



# GACETA DEL GOBIERNO



ESTADO DE MÉXICO

Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de México  
REGISTRO DGC NUM. 001 1021 CARACTERISTICAS 113282801

Mariano Matamoros Sur No. 308 C.P. 50130  
Tomo CLXXXVI A:202/3/001/02  
Número de ejemplares impresos: 600

Toluca de Lerdo, Méx., viernes 31 de octubre de 2008  
No. 86

## SUMARIO:

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y  
MUNICIPIOS "ISSEMYM"

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA Y CONTRA-  
REFERENCIA DE UNIDADES MEDICAS.

**"2008. AÑO DEL PADRE DE LA PATRIA MIGUEL HIDALGO Y COSTILLA"**

SECCION TERCERA

## PODER EJECUTIVO DEL ESTADO

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS "ISSEMYM"



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

ISSEMYM

## "MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA DE UNIDADES MEDICAS"

JULIO 2007

© Derechos Reservados.  
Primera Edición 2007.  
Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios  
Hidalgo Poniente No. 600  
Colonia La Merced, Toluca, México  
Impreso y hecho en Toluca, México.  
Printed and made in Toluca, Mexico.  
Cuenta de Correo Electrónico: [issemym\\_web@mail.edomex.gob.mx](mailto:issemym_web@mail.edomex.gob.mx)  
La reproducción total o parcial de este documento  
Podrá efectuarse mediante la autorización expresa  
de la fuente y dándole el crédito correspondiente.

GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

ISSEMYM

REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA  
DE UNIDADES MEDICAS

Edición: Primera Edición 2007

Fecha: 01 Julio 2007

Código: ISSEMYM-SS-MP-  
RCR-01

## CONTENIDO

- PRESENTACION**
- I.** OBJETIVO GENERAL
  - II.** OBJETIVOS ESPECIFICOS
  - III.** IDENTIFICACION DE PROCEDIMIENTOS
  - IV.** RELACION DE PROCEDIMIENTOS
  - V.** DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS
    - 5.1 Referencias entre unidades médicas de 1º, 2º y 3º nivel de atención**
    - 5.2 Canalización de pacientes a otras Instituciones Públicas ó Privadas**
    - 5.3 Traslado de pacientes No derechohabientes**
    - 5.4 Contra-Referencias a unidades médicas de adscripción**
  - VI.** SIMBOLOGIA
  - VII.** REGISTRO DE EDICIONES
  - VIII.** DISTRIBUCION
  - IX.** VALIDACION

**PRESENTACIÓN**

La sociedad mexiquense exige de su gobierno cercanía y responsabilidad para lograr, con hechos, obras y acciones, mejores condiciones de vida y constante prosperidad.

Por ello, el licenciado Enrique Peña Nieto, Gobernador Constitucional del Estado de México, impulsa la construcción de un gobierno eficiente y de resultados, cuya premisa fundamental es la generación de acuerdos y consensos para la solución de las demandas sociales.

El buen gobierno se sustenta en una administración pública más eficiente en el uso de sus recursos y más eficiente en el logro de sus propósitos. El ciudadano es el factor principal de su atención y la solución de los problemas públicos su prioridad.

En este contexto, la Administración Pública Estatal transita a un nuevo modelo de gestión, orientado a la generación de resultados de valor para la ciudadanía. Este modelo propugna por garantizar la estabilidad de las instituciones que han demostrado su eficiencia, pero también por el cambio de aquellas que es necesario modernizar.

La solidez y el buen desempeño de las instituciones gubernamentales tienen como bases las mejores prácticas administrativas emanadas de la permanente revisión y actualización de las estructuras organizacionales y sistemas de trabajo, del diseño e instrumentación de proyectos de innovación y del establecimiento de sistemas de gestión de la calidad.

El presente manual administrativo documenta la acción organizada para dar cumplimiento a la misión del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, para ello se documenta uno de los procesos clave de los Servicios de Salud como es el de "Referencia y Contra - Referencia de Unidades Médicas".

