



Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

I. Objetivo

Establecer los lineamientos y actividades del área de Trabajo Social, con el propósito de coordinar la aplicación de los procesos de los servicios de trabajo social de los hospitales y unidades dependientes de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios, a efecto de otorgar una atención integral de excelencia, calidad y trato humano a pacientes y familiares.

II. Actividades

a) Director de Servicios Médicos Hospitalarios

- Dirigir la aplicación de la normatividad a la que debe sujetarse la prestación de los servicios de salud en el segundo nivel de atención.
- Llevar a cabo la difusión y aplicación de la presente instrucción de trabajo en los Hospitales de SESEQ conforme al ámbito de su competencia.

b) Director de Hospital o Unidad.

- Impulsar y promover la implementación de la presente instrucción de trabajo entre el personal de trabajo social.
- Supervisar que las actividades y funciones del personal de trabajo social se realicen como lo establecen los instrumentos oficiales y normativos.

c) Área de Trabajo Social de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios.

- Elaborar anualmente el diagnóstico situacional, el programa de trabajo, programa de supervisión y el programa de capacitación en materia de Trabajo Social, con fundamento en la información recabada en los servicios de los hospitales y unidades dependientes de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios.
- Elaborar el cronograma de actividades de supervisión para evaluar técnica y administrativamente las actividades del personal en la operación de los servicios de Trabajo Social.
- Elaborar el cronograma de capacitación para definir el número de eventos académicos a realizar.
- Difundir el cronograma de actividades de capacitación y supervisión, a efecto llevar a cabo la planeación y organización de cada uno de los eventos.
- Implementar el Programa de trabajo y cronograma de actividades y calendario de supervisiones a los establecimientos de salud pertenecientes a la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios.
- Implementar las acciones establecidas en el cronograma de actividades correspondiente a la supervisión, con apoyo de los formatos denominados: Cédula de supervisión de Trabajo Social U500-DSMHTS-F17 y Cédula de supervisión de procedimientos e indicaciones de trabajo social U500-DSMHTS-F18.
- Supervisar las actividades de los servicios de Trabajo Social de los hospitales y unidades dependientes de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios y verificar la correcta aplicación de los procedimientos, las instrucciones de trabajo y formatos de Trabajo Social en los hospitales y unidades dependientes de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios:
 - o Anexo 1. U500-DSMHTS-F01 Constancia Consulta Externa.
 - o Anexo 2. U500-DSMHTS-F02 Constancia de Hospitalización.
 - o Anexo 3. U500-DSMHTS-F03 Insolvencia Económica.
 - o Anexo 4. U500-DSMHTS-F04 Registro de Pertenencias.
 - o Anexo 5. U500-DSMHTS-F05 Estudio Social Médico.
 - o Anexo 6. U500-DSMHTS-F06 Aviso de Egreso Hospitalario.
 - o Anexo 7. U500-DSMHTS-F07 Pase de Visita.



Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

- Anexo 8. U500-DSMHTS-F08 Estudio Socioeconómico.
- Anexo 9. U500-DSMHTS-F09 Nota de Trabajo Social.
- Anexo 10. U500-DSMHTS-CETS-F02 Solicitud de Donadores de Sangre.
- Anexo 11. U500-DSMHTS-F11 Reporte de Visita Domiciliaria.
- Anexo 12. U500-DSMHTS-F12 Solicitud de apoyo religioso.
- Anexo 13. U500-DSMHTS-F13 Referencia social.
- Anexo 14. U500-DSMHTS-F16 Informe mensual de Trabajo Social.
- Anexo 15. U500-DSMHTS-F17 Cédula de supervisión.
- Anexo 16. U500-DSMHTS-F18 Cédula de supervisión de Procedimientos e Indicaciones de Trabajo Social.
- Anexo 17. U500-DSMHTS-F19 Registro de visita domiciliaria.
- Anexo 18. U500-DSMHTS-F20 Solicitud de ambulancia.
- Anexo 19. U500-DSMHTS-F21 Constancia de visita domiciliaria.
- Anexo 20. U500-DSMHTS-F22 Registro de informe médico.
- Anexo 21. U500-DSMHTS-F12 Solicitud de apoyo religioso.
- Anexo 22. U500-DSMHTS-F13 Referencia social.

- Presentar y enviar para conocimiento de las unidades administrativas y médicas, los resultados de las supervisiones.
- Integrar el informe de productividad conforme a los controles establecidos.
- Integrar e implementar acciones de mejora con el propósito de fortalecer las actividades de los servicios de trabajo social y atención de hallazgos derivados de las supervisiones ejecutadas.
- Para el Programa de Capacitación deberá:
 - Aplicar los instrumentos: Cédula diagnóstica de actividades de trabajo social operativo en el área de la Salud y la Cédula de competencias de Trabajo Social.
 - Integración del cronograma de actividades mensuales.
 - Elaboración de la carta descriptiva y documentos de apoyo.
 - Elaboración del material didáctico.
 - Gestión del registro oficial ante la subdirección de enseñanza y capacitación.
- Homologar y actualizar la instrucción de trabajo, procesos y formatos de uso general para los servicios de Trabajo Social de los Hospitales y unidades dependientes de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios a efecto de eficientar los sistemas de control, operación y evaluación de actividades.
- Construir los indicadores de medición e instrumentos de evaluación en materia de trabajo social.
- Dirigir y supervisar las acciones indispensables para el registro y observancia de la información relevante de los indicadores establecidos.
- Evaluar los resultados obtenidos a partir de la implementación de los indicadores de calidad y determinar las áreas de oportunidad y mejora continua con el formato de supervisión hospitalaria.
- Liderar los actos o actividades académicas a desarrollar conforme al Programa de Trabajo en materia de Trabajo Social, a efecto de planear, organizar, supervisar y evaluar las siguiente:
 - Proyectar eventos de capacitación, educación continua y actualización en materia de trabajo social, conservando esquemas profesionales de excelencia y de calidad en los procesos de atención integral, al igual de docencia para la formación de recursos humanos y educación para la salud, así como de investigación social, fundamentados en un trabajo eficiente, humanístico y trascendente.
 - Programar talleres conforme al plan anual de trabajo que beneficien a la operatividad de los servicios de Trabajo Social que fomenten la atención integral de la salud, bajo el modelo de calidad y seguridad del paciente, en apego a los procedimientos, documentos y formatos vigentes.
- Llevar a cabo la vinculación con asociaciones civiles y fundaciones para la formalización de convenios de colaboración a través de la coordinación jurídica de Servicios de Salud del Estado de Querétaro.



Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

- Gestionar apoyos socio familiar y asistencial para pacientes con problemática social identificada, a través de la formalización de convenios de colaboración con SESEQ, en los que se determina la capacidad y descripción de apoyos sociales a otorgar.
- Coordinar la integración de expedientes y cumplimiento de requisitos relacionados con las jornadas de atención médica para pacientes.
- Coordinar y coadyuvar en el logro de objetivos relativos a proyectos, programas o comités especiales que involucren la mejora o intervención de los servicios de trabajo social de los hospitales y unidades dependientes de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios.
- Colaborar en las actividades de trabajo social relacionadas con auditorías y de acreditación de los establecimientos de salud.
- Programar reuniones bimestrales con las jefas de trabajo social de las diferentes unidades, para atender las necesidades propias de cada hospital y unidades dependiente de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios, estableciendo acuerdos y compromisos relativos a la identificación de áreas de oportunidad, acciones mejora y seguimiento.
- Celebrar reuniones de trabajo extraordinarias para la presentación de casos clínicos con problemática social asociados a la atención médica.
- Elaborar y entregar semestralmente a la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios, el informe de actividades derivado de las acciones de trabajo social implementadas en SESEQ.
- Realizar el informe trimestral de la atención de pacientes migrantes de todas las unidades médicas e informar a la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios.

d) Responsables de los Departamentos de Trabajo Social de Hospitales y Unidades dependientes de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios.

