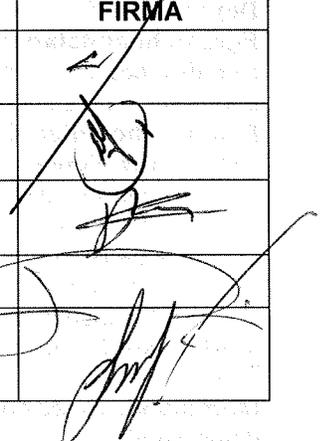


 <p>SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ Hospital General de Querétaro</p> <p>Hospital General de Querétaro</p>	Clave del procedimiento: U540-DSMH-HGQ-P14		Revisión: A	
	Elaboró: MA. Dra. Ma. del Rosario Hernández Vargas, Control de documentos del Hospital General de Querétaro. LRI. Edna Martha Rojo Ortiz.- Jefa del área de Estadística y LAE Víctor Rodríguez Huerta.- Jefe del área de Archivo clínico del Hospital General de Querétaro. Asesoró: Sandra Margarita Nieves Torres. Analista del Departamento de organización, desarrollo e informática.		Fecha de validación: julio 2023	
	Aprobado por: Junta de Gobierno 3ra. Sesión ordinaria 2023 Acuerdo JG3/2023/A03			
	REVISADO Y VALIDADO POR			
	ÁREA	NOMBRE	FIRMA	
TÍTULO: Procedimiento de Estadística y Archivo clínico del Hospital General de Querétaro	Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios.	Dr. Hugo Daniel Cerrillo Cruz.		
	Dirección del Hospital General de Querétaro.	Dr. Leopoldo Francisco Espinoza Feregrino.		
	Subdirección del Hospital General de Querétaro.	Dr. Fernando Domínguez Márquez.		
	Dirección de Planeación.	Lic. Emilio Díaz Flores.		
	Departamento de Organización, desarrollo e informática.	Dra. Dulce María Ramírez Saavedra.		

1. OBJETIVO.

Establecer lineamientos para producir, captar, integrar, procesar, sistematizar, evaluar y divulgar la información en salud generada por las áreas del hospital, así como determinar mecanismos de control que regulen la ubicación, resguardo, conservación y destino del expediente clínico de acuerdo a normatividad en la materia para apoyar la atención médica integral y su responsabilidad para el resguardo de los mismos.

2. ALCANCE.

Aplica para todo el personal multidisciplinario de salud de los diversos servicios que intervienen en el proceso de atención de pacientes ya sean adscritos, becarios, rama médica, paramédica y afín del Hospital General de Querétaro.

3. ABREVIATURAS Y DEFINICIONES.

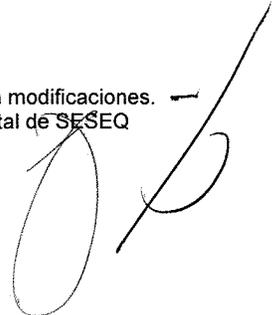
Admisión hospitalaria: Servicio dentro del hospital donde se efectúan los trámites y registros administrativos relacionados con el ingreso y egreso hospitalario de pacientes.

Apertura de expediente clínico: Es el acto mediante el cual se inicia el control del expediente y la documentación que se genera dentro del hospital durante la atención del paciente; Consiste en la rotulación de la carpeta del expediente y documentos que inicialmente lo integran, así como la elaboración de la tarjeta de control que conforma al catálogo alfabético.

Archivo clínico: Es el área responsable del manejo, control, custodia y conservación de los expedientes clínicos y demás documentos de salud derivados de la atención de los pacientes.

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.
Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.
Catálogo de Disposición Documental de SESEQ



Clave: U540-DSMH-HGQ-P14 Procedimiento de Estadística y Archivo clínico del Hospital General de Querétaro.

Atención médica: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

Carpeta de expediente clínico: Cubierta en la que se anota (carátula) los datos del paciente, con número consecutivo, en la que se anexan los documentos que integran el expediente clínico.

Censo hospitalario: Lista de la población cautiva hospitalaria.

CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades.

Codificación: Transformación de la entidad nosológica o padecimiento, por un código establecido en la CIE y problemas relacionados con la Salud.

Consulta externa programada: Es la atención médica que se otorga mediante una cita programada, a los pacientes que asisten subsecuentemente para su tratamiento.

Contrarreferencia: Es el procedimiento mediante el cual una vez resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento se retorna al paciente a la unidad operativa que lo refirió con el fin de que se lleve a cabo el control o seguimiento y pueda continuar con su atención.

Depuración: Selección de expedientes clínicos por su valor documental.

Egreso hospitalario: Al proceso de alta y salida de algún servicio de hospitalización o urgencias.

Estadística: Es el servicio responsable de la recolección, ordenamiento, clasificación y distribución de la información de salud necesaria para el sistema, vigilancia y toma de decisiones en materia de salud.

Estancia hospitalaria: Es la permanencia del paciente en hospitalización.

Expediente clínico: Es el conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

Morbilidad: Relación entre el total de enfermos o padecimientos nuevos y determinada población en un tiempo determinado.

Mortalidad: Relación entre el número de defunciones y la cantidad de determinada población, en un tiempo determinado.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

Paciente: Beneficiario directo de la atención médica.

Préstamo de expediente clínico: Entregar el o los expedientes clínicos solicitados por personal de salud, adquiriendo el compromiso de regresarlos al área de archivo.

Referencia: Es el procedimiento utilizado para canalizar al paciente de un establecimiento de atención médica de primer o segundo nivel de atención a uno de mayor nivel, para su atención médica integral.

Resguardo: Guardar el expediente clínico.

SAEH: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios.

SESEQ: Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

SEUL: Sistema de Egresos, Urgencias y Lesiones.

SINBA: Sistema de Información Nacional Básica en Salud.

SINERHIAS: Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Salud.

SIS: Sistema de Información en Salud.

Sistema Informático (Infosalud): Sistema informático con mecanismos o métodos racionales y seguros que se establecen en el Hospital General de Querétaro para distribuir información en las diferentes áreas del hospital. Se encarga de la administración, gestión y procesamiento de datos, con el objetivo de unificar criterios y organizar la atención para la demanda de servicios de acuerdo a los recursos disponibles, coordinándose con la administración para asegurar la operación de áreas en cada turno así como para administrar, agendar, llevar estadísticas, optimizar el manejo de la información para facilitar y tener accesible y actualizada la información para cualquier área del hospital que la requiera.

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

4. POLÍTICAS.

- 4.1 El personal adscrito a las áreas de Estadística y Archivo clínico, así como aquellos que intervienen en el proceso de atención al paciente en el hospital deberán conocer y aplicar lo descrito en el presente procedimiento, así como dar cumplimiento a la normatividad vigente y aplicable.
- 4.2 En Estadística y Archivo clínico todo el personal aplicará en el ejercicio de sus actividades los principios, valores y reglas de integridad contenidas en el Código de Ética de los servidores públicos del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro y sus entidades, así como en el Código de Conducta de SESEQ.
- 4.3 El personal de Estadística y Archivo clínico tendrá la obligación de realizar y entregar en tiempo y forma las actividades encomendadas de acuerdo a la función que desempeñen.
- 4.4 Todo el personal del hospital que esté relacionado, maneje o genere información estadística, incluyendo el personal becario, deberá recibir capacitación del llenado, registro y manejo de los formatos que sean de su competencia.
- 4.5 **El personal del área de Estadística**, generará en tiempo y forma reportes de morbi-mortalidad hospitalaria en los sistemas establecidos de nivel federal como SINBA-SEUL, SIS- SEUL, a fin de hacer cumplir la normativa y lineamientos. Asimismo:
- 4.5.1 Recibirá, revisará, codificará y capturará de las hojas de egreso hospitalario, los diagnósticos de egreso hospitalario, consulta externa, urgencias y los procedimientos quirúrgicos de acuerdo a las normas establecidas en la CIE y difundidas por la OMS, con la finalidad de integrar informes estadísticos confiables.
- 4.5.2 Deberá estar capacitado para poder recibir, revisar y capturar la información en las plataformas a las que se accede en el Hospital General de Querétaro.
- 4.5.3 Podrá compartir información únicamente cuando le sea solicitada por autoridad o de forma oficial a través de un oficio o memorando emitidos por la jefatura de enseñanza o Dirección del hospital.
- 4.6 La captura de información estadística se clasificará en: Mortalidad, morbilidad, urgencias, consulta externa, egresos hospitalarios, SIS, epidemiología, enfermería, patología, laboratorio, rayos X, días estancia paciente, violencia familiar y de género.
- 4.7 Los formatos Hoja diaria del Servicio de Urgencias, SINBA-SEUL-16-P-DGIS (anexo 1), Hoja de Hospitalización, SINBA-SEUL-14-P DGIS (anexo 2), Hoja de registro de atención por violencia y/o lesión, SINBA-SEUL-17-P-DGIS (anexo 3), Certificado de defunción (anexo 4), Reporte diario de productividad quirúrgica y porcentaje de ocupación hospitalaria y urgencias en 24 horas de enfermería, Hoja Diaria de Consulta Externa U500-DSMH-F129 (anexo 5), Nota inicial del servicio de urgencias U500-DSMH-F131 (anexo 6) deberán estar debidamente llenados, completados y firmados por los responsables de los servicios de consulta externa, urgencias, imagenología, patología, hospitalización, quirófanos, violencia familiar y de género y enfermería de acuerdo al servicio y área de su competencia, siendo el área de Estadística quien codificará la morbilidad y mortalidad y diagnósticos con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), y a la Clasificación de Procedimientos (CIE-9-MC).
- 4.8 Las plataformas oficiales en las que se capturará la información estadística para ser entregada al Departamento de evaluación y control de la información estadística de la Dirección de Planeación de SESEQ serán:
- **SIS:** Sistema de Información en Salud.
 - **SAEH:** Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios.
 - **SINBA-SEUL:** Sistema Nacional de Información Básica en materia de Salud. Sus formatos 14P "hoja de Hospitalización", 16P "Hoja de Urgencias médicas", 17P "Hoja de registro e atención por violencia y/o lesión".)
 - **SEUL:** Sistema de Egresos, Urgencias y Lesiones.
 - **SINERHIAS:** Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Salud)
 - **Censo de pacientes hospitalizados por servicio.**
 - Las demás de que determine la Dirección de Planeación de SESEQ.
- 4.9 Será responsabilidad de cada profesional de la salud el llenado y registro del expediente clínico en Infosalud, a fin de proporcionar información confiable para las plataformas estadísticas.

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

4.10 Los certificados de defunción incluyen 4 hojas, compuestos de un original y tres copias y su administración en hospital, consistirá en solicitarlos, recibirlos, administrarlos, resguardarlos y comprobarlos ante el Departamento de evaluación y control de la información estadística, perteneciente a la Dirección de Planeación, atendiendo a lo siguiente:

- La distribución al interior de los certificados de defunción estará a cargo de la Subdirección médica, quien se encargará de entregar a los responsables y jefes de servicio donde ocurran defunciones, así mismo vigilará el correcto llenado de los mismos.
- La capacitación para el llenado y registro del certificado de defunción se programará periódicamente cada semestre a todo el personal médico y becario (médicos de internado de pregrado y residentes) de todas las especialidades del hospital.
- En caso de presentarse la defunción de un paciente, deberá de entregarse al familiar el original y dos copias del certificado de defunción (rosa y azul) mismas que deberá entregar en el registro civil, el cual se encargará de remitir el original a SESEQ, la copia rosa al INEGI, y resguardará la copia azul.
- La copia verde se resguarda y entrega al área de estadística, resguardando y concentrando todas las copias de los certificados de defunción generados en el hospital, anexando una copia simple al expediente clínico.
- Los certificados de defunción cancelados deberán ser devueltos en original y tres copias al Departamento de evaluación y control de la información estadística perteneciente a la Dirección de Planeación.

