
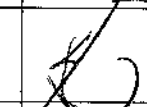





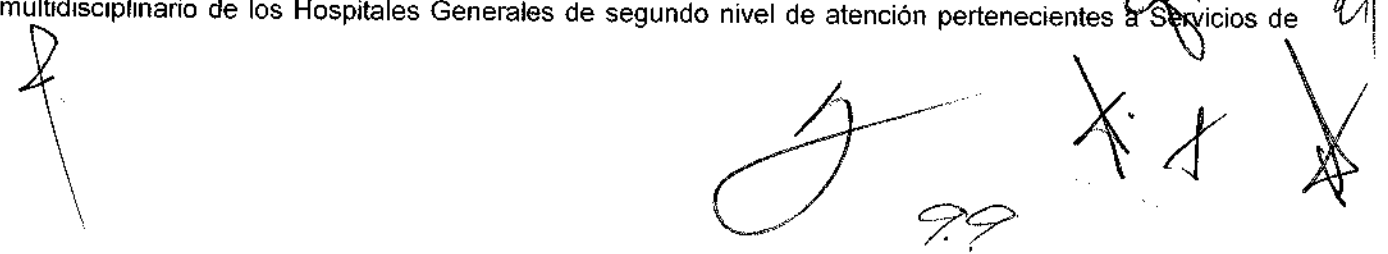
 <p>SECRETARIA DE SALUD - SESEQ Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios</p> <p>Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios</p>	Clave del Procedimiento: U500-DSMH-P03		Revisión: A	
	Elaboró: Dra. Yessica Victoria Capula Sánchez. Jefa de Departamento de Atención Médica Hospitalaria de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios. Dr. Mario Ortiz Amezola. Médico especializado en Psiquiatría del Hospital General de Querétaro y Responsable del Servicio de Salud Mental en el Hospital General de Querétaro. Dra. Mariajose Romero González. Médico especializado en Psiquiatría del Hospital General de Querétaro. Mtra. Yolanda Téllez Saavedra, Jefatura Estatal de Trabajo Social. Asesoró: Dra. Dulce María Ramírez Saavedra, Jefa del Departamento de Organización, desarrollo e informática. C. Sandra Margarita Nieves Torres, Analista del Departamento de Organización, desarrollo e informática.		Fecha de validación: Octubre 2024	
	Aprobado por: Junta de Gobierno 4ta sesión ordinaria 2024 Acuerdo JG4/2024/A03			
	Revisado y validado por			
	Área	Nombre	Firma	
Procedimiento de atención médica de salud mental	Subcoordinación General Médica.	Dr. Francisco José Rivera Pesquera.		
	Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios.	Dr. Hugo Daniel Cerrillo Cruz.		
	Dirección del Hospital General de Querétaro.	Dr. Leopoldo Francisco Espinoza Feregrino.		
	Dirección de primer nivel de atención en salud	Dr. Bernardo Garrido Torres		
	Jefatura del Centro Estatal de Salud Mental	Dr. Sergio Aceves Guzmán.		
	Dirección de Planeación	Mtro. Arturo Torres Gutiérrez.		
	Departamento de Organización, Desarrollo e Informática.	Dra. Dulce María Ramírez Saavedra.		

1.0 OBJETIVO.

Establecer políticas y responsabilidades que permitan estandarizar los procesos de atención de pacientes en materia de salud mental, asegurando que se otorgue de manera oportuna, integral, continua y de calidad.

2.0 ALCANCE.

Aplica a todo el personal que intervenga en el proceso de atención de pacientes en materia de salud mental dentro del Centro Estatal de Salud Mental (CESAM), Hospital General de Querétaro y personal multidisciplinario de los Hospitales Generales de segundo nivel de atención pertenecientes a Servicios de



Salud del Estado de Querétaro, involucrados en el sistema de referencia y contrarreferencia en particular, relacionados con los servicios de salud mental.

3.0 ABREVIATURAS Y DEFINICIONES.

Atención inmediata del CESAM: Área asignada donde los pacientes estarán en espera de traslado a alguna unidad de referencia y/o permanecerán para el control de emergencia psiquiátrica.

Atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica: Conjunto de servicios que se proporcionan a las personas usuarias, con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener la salud mental en forma continua con calidad, calidez, seguridad y con un enfoque comunitario, sensibles a las diferencias de género. Comprende las actividades de promoción de la salud, preventivas, diagnósticas, terapéuticas que incluyen la prescripción farmacológica y psicoterapéutica, así como las de rehabilitación psicosocial, las cuales, se ejercen con pleno respeto a los derechos humanos de las personas usuarias.

Atención en urgencias: Servicio que requiere la atención inmediata del paciente, al estar en riesgo la función o se encuentra en peligro la vida. Persigue la estabilización, el diagnóstico y manejo terapéutico en la sala de urgencias o, su ingreso a servicios de hospitalización o cirugía.

CAPA o Centros de Atención Primaria en Adicciones: Centros de Atención Primaria en Adicciones en el Estado, los cuales surgen como una respuesta ante la demanda de Unidades Médicas Especializadas para la prevención y el tratamiento en materia de adicciones. Su propósito es mejorar la calidad de vida individual, familiar y social de los usuarios. Los CAPA ofrecen la atención de terapias ambulatorias, o sea de entrada por salida. Tratamientos breves, a través de una entrevista motivacional sensibilizamos al usuario a reconocer situaciones asociadas al problema de consumo de sustancias y sugerirle el tratamiento adecuado. Están a cargo del Consejo Estatal contra las Adicciones (CECA), órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro, que tiene por objetivo promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado, tendientes a la prevención y combate del alcoholismo, el tabaquismo, la farmacodependencia, y demás adicciones.

CESAM: Centro Estatal de Salud Mental.

Criterios de referencia y contrarreferencia de salud mental: Documento de apoyo que tiene como objetivo general, clasificar los padecimientos de salud mental de acuerdo a su complejidad, para darles atención en los tres niveles de salud y su implementación en la operación del sector en materia de salud mental; concentra los ítems médico-técnicos de salud mental relativos a las características clínicas y administrativas correspondientes al diagnóstico y motivo de envío a un establecimiento de segundo nivel a efecto de mejorar y optimizar las líneas de comunicación, referencia y contrarreferencia en los tres niveles de atención.

Carta de consentimiento informado: Documento escritos, signados por el paciente, su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, psicoterapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información sobre los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

Consulta externa en salud mental: Es el acto médico, realizado por profesionales de salud calificado, a un paciente ambulatorio, no hospitalizado en unidades médicas o especializadas o, en el domicilio del paciente.

Código 100: El Código 100 es un sistema de apoyo a la toma de decisiones clínicas en el comportamiento suicida en hospitales generales o centros de atención dentro de las redes integradas del sistema de salud (RISS).

Permite equiparar la atención de un usuario de los servicios de salud mental con un usuario de los servicios de salud pública, minimizando el estigma y en el marco de los 4 ejes transversales, de equidad de género, interculturalidad, ciclo vital y derechos humanos.

CRUM: Centro Regulador de Urgencias Médicas.

Derechohabiencia: Derecho que tienen las personas para recibir servicios, entre los que se encuentran la atención médica, que son provistos por instituciones de seguridad social dado que cumplen con lo establecido en las disposiciones jurídicas aplicables que rigen a dichas instituciones.

Directorio de la red de servicios de salud: Documento que incluye nombre, domicilio, número telefónico, nombre del responsable del sistema, servicios que brinda y horario de los establecimientos de salud pertenecientes a SESEQ.

Egreso: Determinación de alta del servicio de hospitalización, que será avalado por el médico psiquiatra.

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.

Escala de Crisis y Triage de Bengelsdorf (U500-DSMH-F174): Escala de medición de riesgo de un paciente con probable urgencia psiquiátrica, que ayuda a priorizar la atención de un paciente en la sala de urgencias psiquiátricas.

Escala RASS de sedación-agitación: Escala utilizada para evaluar el grado de sedación y agitación de un paciente con necesidad de cuidados críticos o bajo agitación psicomotora.

Establecimientos de salud: Toda unidad para la atención médica, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación pudiendo ser centro de salud, unidad médica móvil, hospital, unidad de especialidad o unidad de apoyo, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento:

- **Primer nivel de atención:** Lo integran los establecimientos de salud que proporcionan atención médica de tipo integral, preventiva, curativa y de rehabilitación, apoyando en estudios de laboratorio y gabinete de baja complejidad, así como promoción a la salud, educación para la salud, fomento sanitario e investigación orientada principalmente a los problemas de salud más frecuentes.
- **Segundo nivel de atención:** Se conforma por hospitales, unidades de especialidad y de apoyo que ofertan y proporcionan atención médica en las cuatro especialidades básicas: cirugía general, medicina interna, gineco-obstetricia y pediatría, así como las complementarias como otorrinolaringología, traumatología y ortopedia, dermatología y psiquiatría entre otras, y las de apoyo como anatomía patológica, laboratorio clínico, anestesiología e imagenología.
- **Tercer nivel de atención de salud:** Atención médica que incluye actividades encaminadas a restaurar la salud y habilitar a pacientes referidos por los anteriores niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas, empleando tecnología médica compleja y altamente especializada. Siendo sus funciones principales la curación y la rehabilitación de pacientes.

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.

Formato único de referencia y contrarreferencia: Documento oficial que se utiliza en el procedimiento administrativo de referencia-contrarreferencia y que es expedido por el médico tratante. En caso de que el paciente sea atendido por un establecimiento de un primer nivel de atención hacia un nivel superior, especificará mediante resumen médico especificando el motivo y apoyándose con los criterios de referencia y contrarreferencia de salud mental (Anexo 1). En el caso de contrarreferencia, la o el médico responsable de la atención, refiere en el resumen clínico, hallazgos, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, tiempo de duración del mismo, factores que modifiquen la prescripción o hagan necesario otra referencia, refiere el manejo y seguimiento en el establecimiento de primer nivel de atención.

Hospitalización: Servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento, manejo o rehabilitación, así como, para los cuidados paliativos.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Interconsulta: Procedimiento mediante el cual a petición del personal médico tratante, otro médico revisa la historia clínica e información disponible, consigna un tratamiento a corto plazo, establece contacto con el médico tratante, informa a la persona usuaria, y hace un seguimiento en los casos de hospitalización o control ambulatorio respectivamente, así como la evaluación por un servicio de subespecialidad psiquiátrica o cualquier otra especialidad médica, según la condición clínica de la persona usuaria.

Informes: Acción de otorgar información médico-administrativa a los pacientes, familiares y usuarios de los servicios.

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Paciente: Todo aquel usuario beneficiario directo de la atención médica y terapéutica.

Personal de salud: Profesionales del área de la salud, técnicos y auxiliares, sean médicos, enfermeras, personal paramédico, farmacéuticos, dietistas, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, técnicos, laboratoristas, nutriólogos, odontólogos, auxiliares, apoyos administrativos, así como todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover, proteger y restaurar la salud y que intervienen en el proceso de atención al paciente.

Preconsulta: Atención de personas que acuden por primera vez al CESAM a solicitar atención especializada en psiquiatría y psicología para determinar una evaluación de primera vez o de una urgencia psiquiátrica para emitir la referencia al segundo o tercer nivel de atención, en caso de ser ambulatoria, el especialista en psiquiatría y psicología determinará si requiere de atención en el CESAM o en otra instancia de salud, y el área de Trabajo Social orientará e informará acerca de otras instituciones. En caso de aceptar al paciente se le proporcionará una cita posterior para una evaluación de primera vez.

Psicoterapia: Intervención que realiza un o una profesional de la salud mental especializado en esta estrategia (psicólogo o psiquiatra). El uso de esta técnica ayuda a la persona con enfermedad mental para entender su trastorno, ofreciéndole estrategias y herramientas que coadyuvan en el manejo eficaz de los síntomas; sean éstos conductuales, emocionales o cognitivos. Dependiendo de la gravedad y de las necesidades de la persona usuaria, la psicoterapia puede ser individual, familiar, de pareja o grupal y combinarse con farmacoterapia según sea el caso, referido en la carta de consentimiento informado

Referencia-contrarreferencia: Es el sistema de coordinación entre establecimientos de salud entre los diferentes niveles de atención médica para facilitar el envío y recepción de usuarios, encaminando las acciones al escalonamiento de los servicios por nivel de atención, definiendo los campos funcionales, recursos necesarios de cada nivel de atención con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad, así como de racionalizar y optimizar los servicios de salud.

- **Referencia:** Es el procedimiento administrativo utilizado para enviar al paciente de un establecimiento de salud a otro de mayor complejidad y capacidad resolutive, con el fin de que reciba atención médica oportuna y se realicen los procedimientos médicos necesarios, ya sea a través de la modalidad presencial o teleconsulta.
- **Contrarreferencia:** Es el procedimiento en el cual una vez resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento, se retorna al paciente al establecimiento de salud que lo refirió inicialmente con el fin de que se lleve a cabo el control o seguimiento y continuar con la atención integral.

Rescate de paciente: Paciente que no acude a primera cita subsecuente en el caso de ser Código 100, se localiza telefónicamente por medio de trabajo social, o para el paciente que no acude a tres citas subsecuentes, se localiza telefónicamente por medio de trabajo social.

SESEQ: Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

SINBA: Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud.

STCONSAME: Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental.

Suicidio: Es el acto por el cual un individuo decide poner fin a su vida de forma intencional.

Tamizaje ASQ MODORIS: Herramienta de tamizaje que permite la detección oportuna de personas en riesgo de suicidio.

Telesalud: Involucra la entrega de servicios de salud a distancia, usando las tecnologías de la información y comunicación, cuando la interacción presencial no es absolutamente necesaria y con el propósito de mantener la continuidad de la atención en salud.

Teleconsulta: Conocida también como sincrónica, permite realizar consultas en tiempo real por médicos especialistas a fin de obtener criterios diagnósticos especializados que brinden mayor calidad en la atención a los pacientes.

Traslado: Transportar a un paciente en el menor tiempo posible de un establecimiento de salud a otro de mayor capacidad resolutive, en compañía de un familiar o de personal médico que garantice las primeras atenciones médicas durante el trayecto.

Unidad Administrativa: Toda unidad que conforma parte del organigrama aprobado por Junta de Gobierno de SESEQ.

Unidad de referencia: Establecimiento de salud que realiza el envío de pacientes a un nivel de mayor capacidad resolutive para la atención de un daño específico a la salud, con base a criterios técnico médicos y administrativos. Esta misma unidad se convierte en unidad de contrarreferencia, una vez que el paciente se da de alta de aquella a la que inicialmente fue referida.

Urgencia psiquiátrica: El paciente que presenta síntomas consistentes en una alteración del estado mental que pone en riesgo su vida y/o la de otros. Estos síntomas pueden abarcar ideación o intento suicida, ideación homicida, incremento de síntomas depresivos o de ansiedad, psicosis, manía, trastornos cognitivos agudos, agitación psicomotora, confusión y alucinaciones o cambios súbitos en el comportamiento. Los síntomas o datos de alarma en psiquiatría son: Ideas de muerte, suicidas, homicidas, intento suicida reciente, intención

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno

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

Tiempo en Activo: Mientras no existan modificaciones.

autolesiva o de agresión a terceros, comportamiento violento, negativismo a medicamentos o a alimentos, síntomas psicóticos de inicio súbito o abrupto, conducta errática.

Verificación de derechohabencia: Permite garantizar a los usuarios la gratuidad de los servicios de salud con fundamento en el artículo 77 bis 2 de la Ley General de Salud; mediante el cual se entenderá por prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, que en esta materia provea SESEQ.

4.0 POLÍTICAS.

- 4.1 Todo el personal involucrado en el proceso de atención médica de salud mental deberá conocer y aplicar el presente procedimiento, así como la normativa vigente aplicable.
- 4.2 Los procesos de atención deberán implementarse en apego al Acuerdo por el que se expiden los Lineamientos, Horarios y Requisitos respecto de los Trámites y Servicios de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios, Unidad Administrativa integrante de Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ); asimismo, se deberá establecer los mecanismos administrativos necesarios para la previa verificación de derechohabencia de cualquier Institución de seguridad social de los solicitantes a efecto de garantizar la atención con base en la gratuidad de los servicios de salud y/o los procesos de referencia y/o contrarreferencia aplicables.
- 4.3 En la atención médica de salud mental el personal responsable 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.
- 4.4 El personal de salud que brinda atención médica en salud mental deberá de guardar estricta confidencialidad sobre la información del paciente y los casos que se presenten.
- 4.5 En los establecimientos de salud de primer nivel de atención se deberán atender todos aquellos padecimientos de salud mental de alta prevalencia, con sintomatología de intensidad leve, que no requieran procedimientos de diagnóstico o tratamiento especializados y que no cuenten con criterios de urgencia, debiendo hacerse una valoración inicial y referir para dar inicio del tratamiento que corresponda.
- 4.6 Los establecimientos de salud de primer nivel que referencien pacientes al servicio de urgencias y/o consulta externa de especialidad, deberán cumplir con los Criterios de referencia y contrarreferencia de salud mental, anexos al presente procedimiento (Anexo 1).
- 4.7 En aquellos pacientes que cuenten con derechohabencia y soliciten atención en el CESAM por tratarse de una preconsulta o una emergencia psiquiátrica, recibirán atención médica inicial o emergente debiendo suscribir la protesta de beneficiario de Servicios de Salud del Estado de Querétaro (anexo 2) y hacer el pago de los servicios que se generen por los servicios otorgados, para posteriormente formalizar, la referencia o contrarreferencia al establecimiento prestador de servicios de salud de la seguridad social que le corresponda.
- 4.8 Los hospitales de segundo nivel de atención de SESEQ que cuenten con servicio de urgencias, deberán referir pacientes al Hospital General de Querétaro en apego a los criterios de referencia y contrarreferencia de salud mental y políticas establecidas en el presente procedimiento; asimismo, deberán otorgar atención médica conforme la cartera de servicios en materia de salud mental disponible para psicología y psiquiatría, de acuerdo con el Acuerdo por el que se expiden los lineamientos, horarios y requisitos respecto de los trámites y servicios de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios, Unidad Administrativa integrante de Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ).
- 4.9 El Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, para la atención de casos que requieran atención inmediata, establecerá contacto con el CESAM, a efecto de definir la logística médico-administrativa que permita la atención de los pacientes.
- 4.10 Para el caso de las referencias de urgencias psiquiátricas al Hospital General de Querétaro, será indispensable adjuntar a la referencia el resultado de la Escala de Crisis y Triage de Bengelsdorf U500-DSMH-F174 (anexo 3), es decir, el motivo de consulta y los factores precipitantes deberán estar relacionados con el Triage en emergencias psiquiátricas.
- 4.11 La exploración psicopatológica en el servicio de urgencias del Hospital General de Querétaro considerará al menos los siguientes criterios del examen mental:

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.

- Aspecto y actitud del paciente.
- Nivel de conciencia, atención y concentración.
- Lenguaje.
- Orientación temporoespacial y de persona.
- Trastornos del pensamiento.
- Juicio y raciocinio.
- Afectividad.
- Memoria.
- Trastornos de la vivencia del yo.
- Trastornos sensorio-perceptivos.
- Trastornos de los impulsos, tendencias y de la psicomotilidad
- Fiabilidad.
- Agitación psicomotriz.
- Exacerbación de enfermedad mental grave.
- Riesgo suicida: **En caso de aplicar para el Protocolo de gestión de casos y código 100. Ver procedimiento 8.4.**

4.12 Se considerará la atención en urgencias del Hospital General de Querétaro, en todos los pacientes que cursen con:

- Riesgo suicida: Ideas de muerte, ideas suicidas, intento suicida reciente (2 semanas).
- Riesgo autoagresión: Ideas autoagresión, comportamiento autolesivo reciente.
- Riesgo de integridad de terceros: Ideas homicidas, agresiones físicas, conducta violenta.
- Alucinaciones auditivas imperativas.
- Errores de juicio y conducta graves.
- Negativismo a la vía oral.
- Negativismo a los medicamentos.
- Catatonia.
- Agitación psicomotriz.
- Reacciones adaptativas: Ataque de pánico o condiciones requieran intervención en crisis.
- Trastornos conversivos.
- Efectos adversos moderados-graves secundarios a medicamentos.

4.13 Todo paciente que requiera internamiento en el Hospital General de Querétaro, deberá cumplir con alguno de los siguientes criterios:

- Trastorno mental severo.
- Alteraciones psiquiátricas de duración prolongada que conlleve un grado variable de discapacidad y disfunción social.
- Incapacidad para el autocuidado y deterioro en el estado general.
 - Es la incapacidad del individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud, por lo que se hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.
- Riesgo suicida o de autolesión.
 - El riesgo suicida se define como un acto predictivo de la ocurrencia de un intento de suicidio fatal, es decir, es un continuo que abarca desde la ideación suicida, los gestos y las amenazas suicidas hasta la planeación, los intentos de autolisis y el suicidio consumado.
 - El riesgo de autolesión se define como el acto de lastimarse el propio cuerpo a propósito, por ejemplo, con cortes o quemaduras, por lo general, no es un intento de suicidio. Este tipo de autolesión es una forma dañina de afrontar el dolor emocional, la tristeza, la ira y el estrés. En caso de aplicar para el Protocolo de gestión de casos y código 100, ver el procedimiento 8.5 de este documento.
- Riesgo homicida o de agresión a terceros.
 - El individuo muestra características como problemas de adaptación al medio, irritabilidad, agresividad, aislamiento y un comportamiento autodestructivo.

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.

