterno, materno y nombre (s).



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS****DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

<b>Página:</b>	<b>21</b>
<b>De:</b>	<b>68</b>

**I. PROPÓSITO**

Capturar la información de usuarios (as) de Consulta Externa.

**II. DESCRIPCIÓN DEL FORMATO**

Consta de tres secciones: la primera de identificación del derechohabiente o usuario, la segunda del diagnóstico y la tercera de los programas.

**III. MANEJO DEL FORMATO**

La utilizará el médico, en el servicio de consulta externa, para reportar las consultas otorgadas durante el día.

La enfermera deberá llenar este formato, solamente si brinda servicios finales a la población, es decir, cuando la atención no es en apoyo al médico u odontólogo.

Al finalizar la consulta del día, revisar el llenado de la forma y turnarla al departamento de estadística. En caso de no existir en la unidad, proceda a llenar la forma Concentración de Actividades de Consulta Externa (SISPA-SS-01-ID), en el renglón correspondiente al día.

Utilice letra legible, de molde y tinta para el requisitado de la información.

**IV. FUENTE**

Usuario a través de su observación, interrogatorio y exploración, así como los resultados de estudios.

**V. CONSUMO**

Se utilizará dependiendo de las necesidades.

<b>Formato</b>	5.3 Hoja Diaria de Consulta Externa (SISPA-SS-01-P).
----------------	--

**5.3 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
<b>Datos Generales</b>		
Fecha	1	Con números arábigos, el día, mes y año a que corresponde la información.
Unidad	2	El tipo y nombre de la unidad médica.
Jurisdicción	3	El número y el nombre de la Jurisdicción Sanitaria en la que esta ubicada la unidad médica.
Localidad	4	El nombre oficial de la localidad en la cual se ubica la unidad, para áreas urbanas, la colonia.
Servicio	5	El servicio, especialidad o identificación del módulo al que está asignado el médico, enfermera o TAPS.
Nombre	6	Consigne el nombre del personal responsable (médico, enfermera o TAPS), que otorga la consulta.
Tipo	7	Esta sección sirve para identificar la profesión de la persona que otorga la consulta, señalando con "X", según corresponda MED = Médico ENF = Enfermera TAPS = Técnico en Atención Primaria a la Salud.
<b>Usuario</b>		
No.	8	Con números arábigos, en orden sucesivo, el número que corresponda a la consulta en el día que informa; al usar la misma hoja para informar la consulta de varios días, sólo es necesario dejar un renglón en blanco e iniciar numeración.
Nombre, Expediente y Folio de Gratuidad	9	El número del expediente clínico asignado al derechohabiente o usuario, el nombre completo de éste y folio de gratuidad en caso de tenerlo.
Edad	10	Registre con números arábigos, la edad cumplida del derechohabiente o usuario; para menores de 29 días anote en días, consignando a continuación la letra "D", para niños mayores de 28 días pero menores de un año anote en meses consignando a continuación la letra "M", para derechohabientes o usuarios mayores de un año anote en años, consignando a continuación



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

<b>Página:</b>	<b>24</b>
<b>De:</b>	<b>68</b>

<b>Formato</b>	5.3 Hoja Diaria de Consulta Externa (SISPA-SS-01-P).
----------------	--

**5.3 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Número de Asistencia en el Año	13	<p>persona cuyo registro señala baja o una cita de planificación familiar no cumplida desde hace tres meses o más.</p> <p>Marque con "S" cuando el motivo de la consulta sea de seguimiento de una enfermedad o de un estado fisiológico en control.</p> <p>Para efectos de Planificación Familiar se considera como consulta subsecuente si la persona ya tiene registro previo en la unidad médica como usuario de este programa (Tarjeta de control de usuario del programa de Planificación Familiar), independientemente del método anticonceptivo de que se trate.</p>
Referido / Contrarreferido / Transferencia	14	<p>Con números arábigos el número de veces que el derechohabiente o usuario ha sido atendido en el servicio o módulo durante el año; use como apoyo el expediente clínico.</p> <p>Marque con "R" el espacio cuando el derechohabiente o usuario sea canalizado a una unidad de mayor complejidad, marque con "C" este espacio cuando al derechohabiente o usuario una vez tratado se envía a la unidad que lo refirió (de origen); se considera unidad de origen aquélla a la que debe estar adscrito el derechohabiente o usuario por su domicilio habitual.</p> <p>Marque con una "T" en el espacio cuando el derechohabiente o usuario sea transferido a otra unidad de mayor complejidad.</p>
Cartilla de Salud Otorgada	15	<p>Marque con una "X" en el espacio correspondiente si el derechohabiente o usuario se le ha otorgado la Cartilla de Salud.</p>
Somatometría	16	<p>Marque con una "X" en el espacio correspondiente si el derechohabiente o usuario se le ha realizado Somatometría.</p>
Diagnóstico	17	<p>Con toda claridad el padecimiento o enfermedad que originó la consulta.</p>



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DE LA UNIDAD MÓVIL

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	25
De:	68

Formato	5.3 Hoja Diaria de Consulta Externa (SISPA-SS-01-P).
---------	--

5.3 Instructivo

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Programa		<p>originó la consulta.</p> <p>En caso de infecciones respiratorias agudas, especifique claramente el tipo de infección de que se trata (neumonía, amigdalitis, faringitis, etc.)</p> <p>En el caso de enfermedades de transmisión sexual, anote claramente el nombre de ésta cuando el diagnóstico se haya confirmado.</p> <p>Para los casos de paludismo y dengue, anote si al enfermo se le realizó toma de muestras. Anote además, si se otorgó Tratamiento de Cura Radical, al derechohabiente o usuario con paludismo.</p> <p>Anote claramente en este espacio, las personas que solicitaron tratamiento por picadura de alacrán.</p> <p>Las consultas otorgadas a pacientes Premenopáusicas y Posmenopáusicas, deberán ser anotadas en este espacio.</p> <p>Si la persona solicita tratamiento por contacto con algún animal con rabia, anótelos en este espacio.</p> <p>Toda consulta otorgada debe ser registrada en un programa (Rubros 1 al 5) éstos son excluyentes entre sí por lo que debe marcar con una "X" sólo uno de ellos. Esto indica que si en la consulta se brinda atención por más de un padecimiento o motivo, sólo se registra como programa aquél que a juicio del otorgante es el que la generó.</p>
Enfermedades Transmisibles	18	<p>Para el registro del programa considere lo siguiente:</p> <p>Referido a la atención de casos de cualquiera de las enfermedades consideradas como transmisibles; para los casos nuevos, llene además el reporte epidemiológico correspondiente.</p>
Enf. Crónico-Degenerativas	19	<p>Referido a la atención de casos de enfermedades crónico-degenerativas sujetas a programa; como son: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Cáncer</p>



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DE LA UNIDAD MÓVIL

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	26
De:	68

Formato	5.3 Hoja Diaria de Consulta Externa (SISPA-SS-01-P).
---------	--

5.3 Instructivo

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Otras Enfermedades	20	Cérvicouterino, Cáncer de Mama, etc. Referido a la atención de casos de otras enfermedades (excluyendo transmisibles y crónicas degenerativas).
Consulta a Sanos	21	Referido al caso en que el diagnóstico fue de sano, especialmente a las consultas impartidas para el control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño, control del embarazo y del puerperio; apoyo para la expedición de tarjetas de salud y certificados escolares o de trabajo.
Planificación Familiar	22	Se refiere a la promoción o vigilancia de métodos para el control de la fecundidad; registre este programa cuando esta actividad es la que motivó la demanda del servicio; en caso de que adicionalmente a la atención brindada se otorgue información o métodos de control de la fecundidad, anote el programa que corresponda al padecimiento tratado como principal y en el apartado Planificación Familiar consigne lo correspondiente a método y a la característica de la atención.
Control Prenatal Trimestre Gestacional	23	Consulta otorgada a una embarazada, cruce el número que corresponda al trimestre gestacional en el que se encuentre la embarazada en el momento de la consulta, no omitir marcar las columnas 3 o 4 de acuerdo al estado de salud de la embarazada.
Análisis Clínicos	24	Marque con una ( I ) si a la embarazada le fueron indicados análisis clínicos y con una ( R ) si ya fueron realizados.
Alto Riesgo	25	Marque además con una "X" si la embarazada es de alto riesgo considerando los valores de la hoja o instrumentos específicos para calificar el riesgo.
Administración de Hierro / Ácido Fólico	26	Marque con una "X" en el espacio correspondiente si al derechohabiente o usuario se la administrado Hierro/Ácido Fólico.
Consulta a Puerpera	27	Consulta otorgada para la vigilancia del puerperio, que se brinda durante los 6 semanas o 42 días que siguen

<b>Formato</b>	5.3 Hoja Diaria de Consulta Externa (SISPA-SS-01-P).
----------------	--

**5.3 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Estado de Nutrición Menor de 5 años Obesidad Sobrepeso Normal Con Desnutrición Leve Con Desnutrición Moderada Con Desnutrición Grave	28	<p>se brinda durante las 6 semanas o 42 días que siguen al parto. No omitir marcar las columnas 3 ó 4 de acuerdo a su estado de salud.</p> <p>Este rubro capta la información de la valoración y seguimiento del estado de nutrición de todos los menores de 5 años que acuden a consulta. En la valoración nutricional utilice siempre las gráficas de peso/edad, talla/edad y complementariamente la de peso/talla.</p> <p>En la primera consulta, incorpórelo a la vigilancia nutricional llenando la tarjeta de control y realice seguimiento en las consultas subsecuentes con la periodicidad establecida en la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993, Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y el adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.</p> <p>Cruce el número que corresponda a estado nutricional del niño (columnas 13 a la 17), considerando el resultado de la gráfica de peso para la edad, según el sexo.</p>
Ira. Menor de 5 años. Tratamiento	29	<p>Considere en este rubro a los derechohabientes o usuarios menores de 5 años que presentan todo tipo de infecciones respiratorias agudas. Marque con una (X) la columna correspondiente al tipo de tratamiento prescrito al derechohabiente o usuario.</p> <p>Caso atendido sin prescripción de uso de antimicrobianos.</p>
Sólo Sintomático Con Antibiótico Acciones Integrales Hidratación Oral	30	<p>Caso en el que se prescribió el uso de antimicrobianos.</p> <p>Marcar el tipo de acción.</p> <p>Se refiere a la identificación de casos de diarrea y al reparto de sobres de hidratación oral para prevenir o promover la recuperación de los niños deshidratados.</p>
Diarrea aguda menor de 5 años		<p>Considera a todos los derechohabientes o usuarios menores de 5 años atendidos por diarrea enfermedad</p>

<b>Formato</b>	5.3 Hoja Diaria de Consulta Externa (SISPA-SS-01-P).
----------------	--

**5.3 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
años		menores de 5 años, atendidos por diarrea, enfermedad diarreica, síndrome diarreico, infección intestinal, gastroenteritis aguda o cualquier padecimiento en el que se observe la presencia de heces líquidas, o acuosas, en número mayor de 3 en 24 horas. Anote el número de sobres entregados en la columna que corresponda al Plan de tratamiento. En caso de que no se proporcione sobre; registre cero (0).
Número de Sobres Plan A	31	El Plan A es un tratamiento preventivo de la deshidratación en el cual se prescribe la solución oral en pacientes sin deshidratación.
Plan B		El Plan B es un tratamiento curativo de la deshidratación, cuando se prescribe la solución oral para recuperar al niño deshidratado.
Plan C		El Plan C es tratamiento curativo del choque (manejo del choque hipovolémico), para corregir la deshidratación grave por vía intravenosa.
Recuperados	32	Marque con una ( X ) si el derechohabiente o usuario fue recuperado de la deshidratación debida a enfermedad diarreica.
Sobres en Promoción	33	El número de sobres distribuidos por cualquier otro motivo distinto a la atención de casos de diarrea en menores de 5 años.
Planificación Familiar		Deben registrarse todas las consultas en que otorgue el servicio de Planificación Familiar, independientemente del motivo que haya generado dicha consulta. Esta sección está dividida en dos rubros: Método y Atención.