4.11 **El personal del área de Archivo clínico**, resguardará y procurará la documentación bajo su responsabilidad en apego a la normatividad vigente, asimismo:

4.11.1 Aplicará la "metodología archivística dígito terminal por color", la cual es una técnica archivística, para clasificar y resguardar historias médicas numéricas, es decir expedientes clínicos o cualquier otro documento numerado, según los dos últimos dígitos del número de historia o registro del expediente, con un sistema para codificación de las carpetas que consiste en asignar un color a cada dígito del 0 al 9 (0-verde oscuro, 1-azul, 2-rojo, 3-salmon, 4-amarillo, 5-negro, 6-naranja, 7-gris, 8-verde claro, 9-café).

Esta metodología permitirá aumentar la exactitud con que se archiva, agiliza el proceso de clasificación previa de expedientes, los que están listos para ser archivados pueden ser rápidamente clasificados acorde al color y reduce el tiempo requerido para ubicar expedientes mal archivados.

4.11.2 Realizará de forma rotativa, actividades de archivista, prestamista, despachador de consulta externa, despachador de ventanilla, recolector de urgencias, egresos hospitalarios y rastreadores de consulta externa.

4.11.3 Llevará a cabo la ubicación y extracción de expedientes de pacientes que acudirán al día siguiente a consulta con 24 horas de anticipación, obteniendo el listado de los números de expedientes del sistema Infosalud.

4.12 Todo expediente clínico físico en el área de Archivo clínico estará identificado en la carátula con el nombre del paciente y un número consecutivo que inicia con el año.

4.13 Para la entrega de expedientes clínicos físicos de los pacientes que acudirán a consulta de las diferentes especialidades, el jefe del servicio de consulta externa recibirá por parte del personal del área de archivo clínico los expedientes de acuerdo a la siguiente programación:

Día de la cita del paciente	Día en que se entregan los expedientes a consulta externa
Lunes	Viernes de la semana anterior
Martes	Lunes anterior
Miércoles	Martes anterior
Jueves	Miércoles anterior
Viernes	Jueves anterior
Sábado y Domingo	Viernes anterior

4.14 Los expedientes clínicos se abrirán únicamente a solicitud del médico. Cuando el paciente es referido de primer nivel a través del formato único de referencia y contrarreferencia U340-SGM-F01 será atendido en el servicio de consulta externa y bajo criterio del médico se realizará su apertura, solicitando al paciente

copia de identificación oficial (INE, pasaporte o licencia de manejo), comprobante de domicilio actual y CURP.

- Para los pacientes que permanezcan por 72 horas o más en el servicio de urgencias se abrirá expediente y para aquellos que permanecen menos de 72 horas se archivará la nota inicial de urgencias U500-DSMH-F131 (anexo 6) en el servicio por fecha.

4.15 El préstamo de expedientes clínicos en el área de Archivo clínico se realizará a través de ventanilla y únicamente se entregarán a las personas que se identifiquen debidamente con el gafete institucional y presenten debidamente requisitada y firmada por el médico adscrito la solicitud individual (vale para préstamo de expediente clínico U340-SGM-A-F-02 (anexo 10), colectivo (vale colectivo para préstamo de expedientes U340-SGM-A-F01 (anexo 10); o en su caso oficio de solicitud de expedientes clínicos por parte de la jefatura de enseñanza con fines de investigación, especificando el nombre del paciente y número de expediente. Asimismo:

4.15.1 El expediente clínico deberá ser devuelto en un tiempo no mayor a 24 horas y en caso contrario se solicitará su devolución inmediata a través de comunicado dirigido al Jefe del servicio correspondiente, indicando el nombre de la persona a quien fue prestado y el tiempo de retraso en su devolución.

4.15.2 Todo expediente clínico devuelto al área de archivo será cotejado con el vale para préstamo de expediente correspondiente firmado por el solicitante y personal del archivo clínico.

4.15.3 Cuando el expediente clínico sea devuelto en mal estado, presente hojas rotas, modificaciones, mutilaciones o este incompleto, se realizará la solicitud por escrito para completar los documentos faltantes o para que se realice la reparación del daño sustituyendo los documentos en mal estado, rotos o mutilados, así mismo se generará un documento firmado por el responsable y su jefe inmediato donde refiera lo sucedido.

4.15.4 En el caso de préstamo de expedientes clínicos a médicos residentes, médicos internos y/u otro profesional prestador de servicio social, deberán solicitar y agregar en los vales establecidos correspondientes el nombre completo y año de residencia R1, R2, R3, o estado de becario, dando cumplimiento cabalmente con el tiempo para su devolución.

4.16 Una vez entregado el expediente al solicitante en los casos de préstamo, su resguardo, integridad y confidencialidad, será responsabilidad del mismo solicitante durante el tiempo que lo tenga en su poder.

4.17 Todo el personal que solicite algún expediente clínico deberá entregarlo al mismo día que lo solicitó, salvo en los casos extraordinarios que notifique al personal de Archivo clínico para que quede documentada la fecha de entrega.

4.18 Será responsabilidad del personal médico y de enfermería que los reportes de exámenes, notas médicas, consentimiento informado y otros documentos que le sean entregados mientras tenga en su poder el expediente clínico, sean integrados correctamente al mismo, en apego a la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

4.19 El Hospital contará con un comité de expediente clínico para vigilar, supervisar y analizar entre otros fines la información contenida del expediente.

4.20 El área de Archivo clínico, mantendrá la seguridad, conservación y resguardo de los expedientes manteniendo de forma permanente el acceso restringido a personal no autorizado.

4.21 En el caso de extravío de un expediente clínico, el Jefe del área de archivo a través de memorando, informará al Director del hospital, el cual deberá indicar para levantar acta circunstanciada correspondiente, en apego a la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de Querétaro y artículo 121 de la Ley General de Archivos, debiendo notificar a la Coordinación jurídica.

4.22 El Jefe del área de archivo clínico supervisará que el personal responsable de los egresos hospitalarios, al momento de recibir los expedientes de las áreas y servicios que les aplican (cirugía, medicina interna, unidad de Cuidados Intensivos de Adultos (UCIA), terapia Intermedia, traumatología y ortopedia, quimioterapia, endoscopia, diálisis, trasplantes, hemodiálisis (excepto urgencias) los deje listos para entregarlos al área de Estadística, retire el formato Hoja de Hospitalización SINBA-SEUL-14-P DGIS anexo 2, verificando que hayan sido completados correctamente y de que no estén incompletos, en caso contrario, se regresará el expediente con la hoja correspondiente a trabajo social, para que se entregue a los médicos para corrección. Asimismo entregará la Hoja diaria de consulta externa U500-DSMH-F129 (anexo 5)

- 4.23 La depuración de expedientes se realizará con base en los lineamientos y la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Cada semestre se revisará la fecha de la última nota médica, y al 6º año de no contar con esta, se entregan mediante los formatos que se establezcan para resguardo, eliminación o conservación, de acuerdo a lo que determine el área coordinadora de archivo de la Dirección de Planeación.
- 4.24 La documentación depurada del área de Estadística se manejará de acuerdo a los lineamientos que establezca el área coordinadora de Archivos de SESEQ en base a la Ley General de Archivos y a su clasificación archivística.

5. RESPONSABILIDADES

5.1. Director del hospital:

- 5.1.1. Vigilar el cumplimiento de objetivos, metas, indicadores, procesos y programas establecidos para las áreas de Estadística y Archivo clínico a fin de cumplir los objetivos institucionales.

5.2. Subdirector médico:

- 5.2.1. Coadyuvar con las diferentes unidades, áreas y servicios a su cargo en la entrega de la información.
- 5.2.2. Administrar los certificados de defunción del hospital, siendo responsable de la entrega de los mismos al interior del hospital, su buen uso, correcto llenado hasta su entrega al familiar del fallecido y al área de estadística del hospital.
- 5.2.3. Dirigir el Comité de Expediente Clínico del hospital.
- 5.2.4. Supervisar que el personal del hospital de cumplimiento a la normatividad vigente.

5.3. Administrador:

- 5.3.1. Proveer y gestionar los insumos y equipo necesario para el desempeño de las actividades y funciones de las áreas de Estadística y Archivo clínico del hospital.

5.4. Jefes de unidades y servicios:

- 5.4.1. Cumplir con la entrega en tiempo y forma de la información que se genere en las diferentes áreas.
- 5.4.2. Supervisar que se requirieran debidamente los formatos establecidos.
- 5.4.3. Vigilar que se soliciten, se traten bien y se entreguen los expedientes clínicos de acuerdo a los tiempos establecidos por el área de Archivo clínico.
- 5.4.4. Devolver al área de Archivo clínico los expedientes completos, en buen estado y en orden.
- 5.4.5. Atender a los requerimientos del área de archivo y estadística en cuanto a la entrega, devolución, estado de conservación y manejo de los expedientes, así como del registro de información.

5.5. Jefe del área de Estadística:

- 5.5.1. Organizar y dirigir el trabajo del área con un trabajo planificado de acuerdo a los lineamientos estratégicos del hospital.
- 5.5.2. Requerir a los diferentes servicios y jefaturas del hospital los registros e informes de datos relacionados con los diagnósticos, tratamiento de las atenciones y servicios proporcionados a los pacientes, a fin de integrar informes estadísticos para cumplir con los diversos requerimientos y lineamientos que sean establecidos por el Departamento de evaluación y control de la información estadística de la Dirección de Planeación de SESEQ y otras instancias oficiales que lo requieran.
- 5.5.3. Supervisar que la entrega-recepción de formatos e información se realice en tiempo y forma en los diferentes servicios.

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

- 5.5.4. Hacer cortes temporales de captura en la plataforma para verificar que la información sea correcta.
- 5.5.5. Capacitar de forma permanente al personal del área sobre cambios de los diferentes formatos y llenado en plataforma para lograr la máxima efectividad de los recursos.
- 5.5.6. Capacitar y/o asesorar a los profesionales en salud, en cuanto al correcto registro de datos de los diferentes formatos estadísticos.
- 5.5.7. Capacitar de forma permanente al personal de rama médica, paramédica y afín relacionada, en el buen manejo de la información que se genera.
- 5.5.8. Supervisar el registro, análisis y reporte de las actividades que se desarrollan en el área, con el objetivo de programar metas y colaborar en la integración de informes.
- 5.5.9. Mantener la información actualizada sobre indicadores de salud y reportes de acuerdo a la CIE-10 y CIE-9-MC, según sea el caso.
- 5.5.10. Procesar, validar, monitorear y consolidar la información estadística requerida, generada de la atención y servicios hospitalarios, mediante una revisión y evaluación de consistencia de los datos y resúmenes estadísticos mensuales.
- 5.5.11. Capturar en SINNERHIAS los cambios proporcionados y generados de las diferentes áreas, servicios y jefaturas.
- 5.5.12. Mantener el control de calidad de la información de forma permanente en las estadísticas médicas.
- 5.5.13. Propiciar y mantener un buen ambiente de trabajo en base a los principios, valores y reglas de integridad establecidas en el Código de Conducta de SESEQ.
- 5.5.14. Definir, supervisar y evaluar las actividades del personal adscrito al área de estadística, para asegurar su adecuado funcionamiento en cumplimiento a los objetivos institucionales, así como verificar que el personal permanezca en el desempeño de sus funciones, para evaluar la permanencia y calidad del trabajo que realizan.