- Planear, organizar, dirigir, controlar y supervisar la correcta ejecución de funciones del Servicio de trabajo social.
- Proporcionar atención a pacientes y familiares con base en los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias que sirvan para coadyuvar en las gestiones vinculadas con los problemas de salud, los aspectos sociales y económicos que repercuten en su calidad de vida de los pacientes.
- Colaborar con el área de Trabajo Social de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios para el cumplimiento del programa de trabajo, de supervisión y de capacitación, conforme a los cronogramas establecidos anualmente.
- Enviar en los primeros cinco días hábiles de cada mes al Área de Trabajo Social de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios, el informe mensual de trabajo social U500-DSMHTS-F16, así como la presentación del concentrado trimestral y anual, incluyendo el análisis de la información y los datos.
- Implementar las instrucciones de trabajo, procesos y actividades señaladas por el Área de Trabajo Social de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios con el propósito de otorgar una atención de calidad a los pacientes que requieren atención médica en los hospitales y unidades dependientes de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios.
- Llevar cabo la supervisión hospitalaria a través del formato correspondiente.
- Participar en los actos o actividades académicas establecidas como parte del Programa de Trabajo Anual.
- Reforzar los conocimientos adquiridos durante la formación académica del trabajador social.
- Establecer el seguimiento a las observaciones detectadas en cada uno de los procesos o servicios para su cumplimiento.

III. Requisitos.

- El Área de Trabajo Social de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios estará a cargo del asesoramiento relativo a los manuales de procedimientos, políticas, normas y mecanismos, para el



Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

desarrollo de las actividades en la intervención del trabajador social que conforman cada uno de los servicios, en conjunto para dar cumplimiento a las acciones, responsabilidades asignadas y establecer estrategias de mejora. Asimismo de coordinar, asesorar, supervisar y establecer los lineamientos y actividades del Área de Trabajo Social, con el propósito de sistematizar la aplicación de los procesos de los servicios de trabajo social de los hospitales y unidades dependientes de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios.

- El Área de Trabajo Social de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios y los Servicios de Trabajo Social de los Hospitales y Unidades dependientes de la Dirección de servicios médicos hospitalarios deberán implementar la presente instrucción de trabajo a efecto de fortalecer las actividades de capacitación y supervisión, tareas relativas al otorgamiento de asistencia social a pacientes y familiares que influyen en los procedimientos de ingreso, actividades de trabajo social y egreso de los pacientes durante la atención médica.
- Le corresponderá al Área de Trabajo Social de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios establecer los objetivos, metas, procesos y programas, a implementar para hacer más eficientes los procesos y actividades desarrolladas por los servicios de trabajo social dependientes de los hospitales y unidades de la Dirección de servicios médicos hospitalarios.
- Los responsables de Trabajo Social de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios y de los Servicios de Trabajo Social de los Hospitales y Unidades de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios deberán participar activamente en los procesos de enseñanza-aprendizaje, para facilitar la operación y ejecución de actividades asistenciales médico hospitalario.

IV. Procedimiento

IV.1 Procedimiento para el desarrollo de supervisiones.

RESPONSABLE	No. ACT	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
Área de Trabajo Social de la DSMH	1	Elabora el programa y cronograma de supervisión.
	2	Se coordinan con el responsable de los Servicios de Trabajo Social de cada Hospital y Unidad para llevar a cabo la supervisión, solicitando se convoque a reunión informativa a todo el personal operativo del área.
	3	Se acude en la unidad médica correspondiente e informan al personal operativo reunido, acerca de la logística que se llevará a cabo para la supervisión.
	4	Realizan recorrido en cada área de trabajo social y recaba la información en el formato U500-DSMHTS-F17, cédula de evaluación, así como; U500-DSMHTS-F18, cédula de supervisión de procedimientos e indicaciones de trabajo social.
	5	Finalizando la supervisión, se informa al personal operativo y Área trabajo social, acerca de los resultados preliminares.
	6	Elaborar concentrado de información obtenida en la supervisión y prepara el informe de resultados, mismos que se presentan a la dirección de servicios médicos hospitalarios para su validación.
	7	Convocan a reunión de trabajo trimestral para presentar los resultados de la supervisión, así como la propuesta de acciones de mejora a implementar.
Responsables de Trabajo Social en Hospital o Unidad	8	Acuden bimensualmente en la fecha programada a la reunión que fue convocada.
	9	Analizan las estrategias para atender las áreas de oportunidad a fortalecer.



Fecha de validación: 30/01/2023

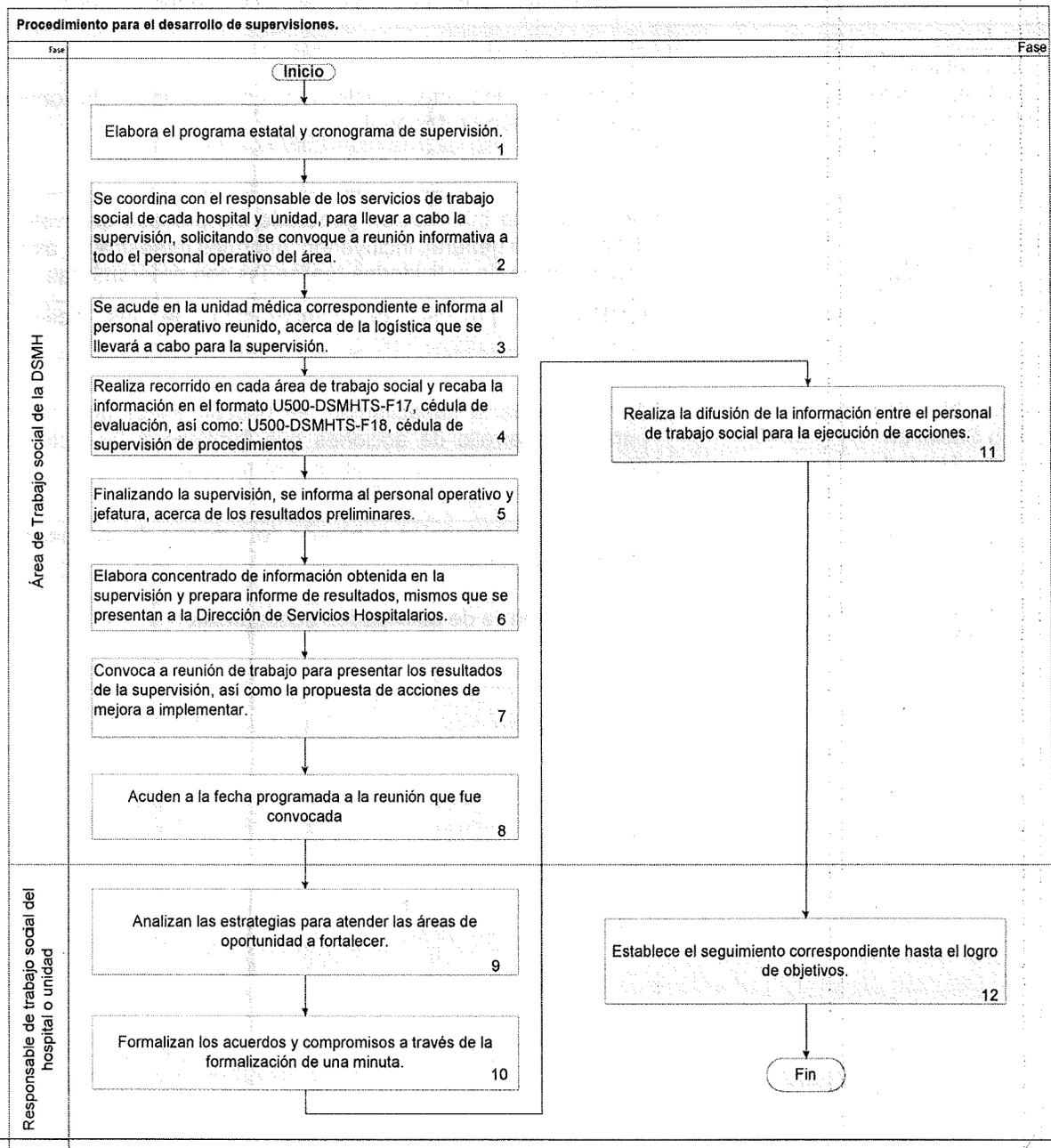
Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