- Sin red de apoyo. El individuo no cuenta con un conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas.
 - Necesidad de supervisión para el tratamiento farmacológico.
Para aquellos que, por la severidad de los síntomas, requieren se establezca el pronto diagnóstico mediante estudios de laboratorio y/o gabinete.
- 4.14 Se considerará de atención inmediata, los pacientes que cursen con riesgo suicida: ideas de muerte, ideas suicidas, intento suicida reciente. Será indispensable adjuntar a la referencia el resultado del Tamiz ASQ MODORIS y la interpretación de los reactivos.
- 4.15 Se implementará la coordinación de acciones asistenciales para la prevención del suicidio con base en el **Código 100**, como sistema de apoyo a la toma de decisiones clínicas en el comportamiento suicida en hospitales generales o centros de atención dentro de las Redes Integradas del Sistema de Salud (RISS), de acuerdo al manual de procedimientos del sistema de atención coordinada para comportamiento suicida código 100 del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME), así como también se deberá:
- 4.15.1 Conformar la brigada de personal de salud responsable de la gestión de casos y código 100, que deberá incluir personal médico con especialidad en psiquiatra, psicólogos, trabajadores sociales, enfermería y camilleros.
- 4.15.2 La intervención de la conducta suicida del CESAM y Hospitales de segundo nivel de atención será en atención ambulatoria, seguimiento y referencia, y para el Hospital General de Querétaro implicará la atención ambulatoria, atención hospitalaria, seguimiento y referencia, de conformidad a la normatividad establecida y a lo descrito en el presente procedimiento.
- 4.15.3 La valoración de casos y código 100, se realizará a través de la escala de tamizaje ASQ del Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio (MODORIS) para determinar el nivel de riesgo suicida.
- 4.15.4 El CRUM proporcionará las atenciones del servicio solicitadas por el CESAM y el Hospital General de Querétaro para la gestión de casos y código 100.
- 4.15.5 El alta de paciente deberá ser definida por decisión unánime del personal de salud que lo atiende, una vez que el seguimiento del paciente acredite la adquisición de habilidades de afrontamiento a las crisis que acompañen la solución de sus problemas y con ello la remisión del comportamiento suicida.
- 4.15.6 Se deberá garantizar que el personal que brinde el servicio de salud mental cumpla con el perfil académico y de formación en el Código 100 para el Hospital General de Querétaro en el servicio de urgencias, información que se deberá acreditar conforme a la formación académica en el expediente laboral.
- 4.15.7 Todos los casos de violencia y de códigos 100 deberán registrarse como "Autolesión" en la Hoja de Registro de Atención por Violencia y/o Lesión SINBA SEUL-17- P DGIS para los Hospitales de Segundo Nivel de Atención. Para el Hospital General de Querétaro y CESAM el registro deberá hacerse en la Hoja de Consulta Externa de Salud Mental y Adicciones SINBA-SIS-03-P-2023 o versión de máscara electrónica, debiendo registrarse como "Comportamiento Suicida".
- 4.16 Las áreas de evaluación y hospitalización de pacientes deberán cumplir con las medidas de seguridad de los factores ambientales en materia de salud mental, considerando:
- Evitar mobiliario, insumos o distribución de materiales y ropa de cama que sirvan como punto de anclaje;
 - Deberán estar iluminados;
 - Las camas y el mobiliario deberá estar anclado al piso para evitar su movilización voluntaria o involuntaria;
 - Deberá evitarse el acceso a los contactos de luz y conexiones eléctricas;
 - Contar con protección de ventanas para evitar su ruptura o al recibir un impacto, evitando que se rompan en pedazos pequeños;
 - Las puertas deberán contar con el cerrojo externo y evitar las manijas que puedan utilizarse como punto de anclaje.

- X
- 4.17 El uso del tratamiento farmacológico con fines terapéuticos deberá ser indicado únicamente por un médico especializado en psiquiatría o médico general habilitado en atención psiquiátrica.
- 4.18 Los pacientes que requieran hospitalización deberán contar con acompañamiento permanente e ininterrumpido durante las 24 horas diarias durante su estancia hospitalaria, por parte del familiar responsable, tutor o representante legal.
- 4.19 Las referencias a un establecimiento de salud de tercer nivel de atención deberán realizarse para todos los padecimientos psiquiátricos de difícil diagnóstico, resistentes a tratamiento, con otras comorbilidades psiquiátricas o médicas graves, trastornos que por la intensidad o evolución de los síntomas tengan riesgo de agravarse, trastornos que no puedan ser manejados en establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención por su complejidad.
- 4.20 El traslado a otra institución médica de salud deberá contar con la autorización de los familiares legalmente autorizados y/o con el consentimiento de la persona usuaria, con excepción de los casos de ingreso involuntario y por resolución de la autoridad legal competente.
- 4.21 El alta de pacientes que reciben atención médica en el CESAM deberá de ser determinada por el médico con especialidad en psiquiatría, registrándose en la Hoja de Consulta Externa de Salud Mental y Adicciones SINBA-SIS-03-P-2023 o versión de máscara electrónica como "Paciente en Remisión" y en los Hospitales de acuerdo al cumplimiento total de los objetivos por área de intervención: psiquiatría, psicología y trabajo social, dicha acción deberá acreditarse en el formato nota médica de ingreso, indicaciones médicas y notas de evolución U340-SGM-F05 (anexo 5), debiendo emitir en su caso el FURyC Formato único de referencia y contrarreferencia U340-SGM-F01 (anexo 6).
- 4.22 El personal de salud deberá otorgar la atención médica y asistencial, minimizando el estigma en el marco de los 4 ejes transversales: equidad de género, interculturalidad, ciclo vital y derechos humanos.
- 4.23 Los directivos de los Hospitales y del CESAM, implementarán acciones y gestiones de atención de salud mental y seguimiento de usuarios para promover la recuperación y reinserción social con relación con los programas de atención establecidos.
- 4.24 Los directivos de los Hospitales y del CESAM deberán instruir al interior de la unidad para la elaboración e implementación del plan de seguridad de primeros auxilios psicológicos y de atención psiquiátrica.
- 4.25 El personal involucrado en la atención de pacientes de salud mental en los Hospitales y en el CESAM, deberá integrar la historia clínica al expediente del paciente conforme al ámbito de su competencia, con el objeto de proveer una atención integral.
- 4.26 Con relación a los trastornos relacionados con el consumo, abuso, intoxicación y abstinencia de sustancias, se referirá al hospital de segundo nivel de atención únicamente aquellos pacientes con intoxicación aguda asociada al consumo de sustancias con compromiso vital orgánico o de la vida.
- 4.27 Los CAPA podrán referir únicamente al CESAM, las siguientes clasificaciones de padecimientos: trastornos depresivos, trastorno depresivo persistente, trastorno de ansiedad generalizada y conducta suicida.
- 4.28 El personal de epidemiología de los establecimientos de salud ejecutará las acciones de seguimiento del caso conforme al ámbito de su competencia en apego a la normatividad vigente a nivel federal y estatal.
- 4.29 El personal de trabajo social tanto de Hospital como del CESAM deberán llevar a cabo el plan y tratamiento médico-social de los pacientes atendidos en el servicio de salud mental, es decir:
- Promover la integración social a través de intervenciones individuales y grupales;
 - Promover hábitos y habilidades dentro de la familia; e
 - Implementar el programa específico de carácter permanente para niños, adolescentes y adultos a través de las siguientes funciones:
 - Educación en salud.
 - Consejería y mediación.
 - Intervención grupal, de casos y familiar.
 - Gestión de casos.
 - Colaboración interdisciplinaria.
 - Inserción familiar.
 - Coordinación y trabajo comunitario.
- J

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.

- Coadyuvar a los pacientes a desarrollar las habilidades y conocimientos necesarios para afrontar las situaciones problemáticas sociales y personales.
- 4.30 El personal de trabajo social tanto de Hospital como del CESAM deberá considerar los siguientes criterios al realizar visitas domiciliarias, con el objeto de conocer el contexto socioeconómico, familiar, ambiental y cultural del paciente para establecer el modelo de intervención social desde el diagnóstico social, el plan y tratamiento social con fines de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de los:
- Pacientes con padecimientos crónicos degenerativos.
 - Pacientes con padecimientos oncológicos (adultos y pediátricos), cardiopatas, o enfermedades como diabetes, VIH.
 - Pacientes en situación de abandono social (adultos, pediátricos, adultos mayores, discapacitados y embarazadas con problemática social).
 - Pacientes con estancia hospitalaria prolongada.
 - Pacientes con violencia.
 - Pacientes psiquiátricos.
 - Pacientes codificados como código 100.
- 4.31 Los documentos que el paciente, familiar responsable o representante legal deberá presentar para recibir atención médica en Hospitales y CESAM de SESEQ, deberán corresponder a lo establecido en el Acuerdo por el que se expiden los Lineamientos, Horarios y Requisitos respecto de los trámites y servicios de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios, Unidad Administrativa Integrante de Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ).
- 4.32 El profesional de salud tratante, solicitará la suscripción de Consentimiento bajo información de autorización de terapia asistida por perros U500-DSMH-F186 (anexo 14), cuando el usuario cumpla con los criterios de inclusión para participar en el taller correspondiente; es decir, dirigido a menores de edad con padecimientos de trastorno del espectro autista y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

5.0 RESPONSABILIDADES.

5.1 Director de Servicios Médicos Hospitalarios.

- 5.1.1 Llevar a cabo la difusión del presente procedimiento, indicar y vigilar la aplicación del mismo.
- 5.1.2 Fomentar la implementación de Redes Integradas de los Sistemas de Salud (RISS) a través de protocolos clínicos unificados y homologados en las unidades a su cargo.
- 5.1.3 Coadyuvar en el desarrollo de nuevos programas de rehabilitación psicosocial.
- 5.1.4 Implementar el seguimiento y supervisión de procesos a través de la Subdirección de Hospitalización, Departamento de Atención Médica Hospitalaria, así como del área de Trabajo Social de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios.

5.2 Jefe del Centro Estatal de Salud Mental (CESAM).

- 5.2.1 Realizar la difusión del presente procedimiento y supervisar la aplicación del mismo, fortaleciendo la eficiencia del proceso de atención de personas identificadas con riesgo suicida.
- 5.2.2 Implementar el seguimiento y supervisión de los procesos al interior del CESAM
- 5.2.3 Definir e implementar el plan de seguridad y los protocolos de comunicación efectiva ante situaciones de emergencia, como violencia o lesión de usuarios internos y externos.
- 5.2.4 Vigilar y supervisar que los procesos de atención médica y administrativa en el ámbito de su competencia, de tal manera que sean proporcionados con calidad y eficiencia en apego a normatividad y marco legal aplicable.

5.3 Director de Hospital de segundo nivel de atención.

- 5.3.1 Coordinar y vigilar las actividades operativas para la correcta aplicación y difusión del presente procedimiento.
- 5.3.2 Vigilar que los pacientes que se reciban en el servicio de urgencias con algún padecimiento de salud mental cumplan con los criterios de referencia cuando así se requiera.

- 5.3.3 Supervisar que los jefes de servicio asignados a la consulta externa y urgencias lleven a cabo de manera adecuada la planeación, organización, dirección y evaluación de procesos de atención médica y administrativa en el ámbito de su competencia, de tal manera que sean proporcionados con calidad y eficiencia en apego a normatividad y marco legal aplicable.
- 5.3.4 Definir e implementar el plan de seguridad y los protocolos de comunicación efectiva ante situaciones de emergencia, como violencia o lesión de usuarios internos y externos.
- 5.3.5 Garantizar la correcta ejecución de la fase hospitalaria del Código 100 (Triage, valoración de riesgo a través del Tamiz ASQ MODORIS, implementación del plan de seguridad, la resolución del proceso médico, referencia y contrarreferencia) con el personal médico y paramédico, así como la fase de retroalimentación del Código 100 a través del personal médico, de psicología y trabajo social (llamada de rescate, cita en menos de 72 horas, apoyo psicosocial y asegurar la contrarreferencia).
- 5.3.6 Implementar las acciones médico-clínicas para reducir la hospitalización psiquiátrica.

5.4 Administrador de Hospital de segundo nivel de atención y del CESAM.

- 5.4.1 Gestionar y garantizar la obtención de recursos humanos, financieros, materiales y de infraestructura requeridos para brindar la atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

5.5 Jefe del servicio de urgencias del Hospital General de Querétaro.

- 5.5.1 Organizar el proceso de atención psiquiátrica de urgencias, debiendo integrar actividades del ámbito asistencial para dar respuesta a las urgencias médico quirúrgicas.
- 5.5.2 Establecer la vinculación con la brigada responsable de la gestión de casos y código 100.

5.6 Jefe de servicio de enseñanza y capacitación de Hospital de segundo nivel de atención y del CESAM.

- 5.6.1 Organizar y llevar a cabo eventos de capacitación y formación de recursos humanos relativos a la sensibilización, detección, atención y evaluación sobre derechos humanos, salud mental, urgencias psiquiátricas, programa nacional para la prevención del suicidio, violencia y lesión, así como en estrategias de intervención en crisis, sujeción para el manejo de pacientes agresivos y demás relacionados.

5.7 Jefe del Departamento de Telesalud.

- 5.7.1 Coordinar el servicio de telesalud, entre unidades pertenecientes a SESEQ y otras especializadas, facilitando el acceso a los servicios de salud, haciendo uso de las tecnologías de información y de comunicación.
- 5.7.2 Llevar a cabo el monitoreo de pacientes codificados como código 100 y que hayan sido referidos al Hospital General de Querétaro o a un Hospital de tercer nivel de atención.

5.8 Jefe de epidemiología del Hospital de segundo nivel de atención.

- 5.8.1 Elaborar el registro, perfil y reporte mensual de casos atendidos por conducta suicida en la unidad.

5.9 Médico especializado en psiquiatría de Hospital de segundo nivel de atención y del CESAM.

- 5.9.1 Valorar el estado mental de pacientes y anamnesis para determinar el diagnóstico psiquiátrico.
- 5.9.2 Proveer atención oportuna, completa y basada en evidencia para individuos con riesgo de conductas suicidas en los servicios de urgencias de hospitales generales.
- 5.9.3 Participar en eventos de capacitación de especialización, identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida.
- 5.9.4 Asegurar en cuanto las condiciones de la persona usuaria lo permita, ser informado de su situación de internamiento involuntario para que, en su caso, otorgue su consentimiento libre e informado y su condición cambie a la de ingreso voluntario.
- 5.9.5 Otorgar el seguimiento y monitoreo del paciente hospitalizado, debiendo contemplar la evolución clínica, así como la escala RASS de sedación-agitación y los efectos antidopaminérgicos y otros fármacos utilizados para el manejo de los síntomas de delirium.

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.

- 5.9.6 Indicar el tratamiento de pacientes con urgencia psiquiátrica hasta su egreso; así como el seguimiento ambulatorio hasta el alta médica, registrando sus acciones en el expediente clínico y en apego a normatividad.

5.10 Médico de triage de urgencias de Hospital de segundo nivel de atención.

- 5.10.1 Otorgar atención médica, realizar valoración médica y establecer la comunicación y vinculación con los médicos especializados en psiquiatría, cuando identifique factores precipitantes y motivos clínicos de alarma en materia de salud mental.

5.11 Licenciados en psicología de Hospital de segundo nivel de atención y del CESAM.

- 5.11.1 Ejercer profesionalmente las actividades clínicas de salud mental, coadyuvando en los procesos del presente procedimiento.
- 5.11.2 Otorgar primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis.
- 5.11.3 Coadyuvar de manera colaborativa en el plan de seguridad.
- 5.11.4 Activar la red de apoyo de los pacientes, a través de intervenciones psicosociales.
- 5.11.5 Implementar tratamientos para los comportamientos suicidas breves basados en evidencia psicológica y/o mixtos (psicológico y psiquiátrico) bajo la modalidad de tratamiento individual o grupal, así como brindar asistencia telefónica o telesalud para manejo de episodios agudos.
- 5.11.6 Aperturar grupos de apoyo emocional para la gestión de casos y código 100.
- 5.11.7 Emitir alta de pacientes con remisión del comportamiento suicida, siempre y cuando se acredite la adquisición de habilidades de afrontamiento a las crisis que acompañen la solución de problemas.
- 5.11.8 Registrar sus acciones en el expediente clínico y en apego a normatividad.

5.12 Personal de Trabajo Social de Hospital de segundo nivel de atención y del CESAM.

- 5.12.1 Entrevistar al usuario para evaluar su situación socio familiar a efecto de determinar los tipos de servicios requeridos, determinando el diagnóstico de la situación psicosocial del paciente en los ámbitos personal y contexto familiar.
- 5.12.2 Integrar el expediente social, contemplando: estudio socioeconómico, estudio social médico y notas de trabajo social.
- 5.12.3 Organizar las responsabilidades en la estructura familiar, otorgar soporte y asesoría a los cuidadores de pacientes.
- 5.12.4 Establecer el plan de apoyo social de atención para el bienestar del paciente con el equipo interdisciplinario en el manejo de pacientes vulnerables y evitar el nivel de riesgo de abandono de paciente en las unidades hospitalarias, con relación a las visitas y cuidado hospitalario, a fin de fortalecer los lazos familiares.
- 5.12.5 Establecer el seguimiento de las referencias sociales, hasta la culminación de los casos.
- 5.12.6 Llevar a cabo el acompañamiento, seguimiento y rescate de pacientes de atención médica ambulatoria.
- 5.12.7 Llevar a cabo el plan y tratamiento médico-social de pacientes atendidos en el servicio de salud mental.
- 5.12.8 Realizar visitas domiciliarias que correspondan.
- 5.12.9 Registrar en la en la Hoja Diaria de Trabajo Social para unidades especializadas de salud mental y adicciones SINBA-SIS-42-P-2023 o versión de mascara electrónica, la variable solicitada, para información de salud mental y adicciones.
- 5.12.10 Enviar semanalmente al Departamento de Telesalud de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios, el censo de pacientes referidos al Hospital General de Querétaro u Hospital de tercer nivel de atención, que hayan sido codificados como casos de código 100, indicando si se realizaron actos medicamente graves o intento de suicidio de alta letalidad a través del formato.
- 5.12.11 Dar cumplimiento al Procedimiento para el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Servicios de Salud del Estado de Querétaro y a la Instrucción de trabajo para el desarrollo de funciones del área de Trabajo Social de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios.
- 5.12.12 Implementar acciones de promoción y prevención en materia de salud mental.

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.

- 5.12.13 Notificar oportunamente ante las Instituciones de asistencia social la identificación de pacientes vulnerables.
- 5.12.14 Realizar las acciones necesarias para mantener actualizado el directorio de redes de apoyo.

5.13 Personal de enfermería de Hospital de segundo nivel de atención y del CESAM.

- 5.13.1 Brindar las atenciones necesarias para el cuidado de los pacientes.
- 5.13.2 Promover confianza mediante la validación emocional para una aproximación efectiva con los pacientes.
- 5.13.3 Implementar el control, registro y trazabilidad de las referencias y contrarreferencias emitidas, según corresponda.
- 5.13.4 Realizar el monitoreo y seguimiento de pacientes atendidos por el servicio de salud mental.
- 5.13.5 En el CESAM el personal de enfermería requisitará el formato Registro de Enfermería para atención ambulatoria de Salud Mental (U500-DSMH-F173) (anexo 8).

5.14 Personal del área de archivo clínico y asistentes de Hospitales y CESAM.

- 5.14.1 Orientar al paciente y/o familiar para acudir a las diferentes áreas o servicios de las unidades hospitalarias o de apoyo.
- 5.14.2 Solicitar documentación necesaria para apertura de expediente.

6.0 DOCUMENTOS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS.

- Anexo 1. Criterios de referencia y contrarreferencia de salud mental. (Primera página).
- Anexo 2. Protesta de beneficiario de Servicios de Salud del Estado de Querétaro.
- Anexo 3. Escala de Crisis y Triage de Bengelsdorf. (U500-DSMH-F174).
- Anexo 4. Encuadre y preguntas ASQ MODORIS. (U500-DSMH-F176).
- Anexo 5. Nota médica de ingreso, indicaciones médicas y notas de evolución. (U340-SGM-F05).
- Anexo 6. Formato Único de Referencia y Contrarreferencia. (U340-SGM-F01).
- Anexo 7. Historias clínicas:
 - 7.1. Historia Clínica Psicológica (U500-DSMH-F184).
 - 7.2. Historia Clínica Psicología Clínica de niños y adolescentes (U500-DSMH-F185).
 - 7.3. Historia Clínica en Psiquiatría (U500-DSMH-F181).
 - 7.4. Historia Clínica (U500-DSMH-F01).
 - 7.5. Historia Clínica Nutricional (U500-DSMH-F182).
 - 7.6. Historia Clínica paidopsiquiatría (U500-DSMH-F183).
- Anexo 8. Registro de Enfermería para atención ambulatoria de Salud Mental (U500-DSMH-F173).
- Anexo 9. Carta de Consentimiento informado (U500-DSMH-F03.5).
- Anexo 10. Carta de Consentimiento Informado para la Consulta Externa de Salud Mental (U500-DSMH-F03.6).
- Anexo 11. Consentimiento bajo información de autorización de contención física del usuario (U500-DSMH-F179).
- Anexo 12. Tarjeta corta fuego (U500-DSMH-F175).
- Anexo 13. Hoja de Triage y preconsulta para atención psiquiátrica o psicológica (U500-DSMH-F178).
- Anexo 14. Consentimiento bajo información de autorización de terapia asistida por perros (U500-DSMH-F186).
- Anexo 15. Estudio social médico (U500-DSMHTS-F05).
- Anexo 16. Estudio socioeconómico (U500-DSMHTS-F08).
- Anexo 17. Nota de Trabajo Social (U500-DSMHTS-F09).
- Anexo 18. Concentrado de referencia y contrarreferencia (U340-SGM-F25).
- Anexo 19. Solicitud de ambulancia (U500-DSMHTS-F20).
- Anexo 20. Nota inicial del servicio de urgencias (U500-DSMH-F131).
- Anexo 21. Solicitud de interconsulta (U500-DSMH-F02).
- Anexo 22. Solicitud de apertura de expediente clínico (U500-DSMH-F162).
- Anexo 23. Consentimiento informado para el traslado interhospitalario del paciente (U500-DSMH-F03.4).
- Anexo 24. Consentimiento informado de ingreso a hospitalización (U500-DSMH-F53).
- Anexo 25. Hoja de admisión a hospitalización (U340-SGM-F22).

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 26. Nota de egreso (U500-DSMH-F165).
Consentimiento Informado para Terapia Electroconvulsiva (TEC). (U500-DSMH-F172).
Escala de preconsulta (U500-DSMH-F180).
Gestión de casos y Código 100. Seguimiento de Paciente (U500-DSMH-F177).
Consentimiento informado de visita domiciliaria (U500-DSMHTS-F23).
Constancia de visita domiciliaria (U500-DSMHTS-F21).
Directorio de la Red de Servicios de Salud.
Procedimiento del Proceso de Admisión del Hospital General de Querétaro (U540-DSMH-HGQ-P04).
Procedimiento para el otorgamiento de consulta médica y capacitación a distancia en la modalidad de telesalud (U500-DSMH-P02).
Procedimiento para el Sistema de referencia y contrarreferencia de Servicios de Salud del Estado de Querétaro (U500-DSMH-P01).
Registro de visita domiciliaria (U500-DSMHTS-F19).
SINBA-SEUL-14-P-DGIS.
SINBA-SEUL-16-P-DGIS.
SINBA-SEUL-17-P-DGIS.
SINBA-SIS-03-P-2023.
SINBA-SIS-42-P-2023.

7.0 REFERENCIAS.

Ley General de Salud.
Ley de Salud del Estado de Querétaro.
Ley de Salud Mental del Estado de Querétaro.
Ley de Derechos Humanos del Estado de Querétaro.
Código de Conducta de Servicios de Salud del Estado de Querétaro.
Código de Ética de los Servidores Públicos del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro y sus Entidades.
Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal denominado "Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ)".
Decreto que crea al Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal denominado Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ).
Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones como un órgano administrativo (DOF. 29052023).
Acuerdo por el que se expiden los lineamientos, horarios y requisitos respecto de los trámites y servicios de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios, Unidad Administrativa integrante de Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ).
Acuerdo por el que se expiden los lineamientos, horarios y requisitos respecto a los servicios de primer nivel de atención en salud de la Subcoordinación general médica, unidad administrativa integrante de Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ).
Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la Atención Integral a Personas con Discapacidad.
Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de información en salud.
Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012. Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.
Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.
Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012. Que establece los Requisitos Mínimos de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales Generales y Consultorios de Atención Médica Especializadas.

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.

Manual de Organización General de SESEQ.

Manual de procedimientos del sistema de atención coordinada para comportamiento suicida código 100, Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental.

Manual del Procedimientos del Sistema de Atención coordinada para comportamiento suicida código 100.

Guía Práctica para la atención del paciente con conducta suicida en hospitales generales.

Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada.