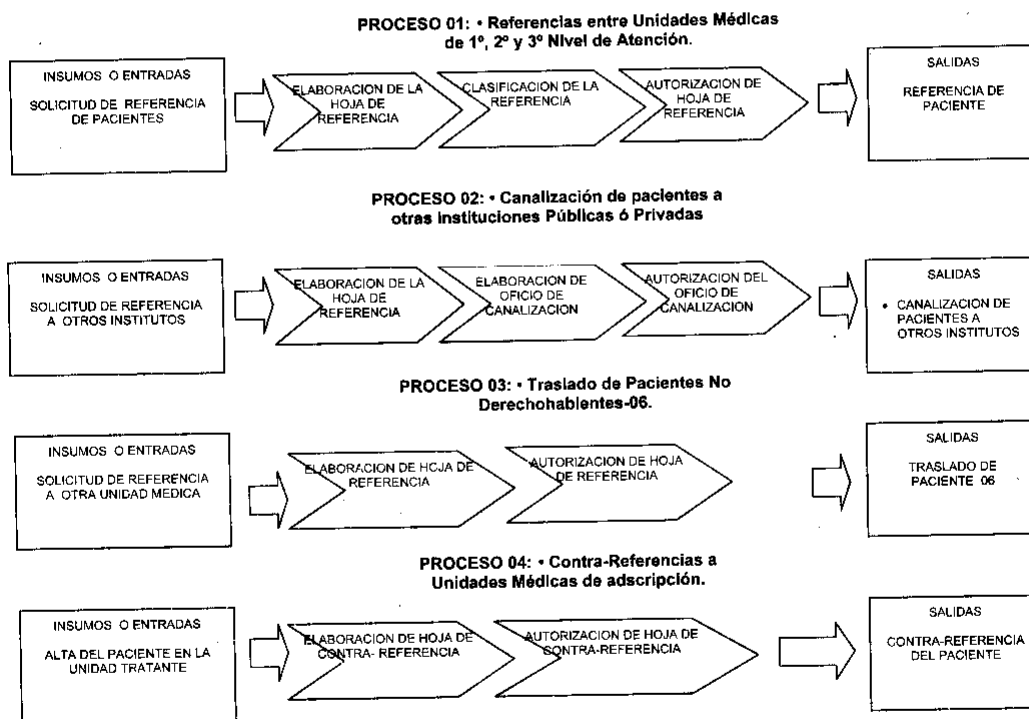
Este documento contribuye en la planeación, conocimiento y evaluación de la acción administrativa de los servicios de salud. El reto más importante es la transformación de los servidores públicos del ISSEMYM hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencia, organización, liderazgo y productividad.

**I. OBJETIVO GENERAL**

- Mejorar la calidad, eficiencia y eficacia de las actividades que tienen encomendadas las Unidades Médicas en la Institución, en materia de Referencia y Contra-Referencia de pacientes, mediante la formalización y estandarización de los métodos y procedimientos de trabajo y la difusión de las políticas que regulan su aplicación.

**II.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Establecer un sistema de atención médica escalonado, permanente y dinámico entre los 3 niveles de atención.
- Coordinar los procedimientos de envío de pacientes entre las diferentes Unidades Médicas que existen en ISSEMYM y con otras Instituciones Públicas ó Privadas.
- Estandarizar la Hoja de Referencia y Contra-Referencia.
- Conformar un equipo de trabajo para evaluar los procedimientos y realizar actualizaciones periódicas del presente manual.
- Actualizar periódicamente los Criterios de Referencia y Listado de Diagnósticos.

**III. IDENTIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS****IV. RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS****Procedimiento 01: Referencias entre Unidades Médicas de 1º, 2º y 3º Nivel de Atención.**

- ❖ Actividades:
  - Elaboración de la hoja de Referencia.
  - Clasificación de la Referencia.
  - Autorización de la Hoja de Referencia.

**Procedimiento 02: Canalización de pacientes a otras Instituciones Públicas ó Privadas.**

- ❖ Actividades:
  - Elaboración de la Hoja de Referencia
  - Elaboración de oficio de Canalización.
  - Autorización del oficio de Canalización.

**Procedimiento 03: Traslado de Pacientes No Derechohabientes-06.**

- ❖ Actividades:
  - Elaboración de la Hoja de Referencia.
  - Autorización de la Hoja de Referencia.

**Procedimiento 04: Contra-Referencias a Unidades Médicas de adscripción.**

- ❖ Actividades:
  - Elaboración de Hoja de Contra-Referencia.
  - Autorización de la Hoja de Contra-Referencia.