<b>Formato</b>	5.3 Hoja Diaria de Consulta Externa (SISPA-SS-01-P).
----------------	--

**5.3 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Método		Permite identificar el método anticonceptivo que usará la persona entre la consulta que se le está proporcionando y la siguiente consulta. Asimismo, permite llevar un control del consumo de anticonceptivos en la unidad médica.
		Registre en la columna correspondiente, la cantidad de anticonceptivos que otorgó al usuario durante la consulta, de acuerdo con lo siguiente:
Oral	34	El número de ciclos prescritos.
Inyectable Mensual	35	El número de inyecciones proporcionadas según se trate de evitar el embarazo durante un lapso de uno o dos meses.
Inyectable Bimensual	36	El número de inyecciones proporcionadas según se trate de evitar el embarazo durante un lapso de uno o dos meses.
Implante Subdérmico	37	1 (uno), si durante la consulta realiza una inserción o reinsertación de implante subdérmico. 0 (cero), si durante la consulta sólo revisa el implante subdérmico.
Diu	38	1 (uno), si durante la consulta se realiza una inserción o reinsertación del dispositivo intrauterino. 0 (cero), si durante la consulta sólo revisa el dispositivo intrauterino.
Quirúrgico	39	1 (uno) si en la consulta realizó una vasectomía sin bisturí, y cero (0) si se trata de una revisión posterior a la intervención quirúrgica (OTB o vasectomía).
Preservativo	40	El número de condones proporcionados (en unidades).
Anticoncepción de Emergencia	41	Si se le administró algún Anticonceptivo de Emergencia.
Otro / Ninguno	42	El número según presentación.
		Marque con una "X" cuando sólo se da información o cuando la persona no desea usar ningún método de apoyo antes de la intervención quirúrgica.

<b>Formato</b>	5.3 Hoja Diaria de Consulta Externa (SISPA-SS-01-P).
----------------	--

**5.3 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Atención		<p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si durante la consulta únicamente extiende receta para que el material anticonceptivo se adquiriera en una farmacia particular, registre 0 (cero), en la columna correspondiente al método.</li> <li>- Si la persona manifiesta su interés por adoptar el método quirúrgico, registre el método anticonceptivo que estará usando entre la presente consulta y la fecha de la intervención quirúrgica.</li> </ul> <p>Marque con una "X" el tipo de atención que se le otorgó al usuario, de acuerdo con la siguiente clasificación:</p>
Primera Vez	43	<p>Atención otorgada a una persona que en la unidad médica no tiene registro previo de Planificación Familiar. Independientemente de que exista padecimiento de primera vez o subsecuente.</p> <p>También se considera de primera vez, aquélla que se proporciona a una persona cuyo expediente o registro señala baja o una cita no cumplida de planificación familiar, por tres meses.</p>
Subsecuente	44	<p>Atención otorgada a una persona que ya tiene registro previo de Planificación Familiar, independientemente del método anticonceptivo con que se controle.</p>
Detecciones		<p>Búsqueda intencionada de un padecimiento en personas aparentemente sanas a través de la toma de muestras, exámenes o signos que permitan su identificación temprana. Anote en la columna que corresponda al padecimiento buscado de acuerdo al resultado:</p> <p>P= Positivo o sospechoso N= Negativo.</p>
Cáncer Cérvicouterino	45	<p>Deberá tomarse la muestra a todas las pacientes mayores de 25 años que asistan a consulta. La detección debe realizarse cada 3 años, anote en la columna correspondiente una "X" al tomar la muestra. Es la única detección en que se anota una "X".</p>

<b>Formato</b>	5.3 Hoja Diaria de Consulta Externa (SISPA-SS-01-P).
----------------	--

**5.3 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Mama	46	La exploración debe practicarse a toda mujer mayor de 35 años, una vez al año, independientemente del motivo de la consulta, y anotar la letra de acuerdo al diagnóstico presuntivo.
Diabetes Mellitus	47	Debe realizar tamizaje una vez al año a toda persona mayor de 25 años que acuda a consulta, independientemente del motivo que la ocasionó, considere positiva cuando se obtiene una glucemia capilar casual igual o mayor de 110mg/dl.
Hipertensión Arterial	48	La detección debe realizarse una vez al año a los derechohabientes o usuarios mayores de 25 años que asistan a consulta, independientemente del motivo que la ocasionó, considere positiva cuando se identifique en la detección presencia de la presión arterial igual o mayor a 140 mm Hg (sistólica) y/o 90mm Hg (diastólica).
Hiperplasia Prostática	49	Debe realizarse la detección una vez al año a los derechohabientes o usuarios del sexo masculino mayores de 50 años que asistan a consulta independientemente del motivo que ocasionó la visita.
Obesidad / Sobrepeso	50	La detección debe realizarse una vez al año a los pacientes adultos que asistan a consulta, independientemente del motivo que la ocasionó, de acuerdo al índice de masa corporal (IMC) anote: <b>N</b> (normal), si el valor es menor a 25; <b>S</b> (sobrepeso) si el valor es mayor o igual a 25.0 y menor o igual a 26.9 y <b>O</b> (obesidad) si el valor es mayor o igual a 27.
Agudeza Visual / Agudeza Auditiva / Defectos Posturales	51	La detección debe realizarse una vez al año a todo derechohabiente o usuario que acuda a consulta con problemas de diabetes mellitus, hipertensión arterial o problemas visuales.
Osteoporosis	52	La detección debe realizarse a todo derechohabiente o usuario mayor de 40 años que acuda a la consulta, independientemente del motivo que ocasionó la visita.

<b>Formato</b>	5.3 Hoja Diaria de Consulta Externa (SISPA-SS-01-P).
----------------	--

**5.3 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Tuberculosis	53	Deberá practicarse baciloscopía en tres muestras sucesivas de esputo a los pacientes tosedores crónicos y sus contactos de 15 años y más, de acuerdo al resultado de las tres tomas anote la letra correspondiente.
Sífilis	54	Deberá practicarse PRR (Prueba Rápida de Reagina), en grupos de riesgo tales como: trabajadoras y trabajadores sexuales, homosexuales y para proteger el producto de las embarazadas, para la expedición de certificados médicos, anote la letra que corresponda al resultado.
Salud Mental	55	Marcar con un "X" si el derechohabiente o usuario presenta algún problema relacionado con la salud mental.
Adicciones	56	Marcar con una "A" si el derechohabiente o usuario es adicto al alcohol, una "T" si es adicto al tabaco y una "F" si es farmacodependiente.
Condomes Prevencionitis	57	Marcar con una "X" si esta relacionado con algún programa de prevención de enfermedades de origen sexual.
Derechohabiente	58	Este espacio está destinado a cuantificar las consultas otorgadas a personas que tienen derecho a servicios médicos en la seguridad social.
IMSS, ISSSTE, Otras, Ninguno	59	Anotar el numero que corresponda, IMSS 1, ISSSTE 2, Otras 3, Ninguno cero (0).
Gratuidad	60	Marcar cuando sea derechohabiente al programa de gratuidad.
Estado de Residencia	61	Mencione el estado al cual corresponde la residencia del derechohabiente o usuario atendido en el servicio.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DE LA UNIDAD MÓVIL

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	33
De:	68

Formato

5.4 Cuestionario Sobre Consumo de Alcohol para Mujeres y Hombres

CUESTIONARIO SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL PARA MUJERES Y HOMBRES

No. Control	1	Fecha	2
a) Jurisdicción:	3	b) C.S.U.	4
c) Núcleo básico:			
d) Nombre:	5	e) Edad (años cumplidos):	6
f) Sexo:	Masculino (1) Femenino (2) 7		
g) Estado civil:	Soltero (1) Casado (2) Unión libre (3) 8 Divorciado (4) Separado (5) Viudo (6)	h) Escolaridad:	Sin escolaridad (1) Primaria (2) Secundaria (3) 9 Preparatoria (4) Licenciatura (5) Posgrado (6)
i) Ocupación:	Ama de casa (1) Estudiante (2) Subempleado/eventual (3) 10 comerciante (4) Empleado (5) Profesionalista (6)	j) Lugar de nacimiento:	11 Distrito Federal (1) Interior de la República (2) Otro (3)
k) Domicilio y Teléfono	12		
l) Motivo de consulta:	13	m) Intervención:	14
		Consejo médico/ Psicológico (1) Referencia 2º. 3er. Nivel (2) Referencia/ institución especializada (3) Grupo autoayuda (4)	

15 Encierre en un círculo el número de la respuesta correcta o que más se aproxime a sus características

MUJERES (TWEAK)	HOMBRES (AUDIT BREVE)
<b>1. ¿Cuántas copas aguanta usted?</b> 4 ó más copas (2) 3 ó menos copas (0)	<b>1. ¿Qué tan frecuente toma bebidas alcohólicas?</b> Nunca (0) Una vez al mes o menos (1) Dos o cuatro veces al mes (2) Dos o tres veces por semana (3) Cuatro o más veces por semana (4)
<b>2. Durante el último año, ¿ha recibido alguna queja por parte de amigos cercanos o familiares sobre su consumo de bebidas alcohólicas?</b> SI (2) NO (0)	<b>2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico o común?</b> 1 ó 2 (0) 3 ó 4 (1) 5 ó 6 (2) 7 ó 9 (3) 10 ó más (4)
<b>3. ¿Toma en ocasiones una copa inmediatamente después de levantarse?</b> SI (1) NO (0)	<b>3. ¿Qué tan frecuente toma 6 ó más copas por ocasión?</b> Nunca (0) Menos de una vez por mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) Diario o casi diario (4)
<b>4. ¿Siente la necesidad de reducir su consumo de bebidas alcohólicas?</b> SI (1) NO (0)	
<b>5. ¿Alguna vez un amigo o familiar le ha hablado de cosas que usted haya hecho o dicho cuando estaba bebiendo, de las cuales no recuerda?</b> SI (1) NO (0)	

4 ó más puntos: probable dependencia  
 2 a 3 puntos: consumo peligroso o alcoholismo  
 De 0 a 1 punto: dudoso, aplicar AUDIT

0 a 3 puntos: bebe en forma responsable  
 4 a 7 puntos: bebe en forma riesgosa  
 8 ó más puntos: aplicar CAGE para determinar dependencia

8 o más puntos en AUDIT (ambos sexos) (CAGE)	
<b>1. ¿Alguna vez ha sentido la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que toma?</b> SI (25) NO (0)	<b>16</b>
<b>2. ¿Se ha sentido molesto porque lo critican por su manera de beber?</b> SI (25) NO (0)	
<b>3. ¿Se ha sentido mal o culpable por su manera de beber?</b> SI (25) NO (0)	
<b>4. ¿Alguna vez ha tomado un trago a primera hora de la mañana?</b> SI (25) NO (0)	

Rango	Diagnóstico
0 - 25	No alcohólico
50	Abuso
75 - 100	Alcoholismo
Menos de 75: abuso	
75 ó más: dependencia	

**Formato**

5.4 Cuestionario Sobre Consumo de Alcohol para Mujeres y Hombres

**DESCRIPCIÓN:** EL CUESTIONARIO CONSTA DE TRES PARTES, CLARAMENTE DIFERENCIADAS EN EL FORMATO:

- **MUJERES (TWEAK).** CINCO PREGUNTAS. QUE SUGIEREN PROBABLE DEPENDENCIA O CONSUMO PELIGROSO. SI LA CALIFICACIÓN ES 0 o 1 SE APLICA EL AUDIT BREVE.
- **HOMBRES (AUDIT BREVE).** TRES PREGUNTAS QUE SUGIEREN UN CONSUMO RIERSGOSO O RESPONSABLE. LA PUNTUACIÓN MAYOR DE 8 EN HOMBRES Y MUJERES SE RECOMIENDA APLICAR EL CAGE.
- **AMBOS SEXOS (PUNTUACIÓN 8 O MÁS EN EL AUDIT BREVE). (CAGE).** TRES PREGUNTAS QUE SUGIEREN UN DIAGNOSTICO DE NO ALCOHÓLICO, ABUSO O ALCOHÓLICO.