Guía para tratar intentos de suicidio de alta letalidad o con comorbilidades médicas o psiquiátricas.

Cuadernillo Básico para la prevención del suicidio. Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS).

Programa Nacional para la prevención del suicidio (PNPS); Código 100 de la Secretaría de Salud, STCONSAME, CONADIC, SAP.

Evaluación del Riesgo Suicida. Tamizaje ASQ MODORIS, Programa Nacional para la prevención del suicidio.

Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC).

Tratamiento farmacológico del comportamiento suicida y sus comorbilidades. STCONSAME.

8.0 DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS.

8.1 Procedimiento para la atención de pacientes en la consulta externa del CESAM. (Preconsulta)

Responsable	Act. No.	Descripción
Paciente	1	Acude a solicitar atención médica.
Personal de orientación e informes	2	Recibe al paciente, otorga orientación y/o información requerida.
	3	De acuerdo a la petición del servicio, identifica: ¿El paciente expresa requerir atención de urgencia?
	3A	Sí: Informa directamente a trabajo social y jefatura de enfermería para pasar al área de atención inmediata. <i>Ver. 8.3 Procedimiento para otorgar atención en el servicio de atención inmediata en el CESAM. FIN.</i>
	3B	No: Interroga la edad cronológica del paciente. Si es mayor de 18 años, le solicita acuda al área de Trabajo Social de adultos. Si es menor de 18 años, le solicita acuda al área de Trabajo Social de niños.
Personal de trabajo social de adultos y niños	4	Requisita datos generales de la Hoja Triage y preconsulta para atención psiquiátrica o psicológica U500-DSMH-F178 (anexo 13).
	5	Solicita documentos personales de acuerdo a las políticas, en caso de faltar alguno, se informa que deberá entregarlos en su siguiente visita.
	6	Orienta al paciente para que acuda al área de enfermería.
Personal de enfermería	7	Genera el registro de Enfermería para atención ambulatoria de salud mental U500-DSMH-F173 (anexo 8) y pasa al paciente al Triage.
Médico de Triage	8	Valora y determina: ¿Amerita atención inmediata a psiquiatría?
	8.A	Sí: Turna al paciente con paidopsiquiatra y/o psicólogo y/o psiquiatra de guardia. FIN <i>Ver. 8.3 Procedimiento para otorgar atención en el servicio de atención inmediata en el CESAM.</i>
	8.B	No: Verifica disponibilidad en la agenda de médicos de preconsulta, orienta al paciente para que acuda a la consulta externa y entrega los documentos al médico en consulta externa.

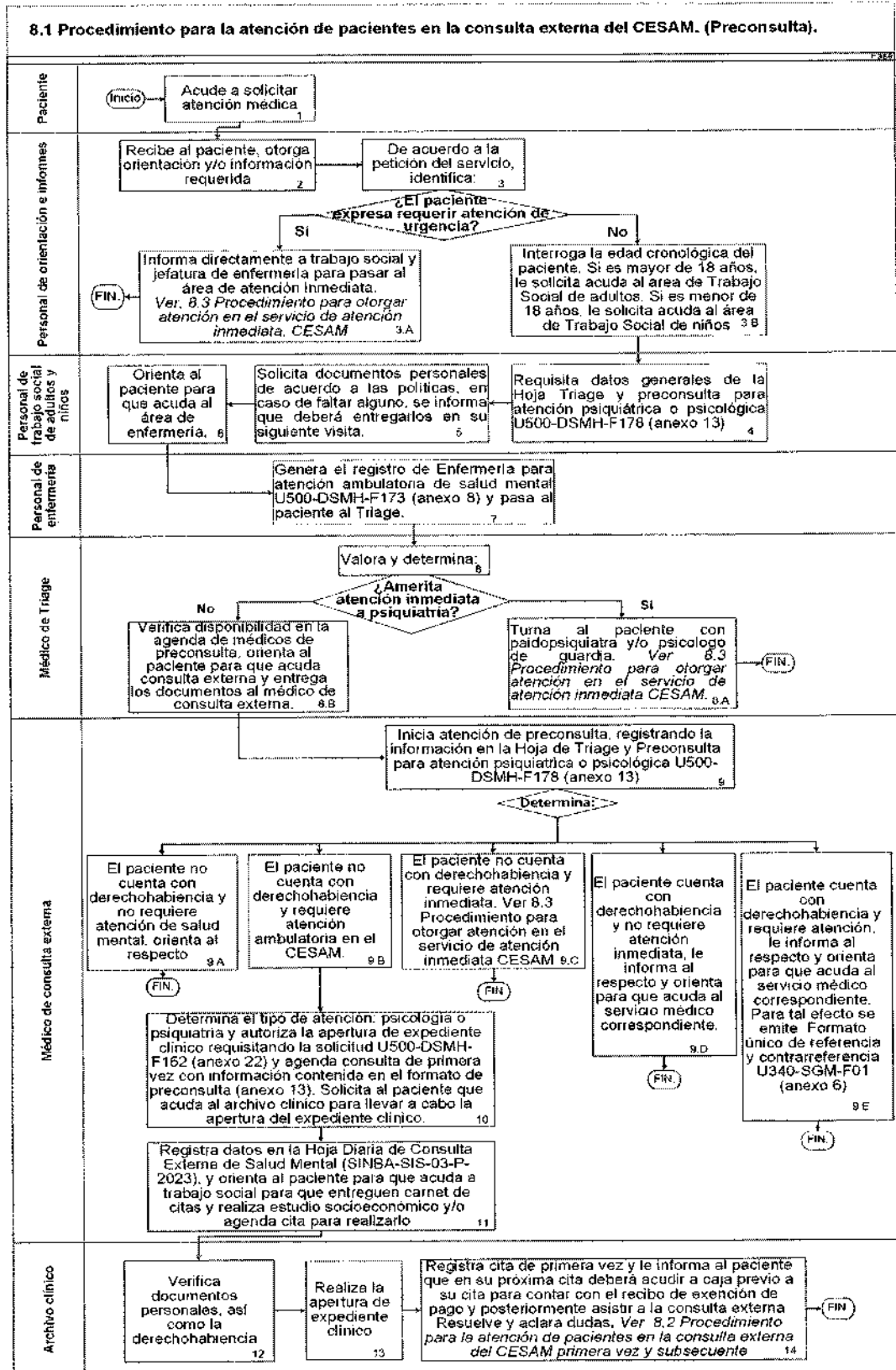
Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno

Tiempo en Activo: Mientras no existan modificaciones.

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

Médico en consulta externa	9	Inicia atención de preconsulta, registrando la información en la Hoja Triage y Preconsulta para atención psiquiátrica o psicológica U500-DSMH-F178 (anexo 13). Determina:
	9.A	El paciente no cuenta con derechohabiencia y no requiere atención de salud mental, orienta al respecto. Fin.
	9.B	El paciente no cuenta con derechohabiencia y requiere atención ambulatoria en el CESAM. Continúa con la actividad núm. 10
	9.C	El paciente no cuenta con derechohabiencia y requiere atención inmediata. Ver 8.3 Procedimiento para otorgar atención en el servicio de atención inmediata en el CESAM. Fin.
	9.D	El paciente cuenta con derechohabiencia y no requiere atención inmediata, le informa al respecto y orienta para que acuda al servicio médico correspondiente. Fin.
	9.E	El paciente cuenta con derechohabiencia y requiere atención, le informa al respecto y orienta para que acuda al servicio médico correspondiente. Para tal efecto, se emite Formato único de referencia y Contrarreferencia U340-SGM-F01 (anexo 6). Fin.
	10	Determina el tipo de atención: psicología para implementar el plan terapéutico y de psicoterapia o psiquiatría y autoriza la apertura de expediente clínico requisitando la solicitud U500-DSMH-F162 (anexo 22) y agenda consulta de primera vez con información contenida en el formato de preconsulta (anexo 13). Solicita al paciente que acuda al archivo clínico para llevar a cabo la apertura del expediente clínico.
Archivo Clínico	11	Registra datos en la Hoja Diaria de Consulta Externa de Salud Mental (SINBA-SIS-03-P-2023) y orienta al paciente para que acuda a trabajo social para que entreguen carnet de citas y realiza estudio socioeconómico y/o agenda cita para realizarlo.
	12	Verifica documentos personales, así como la derechohabiencia.
	13	Realiza la apertura de expediente clínico.
	14	Registra cita de primera vez y le informa al paciente que en su próxima cita deberá acudir a caja previo a su cita para contar con el recibo de exención de pago y posteriormente asistir a la consulta externa. Resuelve y aclara dudas. FIN. Ver 8.2 Procedimiento para la atención de pacientes en la consulta externa del CESAM (primera vez y subsecuente).

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 la atención de pacientes en la consulta externa del CESAM (primera vez y subsecuente)

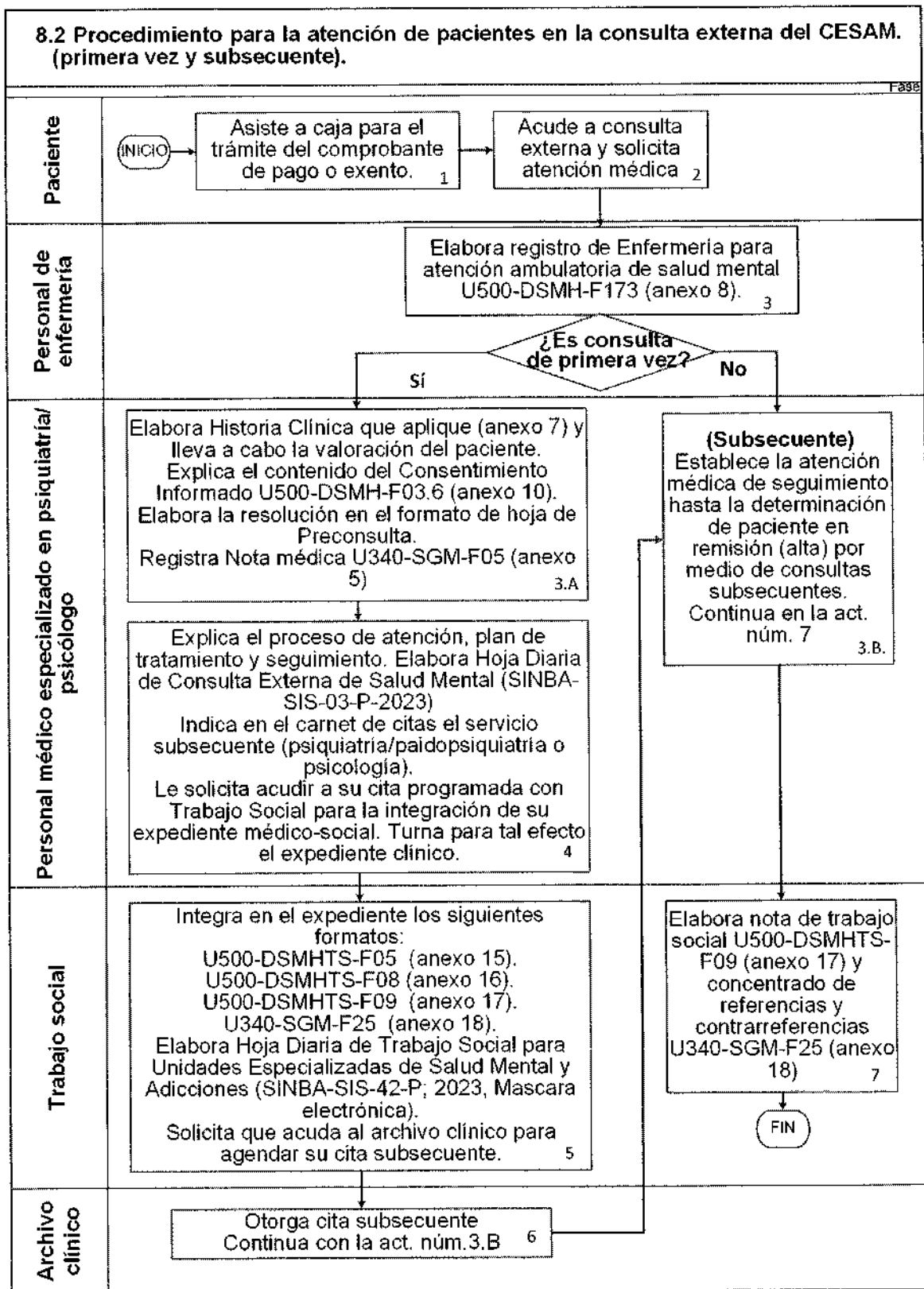
Responsable	Act. No.	Descripción
Paciente	1	Asiste a caja para el trámite del comprobante de pago o exento.
	2	Acude a la consulta externa y solicita atención médica.
Personal de enfermería	3	Elabora Registro de Enfermería para atención ambulatoria de salud mental U500-DSMH-F173 (anexo 8). ¿Es consulta de primera vez?
Personal médico especializado en psiquiatría / psicólogo	3.A	<p>Sí: Elabora Historia Clínica que aplique (anexo 7) y lleva a cabo la valoración del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica en Psicología U500-DSMH-F184 (anexo 7.1). • Historia Clínica en Psicología Clínica de Niños y Adolescentes U500-DSMH-185 (anexo 7.2). • Historia Clínica en Psiquiatría U500-DSMH-F181 (anexo 7.3). • Historia Clínica U500-DSMH-F01 (anexo 7.4). • Historia Clínica Nutricional U500-DSMH-F182 (anexo 7.5). • Historia Clínica paidopsiquiatría U500-DSMH-F183 (anexo 7.6). <p>Explica al paciente o familiar el contenido del Consentimiento Informado para la Consulta Externa de Salud Mental U500-DSMH-F03.6 (anexo 10).</p> <p>Elabora la resolución en el formato de hoja de Preconsulta.</p> <p>Registra Nota médica de ingreso, indicaciones médicas y notas de evolución U340-SGM-F05 (anexo 5).</p> <p>Continúa con la actividad núm. 4.</p>
	3.B.	<p>No. (Subsecuente) Establece la atención médica de seguimiento hasta la determinación de paciente en remisión (alta) por medio de consultas subsecuentes atendiendo el padecimiento.</p> <p>Continúa con la actividad núm. 7</p>
	4	<p>Explica el proceso de atención, plan de tratamiento y seguimiento.</p> <p>Elabora Hoja Diaria de Consulta Externa de Salud Mental (SINBA-SIS-03-P-2023)</p> <p>Indica en el carnet de citas el servicio subsecuente (psiquiatría/paidopsiquiatría o psicología).</p> <p>Le solicita acudir a su cita programada con Trabajo Social para la integración de su expediente médico-social. Turna para tal efecto el expediente clínico.</p>
Trabajo Social	5	<p>Integra en el expediente los siguientes formatos:</p> <p>U500-DSMHTS-F05 Estudio Social Médico (anexo 15),</p> <p>U500-DSMHTS-F08 Estudio Socioeconómico (anexo 16),</p> <p>U500-DSMHTS-F09 Nota de Trabajo Social (anexo 17),</p> <p>U340-SGM-F25 Concentrado de Referencias y Contrarreferencias (anexo 18),</p> <p>Elabora Hoja Diaria de Trabajo Social para Unidades Especializadas de Salud Mental y Adicciones (SINBA-SIS-42-P; 2023, Mascara electrónica).</p> <p>Solicita al paciente que acuda al archivo clínico para agendar su cita subsecuente.</p>
Archivo clínico	6	Otorga cita subsecuente al paciente. Continúa con la actividad 3.B.
Trabajo Social	7	Elabora nota de trabajo social U500-DSMHTS-F09 (anexo 17) y concentrado de referencias y contrarreferencias U340-SGM-F25 (anexo 18) 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.

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.

8.3 Procedimiento para otorgar atención en el servicio de atención inmediata en el CESAM.

Responsable	Act. No.	Descripción
Personal de Orientación e Informes	1	Viene del 8.1 Procedimiento para la atención de pacientes en la consulta externa del CESAM (Preconsulta). Orienta y dirige al usuario y acompañante, familiar o tutor responsable al servicio de trabajo social para que brinde datos.
Trabajo Social	2	Recaba los datos del usuario, incluyendo la verificación de derechohabencia y los registra en la Hoja de Triage y preconsulta para atención psiquiátrica o psicológica U500-DSMH-F178 (anexo 13).
	3	Dirige al usuario al área de atención inmediata.
	4	Da a conocer al acompañante, familiar o tutor responsable respecto a los formatos Carta de consentimiento informado U500-DSMH-F03.5 (anexo 9) y Consentimiento bajo información de autorización de contención física del usuario U500-DSMH-F179 (anexo 11) para su firma.
Médico de atención inmediata	5	Valora al paciente y determina: ¿El paciente debe ser referido a otra unidad para su atención?
	5.A	Sí: Primera opción: Referir a un Hospital psiquiátrico. Establece contacto con el Hospital receptor para coordinar y concretar el traslado, en caso de no concretarlo, continúa en segunda opción. Segunda opción: Referir al Hospital General de Querétaro. Establece contacto con el Hospital General de Querétaro para coordinar y concretar el traslado. Formaliza la Solicitud de Ambulancia U500-DSMHTS-F20 (anexo 19) con apoyo de Trabajo Social. Emite referencia a través del Formato único de referencia y contrarreferencia, U340-SGM-F01 (anexo 6), acompañado del Consentimiento informado para el traslado interhospitalario de paciente U500-DSMH-F03.4 (anexo 23)
	5.A.1	Informa al acompañante, familiar o tutor responsable de la confirmación de la referencia del paciente.
	5.A.2	Solicita equipo paramédico y ambulancia, si el médico indica referencia externa, si el caso lo amerita y previo enlace con la unidad receptora. Fin.
	5.B	No: Instruye al acompañante, familiar o tutor responsable sobre documentación necesaria y le solicita acuda a realizar trámites de caja y archivo al finalizar la atención.
Atención de Enfermería	6	Toma signos vitales, reporta al médico de atención inmediata y anota en hoja de enfermería y en SINBA.
	7	Toma de somatometría y administra medicamentos prescritos por el médico.

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	Realiza sujeción física (de ser clínicamente necesario), previa indicación médica, vigila y reporta al médico responsable.
Atención Médica	9	Re-evalúa el estado del paciente y prescribe, valora la evolución del estado clínico y determina: ¿Persiste la agitación psicomotriz? (no cede posterior a las primeras intervenciones psiquiátricas).
	9.A	Sí: Primera opción: Referir a un Hospital psiquiátrico. Establece contacto con el Hospital receptor para coordinar y concretar el traslado, en caso de no concretarlo, continúa en segunda opción. Segunda opción: Referir al Hospital General de Querétaro. Establece contacto con el Hospital General de Querétaro para coordinar y concretar el traslado. Formaliza la Solicitud de Ambulancia U500-DSMHTS-F20 (anexo 19) con apoyo de Trabajo Social. Emite referencia a través del Formato único de referencia y contrarreferencia, U340-SGM-F01 (anexo 6), acompañado del Consentimiento informado para el traslado interhospitalario de paciente U500-DSMH-F03.4 (anexo 23) firmado por el familiar responsable o tutor. Fin.
	9.B	No: Determina el alta del servicio y establece tratamiento médico, solicita estudios de laboratorio y gabinete. En su caso, indica que el seguimiento se realizará en la consulta externa para atención subsecuente, o la referencia a otra unidad aplicativa, utilizando Formato único de referencia y contrarreferencia, U340-SGM-F01 (anexo 6). Explica al paciente, acompañante, familiar o tutor responsable.
	10	Integra expediente de la atención, registra la valoración médico psiquiátrica de urgencia en SINBA, dando prioridad al estado crítico. Hoja de Triage y preconsulta para atención psiquiátrica o psicológica U500-DSMH-F178 (anexo 13), Nota Médica de ingreso, indicaciones médicas y notas de evolución U340-SGM-F05 (anexo 5), Consentimiento bajo información de autorización de contención física del usuario U500-DSMH-F179 (anexo 11) y Carta de Consentimiento Informado U500-DSMH-F03.5.(anexo 9). En caso de aplicar se deberá notificar a la Fiscalía General del Estado de Querétaro. Le informa al paciente que debe pasar a caja para concluir el proceso de alta. Fin.

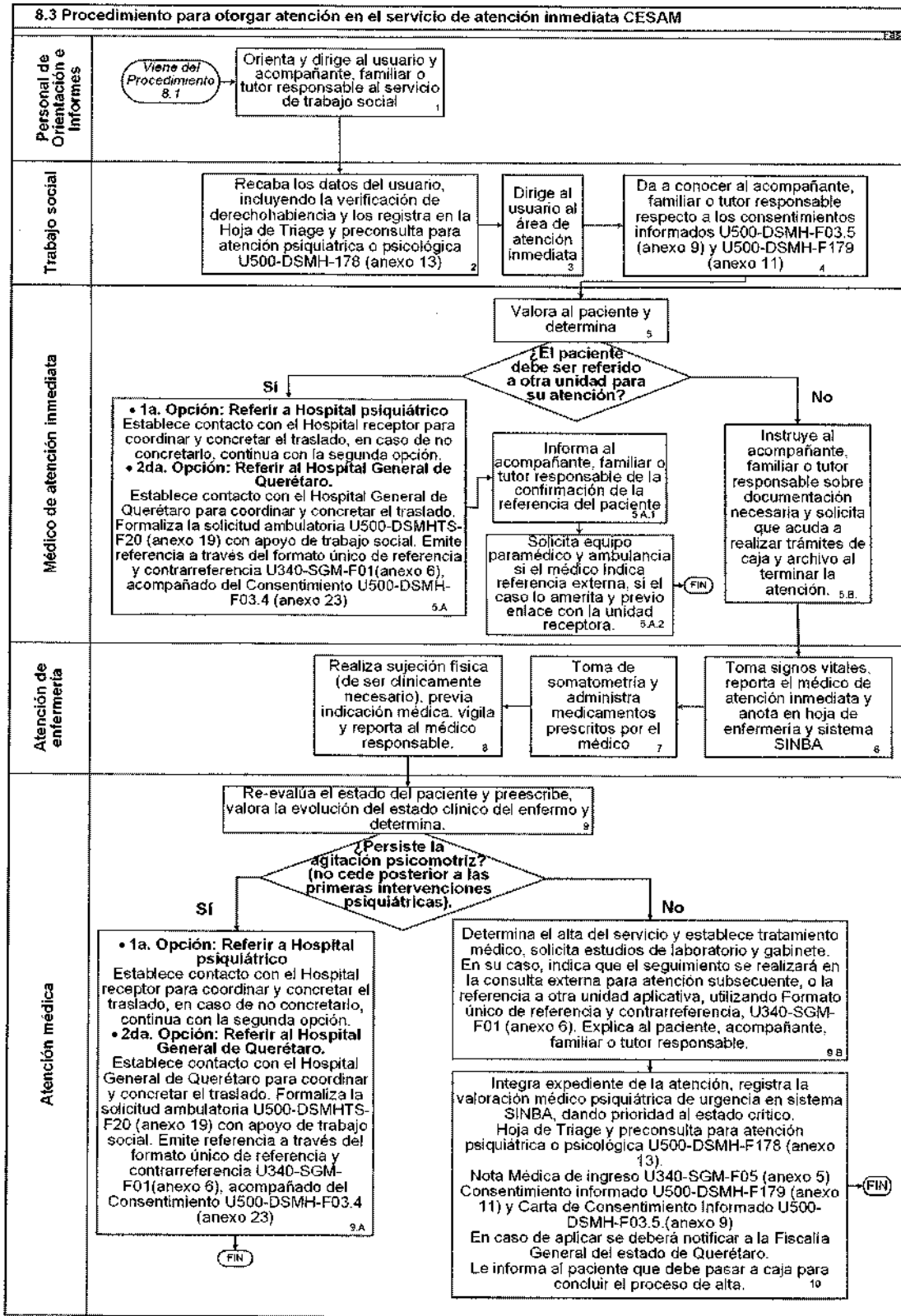
X

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

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 la gestión de casos y código 100 de los Hospitales de segundo nivel de atención y del CESAM.