<p>Área de Trabajo Social de la DSMH</p> <p>Responsables de Trabajo Social en Hospital o Unidad</p>	10	Formalizan los acuerdos y compromisos a través de la formalización de una minuta.
	11	Realizan la difusión de la información entre el personal de trabajo social para la ejecución de acciones.
	12	Establecen el seguimiento correspondiente hasta el logro de objetivos. Fin.

Diagrama



[Handwritten signatures and marks]



Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

IV.2 Procedimiento para la actualización y capacitación del personal de Trabajo Social.

RESPONSABLE	No. ACT.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
Área de Trabajo Social de la DSMH	1	Elaborar el programa y cronograma de capacitación.
	2	Comparte con los servicios de Trabajo Social la programación de actividades.
	3	Celebran los eventos de capacitación conforme a lo previsto.
Responsables y personal de Trabajo Social en Hospital o Unidad	4	Participan en los actos o actividades académicas relacionadas a la actualización profesional.
Área de Trabajo Social de la DSMH	5	Documenta la información generada del proceso de evaluación del programa general, incluyendo: informes trimestrales, alcances con medición de actividades realizadas con programadas.
	6	Evalúan el proceso de intervención de las actividades académicas.
Responsables de Trabajo Social en Hospital o Unidad	7	Al término de la capacitación, se buscan estrategias efectivas para el desarrollo de acciones que fortalezcan las actividades desarrolladas al interior de su unidad médica.
Área de Trabajo Social de la DSMH	8	Documenta información generada del proceso de evaluación del programa general.
	9	Elabora informe de actividades académicas. Fin.



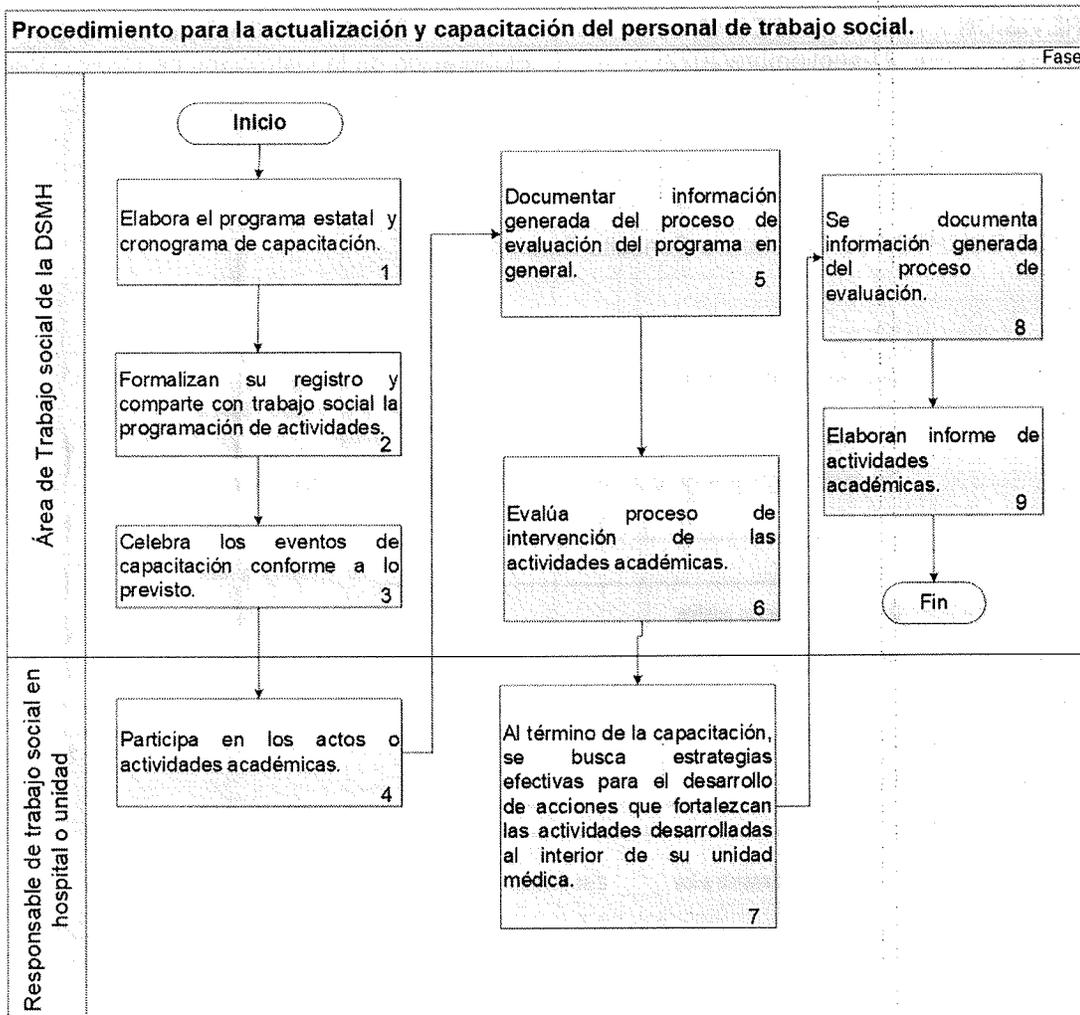
Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

Diagrama





Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

V. Control de Cambios

REVISIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
A	21/septiembre/2022, 30/01/2023	Elaboración de la instrucción de trabajo. Validación de instrucción.

VI. Anexos

Anexo 1. U500-DSMHTS-F01 Constancia Consulta Externa.

DSMH. Trabajo Social
Constancia de Consulta Externa (U500-DSMHTS-F01)



Unidad: _____

Por medio de la presente nos permitimos hacer de su conocimiento que el C.

_____, con

CURP _____ se presentó a esta

Unidad de atención médica _____ al servicio

de _____.

El día ____ del mes _____ del 20____, a partir de las ____ a las ____ horas.

Observaciones: _____

Se extiende la presente a los ____ días del mes _____ del 20____.

Sello de la Unidad

Nombre, firma y Cédula Profesional de T.S.

[Handwritten signatures and marks]



Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

Anexo 2. U500-DSMHTS-F02 Constancia de Hospitalización.