**INTRUCCIONES DE APLICACIÓN:**

- a) Pacientes en consulta externa de ambos sexos de 12 a 65 años, que en el interrogatorio de la historia clínica afirmen consumir alcohol durante los últimos 12 meses.
- b) Pacientes en consulta externa de ambos sexos de 12 a 65 años que clínicamente manifiesten sintomatología que sugiere el consumo de alcohol.
- c) Llenado:
  - Los datos generales y las preguntas sobre el patrón de consumo de tabaco, el médico interroga al usuario, y si este sabe leer y escribir y está en condiciones de contestar el cuestionario se le entrega para que lo elabore.
  - Se sugiere al usuario contestar el apartado que corresponda a su sexo y a las condiciones observadas por el clínico (como se comentó en la descripción de la cédula).
  - Brindar información y consejería al usuario sobre los beneficios del abandono y/o reducción (consumo responsable) del alcohol y las opciones de tratamiento.
- d) Anotar en el expediente clínico la aplicación de la cédula de sobre consumo de alcohol para hombres y mujeres, la calificación obtenida y el tipo de intervención que se brindo al usuario.
- e) La Cédula de sobre consumo de alcohol para hombres y mujeres deberá ser incorporada al expediente clínico.

<b>Formato</b>	5.4 Cuestionario Sobre Consumo de Alcohol para Mujeres y Hombres
----------------	--

**5.4 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
No. de control	1.	El número de expediente clínico.
Fecha	2.	El día, mes año en que se aplicó el cuestionario.
Jurisdicción Sanitaria	3.	El nombre completo de la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenece el personal de salud de la unidad aplicativa, responsable del manejo de este cuestionario.
C.S.U. y Núcleo Básico	4.	El nombre completo de la Unidad Operativa y Núcleo Básico responsables.
Nombre	5.	El Apellido Paterno, después el apellido materno y al final el o los nombres.
Edad	6.	Registre con números arábigos, la edad cumplida del derechohabiente o usuario; para menores de 29 días anote en días, consignando a continuación la letra "D", para niños mayores de 28 días pero menores de un año anote en meses consignando a continuación la letra "M", para derechohabientes o usuarios mayores de un año anote en años, consignando a continuación la letra "A".
Sexo	7.	El sexo del derechohabiente o usuario según corresponda, 1 = Masculino, 2 = Femenino.
Estado Civil	8.	Marcar con una equis (X) la casilla correspondiente a la respuesta.
Escolaridad	9.	Marcar con una equis (X) la casilla correspondiente a la respuesta.
Ocupación	10.	Marcar con una equis (X) la casilla correspondiente a la respuesta.
Lugar de nacimiento	11.	Marcar con una equis (X) la casilla correspondiente a la respuesta.
Domicilio y Teléfono	12.	El nombre de la calle, el número exterior; el N° interior (número interior, si lo hay, en caso contrario, anotar un guión (-); el nombre de la Colonia o Fraccionamiento o Unidad Habitacional y el Código Postal de donde habita la persona encuestada, así como el número telefónico, si lo tiene.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	36
De:	68

<b>Formato</b>	5.4 Cuestionario Sobre Consumo de Alcohol para Mujeres y Hombres
----------------	--

**5.4 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Motivo de consulta	13.	Motivo por el cual el derechohabiente acudió a la unidad.
Intervención	14.	Marcar con una equis (X) la casilla correspondiente a la respuesta.
Encierre en un círculo el número de la respuesta correcta o que más se aproxime a sus características	15.	Marcar con una equis (X) la casilla correspondiente a la respuesta.
Calificación	16.	Sumar el puntaje obtenido en cada uno de los reactivos, según el apartado o sección que corresponda al usuario.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DE LA UNIDAD MÓVIL

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	37
De:	68

Formato	5.5 Cuestionario de Fagerström: Nicotina.
---------	---

CUESTIONARIO FAGERSTRÖM: NICOTINA \*

No. Control	1	Fecha	2
a) Jurisdicción:	3	b) C.S.U.	4
c) Núcleo básico:			
d) Nombre:	5	e) Edad (años cumplidos):	6
f) Sexo:	Masculino (1) Femenino (2) 7		
g) Estado civil:	Soltero (1) Casado (2) Unión libre (3) Divorciado (4) Separado (5) Viudo (6)	h) Escolaridad:	Sin escolaridad (1) Primaria (2) Secundaria (3) Preparatoria (4) Licenciatura (5) Posgrado (6)
i) Ocupación:	Ama de casa (1) Estudiante (2) Subempleado/eventual (3) comerciante (4) Empleado (5) Profesionista (6)	j) Lugar de nacimiento:	11 Distrito Federal (1) Interior de la República (2) Otro (3)
k) Domicilio y Teléfono	12		
l) Motivo de consulta:	13	m) Calificación Fagerström:	14
		n) Intervención:	Consejo médico/ Psicológico (1) Referencia 2º. 3er. Nivel (2) Referencia/ institución especializada (3) Grupo autoayuda (4)

15 Encierre en un círculo el número de la respuesta correcta o que más se aproxime a sus características

1) ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?	(3) 31 o más a. 21 a 30 (1) 11 a 20 (0) Menos de 10
2) ¿Fuma usted más cigarrillos durante la primera parte del día que durante el resto?	(1) Sí (0) No
3) ¿Cuánto tiempo transcurre desde que usted despierta hasta que fuma el primer cigarrillo?	b. Menos de 5 minutos (2) 6 a 30 minutos (1) 31 a 60 minutos (0) Más de 60 minutos
4) ¿Qué cigarrillo le es más difícil omitir?	(1) El primero de la mañana (0) Algún otro
5) ¿Le es difícil no fumar donde ello esta prohibido?	(1) Sí (0) No
6) ¿Fuma usted cuando se halla enfermo e incluso en cama?	(1) Sí (0) No

<b>Conversión:</b>	1 pipa = 3 cigarrillos	<b>16</b>	<b>Calificar:</b>	< de 5 puntos = dependencia leve
	1 puro = 4 - 5 cigarrillos			5 a 7 puntos = dependencia moderada
	1 puro pequeño = 3 cigarrillos			7 o más puntos = dependencia severa

\* Fuente: NOM 028 SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones

**Formato**

5.5 Cuestionario de Fagerstrôm: Nicotina.

**DESCRIPCIÓN:** CUESTIONARIO DE SEIS PREGUNTAS QUE INVESTIGAN EL PATRÓN DE CONSUMO DE TABACO.

**INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN:**

- f) Pacientes en consulta externa de ambos sexos de 12 a 65, que en el interrogatorio de la historia clínica afirmen consumir tabaco durante los últimos 12 meses.
- g) Pacientes en consulta externa de ambos sexos de 12 a 65 años que clínicamente manifiesten sintomatología que sugiere el consumo de tabaco.
- h) Llenado:
  - Los datos generales y las preguntas sobre el patrón de consumo de tabaco, el médico interroga al usuario, y si este sabe leer y escribir y está en condiciones de contestar el cuestionario se le entrega para que lo elabore.
  - Brindar información y consejería al usuario sobre los beneficios del abandono del consumo de tabaco y las opciones de tratamiento.
- i) Anotar en el expediente clínico la aplicación de la cédula de Fagerstrôm, la calificación obtenida y el tipo de intervención que se brinda al usuario.
- j) La Cédula de Fagerstrôm deberá ser incorporada al expediente clínico.

<b>Formato</b>	5.5 Cuestionario de Fagerström: Nicotina.
----------------	---

**5.5 Instructivo**

<b>DICE</b>	<b>N°</b>	<b>DEBE ANOTARSE</b>
No. de Control	1.	El número de expediente clínico.
Fecha	2.	El día, mes año en que se aplicó el cuestionario.
Jurisdicción Sanitaria	3.	El nombre completo de la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenece el personal de salud de la unidad aplicativa, responsable del manejo de este cuestionario.
C. S. U. y Núcleo Básico	4.	El nombre completo de la Unidad Operativa y Núcleo Básico responsables.
Nombre	5.	El Apellido Paterno, después el apellido materno y al final el o los nombres.
Edad	6.	Registre con números arábigos, la edad cumplida del derechohabiente o usuario; para menores de 29 días anote en días, consignando a continuación la letra "D", para niños mayores de 28 días pero menores de un año anote en meses consignando a continuación la letra "M", para derechohabientes o usuarios mayores de un año anote en años, consignando a continuación la letra "A".
Sexo	7.	El sexo del derechohabiente o usuario según corresponda, 1 = Masculino, 2 = Femenino.
Estado Civil	8.	Marcar con una equis (X) la casilla correspondiente a la respuesta.
Escolaridad	9.	Marcar con una equis (X) la casilla correspondiente a la respuesta.
Ocupación	10.	Marcar con una equis (X) la casilla correspondiente a la respuesta.
Lugar de nacimiento	11.	Marcar con una equis (X) la casilla correspondiente a la respuesta.
Domicilio y Teléfono	12.	El nombre de la calle, el número exterior; el N° interior (número interior, si lo hay, en caso contrario, anotar un guión (-); el nombre de la Colonia o Fraccionamiento o Unidad Habitacional y el Código Postal de donde habita la persona encuestada, así como el número



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	40
De:	68

<b>Formato</b>	5.5 Cuestionario de Fagerström: Nicotina.
----------------	---

**5.5 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Motivo de consulta	13.	telefónico, si lo tiene. Motivo por el cual el derechohabiente acudió a la unidad.
Calificación Fagerström:	14.	Marcar con una equis (X) la casilla correspondiente a la respuesta.
Encierre en un círculo el número de la respuesta correcta o que más se aproxime a sus características	15.	Marcar con una equis (X) la casilla correspondiente a la respuesta.
Calificación	16.	Sumar el puntaje obtenido en cada uno de los reactivos, según el apartado o sección que corresponda al usuario.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DE LA UNIDAD MÓVIL

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

Table with columns: Página, De. Values: 41, 68

Formato

5.6 Detección Integrada de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Obesidad.

ANVERSO



SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

DETECCIÓN INTEGRADA DE DIABETES MELLITUS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y OBESIDAD.

- 1.- Esta detección se aplicará a toda persona mayor de 20 años de edad que acuda por primera vez en el año a la Unidad y se considera "detección con cuestionario para diabetes, hipertensión arterial y obesidad".
2.- Se realizará toma de glucemia capilar en los siguientes casos:
a) A todo persona (mujer u hombre) de 20 a 29 años de edad que tenga por lo menos un factor de riesgo y/o presencia de síntomas clásicos de diabetes.
b) A todo persona (mujer u hombre) >= de 30 años de edad, independientemente de contar con factores de riesgo o presencia de síntomas clásicos de diabetes.
3.- \* Para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC) se aplicará la fórmula: Kg/m2 (que es el peso en kilogramos entre la estatura, en metros, elevada al cuadrado)
4.- Marcar con una "X" la casilla del número correspondiente a la respuesta.
5.- A los casos sospechosos o positivos, ingresarlos al Grupo de Ayuda Mutua.

I.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Form fields for identification: Jurisdicción Sanitaria, Unidad, Fecha, Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)), Fecha de Nacimiento, Domicilio (Calle, No Exterior, No Interior, Colonia, Código Postal), Deleg. o Mpio, Entidad (D.F., Edo-Méx, Otro Edo.), Teléfono.

II. DATOS PERSONALES.

Form fields for personal data: ¿Cuenta con seguridad social?, ¿Cuál? (IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, Otro), No de folio de gratuidad, Sexo (M, F), Edad, Estatura, Peso, Cintura, Cadera, \*IMC, ¿Alguno de sus padres y/o hermanos tienen o tuvieron diabetes?, Presión arterial (sistólica, diastólica).

III. PRESENCIA DE SÍNTOMAS.

Form fields for symptoms: Polidipsia (Si, No), Poliuria (Si, No), Polifagia (Si, No).