5.6 Personal operativo de estadística:

- 5.6.1 Recopilar, codificar y capturar la información estadística del hospital.
- 5.6.2 Generar reportes de morbi-mortalidad hospitalaria.
- 5.6.3 Recibir, revisar, codificar y capturar la morbilidad y mortalidad del hospital a través de las hojas de egreso hospitalario, los diagnósticos de egresos hospitalarios, consulta externa, urgencias y los procedimientos quirúrgicos de acuerdo a las normas establecidas en la CIE y difundidas por OMS, con la finalidad de integrar informes estadísticos confiables.
- 5.6.4 Resguardar de manera respetuosa y responsable todos los documentos y formatos del hospital.
- 5.6.5 Entregar originales y tres copias de certificados de defunción (juego completo) de los certificados cancelados al Departamento de evaluación y control de la información estadística de la Dirección de Planeación y solicitar los necesarios de acuerdo a consumo y uso del hospital.

5.7 Jefe del área de Archivo clínico:

- 5.7.1 Vigilar y aplicar los lineamientos y normas para el manejo de los expedientes clínicos.
- 5.7.2 Administrar y salvaguardar las carpetas de expedientes clínicos de pacientes del hospital.
- 5.7.3 Realizar, establecer y comunicar el correcto manejo logístico de las carpetas de expedientes.
- 5.7.4 Dar seguimiento cercano al préstamo de las carpetas que contienen los expedientes, bajo principios de agilizar tiempos de préstamo y recopilación pronta, para no retrasar consultas y otros servicios que el paciente requiera.
- 5.7.5 Capacitar periódicamente al personal del área sobre el acomodo, depuración y clasificación de las carpetas que contienen los expedientes.
- 5.7.6 Realizar baja documental de acuerdo a los lineamientos y normatividad que se establezca acorde a clasificación archivística.
- 5.7.7 Supervisar que retiren del expediente formatos específicos para posterior entrega al área de Estadística.
- 5.7.8 Vigilar que se apliquen las metodologías archivísticas necesarias.

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

- 5.7.9 Elaborar actas de hechos en los casos de pérdida de expedientes clínicos y memorandos ante daño o mal estado de los mismos.
- 5.7.10 Solicitar por escrito los documentos que se devuelvan en mal estado o faltante a las áreas que les fueron prestados de acuerdo a política 4.15.3

5.8 Personal operativo de Archivo clínico:

- 5.8.1 Realizar actividades de archivero, prestamista, despachador de consulta externa, despachador de ventanilla, recolector de urgencias, recolector de egresos hospitalarios y rastreadores de consulta externa de manera rotativa.
- 5.8.2 Revisar cada mes el inventario de expedientes clínicos.
- 5.8.3 Llevar el control de préstamo de expedientes.
- 5.8.4 Revisar y retirar formatos específicos del expediente clínico y entregar al área de estadística.
- 5.8.5 Entregar los expedientes necesarios en el área de consulta externa de acuerdo a la programación establecida.
- 5.8.6 Verificar que el expediente clínico se encuentre en buenas condiciones antes y después del préstamo e informar al jefe inmediato.
- 5.8.7 Resguardar los expedientes clínicos.
- 5.8.8 Informar al jefe inmediato sobre expedientes perdidos, que no hayan sido devueltos, o aquellos que devuelvan en mal estado o incompleto para que determine el proceder.
- 5.8.9 Mantener en orden diariamente el área de archivo.

5.9 Personal médico:

- 5.9.1 Llevar a cabo el llenado correcto de la información que le compete en los formatos SINBA, SIS y SEUL de acuerdo a las atenciones generadas por paciente y de forma paralela en expediente clínico físico y electrónico de Infosalud.
- 5.9.2 Llevar a cabo el registro de los egresos de pacientes hospitalizados, atenciones en el servicio de urgencias, consulta externa, servicios paramédicos, a fin de proporcionar información a las áreas que lo requieran.
- 5.9.3 Capturar la información requerida en el expediente clínico físico y electrónico de Infosalud.
- 5.9.4 Integrar al expediente clínico los documentos que se originen durante la atención médica otorgada al paciente.
- 5.9.5 Devolver en tiempo y forma los expedientes que le sean prestados y durante su préstamo, mantenerlos en buen estado, resguardo y conservación.

5.10 Personal de enfermería y otros profesionales de la salud:

- 5.10.1 Registrar los egresos de los pacientes hospitalizados, atenciones en el servicio de urgencias, consulta externa, servicios paramédicos, etc., a fin de proporcionar información a las áreas que lo requieran.
- 5.10.2 Integrar al expediente clínico los documentos que se generen durante la atención médica otorgada al paciente.
- 5.10.3 Cuidar los expedientes clínicos que les fueron prestados y devolverlos en el tiempo establecido.

6.0 DOCUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS.

- Anexo 1. Hoja diaria del Servicio de Urgencias. SINBA-SEUL-16-P-DGIS.
- Anexo 2. Hoja de Hospitalización. SINBA-SEUL-14-P DGIS.
- Anexo 3. Hoja de registro de atención por violencia y/o lesión SINBA-SEUL-17-P-DGIS.
- Anexo 4. Certificado de defunción.
- Anexo 5. Hoja Diaria de Consulta Externa. U500-DSMH-F129.
- Anexo 6. Nota inicial del servicio de urgencias U500-DSMH-F131.
- Anexo 7. Nota médica de ingreso, indicaciones y notas de evolución (U340-SGM-F05).

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

Clave: U540-DSMH-HGQ-P14 Procedimiento de Estadística y Archivo clínico del Hospital General de Querétaro.

Anexo 8. Carnet de citas.

Anexo 9. Vale para préstamo de expediente clínico U340-SGM-A-F02.

Anexo 10. Vale colectivo para préstamo de expedientes 340-SGM-A-F01.

Formato Único de Referencia y Contrarreferencia U340-SGM-F01.

Reporte diario de productividad quirúrgica y porcentaje de ocupación hospitalaria y urgencias en 24 horas.

Jefatura de enfermería.

U540-DSMH-HGQ-P04 Procedimiento del proceso de admisión del Hospital General de Querétaro.

U540-DSMH-HGQ-P10 Procedimiento para la atención de pacientes del Servicio de Medicina Interna en el Hospital General de Querétaro.

U540-DSMH-HGQ-P08 Procedimiento para la atención a pacientes quirúrgicos del Hospital General de Querétaro.

U540-DSMH-HGQ-P09 Procedimiento para atención de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA).

U540-DSMH-HGQ-P12 Procedimiento para la atención de pacientes en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Querétaro.

U300-CG-MP-02 Procedimiento para el sistema de Referencia y Contrarreferencia de Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

7.0 REFERENCIAS.

Ley General de Salud.

Ley General de Archivos.

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información pública.

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

Ley General de Responsabilidades Administrativas.

Ley de Archivos del Estado de Querétaro.

Ley de Salud del Estado de Querétaro.

Ley de Transparencia y Acceso a la información pública del estado de Querétaro.

Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Querétaro.

Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de Querétaro.

Código de Ética de los Servidores Públicos del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro y sus entidades.

Código de Conducta de Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Decreto que crea al Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal denominado Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ).

Acuerdo por el que se reforma y adiciona el diverso por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación y se establecen las Unidades Hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012 Para la Vigilancia Epidemiológica.

Lineamientos para la administración del archivo documental de trámite, concentración e histórico de SESEQ.

Clasificación Internacional de enfermedades CIE-10.

Clasificación de Procedimiento Novena Revisión, Modificación Clínica: CIE-9-MC.

Sistemas o plataformas de manejo de información nacionales y estatales

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

8.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

8.1 Procedimiento para la obtención y procesamiento de la información estadística de los servicios otorgados en consulta externa, hospitalización, urgencias, imagenología, patología, violencia familiar y de género, cirugía y enfermería.

Responsable	Act. No.	Descripción
<p>Jefe del área de estadística y Jefe del área de archivo clínico.</p>	<p>1</p>	<p>Instruyen a los responsables de las áreas de consulta externa, urgencias, imagenología, patología, hospitalización, violencia familiar y de género, cirugía y enfermería para que requisiten, concentren, revisen y entreguen en tiempo y forma al personal del área de Estadística la información contenida en los formatos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja diaria de consulta externa U500-DSMH-F129 (anexo 5). Se entrega al archivo clínico. • Hoja diaria del Servicio de Urgencias SINBA-SEUL-16-P-DGIS (anexo 1) Esta no se maneja en documento, ya que se captura en la plataforma exprofeso y área de estadística la obtiene del sistema electrónico. • Hoja de Hospitalización SINBA-SEUL-14-P DGIS (anexo 2). Se entrega al archivo clínico. • Hoja de registro de atención por violencia familiar y/o lesión SINBA-SEUL-17-P-DGIS (anexo 3) Esta es entregada directamente por el responsable del área de violencia familiar y de género. • Certificado de defunción completados (anexo 4) se entregan a estadística. • Reporte diario de productividad quirúrgica y porcentaje de ocupación hospitalaria y urgencias en 24 horas. Jefatura de enfermería. Se entrega al área de archivo, unida al censo diario.
<p>Responsables de las áreas de consulta externa, hospitalización, urgencias, imagenología, patología, violencia familiar y de género, cirugía y enfermería.</p>	<p>2</p>	<p>Requisitan, concentran, revisan y entregan en tiempo y forma al personal del área de Archivo clínico o Estadística los formatos que les corresponde.</p>
<p>Personal del archivo clínico</p>	<p>3</p>	<p>Recibe, coteja la información y posteriormente entrega a Estadística los siguientes formatos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja diaria de consulta externa U500-DSMH-F129 (anexo 5). • Hoja de Hospitalización SINBA-SEUL-14-P DGIS (anexo 2). • Reporte diario de productividad quirúrgica y porcentaje de ocupación hospitalaria y urgencias en 24 horas. Jefatura de enfermería.
<p>Personal operativo de estadística</p>	<p>4</p>	<p>Recibe del área de Archivo clínico los formatos hoja diaria de consulta externa U500-DSMH-F129 (anexo 5), hoja de hospitalización SINBA-SEUL-14 DGIS (anexo 2) y reporte diario de productividad quirúrgica y porcentaje de ocupación hospitalaria y urgencias Jefatura de enfermería y recaba diariamente antes de mediodía la hoja diaria del servicio de urgencias SINBA-SEUL-16 DGIS (anexo 1), hoja de registro de atención por violencia y/o lesión SINBA-SEUL-17-DGIS (anexo 3) y certificados de defunción (anexo 4).</p>