Responsable	Act. No.	Descripción
<p>Personal especializado de psiquiatría/ psicólogo</p>	1	<p>Fase: Detección</p> <p>Identifica durante la entrevista del paciente que el motivo de atención tiene factores de comportamiento suicida, es decir: autolesión, ideación, intención y/o actuación suicida. <i>(En los servicios de urgencias del hospital, será necesario descartar patología orgánica o intoxicación por sustancias, en caso de existir cualquiera de estas circunstancias se derivaría para ser valorado por Medicina Interna en el servicio de urgencias).</i></p>
	2	<p>Fase: Codificación</p> <p>Realiza la valoración del nivel de riesgo suicida mediante la aplicación del Tamiz ASQ MODORIS y los criterios de clasificación del Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio MODORIS (anexo 4) (La codificación contempla los factores de comportamiento suicida de la fase de atención en términos de intento repetido, número de reintentos y grado de letalidad).</p>
	3	<p>Fase: Atención</p> <p>Lleva a cabo la valoración del paciente de manera integral.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escucha al paciente y se mantiene la calma. • Muestra interés y apoyo. • Permite que exprese sus sentimientos. • Evita juzgar. • Evitar actitud retadora o desafiante. • Incide en eliminar los medios con los que el paciente pueda hacerse daño. • Orienta y resuelve dudas • Explica el contenido Carta de Consentimiento Informado U500-DSMH-F03.5 (anexo 9) y Consentimiento bajo información de autorización de contención física de los usuarios U500-DSMH-F179 (anexo 11), mismos que formaliza. <p>El personal de Enfermería elabora Registro de Enfermería para atención ambulatoria de salud mental U500-DSMH-F173 (anexo 8) y Determina:</p>
	3.A	<p>Nivel de riesgo bajo: Brinda atención psiquiátrica y/o psicológica ambulatoria.</p> <p>Continúa en el 8.2 Procedimiento para la atención de pacientes en la consulta externa del CESAM (primera vez y subsecuente).</p> <p>Fin.</p>
	3.B	<p>Nivel de riesgo moderado o alto: Brinda atención de la especialidad de psiquiatría en atención inmediata para control del paciente y seguimiento.</p> <p>Fin.</p>
	3.C	<p>Nivel de riesgo inminente: Brinda atención hospitalaria en segundo nivel o tercer nivel de atención según la determinación médica especializada en psiquiatría, se formaliza los formatos Carta de consentimiento informado U500-DSMH-F03.5 (anexo 9) y Consentimiento bajo información de autorización de contención física del usuario U500-DSMH-F179 (anexo 11).</p> <p>Continúa en Act. 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 especializado de psiquiatría/ psicólogo	3.D	<p>Si el paciente está Hospitalizado: Implementa un plan de seguridad, que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de ser viable, llevar a cabo la reubicación del paciente a hospitalización de salud mental. • Restringir o reducir el acceso a medios letales. • Generar estrategias de solución no suicidas. • Activar y buscar red de apoyo. • Elaborar tarjeta de corta fuegos U500-DSMH-F175 (anexo 12). • Generar afrontamiento, retomando las razones para vivir. • Identificar formas de resolver problemas para llevar a cabo el plan. • Generar compromiso para mantenerse con vida. <p>Continúa en Act. 4</p>
	4	<p>Fase: Referencia y Contrarreferencia</p> <p>¿Se observa un riesgo inminente de realizar o repetir un acto suicida?</p>
	4.A	<p>No: Se determina el tratamiento especializado ambulatorio contemplando atención médica y psicoterapéutica. La primera consulta del paciente (contemplando el alta hospitalaria), deberá ser antes de 72 horas, garantizando comunicación eficaz; en lo subsecuente de manera semanal por tiempo indefinido, hasta que se determine la modificación del plan de tratamiento de acuerdo a evolución.</p>
	4.A.1	<p>Lleva a cabo el seguimiento y evolución del paciente. Informará a Trabajo Social en caso de requerirse monitoreo telefónico extraordinario, es decir, en caso de identificar escalamiento del riesgo por un posible no apego al tratamiento y seguimiento.</p> <p>Continúa en la Actividad núm. 8</p>
	4.B	<p>Sí: Primera opción: Referir a un Hospital Psiquiátrico. Establece contacto que el Hospital receptor para coordinar y concretar el traslado, en caso de no concertarla, continuar con la segunda opción.</p> <p>Segunda opción: Referir al Hospital General de Querétaro. Consulta el Directorio de la red de servicios de salud y establece contacto que el Hospital receptor para coordinar y concretar el traslado.</p> <p>Emite referencia a través del Formato único de referencia y contrarreferencia, U340-SGM-F01 (anexo 6), para el traslado del paciente a unidad hospitalaria de segundo o tercer nivel de atención, acompañado de copia simple del Consentimiento informado para el traslado interhospitalario de paciente (U500-DSMH-F03.4 (anexo 23)</p> <p>Formaliza: Consentimiento Informado para el Traslado Interhospitalario de Paciente. U500-DSMH-F03.4 (anexo 23). Consentimiento bajo información de autorización de contención física del usuario U500-DSMH-F179 (anexo 11)</p> <p>Solicita la intervención de Trabajo Social para gestionar la disponibilidad de ambulancia a través del Formato Solicitud de Ambulancia U500-DSMH-F20 (anexo 19).</p>
5	<p>Informa al familiar o representante legal de la confirmación de la referencia del paciente.</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 Trabajo social	6	Fase: Seguimiento ¿El paciente acudió al lugar de referencia para su seguimiento médico?
	6.A	Si: Registra en la Hoja Diaria de Trabajo Social para unidades especializadas de salud mental y adicciones SINBA-SIS-42-P-2023 o la versión de mascara electrónica, donde indicará si fue atendido o referido. Continúa con la actividad núm. 7
	6.B	No: Registra en la Hoja Diaria de Trabajo Social para unidades especializadas de salud mental y adicciones SINBA-SIS-42-P-2023 o la versión de mascara electrónica, donde se indicarán los motivos y se dará seguimiento a la fase de rescate. Pasa a la actividad núm. 8
	7	Envía al Departamento de Telesalud de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios, el censo de pacientes referidos al Hospital General de Querétaro o un Hospital de tercer nivel de atención, que hayan sido codificados como casos de código 100, indicando si se realizaron actos medicamente graves o intento de suicidio de alta letalidad.
	8	Fase: Rescate Lleva a cabo el seguimiento de pacientes de los usuarios que reciben atención médica ambulatoria semanal, considerando: <ul style="list-style-type: none"> • Primer contacto a las 72 horas. • Monitoreo telefónico extraordinario a petición del equipo de la brigada. • En caso de no acudir a la consulta de seguimiento programada se ofrece una consulta nueva. • Envía un reporte al servicio de epidemiología de la unidad para el seguimiento del caso. ¿Identifica un escalamiento del riesgo suicida?
	8.A	No: Continúa con las acciones de seguimiento hasta la conclusión del caso. Fin.
	8.B	Si: Identifica en el paciente un escalamiento a nivel de riesgo suicida para nuevamente el Código 100. Informa al personal especializado de psiquiatría/psicología para solicitar autorización para activar el rescate domiciliario.
	9	Solicita la intervención del Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM), una vez indicado por parte del médico especializado en psiquiatría o psicología, a través del formato Solicitud de Ambulancia U500-DSMHTS-F20 (anexo 19) para proceder a la visita domiciliaria.
	10	Elabora: Registro de visita domiciliaria U500-DSMHTS-F19, Constancia de Visita Domiciliaria U500-DSMHTS-F21 y Nota de Trabajo Social U500-DSMHTS-F09 (anexo 17). Registra en la Hoja Diaria de Trabajo Social para unidades especializadas de salud mental y adicciones SINBA-SIS-42-P-2023 o la versión de mascara electrónica, en la variable de Motivo de Visita Domiciliaria, donde: 2 es: Rescate de paciente.
	CRUM/Trabajo Social	11

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 la gestión de casos y código 100 de los Hospitales de segundo nivel de atención y del CESAM.

Fase: Detección

Inicio: Identifica durante la entrevista del paciente que el motivo de atención tiene factores de comportamiento suicida, es decir: autolesión, ideación, intención y/o actuación suicida. (En los servicios de urgencias del hospital será necesario descartar patología orgánica o intoxicación por sustancias, en caso de existir cualquiera de estas circunstancias se derivaría para ser valorado por medicina interna en el servicio de urgencias)

Fase: Codificación

Realiza la valoración del nivel de riesgo suicida mediante la aplicación del Tamiz ASQ MODORIS y los criterios de clasificación del Modelo Dinámico de Ordenes de Riesgo de Suicidio MODORIS (anexo 4) (La codificación contempla los factores de comportamiento suicida de la fase de atención en términos de intento repetido, número de reintentos y grado de letalidad)

Fase: Atención

Lleva a cabo la valoración del paciente de manera integral

- Escucha al paciente y se mantiene la calma
- Muestra interés y apoyo
- Permite que exprese sus sentimientos
- Evita juzgar
- Evita actitud retadora o desafiante
- Incluye en eliminar los medios con lo que el paciente pueda hacerse daño
- Orienta y resuelve dudas

Explica el contenido del consentimiento informado U500-DSMH-F03.5 (anexo 9) y Consentimiento bajo información de autorización de contención física de los usuarios U500-DSMH-F179 (anexo 11), mismos que formaliza.

El personal de Enfermería elabora Registro de Enfermería para atención ambulatoria de salud mental U500-DSMH-F173 (anexo 8) y

Determina:

Nivel de riesgo bajo:
Brinda atención psiquiátrica y/o psicológica ambulatoria.
Continúa en el 8.2 Procedimiento para la atención de pacientes en el CESAM. (Primera vez y subsecuente)

Nivel de riesgo moderado o alto: Brinda atención de la especialidad de psiquiatría en atención inmediata para control del paciente y seguimiento.

Nivel de riesgo inminente: Brinda atención hospitalaria en segundo o tercer nivel de atención según la determinación médica especializada en psiquiatría, se formaliza los consentimientos informados U500-DSMH-F03.5 (anexo 9) y U500-DSMH-F179 (anexo 11)

Si el paciente está hospitalizado: Implementa un plan de seguridad, que incluya:

- En caso de ser viable, llevar a cabo la reubicación del paciente a hospitalización de salud mental.
- Restringir o reducir el acceso a medios letales.
- Generar estrategias de solución no suicidas.
- Activar y buscar red de apoyo.
- Elaborar tarjeta corta fuegos U500-DSMH-F175 (anexo 12)
- Generar afrontamiento, retomando las razones para vivir.
- Identifica formas de resolver problemas para llevar a cabo el plan.
- Generar compromiso para mantenerse con vida.

Fase: Referencia y Contrarreferencia

¿Se observa un riesgo inminente de realizar o repetir un acto suicida?

Si

No

1a. opción: Referir a un Hospital psiquiátrico. Establece contacto con el Hospital receptor para coordinar y concretar el traslado, en caso de no concertarla, continuar con la 2da. opción.
2da. opción: Referir al Hospital General de Querétaro. Consulta el Directorio de la red de servicios de salud y establece contacto que el Hospital receptor para coordinar y concretar el traslado. Emite referencia a través del Formato único de referencia y contrarreferencia, U340-SGM-F01 (anexo 6), para el traslado del paciente a unidad hospitalaria de segundo o tercer nivel de atención, acompañado de copia simple del consentimiento informado U500-DSMH-F03.4 (anexo 23). Formaliza Consentimiento bajo información de autorización de contención física del usuario U500-DSMH-F179 (anexo 11). Solicita la intervención de Trabajo Social para gestionar la disponibilidad de ambulancia a través del Formato Solicitud de Ambulancia U500-DSMH-F20 (anexo 19).

Se determina el tratamiento especializado ambulatorio contemplando atención médica y psicoterapéutica. La primera consulta del paciente (contemplando el alta hospitalaria) deberá ser antes de 72 horas, garantizando comunicación eficaz; en lo subsecuente de manera semanal por tiempo indefinido, hasta que se determine la modificación del plan de tratamiento de acuerdo a evolución.

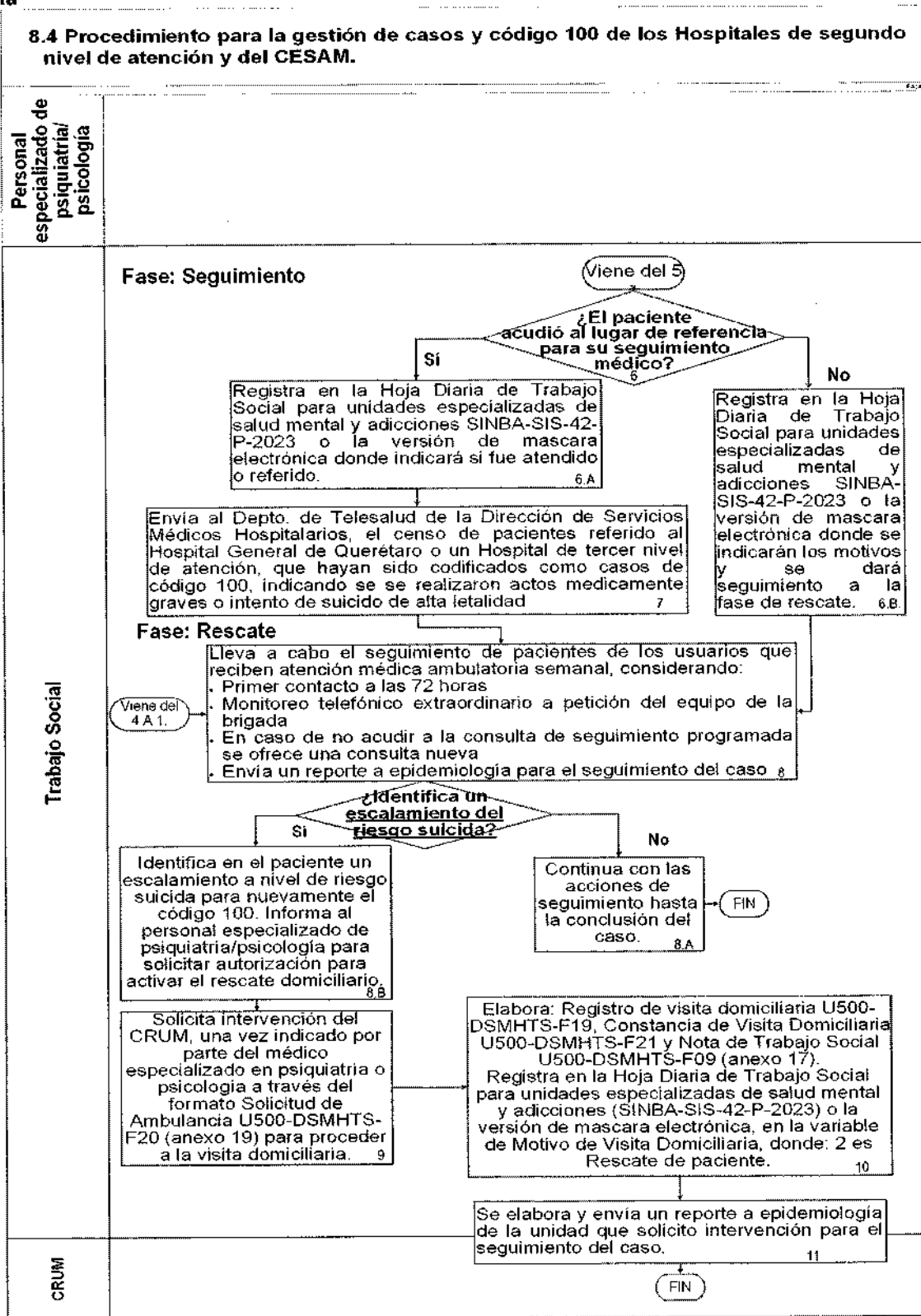
Lleva a cabo el seguimiento y evolución del paciente. Informará a Trabajo Social en caso de requerirse monitoreo telefónico extraordinario, es decir, en caso de identificar escalamiento del riesgo por un posible no apego al tratamiento y seguimiento.
Continúa en la actividad núm. 8

Informa al familiar o representante legal responsable de la confirmación de la referencia del paciente. Continúa con la act.num. 6

Personal especializado de psiquiatría/psicología

Trabajo Social
CRM

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.

8.5 Procedimiento para la atención de pacientes en el servicio de Urgencias en el Hospital General de Querétaro.

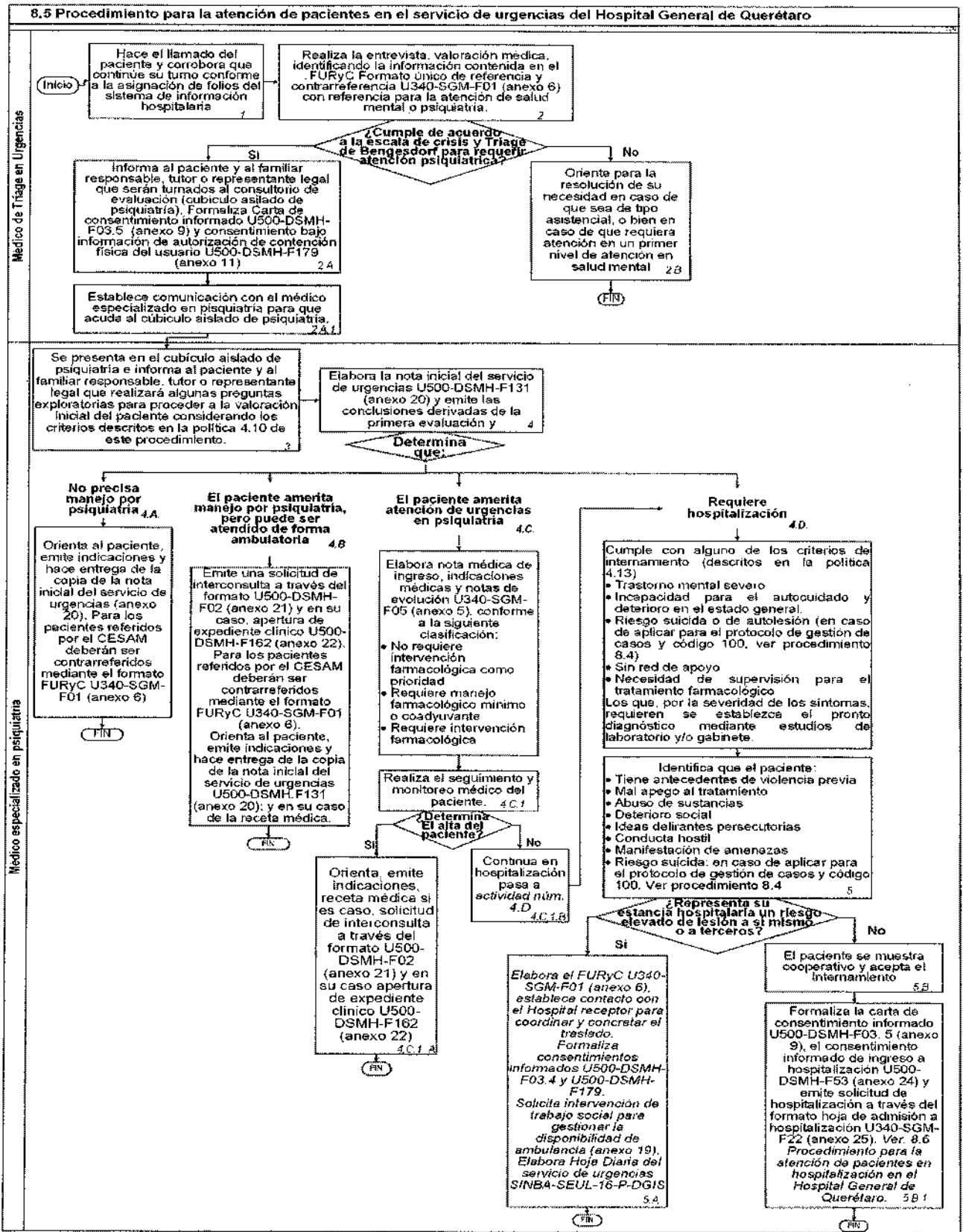
Responsable	Act. No.	Descripción
Médico de Triage en Urgencias	1	Hace el llamado del paciente y corrobora que continúe su turno conforme a la asignación de folios del Sistema de Información Hospitalaria.
	2	Realiza la entrevista, valoración médica, identificando la información contenida en el FURyC Formato único de referencia y contrarreferencia U340-SGM-F01 (anexo 6) con referencia para la atención de salud mental o psiquiatría. ¿Cumple de acuerdo a la escala de crisis y Triage de Bengelsdorf (anexo 3) para requerir atención psiquiátrica?
	2A	Sí: Informa al paciente y al familiar responsable, tutor o representante legal que serán turnados al consultorio de evaluación (cubículo aislado de psiquiatría). Formaliza Carta de Consentimiento Informado U500-DSMH-F03.5. (anexo 9) y Consentimiento bajo información de autorización de contención física del usuario U500-DSMH-F179 (anexo 11).
	2A1	Establece comunicación con el médico especializado en psiquiatría para que acuda al cubículo aislado de psiquiatría. Continúa en Act. 3
	2B	No: Orienta para la resolución de su necesidad en caso de que sea de tipo asistencial, o bien en caso de que requieran atención en un primer nivel de atención en salud mental. Fin.
Médico especializado en Psiquiatría	3	Se presenta en el cubículo aislado de psiquiatría e informa al paciente y al familiar responsable, tutor o representante legal que realizará algunas preguntas exploratorias para proceder a la valoración inicial del paciente, considerando los criterios descritos en la política 4.10.
	4	Elabora la Nota Inicial del Servicio de Urgencias U500-DSMH-F131 (anexo 20), y emite las conclusiones derivadas de la primera evaluación y determina que:
	4A	No precisa manejo por psiquiatría: Orienta al paciente, emite indicaciones y hace entrega de la copia de la Nota inicial del servicio de urgencias U500-DSMH-F131 (anexo 20). Para los pacientes referidos por el CESAM, deberán de ser contrarreferidos mediante el formato FURyC. Formato único de referencia y contrarreferencia U340-SGM-F01 (anexo 6). Fin.
	4B	El paciente amerita manejo por psiquiatría, pero puede ser atendido de forma ambulatoria: Emite una solicitud de interconsulta a través del formato U500-DSMH-F02 (anexo 21) y en su caso, apertura de expediente clínico U500-DSMH-F162 (anexo 22). Para los pacientes referidos por el CESAM, deberán de ser contrarreferidos mediante el formato FURyC. Formato único de referencia y contrarreferencia U340-SGM-F01 (anexo 6). Orienta al paciente, emite indicaciones y hace entrega de la copia de la Nota Inicial del Servicio de Urgencias U500-DSMH-F131 (anexo 20); y en su caso, de la receta médica. Fin.