**DSMH. Trabajo Social
Constancia de hospitalización (U500-DSMHTS-F02).**



Unidad. _____

Por medio de la presente se hace constar que él/la paciente _____
_____ con CURP _____ y número de póliza
del SP _____ se encuentra hospitalizada (o), en la cama _____
del Hospital _____ en el servicio de
_____ con un Diagnóstico Médico _____
_____ Quien ingresó a esta Unidad Médica el día ____ del mes _____ del 20 ____.

Observaciones: _____

Se extiende la presente a los ____ días del mes _____ del 20 ____.

Médico tratante

Trabajadora social

Nombre, firma

Nombre, firma

[Handwritten signatures and marks]



Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

Anexo 3. U500-DSMHTS-F03 Insolvencia Económica.

DSMH. Trabajo Social
Insolvencia Económica (U500-DSMHTS-F03)
Unidad: _____



SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ CURP: _____

Servicio: _____ Cama: _____

Justificación de apoyo: _____

Nivel Socioeconómico por E.S.E.:	<input type="text"/>
Costo Total:	\$ _____
Cantidad Pagada:	\$ _____
Insolvencia:	\$ _____

Persona que solicita el apoyo

Parentesco

Nombre completo

Elabora

Autoriza

Nombre, firma y Céd. Prof. de T.S.

Nombre y firma del Directivo

Con fundamento en el Artículo 36 párrafo tercero de la Ley General de Salud, las cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardaran relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlos o en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salud.



Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

Anexo 4. U500-DSMHTS-F04 Registro de Pertenenencias.

**DSMH. Trabajo Social
Registro de Pertenenencias (U500-DSMHTS-F04)**



SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ

Unidad: _____

Establecimiento de atención Médica: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha nacimiento _____ CURP _____

Servicio: _____ Cama: _____

Ropa, Bolsas, etc.
1.-
2.-
3.-
4.-
5.-
6.-
7.-
8.-
Zapatos:
Alhajas:
Dinero, Tarjetas de Crédito, Cheques, etc.
\$
\$
TOTAL \$
Documentos Oficiales:

Paciente

Testigo

Nombre y firma

Trabajadora Social

Nombre y firma

Nombre y firma

Recibe pertenenencias de conformidad: **INE** _____

Fecha: _____ Nombre y firma: _____

Observaciones: _____

Entrega pertenenencias: _____ Fecha: _____

Nombre y firma: _____

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]



Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

Anexo 6. U500-DSMHTS-F06 Aviso de Egreso Hospitalario.

Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios. Trabajo Social.
Aviso de egreso hospitalario (U600-DSMHTS-F06)
Hospital _____



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ CURP: _____

Servicio: _____ No. de cama: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

Diagnóstico de egreso: _____

Tipo de egreso: Médico Voluntario Defunción R/CR Máx. Ben

Nivel Socioeconómico por ESE: _____ Seguridad Social: _____

Trabajadora Social

Nombre completo, firma y Cédula Profesional



Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

Anexo 7. U500-DSMHTS-F07 Pase de visita.

**Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios. Trabajo Social
Pase de Visita (U500-DSMHTS-F07)**



Establecimiento de atención médica: _____

Nombre del paciente: _____

Servicio: _____

No de cama: _____

Pase de visita ordinario:

Pase permanente:

Fecha de inicio vigencia _____ Fecha termino de vigencia _____ <p style="text-align: center;">Horarios de Visita</p>

Familiar y /o responsable autorizado:

Nombre	Parentesco
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Trabajadora Social del Servicio

Médico Adscrito que autoriza

Nombre y firma

Nombre y firma

4.



Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

Anexo 8. U500-DSMHTS-F08 Estudio Socioeconómico.

DSMH. Trabajo Social.
Socio-Económico (U500-DSMHT 6-F08)



Unidad Médica: _____

Nombre del (a) Paciente _____ Género _____
 Edad _____ Fecha de nacimiento _____ CURP _____
 Otra DH _____ No. de Expediente _____ Domicilio permanente _____
 Colonia _____ Municipio y Estado _____
 Teléfono _____ Escolaridad _____ Edo Civil _____ Religión _____
 Domicilio temporal _____ Teléfono _____
 Fecha de ingreso _____ Referido (a) por: _____ Servicio _____
 Diagnóstico Médico _____ Caso Fiscalía: Si () No ()
 Parentesco _____

Calificación y Nivel Asignado																																																																															
No. de veces sal. Mínimo	Tipo de Ocupación	% de Egresos	Características de la Vivienda																																																																												
00.0 a 1.0	Sin ocupación	0	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">Derechos Reales</th> <th colspan="2">Tipos de Vivienda</th> </tr> <tr> <td>Ciudadano</td> <td>0</td> <td>Grupo 1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Arrendada</td> <td>1</td> <td>Grupo 2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Comodato</td> <td>2</td> <td>Grupo 3</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Prenda</td> <td>3</td> <td>Grupo 4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Grupo 5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <th colspan="2">Servicios Públicos</th> <th colspan="2">Servicios Intra-domiciliarios</th> </tr> <tr> <td>0 a 1 Serv.</td> <td>0</td> <td>0 - 1 Serv.</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2 Servicios</td> <td>1</td> <td>2 Servicios</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3 Servicios</td> <td>2</td> <td>3 Servicios</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4 Servicios</td> <td>3</td> <td>4 Servicios</td> <td>3</td> </tr> <tr> <th colspan="2">Mat. de Construcción</th> <th colspan="2">Domicilios</th> </tr> <tr> <td>Carreteras</td> <td>0</td> <td>1-2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Alcaldía</td> <td>1</td> <td>3-4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Municipalidad</td> <td>2</td> <td>5+</td> <td>2</td> </tr> <tr> <th colspan="4">Número de personas por domicilio</th> </tr> <tr> <td>4 o más</td> <td></td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 personas</td> <td></td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1-2 personas</td> <td></td> <td>2</td> <td></td> </tr> </table>	Derechos Reales		Tipos de Vivienda		Ciudadano	0	Grupo 1	0	Arrendada	1	Grupo 2	1	Comodato	2	Grupo 3	2	Prenda	3	Grupo 4	3			Grupo 5	5	Servicios Públicos		Servicios Intra-domiciliarios		0 a 1 Serv.	0	0 - 1 Serv.	0	2 Servicios	1	2 Servicios	1	3 Servicios	2	3 Servicios	2	4 Servicios	3	4 Servicios	3	Mat. de Construcción		Domicilios		Carreteras	0	1-2	0	Alcaldía	1	3-4	1	Municipalidad	2	5+	2	Número de personas por domicilio				4 o más		0		3 personas		1		1-2 personas		2	
Derechos Reales		Tipos de Vivienda																																																																													
Ciudadano	0	Grupo 1		0																																																																											
Arrendada	1	Grupo 2		1																																																																											
Comodato	2	Grupo 3		2																																																																											
Prenda	3	Grupo 4		3																																																																											
		Grupo 5		5																																																																											
Servicios Públicos		Servicios Intra-domiciliarios																																																																													
0 a 1 Serv.	0	0 - 1 Serv.		0																																																																											
2 Servicios	1	2 Servicios		1																																																																											
3 Servicios	2	3 Servicios	2																																																																												
4 Servicios	3	4 Servicios	3																																																																												
Mat. de Construcción		Domicilios																																																																													
Carreteras	0	1-2	0																																																																												
Alcaldía	1	3-4	1																																																																												
Municipalidad	2	5+	2																																																																												
Número de personas por domicilio																																																																															
4 o más		0																																																																													
3 personas		1																																																																													
1-2 personas		2																																																																													
01.0 a 1.5	Trabajadores no calificados	1																																																																													
01.5 a 3.0	Jubilados y pensionados	2																																																																													
03.0 a 4.5	Becarios, vendedores de comestibles y mercados	3																																																																													
04.5 a 6.0	Oficiales, operarios y artesanos	4																																																																													
06.0 a 8.0	Operadores	5																																																																													
08.0 a 10.0	Agricultores y pesqueros	6																																																																													
10.0 a 13.0	Empleados de oficina	7																																																																													
13.0 a 16.0	Tec. profesionistas nivel medio	8																																																																													
16.0 a 19.0	Profesionistas, científicos	9																																																																													
19.0	Fuerzas armadas, ejecutivos	10																																																																													
\$ _____																																																																															