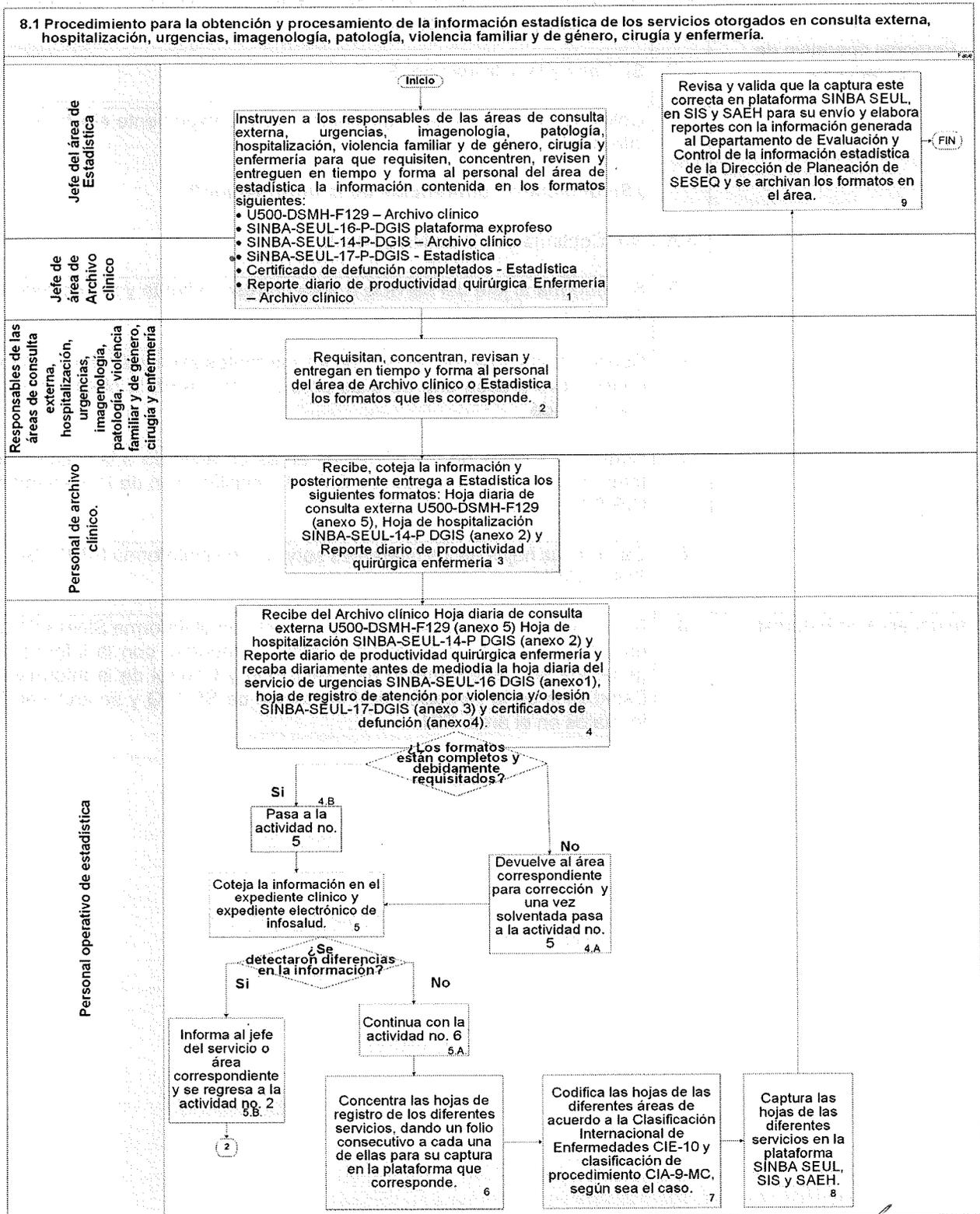
Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

Personal operativo de Estadística		¿Los formatos están completos y debidamente requisitados?
	4.A	No. Devuelve al área correspondiente para corrección y una vez solventada pasa a la actividad no. 5
	4.B	Si. Pasa a la actividad no. 5.
	5	Coteja la información en expediente clínico y expediente electrónico de infosalud. ¿Se detectaron diferencias en la información?
	5.A	No. Continúa con la actividad no. 6.
	5.B	Si. Informa al jefe del servicio o área correspondiente y se regresa a la actividad no. 2
	6	Concentra las hojas de registro de los diferentes servicios, dando un folio consecutivo a cada una de ellas para su captura en la plataforma que corresponde.
	7	Codifica las hojas de las diferentes áreas de acuerdo a la clasificación Internacional de enfermedades CIE-10 y clasificación de Procedimiento CIE-9-MC, según sea el caso.
	8	Captura las hojas de los diferentes servicios en plataforma SINBA SEUL, SIS y SAEH.
Jefe del área de Estadística	9	Revisa y valida que la captura esta correcta en plataforma SINBA SEUL, en SIS y SAEH para su envío y elabora reportes con la información generada al Departamento de Evaluación y Control de la Información Estadística de la Dirección de Planeación de SESEQ y se archivan los formatos en el área. FIN

Diagrama.



Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

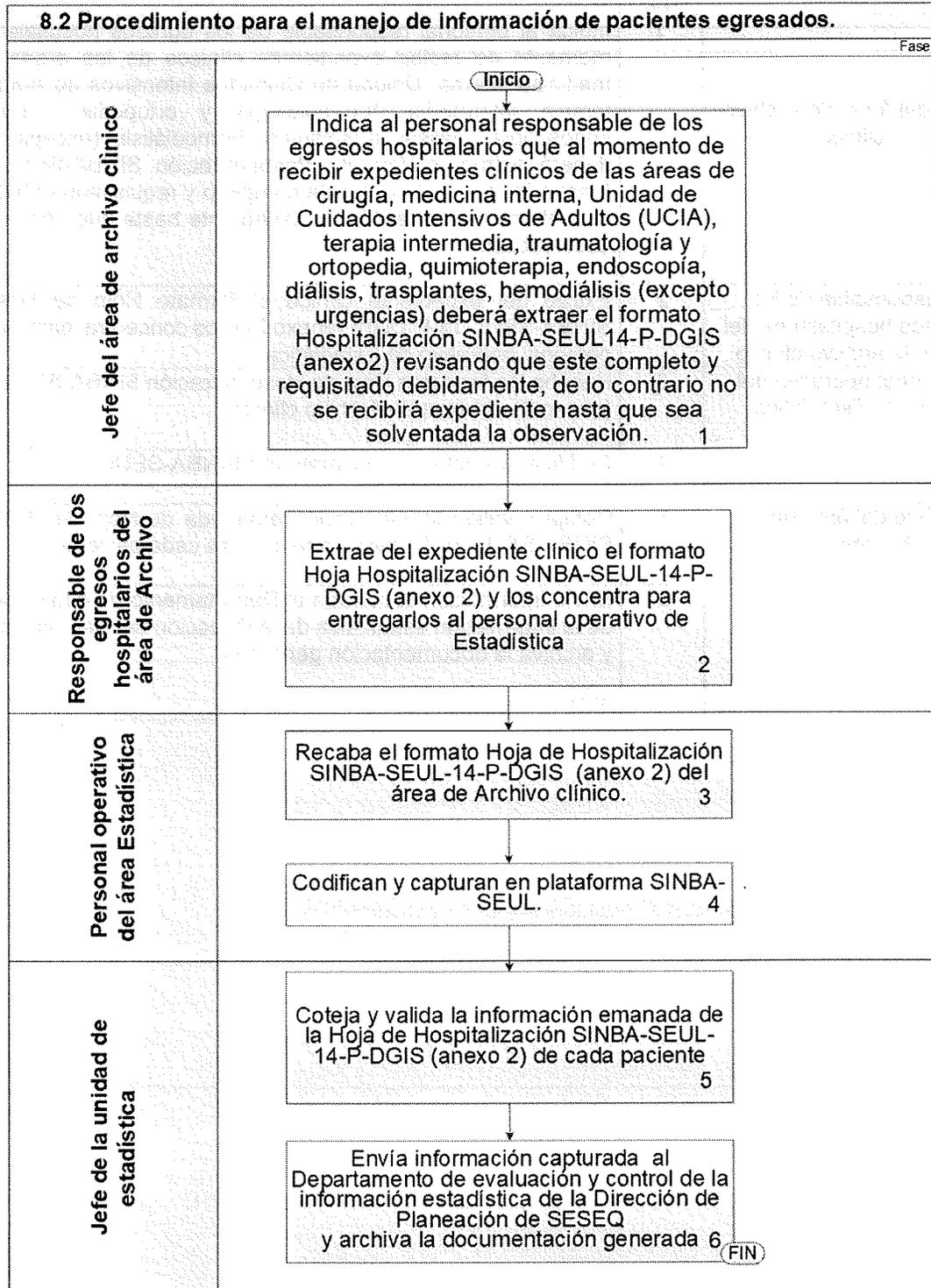
8.2 Procedimiento para el manejo de información de pacientes egresados.

Responsable	Act. No.	Descripción
Jefe del área de Archivo clínico	1	Indica al personal responsable de los egresos hospitalarios que al momento de recibir expedientes clínicos de las áreas de cirugía, medicina interna, Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos (UCIA), terapia intermedia, traumatología y ortopedia, quimioterapia, endoscopia, diálisis, trasplantes, hemodiálisis (excepto urgencias), deberá extraer el formato Hospitalización SINBA-SEUL-14-P-DGIS (anexo 2) revisando que este completo y requisitado debidamente, de lo contrario no se recibirá el expediente hasta que sea solventada la observación.
Responsable de los egresos hospitalarios del área de archivo clínico	2	Extrae del expediente clínico el formato Hoja de Hospitalización SINBA-SEUL-14-P-DGIS (anexo 2) y los concentra para entregarlos al personal operativo de Estadística
Personal operativo del área de Estadística	3	Recaba los formatos Hoja de Hospitalización SINBA-SEUL-14-P DGIS (anexo 2) del área de Archivo clínico.
	4	Codifican y capturan en plataforma SINBA-SEUL.
Jefe del área de Estadística	5	Coteja y valida la información emanada de Hoja de Hospitalización SINBA-SEUL-14-P DGIS (anexo 2) de cada paciente.
	6	Envía información capturada al Departamento de evaluación y control de la información estadística de la Dirección de Planeación de SESEQ y archiva la documentación generada
		FIN

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.



Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

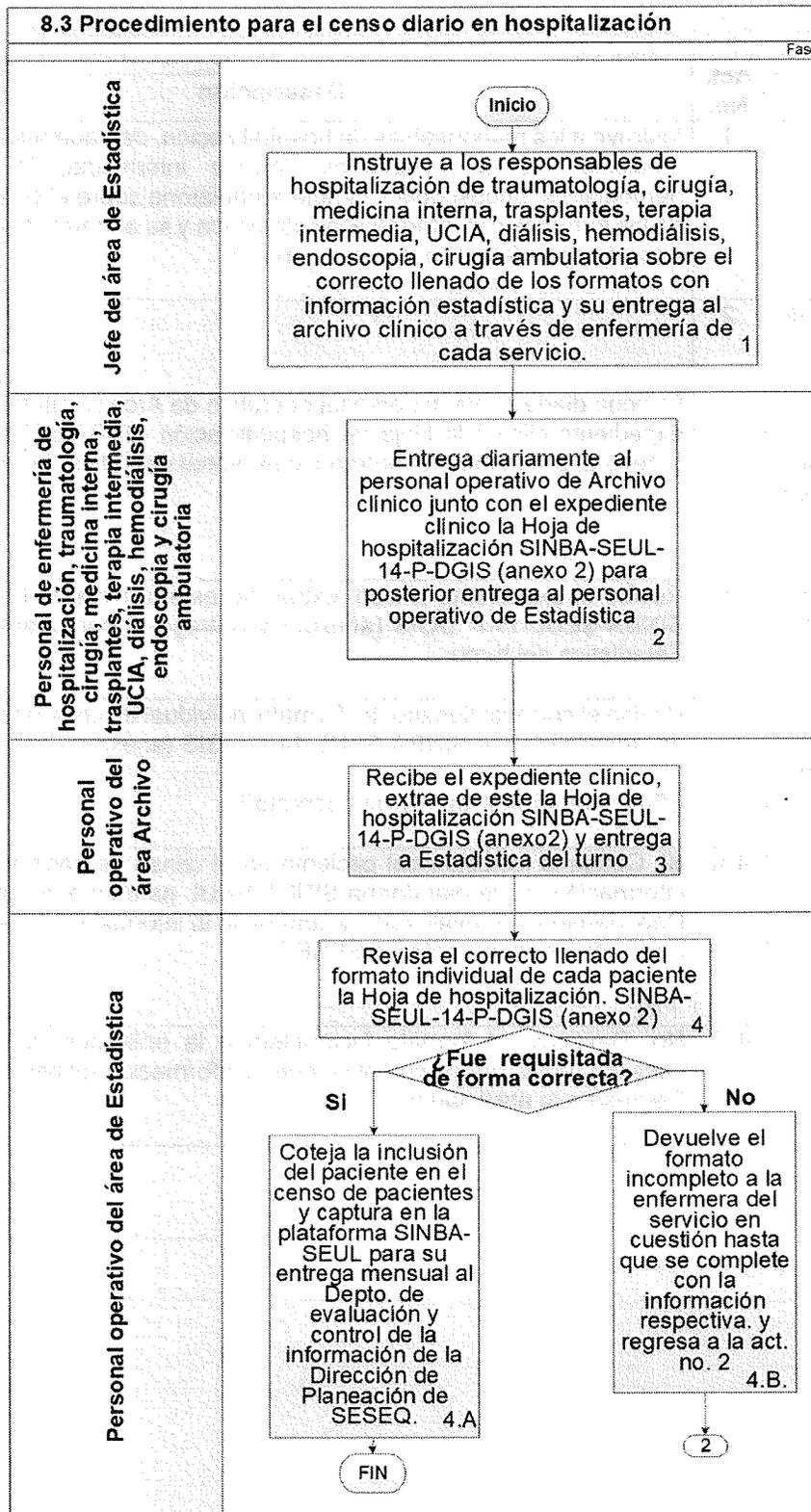
Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