Si la respuesta es positiva en los tres síntomas, se aplicará glucemia capilar por sospecha de diabetes, independientemente de los factores de riesgo: edad >= 30 años y / o cintura > 85 cm. para mujeres ó > 95 cm. para hombres.

IV. APLICACIÓN DE GLUCEMIA CAPILAR.

Form fields for capillary glucose application: Ayuno, Casual, Resultado (mg./dl), Fecha de próxima cita (Día, Mes, Año).

V. SEGUN SU IMC SU PESO ES:

Table with columns: Category (Bajo, Normal, Sobrepeso, Obesidad), Value (< 18, < 25, 25-27, > 27), and checkboxes.

VI. SEGUN LOS RESULTADOS OBSERVADOS SU PRESION ES:

Table with columns: Category (Optima, Normal, Normal alta, Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3), Value (120/80, 121-129/81-84, 130-139/85-89, 140-159/90-99, 160-179/100-109, > 180), and checkboxes.

\* Si el IMC es > 25 y cintura > 85 cm. para mujeres ó > 95 cm. para hombres, integrar a tratamiento de obesidad. \*\* Seguir proceso de confirmación diagnóstica e integrar a tratamiento, si lo requiere.

VII. APLICADO A:

Form fields for applied to: Paciente, Acompañante.

VIII. RESPONSABLE DEL REGISTRO:

Form fields for responsible: Dr. (a), Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s).

Este formato se comporta igual que la encuesta de factores de riesgo de Diabetes, Hipertensión Arterial y/u Obesidad. Se utilizará para efectuar los registros de detecciones en el SIS.



**Formato**

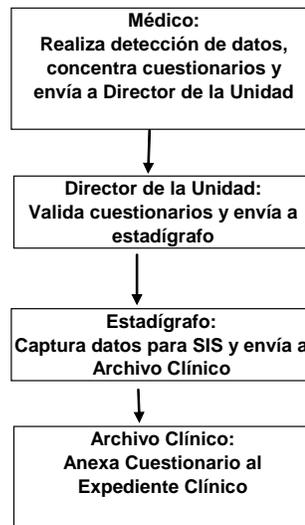
5.6 Detección Integrada de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Obesidad.

**REVERSO**



**SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL**

**Manejo del formato "Detección Integrada de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Obesidad."**



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS****DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

<b>Página:</b>	<b>43</b>
<b>De:</b>	<b>68</b>

<b>Formato</b>	5.6 Detección Integrada de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Obesidad.
----------------	---

En competencia y responsabilidad del personal de salud, la aplicación y manejo de este cuestionario en colaboración con la persona encuestada.

Se sugiere familiarizarse con su contenido para agilizar su llenado y la aplicación de las indicaciones proporcionadas en los primeros cinco puntos del formato, para que al realizar el llenado de sus espacios, la persona encuestada sea tratada con respeto y perciba que los datos solicitados son confidenciales y que serán utilizados para iniciar el diagnóstico de su estado de salud.

Se formaliza la aceptación de estas actividades del personal operativo de salud, si a las personas susceptibles se les imparte una sencilla plática informativa en relación a estos padecimientos y sus complicaciones, la que les permita conocerlos y entender la conveniencia de que les sea aplicada esta detección oportuna para evitar o retrasar su presentación.

Este formato se comporta igual que la encuesta de factores de riesgo de Diabetes, Hipertensión Arterial y Obesidad. Se utilizará para efectuar los registros de detecciones en el SIS.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DE LA UNIDAD MÓVIL

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	44
De:	68

Formato	5.6 Detección Integrada de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Obesidad.
---------	---

5.6 Instructivo

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
<b>A N V E R S O</b>		
<b>I.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN</b>		
Jurisdicción Sanitaria	1.	El nombre completo de la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenece el personal de salud de la unidad aplicativa, responsable del manejo de este cuestionario.
Unidad	2.	El nombre completo de la Unidad Operativa responsable.
Fecha	3.	El número del día, el número del mes y las dos últimas cifras del número del año; esto es: en el primer espacio, se anota el día (del 01 al 31, según el número de días que tiene el mes): el segundo espacio, se anota el número del mes (del 01, si se refiere a enero, hasta el 12, si se refiere a diciembre) y en el tercer espacio, anotar los dos últimos dígitos del año.
Nombre	4.	El Apellido Paterno, después el apellido materno y al final el o los nombres.
Fecha de nacimiento	5.	Con números arábigos, utilizar los espacios, como se explicó para la "Fecha" del día de la aplicación del cuestionario.
Domicilio	6.	El nombre de la calle, el número exterior; el N° interior (número interior, si lo hay, en caso contrario, anotar un guión (-); el nombre de la Colonia o Fraccionamiento o Unidad Habitacional y el Código Postal de donde habita la persona encuestada.
Delegación o Municipio	7.	El nombre completo de la Delegación donde está su domicilio en el Distrito Federal, o del Municipio, si habita en algún Estado de la República: Entidad: D. F. [ 1 ], Edo.-Mex [ 2 ] u Otro Estado [ 3 ]
Teléfono	8.	El número telefónico, si lo tiene



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	45
De:	68

<b>Formato</b>	5.6 Detección Integrada de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Obesidad.
----------------	---

**5.6 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
<b>II.- DATOS PERSONALES:</b>		
¿Cuenta con seguridad social?	9.	Marcar con una equis (X) la casilla correspondiente a la respuesta: No [ 1 ] SI [ 2 ]
¿Cuál?	10.	Marcar con una equis (X) la casilla correspondiente a la respuesta, según indica el número 4 de las observaciones iniciales: IMSS [ 1 ], ISSSTE [ 2 ], Seguro Popular [ 3 ] u Otro [ 4 ]
Número de folio de gratuidad	11.	El número del folio de gratuidad, si se encuentra con él.
Sexo	12.	Marcar con una equis (X) la casilla correspondiente a la respuesta: [1] si es Masculino o F [2], si es Femenino.
Edad	13.	Con números arábigos, anotar la edad en años cumplidos
Estatura	14.	Con números arábigos anotar la estatura, en metros y centímetros
Peso	15.	Con números arábigos, anotar le peso en kilo y los gramos
Cintura	16.	Con número arábigos, anotar la medida de la cintura, en centímetros
Cadera	17.	Con números arábigos, anotar la medida de la cadera, en centímetros
IMC	18.	Las dos cifras que correspondan al Índice de Masa Corporal, resultantes del cálculo indicado en número 3.- de las observaciones iniciales, considerando que si las cifras colocadas a la derecha del punto, es decir, los decimales resultantes de dicha cálculo, exceden del número 6 (seis) la cifra colocada a la izquierda del punto, sobre una unidad y si esta cifra es 5 (cinco) o menor, se quedan los números enteros



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DE LA UNIDAD MÓVIL

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	46
De:	68

Formato	5.6 Detección Integrada de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Obesidad.
---------	---

5.6 Instructivo

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
¿Alguno de sus padres y/o hermanos tiene o tuvieron diabetes?	19.	Marque con una X la respuesta que corresponda: SI [ 1 ] , NO [ 2 ] o NO SABE [ 3 ]
Presión Sistólica _____ Mm/Hg	20.	El número de Mm/Hg (milímetros de mercurio) que al medir la presión arterial, se observaron en la columna de mercurio del esfigmomanómetro, como indicadores de la presión arterial sistólica (la cifra mayor)
Arterial Diastólica _____ Mm/Hg	21.	El número de Mm/Hg (milímetros de mercurio) que al medir la presión arterial se observaron en la columna de mercurio del esfigmomanómetro, como indicadores de la presión arterial diastólica. (la cifra menor).
<b>III.- PRESENCIA DE SÍNTOMAS:</b>		
Polidipsia	22.	Marcar con una equis (X) LA casilla del número correspondiente a la respuesta SI [ ] NO [ ]
Poliuria	23.	Marcar con una equis (X) LA casilla del número correspondiente a la respuesta SI [ ] NO [ ]
Polifagia	24.	Marcar con una equis (X) LA casilla del número correspondiente a la respuesta SI [ ] o NO [ ]
<b>IV.- APLICACIÓN DE GLUCEMIA CAPILAR</b>		
Resultado" mg/dl	25.	De acuerdo a las indicaciones del anterior apartado III, por haber obtenido respuesta positiva en los tres síntomas, se procederá a medir la glucemia capilar con la tira reactiva en el glucómetro que, para ese fin, el personal de salud está provisto y capacitado para su uso. El momento de la aplicación de la glucemia capilar, en este apartado, se marcará en la casilla correspondiente, con una equis (X), según sea en:  Ayuno [ 1 ] o Casual [ 2 ]
	26.	Las cifras correspondientes a la lectura del resultado de la glucemia capilar, en mg/dl (miligramos de glucosa/ por decilitros de sangre)



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DE LA UNIDAD MÓVIL

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	47
De:	68

Formato	5.6 Detección Integrada de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Obesidad.
---------	---

5.6 Instructivo

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Fecha de próxima cita	27.	Con números arábigos, utilizar los espacios, como se explicó con anterioridad, para señalar el día, mes y año de la próxima cita de la persona encuestada.
<b>V.- SEGÚN SU IMC SU PESO ES:</b>		
<b>VI.- SEGÚN LOS RESULTADOS OBSERVADOS SU PRESIÓN ES:</b>	28.	Con las cifras de la presión sistólica y diastólica, anotados en los datos personales del apartado III, marcar con una equis (X) el recuadro al que correspondan y si es el de ** normal alta o Etapas, 2 ó 3, canalizar a la persona encuestada, a consulta médica para confirmación diagnóstica, como se indica en el formato.
<b>VII.- APLICADO A:</b>		
Paciente [ P ] o Acompañante [ A ]	29.	Marcar con una equis (X) la casilla correspondiente a la respuesta
<b>VIII.- RESPONSABLE DEL REGISTRO:</b>		
Dr.(a)	30.	El apellido paterno, después el apellido materno y al final el o los nombres del médico responsable de realizar la atención de la persona encuestada, la adecuada captura de los datos y su correcto registro y la integración al tratamiento médico, en caso necesario.
<b>R E V E R S O</b>		
<b>FLUJOGRAMA</b>	31.	Con este flujograma sintetizado se pretende orientar al desarrollo de las actividades, manejo, utilización y responsabilidad de todo el personal de salud para que con atención de mejor calidad, este instrumento proporcione resultados óptimos en la protección de la salud de la población.

Formato

5.7 Cuestionario de Síntomas de Cáncer de Prostata

**CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS DE CÁNCER DE PROSTATA**



**Instructivo:** El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 45 años, con antecedentes familiares de cáncer de próstata.

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años  
 Domicilio-calle: \_\_\_\_\_ N°ext: \_\_\_\_\_ N°int: \_\_\_\_\_ Col: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Mpio: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí  No  IMSS  ISSSTE  Seguro Popular  Otro: \_\_\_\_\_

**¿TIENE RIESGO DE ENFERMAR POR CÁNCER DE PROSTATA Y NO LO SABE?**

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible RIESGO o TRANSTORNO, basado en sus factores de riesgo.

En las ocho preguntas siguientes, marque con una **X** en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	Menos de la mitad de las veces	La mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre
<b>1. Vaciamiento incompleto:</b> Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	0	1	2	3	4	5
<b>2. Frecuencia:</b> Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	0	1	2	3	4	5
<b>3. Intermittencia:</b> Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	0	1	2	3	4	5
<b>4. Urgencia:</b> Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	0	1	2	3	4	5
<b>5. Chorro débil:</b> Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	0	1	2	3	4	5
<b>6. Esfuerzo:</b> Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
<b>7. Nocturia:</b> Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana?	0	1	2	3	4	5

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

Valoración: 1-7 sintomatología leve   
 8-19 sintomatología moderada   
 Arriba de 20 sintomatología severa

**"Calidad de vida según sus síntomas urinarios"**

Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora:

¿cómo se sentiría al respecto?