NOTA: Haga constar que RECIBI información suficiente, clara y satisfactoria, en forma verbal y escrita, sobre mi envío a banco de sangre y reglamento hospitalario, estoy de acuerdo con la clasificación que me corresponde, y quedo enterado que el Seguro Popular cubre parcialmente mi atención, así como aquellos servicios que mi derechohabiente no cubre.

Nombre y firma del familiar responsable o paciente: _____

DATOS DEL FAMILIAR RESPONSABLE DEL (A) PACIENTE:

PARA MENORES DE EDAD REGISTRAR DATOS DE AMBOS PADRES (NOMBRE COMPLETO, DOMICILIO, TELEFONO ETC).

Nombre: _____ Nombre: _____
 Domicilio: _____ Domicilio: _____
 Teléfono: _____ Teléfono: _____
 Firma: _____ Firma: _____

Nombre completo, Firma y Cédula Profesional del Trabajador Social

Fecha y Hora de aplicación



Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

Anexo 10. U500-DSMHTS-CETS-F02 Solicitud de Donadores de Sangre.

Salvar la vida de un ser querido es fundamental.

Brindamos atención en los siguientes puestos de sangrado:

Horarios de recepción de donadores:

Hospital General de San Juan del Río
De lunes a viernes de 7:00 a 10:00 a.m.

Hospital General de Cadereyta
De lunes a viernes de 7:30 a 9:30 a.m.

Hospital General de Jalpan
De lunes a viernes de 7:00 a 10:00 a.m.

Te invitamos a que seas un donador altruista.

Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea.

José García Jimeno No. 1000 Col. Ex-Hacienda la Capilla, CP. 76180,
Querétaro, Qro. Tel. 4424300924 Ext. 4150



SECRETARÍA **Centro Estatal de Transfusión**
DE SALUD - SESEQ **Sanguínea (U500-DSMH-CETS-F02)**

Solicitud de Donación de Sangre

Nombre del paciente: _____

Servicio: _____

Tipo de donación: _____

Número de donadores solicitados: _____

Fecha de solicitud: _____

Personal de salud: _____

Unidad de referencia: _____

Institución privada: _____ Sector salud: _____

Horario de recepción de donadores

Lunes a viernes de 7:00 a 10:00 am y de 14:00 a 17:00 pm.
Sábados, domingos y días festivos de 7:30 a 09:30 am y de
14:00 a 16:00 pm.



Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

Requisitos para donación de sangre.

Es necesario que toda persona que acuda a este servicio cumpla con los siguientes requisitos, sin excepción alguna.

- Contar con disposición de tiempo para realizar las pruebas necesarias en el proceso de selección de donante seguro (4 horas aproximadamente).
- Presentar la solicitud de donación de sangre debidamente requisitada de la Institución, Unidad u Hospital que refiere.
- Presentar Identificación oficial con fotografía en original y vigente.
- Tener de 18 a 65 años.
- Pesar 50 kg o más.
- No tener caries severas (3er grado) y estar buenas condiciones de salud (Será valorado por el médico).
- Presentarse en ayuno de 4 horas máximo, y durante este lapso no masticar chicle, no comer dulces o fumar, ya que estos factores pueden influir en los resultados de laboratorio; asimismo contemplar:
 - ⇒ En el turno matutino: La noche previa a la donación, cenar ligero (té, café negro, gelatina, alimentos sin grasa, etc.).
 - ⇒ En el turno vespertino: Desayunar ligero (jugos, frutas, ensaladas sin aderezo, gelatina).
- Si cuenta con tatuajes, estos debieron haberse realizado con más de un año previo a la donación, quedando a valoración del Médico.
- Los accesorios en perforaciones (nariz, lengua, labio) deberán ser retiradas 72 horas previas a la donación.

- Para el caso de mujeres, deberán de no estar lactando, menstruando o haber tenido embarazo, parto, cesárea o legrado en los últimos 6 meses.
- No haber recibido vacunas en los últimos 30 días.
- No haber recibido transfusiones.
- No haber padecido hepatitis (En los últimos 12 años).
- No estar en tratamiento médico una semana antes ni haber consumido medicamentos, vitaminas y/o suplementos (Según la valoración médica).
- No haberse realizado alguna cirugía en los últimos 6 meses.
- No haber ingerido bebidas alcohólicas y/o energizantes 2 días previos a la donación.
- Tener más de 8 semanas desde la última donación.

Si eres donador de plaquetas (AFERESIS), pregunta los requisitos.

Recuerda que puedes convertirte en un Donador altruista.

**DONA
SANGRE
SALVA
VIDAS**





Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

Anexo 12. Solicitud de apoyo religioso (U500-DSMHTS- F12).

DSMH. Trabajo Social.
Solicitud de apoyo religioso. U500-DSMHTS-F12



Unidad: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente:	Cama:
Servicio:	

Petición:

Familiar que solicita:	Parentesco:
------------------------	-------------

Nombre completo, firma y cédula profesional del Trabajador Social.

DSMH. Trabajo Social.
Solicitud de apoyo religioso. U500-DSMHTS-F12



Unidad: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente:	Cama:
Servicio:	

Petición:

Familiar que solicita:	Parentesco:
------------------------	-------------

Nombre completo, firma y cédula profesional del Trabajador Social.



Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

Anexo 13. Referencia social (U500-DSMHTS-F18).

DSMH. Trabajo Social.

Referencia Social. (U500-DSMHTS-F18)

Unidad: _____



SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Edad: _____
Apellido Paterno Apellido materno Nombre

Fecha de Nac. _____ CURP: _____ Género: (M) (F)

Domicilio (con referencia): _____

Teléfono: _____ Derechohabiciencia: Si No

Menores de Edad
<p>Nombre completo, firma del Familiar o Tutor Legal Responsable.</p>
Parentesco: _____

Referencia Social		
Servicio:	Cama:	DH:
Fecha de Ingreso:	Fecha de Egreso:	
Dx. Social:		
Referido a:		
Motivo de envío:		
Observaciones:		

<p>Nombre completo, firma y cédula profesional de la Trabajadora Social</p>

[Handwritten signatures and initials]



Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

Anexo 14. U500-DSMHTS-F16 Informe mensual de Trabajo Social.

Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios. Trabajo Social.
Informe Mensual de Trabajo Social (U500-DSMHTS-F16)



Unidad Médica: _____

Periodo: _____ / _____

Estudios Socioeconómicos

Consulta Externa							Urgencias			Hospitalización							Ingresos		Total E.S.E.					
Trauma	Cirugía	Med. Intern.	Neuróloga	Cardiología	Psiquiatría	Oncología	General	Neuróloga	Cardiología	Trauma	Cirugía	Med. Intern.	Neuróloga	Neumología	Cirugía Amb.	Ginecología	Otorrinolaringología	Oncología		Σ	Σ	Σ	Σ	Σ
																								0

Servicios	Nivel						Suma Σ
	1	2	3	4	5	6	
Consulta Externa							0
Urgencias							0
Hospitalización							0
Cirugía Amb.							0
Total	0	0	0	0	0	0	0

Tipo	Pacientes con Seguridad Social					
	Previsión Abierta	Seguro Popular	Imss	Isstss	Segena	Otros
Total						

Estado	Pacientes Foraneos				
	Guerrero	Hidalgo	Estado de México	Michoacán	OTROS
Total					

Intervenciones Generales

Servicio	Entrevistas	Estudios Externos								Educación para la Salud				Estudios de Casos (ESM)	Involuntarios	
		T.A.C.	R.M.	CEPRES	G.G.H	E.E.G.	PNG	E.N.D	U.S.G.	OTROS	Sesiones	Asistentes	Platicas Informativas			Asistentes
Consulta Externa																
Urgencias																
Hospitalización																
Cirugía Amb.																
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Causa	Pacientes con Problemática Social							Estancias Prolongadas					
	Omisión de Cuidados	Migración	Violencia Familiar	Abandono Social	Desconocidos	Psiquiátricos	Adicciones	Capacidades Diferentes	Motiv	Materia de Osteosíntesis	Estudios Externos	Problemática Social	Tratamiento Médico
Total													

Σ Sumar T.A.C. Tomografía R.M. Resonancia Magnética G.G.H Gamagrama hepático E.E.G. Efecto encefalograma P.N.G Panarriografía E.N.D. Endoscopia U.S.G Ultrasonografía

U500-DSMHTS-F16

[Handwritten signatures and marks]



Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

Anexo 15. U500-DSMHTS-F17 Cédula de supervisión de trabajo social.

Unidad		Fecha		Servicio Evaluado				
Nombre del Trabajador Evaluado:								
Códigos para la calificación: 1= característica presente; 0= características ausentes; - = No Aplica (N/A)								
Variables a evaluar						Suma		
Estudio Socioeconómico						1	0	N/A
1	Todos los ingresos cuentan con estudio socioeconómico							
2	Nombre completo del paciente							
3	Fecha de ingreso a la unidad							
4	No. de Póliza del Seguro Popular							
5	Domicilio permanente completo							
6	Calificación y nivel asignado (De acuerdo a la Guía)							
7	Datos del familiar responsable							
8	Nombre, Firma y Cédula Profesional del Trabajador Social							
9	Fecha y hora de aplicación							
Nota de Trabajo Social								
1	Datos generales del paciente							
2	Fecha de elaboración de la nota							
3	Hora de la elaboración de la nota							
4	Registra aspectos relevantes al ingreso del paciente							
5	Registra gestiones realizadas							
6	Registra gestiones pendientes de realizar							
7	Registra aspectos relevantes al egreso del paciente							
Estudios de casos (Estudio Social Médico)								
1	Se cuenta con el estudio de caso, de acuerdo al criterio							
2	Datos generales del paciente							
3	Nombre del paciente							
4	Póliza del Seguro Popular							
5	Edad del paciente							
6	Domicilio del paciente							
7	Teléfono del paciente							
8	Nombre del familiar responsable							
9	Fecha de ingreso							
10	No. De expediente clínico							
11	Diagnóstico médico							
12	Registra el motivo del estudio							
13	Registra la estructura familiar (famiolograma)							
14	Registra los servicios básicos							
15	Registra los datos higiénicos-dietéticos							
16	Cuenta con diagnóstico social							
17	Registra el plan y el tratamiento a seguir							
18	Cuenta con nombre, firma y cédula profesional de la T.S.							
Generalidades de los documentos								
1	Cuentan con bitácoras de registro							
2	Se encuentran plenamente identificadas							
3	Expresado en lenguaje técnico							
4	Cuenta con abreviaturas							
5	Cuenta con tachaduras y/o enmendaduras							
6	Con letra legible							
7	En buen estado							
8	Cuenta con diario de campo							
Uniforme								
1	Porta el uniforme completo							
2	Porta el gafete de la institución							
Cual es su actitud ante la supervisión								



Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

Anexo 16. U500-DSMHTS-F18 Cédula de supervisión de procedimientos e indicaciones de Trabajo Social.



Cedula de Supervisión de Procedimientos e Indicaciones de Trabajo Social. U500-DSMHTS-F18

Unidad	Fecha	Servicio Evaluado
Nombre del Trabajador Evaluado		

Códigos para la calificación: 1= característica presente; 0 = características ausentes; - = No Aplica (N/A)

Variables a evaluar		Suma		
		1	0	N/A
P01 Ingreso del paciente				
1	Se encuentra el registro de todos los pacientes en lista correspondiente de control de pacientes			
2	Nombre completo del paciente			
3	Fecha de ingreso a la unidad			
4	Diagnostico medico			
5	El paciente identifica a la trabajadora social			
6	Cuenta con formato U500-DSMHTS-F08 estudio socioeconómico			
7	Se cuenta con registro del ESE en bitácora de estudios socioeconómicos			
8	Cuenta con formato U500-DSMHTS-F09 nota de ingreso de trabajo social			
9	Se impartió platica informativa en sala de espera			
10	Se encuentra registrada la plática informativa en bitácora correspondiente			
11	Se realizó entrega de reglamento hospitalario			
12	Se realizó entrega de formato U500-DSMHTS-F10 solicitud de donadores de sangre			
13	Los familiares se encuentran debidamente orientados sobre la donación de sangre			
14	Los familiares están informados de los trámites que deben realizar durante la estancia hospitalaria			
15	Los familiares tienen conocimiento sobre los horarios de visita y de informes de su paciente			
16	El familiar cuenta con formato U500-DSMHTS-F07 pase de visita debidamente llenado			
17	Se encuentra identificado el paciente con problemática social			
18	Existe formato U500-DSMHTS-F05 estudio social medico debidamente llenado			
19	Existe formato U500-DSMHTS-F09 nota de seguimiento de trabajo social			
20	Los documentos de trabajos social se encuentran integrados en el expediente clínico			
IT01 Estudios externos e interconsulta				
21	Se cuenta con bitácora para control de solicitudes de estudios externos			
22	Se cuenta con directorio de unidad de referencia			
23	Los familiares han sido informados y orientados sobre trámites a seguir			
24	Se realiza el llenado del formato solicitud de ambulancia			
25	Existe registro en bitácora de solicitud de ambulancia o carpeta de traslados			
26	Existe registro de la intervención en formato U500-DSMHTS-F09 nota de trabajo social			
27	Se encuentra registro del seguimiento en bitácora de enlace de turno			
IT02 Resguardo de pertenencias				
28	Existen pacientes que ingresaron solos a la unidad			
29	Se realizo el resguardo de pertenencias			
30	Se encuentran registradas en bitácora correspondiente			
31	Se encuentra debidamente llenado el formato U500-DSMHTS-F04			
32	Enfermería avisa oportunamente, retira entrega a TS y firma como testigo			
33	Se encuentran en fisico en gaveta asignada			

[Handwritten signatures and marks]



Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

34	Se realizo localización de familiares del paciente			
35	Se encuentra el registro en formato U500-DSMHTS-F09 nota de trabajo social			
36	Se realizo entrega de pertenencias a familiares y el formato U50-0DSMHTS-F04 se encuentra debidamente llenado			
37	Existe registro en bitácora de enlace de turno de las pertenencias			
IT03 Caso médico legal				
38	Están identificados los casos médico legal			
39	Se realizo el reporte a la instancia legal en tiempo y forma			
40	Existe documento debidamente llenado			
41	Cuenta con firmas de recibido por ambas instancias			
42	Se encuentra el registro del caso en bitácora correspondiente			
43	El familiar está enterado y orientado de la situación de su paciente			
44	Las pertenencias se encuentran resguardadas e identificadas y llenado el formato correspondiente			
45	Cuenta con registro de su intervención en U500-DSMHTS-F09 nota de trabajo social			
46	Existe registro en bitácora de enlace de turno			
IT04 Pacientes con problemática social				
47	Se encuentran identificados los pacientes con problemática social			
48	Si el paciente llego solo o está en abandono social			
49	Se contactaron redes de apoyo para localización de familiares			
50	Se notifico a supervisora y/o Responsable de trabajo social de la existencia del paciente			
51	Existe formato U500-DSMHTS-F09 nota inicial y de seguimiento de trabajo social			
Paciente psiquiátrico:				
52	Se notifico a psicología/psiquiatría del paciente			
53	Existe registro de la canalización al área de psicología			
54	Reciben observaciones, precauciones y sugerencias por parte de psicología			
55	Cuenta con estudio social medico U500-DSMHTS- F05			
56	Cuenta con formato U500-DSMHTS-F09 nota de trabajo social de seguimiento			
57	En los casos de pacientes violentadas, existe el registro en bitácora correspondiente y canalizada al área violencia familiar			
Pacientes con criterios de inclusión para aplicación de estudios sociales médicos				
58	Cuentan con seguimiento del caso y el registro de su intervención en los formatos correspondientes, U500-DSMHTS-F05 Estudio social médico y U500DSMHTSF09 Nota de trabajo social médico.			
Visita Domiciliaria a pacientes vulnerables				
59	Se realizan visitas domiciliarias			
60	Se realiza el reporte de visita domiciliaria U500-DSMHTS-F11			
61	Se llena el formato de registro de visita domiciliaria U500-DSMHTS-F19			
62	Se llena el formato de reporte de visita domiciliaria U500-DSMHTS-F 21			
Referencia social				
63	Se realiza el formato de referencia Social U500-DSMHTS-F cuando un paciente se envía a otro hospital o unidad médica de los servicios de salud			
IT05 Documentos oficiales				
64	Se cuenta con bitácora para registro y entrega de certificados de nacimiento			
65	Los formatos que se insertan en esta instrucción están debidamente llenados como: U500-DSMHTS-F01 constancia de consulta externa, U500-DSMHTS-F02 constancia de hospitalización			
IT06 Educación para la salud				
66	Se cuenta con programa de educación para la salud en la consulta externa			
67	Se aplica el programa como está indicado			
68	Se cuenta con cronograma de sesiones educativas			
69	Existe registro de control y asistencia de las sesiones programadas			
70	Se realiza programación de platica en la apertura de expediente clínico			



Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

71	Se cuenta con programa para grupos vulnerables			
72	Se imparten pláticas informativas en el área de hospitalización			
IT 07 Pacientes Migrantes				
73	Están identificados los pacientes migrantes			
74	Se realizó el reporte a la instancia legal en tiempo y forma			
75	Se encuentra el registro del caso en bitácora correspondiente			
76	El familiar está enterado y orientado de la situación de su paciente			
77	Las pertenencias se encuentran resguardadas e identificadas y llenado el formato correspondiente			
78	Cuenta con registro de su intervención en nota de trabajo social			
79	Existe registro en bitácora de enlace de turno			
IT 08 Referencia y contra referencia				
80	Conoce el formato de referencia y contra referencia			
81	Lleva a cabo el registro correspondiente en los sistemas informáticos y en la base de datos de control de las referencias y contrarreferencias			
IT 09 Registro de informe medico				
82	Informa al familiar directo , tutor o representante legal autorizado los días para recibir informes médicos en cada uno de los servicios			
83	Organiza a los familiares , tutores o representantes legales en el espacio donde se brindara el informe medico			
84	Verifica que la persona sea la autorizada para recibir los informes			
85	Recaba firma del familiar director o tutor o representante legal autorizado en el formato de informe médico U500-DSMHTS-F22			
86	Revisa firma del médico que otorga el informe médico U500-DSMHTS-F22			
87	La Trabajadora Social firma formato de informe medico U500-DSMHTS-F22			
88	Entrega al término de la jornada , los formatos de registro de informe médico al personal de trabajo social del turno correspondiente			
89	Registra en note de trabajo social U500-DSMHTS-F09 los eventos de inconformidad en el otorgamiento de informes médicos			
90	Ingresa al expediente clínico al egreso del paciente el formato de registro de informes médicos y deja copia de resguardo en los archivos de resguardo de supervisión de trabajo social			
91	En los casos de menores de edad , se otorgan en primera línea de consanguinidad a los padres y en todos los demás casos a quien designe por política institucional cada hospital			
P02 Egreso hospitalario				
92	Realizan visita conjuntas al área de hospitalización con el equipo multidisciplinario			
93	Se tienen registrados en la lista de pacientes			
94	Se tienen identificados los egresos hospitalarios en sus diferentes modalidades			
95	El familiar está debidamente informado del egreso médico de su paciente			
96	Existe formato U500-DSMHTS-F06 aviso de egreso hospitalario, debidamente llenado			
97	Es caso con problemática económica, cuenta con formato U500-DSMHTS-F03 insolvencia económica debidamente llenado			
98	Se cuenta con formato U500-DSMHTS-F09 nota de cierre de trabajo social			
En el caso de egreso voluntario				
99	Cuenta con formato U500-DSMHTS-F09 nota de trabajo social que tenga plasmado la intervención de la trabajadora social			
100	El familiar está debidamente informado sobre el egreso voluntario			
En el caso de defunción y/o muerte fetal				
101	Se otorga asesoría de servicios funerarios en caso que lo soliciten los familiares de deudos			
102	Se llena formato de solicitud de apoyo religioso cuando lo solicitan			
103	Se contacta sin menoscabo religioso a la denominación solicitada por familiares			
104	El familiar esta informado sobre los tramites a realizar en las instancias correspondientes			
105	Existe bitácora de registro y entrega de certificado de defunción y/o muerte fetal, se encuentra debidamente llenada			



Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

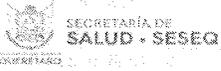
Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