8.3 Procedimiento para el censo diario en hospitalización.

Responsable	Act. No.	Descripción
Jefe del área de Estadística	1	Instruye a los responsables de hospitalización, de traumatología, cirugía, medicina interna, trasplantes, terapia intermedia, UCIA, diálisis, hemodiálisis, endoscopia y cirugía ambulatoria sobre el correcto llenado de los formatos con información estadística y su entrega al archivo clínico a través de enfermería de cada servicio.
Personal de enfermería de hospitalización traumatología, cirugía, medicina interna, trasplantes, terapia intermedia, UCIA, diálisis, hemodiálisis. endoscopia y cirugía ambulatoria	2	Entrega diariamente al personal operativo de Archivo clínico junto con el expediente clínico la Hoja de hospitalización SINBA-SEUL-14-P DGIS (anexo 2) para posterior entrega al personal operativo de Estadística.
Personal operativo del área de Archivo clínico	3	Recibe el expediente clínico, extrae de este la Hoja de hospitalización SINBA-SEUL-14-P DGIS (anexo2) y entrega al personal operativo de Estadística del turno.
Personal Operativo del área de Estadística	4	Revisa el correcto llenado del formato individual de cada paciente la Hoja de Hospitalización SINBA-SEUL-14-P DGIS (anexo2). ¿Fue requisitada de forma correcta?
	4.A	Si. Coteja la inclusión del paciente en el censo de pacientes y captura información en la plataforma SINBA-SEUL para su entrega mensual al Departamento de evaluación y control de la información estadística de la Dirección de Planeación de SESEQ. FIN.
	4.B	No. Devuelve el formato incompleto a la enfermera del servicio en cuestión hasta que se complete con la información respectiva. Regresa a la actividad no. 2

Diagrama



Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

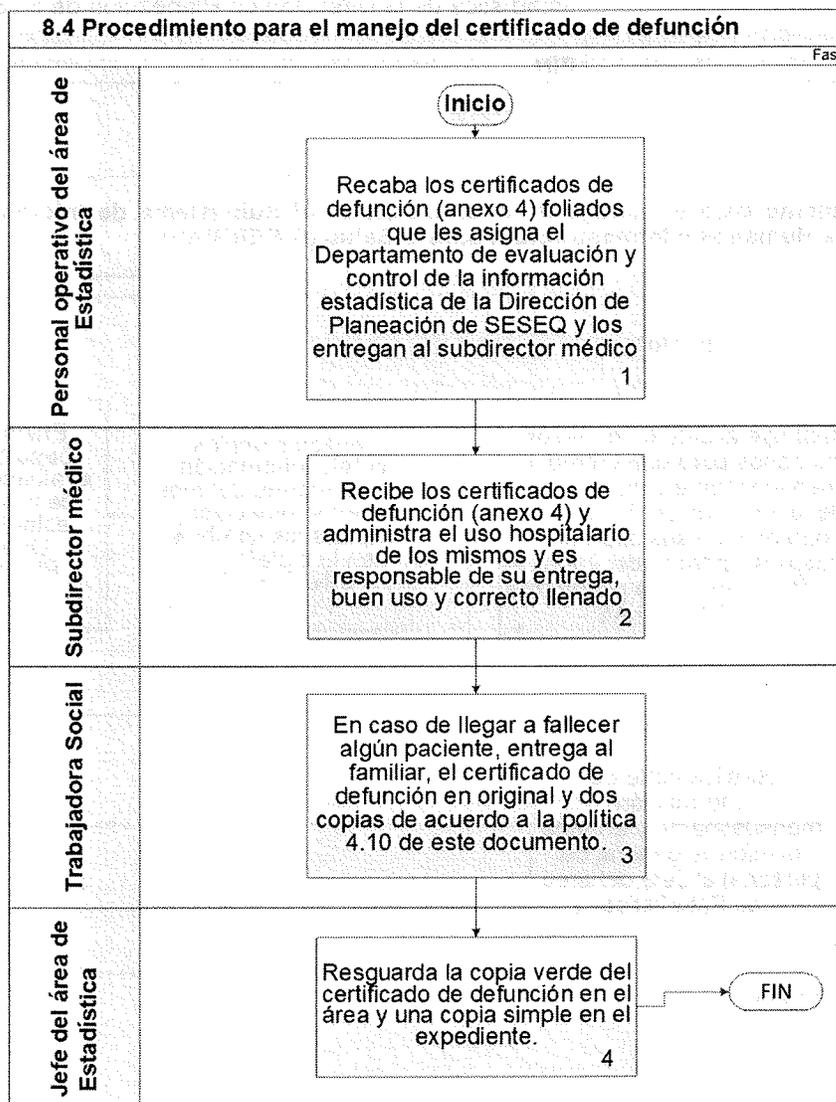
Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

8.4 Procedimiento para el manejo de certificado de defunción.

Responsable	Act. No.	Descripción
Personal operativo del área de Estadística	1	Recaba los certificados de defunción (anexo 4) foliados que les asigna el Departamento de evaluación y control de la información estadística de la Dirección de Planeación de SESEQ y los entrega al subdirector médico.
Subdirector médico	2	Recibe los certificados de defunción (anexo 4) y administra el uso hospitalario de los mismos y es responsable de su entrega, buen uso y correcto llenado.
Trabajadora Social	3	En caso de llegar a fallecer algún paciente, entrega al familiar, el certificado de defunción en original y dos copias de acuerdo a la política 4.10 de este documento.
Jefe del área de Estadística	4	Resguarda la copia verde del certificado de defunción en el área y una copia simple en el expediente. FIN

Diagrama



Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

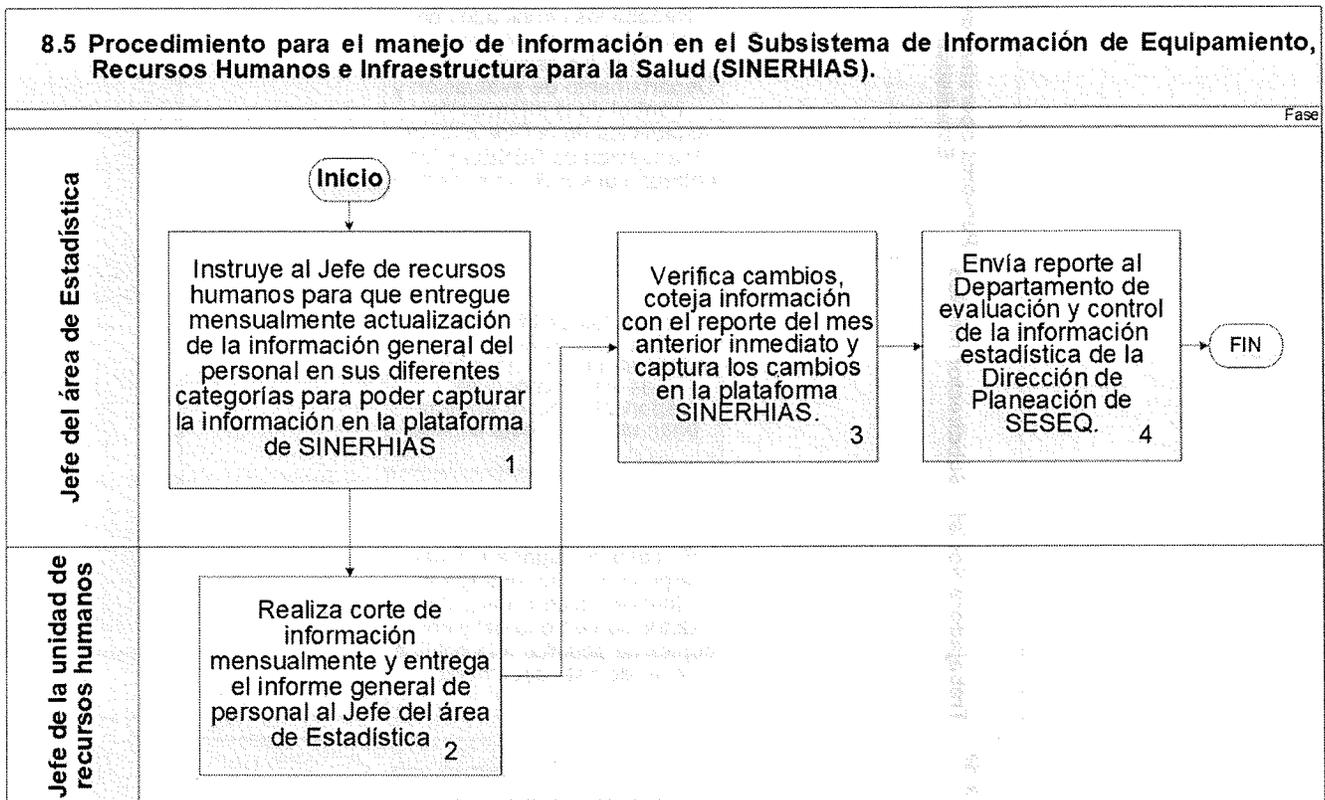
Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

[Handwritten signatures and marks on the right side of the page]

8.5 Procedimiento para el manejo de información en el Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Salud (SINERHIAS).