Índice de calidad de vida =

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
0	1	2	3	4	5	6

**Seguimiento:**

Resultado del examen clínico		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)	Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
Negativo	Sospechoso		Sí	No	Urología	Oncología

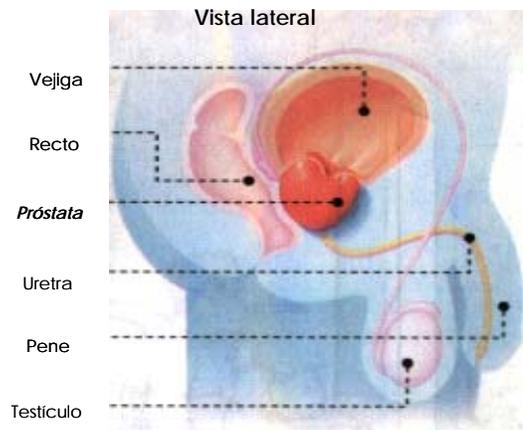
**Formato**

5.7 Cuestionario de Síntomas de Cáncer de Prostata

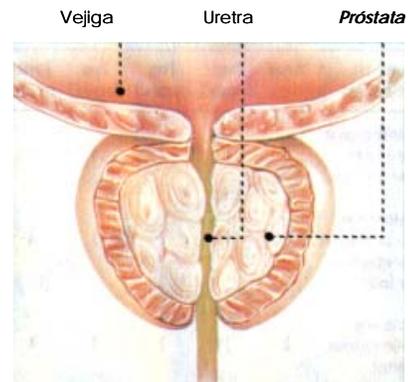
## CRECIMIENTO DE LA PRÓSTATA

La próstata, es una glándula masculina normalmente del tamaño de una nuez. Se localiza debajo de la vejiga rodeando a la uretra, que es el conducto por el cual sale la orina; con la edad esta glándula se hace más grande.

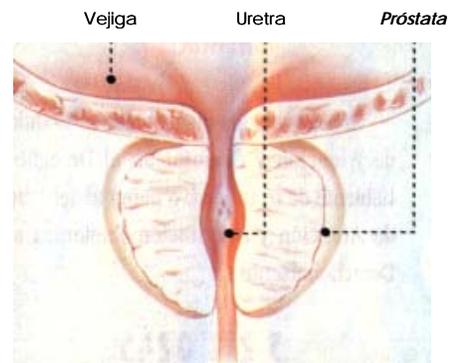
El crecimiento de la próstata se presenta después de los 45 años y puede dificultar la salida de orina.



**Próstata crecida con obstrucción de uretra (vista frontal)**



**Próstata sana (vista frontal)**



El crecimiento de la próstata es uno de los problemas de salud más importante en los adultos, al causar molestias urinarias principalmente en la noche, afectando importantemente la calidad de vida.

Esta dificultad puede ocasionar que la vejiga no se vacía totalmente provocando problemas más serios.

## Síntomas del crecimiento prostático

- Necesidad urgente de orinar.
- Dificultad al empezar a orinar.
- Aumento en el número de veces que orina durante 24 horas.
- Disminución del calibre y la fuerza del chorro de la orina.
- Terminar de orinar por goteo.

<b>Formato</b>	5.7 Cuestionario de Síntomas de Cáncer de Prostata
----------------	--

**5.7 Instructivo**

<b>DICE</b>	<b>N°</b>	<b>DEBE ANOTARSE</b>
Fecha	1	Día, mes y año en que se aplica el cuestionario
Nombre	2	Nombre (s) y apellidos paterno y materno
Edad	3	Años cumplidos del paciente
Domicilio	4	Nombre de la calle, número exterior, interior y colonia.
Municipio	5	El nombre del municipio o delegación
Estado	6	La entidad federativa a la que pertenece el domicilio
Teléfono	7	El número telefónico del domicilio o donde recibe recados el paciente
C. P.	8	El código postal que corresponde a la ubicación del domicilio del paciente
¿ Cuenta con Seguridad Social	9	Marcar con una X el cuadro correspondiente
1.- Vaciamiento Incompleto	10	Marque con una X en la columna correspondiente
2.- Frecuencia	11	Marque con una X en la columna correspondiente
3.-Intermitencia	12	Marque con una X en la columna correspondiente
4.- Urgencia	13	Marque con una X en la columna correspondiente
5.- Chorro Débil	14	Marque con una X en la columna correspondiente
6.- Esfuerzo	15	Marque con una X en la columna correspondiente
7.- Nocturia	16	Marque con una X en la columna correspondiente
Valoración	17	Marque con una X en el cuadro correspondiente
Calidad de vida según síntomas urinarios	18	Marque con una X en el cuadro correspondiente
Seguimiento	19	Marque con una X en el cuadro correspondiente
Resultado del anígeno prostático Especifico	20	Los resultados de los estudios de laboratorio
Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna	21	Marcar con una X el cuadro correspondiente
Referencia a:	22	Marque con una X en el cuadro correspondiente

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	51
De:	68

**Formato**

5.8 Cédula Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama



**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**  
**SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA**  
**VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL CANCER DE MAMA**  
**ESTUDIO DE DETECCION**



ANTES DE LLENAR, FAVOR DE LEER EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

**I. IDENTIFICACION DE LA UNIDAD**

- Institución: \_\_\_\_\_
- Entidad/Delegación/Subdelegación/Zona Militar: \_\_\_\_\_
- Jurisdicción: \_\_\_\_\_
- Municipio: \_\_\_\_\_
- Unidad médica: \_\_\_\_\_

**II. IDENTIFICACION DE LA PACIENTE**

- Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre (s) \_\_\_\_\_
- Entidad de nacimiento: \_\_\_\_\_ 8. CURP: \_\_\_\_\_
- Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Residencia actual: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle y número \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Municipio o delegación \_\_\_\_\_
- Entidad federativa \_\_\_\_\_ Jurisdicción \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
- Tiempo de residencia actual: 1) Menos de 1 año 2) De 1 a 5 años 3) Más de 5 años
- Derechohabienta  1.IMSS 2.ISSSTE 3.PEMEX 4.SEGURO POPULAR 5.SSA 6.SEDENA 7. SEDEMAR 8.IMSS OPORT. 9. DIF 10.OTROS

Edad

9. Fecha Nacimiento     
Día Mes Año

**III. FACTORES DE RIESGO**

- Edad de presentación de la menarca     
Día Mes Año
- Nuligesta
- Edad del primer embarazo a término     
Día Mes Año
- Presento menopausia 15.1   años
- 15.1 Edad de presentación de la menopausia
- Antecedente de detección 1) Autoexploración 2) Examen clínico 3) Mamografía 4) Otra \_\_\_\_\_ 6) Ninguna
- Antecedente de Terapia de reemplazo hormonal
- Tiempo de utilización
- En que familiares tiene antecedentes de cáncer mamario 1) Madre 2) Hermana 3) Hija 4) 1 y 2 5) 1 y 3 6) 2 y 3 7) Otro \_\_\_\_\_ 8) Ninguno
- Antecedente personal de cáncer mamario
- Antecedente personal de hiperplasia atípica
- Otros factores de riesgo

FECHA DE ATENCION     
Día Mes Año

11.  años

12.  años

13.  años

14.  años

15.  años

16.  años

17.  años

18.  años

19.  años

20.  años

21.  Especifique

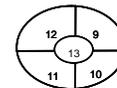
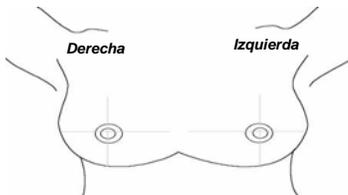
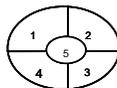
22.

**IV. DATOS CLINICOS**

- Signos clínicos 1) Tumoración palpable 5) Piel de Naranja 9) Retracción Cutánea
- Ulcera y/o eczema del pezón 6) Ganglios axilares y/o supraclav. Palpables 10) Ninguno
- Secreción por el pezón 7) Cambios en la coloración de la piel
- Retracción o fijación del pezón 8) Asimetría en las mamas
- Fecha de inicio de los síntomas o signos

**25. Localización**

- AXILA 6 HUECO SUPRACLAVICULAR 7 MAMA DERECHA 8
- AXILA 14 HUECO SUPRACLAVICULAR 15 MAMA IZQUIERDA 16



24.     
Día Mes Año

25.

26. Nombre, Firma y RFC del responsable de la Exploración Clínica: \_\_\_\_\_

RFC

**V. REFERENCIA**

- Conducta a seguir 1) Cita de seguimiento en 6 meses 2) Toma de mamografía y/o U.S.G. 3) Detección de rutina en un año 4) Otro
- Motivo de la referencia 1) Tumoración palpable 2) Signos sugestivos 3) Mamografía anormal 4) Más de 2 factores de riesgo
- Fecha de la referencia

27.

28.

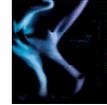
29.     
Día Mes Año

**Formato**

5.8 Cédula Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama



**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA  
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL CANCER DE MAMA  
ESTUDIO DE DETECCION**



ANTES DE LLENAR, FAVOR DE LEER EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

**VII. VALORACION DEL 2o/ 3er NIVEL**

**IDENTIFICACION DE LA UNIDAD A LA QUE SE REFIERE LA PACIENTE**

32. Institución: \_\_\_\_\_  
 33. Entidad/Delegación/Subdelegación/Zona Militar: \_\_\_\_\_  
 34. Jurisdicción: \_\_\_\_\_  
 35. Municipio: \_\_\_\_\_  
 36. Unidad médica: \_\_\_\_\_

**VIII. INFORMACION SOBRE EL DIAGNOSTICO**

37. Fecha de valoración clínica del 2o ó 3er Nivel de atención  
 38. Localización del proceso anormal identificado  
 1) Mama derecha 2) Mama izquierda 3) Bilateral 4) Ninguna  
 39. Indicación de estudio de  
 1) Mamografía 2) Ultrasonografía 3) Ambos 4) Biopsia 5) Otro: \_\_\_\_\_ Especifique  
 40. Tipo de mamografía 1) Diagnóstica 2) Tamizaje  
 41. Fecha de interpretación del estudio de mamografía  
 42. Tipo de mastografo 1) Digital 2) Análogo  
 43. Resultado del estudio de mamografía (Clasificación BIRADS)  
 0) Estudio insuficiente, técnicamente deficiente o ausencia de interpretación  
 1) Mama normal (I) 4) Hallazgos probablemente malignos c/lesión no palpable (IV)  
 2) Hallazgos benignos (II) 5) Hallazgo maligno (V)  
 3) Hallazgos probablemente benignos c/ seguimiento (III)  
 44. Fecha de interpretación del estudio de ultrasonografía  
 45. Resultado del estudio de ultrasonografía  
 1) Mama normal 2) Quiste 3) Sólido 4) Otra  
 46. Nombre, Firma y RFC de quien realizo la imagenología:

37.     
 Día Mes Año  
 38.   
 39.  40.   
 41.     
 Día Mes Año  
 42.  43.   
 44.     
 Día Mes Año  
 45.   
 46.

47. Resultado de la valoración del caso probable 1) Probable 2) Descartado  
 47.1 Referencia a Centro Oncológico 1) Si 2) No  
 48. No. De biopsia  
 49. Tipo de Biopsia 1) aguja fina 2) aguja de corte 3) Por vacío 4) Excisional  
 50. Resultado Citológico 1) Positivo 2) Negativo 3) Ninguno  
 51. Fecha de interpretación de la biopsia  
 52. Diagnóstico histopatológico (NOM)  
 1) Negativo a proceso maligno \_\_\_\_\_ Especifique  
 2) Proceso premaligno \_\_\_\_\_ Especifique  
 3) Cáncer Ductal (in situ) \_\_\_\_\_ Especifique  
 4) Cáncer Lobulillar (in situ)  
 5) Cáncer Invasor Ductal  
 6) Cáncer Invasor Lobulillar  
 7) Cáncer Invasor Tubular  
 8) Cáncer Invasor Medular  
 9) Cáncer Invasor Mucinoso  
 10) Cáncer Invasor Secretor  
 11) Cáncer Invasor Papilar  
 12) Cáncer Invasor Adenoide Quístico  
 13) Cáncer Invasor Metaplásico  
 14) Cáncer Invasor Apócrino  
 15) Enfermedad de Paget del pezón  
 16) Otro maligno \_\_\_\_\_ Especifique  
 53. Pruebas de Inmunohistoquímica  
 1) Estrógeno (-) 3) Progesterona (-) 5) Her2neu (-) 7) Estudio no realizado  
 2) Estrógeno (+) 4) Progesterona (+) 6) Her2neu (+)

47.  47.1   
 48.   
 49.  50.   
 51.     
 Día Mes Año  
 52.