**V. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS**
**5.1 PROCEDIMIENTO/01: REFERENCIAS ENTRE UNIDADES MÉDICAS DE 1º, 2º Y 3º NIVEL DE ATENCIÓN.**
**OBJETIVO:**

Mejorar la coordinación de las Referencias de Pacientes, entre las diferentes unidades de atención médica involucradas, mediante la aplicación de las disposiciones normativas contenidas en este Manual de Procedimientos.

**ALCANCE:**

- Directores de Unidades Médicas.
- Médicos Generales y Especialistas.
- Responsables del Programa de Referencia y Contra-Referencia.
- Áreas de Trabajo Social, Relaciones Públicas y/o equivalente.

**REFERENCIAS:**

- Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios, Capítulo I de los Servicios de Salud.
- Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios, Artículo 42 Fracción I.
- Manual General de Organización del ISSEMYM.
- Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, Artículo 4

**RESPONSABILIDADES:**

- Los Directores de las Unidades Médicas son los responsables de vigilar y evaluar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en el Manual de Procedimientos de Referencia y Contra-Referencia.
- Los Subdirectores de Unidades Médicas del Valle de Toluca y México, serán los encargados de evaluar periódicamente a las Unidades Médicas para identificar la cantidad de Referencias y Contra-Referencias realizadas en ciertos periodos y proponer las estrategias para mantener controlados los envíos de pacientes.
- Los Directores de Unidades Médicas, serán los responsables de remitir periódicamente la información correspondiente al programa de Referencia y Contra-Referencia de Unidades Médicas, con atención a las Subdirecciones de Unidades Médicas del Valle de Toluca y México.
- El responsable del Programa de Referencia y Contra-Referencia Estatal será el encargado de elaborar el "Informe Mensual de Referencias y Contra-Referencias" entre Unidades Médicas incluyendo las causas más frecuentes de envío, la morbilidad que la genera, etc.

**DEFINICIONES:**

**Referencia** Es el documento que el médico tratante de primer nivel envía al médico de segundo y tercer nivel para su valoración.

<b>Contra-Referencia</b>	Es el documento por el cual el médico de segundo y tercer nivel envía al paciente al médico de primer nivel para su control y seguimiento del tratamiento.
<b>Vía valija</b>	Medio interno del Instituto por el cual se envía documentación emitida por cualquier unidad médica y administrativa dependiente del Departamento de Documentación.
<b>Unidad de primer Nivel de Atención</b>	A la unidad de adscripción donde se proporciona atención médica a pacientes ambulatorios con padecimientos de baja complejidad, otorgada por personal médico y paramédico general, complementado por especialidades básicas.
<b>Unidad de segundo Nivel de Atención</b>	A la unidad de referencia donde se proporciona atención médica-quirúrgica continua a pacientes de mediana complejidad, otorgada por personal médico y paramédico general y especializado.
<b>Unidad de tercer Nivel de Atención</b>	Aquella que realiza actividades de recuperación y rehabilitación de la salud a pacientes que presentan padecimientos de alta complejidad de diagnóstico y de tratamiento que han sido referidos por el segundo nivel de atención.
<b>Unidad médica</b>	A los consultorios, clínicas de consulta externa, clínicas regionales, hospitales generales, de concentración y de especialidades, en los que se otorga atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria a la población derechohabiente.
<b>Coordinador de Región</b>	Servidor Público responsable de coordinar a un grupo de unidades médicas con la finalidad de dar cumplimiento a todas las actividades relacionadas al Programa de Referencia y Contra-Referencia.
<b>Especialidad</b>	Rama de la medicina que se ocupa específicamente en la atención de determinados órganos ó sistemas del cuerpo humano.

**INSUMOS:**

- Hoja de Referencia.
- Relación de citas para consulta de primera vez.
- Tarjeta de Identificación.

**RESULTADOS:**

- Referencia de pacientes a unidades médicas.

**INTERACCION CON OTROS PROCEDIMIENTOS:**

- Canalización de pacientes a otras Instituciones Públicas ó Privadas.
- Traslado de Pacientes No Derechohabientes Clave-06.
- Contra-Referencias a Unidades Médicas de adscripción.