Responsable	Act. No.	Descripción
Jefe del área de Estadística	1	Instruye al Jefe de recursos humanos para que entregue mensualmente actualización de la información general del personal en sus diferentes categorías para poder capturar la información en la plataforma de SINERHIAS.
Jefe de Unidad de Recursos Humanos	2	Realiza corte de información mensualmente y entrega el informe general del personal al Jefe del área de Estadística.
Jefa del área de Estadística	3	Verifica cambios, coteja información con el reporte del mes anterior inmediato y captura los cambios en la plataforma de SINERHIAS.
	4	Envía reporte al Departamento de evaluación y control de la información estadística de la Dirección de Planeación de SESEQ.
FIN		

Diagrama



Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

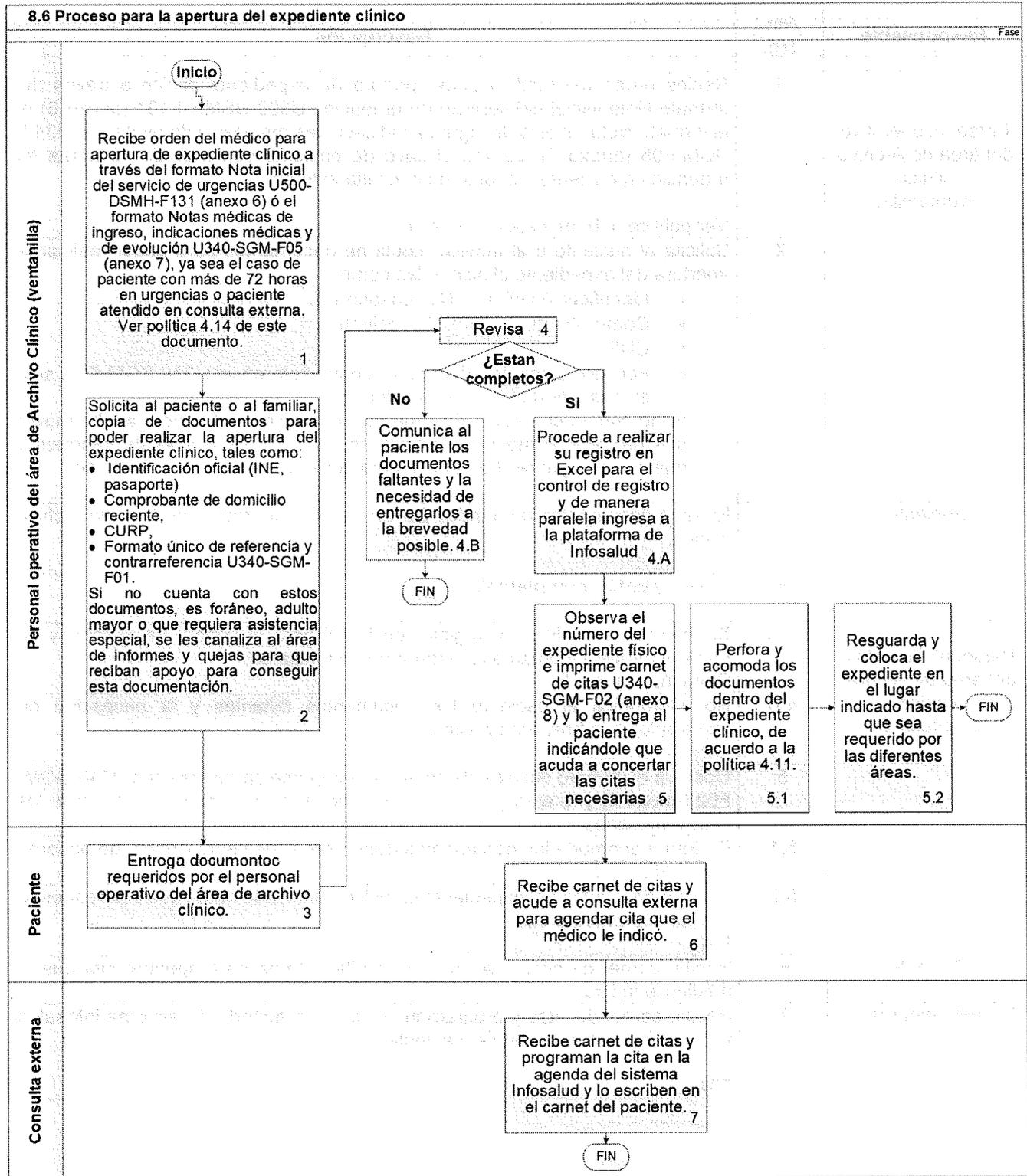
Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

8.6 Proceso para la apertura de expediente clínico

Responsable	Act. No.	Descripción
Personal operativo del área de Archivo clínico (ventanilla)	1	Recibe orden del médico para apertura de expediente clínico a través del formato Nota inicial del servicio de urgencias U500-DSMH-F131 (anexo 6) ó, el formato Nota médica de ingreso, indicaciones médicas y de evolución U340-SGM-F05 (anexo 7), ya sea el caso de paciente con más de 72 horas en urgencias o paciente atendido en consulta externa. Ver política 4.14 de este documento.
	2	Solicita al paciente o al familiar, copia de documentos para poder realizar la apertura del expediente clínico, tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Identificación oficial (INE, pasaporte), • Comprobante de domicilio reciente, • CURP, • Formato único de referencia y contrarreferencia U340-SGM-F01, solo en caso de que haya sido referido. Si no cuenta con estos documentos, es paciente foráneo, adulto mayor que requiere asistencia especial, se les canaliza al área de informes y quejas para que reciban apoyo para conseguir esta documentación.
Paciente	3	Entrega documentos requeridos por el personal operativo del área de archivo clínico.
Personal Operativo del área de Archivo clínico (ventanilla)	4	Revisa ¿Están completos?
	4.A	Si. Procede a realizar su registro en Excel para el control de registro y de manera paralela ingresa a la plataforma de Infosalud. Continúa act. no. 5
	4.B	No. Comunica al paciente los documentos faltantes y la necesidad de entregarlos a la brevedad posible. FIN
	5	Observa el número del expediente físico e imprime carnet de citas U340-SGM-F02 (anexo 8) y lo entrega al paciente indicándole que acuda a concertar las citas necesarias.
	5.1	Perfora y acomoda los documentos dentro del expediente clínico, de acuerdo a la política 4.11
	5.2	Resguarda y coloca el expediente en el lugar indicado hasta que sea requerido por las diferentes áreas. FIN.
Paciente	6	Recibe carnet de citas y acude a consulta externa para agendar cita que el médico le indicó.
Consulta externa.	7	Recibe carnet de citas y programan la cita en la agenda del sistema Infosalud y lo escriben en el carnet del paciente. FIN.

Diagrama



Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

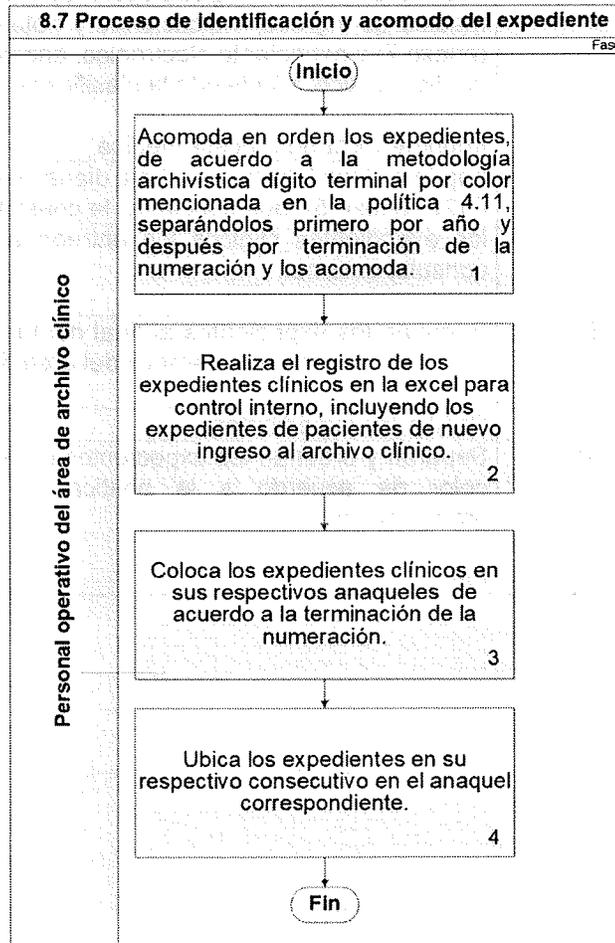
Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

8.7 Proceso de identificación y acomodo de expediente.

Responsable	Act. No.	Descripción
Personal operativo del área de Archivo clínico	1	Acomoda en orden los expedientes, de acuerdo a la metodología archivística dígito terminal por color, mencionada en la política 4.11, separándolos primero por año y después por terminación de la numeración y los acomoda.
	2	Realiza el registro de los expedientes clínicos en excel para control interno, incluyendo los expedientes de pacientes de nuevo ingreso al archivo clínico.
	3	Coloca los expedientes clínicos en sus respectivos anaqueles de acuerdo a la terminación de la numeración.
	4	Ubica los expedientes en su respectivo consecutivo en el anaquel correspondiente. FIN

Diagrama



Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

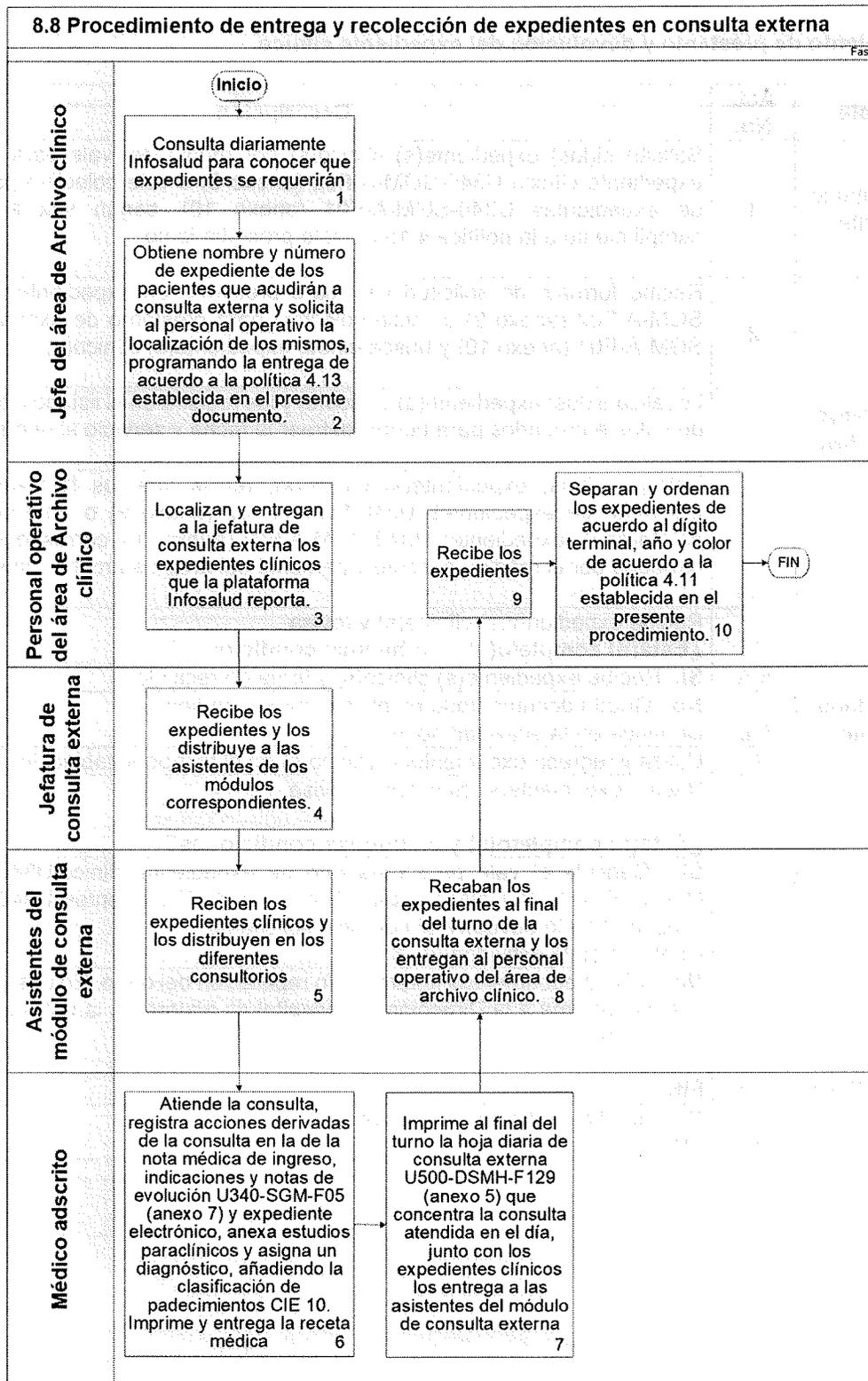
Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

[Handwritten signatures and marks on the right side of the page]