54. Cuadrante en el que se confirma el diagnóstico (numeración de acuerdo al reactivo 25):  
 55. Calificación histopronóstica(NOM)  
 1) Pronóstico favorable: 3, 4 ó 5 2) Pronóstico moderado: 6 y 7 3) Pronóstico desfavorable: 8 y 9  
 56. TNM Clasificado 1) Si 2) No  
 56.1. TNM en que se encuentra la paciente (NOM) Clasificación por Estadio  
 57. Nombre, Firma y RFC del Patólogo: \_\_\_\_\_  
 58. Fecha de notificación del resultado a la paciente  
 IX. PLAN DE INTERVENCION  
 59. Conclusión del estudio del caso  
 1) Alta a su unidad de adscripción 2) Continua en seguimiento 3) Defunción  
 60. Referencia a Centro Oncológico 1) Si 2) No  
 61. Nombre, Firma y RFC del médico responsable del diagnóstico y tratamiento de la paciente

53.     
 54.      
 55.  56.   
 56.1 T \_\_\_ N \_\_\_ M \_\_\_ E \_\_\_  
 57.   
 58.     
 Día Mes Año  
 59.  60.   
 61.

**IDENTIFICACION DE LA UNIDAD DE SEGUIMIENTO**

62. Institución: \_\_\_\_\_  
 63. Entidad/Delegación/Subdelegación/Zona Militar: \_\_\_\_\_  
 64. Jurisdicción: \_\_\_\_\_  
 65. Municipio: \_\_\_\_\_  
 66. Unidad médica: \_\_\_\_\_



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DE LA UNIDAD MÓVIL

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	53
De:	68

Formato

5.8 Cédula Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO**

**INDICACIONES GENERALES.-**

Este formato debe llenarse de manera completa (original y copia) de acuerdo a las definiciones operacionales de detección, caso probable y caso confirmado de cáncer de mama. Complete únicamente los rubros faltantes de la columna de la izquierda y llene todas las casillas de la columna de la derecha según corresponda; utilice una casilla para cada letra o número (con bolígrafo de tinta oscura, letra de molde en mayúsculas y sin acentos o símbolos y números arábigos). Los incisos del 1 al 27 serán llenados en detecciones y se enviará únicamente la primera hoja (copia) al nivel correspondiente para su captura. Toda la primera hoja se llenará en casos probables, enviándose dos copias del formato completo (dos páginas) para la referencia. El médico responsable de confirmar el diagnóstico (incluyendo laboratorio) llenará la segunda página y estará ubicado por lo general en un nivel de atención superior. El instructivo solo contempla los incisos que requieren explicación.

<b>Formato</b>	5.8 Cédula Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama
----------------	---

**5.8 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
<b>IDENTIFICACION DE LA UNIDAD</b>		
Institución	1	Nombre de la Institución de la que depende la unidad que realizó la detección
Entidad/Delegación/Subdelegación/Zona militar	2	Los nombres de los niveles y áreas correspondientes a la unidad que realizó la detección
Jurisdicción Sanitaria	3	El nombre completo de la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenece el personal de salud de la unidad aplicativa, responsable del manejo de este cuestionario.
Municipio	4	Nombre del Municipio donde está ubicada la unidad que realizó la detección
Unidad Médica	5	El nombre completo de unidad que realizó la detección
<b>II. IDENTIFICACION DE LA PACIENTE</b>		Se refiere a los datos de la mujer a la que se realiza la detección de cáncer de mama. Este inciso debe llenarse obligatoriamente en forma completa, clara y con letra de molde en los espacios correspondientes ya que con la información obtenida se integrará la clave de la paciente independientemente de que se llene el rubro de la CURP.
Nombre:	6	El nombre completo de soltera de la paciente, en mayúsculas sin acentos, sin abreviaturas.
Entidad de nacimiento:	7	El nombre de la entidad de nacimiento.
CURP:	8	La clave única de registro de población (CURP).
Fecha de Nacimiento:	9	En caso de ignorar la fecha de nacimiento anote en la casilla del año el correspondiente a la edad aproximada de la paciente y la fecha en que refiere cumplir años (datos de la credencial de elector), o en su defecto complete las casillas del día y el mes con los números 01/01.

<b>Formato</b>	5.8 Cédula Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama
----------------	---

**5.8 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Residencia actual:	10	El lugar en el que la paciente ha vivido los últimos 6 meses; en municipio y entidad anote los nombres en la izquierda.
Tiempo de residencia actual:	11	El tiempo que lleve de residir en el domicilio actual conforme al inciso que le corresponda.
Derechohabencia:		La Institución a la que esta adscrita
<b>III. FACTORES DE RIESGO.-</b> Características de los antecedentes.		
Edad de presentación de la menarca:	12	La edad en años de presentación de la menarca referida por la paciente.
Nuligesta:	13	1 en afirmativo y 2 en negativo.
Edad del primer embarazo a término:	14	La edad en años referida por la paciente.
Presentó Menopausia:	15	1 en afirmativo y 2 en negativo.
Edad de presentación de la menopausia:	15.1	La edad en años de presentación de la menopausia referida por la paciente.
Antecedente de detección:	16	Elija las opciones referidas por la paciente.
Antecedente de Terapia de Reemplazo:	17	1 en afirmativo y 2 en negativo.
Tiempo de utilización:	18	Describa en años el tiempo de utilización (si es en meses poner un año).
En que familiares tiene antecedentes de cáncer mamario:	19	Elija la respuesta referida por la paciente (opciones del 1 al 8).
Antecedente personal de cáncer mamario:	20	1 en afirmativo y 2 en negativo.
Antecedente personal de hiperplasia atípica:	21	1 en afirmativo y 2 en negativo.

<b>Formato</b>	5.8 Cédula Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama
----------------	---

**5.8 Instructivo**

<b>DICE</b>	<b>N°</b>	<b>DEBE ANOTARSE</b>
Otros factores de riesgo:	22	Describir.
<b>IV. DATOS CLINICOS-</b>		
Signos clínicos:	23	En el (los) recuadros lo encontrado por el médico o enfermera en la exploración de las mamas. Signo o síntoma.
Fecha de inicio de los síntomas y signos:	24	La fecha referida por la paciente (si se desconoce día y mes poner 01/01 y año referido).
Localización:	25	Elija las opciones correspondientes de acuerdo a lo encontrado en la exploración física de las mamas (derecha e izquierda), especificando con números arábigos de acuerdo a los señalados en el esquema, el sitio (cuadrante) de localización del dato clínico en la mama correspondiente. Esta información esta correlacionada con la 23 y deben ser correspondientes con la localización.
Nombre, Firma y RFC del responsable de la exploración física	26	Nombre, firma y RFC del médico responsable de la Exploración Física
<b>VI. REFERENCIA-</b>		
Conducta a seguir:	27	Elija la indicada por la norma de acuerdo a lo encontrado en la exploración física de la paciente.
Motivo de la referencia:	28	Elija una sola opción.
Fecha de la referencia:	29	La fecha (con números arábigos: día, mes y año) en que indicó a la paciente su referencia a otra unidad para la continuación del estudio de su enfermedad.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DE LA UNIDAD MÓVIL

Día	Mes	Año
01	Abril	2008

Página: 57
De: 68

Formato

5.9 Referencia y Registro Nominal de Pacientes con Lesión Precursora y Cáncer Cérvico Uterino

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA  
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO  
REFERENCIA Y REGISTRO NOMINAL DE PACIENTES  
CON LESIÓN PRECURSORA Y CÁNCER CÉRVICO UTERINO