106	Existe bitácora de entrega de cadáver, debidamente llenada			
107	Si es caso médico legal, la instancia está informada de la defunción			
108	Existe nota de cierre de trabajo social			
109	Se cuenta con la copia del consecutivo de certificados en oficina de jefatura			
110	En los casos de incineración, se cuenta con documento emitido por la instancia legal que autoriza			
	En el caso de egreso por referencia y/o contra referencia			
111	Se realizó contacto con la unidad de referencia y se encuentra registrado en formato U500DSMHTSF09 nota de trabajo social			
112	Los familiares se encuentran debidamente informados y orientados sobre el traslado			
113	Se contactaron redes de apoyo y se informó a los familiares			
114	La referencia cuenta con formatos U500-DSMHTS-F08 y U500-DSMHTS-F09 debidamente llenados e integrados en documentos de envío a la unidad de referencia			
115	Existe registro de la referencia en la bitácora correspondiente			
	Defunción por COVID			
116	El familiar se encuentra informado sobre los trámites a realizar en las instancias correspondientes			
117	Existe bitácora de registro y entrega de certificado de defunción por COVID-19, se encuentra debidamente llenada			
118	Existe bitácora de entrega de cadáver, debidamente llenada			
119	Si también es caso médico legal, la instancia está informada de la defunción			
120	Existe nota de cierre de trabajo social			
121	Se cuenta con la copia del consecutivo de certificados en oficina de jefatura			
122	En los casos de incineración, se cuenta con documento emitido por la instancia legal que autoriza			
123	El personal de trabajo social se encuentra protegido en la entrega de cadáver por COVID-19			
124	Los deudos identifican con fotos los cadáveres			
125	Los deudos identifican a través del rostro del cadáver			
126	Se realiza contención con la familia			
127	La familia se envía a terapia para su manejo de su proceso de duelo			
	Generalidades de Trabajo Social			
128	Cuenta con diario de campo			
129	Está relacionado el diario de campo con lo que informa			
130	Realiza el llenado del SIS			
131	Entrega mensualmente el llenado del SIS			
132	Entrega informes de trabajo solicitados por jefatura			
133	Entrega informes sociales de pacientes solicitados por jefatura			
134	En la línea de autoridad, establece enlace con supervisión de trabajo social para la revisión de casos con problemática social			
135	Permanece en el servicio asignado			
136	Existen quejas de usuarios por escrito o verbales de la trabajadora social supervisada			
137	Existen felicitaciones de usuarios para la trabajadora social supervisada			
138	Participa con proyectos de mejora			
139	En los cambios de servicios presenta problemas para no realizarlos			
140	Porta el uniforme oficial completo			
141	Porta el gafete de identificación de la institución			
	Actividades realizadas			
	Actividades no realizadas			
	No aplica			
	Porcentaje de rendimiento del Trabajador Social			

Anexo 17. U500-DSMHTS-F19- Registro visita domiciliaria.

DSMH. Trabajo Social.
Registro de visita domiciliaria. (U500-DSMHTS-F19)
Unidad: _____



Nombre del paciente: _____ **CURP:** _____
Apellido Paterno Apellido materno Nombres

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Objetivo

Antecedentes de la visita								
¿Se ha concretado la visita? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> Si la respuesta en "No", señale el motivo: </td> <td style="width: 50%; border: none;"> Otro: </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> El domicilio no corresponde <input type="checkbox"/> </td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> No acepta la visita <input type="checkbox"/> </td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> No hay nadie en el domicilio o vivienda <input type="checkbox"/> </td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	Si la respuesta en "No", señale el motivo:	Otro:	El domicilio no corresponde <input type="checkbox"/>		No acepta la visita <input type="checkbox"/>		No hay nadie en el domicilio o vivienda <input type="checkbox"/>	
Si la respuesta en "No", señale el motivo:	Otro:							
El domicilio no corresponde <input type="checkbox"/>								
No acepta la visita <input type="checkbox"/>								
No hay nadie en el domicilio o vivienda <input type="checkbox"/>								

Descripción de lo realizado en la investigación colateral del caso

Trabajo Social

 Nombre completo, firma y cédula profesional del personal de Trabajo Social.



Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

Anexo 18. U500-DSMHTS-F20 Solicitud de Ambulancia.

**DSMH. Trabajo Social.
Solicitud de Ambulancia. (U600-DSMHTS-F20)**



Unidad: _____

Nombre del paciente: _____ CURP: _____

Fecha de Nacimiento: Apellido Paterno _____ Apellido materno _____ Nombres _____ Derechohabiente: Si No

Servicio: _____

Tipo de Servicio: Urgente <input type="checkbox"/> Ordinario <input type="checkbox"/>		Fecha de salida:
Destino:		Hora de salida:
		Hora del estudio:
		Estudio(s) a realizar:
Nombre completo del personal que recibe:		Interconsulta o Referencia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Traslado a otro Estado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hora:	Área de recepción:	Traslado por Derechohabiente: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Diagnóstico Médico:

Condiciones generales del paciente:

Requiere asistencia médica: Si No Requiere Anestesiólogo: Si No

Nombre completo, cédula profesional y firma del médico solicitante:

Nombre completo, cédula profesional y firma de la T.S que tramita la solicitud:

Autorizo que mi paciente sea trasladado a otra institución para continuar con atención médica especializada o para realizar el estudio solicitado, así como en caso de contar con seguridad social enviar a la unidad médica de mi derechohabiente, en el entendido de que en caso de no presentarse un familiar para acompañarlo se cancelara el traslado, (en caso de estudio) así mismo estoy enterado(a) de mis tramites correspondiente.

Nombre completo, firma y parentesco de quien autoriza.

Recibe, nombre completo y firma: _____ Fecha _____ Hora: _____

Nota: Documento que se anexara al Expediente Clínico, cuando ya se realizó el estudio y copia para Trabajo Social en carpeta de trasladados.

[Handwritten signatures and marks]



Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

Anexo 21. Solicitud de apoyo religioso (U500-DSMHTS- F12).

DSMH. Trabajo Social.
Solicitud de apoyo religioso. U500-DSMHTS-F12



SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ

Unidad: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente:	Cama:
Servicio:	

Petición:	
Familiar que solicita:	Parentesco:

_____ Nombre completo, firma y cédula profesional del Trabajador Social.

DSMH. Trabajo Social.
Solicitud de apoyo religioso. U500-DSMHTS-F12



SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ

Unidad: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente:	Cama:
Servicio:	

Petición:	
Familiar que solicita:	Parentesco:

_____ Nombre completo, firma y cédula profesional del Trabajador Social.

[Handwritten signatures and marks]



Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

Anexo 22. Referencia social (U500-DSMHTS-F18).

DSMH. Trabajo Social.
Referencia Social. (U500-DSMHTS-F18)
Unidad: _____



Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Apellido Paterno Apellido materno Nombres Edad: _____

Fecha de Nac. _____ CURP: _____ Género: (M) (F)

Domicilio (con referencia): _____

Teléfono: _____ Derechohabencia: Si No

Menores de Edad
_____ Nombre completo, firma del Familiar o Tutor Legal Responsable.
Parentesco: _____

Referencia Social			
Servicio:	Cama:		DH:
Fecha de Ingreso:	Fecha de Egreso:		
Dx. Social:			
Referido a:			
Motivo de envío:			
Observaciones:			

Nombre completo, firma y cédula profesional de la Trabajadora Social.



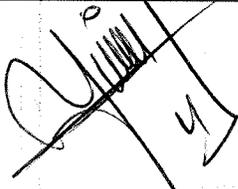
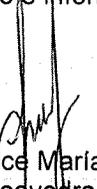
Fecha de validación: 30/01/2023

Revisión A

Fecha de Inicio de vigencia: 27/02/2023

Código: U500-DSMH-IT01

VII. Aprobación

Elaboró	Revisó	Aprobó
 <p>LTS. Yolanda Téllez Saavedra. Jefa del área de Trabajo Social de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios.</p>  <p>Mtra. Yessica Victoria Capula Sánchez Jefa de Departamento de Atención Médica Hospitalaria</p>	 <p>Mericia Guadalupe Herrera Vanegas Analista de información del departamento de organización, desarrollo e informática.</p>  <p>MDHO. Dulce María Ramírez Saavedra Jefa de Departamento de Organización, Desarrollo e Informática</p>	<p>Dr. Hugo Daniel Cerrillo Cruz Director de Servicios Médicos Hospitalarios</p>