**POLITICAS:**

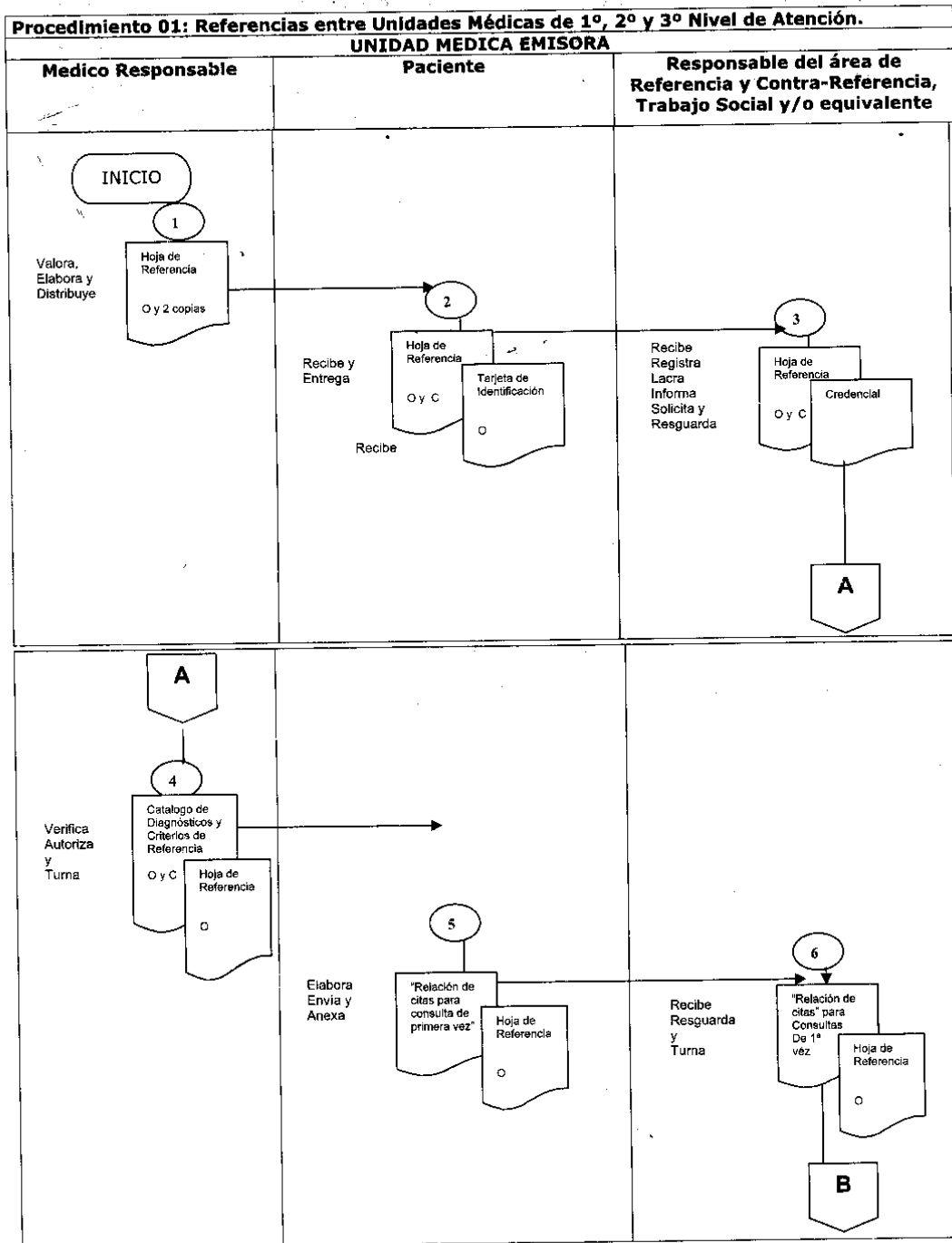
- Las Unidades médicas deberán cumplir cabalmente con las disposiciones que en este Manual se estipulan, debiendo observar su contenido todas las personas que participan en la operación de dicho procedimiento.
- Las áreas participantes en este procedimiento serán corresponsables en la aplicación y cumplimiento de dicha normatividad y la inobservancia a las presentes disposiciones, así como su desconocimiento no los exime de la responsabilidad que esto conlleva.