CACU  
Prevención y Control del  
Cáncer Cérvico Uterino

I. IDENTIFICACION DE LA UNIDAD		FOLIO							
1. Institución	_____								
2. Entidad / Delegación	_____								
3. Jurisdicción	_____								
4. Municipio	_____								
5. Unidad Médica	_____								
II. IDENTIFICACION DE LA PACIENTE		CLAVE DE LA PACIENTE							
6.- Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)						
7.- Entidad de nacimiento	_____		_____						
8.- Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA	9.- Edad	CURP						
10.- Domicilio	Calle y Número	Colonia	Localidad/Municipio/Delegación						
11.- Otro Domicilio	Entidad Federativa	Jurisdicción	Teléfono						
Derechohabiencia	1.IMSS 2.ISSSTE 3.PEMEX 4.SEGURO POPULAR 5.SSA 6.SEDENA 7. SEDEMAR								
8.IMSS OPORT. 9. DIF 10.NINGUNA									
III. ANTECEDENTES									
12.- Motivo de la referencia	1.- Confirmar diagnóstico citológico 2.- Confirmar diagnóstico clínico 3.- Para tratamiento	4.- Referida por otra institución 5.- Referida por médico particular 6.- Sin referencia	12						
13.- Factores de riesgo	1.- Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años 2.- Múltiples parejas sexuales 3.- Antecedentes de infecciones de transmisión sexual	4.- Tabaquismo 5.- Ninguno	13						
14.- Situación ginecoobstétrica	1.- Puerperio o postaborto 2.- Postmenopausa 3.- Uso de hormonales	4.- DIU 5.- Histerectomía 6.- Tratamiento farmacológico	14						
14.1.- Inicio de vida sexual	1.- Si 2.- No	7.- Embarazo actual 8.- Tratamiento colposcópico previo 9.- Ninguno	14.1 Edad						
14.2 antecedente de vacunación VPH	1.- Una 2.- Dos 3.- Tres	1.- Si 2.- No 4.- Completo	14.2 Edad						
15.- Fecha de diagnóstico citológico	DD/MM/AAAA								
16.- Diagnóstico citológico	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">                 1. Dentro de límite normal                  2. Cambios celulares benignos Infección Tricomonas                  3. Cambios celulares benignos Infección Candidiasis                  4. Cambios celulares benignos Infección Coccidiasis                  5. Cambios celulares benignos Infección Actinomyces sp                  6. Cambios celulares benignos Infección Herpes                  7. Cambios celulares benignos Cambios reactivos inflamación                  8. Cambios celulares benignos Cambios reactivos Alergia                  9. Cambios celulares benignos Cambios reactivos Radiación                  10. Cambios celulares benignos Cambios reactivos DIU             </td> <td style="width: 5%; vertical-align: middle; text-align: center;">} Negativo a cáncer</td> <td style="width: 45%; vertical-align: top;">                 Células Escamosas:                  11. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC                  12. Lesión intraepitelial de bajo grado L1BG                  13. Lesión intraepitelial de bajo grado L2BG                  14. Lesión intraepitelial de bajo grado L3BG                  15. Lesión intraepitelial de alto grado L1AG                  16. Lesión intraepitelial de alto grado L2AG                  17. Lesión intraepitelial de alto grado L3AG                  18. Carcinoma de células escamosas                  Células Glandulares:                  19. Células endometriales citológicamente benignas en mujeres postmenopausadas                  20. Células glandulares atípicas de significado incierto AGC                  21. Adenocarcinoma In Situ                  22. Adenocarcinoma Endometrial                  23. Adenocarcinoma Endocervical                  24. Otras Neoplasias Malignas.             </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: none;">} Negativo con proceso inflamatorio</td> <td style="border: none;">} Adenocarcinoma</td> </tr> </table>			1. Dentro de límite normal 2. Cambios celulares benignos Infección Tricomonas 3. Cambios celulares benignos Infección Candidiasis 4. Cambios celulares benignos Infección Coccidiasis 5. Cambios celulares benignos Infección Actinomyces sp 6. Cambios celulares benignos Infección Herpes 7. Cambios celulares benignos Cambios reactivos inflamación 8. Cambios celulares benignos Cambios reactivos Alergia 9. Cambios celulares benignos Cambios reactivos Radiación 10. Cambios celulares benignos Cambios reactivos DIU	} Negativo a cáncer	Células Escamosas: 11. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC 12. Lesión intraepitelial de bajo grado L1BG 13. Lesión intraepitelial de bajo grado L2BG 14. Lesión intraepitelial de bajo grado L3BG 15. Lesión intraepitelial de alto grado L1AG 16. Lesión intraepitelial de alto grado L2AG 17. Lesión intraepitelial de alto grado L3AG 18. Carcinoma de células escamosas Células Glandulares: 19. Células endometriales citológicamente benignas en mujeres postmenopausadas 20. Células glandulares atípicas de significado incierto AGC 21. Adenocarcinoma In Situ 22. Adenocarcinoma Endometrial 23. Adenocarcinoma Endocervical 24. Otras Neoplasias Malignas.	} Negativo con proceso inflamatorio		} Adenocarcinoma
1. Dentro de límite normal 2. Cambios celulares benignos Infección Tricomonas 3. Cambios celulares benignos Infección Candidiasis 4. Cambios celulares benignos Infección Coccidiasis 5. Cambios celulares benignos Infección Actinomyces sp 6. Cambios celulares benignos Infección Herpes 7. Cambios celulares benignos Cambios reactivos inflamación 8. Cambios celulares benignos Cambios reactivos Alergia 9. Cambios celulares benignos Cambios reactivos Radiación 10. Cambios celulares benignos Cambios reactivos DIU	} Negativo a cáncer	Células Escamosas: 11. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC 12. Lesión intraepitelial de bajo grado L1BG 13. Lesión intraepitelial de bajo grado L2BG 14. Lesión intraepitelial de bajo grado L3BG 15. Lesión intraepitelial de alto grado L1AG 16. Lesión intraepitelial de alto grado L2AG 17. Lesión intraepitelial de alto grado L3AG 18. Carcinoma de células escamosas Células Glandulares: 19. Células endometriales citológicamente benignas en mujeres postmenopausadas 20. Células glandulares atípicas de significado incierto AGC 21. Adenocarcinoma In Situ 22. Adenocarcinoma Endometrial 23. Adenocarcinoma Endocervical 24. Otras Neoplasias Malignas.							
} Negativo con proceso inflamatorio		} Adenocarcinoma							
17.- Prueba de hibridación	1.- Si 2.- No		17						
17.1 Resultado de hibridación	1.- Negativo 2.- Positivo VPH bajo riesgo (6,11,42,43,44)	3.- Positivo VPH alto riesgo (16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,68)	17.1						
18.- Fecha de notificación de resultado citológico a la paciente	DD/MM/AAAA								
19.- Fecha de referencia de la paciente para confirmación de diagnóstico y tratamiento	DD/MM/AAAA								
IV. IDENTIFICACION DE LA UNIDAD									
20.- Fecha de atención	DD/MM/AAAA								
21. Institución	_____								
22. Entidad / Delegación	_____								
23. Jurisdicción	_____								
24. Municipios	_____								
25. Clínica de Colposcopia	_____								
V. RESULTADO									
26.- Fecha de Estudio colposcópico	DD/MM/AAAA								
26.1.- RFC del Colposcopista	_____								
26.2.- Colposcopia	1.- Satisfactoria 2.- No satisfactoria		26.1						
27.- Resultado del estudio colposcópico	1. Sin alteraciones 2. Alteraciones inflamatorias inespecíficas 3. Lesión intraepitelial de bajo grado 4. Lesión intraepitelial de alto grado 5. Lesiones sugestivas de invasión 6. Cáncer invasor 7. Otros hallazgos _____ Especifique _____	Sin alteraciones Alteraciones inflamatorias inespecíficas VPH NIC Neoplasia invasora Cáncer invasor Otros _____	26.2						
28.- ¿ Se realizó estudio histopatológico ?	1.- SI 2.- NO		28						
28.1.- Tipo de estudio histopatológico	1.- Biopsia 2.- Cono		28.1						
28.2.- Fecha de la toma de la muestra para estudio histopatológico	DD/MM/AAAA								
29.- Fecha del Diagnóstico histopatológico	DD/MM/AAAA								
30.- Resultado del estudio histopatológico	1.- Insuficiente o inadecuado para diagnóstico 2.- Tejido del cérvix normal 3.- Cervicitis aguda o crónica 4.- Lesión intraepitelial de bajo grado L1BG 5.- Lesión intraepitelial de alto grado L2AG 6.- Lesión intraepitelial de alto grado L3AG 7.- Carcinoma epidermoide micro invasor 8.- Carcinoma epidermoide invasor 9.- Adenocarcinoma endocervical in situ 10.- Adenocarcinoma endocervical invasor 11.- Adenocarcinoma endometrial invasor 12.- Sarcoma 13.- Tumor maligno no especificado 14.- Otros _____ Especifique _____	Insuficiente para diagnóstico Tejido cervical Cervicitis aguda o crónica IVPH NIC1 o displasia leve NIC2 o Displasia moderada NIC3 o Displasia grave y Cáncer in Situ Cáncer micro invasor Cáncer invasor Adenocarcinoma Sarcoma y otros tumores Maligno no especificado	30						
31.- Fecha de notificación del resultado histopatológico a la paciente	DD/MM/AAAA								
32.- Plan de manejo y tratamiento	1.- Vigilancia periódica 2.- Tratamiento farmacológico 3.- Electrocirugía 4.- Criocirugía 5.- Laserterapia 6.- Conización con bisturí		31						
33.- Fecha de próxima cita	1.- Permanencia en clínica de displasia 2.- Centro oncológico 3.- Otro _____ Especifique _____		32						
35.- Fecha de referencia a centro oncológico u otro	DD/MM/AAAA								



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DE LA UNIDAD MÓVIL

Día	Mes	Año
01	Abril	2008

Página:	58
De:	68

Formato

5.9 Referencia y Registro Nominal de Pacientes con Lesión Precursora y Cáncer Cérvico Uterino

**INDICACIONES:** Este formato debe llenarse por el médico colposcopista en los casos de las pacientes referidas de primera vez con diagnóstico citológico de lesiones precursoras o cáncer cérvico uterino.

Complete todos los rubros (con bolígrafo de tinta oscura, letra clara, de molde, números arábigos, sin abreviaturas). Los incisos del 1 al 11 serán llenados por el sistema automáticamente, en caso de no contar con el sistema automatizado, el llenado será en forma manual por el médico de la unidad de referencia y los incisos del 12 en adelante se llenarán por el personal de la clínica de colposcopia.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	59
De:	68

<b>Formato</b>	5.9 Referencia y Registro Nominal de Pacientes con Lesión Precursora y Cáncer Cérvico Uterino
----------------	---

**5.9 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
<b>I.- IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD:</b>		Ratificar los datos de esta sección.
Institución	1	Nombre de la Institución de la que depende la unidad que realizó la detección
Entidad/Delegación/Subdelegación/Zona militar	2	Los nombres de los niveles y áreas correspondientes a la unidad que realizó la detección
Jurisdicción Sanitaria	3	El nombre completo de la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenece el personal de salud de la unidad aplicativa, responsable del manejo de este cuestionario.
Municipio	4	Nombre del Municipio donde está ubicada la unidad que realizó la detección
Unidad Médica	5	El nombre completo de unidad que realizó la detección
<b>II.- IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES:</b>		Ratificar los datos de esta sección.
Nombre:	6	El nombre completo de soltera de la paciente, en mayúsculas sin acentos, sin abreviaturas.
Entidad de nacimiento:	7	El nombre de la entidad de nacimiento.
Fecha de Nacimiento:	8	En caso de ignorar la fecha de nacimiento anote en la casilla del año el correspondiente a la edad aproximada de la paciente y la fecha en que refiere cumplir años (datos de la credencial de elector), o en su defecto complete las casillas del día y el mes con los números 01/01.
Edad	9	Número de años cumplidos
CURP:		La clave única de registro de población (CURP).
Domicilio	10	El nombre de la calle, el número exterior; el N° interior (número interior, si lo hay, en caso contrario, anotar un guión (-); el nombre de la Colonia o Fraccionamiento o

<b>Formato</b>	5.9 Referencia y Registro Nominal de Pacientes con Lesión Precursora y Cáncer Cérvico Uterino
----------------	---

**5.9 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Otro Domicilio	11	Unidad Habitacional, el Código Postal de donde habita la persona encuestada y el nombre completo de la localidad, delegación o municipio donde se ubica el domicilio. Otro domicilio donde se pueda localizar con los mismos datos anteriores. Debe anotar la Institución a la que esta adscrita
Derechohabiencia:		
<b>III.- ANTECEDENTES:</b>		(Esta sección se refiere a los antecedentes ginecoobstétricos de la mujer referida para su atención, anote el número correspondiente a la respuesta de la paciente en cada uno de los incisos.
Motivo de Referencia:	12	Elija una de las opciones.
Factores de Riesgo:	13	Elija de una a tres opciones.
Situación Gineco - Obstétrica:	14	Elija una o dos opciones.
Inicio de Vida Sexual:	14.1	Elija una opción y si es afirmativa anote la edad.
Antecedentes de Vacunación de VPH:	14.2	Elija una opción y si es afirmativa anote la edad y el número de dosis.
Fecha de Diagnóstico Citológico:	15	La información se toma de la Solicitud y Reporte de Resultados de Citología (inciso 22 fecha de interpretación).
Diagnóstico Citológico:	16	La información se toma de la Solicitud y Reporte de Resultados de Citología (inciso 26 diagnóstico citológico).
Resultados de Hibridación:	17	La información se toma de la Solicitud y Reporte de Resultados de Citología (inciso 32.1 resultado de hibridación).
Fecha de Notificación del Resultado Citológico a la Paciente:	18	En el recuadro la fecha que refiera la paciente.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DE LA UNIDAD MÓVIL

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	61
De:	68

Formato	5.9 Referencia y Registro Nominal de Pacientes con Lesión Precursora y Cáncer Cérvico Uterino
---------	---

5.9 Instructivo

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Fecha de Referencia de la Paciente:	19	La fecha que le refiere la paciente.
<b>IV.-IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD TRATANTE:</b>		Información de la unidad donde se atiende a la paciente.
Fecha de Atención:	20	Con número el día, mes y año completos en que se presenta la paciente a la consulta por primera vez.
Institución:	21	Las siglas de la institución que envía.
Entidad / Delegación:	22	La entidad o delegación donde se encuentra la unidad médica de atención.
Jurisdicción:	23	La jurisdicción sanitaria a la que corresponda la unidad médica de atención.
Municipio:	24	El municipio a la que corresponde la unidad médica de atención.
Clínica de Colposcopia:	25	La clave que corresponda a la unidad médica de atención.
<b>V.- RESULTADOS:</b>		Se refiere a los estudios colposcópico e histopatológico que se realizan a las pacientes.
Fecha de Estudio Colposcópico:	26	Con número el día, mes y año completos en que se realiza el estudio de colposcopia.
RFC del Colposcopista:	26.1	El RFC del Colposcopista tratante
Colposcopia:	26.2	Elija una opción.
Resultado del Estudio Colposcópico:	27	Elija una de las opciones de acuerdo al resultado del estudio.
Se Realizo Estudio Histopatológico:	28	Elija la opción correspondiente.
Tipo de Estudio Histopatológico:	28.1	Elija la opción correspondiente.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	62
De:	68

<b>Formato</b>	5.9 Referencia y Registro Nominal de Pacientes con Lesión Precursora y Cáncer Cérvico Uterino
----------------	---