8.8 Procedimiento de entrega y recolección de expedientes de consulta externa.

Responsable	Act. No.	Descripción
Jefe del área de Archivo clínico	1	Consulta diariamente Infosalud para conocer que expedientes se requerirán.
	2	Obtiene nombre y número de expediente de los pacientes que acudirán a consulta externa y solicita al personal operativo la localización de los mismos, programando la entrega de acuerdo a la política 4.13 establecida en el presente documento.
Personal operativo del área de Archivo clínico	3	Localizan y entregan a la jefatura de consulta externa los expedientes clínicos que la plataforma Infosalud reporta.
Jefatura de consulta externa	4	Recibe los expedientes y los distribuye a las asistentes de los módulos correspondientes.
Asistentes del módulo de consulta externa	5	Reciben los expedientes clínicos y los distribuyen en los diferentes consultorios.
Médico adscrito	6	Atiende la consulta, registra acciones derivadas de la consulta en la nota médica de ingreso, indicaciones y notas de evolución U340-SGM-F05 (anexo 7) y expediente electrónico, anexa estudios paraclínicos y asigna un diagnóstico, añadiendo la clasificación de padecimientos CIE 10. Imprime y entrega receta médica.
	7	Imprime al final del turno la hoja diaria de consulta externa. U500-DSMH-F129 (anexo 5), que concentra la consulta atendida en el día, junto con los expedientes clínicos los entrega a las asistentes de módulo de consulta externa.
Asistentes de Módulo de consulta externa	8	Recaban los expedientes al final del turno de la consulta externa y los entregan al personal operativo del área de archivo clínico.
Personal Operativo del área de Archivo clínico	9	Recibe los expedientes
	10	Separan y ordenan los expedientes de acuerdo al dígito terminal, año y color de acuerdo a la política 4.11 establecida en el presente procedimiento.
		FIN

Diagrama



Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

8.9 Procedimiento de préstamo y devolución del expediente clínico.

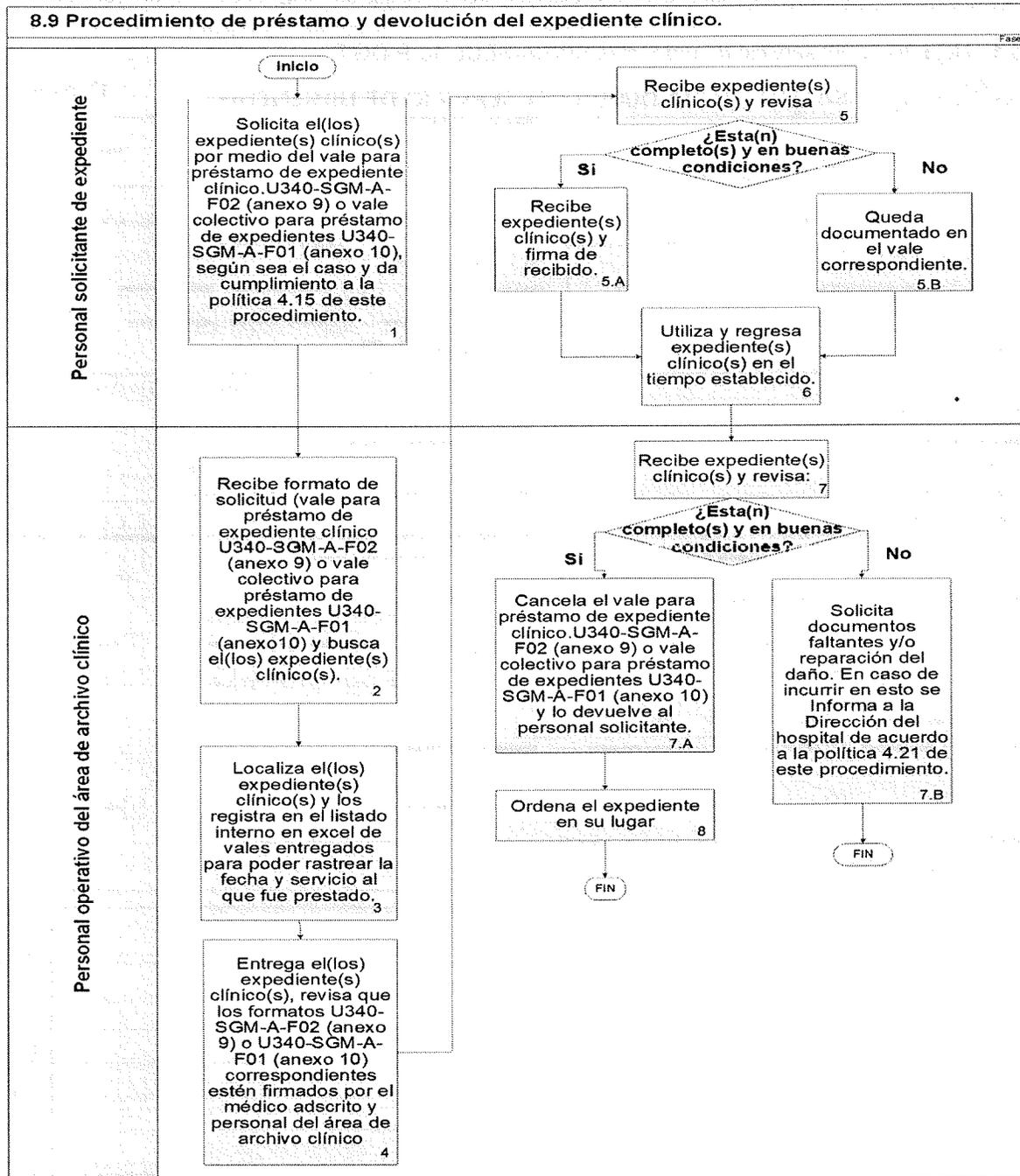
Responsable	Act. No.	Descripción
Personal solicitante de expediente	1	Solicita el(los) expediente(s) clínico(s) por medio del vale para préstamo de expediente clínico U340-SGM-A-F02 (anexo 9) o vale colectivo para préstamo de expedientes U340-SGM-A-F01 (anexo 10), según sea el caso y da cumplimiento a la política 4.15 de este procedimiento.
Personal operativo del área de archivo clínico	2	Recibe formato de solicitud vale para préstamo de expediente clínico U340-SGM-A-F02 (anexo 9) o, vale colectivo para préstamo de expedientes U340-SGM-A-F01 (anexo 10) y busca el(los) expediente(s) clínico(s).
	3	Localiza el(los) expediente(s) clínico(s) y los registra en el listado interno en excel de vales entregados para poder rastrear la fecha y servicio al que fue prestado.
	4	Entrega el(los) expediente(s) clínico(s), revisa que los formatos Vale para préstamo de expedientes U340-SGM-A-F02 (anexo 9) o Vale colectivo para préstamo de expedientes U340-SGM-A-F01 (anexo 10) correspondientes estén firmados por el médico adscrito y personal del área de archivo clínico.
Personal solicitante de expediente	5	Recibe expediente(s) clínico(s) y revisa. ¿Está(n) completo(s) y en buenas condiciones?
	5.A	Si. Recibe expediente(s) clínico(s) y firma de recibido.
	5.B	No. Queda documentado en el vale correspondiente. Continúa en la actividad no. 6.
	6	Utiliza y regresa expediente(s) clínico(s) en el tiempo establecido.
Personal operativo del área de Archivo clínico	7	Recibe expediente(s) clínico(s) y revisa. ¿Está(n) completo(s) y en buenas condiciones?
	7.A	Si. Cancela el vale para préstamo de expediente clínico.U340-SGM-A-F02 (Anexo 9) o Vale Colectivo para Préstamo de Expedientes U340-SGM-A-F01 (Anexo 10) y lo devuelve al personal solicitante. Continúa en la actividad no. 8
	7.B	No. Solicita documentos faltantes y/o reparación del daño. En caso de incurrir en esto se informa a la Dirección del hospital de acuerdo a la política 4.21 de este procedimiento. FIN
	8	Ordena el expediente en su lugar. FIN.

Diagrama

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.



9.0 CONTROL DE CAMBIOS

REVISIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
A	Mayo 2023	Elaboración y validación del procedimiento.

10.0 ANEXOS

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

2ª. parte

SEU - 2023

INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA: 1 Si 2 No

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPÉUTICOS Y QUIRÚRGICOS:
 En este apartado se deberán incluir ADEMÁS los procedimientos, abordajes maternos, obstétricos, materno-infanciales, abortos, parto en posición vertical, aborto inmediato materno y neonatal, acompañamiento psicosocial, y manejo activo de tercer periodo del trabajo de parto.

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
 6. _____
 7. _____
 8. _____

TIPO DE ANESTESIA: 1 General 2 Regional 3 Sedación 4 Local 5 Combinada 6 No uso

HISTORIA GINECOBISTÉTRICA: Gestas Abortos Partos Cesáreas
EDAD GESTACIONAL: 1 Gestas 2 Partos 3 Cesáreas 4 No

TIPO DE ATENCIÓN: 1 Aborto 2 Parto 3 Cesárea 4 No

TIPO PROCEDIMIENTO DE ABORTO: 1 LU/ 2 AMEU 3 Mieloblastoma 4 Útero 5 Gemelar 6 Otro

TIPO DE PARTO: 1 Eutócico 2 Distócico vaginal 3 Cesárea 4 Otro

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: 0 Ninguno 1 Hormonal 2 Inyectable mensual 3 Inyectable bimestral 4 Implante subdérmico 5 Dispositivo intrauterino 6 Preservativo femenino 7 Preservativo masculino 8 DIU medicado 9 Parche dérmico 10 OTS 11 Otros 12 Inyectable trimestral

INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE RETAL, SEGÚN SE EL CASO)

CONDICIÓN AL NACIMIENTO	MADRID VIVO		MADRID MUERTO		MADRID MUERTO
	1	2	1	2	
1					
1					
1					

DATOS DE LOS PRODUCTOS

CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE	VIVO		MUERTO	
	1	2	1	2
1				
1				
1				

TIPO DE UNIDAD: 1 Hospital 2 Ambulatorio 3 Psiquiátrico 4 Unidad de desintoxicación 5 Villa psiquiátrica 6 Otros 7 No especificado

HOSPITAL CONTINUO: 1 Psiquiátrico 2 Propósito 3 Psiquiátrico 4 Unidad de desintoxicación 5 Villa psiquiátrica 6 Otros 7 No especificado

HOSPITAL PARCIAL: 1 Día 2 Noche 3 Fin de semana 4 Otro 5 No especificado

UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES: 1

PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE:
 NOMBRE: _____
 C.U.R.P.: _____
 CÉDULA PROFESIONAL: _____
 FIRMA: _____
 Primer Apellido _____
 Segundo Apellido _____