	4C	El paciente amerita atención de urgencias en psiquiatría. Elabora nota médica de ingreso, indicaciones médicas y notas de evolución 340-SGM-F05 (anexo 5), conforme a la siguiente clasificación: <ul style="list-style-type: none"> • No requiere intervención farmacológica como prioridad. • Requiere manejo farmacológico mínimo o coadyuvante. • Requiere intervención farmacológica.
	4C1	Realiza el seguimiento y monitoreo médico del paciente. ¿Determina el alta del paciente?
	4.C.1.A	Sí: Orienta, emite indicaciones, receta médica si es el caso, solicitud de interconsulta a través del formato U500-DSMH-F02 (anexo 21) y en su caso, apertura de expediente clínico U500-DSMH-F162 (anexo 22) Fin.
	4.C.1.B	No: Continúa en hospitalización. Continúa en actividad núm.4D.
	4D	Requiere hospitalización Cumple con alguno de los criterios de internamiento (descritos en la política 4.13.) <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno mental severo. • Incapacidad para el autocuidado y deterioro en el estado general. • Riesgo suicida o de autolesión (en caso de aplicar para el protocolo de gestión de casos y código 100, ver procedimiento 8.4) • Sin red de apoyo • Necesidad de supervisión para el tratamiento farmacológico Los que, por la severidad de los síntomas, requieren se establezca el pronto diagnóstico mediante estudios de laboratorio y/o gabinete.
	5	Identifica que el paciente: <ul style="list-style-type: none"> • Tiene antecedente de violencia previa. • Mal apego al tratamiento. • Abuso de sustancias. • Deterioro social. • Ideas delirantes persecutorias. • Conducta hostil. • Manifestación de amenazas. • Riesgo suicida: en caso de aplicar para el Protocolo de gestión de casos y código 100, ver procedimiento 8.4. ¿Representa su estancia hospitalaria un riesgo elevado de lesión a sí mismo o a terceros?
	5A	Sí: Elabora el FURyC. Formato único de referencia y contrarreferencia U340-SGM-F01 (anexo 6), establece contacto con el Hospital receptor para coordinar y concretar el traslado. Formaliza: Consentimiento Informado para el Traslado Interhospitalario de Paciente. U500-DSMH-F03.4.(anexo 23) Consentimiento bajo información de autorización de contención física del usuario U500-DSMH-F179. (anexo 11) Solicita la intervención de Trabajo Social para gestionar la disponibilidad de ambulancia a través del Formato Solicitud de Ambulancia U500-DSMH-TS-F20 (anexo 19). Elabora Hoja Diaria del Servicio de Urgencias SINBA-SEUL-16-P DGIS. Fin.
	5B	No: El paciente se muestra cooperativo y acepta el internamiento.
	5.B.1	Formaliza la carta de consentimiento informado, U500-DSMH-F03.5 (anexo 9) el consentimiento informado de ingreso a hospitalización U500-DSMH-F53 (anexo 24) y emite la solicitud de hospitalización a través del formato hoja de admisión a hospitalización U340-SGM-F22 (anexo 25). Ver: 8.6 Procedimiento para la atención de pacientes en hospitalización en el Hospital General de Querétaro. 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.

8.6 Procedimiento para la atención de pacientes en hospitalización en el Hospital General de Querétaro.

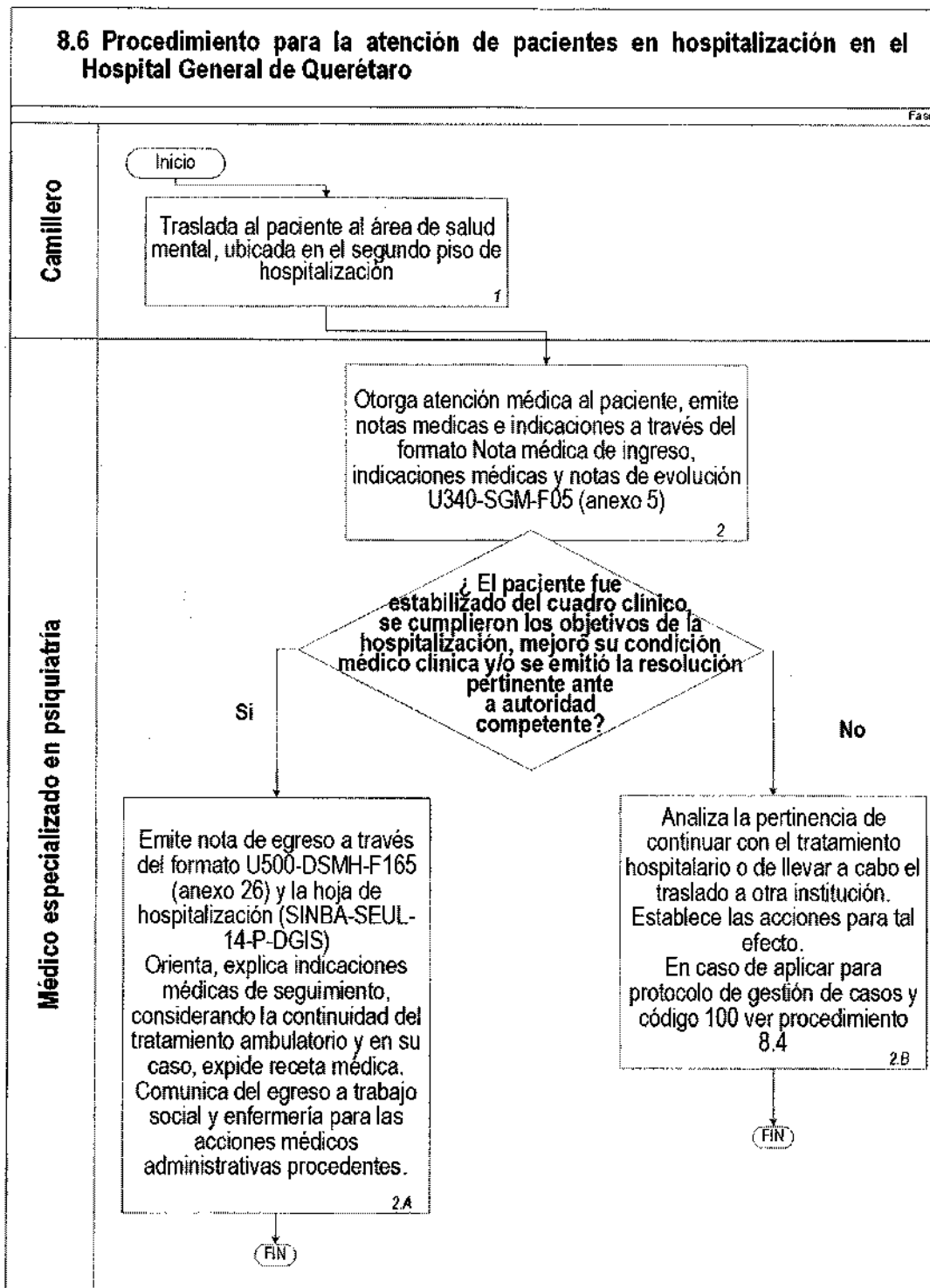
Responsable	Actividad No.	Descripción
Camillero	1	Viene del procedimiento 8.5 (5.B.1). Traslada al paciente al área de salud mental, ubicada en el segundo piso de hospitalización.
Médico especializado en Psiquiatría	2	Otorga atención médica al paciente, emite notas médicas e indicaciones a través del formato Nota médica de ingreso, indicaciones médicas y notas de evolución U340-SGM-F05 (anexo 5) ¿El paciente fue estabilizado del cuadro clínico, se cumplieron los objetivos de la hospitalización, mejoro su condición médico clínica y/o se emitió la resolución pertinente ante la autoridad legal competente?
	2A	Sí: Emite nota de egreso a través del formato U500-DSMH-F165 (anexo 26), y la Hoja de Hospitalización (SINBA-SEUL-14-P DGIS). Orienta, explica indicaciones médicas de seguimiento, considerando la continuidad del tratamiento ambulatorio, y en su caso, expide receta médica. Comunica del egreso a trabajo social y enfermería para las acciones médico-administrativas procedentes. Fin.
	2B	No: Analiza la pertinencia de continuar con el tratamiento hospitalario o de llevar a cabo el traslado a otra institución. Establece las acciones pertinentes para tal efecto. En caso de aplicar para el Protocolo de gestión de casos y código 100, ver procedimiento 8.4. 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.

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.

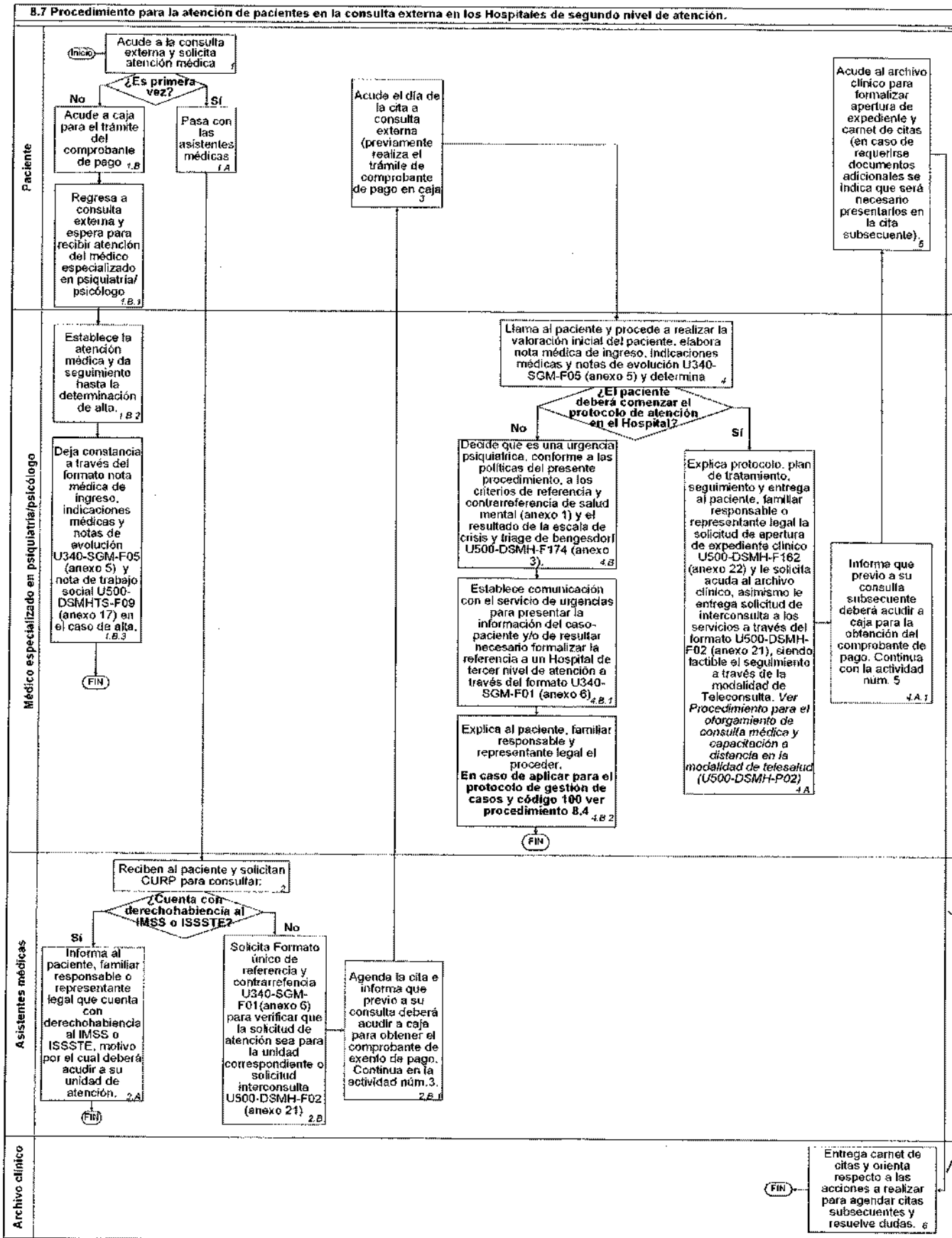
8.7 Procedimiento para la atención de pacientes en la consulta externa de los Hospitales de segundo nivel de atención.

Responsable	No. Act	Descripción
Paciente	1	Acude al servicio de consulta externa y solicita atención médica ¿Es primera vez?
	1.A	Si: pasa con las asistentes médicas. Continúa en la actividad núm. 2
	1.B	No: acude a caja para el trámite de comprobante de pago.
	1.B.1	Regresa a consulta externa y espera para recibir atención del médico especializado en psiquiatría/psicólogo.
Médico especializado en Psiquiatría/ Psicólogo	1.B.2	Establece la atención médica y da seguimiento hasta la determinación del alta.
	1.B.3	Deja constancia de la atención en el expediente clínico a través del formato nota médica de ingreso, indicaciones médicas y notas de evolución U340-SGM-F05 (anexo 5) y nota de trabajo social U500-DSMHTS-F09 (anexo 17) en caso de alta. FIN.
Asistentes Médicas	2	Reciben al paciente y solicitan CURP para consultar ¿Cuenta con derechohabencia en el IMSS o ISSSTE?
	2A	Si: Informa al paciente, familiar responsable o representante legal, que cuenta con derechohabencia al IMSS o ISSSTE, motivo por el cual deberá acudir a su unidad de atención. FIN.
	2B	No: Solicita Formato único de referencia y contrarreferencia FURyC U340-SGM-F01 (anexo 6), para verificar que la solicitud de atención sea para la Unidad correspondiente o solicitud de interconsulta U500-DSMH-F02 requisitada (anexo 21).
	2.B.1	Agenda la cita e informa que previo a su consulta deberá acudir a caja para obtener el comprobante de exento de pago. Continúa en la actividad núm. 3
Paciente	3	Acude el día de la cita a consulta externa (previamente realiza el trámite de comprobante de pago en caja).
Médico especializado en psiquiatría/ psicólogo	4	Llama al paciente y procede a realizar la valoración inicial del paciente, elabora nota médica de ingreso, indicaciones médicas y notas de evolución U340-SGM-F05 (anexo 5) y determina: ¿El paciente deberá comenzar el protocolo de atención en el Hospital?
	4.A	Si: Explica el protocolo, plan de tratamiento, seguimiento y entrega al paciente, familiar responsable o representante legal la solicitud de apertura de expediente clínico U500-DSMH-F162 (anexo 22) y le solicita acuda al Archivo Clínico, asimismo le entrega Solicitud de interconsulta a los servicios a través del formato U500-DSMH-F02 (anexo 21), siendo factible el seguimiento a través de la modalidad de Teleconsulta. <i>Ver U500-DSMH-P02 Procedimiento para el otorgamiento de consulta médica y capacitación a distancia en la modalidad de telesalud.</i>
	4.A.1	Informa que previo a su consulta subsecuente deberá acudir a caja para la obtención de su comprobante de pago. Continúa en la actividad número 5
	4.B	No: Decide que es una urgencia psiquiátrica, conforme a las políticas del presente procedimiento, a los criterios de referencia y contrarreferencia de salud mental (anexo 1) y el resultado de la Escala de Crisis y Triage de Bengelsdorf U500-DSMH-174 (anexo 3).
	4.B.1	Establece comunicación con el servicio de urgencias para presentar la información del caso-paciente y/o de resultar necesario formalizar la referencia a un Hospital de tercer nivel de atención a través del Formato único de referencia y contrarreferencia U340-SGM-F01 (anexo 6).
	4.B.2	Explica al paciente, familiar responsable y representante legal el proceder. En caso de aplicar para el Protocolo de gestión de casos y código 100, ver procedimiento 8.4. FIN
Paciente	5	Acude al archivo clínico para formalizar la apertura de expediente y carnet de citas (en caso de requerirse documentos personales adicionales, se indica que será necesario presentarlos en la cita subsecuente).
Archivo Clínico	6	Entrega carnet de citas y orienta respecto a las acciones a realizar para agendar las citas subsecuentes y resuelve dudas. 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.



9.0 CONTROL DE CAMBIOS

REVISIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
A	Enero 2023.	Elaboración del procedimiento.

10. ANEXOS.

Anexo 1.- Criterios de referencia y contrarreferencia de salud mental (primera página)

CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE SALUD MENTAL

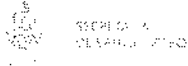
Entidad nosológica y clasificación	Definición, manifestaciones clínicas y manejo pre- envío	Motivo de referencia, contrarreferencia y requerimientos para el envío
Trastornos depresivos CIE 10 F32. Episodio depresivo recurrente F33. Trastorno depresivo recurrente DSM-V 296.99 (F34.8)	<p>Definición. Episodio depresivo: Periodo de al menos dos semanas de un ánimo depresivo (triste, irritable, vacío) presente la mayor parte del día, o disminución en el interés en las actividades acompañado de síntomas como son: Dificultad para concentrarse, sentimientos de culpa, minusvalía, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito, cambios en patrón de sueño, agitación o retardo psicomotor, fatiga o disminución de la energía.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Episodio leve: Presenta dificultades, aunque no considerables para desarrollar las actividades: Laborales, sociales, domésticas, no presenta delirios o alucinaciones. • Episodio moderado: Presenta dificultades, considerables para desarrollar las actividades: Laborales, sociales, domésticas, aunque aún puede desarrollar algunas otras áreas. • Episodio severo: Es incapaz de desarrollar las actividades a nivel: Personal, social, familiar, laboral, educacional. <p>Manifestaciones. PSICÁCES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P- Psicomotricidad disminuida o aumentada. • S- Sueño alterado (aumento o disminución). • I- Interés reducido (pérdida de la capacidad del disfrute). • C- Concentración disminuida. • A- Apeito y peso (disminución o aumento). • C- Culpa y auto reproche. • E- Energía disminuida, fatiga. • S- Suicidio (pensamientos). 	<p>Se considerará como urgencia psiquiátrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ideación suicida persistente. • Plan suicida. • Intentos de suicidio previos y con ideas de muerte o suicidas actuales. • Existencia de factores severos de riesgo suicida (pérdida del sentido de la vida, desesperanza, intentos previos, antecedentes familiares, psicosis rasgos impulsivos de la personalidad y alcoholismo o abuso de otras sustancias). <p>Se referirá de primer a segundo nivel en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pobre o nula respuesta al tratamiento posterior a la utilización de la dosis terapéutica y por el tiempo mínimo necesario durante la fase aguda. • Abuso de sustancias. • Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. • En caso de remisión de sintomatología y se encuentren en fase de continuación y mantenimiento.

Hoja 1 de 16

Elaboro: VVC/5404.

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 2. Protesta de beneficiario de Servicios de Salud del Estado de Querétaro



Protesta de beneficiario de Servicios de Salud del Estado de Querétaro

*Esta documentación deberá ser requisitada por el beneficiario o por el familiar, padre o tutor, de forma legible, sin tachaduras, enmendaduras o abreviaturas

Fecha de solicitud: _____ Hora de solicitud: _____ Unidad de atención: _____

Documentación que deberá presentar como comprobatoria: INE o IFE CURP Comprobante de domicilio

Nombre del paciente o solicitante del servicio: _____

CURP: _____ o Número de INE: _____

Nombre del familiar, padre o tutor que da la protesta (en caso de ser menor de edad o persona con discapacidad, o el beneficiario se encuentra recibiendo atención médica): _____

¿El beneficiario tiene alguna derechohabencia o seguridad social? SI NO

Si respondió SÍ, indique cual derechohabencia: IMSS ISSSTE Otra y especifique _____

Número de teléfono de contacto: _____ Domicilio: _____

Localidad y Municipio donde vive: _____ Estado donde vive: _____

Servicio de salud solicitado:

- () 1. Consulta externa de especialidad.
- () 2. Atención del servicio de urgencias.
- () 3. Servicio de laboratorio clínico.
- () 4. Servicio auxiliar de diagnóstico (imagenología).
- () 5. Servicio de patología.
- () 6. Procedimientos diagnósticos o quirúrgicos invasivos y no invasivos.
- () 7. Tratamientos especializados o terapias coadyuvantes.
- () 8. Egreso de hospitalización o del servicio de urgencias.

En caso de ser o resultar derechohabiente de cualquier Institución de Seguridad Social, manifiesto mi conformidad y compromiso de cubrir los costos del servicio que ahora solicito, por lo que bajo protesta de decir verdad declaro que los datos proporcionados en esta solicitud son correctos y verídicos, autorizando al personal de Servicios de Salud del Estado de Querétaro o cualquier otro órgano auditor o fiscalizador, para que realice las consultas y requerimientos de información que considere pertinentes para tal efecto, entendiendo que como beneficiario tengo como obligaciones lo establecido en el artículo 77 bis 38 y que podrá suspenderse de forma temporal el acceso gratuito de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, acorde a lo establecido en el artículo 77 bis 39 o cancelarse acorde al artículo 77 bis 40 fracción I, II y III de la Ley General de Salud.

Atentamente,

Firma del usuario beneficiario, familiar, padre o tutor del beneficiario

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO SOBRE DATOS PERSONALES. Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ) es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal con domicilio ubicado en Privada Circunvalación no. 6 Colonia Jardines de Querétaro, de la ciudad de Santiago de Querétaro, Qro., Código Postal 76020, es el sujeto obligado y responsable del tratamiento de los datos personales que se recaban a través del portal de internet, su transferencia por autoridades y/o la entrevista directa con el paciente y/o familiares, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Querétaro y demás normatividad que resulte aplicable. Podrá acceder al Aviso de Privacidad Integral que se encuentra publicado en la página www.seseq.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 3. Escala de Crisis y Triage Bengelsdorf. (U500-DSMH-F174)



DSMH/CESAM/Servicio de Psiquiatría
Escala de Crisis y Triage de Bengelsdorf. (U500-DSMH-F174).