**5.9 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Fecha de Toma de la Muestra:	28.2	Con número, el día, el mes y año completos en que se realizó.
Fecha de Diagnóstico Histopatológico:	29	Con número el día, mes y año completos en que se emite el diagnóstico histopatológico.
Resultado del Estudio Histopatológico:	30	Elija la opción correspondiente.
Fecha de Notificación Del Resultado Histopatológico a la Paciente:	31	Con número el día, mes y año completos en que se notifica.
Plan de Manejo y Tratamiento:	32	Elija el o los recuadros de acuerdo a su plan de manejo.
Referencia:	33	Elija una opción.
Fecha de Próxima Cita:	34	Con número el día, mes y año completos.
Fecha de Referencia a Centro Oncológico u Otro:	35	Con número el día, mes y año completos la fecha de referencia.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DE LA UNIDAD MÓVIL

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página: 63
De: 68

Formato

5.10 Solicitud y Reporte de Resultado de Citología Cervical

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA  
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO  
SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL

I. IDENTIFICACION DE LA UNIDAD		FOLIO	
1. Institución			
2. Entidad / Delegación			
3. Jurisdicción			
4. Municipio			
5. Unidad Médica			
II. IDENTIFICACION DE LA PACIENTE		CLAVE DE LA PACIENTE	
6. Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
7. Entidad de nacimiento			CURP
8. Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA	9. Edad	
10. Domicilio	Calle y Número	Colonia	Localidad/Municipio/Delegación
11. Otro Domicilio	Entidad Federativa	Jurisdicción	Teléfono
	Derechohabencia	Calle y Número	Colonia
	1.IMSS 2.ISSSTE 3.PEMEX 4.SEGURO POPULAR 5.SSA 6.SEDENA 7. SEDEMAR		Localidad/Municipio/Delegación
	8.IMSS OPORT. 9. DIF. 10.NINGUNA		
III. ANTECEDENTES			
12. Citología	1.- Primera vez en la vida	2.- Primera vez después de 3 años	3.- Subsecuente
13. Situación ginecoobstétrica	1.- Puerperio o postaborto	4.- DIU	7.- Embarazo actual
	2.- Postmenopausia	5.- Histerectomía	8.- Tratamiento colposcópico previo
	3.- Uso de hormonales	6.- Tratamiento farmacológico	9.- Ninguno
13.1. - Inicio de vida sexual	1.- Si	2.- No	13.1. Edad
13.2. - Antecedentes de vacunación VPH	1.- Si	2.- No	13.2. Edad
	Número de dosis	1.- Una 2.- Dos 3.- Tres 4.- Completo	
14. Fecha de la última regla			14. DD/MM/AAAA
15.- A la exploración se observa	1. Cuello aparentemente sano	4. Cervicitis	7. No se observa cuello
	2. Cuello anormal	5. Leucorrea	
	3. Erosión del cuello	6. Sangrado anormal	
16.- Utensilio con el que tomó la muestra	1. Espátula de Ayre modificada	3. Hisopo	
	2. Citobrush	4. Otros	Especifique
17.- Responsable de la toma citológica	Nombre del responsable		17. R.F.C.
18. Fecha de toma de la muestra			18. DD/MM/AAAA
19.- Factores de riesgo	1.- Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años	4.- Tabaquismo	
	2.- Múltiples parejas sexuales	5.- Ninguno	
	3.- Antecedentes de infecciones de transmisión sexual		
20.- Cuenta con la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer	1.- Si	2.- No	
21.- Muestra repetida?	1.- Si	2.- No	
21.1 Número citológico anterior			21.1
IV. RESULTADO DE CITOLGÍA CERVICAL			
22. Fecha de interpretación			22. DD/MM/AAAA
23. Número citológico			
24. Laboratorio			
25. Características de la muestra	1.- Adecuada	2.- Inadecuada	
26. Diagnóstico Citológico	1. Dentro de límite normal 2. Cambios celulares benignos Infección Tricomonas 3. Cambios celulares benignos Infección Candidiasis 4. Cambios celulares benignos Infección Coocobacilos 5. Cambios celulares benignos Infección Actinomyces sp 6. Cambios celulares benignos Infección Herpes 7. Cambios celulares benignos Cambios reactivos inflamación 8. Cambios celulares benignos Cambios reactivos Atrofia 9. Cambios celulares benignos Cambios reactivos Radiación 10. Cambios celulares benignos Cambios reactivos DIU		Negativo a cáncer Células Escamosas: 11. Células escamosas atípicas de significado incierto ASC 12. Lesión intraepitelial de bajo grado LIGB VPH 13. Lesión intraepitelial de bajo grado LIGB Displasia Leve (NIC1) 14. Lesión intraepitelial de alto grado LIAG Displasia Leve (NIC1)/VPH 15. Lesión intraepitelial de alto grado LIAG Displasia Moderada NIC2 16. Lesión intraepitelial de alto grado LIAG Displasia Grave NIC3 17. Lesión intraepitelial de alto grado LIAG Cáncer In Situ NIC 3 18. Carcinoma de células escamosas Cáncer Invasor Células Glandulares: 19. Células endometriales citológicamente benignas en mujeres postmenopáusicas 20. Células glandulares atípicas de significado incierto AGC 21. Adenocarcinoma In Situ 22. Adenocarcinoma Endometrial 23. Adenocarcinoma Endocervical 24. Otras Neoplasias Malignas
27.- Repetir estudio	1.- Si	2.- No	
28.- Motivo	1.- Antifosfatos, hemorragias, inflamación y/o necrosis en mas de 75% del extendido	4.- Muestra mal fijada	
	2.- Laminilla rota	5.- Otro	Especifique
29.- RFC del Citotecnólogo			29
30.- La muestra fue revisada por el patólogo	1.- Si	2.- No	30
30.1 Diagnóstico del Patólogo (De acuerdo al No. 26)			30.1
31.- RFC del Patólogo			31
32.- Prueba de hibridación	1.- Si	2.- No	32
32.1 Resultado de hibridación	1.- Negativo	2.- Positivo VPH bajo riesgo (6,11,42,43,44)	32.1
		3.- Positivo VPH alto riesgo (16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,68)	
Observaciones			

Nombre y Firma del Patólogo

Nombre y Firma de la Paciente

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS****DE LA UNIDAD MÓVIL**

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

<b>Página:</b>	<b>64</b>
<b>De:</b>	<b>68</b>

**Formato**

5.10 Solicitud y Reporte de Resultado de Citología Cervical

**INDICACIONES:**

El personal médico y paramédico que realice el llenado de la solicitud para la toma de la muestra de citología cervical, debe hacerlo observando los siguientes requisitos:

- Debe llenar manualmente los datos solicitados.
- Usar bolígrafo con tinta oscura (negra o azul marino).
- Escribir con letra clara y legible preferentemente de molde y usando números arábigos.
- Debe hacerse la solicitud del estudio por duplicado, adjuntándolo a la laminilla para enviarla al área de captura del SICAM-PROCACU, para alimentar el registro nominal.

<b>Formato</b>	5.10 Solicitud y Reporte de Resultado de Citología Cervical
----------------	---

**5.10 Instructivo**

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Folio:		El número consecutivo que se le asigna a la solicitud en la unidad médica.
<b>I IDENTIFICACION DE LA UNIDAD:</b>		
Institución	1	Nombre de la Institución de la que depende la unidad que realizó la detección
Entidad/Delegación/Subdelegación/Zona militar	2	Los nombres de los niveles y áreas correspondientes a la unidad que realizó la detección
Jurisdicción Sanitaria	3	El nombre completo de la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenece el personal de salud de la unidad aplicativa, responsable del manejo de este cuestionario.
Municipio	4	Nombre del Municipio donde está ubicada la unidad que realizó la detección
Unidad Médica	5	El nombre completo de unidad que realizó la detección
<b>II IDENTIFICACION DE LA PACIENTE:</b>		Se llenaran con base en las preguntas que se le realicen a las mujeres que soliciten el estudio; deben llenarse obligatoriamente, preferentemente confirme con la credencial de elector.
<b>CLAVE DE LA PACIENTE:</b>		Dejar el espacio libre ya que será generada automáticamente por el SICAM.
Nombre:	6	El nombre completo, con apellidos de soltera, en mayúsculas, sin acentos, ni abreviaturas, en caso de que se ignora algún apellido cancele la celda.
Entidad de Nacimiento:	7	La entidad de nacimiento, en caso de no conocerlo cancele la celda.
CURP:		La clave, en caso de no contar con él cancele la celda.
Fecha de Nacimiento:	8	Con número el día, mes y año completos en caso de no conocer la fecha anote en día y mes 01/01.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DE LA UNIDAD MÓVIL

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	66
De:	68

Formato	5.10 Solicitud y Reporte de Resultado de Citología Cervical
---------	---

5.10 Instructivo

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Edad:	9	Los años cumplidos de la paciente, en caso de no conocer el dato, anote la edad cronológica aparente.
Domicilio:	10	En el lugar correspondiente la calle y número, colonia, localidad, municipio o delegación, entidad federativa, jurisdicción y teléfono.
Otro Domicilio:	11	Los datos del domicilio de algún familiar o amistad cercana para fines de localización.
Derechohabiciencia:		En el cuadro el número que corresponda a la institución a la que tiene derecho para la atención a la salud
<b>III ANTECEDENTES:</b>		Esta sección se refiere a los antecedentes ginecoobstétricos de la mujer que solicita la atención, anote el número correspondiente a la respuesta de la paciente en cada uno de los incisos.
Citología:	12	Elija una sola opción.
Situación Gineco Obstétrica:	13	Elija de una a dos opciones.
Inicio de Vida Sexual:	13.1	Elija una opción y si es afirmativa anote la edad.
Antecedentes de Vacunación de VPH:	13.2	Elija una opción y si es afirmativa anote la edad y el número de dosis.
Fecha de Ultima Regla:	14	La fecha que refiere la paciente, en caso de desconocimiento o histerectomía, anote el primer día del mes y año aproximado.
A la Exploración se Observa:	15	Elija solo una de las opciones de acuerdo a lo observado.
Utensilio con el que se Tomo la Muestra:	16	Elija una de las opciones.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DE LA UNIDAD MÓVIL

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	67
De:	68

Formato	5.10 Solicitud y Reporte de Resultado de Citología Cervical
---------	---

5.10 Instructivo

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
Responsable de la Toma de Citología:	17	El RFC de quien realizó la toma.
Fecha de Toma de la Muestra:	18	Con número el día, el mes y el año la fecha en que se realizó la toma.
Factores de Riesgo:	19	Elija de una a tres opciones de acuerdo a lo referido por la paciente.
Cuenta con Cartilla Nacional de la Mujer:	20	Elija una de las opciones.
Muestra Repetida:	21	En el caso de repetir la toma. Elija una opción.
Número Citológico Anterior:	21.1	El número que el laboratorio de citología asignó a la muestra previa.
<b>IV RESULTADOS DE CITOLOGIA CERVICAL:</b>		Se contestará por el personal del Laboratorio.
Fecha de Interpretación:	22	Con número el día, el mes y el año la fecha en la que se realiza la lectura de la laminilla.
Número Citológico:	23	El número que asigna el laboratorio para registro y control.
Laboratorio:	24	La clave correspondiente.
Características de la Muestra:	25	Elija una opción de acuerdo al Sistema Bethesda
Diagnóstico Citológico:	26	Elija una opción de acuerdo al Sistema Bethesda
Repetir Estudio:	27	Elija una opción en relación al inciso 25.
Motivo:	28	Elija una opción en relación con los incisos 25 y 27.
RFC del Citotecnólogo:	29	El Registro Federal de Contribuyentes del Citotecnólogo (OBLIGATORIO).



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DE LA UNIDAD MÓVIL

Día	Mes	Año
01	Mayo	2008

Página:	68
De:	68

Formato	5.10 Solicitud y Reporte de Resultado de Citología Cervical
---------	---

5.10 Instructivo

DICE	N°	DEBE ANOTARSE
La Muestra fue Revisada por el Patólogo:	30	Elija una opción.
RFC del Patólogo:	31	El Registro Federal de Contribuyentes del Patólogo (OBLIGATORIO).
Pruebas de Hibridación:	32	Elija una opción.
Resultados de Hibridación:	32.1	Elija una opción.
<b>Observaciones.-</b>		Las realizadas por el patólogo que revisó la laminilla.