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

FECHA Y HORA DE ATENCIÓN: <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> HH <input type="text"/> MM		SERVICIO QUE OTORGÓ LA ATENCIÓN: <input type="checkbox"/> 1 Consulta externa <input type="checkbox"/> 2 Hospitalización <input type="checkbox"/> 3 Urgencias <input type="checkbox"/> 4 Servicio especializado de atención a la violencia <input type="checkbox"/> 5 Otro servicio	
TIPO DE ATENCIÓN: <input type="checkbox"/> 1 Médica <input type="checkbox"/> 2 Psicológica <input type="checkbox"/> 3 Quirúrgica <input type="checkbox"/> 4 Psiquiátrica <input type="checkbox"/> 5 Consejería <input type="checkbox"/> 6 Otra <input type="checkbox"/> 7 Píndora anticoncepcional de emergencia <input type="checkbox"/> 8 Profilaxis VIH <input type="checkbox"/> 9 Profilaxis otras ITS <input type="checkbox"/> 10 IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo)		Especifique	
ÁREA ANATÓMICA DE MAYOR GRAVEDAD: <input type="checkbox"/> 1 Cabeza <input type="checkbox"/> 2 Cara <input type="checkbox"/> 3 Región Ocular <input type="checkbox"/> 4 Cuello <input type="checkbox"/> 5 Columna vertebral <input type="checkbox"/> 6 Extremidades superiores <input type="checkbox"/> 7 Mano <input type="checkbox"/> 8 Tórax <input type="checkbox"/> 9 Espalda y/o piñeces <input type="checkbox"/> 10 Abdomen <input type="checkbox"/> 11 Pelvis <input type="checkbox"/> 12 Región genital <input type="checkbox"/> 13 Extremidades inferiores <input type="checkbox"/> 14 Pies <input type="checkbox"/> 15 Múltiples <input type="checkbox"/> 16 Otros <input type="checkbox"/> 17 No hubo lesión		Especifique	
CONSECUENCIA RESULTANTE DE MAYOR GRAVEDAD: <input type="checkbox"/> 1 Laceración / abrasión <input type="checkbox"/> 2 Aplastamiento <input type="checkbox"/> 3 Cicatrices <input type="checkbox"/> 4 Depresión <input type="checkbox"/> 5 Contusión / magullamiento <input type="checkbox"/> 6 Congelamiento <input type="checkbox"/> 7 Aborto <input type="checkbox"/> 8 Trastornos de ansiedad / estrés posttraumático <input type="checkbox"/> 9 Quemadura / corrosión <input type="checkbox"/> 10 Agülla <input type="checkbox"/> 11 Embarazo <input type="checkbox"/> 12 Trastornos psiquiátricos <input type="checkbox"/> 13 Luxación / esguince <input type="checkbox"/> 14 Herida <input type="checkbox"/> 15 Inyección de transmisión sexual <input type="checkbox"/> 16 Múltiple <input type="checkbox"/> 17 Amputación / avulsión <input type="checkbox"/> 18 Fractura <input type="checkbox"/> 19 Deformación <input type="checkbox"/> 20 Malestar emocional <input type="checkbox"/> 21 Tratamiento del estado de ánimo <input type="checkbox"/> 22 Otra		Especifique	
AFECCIÓN PRINCIPAL: 1. <input type="text"/> 2. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>		RESELECCIÓN AL P.:	
CAUSA EXTERNA (Especifique los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causan la lesión):			
SE DIÓ AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO: <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No		DESTINO DESPUÉS DE LA ATENCIÓN: <input type="checkbox"/> 1 Domicilio <input type="checkbox"/> 2 Traslado a otra unidad médica <input type="checkbox"/> 3 Servicio especializado atención a violencia <input type="checkbox"/> 4 Consulta externa <input type="checkbox"/> 5 Defunción: <input type="text"/> <small>Folio del certificado</small> <input type="checkbox"/> 6 Refugio o albergue <input type="checkbox"/> 7 DIF <input type="checkbox"/> 8 Hospitalización <input type="checkbox"/> 9 Ministerio público <input type="checkbox"/> 10 Grupo de ayuda mutua	
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN: <input type="checkbox"/> 1 Médico(a) tratante <input type="checkbox"/> 2 Psicólogo(a) tratante <input type="checkbox"/> 3 Trabajadora o trabajador social		<input type="checkbox"/> 11 Otro	
NOMBRE: <input type="text"/>		Especifique	
C.U.R.P.: <input type="text"/>		Especifique	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
CÉDULA PROFESIONAL: <input type="text"/>		FIRMA:	

SEUL - 2023

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

Anexo 4. Certificado de defunción.

1ª. parte



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2022
FOLIO

999999999

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN
DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO/A Persona desconocida <input type="checkbox"/>	
Nombre (s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99
5. CURP _____	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país, si nació en el extranjero _____
6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 *Especifique: _____	9. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> 1 Si ignora <input type="checkbox"/> 9 Otra* <input type="checkbox"/> 2 *Especifique: _____
10. EDAD CUMPLIDA Para menores de un día: Meses _____ Horas _____ Para menores de un mes: Horas _____ Días _____ Para menores de un año o más: Meses _____ Años cumplidos _____ Se ignora <input type="checkbox"/> 99	11. SITUACIÓN CONYUGAL Se ignora <input type="checkbox"/> 99 Soltero/a <input type="checkbox"/> 1 En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Casado/a <input type="checkbox"/> 5 Separado/a <input type="checkbox"/> 6 Divorciado/a <input type="checkbox"/> 3 Viudo/a <input type="checkbox"/> 2
12. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecido/a	13. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99
12.1 Tipo de localidad _____ 12.2 Nombre de la localidad _____ 12.3 Núm. Ext. _____ 12.4 Núm. Int. _____ 12.5 Tipo de asentamiento humano _____ 12.6 Nombre del asentamiento humano _____ 12.7 Código Postal _____ 12.8 Localidad _____ 12.9 Municipio o Alcaldía _____ 12.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____	10.1 Folio del Certificado de Nacimiento _____ 10.2 Semanas de gestación _____ 10.3 Peso al nacer (gramos) _____
14. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="checkbox"/> 99	14.1 Trabajaba Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99
15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 10 ISSFAM <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	15.1 Número de seguridad social o afiliación _____
16. HOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	17. PARENTESCO CON LA (EL) FALLECIDO/A _____
18. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE _____	
19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9	19.1 Nombre de la unidad médica _____ 19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Via pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12 Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	20.1 Tipo de localidad _____ 20.2 Nombre de la localidad _____ 20.3 Núm. Ext. _____ 20.4 Núm. Int. _____ 20.5 Tipo de asentamiento humano _____ 20.6 Nombre del asentamiento humano _____ 20.7 Código Postal _____ 20.8 Localidad _____ 20.9 Municipio o Alcaldía _____ 20.10 Entidad federativa _____
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99
23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	23.1 Fecha de cirugía _____ 23.2 Motivo de cirugía _____
24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
25. TIPO DE DEFUNCIÓN Enfermedad <input type="checkbox"/> 4 Accidente <input type="checkbox"/> 1 Agresión <input type="checkbox"/> 2 Lesiones autoinfligidas intencionalmente <input type="checkbox"/> 3 Intervención legal <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción _____
PARTE I Reporte la enfermedad o condición causante directamente de defunción en línea a) _____ Reporte la cadena de afecciones o eventos en debido orden (si aplica). Anote la causa básica en la última línea utilizada: b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____	Código CIE _____
PARTE II - Otras condiciones o estados patológicos significativos que no pertenecen a la parte I, pero que su presencia contribuyó a la defunción. (el intervalo de tiempo puede incluirse después del estado patológico)	
27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 ignora <input type="checkbox"/> 99	28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
27.1 ¿Los hallazgos se utilizaron en la certificación? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4 El parto <input type="checkbox"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la defunción <input type="checkbox"/> 3 El puerperio <input type="checkbox"/> 5
	28.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
	28.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
	29. ¿LA (EL) FALLECIDO/A PRESENTÓ MUERTE ENCEFÁLICA? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
	29.1 ¿Fue Donadora/or de órganos? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
	30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____ 30.1 CÓDIGO ADICIONAL _____

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

Anexo 6. Nota inicial del servicio de Urgencias U500-DSMH-F131.

Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios. Urgencias



Nota Inicial del Servicio de Urgencias (U500-DSMH-F131)

Folio: _____

Fecha y hora de llegada a urgencias: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____ CURP: _____ Domicilio: Calle: _____

Colonia: _____ Municipio: _____ Estado: _____

Derechohabiciencia: Si ___ No ___ Referido por: Centro de Salud: ___ Médico Particular: ___ Hospital: _____

Destino: Hospitalización: _____ Consulta Externa: _____ Domicilio: ___ Otro: _____

Tensión Arterial	Frecuencia cardíaca	Frecuencia Respiratoria	Saturación de oxígeno	Temperatura	Peso	Talla	Glicemia Capilar	Escala de Glasgow
Nota Médica Inicial								
Fecha y hora:				Motivo de la atención:				
Exploración Física:								
Auxiliares de Diagnóstico:								
Diagnóstico (s)								
Plan y o Tratamiento:								
Pronóstico:								

Nombre cédula y firma del médico que autoriza. _____

Nombre, cédula y firma del médico tratante. _____

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

Anexo 8. Carnet de citas U340-SGM-F02.

Anverso

 SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ QUERÉTARO	
Carnet de Citas (U340-SGM-F02)	
Apellido paterno	Apellido materno
Nombre (s)	CURP
Fecha de nacimiento	Municipio
	Localidad
Centro de salud al que corresponde	
No. Expediente Centro de Salud	Jurisdicción Sanitaria _____
Hospital, unidad especializada o de apoyo	
No. Expediente Unidad segundo nivel	
Estudio socioeconómico	
Nivel Socioeconómico	Fecha de vencimiento
Nombre de la Trabajadora Social	
Recuerde presentarse 15 minutos antes de la hora de su cita.	

REQUISITOS PARA LA ATENCIÓN

- Es obligatorio presentarse con su carnet de citas, identificación oficial, CURP o acta de nacimiento.
- Si acude a hospitales o unidades especializadas no olvide llevar sus cartas vigentes de no derechohabencia a IMSS o ISSSTE.
- Deberá presentarse 15 minutos antes de la hora de su cita.
- Realice el pago correspondiente y presente la ficha de pago en el área de caja de la unidad si así se requiere.
- Evite traer más de un acompañante.
- Evite traer niños que no vengan a consulta.
- No consuma alimentos dentro de la unidad.
- Al salir de su consulta pase al módulo de consulta externa para registrar su próxima cita.

GRACIAS POR ATENDER ESTOS REQUISITOS.

Teléfonos:

Jurisdicción Sanitaria No. 1: 442-2137016, 442-2137275, 442-2135906
 Hospital General de Querétaro: 442-4300924
 Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer: 442-2919200
 Unidad de Especialidades de Oncología: 442-4285201, 442-4285202, 442-4285203.
 Centro Estatal de Salud Mental: 442-2155432, 442-2155433
 Unidad Estatal de Hemodiálisis: 442-2291778
 CAPASITS: 442-2155432, Ext. 4303, 4518
 Jurisdicción Sanitaria No. 2: 427-2720437, 427-2727451.
 Hospital de San Juan del Río: 427 266 20 00 ext. 5003
 Jurisdicción Sanitaria No. 3: 441-2761957, 441-2760865
 Hospital General de Cadereyta: 441-2760612, 441-2760613
 Jurisdicción Sanitaria No. 4: 441-2960490, 441-2960032
 Hospital General de Jalpan: 441-2960090, 441-2960150
 Para mayor información consulte www.seseg.gob.mx

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

Anexo 9. Vale para Préstamo de Expediente Clínico.U340-SGM-A-F02.

DSMH. Servicio de archivo clínico.

Vale para préstamo de expediente clínico. U340-SGM-A-F02



Unidad administrativa: _____ Folio: _____

Área solicitante: _____ Fecha: _____

Vale de expediente clínico			
No. de expediente	Nombre del paciente	Observaciones	Fecha de devolución

Solicita.	Recepción en archivo clínico.
Nombre y firma.	Nombre y firma.

Nota: Toda persona solicitante deberá mostrar su credencial de trabajador como medio de identificación, a fin de que los expedientes puedan ser entregados en calidad de préstamo. En caso de no devolverlos o extraviar cualquiera de ellos, al ser propiedad de SESEQ como marca el 5.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, será sujeto a investigación todo aquel trabajador involucrado desde la solicitud, uso, resguardo y entrega de los mismos, acorde al marco legal aplicable y las sanciones serán aplicables acorde a lo establecido en la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de Querétaro.

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