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fecha _____		
Escala de crisis y Triage Bengelsdorf		
Categoría	Evaluación	Puntaje
	1.- Expresa ideas suicidas, homicidas o ha hecho intentos serios en la enfermedad actual. Imprudenciblemente violento/impulsivo.	
	2.- Como en la pregunta 1, pero las ideas o la conducta provocan sensación egodistónica, o hay historia de conducta impulsiva pero no en los síntomas actuales.	
	3.- Expresa ideas suicidas/homicidas con ambivalencia o ha hecho algunos gestos suicidas. El control de impulsos es cuestionable.	
	4.- Tiene algún tipo de ideación o conducta suicida u homicida, o historia de alguna de los dos, pero expresa deseos de controlarse y es capaz de controlar su conducta.	
	5.- No tiene conducta suicida/homicida. No hay historia de conducta violenta/impulsiva.	
Peligrosidad	1.- No tiene familiares, amigos u otros. No hay una institución pública que pueda proporcionar el apoyo necesario.	
	2.- Algún familiar o conocido puede ser movilizado pero su ayuda será limitada.	
	3.- La red de apoyo es potencialmente disponible, pero existen dificultades. Significativas al intentar movilizarla.	
	4.- Los familiares, amigos u otros están interesados en el paciente, pero existen dudas. Sobre su capacidad o voluntad de ayudar.	
	5.- Los familiares, amigos u otros están interesados en el paciente y tienen la voluntad de proveer el apoyo necesario.	
Red de Apoyo	1.- Incapaz de cooperar o activamente rechaza la intervención.	
	2.- Muestra poco interés o comprensión en los esfuerzos que se hacen para ayudar.	
	3.- Pasivamente acepta maniobras de intervención.	
Capacidad de Cooperación	4.- Desea ser ayudado pero se muestra ambivalente o su motivación no es suficiente.	
	5.- Acepta en forma activa el tratamiento ambulatorio, tiene voluntad y es capaz de cooperar.	
Puntaje total (8 o menos será aceptado como paciente en crisis en admisión continua, 9 o más puntos será referido a consulta externa)		

Clasificación	Puntaje	Color	Tiempo de respuesta
Emergencia médica: Extremo/ severo			Atención inmediata
Riesgo alto: Peligro			No deberá demorar 10 minutos
Riesgo medio: Vulnerable	11	Amarillo	No deberá demorar más de 1 hora
Riesgo bajo: Estable	12-13	Verde	No deberá demorar más de 4 horas
No urgente	14-15	Blanco	

Clasificación	Puntaje
Peligrosidad:	
Red de Apoyo:	
Capacidad de Cooperación:	
Puntaje Total:	

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. Encuadre y preguntas ASQ MODORIS (U500-DSMH-F176)

DSMH/ Servicio de Psiquiatría.

Encuadre y preguntas ASQ MODORIS. (U500-DSMH-F176)



SECRETARIA DE SALUD - SESEQ
Programa de Atención Médica Especializada

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Fecha: _____

Preguntas para el paciente	Puntaje
1. En las últimas semanas, ¿Ha deseado estar muerto?	
2. En las últimas semanas, ¿Ha sentido que usted o su familia estarían mejor si estuviera muerto?	
3. En la última semana, ¿Ha pensado en suicidarse?	
4. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? Si contestó que sí, ¿Cuándo lo hizo? _____ ¿Cómo lo hizo? _____	
Si el paciente contesta que Sí a alguna de las preguntas anteriores, hágale la siguiente pregunta para evaluar la agudeza:	
5. ¿Está pensando en suicidarse en este momento? Describa estos pensamientos (planes, intención) _____	
Calificación de Riesgo de suicidio <input type="checkbox"/> 1er orden <input type="checkbox"/> 2do orden <input type="checkbox"/> 3er orden <input type="checkbox"/> 4to orden.	
ASQ Si responde "Sí" a la 1 y 2 y al resto "No", es riesgo bajo. 1er orden de riesgo de suicidio. Si responde "Sí" a la 1 y a la 3 y "No" a la 4 y 5, corresponde a riesgo moderado. 2do orden de riesgo de suicidio. Si responde "Sí" de la 1 a la 4, es riesgo alto. 3er orden de riesgo. Si responde "Sí" de la 1 a la 5 es riesgo inminente. 4to orden de riesgo. Si responde "Sí" a las preguntas 1, 2, 3 y 5 es riesgo inminente, sin antecedentes de intentos de suicidio. 4to orden de riesgo.	

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

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 mark]

Fecha	Hora	Notas

NOTA1 El médico que elabore y autorice las notas, deberán plasmar al final nombre completo, número de cedula profesional y firma.

NOTA2: La información contenida en el presente formato deberá integrar la totalidad de requisitos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA-2012, del Expediente Clínico.

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

1ª. parte

Formato Único de Referencia y Contrarreferencia

(U340-SGM-F01)

I. REFERENCIA



SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ

Folio: _____

Fecha: _____

Hora: _____

URGENCIA: SI NO

Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____
Fecha de nacimiento ____/____/____ CURP _____ Teléfono _____
 día mes año

Domicilio y localidad del paciente: _____

Expediente: _____ Edad: _____ Hombre Mujer

Derechohabiciencia No Si Especifique IMSS ISSSTE Otra _____ Verificado Si No

Nombre del familiar o responsable: _____ Parentesco: _____

Establecimiento Médico que refiere: _____

Localidad y municipio de la unidad que refiere: _____ Servicio al que envía: _____

Establecimiento Médico al que se refiere: _____

Presión arterial ____/____ mmHg. Temperatura ____ °C. Frecuencia respiratoria ____ rpm.

Frecuencia cardíaca ____ lpm. Saturación de Oxígeno ____ % Peso ____ kg. Talla ____ cm.

Resumen Clínico: _____

Padecimiento actual: _____

Exploración física: _____

Estudios de laboratorio y gabinete: _____

Diagnóstico y motivo de envío: _____

Nombre completo, cédula profesional y firma del Médico
Responsable de la Unidad Médica

Nombre completo, cédula profesional y firma
del Médico que refiere

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

Tiempo en Activo: Mientras no existan modificaciones.



II. CONTRARREFERENCIA

Fecha y hora de ingreso : _____

Establecimiento médico que contrarrefiere _____

Especialidad o servicio: _____ Fecha y hora de egreso: _____

Padecimiento actual: _____

Evolución: _____

Estudios de laboratorio y gabinete: _____

Diagnóstico de ingreso: _____

Diagnóstico de egreso: _____

DOBLAR AQUÍ

III. INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCION

Debe regresar: _____

Fecha: _____

En caso de dudas comunicarse con el Médico que contrarrefirió al teléfono: _____

Nombre completo, cédula profesional y firma del Médico Responsable de la Unidad Médica

Nombre completo, cédula profesional y firma del Médico que contrarrefiere

X

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Anexo 7. Historias clínicas
7.1 Historia Clínica Psicológica (U500-DSMH-F184)

DSMH. Área Médica
Historia Clínica de Psicología (U500-DSMH-F184)



No. de Expediente: Fecha: ___/___/___ Hora de Inicio: _____ Hora de Término: _____

Nombre del paciente: _____ CURP: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Sexo: _____ Género: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Estado Civil: _____

Domicilio: _____ Tel: _____

Derechohabiente: Sí No Referido por: _____ Foto de RyCR: _____

Nombre del responsable: _____ Parentesco: _____ Tel: _____

Motivo de la consulta y sintomatología actual

Descripción y examen mental

Confusión mental	<input type="checkbox"/>	Alucinaciones	<input type="checkbox"/>	Anhedonia	<input type="checkbox"/>
Somnolencia	<input type="checkbox"/>	Agnosias	<input type="checkbox"/>	Angustia	<input type="checkbox"/>
Disminución del estado de alerta	<input type="checkbox"/>	Funciones ejecutivas alteradas	<input type="checkbox"/>	Sin conciencia de la enfermedad	<input type="checkbox"/>
Déficit de atención	<input type="checkbox"/>	Alteración en la forma de pensar	<input type="checkbox"/>	Otros síntomas	
Déficit de higiene	<input type="checkbox"/>	Alteración del curso del pensamiento	<input type="checkbox"/>	Insomnio	<input type="checkbox"/>
Détax en el ruido	<input type="checkbox"/>	Alteración en el contenido del pensamiento	<input type="checkbox"/>	Hipomanía	<input type="checkbox"/>
Movimientos anormales	<input type="checkbox"/>	Ideas delirantes	<input type="checkbox"/>	Disminución de la necesidad de dormir	<input type="checkbox"/>
Hiperactividad	<input type="checkbox"/>	Obsesiones	<input type="checkbox"/>	Disminuciones sexuales	<input type="checkbox"/>
Características faciales	<input type="checkbox"/>	Fobias	<input type="checkbox"/>	Disminución del apetito	<input type="checkbox"/>
Agitación psicomotriz	<input type="checkbox"/>	Metas suicidas	<input type="checkbox"/>	Aumento de apetito	<input type="checkbox"/>
Catatonía	<input type="checkbox"/>	Alteración en la espeopercepción (iluminaciones)	<input type="checkbox"/>	Alucinaciones	<input type="checkbox"/>
Milismo	<input type="checkbox"/>	Ilusiones	<input type="checkbox"/>	Desrealización	<input type="checkbox"/>
Falta de cooperación	<input type="checkbox"/>	Humor apesadumado	<input type="checkbox"/>	Despersonalización	<input type="checkbox"/>
C.I. Bajo	<input type="checkbox"/>	Euforia	<input type="checkbox"/>	Alteración en la imagen corporal	<input type="checkbox"/>
Desorientación	<input type="checkbox"/>	Inestabilidad	<input type="checkbox"/>	Conducta disocial	<input type="checkbox"/>
Alteración de la memoria	<input type="checkbox"/>	Apatía	<input type="checkbox"/>		

Historia familiar

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.

X

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

Historia personal: Desarrollo (antecedentes prenatales, perinatales y post natales)

Historia escolar

Historia sexual

Historia social y laboral

Consumo de sustancias

X

RM.

[Handwritten mark]

D

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 mark]

Métodos de evaluación (resultados de bacterias de prueba, anexos)

Diagnóstico e impresión general

Plan

Nombre completo, firma y cédula profesional de quien elabora

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.

X
AK
D

Anexo 7.2 Historia clínica psicológica clínica de niños y adolescentes (U500-DSMH-F185)

DSMH. Área Médica
 Historia Clínica Psicológica
 Clínica de Niños y Adolescentes (U500-DSMH-F185)



No. de Expediente: _____ Fecha: ____/____/____ Hora de Inicio: ____:____ Hora de Término: ____:____

Nombre del paciente: _____ CURP: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombres

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: ____ Género: ____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Estado Civil: _____

Domicilio: _____ Tel: _____

Derechohabencia: Si No Referido por: _____ Folio de RyCR: _____

Nombre del responsable: _____ Parentesco: _____ Tel: _____

Motivo de Consulta

Referente Actual

Antecedentes Heredo-familiares

Antecedentes Perinatales:

Edad de la madre:	No. De gesta:	Semanas de gestación:
Abortos:	Pérdidas:	Evolución:
Parto:	Cesárea:	
Peso:	Talla:	Apgar:
Complicaciones:		
Seno materno:	Maternaje:	

Desarrollo:

Sostén cefálico:	Balbuceo:
Sedestación:	Primeras palabras:
Bipedestación:	Frases:
Gateo:	Lenguaje estructurado:
Deambulación:	Control de esfínter:
Sueño:	
Desarrollo sexual:	

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 margin]

Historia escolar:

Guardería:

Preescolar:

Primaria:

Secundaria:

Preparatoria:

Lectura:

Escritura:

Aritmética:

Dinámica familiar:

¿Cuánto tiempo dedican los padres al niño?

Mamá:	Entre semana:	Fin de semana:
Papá:	Entre semana:	Fin de semana:

¿Qué actividades realizan los padres con el niño?

Con Mamá:

Con Papá:

Disciplina:

Autocuidado y responsabilidades en casa:

Desarrollo social / personalidad:

Eventos significativos:

Examen mental y actitud observada:

Diagnósticos probables:

Plan de tratamiento:

Nombre completo, cedula profesional y firma de quien elaboró.

X

b

Anexo 7.3 Historia clínica en psiquiatría (U500-DSMH-F181)

DSMH. Área Médica
Historia Clínica en Psiquiatría (U500-DSMH-F181)



No. de Expediente: _____ Fecha: ____/____/____ Hora de Inicio: ____ Hora de Terminó: ____

Nombre del paciente: _____ CURP: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombres

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: ____ Género: ____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Estado Civil: _____

Originario: _____ Residente: _____ Religión: _____

Domicilio: _____ Tel: _____

Derechohabencia: Sí No Referido por: _____ Folio de RyCR: _____

Nombre del responsable: _____ Parentesco: _____ Tel: _____

Motivo de la Consulta:

Padecimiento Actual:

Antecedentes Heredo Familiares:

Antecedentes Personales Patológicos:

Antecedentes personales No Patológicos. (Int. Sustancias)

[Handwritten signatures and initials on the right margin]

Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

[Empty space for patient history]

Examen Físico:

T/A:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	Temp:
------	-----	-----	-------	--------	-------

Habitus Exterior:
 Cabeza y Cuello:
 Tórax:
 Abdomen:
 Extremidades:
 Genitales:
 Ex. Neurológico:

Examen Mental:

[Empty space for mental examination]

Laboratorio y Gabinete:

[Empty space for lab and office notes]

Terapéutica Empleada y Resultados Obtenidos:

[Empty space for treatment and results]

Diagnóstico:

Eje I:
 Eje II:
 Eje III:
 Eje IV:
 Eje V:
 CIE 10:

Plan de Tratamiento

[Empty space for treatment plan]

X

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Nombre completo, cédula profesional y firma de quien elaboró.

[Handwritten mark]

Anexo 7.4 Historia clínica (U500-DSMH-F01)

Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios. Consulta Externa
Historia Clínica (U500-DSMH-F01)



Nombre del paciente: _____ Fecha: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombres Edad: _____ Género: (M) (F)
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Religión: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Póliza: _____
 Estado civil: _____ Grupo sanguíneo: _____ Habla lengua indígena ¿Cuál? _____
 Familiar responsable: _____ Parentesco: _____ Expediente: _____

A) Antecedentes Heredo Familiares:			B) Antecedentes personales no patológicos:			C) Antecedentes Gineco-Obstétricos:			D) Antecedentes patológicos:		
Valoración	SI	No	Valoración	SI	No	Menarca:	Valoración	SI	No		
Diabetes			Actividad física			Ritmo:	Diabetes Mellitus				
Neoplásicos			Tabaquismo			BVA:	HAS				
Epilepsia			Humo de leña			Parejas:	Alérgicos				
Psiquiátricos			Drogas			Gestas:	Quirúrgicos				
Hipertensión			Alcoholismo			Para:	Traumáticos				
Cardiopatías			Alim. Adecuada			Cesáreas:	Transfusionales				
Reumatológicas			Higiene Adecuada			Abortos:	Otros:				
Obesidad			COMBE			FUR:					
Otros			Vivienda Rural			MPF:					
			Vivienda Urbana			Papanicolaou:					
			Servicios básicos Domiciliar			Coloscopia:					

E) Somatometría: TA _____ mmHg, FC: _____ X', FR: _____ X', Temp: _____ °C, Talla: _____ mts., Peso: _____ kg.

Padecimiento actual:

Interrogatorio por Aparatos y Sistemas: Presenta alteraciones:

Nervioso:	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Músculo Esq.	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cardiovascular:	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Genitales:	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Digestivo:	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Hemofílicos:	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pulmonar:	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Piel y Anexos:	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Exploración Física: Presenta alteraciones:

Neurológica:	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Abdomen:	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cabeza y Cuello:	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Genitales:	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tórax:	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Extremidades:	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Estudios de Laboratorio y Gabinete:

Impresión diagnóstica:

Pronóstico: Bueno Malo Reservado a hallazgos y evolución

Tratamiento:	Estudios solicitados:	
1.	Laboratorios	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuales: _____
2.	Rayos X	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> TAC: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3.	USG	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> EKC: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.	Otros: _____	
5.		

Cita Subsecuente: SI No

Fecha próxima cita: _____

Nombre completo, cédula profesional y firma del Médico

NOTA: Una vez requisitada la información previa de esta página las subespecialidades que lo requieran llenarán también el reverso.

Anexo 7.5 Historia nutricional en servicios de salud mental (U500-DSMH-F182)

DSMH/ CESAM

Historia Clínica Nutricional en servicios de Salud Mental (U500-DSMH-F182)



No. de Expediente: _____ Fecha: ___/___/___ Hora de Inicio: ___ Hora de Terminó: ___

Nombre del paciente: _____ CURP: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombres

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Sexo: _____ Género: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Estado Civil: _____

Domicilio: _____ Tel: _____

Derechohabencia: Si No Referido por: _____ Folio de RyCR: _____

Nombre del responsable: _____ Parentesco: _____ Tel: _____

Antecedentes Personales Patológicos:

Diagnostico Psiquiátrico o psicológico: _____ Neurológicas: _____ Cáncer: _____
 Sobrepeso u Obesidad: [SI] [NO] HTA: [SI] [NO] Diabetes: [SI] [NO] Hipercolesterolemia: [SI] [NO] Hipertrigliceridemia: [SI] [NO]
 EGI: _____ Estreñimiento: [SI] [NO] Tiempo: _____ Cirugías: _____
 IRA/IRC: _____ ECV: _____ Otras: _____

Antecedentes Personales No Patológicos:

Al nacimiento peso: _____ kg y talla: _____ cm Peso habitual: _____ kg Peso mínimo: _____ kg Peso máximo: _____ kg
 ¿Ha cambiado su peso en el último año? [SI] [NO] Describir cambio: _____
 ¿Ha disminuido de peso voluntariamente? [SI] [NO] Tratamiento seguido: _____
 ¿Fumas? [SI] [NO] #: ___/d ___/s ___/m tiempo de evolución: _____ ¿Toma alcohol? [SI] [NO] #: ___ Tipo: _____
 /d ___/s ___/m Tiempo de evolución: ¿Acostumbra usar algún otro tipo de sustancias diferentes a las que le mencione anteriormente? [SI] [NO] ¿Cuál?: _____ #: ___/d ___/s ___/m Evolución: _____
 ¿Toma café? [SI] [NO] #: ___ de tazas: /d ___/s ___/m

Actividad Física:

Tipo: _____ Veces/semana _____ Duración: _____ Propósito de la AF: _____

Antecedentes Ginecoobstétricos:

Edad de menarquía: _____ años Última menstruación: _____ Alteraciones en el ciclo menstrual: [SI] [NO]
 Embarazos: [SI] [NO] # _____ Gestos: _____ P: _____ C: _____ A: _____ Peso antes del embarazo: _____ kg
 Aumento de peso en embarazos: _____ kg Lactancia materna: [SI] [NO] # _____ meses

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS:

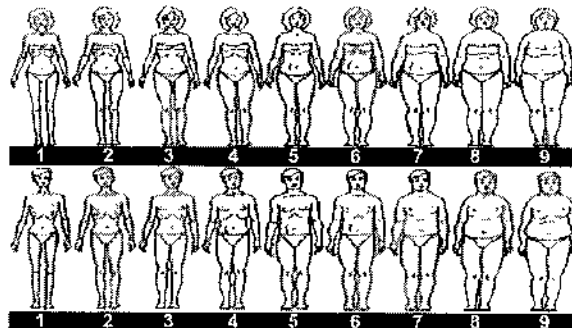
Peso: _____ kg Estatura: _____ cm IMC: _____ Kg/m² Cintura/Cadera: _____ Constitución: Androide / Ginecoide
 Circunferencia de Muñeca: _____ cm Complejón: _____ Peso ideal: _____ kg Cintura: _____ cm Cadera: _____ cm

Autopercepción Corporal:

Autopercepción distorsionada: [SI] [NO]

AUMENTADA / DISMINUIDA

Hombres	Pequeña: >T0.4	Mediana: 9.6-10.4	Grande: <19.6
Mujeres	Pequeño: >11	Mediana: 10.1-11	Grande: <10.1



Indicadores Dietéticos:

#comida por día: _____ semana _____ fin de semana _____ Frecuencia en comer fuera de casa? Desayuno: _____ / Comida: _____ / Cena: _____ ¿Quién prepara los alimentos? _____
 ¿Con quién come? _____ Tiempo en el que come: _____ min.
 Apetito: [Bueno] [Regular] [Malo] Masticación suficiente: [SI] [NO] ¿Ha notado algo que altere su apetito? [SI] [NO]
 ¿Come entre comidas? [SI] [NO] ¿Qué come? _____ ¿Evita algún alimento? [SI] [NO]
 ¿Cuál? _____ Alimentos preferidos: _____ Alergia a alimentos: [SI] [NO] Intolerancia a alimentos: [SI] [NO]
 Sustitutos de azúcar: [SI] [NO] Suplementos alimenticios: [SI] [NO] ¿Ha experimentado con algún tipo de dieta? [SI] [NO] ¿Cuánto tiempo? _____ Resultados: _____ Productos o medicamentos para control de peso: [SI] [NO]
 Tratamiento farmacológico: [SI] [NO]
 Conductas de riesgo: _____ Emociones al comer: _____ Vómito: [SI] [NO] Frecuencia: _____
 Evolución: _____ Laxantes: [SI] [NO] Tipo: _____ Cantidad: _____ Frecuencia: _____
 Evolución: _____ Diuréticos: [SI] [NO] Tipo: _____ Cantidad: _____ Frecuencia: _____
 Evolución: _____ "Excesos alimentarios": [SI] [NO] #día _____ #semana _____ Duración de crisis: _____
 Evolución: _____

Alimentos consumidos durante la crisis:

Kcal/episodio: _____

Recolección de 24H

Tiempo	Alimento preparación e ingredientes
Desayuno	
Lugar:	
Hora:	
Refrigerio	
Lugar:	
Hora:	
Comida	
Lugar:	
Hora:	
Refrigerio	
Lugar:	
Hora:	
Cena	
Lugar:	
Hora:	
Energía: _____	kcal HC: _____ Proteínas: _____ Lípidos: _____

Indicadores Bioquímicos

Diagnóstico Nutricional

Plan de Alimentación:

_____ kcal

HC:
 Proteínas:
 Lípidos:
 Equivalentes:
 Recomendaciones

Agua natural: _____

Actividad física: _____

Nombre completo, cédula profesional y firma de quien elaboró.

[Handwritten marks and signatures on the left margin]

[Handwritten signature on the bottom right]

Anexo 7.6 Historia clínica en paidopsiquiatría (U500-DSMH-F183)

DSMH. Área Médica
Historia clínica en Paidopsiquiatría (U500-DSMH-F183)



No. de Expediente **Fecha:** ___ / ___ / ___ **Hora de Inicio:** ___ : ___ **Hora de Terminó:** ___ : ___

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

Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ **Edad:** ___ **Sexo:** ___ **Género:** _____

Escolaridad: _____ **Ocupación:** _____ **Estado Civil:** _____

Domicilio: _____ **Tel:** _____

Derechohabiencia: Si No **Referido por:** _____ **Folio de RyCR:** _____ **Nombre del responsable:** _____

_____ **Parentesco:** _____ **Tel:** _____

Motivo de la Consulta:

Padecimiento Actual

Antecedentes Heredofamiliares:

Antecedentes Perinatales:

Maternaje:

Desarrollo	
Sostén Cefálico:	Balbuceo:
Sedentación	Silabas:
Bipedestación:	Palabras:
Deambulaci3n:	Frases:
Seno Materno: Abtactaci3n	Integraci3n Mesa Familiar:
Cuadro de Inmunizaciones:	
Sueño:	
Control de Esfínteres:	Vesical: Anal:
Desarrollo Sexual:	IVSA: Menarca: FUM: Parejas Sexuales:
Historia Escolar y/o Laboral:	

[Handwritten signatures and initials on the right margin]

Vigencia a partir de: Aprobaci3n de Junta de Gobierno

Tiempo en Activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Cat3logo de Disposici3n Documental de SESEQ.

[Handwritten signature at the bottom right]

Antecedentes Patológicos:

Personalidad Pre y Post Mórbida:

Juego:

Disciplina:

Eventos significativos:

Examen Mental:

Dinámica Familiar:

Exploración física:

Cabeza y Cuello: _____

Tórax: _____

Abdomen: _____

Extremidades Superiores e Inferiores: _____

Somatometría: Peso: Talla: F.C.: F.R.:

Pronóstico:

Diagnóstico: DSM-IV-TR/ICD-10

1.- _____

2.- _____

3.- _____

Indicaciones y Tratamientos:

Nombre completo, cédula profesional y firma de quien elaboró.

X

off

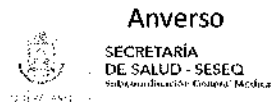
/

6

7

Anexo 8. Registro de Enfermería para atención ambulatoria de Salud Mental (U500-DSMH-F173)

DSMH. Centro Estatal de Salud Mental (CESAM).
 Registro de Enfermería para atención ambulatoria de Salud Mental. (U500-DSMH-F173).



Identificación	No. Expediente: _____	Derechohabiliencia Sí ___ No ___		CURP: _____
	Nombre completo: _____	Apellido Paterno		Apellido Materno
	Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	Género: _____	
	DD MM AAAA		Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Otro
Alergias:	Sí ___ No ___	Especificar: _____		

Valoración de somatometría y signos vitales									
No. Consulta					No. Consulta				
Fecha					Tensión arterial				
Hora					Frecuencia cardíaca				
Talla					Frecuencia respiratoria				
Peso inicial al tratamiento					Temperatura corporal				
Peso actual					Saturación de oxígeno (PRN)				
IMC					Glucosa capilar (PRN)				
Perímetro de cintura (PRN)									

Valoraciones										
Nutricional	No. Consulta					Cognitivo Perceptivo	No. Consulta			
	Normal						Autonomía			
	Obesidad						Deterioro Cognitivo			
	Sobrepeso						Deficiencias Auditivas			
	Desnutrición						Deficiencias Visuales			

Detección de problemas	No. Consulta								
	Riesgo suicida/Autolesiones								
	Patrón del sueño								
	Hábitos toxicológicos								
	Ansiedad								
	Duelo disfuncional								
	Aislamiento social								
	Interacción social								
	Alterac. Sensitivas								
	Alterac. Perceptuales								
	Déficit de autocuidado								
	Desesperanza								
	Incumplimiento del tratamiento								
	Afrontamiento defensivo								
	Baja autoestima								
Alteración de los procesos del pensamiento									
Abandono									
Deterioro de la comunicación verbal									
Temor									

Escala de funcionalidad de Crichton										
Escala de riesgo	No. Consulta									

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 initials on the right margin]

Reverso

DSMH/CESAM
 Registro de Enfermería para atención ambulatoria de Salud Mental. (U600-DSMH-F173).



Plan de Cuidados, atención en crisis.

Consulta	No. Consulta	No. Consulta	No. Consulta
Datos subjetivos y objetivos			
Diagnóstico de enfermería			
Resultados esperados			
Intervenciones			

Plan terapéutico																		
No. Consulta		Fecha:		/		/		No. Consulta		Fecha:		/		/				
Medicamento	Presentación	Dosis	Vía	Hora	Medicamento	Presentación	Dosis	Vía	Hora	Medicamento	Presentación	Dosis	Vía	Hora				
No. Consulta				SI	NO	No. Consulta				SI	NO	No. Consulta				SI	NO	
DOBLE VERIFICACIÓN	Confirma identidad del paciente						Confirma identidad del paciente						Confirma identidad del paciente					
	Confirma procedimiento a realizar						Confirma procedimiento a realizar						Confirma procedimiento a realizar					
	Realiza asepsia y antisepsia						Realiza asepsia y antisepsia						Realiza asepsia y antisepsia					
	Presentó eventos adversos, durante o posterior al medicamento						Presentó eventos adversos, durante o posterior al medicamento						Presentó eventos adversos, durante o posterior al medicamento					
	¿Cuáles?:						¿Cuáles?:						¿Cuáles?:					
Nombre y firma de quién aplica el medicamento / doble verificación						Nombre y firma de quién aplica el medicamento / doble verificación						Nombre y firma de quién aplica el medicamento / doble verificación						

Intervenciones de promoción y educación para la salud							
Tema	No. Consulta						
Orientación alimentaria							
Ministración de medicamentos y reacciones adversas							
Hábitos higiénicos							
Salud bucal							
Actividad física							
Prevención de adicciones							
Control de citas							
Grupos psicoeducativo							

Nombre completo, cédula profesional y firma de enfermería	
No. Consulta	Enfermera responsable:
No. Consulta	Enfermera responsable:
No. Consulta	Enfermera responsable:
No. Consulta	Enfermera responsable:
No. Consulta	Enfermera responsable:
No. Consulta	Enfermera responsable:

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

Tiempo en Activo: Mientras no existan modificaciones.

Anexo 9. Carta de Consentimiento Informado (U500-DSMH-F03.5)

DSMH. Área médica

Carta de Consentimiento Informado (U500-DSMH-F03.5)



SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ
Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios

Unidad: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del paciente: _____ CURP: _____

Apellido Paterno Apellido materno Nombres

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Derechohabencia: Si No

Servicio al que ingresa: _____ No. de expediente: _____

En apego a los artículos 80 al 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Atención Médica, a la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico numerales 4.2, 4.5, 10.1 al 10.1.2.9, la NOM-025-SSA2-2014 para la prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Medico-Psiquiátrica y a la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud se otorga la presente autorización al personal médico y paramédico para realizar los procedimientos médicos y/o quirúrgicos con fines diagnósticos, terapéuticos, psicoterapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación necesarios, declarando:

Que los médicos del hospital le han explicado de manera detallada y con un lenguaje que puede comprender, los procedimientos que se planean realizar y que tienen como objetivo primordial coadyuvar a la solución del problema de salud, señalando los riesgos y beneficios esperados del presente acto médico autorizado; utilizando las técnicas vigentes para tal efecto, en virtud de que el personal de salud que labora en dicha institución se declara ampliamente capacitado y que cuenta con autorización legal con efecto de patente y registro correspondiente para el libre ejercicio de su especialidad médica o quirúrgica en su caso, además de comprometerse a actuar con ética y responsabilidad en beneficio del paciente, manejando con confidencialidad la información médico clínica

Que cualquier procedimiento médico implica una serie de riesgos no siempre previsible debido a diversas circunstancias que entre otras se consideran su estado físico previo, enfermedades pre o coexistentes, tratamientos previos, etcétera; y que existe la posibilidad de complicaciones debidas al tratamiento médico, farmacológico, quirúrgico, y dieta alimenticia, ya que cada paciente puede reaccionar en forma diversa a la aplicación de tal fármaco o bien a la realización de determinado procedimiento, dichas complicaciones pueden ser transitorias o permanentes y pueden ir desde leves hasta severas y pueden poner en peligro la vida del paciente e incluso provocar la muerte.

Que, en circunstancias especiales, el personal de salud se verá obligado a utilizar contención mecánica, así como técnicas invasivas de diagnóstico y tratamiento, conforme a los protocolos médicos actualizados con el objetivo de atender contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo el principio de libertad prescriptiva y mantener una vigilancia estrecha de las constantes vitales o bien de proporcionar una terapéutica oportuna que puede salvar la vida del paciente, pero para las cuales, se requiere la aplicación de sondas, catéteres, marcapasos o algún otro mecanismo según sea el caso.

Que algunas enfermedades pueden requerir de un procedimiento quirúrgico para su resolución y que ésta necesidad puede presentarse en cualquier momento de su estancia hospitalaria, para lo cual se solicitará una autorización previa del paciente o su representante legal en su caso, sin embargo en dado caso que dicha persona no autorice el procedimiento en cuestión, o bien solicite su egreso voluntario por cualquier motivo, la Unidad y el personal que en el labora, quedará automáticamente exento de cualquier implicación médica y legal derivada de la decisión, así como de la evolución consecutiva del paciente.

Que en ocasiones puede ser necesaria la aplicación de sangre o productos sanguíneos para la resolución de determinados problemas de salud, por lo que se autoriza a los médicos a emplear dicha terapéutica siempre que sea necesario, con las reservas que marcan las normas vigentes.....

Que el paciente será sometido a un protocolo terapéutico que se encuentra ampliamente documentado en el expediente clínico y que se apega estrictamente a las consideraciones éticas del Tratado de Helsinki modificado en Viena y que el paciente debe seguir estrechamente las indicaciones para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, ya que de no ser así o bien en el caso que el paciente siga instrucciones ajenas o bien actúe de acuerdo a su propio entender o en su caso omita las indicaciones específicas del médico tratante o personal de apoyo de la unidad.

Que la Unidad/Hospital, quedan exentos de cualquier implicación médica y legal que se derive de la evolución subsecuente, con base a la presente autorización:

Acepto

No Acepto

Nombre y Firma del paciente, familiar responsable, tutor y/o representante legal

_____ y en su caso de menores de edad o en caso de que
Nombre del padre, tutor o representante legal designado por el paciente
el estado de salud del paciente no le permita firmar y emitir el consentimiento para otorgar su consentimiento y/o autorización*.

Nombre completo, cédula profesional y firma del Médico que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, en su caso del médico tratante

Nombre completo y firma del familiar, tutor o representante legal (incluir parentesco)

Nombre completo y firma del Testigo 1

Nombre completo y firma del Testigo 2

* En caso de incapacidad transitoria o permanente y ante la imposibilidad de que el familiar tutor o representante legal firme el consentimiento, se procederá bajo acuerdo de por lo menos dos de los médicos autorizados por el hospital dejando por escrito constancia en el expediente clínico.

ADENDUM:

Recordatorio para el personal de salud: El artículo 81 párrafo segundo del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica a la letra dice: "Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a las que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

En caso de incapacidad transitoria o permanente y ante la imposibilidad de que el familiar tutor o representante legal firme el consentimiento, se procederá bajo acuerdo de por lo menos dos de los médicos autorizados por el hospital dejando por escrito constancia en el expediente clínico.

U500-DSMH P03.5

Página 2 de 2

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

Tiempo en Activo: Mientras no existan modificaciones.

Anexo 10. Carta de Consentimiento Informado Consulta Externa de Salud Mental (U500-DSMH-F03.6)

DSMH
Carta de Consentimiento Informado para la
Consulta Externa de Salud Mental (U500-DSMH-F03.6)



Unidad: _____ Fecha: ____/____/____
Nombre del paciente: _____ CURP: _____
Apellido Paterno Apellido materno Nombres
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Derechohabencia: Si [] No []
Servicio al que ingresa: _____ No. de expediente: _____

En apego a los artículos 80 al 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Atención Médica, a la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico numerales 4.2, 10.1 al 10.1.1.10 y 10.1.3, la NOM-025-SSA2-2014 para la prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Medico-Psiquiátrica y a la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud se otorga la presente autorización al personal médico y paramédico para realizar los procedimientos médicos con fines diagnósticos, terapéuticos, psicoterapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación necesarios, declarando:

Que los psiquiatras y/o psicólogos le han explicado de manera detallada y con un lenguaje que puede comprender, los procedimientos que se planean realizar y que tienen como objetivo primordial coadyuvar a la solución del problema de salud mental, señalando los riesgos y beneficios esperados del presente acto médico autorizado; utilizando las técnicas vigentes para tal efecto, en virtud de que el personal de salud que labora en dicha institución se declara ampliamente capacitado y que cuenta con autorización legal con efecto de patente y registro correspondiente para el libre ejercicio de su profesión, además de comprometerse a actuar con ética y responsabilidad en beneficio del paciente, manejando con confidencialidad la información.

Que cualquier procedimiento médico y/o psicológico implica una serie de riesgos no siempre previsible debido a diversas circunstancias que entre otras se consideran su estado físico previo, enfermedades pre o coexistentes, tratamientos previos, etcétera; y que existe la posibilidad de complicaciones debidas al tratamiento médico, farmacológico, quirúrgico, y dieta alimenticia, ya que cada paciente puede reaccionar en forma diversa a la aplicación de tal fármaco o bien a la realización de determinado procedimiento, dichas complicaciones pueden ser transitorias o permanentes y pueden ir desde leves hasta severas y pueden poner en peligro la vida del paciente e incluso provocar la muerte.

Que el paciente será sometido a un protocolo terapéutico que se encuentra ampliamente documentado en el expediente clínico y que se apega estrictamente a las consideraciones éticas del Tratado de Helsinki modificado en Viena y que el paciente debe seguir estrictamente las indicaciones para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, ya que de no ser así o bien en el caso que el paciente siga instrucciones ajenas o bien actúe de acuerdo a su propio entender o en su caso omita las indicaciones específicas del médico tratante o personal de apoyo de la unidad.

Que en circunstancias especiales y por la propia evolución de los Trastornos Mentales, pueden llegar a presentarse periodos donde la conducta se toma auto y/o heteroagresiva ó con periodos de agitación psicomotora; dentro de los cuales se encuentran conductas auto lesivas, suicidas, lesiones a terceros y otras; en las que podrán indicarse medicamente administración de fármacos y/o técnicas de contención física, este procedimiento será llevado a cabo por el personal capacitado bajo estricta supervisión médica durante el tiempo mínimo necesario, revalorando continuamente, quien conjuntamente con el personal de enfermería mantendrá vigilancia estrecha de las constantes vitales y observará que no se presenten complicaciones.

Que podrán utilizarse intervenciones basadas en la palabra (psicoterapia) que tienen el objetivo de la regulación de las emociones y la generación de soluciones alternativas. Asimismo, que los posibles riesgos del proceso psicoterapéutico son experimentar recuerdos y emociones incómodas o desagradables durante la consulta y que la terapia grupal y familiar son tratamientos alternativos o complementarios.

[Handwritten signatures and initials on the right margin]

Que la unidad, queda exenta de cualquier implicación médica y legal que se derive de la evolución subsecuente, con base a la presente autorización:

Acepto

No Acepto

Nombre y Firma del paciente, familiar responsable, tutor y/o representante legal

_____ y en su caso de menores de edad o en caso de que
Nombre del padre, tutor o representante legal designado por el paciente
el estado de salud del paciente no le permita firmar y emitir el consentimiento para otorgar su consentimiento y/o
autorización*.

Nombre completo, cédula profesional y firma del Especialista que
proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto
específico que fue otorgado, en su caso del médico/psicólogo
tratante

Nombre completo y firma del familiar, tutor o representante
legal (incluir parentesco)

Nombre completo y firma del Testigo 1

Nombre completo y firma del Testigo 2

X * En caso de incapacidad transitoria o permanente y ante la imposibilidad de que el familiar tutor o representante legal firme el consentimiento, se procederá bajo acuerdo de por lo menos dos de los médicos autorizados por la Unidad Médica dejando por escrito constancia en el expediente clínico.

ADENDUM: Recordatorio para el personal de salud: El artículo 81 párrafo segundo del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica a la letra dice: "Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a las que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

En caso de incapacidad transitoria o permanente y ante la imposibilidad de que el familiar tutor o representante legal firme el consentimiento, se procederá bajo acuerdo de por lo menos dos de los médicos autorizados por el hospital dejando por escrito constancia en el expediente clínico.

U500-DSMH-F03.6

Página 2 de 2

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

Tiempo en Activo: Mientras no existan modificaciones.

Anexo 11. Consentimiento bajo información de autorización de contención física del usuario (U500-DSMH-179)

DSMH/ Hospitales

Consentimiento bajo información de autorización de contención física del usuario (U500-DSMH-F179)



SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ
Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios

Unidad: _____ Fecha: ____/____/____

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

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Derechohabencia: Si No

Servicio al que ingresa: _____ No. de expediente: _____

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Atención Médica, Capítulo IV Artículos 80, 81, 82 y la NOM 025-SSA2-1994 para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico- Psiquiátrica en su numeral 8.19. y la NOM-004-SSA3- 2012 numeral 10.1.

El responsable _____ del usuario _____

Se me explica que con base en la Lex Artis Médica, en la libertad prescriptiva y de prescripción.

Que para la aceptación del procedimiento es necesario firmar con pleno conocimiento la presente Carta de Consentimiento bajo información.

Que en circunstancias especiales y por la propia evolución de los diversos Trastornos Mentales, pueden llegar a presentarse períodos donde la conducta se torna auto y/o heteroagresiva ó con períodos de agitación psicomotora; dentro de los cuales se encuentran conductas autolesivas, suicidas, lesiones a terceros y otras; en las que podrán indicarse medicamente técnicas de contención física del usuario a la cama.

Que estas técnicas pueden variar en las formas de Contención Física y dependerá de lo que requiera cada usuario. Dicha indicación será llevada a cabo por el personal de salud bajo estricta supervisión de un médico y durante el tiempo mínimo necesario.

Que este procedimiento de contención física será revalorado continuamente por el médico, quién conjuntamente con el personal de enfermería observará que no se presenten complicaciones.

Por lo que, conociendo que es una eventualidad que se puede presentar y en el uso de mi derecho de aceptar o rechazar la consideración de esta Carta Consentimiento bajo información para la aplicación de la contención física, he decidido aceptar el procedimiento, el cual suscribo en este momento.

Que la unidad/Hospital, quedan exentos de cualquier implicación médica y legal que se derive de la evolución subsecuente, con base a la presente autorización:

Acepto

No Acepto

Nombre y Firma del familiar responsable, tutor y/o representante legal

Nombre completo, cédula profesional y firma del Médico que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, en su caso del médico tratante

Nombre completo y firma del familiar, tutor o representante legal (incluir parentesco)

Nombre completo y firma del Testigo 1

Nombre completo y firma del Testigo 2

* En caso de incapacidad transitoria o permanente y ante la imposibilidad de que el familiar tutor o representante legal firme el consentimiento, se procederá bajo acuerdo de por lo menos dos de los médicos autorizados por el hospital dejando por escrito constancia en el expediente clínico.

ADENDUM: Recordatorio para el personal de salud: El artículo 81 párrafo segundo del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica a la letra dice: "Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a las que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

En caso de incapacidad transitoria o permanente y ante la imposibilidad de que el familiar tutor o representante legal firme el consentimiento, se procederá bajo acuerdo de por lo menos dos de los médicos autorizados por el hospital dejando por escrito constancia en el expediente clínico.

Anexo 12. Tarjeta corta fuego (U500-DSMH-F175)

DSMH/CESAM/Servicios de Psiquiatría.

Tarjeta de Corta Fuegos. U500-DSMH-F175



SECRETARIA DE SALUD - SESEQ
Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios

Yo, _____

En el momento en que observe mis propias "SEÑALES DE ALARMA" que me dicen que estoy empezando con la ideación de suicidio:

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____

Voy a contactar a mi red de apoyo.

- 1.- _____
Tel: _____
- 2.- _____
Tel: _____
- 3.- _____
Tel: _____
- 4.- _____
Tel: _____
- 5.- _____
Tel: _____

Y a mis contactos de apoyo, les contaré como me siento y que es lo que estoy pensando. Seré sincero(a) con ellos. Intentaré no encontrarme solo(a) en ese momento y que alguno de mis contactos de apoyo este conmigo.

En caso de que me siga encontrando mal puedo llamar a los siguientes:

RECURSOS DE AYUDA:

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____

En caso de que mi PLAN falle y exista un riesgo inminente: LLAMARÉ al _____ al teléfono _____ o acudiré a Urgencias del Hospital más cercano.

X
[Handwritten signature]
6

[Handwritten mark]

Anexo 13. Hoja de Triage y preconsulta para atención psiquiátrica o psicológica (U500-DSMH-F178)

DSMH/ CESAM

Hoja de Triage y preconsulta para atención psiquiátrica o psicológica (U500-DSMH-F178)



SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ
SISTEMA DE SALUD MENTAL

No. de Expediente: _____

Fecha: ____/____/____ Hora de Inicio: ____ Hora de Término: ____

Nombre del paciente: _____ CURP: _____

Apellido paterno Apellido materno Nombres

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: ____ Género: ____

Escolaridad: ____ Ocupación: ____ Estado Civil: ____

Domicilio: _____ Tel: _____

Derechohabienta: Si No Referido por: _____ Foto de RyCR: _____

Nombre del responsable: _____ Parentesco: _____ Tel: _____

Antecedentes de importancia	
Padecimiento Actual	
Examen Mental	
Análisis	
Plan terapéutico	
Impresión diagnóstica CIE 10	Pronóstico

Plan de Atención

Requiere Referencia / Contrarreferencia: No [] Si [] Folio: _____

Autoriza la apertura de Expediente Clínico
No [] Si []

Realizado por el Dr. (a) _____

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 initials on the right margin]

Signos Vitales																							
TIA:	FR:	FC:	IMC:	P:	T:																		
Motivo de consulta:																							
Evalúa el Motivo de Atención:				Presenta riesgo suicida: No [] Si []																			
Síntomas de ansiedad: No [] Leves [] Moderados [] Severos []				SAD PERSONS: _____																			
Síntomas depresivos: No [] Leves [] Moderados [] Graves []				Requiere aplicar Código 100: No [] Si []																			
Agitación psicomotriz: No [] Si [] Grado I [] Grado II [] Grado III []																							
Otro: _____																							
Grado Prioridad	Emergencia médica	Urgencia psiquiátrica	Urgencia psiquiátrica	Urgencia psiquiátrica (Estable)	Sin urgencia																		
	Riesgo Alto <small>(Internamiento Hospitalario)</small>	Riesgo Alto <small>(Referencia Hospital Psiquiátrico)</small>	Riesgo Medio <small>(Atención Inmediata por psiquiatría)</small>	Riesgo Bajo <small>(Programar cita en psiquiatría)</small>	Nulo <small>(Programar cita en psiquiatría y psicología)</small>																		
Requiere atención Psiquiátrica: No [] Si []		Requiere atención Psicológica: No [] Si []		Requiere atención inmediata: No [] Si []																			
				Requiere internamiento hospitalario: No [] Si []																			
Escalas																							
Riesgo de Suicidio (SAD PERSONS)																							
Se obtiene una puntuación global con la suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem.				SI NO																			
En función de la puntuación obtenida se indica cual sería la actuación más adecuada para cada caso.																							
Los puntos de corte propuestos son los siguientes:																							
Riesgo bajo: 0 - 2 puntos.																							
Riesgo moderado: 3 - 4 puntos (realizar seguimiento frecuente)																							
Riesgo alto: 5 - 6 puntos (considerar posibilidad de hospitalización).																							
Riesgo muy alto: 7 - 8 puntos (necesidad de hospitalización).																							
				S: Sexo masculino.																			
				A: Edad (Año) < 20 o > 45 años.																			
				D: Depresión (especialmente con desesperanza).																			
				P: Tentativa suicida previa.																			
				E: Abuso de alcohol.																			
				R: Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos)																			
				S: Carencia de apoyo social.																			
				O: Plan organizado de suicidio.																			
				N: No pareja o cónyuge.																			
				S: Enfermedad física.																			
				Puntuación (Riesgo).																			
Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD7)			Escala de Crisis y Tránsito Benéfico																				
Proporciona una puntuación total, suma de las puntuaciones en los 7 ítems, que oscila entre 0 y 21 puntos.			1.- Expresa ideas suicidas u homicidas o ha hecho intentos serios en la enfermedad actual. Impredeciblemente Violento /impulsivo.																				
0-4: no ansiedad/ansiedad mínima			PELICROSIDAD																				
5-8: ansiedad leve																							
10-14: ansiedad moderada																							
15-21: ansiedad grave																							
Inventario de Depresión de Brevi (Breve)			2.- Como en la pregunta 1, pero las ideas o la conducta provocan sensación egodistónica o hay historia de conducta impulsiva pero no en los síntomas actuales.																				
Los valores de las 4 opciones de respuesta son iguales en todos los ítems. Primera respuesta vale 0 puntos, segunda vale 1 punto, tercera vale 2 puntos, y la cuarta vale 3 puntos.			3.- Expresa ideas suicidas/homicidas con ambivalencia o no hecho algunos gestos suicidas. El control de impulso es cuestionable.																				
0-4: no depresión ausente o mínima.			RED DE APOYO																				
5-7: depresión leve.																							
8-15: depresión moderada																							
>15: depresión grave.																							
Grado de agitación (HIGGA)			4.- Tiene algún tipo de ideación o conducta suicida u homicida, o historia de alguno de los dos, pero expresa deseos de controlarse y es capaz de controlar su conducta.																				
Grado I: Hostil, Irritable. El paciente puede responder ante esfuerzos simples de de-escalada verbal; se requiere de una sola persona del staff para intervenir.			5.- No tiene conducta suicida/homicida. No hay historia de conducta violenta/impulsiva.																				
Grado II: Grita, Insulta. El paciente genera un ambiente tenso debido a su conducta. Se requiere un mínimo de dos personas del staff para una "intervención en triangulación". Cuando la interacción con el paciente se torna extremadamente tensa, el segundo miembro del staff interviene.			CAPACIDAD																				
Grado III: Golpea, Amenaza. El paciente representa un peligro inminente de daño a terceros, por lo que es imperativo la intervención inmediata que implique restricción física o química, realizada con ética, seguridad y durante el menor tiempo posible. Se requiere de un mínimo de cinco personas del staff, dirigidas por un coordinador senior, orientadas primeramente a proteger a terceros, al staff y a la infraestructura.																							
			1.- No tiene familiares, amigos u otros. No hay una institución pública que pueda proporcionar el apoyo necesario.																				
			2.- Algún familiar o conocido puede ser movilizado pero su ayuda será limitada.																				
			3.- La red de apoyo es potencialmente disponible, pero existen dificultades. Significativas al intentar movilizarlos.																				
			4.- Los familiares, amigos u otros están interesados en el paciente, pero existen dudas. Sobre su capacidad o voluntad de ayudar.																				
			5.- Los familiares, amigos u otros están interesados en el paciente y tienen la voluntad de proveer el apoyo necesario.																				
			1.- Incapaz de cooperar o activamente rechaza la intervención.																				
			2.- Muestra poco interés o comprensión en los esfuerzos que se hacen para ayudarlo.																				
			3.- Pasivamente acepta maniobras de intervención.																				
			4.- Desea ser ayudado, pero se muestra ambivalente o su motivación no es suficiente.																				
			5.- Acepta en forma activa el tratamiento ambulatorio, tiene voluntad y es capaz de cooperar.																				
			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Clasificación</th> <th>Puntaje</th> <th>Tiempo de respuesta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Emergencia médica, extremo/severo</td> <td style="text-align: center;">3 - 9</td> <td>Atención inmediata</td> </tr> <tr> <td>Riesgo alto: peligro</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td>No deberá demorar 10 minutos</td> </tr> <tr> <td>Riesgo medio: vulnerable</td> <td style="text-align: center;">11</td> <td>No deberá demorar más de 1 hora</td> </tr> <tr> <td>Riesgo bajo: estable</td> <td style="text-align: center;">12 - 13</td> <td>No deberá demorar más de 4 horas</td> </tr> <tr> <td>No urgente</td> <td style="text-align: center;">14 - 15</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Clasificación	Puntaje	Tiempo de respuesta	Emergencia médica, extremo/severo	3 - 9	Atención inmediata	Riesgo alto: peligro	10	No deberá demorar 10 minutos	Riesgo medio: vulnerable	11	No deberá demorar más de 1 hora	Riesgo bajo: estable	12 - 13	No deberá demorar más de 4 horas	No urgente	14 - 15	
Clasificación	Puntaje	Tiempo de respuesta																					
Emergencia médica, extremo/severo	3 - 9	Atención inmediata																					
Riesgo alto: peligro	10	No deberá demorar 10 minutos																					
Riesgo medio: vulnerable	11	No deberá demorar más de 1 hora																					
Riesgo bajo: estable	12 - 13	No deberá demorar más de 4 horas																					
No urgente	14 - 15																						

Nombre completo, cédula profesional y firma de quien elaboró.

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

Tiempo en Activo: Mientras no existan modificaciones.

Anexo 14. Consentimiento bajo información de autorización de terapia asistida por perros (U500-DSMH-F186)

DSMH/ CESAM/Área Médica
Consentimiento bajo información de autorización de terapia asistida por perros
(U500-DSMH-F186)



Unidad: _____ Fecha: ____/____/____
Nombre del paciente: _____ CURP: _____
Apellido Paterno Apellido materno Nombres
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Derechohabencia: Si No
Servicio al que ingresa: _____ No. de expediente: _____

Por este medio, se emite autorización para iniciar el proceso terapéutico de _____ en el programa de intervención de terapia asistida por perros, la cual consiste en mejorar los procesos de atención, memoria, motivación, lenguaje entre otras, donde el perro es parte integral del proceso. Estos perros de terapia han sido seleccionados y entrenados para trabajar con niños y adultos realizando diferentes actividades dentro de la sesión.

Tengo conocimiento que, al ser seres vivos necesitan ser manejados por un facilitador que conoce al perro y los ejercicios que realiza para su mejor desempeño en la sesión, por lo tanto se informa sobre la presencia de dicho facilitador, el cual estará al pendiente del perro, mientras que su terapeuta será el encargado de dirigir la sesión.

Las contraindicaciones del trabajo con animales que se pudieran presentar son: Fobias, miedo intenso a los perros, alergia al pelo y saliva del animal. Por lo que, es importante comentar que, el paciente _____ sufre de la siguiente condición: _____

Yo _____ autorizo que mi hijo(a) _____
* Nombre del padre, tutor o representante legal designado por el paciente
forme parte de la intervención de terapia asistida por perros, habiendo sido informado del proceso y los posibles riesgos. Al firmar el presente, el establecimiento prestador de servicios y su personal queda exento de cualquier implicación médica y legal que se derive de la evolución subsecuente, con base a la presente autorización:

Acepto No Acepto

Nombre y Firma del paciente, familiar responsable, tutor y/o representante legal

* Nombre del padre, tutor o representante legal designado por el paciente En caso de menores de edad o en caso de que el estado de salud del paciente no le permita firmar y emitir el consentimiento para otorgar su consentimiento y/o autorización.

Nombre completo, cédula profesional y firma del Especialista que proporciona la información y recibe el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, en su caso del médico/psicólogo tratante

Nombre completo y firma del familiar, tutor o representante legal (incluir parentesco)

Nombre completo y firma del Testigo 1

Nombre completo y firma del Testigo 2

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 15. Estudio social médico (U500-DSMHTS-F05)

DSMH/ Trabajo Social
Estudio Social Médico (U500-DGSMHTS-F05)



SECRETARÍA
DE SALUD - SESEQ
Dirección de Servicios Médicos
Hospitalarios

Unidad Médica: _____ Fecha: _____

Datos de Identificación

Nombre del paciente: _____

Genero _____ Edad _____ Fecha nacimiento _____ Lugar de Nac _____

Domicilio _____

Puntos de referencia _____

Estado Civil _____ Soltero (a) _____ Casado (a) _____ Viudo (a) _____ Otros _____

Nacionalidad _____ Etnia _____ Idioma _____ Dialecto _____

Religión _____ Ocupación _____ Escolaridad _____

Tel del paciente _____ Tel de localización _____

Nombre del responsable del paciente _____

Parentesco con el paciente: _____

Fecha de ingreso _____ No. de Expediente clínico _____

Diagnóstico médico _____

No de Cama _____ Servicio _____

Médico tratante _____ Se realizó visita domiciliaria Si _____ No _____

Motivo del estudio

Three empty rectangular boxes for recording the reason for the study.

Familiograma

A large empty rectangular box for drawing the family diagram.

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.

Servicios básicos

Datos higiénicos – dietéticos

Diagnóstico social

Pronóstico

Plan

Tratamiento social

Nombre, firma y Cédula profesional de TS

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.

A

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

A

Anexo 16. Estudio socioeconómico (U500-DSMH-F08)

DSMH/ Trabajo Social.
Estudio Socio-Económico (U500-DSMHTS-F08)



SECRETARIA
 DE SALUD - SESEQ
 Oficinas de Servicios Médicos
 Hospitalarios

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	Derechos Reales			
01.0 a 1.5	Trabajadores no calificados	1	Otros			
01.5 a 3.0	Jubilados y pensionados	2	Arrendada			
03.0 a 4.5	Becarios, vendedores de comercios y mercados	3	Comodato			
04.5 a 6.0	Oficiales, operarios y artesanos	4	Propia			
06.0 a 8.0	Operadores	5	Tipos de Vivienda			
08.0 a 10.0	Agricultores y pesqueros	6	Grupo 1			
10.0 a 13.0	Empleados de oficina	7	Grupo 2			
13.0 a 16.0	Tec. profesionistas nivel medio	8	Grupo 3			
16.0 a 19.0	Profesionistas, científicos	9	Grupo 4			
19.0	Fuerzas armadas, ejecutivos	10	Grupo 5			
\$ _____			Servicios Públicos			
			0 a 1 Serv.			
			2 Servicios			
			3 Servicios			
			4 Servicios			
			Mat. de Construcción			
			Lamina, materia Mat.			
			Rejón			
			Mito			
			Mampostería			
			Número de personas por dormitorio			
			4 o más			
			3 personas			
			1 - 2 personas			
Salud Familiar			Puntaje		Nivel	
0 - 12	0	0	0 - 12		1X (exento)	
13 - 24	1	1	13 - 24		1	
25 - 36	2	2	25 - 36		2	
37 - 52	3	3	37 - 52		3	
53 - 68	4	4	53 - 68		4	
69 - 84	5	5	69 - 84		5	
85 - 100	6	6	85 - 100		6	

NOTA: Hago 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 derechohabencia 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, TELÉFONO ETC).

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

Nombre completo, Firma y Cédula Profesional del Trabajador Social _____ Fecha y Hora de aplicación _____

Observaciones: _____

*Vigencia de 1 año a partir de la fecha de su aplicación
 *Pacientes que tengan otra derechohabencia y/o foráneos se establece el nivel 6

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 18. Concentrado de referencia y contrarreferencia (U340-SGM-F25)

Subsecretaría General Médica.
Concentrado de Referencias y Contrarreferencias (U340-SGM-F25)
Unidad:

SESEQ

No.	Jurisdicción	Municipio	Fecha de la referencia	Folio de la referencia	Datos de Referencia				Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Fecha de nacimiento (d/m/a)	CURP	Edad	Sexo	Diagnóstico	Seguimiento médico	Folio de contrarreferencia	Observaciones	
					Unidad que refiere	Nombre del médico que refiere	Criterio de referencia	Unidad a la que se refiere												Servicio a la que se refiere

Valido:

Nombre completo, cédula profesional y firma.

Nombre completo, cédula profesional y firma.

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 initials on the right side of the page.

Handwritten signature at the bottom right.

Anexo 19. Solicitud de ambulancia (U500-DSMHTS-F20)

DSMH/ Trabajo Social.

Solicitud de Ambulancia. (U500-DSMHTS-F20)

Unidad: _____



SECRETARIA
DE SALUD - SESEQ
Dirección de Servicios Médicos
Hospitalarios

Nombre del paciente: _____ CURP: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Cama: _____ Derechohabiente: Sí 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: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Traslado a otro Estado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hora:	Área de recepción:	Traslado por Derechohabiente: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Diagnóstico Médico:	
Condiciones generales del paciente:	
Requiere asistencia médica: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Requiere Anestesiólogo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre completo, cédula profesional y firma del médico solicitante:	
Nombre completo, cédula profesional y firma de la T.S que tramita la solicitud:	
<p>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.</p> <p>_____</p> <p>Nombre completo, firma y parentesco de quien autoriza.</p>	
Recibe, nombre completo y firma:	Fecha: _____ Hora: _____
<p>Nota: Documento que se anexara al Expediente Clínico, cuando ya se realizó el estudio y copia para Trabajo Social en carpeta de traslados.</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.

Anexo 20. Nota inicial del servicio de urgencias (U500-DSMH-F131)

Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios. Urgencias

SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ

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:				
Resumen del interrogatorio:								
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 21. Solicitud de interconsulta (U500-DSMH-F02)

Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios. Área Médica.



Solicitud de Interconsulta (U500-DSMH-F02)

Fecha de solicitud: _____ Tipo de interconsulta: ORDINARIO URGENTE

Nombre del paciente:
Para ser atendido por el servicio de:
Enviado por el servicio de:
<small>* Esta solicitud será para uso interno de la entidad. Esta hoja no se anexará al expediente y deberá destruirse al término.</small>

Nombre, firma y Cédula profesional del Médico solicitante

X

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

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 signature]

Anexo 22. Solicitud de apertura de expediente clínico (U500-DSMH-F162)

DSMH. Servicio de Archivo Clínico.
Solicitud para apertura de Expediente Clínico. (U500-DSMH-F162)
Unidad: _____



Fecha: _____

Servicio Solicitante: _____

Datos del paciente
Nombre completo del paciente:
CURP:

Solicita
_____ Nombre completo, cédula profesional y firma del médico.

A

BB

M.

B

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.

A

Anexo 23. Consentimiento informado para el traslado interhospitalario de paciente (U500-DSMH-F03.4)



SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ
Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios

Consentimiento informado para el traslado interhospitalario de paciente. (U500-DSMH-F03.4)

NOMBRE: _____
Edad: _____ Sexo: _____ CURP _____ Cama/servicio: _____
Motivos de traslado: _____
Unidad emisora _____ Unidad receptora _____
y en su caso de menores de edad e incapacitados

Nombre del padre, tutor o representante legal designado por el paciente para otorgar su consentimiento v/o autorización:

En apego a los artículos 73 al 75 y 80 al 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de prestación de Servicios de Atención Médica y a la NOM-004-SSA3-2012 relativa al Expediente Clínico numerales 4.2, 10.1 al 10.1.2, se otorga la presente autorización al personal médico y paramédico de la Unidad Médica

para realizar mi traslado a otra unidad y poder así continuar con la atención médica necesaria, y/o poder realizar los estudios complementarios necesarios que, por el momento no se cuenta con ellos o no pueden proveerse en esta unidad, para lo cual declaro bajo conocimiento que:

Acepto

No Acepto

Que los médicos responsables de mi tratamiento han determinado la necesidad de realizar mi traslado a otra Unidad hospitalaria para continuar la atención médica y/o para la realización de estudio(s) complementarios que no se pueden proveer en esta unidad de atención.....

Que antes de pasar a la ambulancia se aplicarán en el hospital los procedimientos y tratamientos necesarios que permitan la mayor estabilización posible del paciente. Que durante el traslado el paciente va acompañado por un médico, un técnico en urgencias médicas y un conductor. El traslado se realiza en ambulancia equipada de acuerdo a las necesidades y estatus de salud del paciente, donde se dispone del material y medicación necesarios para mantener las funciones vitales del paciente en situaciones críticas como pudieran ser la alteración del ritmo del corazón, presión arterial, respiración, pérdida del estado de alerta, traumatismos, entre otras.....

Que durante el traslado pudieran surgir complicaciones que conlleven a detener la ambulancia momentáneamente hasta que estas se solucionen estas, o se estabilice al paciente mediante las técnicas y/o tratamiento que sean necesarios.....

Que aunque el traslado se realiza acorde al padecimiento del paciente, existen riesgos debidos al propio mecanismo de transporte tales como vibraciones, aceleración- desaceleración, accidente, avería, entre otros, los cuales podrían determinar modificaciones en su enfermedad.....

Que por seguridad durante el traslado no podrán ir acompañantes del paciente en la ambulancia, a menos de que el paciente sea un menor de edad, persona con discapacidad o bajo circunstancias especiales que el médico determine.

Que si para el traslado se encuentra esperando ambulancia en el hospital receptor y considera que ésta se demora en su llegada, puede llamar al número 091 donde se le informará de cualquier posible incidencia

Que comprendo lo que se me ha explicado, doy mi consentimiento y autorizo al equipo correspondiente para llevar acabo el traslado y efectuar los procedimientos terapéuticos que se consideren indicados. Entiendo también que puedo retractarme de la firma de este consentimiento previo al traslado, haciendo mención expresa de ello y firmando al lado de la firma de consentimiento.....

En el municipio de _____ Querétaro a _____ del mes de _____ del _____

Firma _____ Testigo _____

(Nombre y firma del Paciente, familiar, tutor o responsable)

(Nombre y firma del testigo)

Médico prescriptor de traslado: _____

Antes de firmar este documento, solicite cualquier aclaración adicional que desee

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

Tiempo en Activo: Mientras no existan modificaciones.

Anexo 24. Consentimiento informado de ingreso a hospitalización (U500-DSMH-F53)

DSMH. Hospitales.

Consentimiento Informado de ingreso a hospitalización. (U500-DSMH-F53)

Unidad: _____



Nombre del paciente: _____ CURP: _____

Apellido Paterno Apellido materno Nombres

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Derechohabiente: Si No

Servicio al que ingresa: _____ No. de expediente: _____

Nombre del Familiar y/o responsable del paciente: _____

Diagnóstico: _____

Por medio de la presente declaro que he sido informado sobre mi ingreso a Hospitalización del _____ y reconozco que se me explicó y entendí el motivo por el cual voy a ser atendido por lo que, consciente de que se busca mi beneficio y bienestar, doy mi consentimiento sin obligación y por decisión propia para que los estudios y procedimientos médicos o quirúrgicos, con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios y paliativos se efectúen, así como aquellos necesarios para realizar la atención de las contingencias y urgencias que se presenten durante mi atención, con base en los principios de libertad prescriptiva que ejerce el personal de salud utilizando las técnicas vigentes para tal efecto, en virtud de que el personal de salud que labora en esta unidad se declara ampliamente capacitado y que cuenta con autorización legal para el libre ejercicio de su especialidad médica o quirúrgica, además de comprometerse a actuar con ética y responsabilidad en beneficio del paciente.

Que cualquier procedimiento implica una serie de riesgos no siempre previsible, que pudieran derivar teniendo en consideración el estado físico previo, enfermedades pre o coexistentes, tratamientos previos, factores de riesgo, entre otros; Y, que por tal motivo existe la probabilidad de complicaciones debidas al tratamiento médico y/o quirúrgico, dichas complicaciones pueden ser transitorias o permanentes, y pudieran ir desde leves hasta severas, con la posibilidad de poner en peligro la vida de la persona y provocar la muerte.

Que en circunstancias especiales, el personal de salud se verá obligado a utilizar técnicas invasivas de diagnóstico y tratamiento, conforme a los protocolos médicos autorizados;

Que en ocasiones pudiera ser necesaria la transfusión de sangre o productos sanguíneos para la resolución de determinados problemas de salud por lo que se autoriza emplear dicha terapéutica, cuando así se requiera;

Asimismo, acepto ser atendido por personal médico en formación quien será supervisado directamente por el médico tratante, de acuerdo a lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas aplicables (NOM-001-SSA3-2012 y NOM-234-SSA1-2003).

Que el hospital y el personal que labora en él, quedara automáticamente exento de cualquier implicación médica y legal derivada de la presente decisión y autorización, así como de la evolución consecutiva del estado de salud, por lo que autorizo el internamiento hospitalario, los procedimientos médicos y quirúrgicos necesarios que se efectúen durante mi hospitalización.

Nombre completo, cédula profesional y firma del Médico tratante

Nombre completo y firma del paciente, familiar o responsable (incluir parentesco)

Testigo 1

Testigo 2

Si el paciente no es apto para firmar, o no desea firmar indique la razón y busque la firma de testigos: _____

De acuerdo a la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de Octubre del 2012, en su Numeralia 4.2, 4.5, 10.1 al 10.1.2.3, y a la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud, intercambio de información en salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de Marzo del 2012

Es presentado este documento escrito y signado por el paciente, familiar, tutor o representante legal, así como por dos testigos, mediante el cual acepta, bajo la debida información, los riesgos y los beneficios esperados de la intervención Quirúrgica. Este documento se sujetará a las disposiciones sanitarias en vigor y no obliga al médico a realizar y omitir procedimientos cuando ello entrañe un riesgo injustificado para el paciente. En caso de no existir este documento en el expediente clínico del paciente, no se podrá llevar a cabo la Hospitalización.

ADENDUM

Recordatorio para el personal de salud: El Art. 81 párrafo 2º del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica a la letra dice: Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico

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 25. Hoja de admisión a hospitalización (U340-SGM-F22)

DSMH. Servicio de Admisión.
Hoja de Admisión a hospitalización. (U340-SGM-F22)



Unidad: _____

Folio: _____

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

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

Domicilio paciente: _____

Localidad: _____ Municipio: _____ Teléfono: _____

DATOS DEL FAMILIAR O TUTOR	
Nombre: _____	Parentesco: _____
Domicilio: _____	Número de contacto: _____
Localidad: _____	Municipio: _____

DATOS DE INGRESO	
Servicio de origen: _____	Servicio que receptiona: _____
Folio de origen: _____	
Diagnóstico de Ingreso a Hospitalización: _____	Fecha de ingreso: _____ Hora de ingreso: _____
	Cama asignada: _____
	Persona Responsable del ingreso
Cirugía/Procedimiento: Sí () No () Ambulatorio Sí () No ()	
Especifique: _____	
Condición Clínica del Paciente: _____	
	Nombre completo y firma del personal de Admisión.
Observaciones _____	Observaciones _____
Persona Responsable de la Solicitud de Ingreso.	Persona Responsable de la recepción del paciente por personal médico o de enfermería.
Fecha y hora de solicitud de ingreso: _____	Fecha y hora de Recepción: _____
Nombre completo del Médico Responsable, cedula profesional y firma.	Nombre completo, cedula profesional y firma.

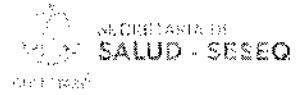
Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno

Tiempo en Activo: Mientras no existan modificaciones.

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

Anexo 26. Nota de egreso (U500-DSMH-F165)

DSMH.
Nota de Egreso. (U500-DSMH-F165)
Unidad: _____



Folio: _____

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

Número de expediente: _____ Género: (M) (F) Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Fecha de Ingreso:	Fecha de Egreso:
Motivo de Ingreso:	Diagnóstico de Egreso:
Diagnóstico de ingreso:	Motivo de Egreso:

Signos Vitales al Egreso				
TEMP:	Talla	Peso:	T.A.	F.C.
PAM:	IMC:	SAT O2	Gluco:	F.R.

Resumen de la evolución, análisis de paraclínicos y descripción del estado actual y pronóstico

Plan de manejo: Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria y tratamiento

Elaboró	Autorizó
_____	_____
Nombre completo, cédula profesional y firma del médico.	Nombre completo, cédula profesional y firma del médico que elaboró.

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]

[Handwritten signatures and marks at the bottom of the page]

SIN TEXTO

A,