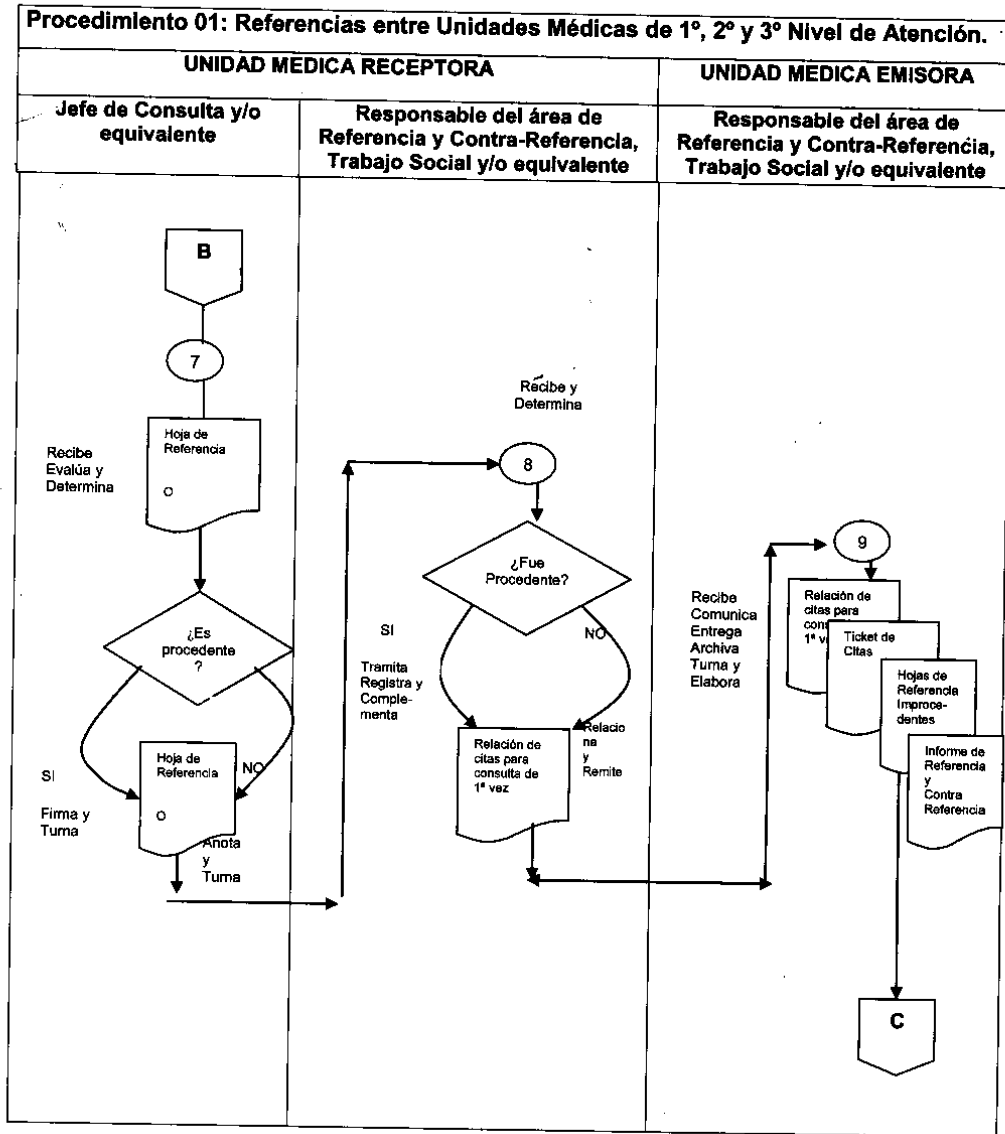
**DESARROLLO: Procedimiento 01: Referencias entre Unidades Médicas de 1º, 2º y 3º Nivel de Atención.**

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA / PUESTO	ACTIVIDAD
1	UNIDAD MEDICA EMISORA Médico Responsable	<b>Valora</b> al paciente, <b>elabora</b> "Hoja de Referencia" en original y 2 copias, <b>distribuye</b> de la siguiente manera: -Original y 1ª Copia.- Las entrega al paciente. -2ª Copia.- El médico la anexa al expediente clínico.
2	UNIDAS MEDICA EMISORA Paciente	<b>Recibe</b> original y 1ª copia de la "Hoja de Referencia", los <b>entrega</b> al área de Referencia y Contra-Referencia y/o equivalente, <b>recibe</b> "Tarjeta de Identificación" del responsable del área de Referencia y Contra-Referencia y/o equivalente.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA / PUESTO	ACTIVIDAD
3	UNIDAD MEDICA EMISORA Responsable de área de Referencia y Contra-Referencia, Trabajo Social y/o equivalente	Recibe "Hoja de Referencia" en original y 1ª copia, <b>registra</b> datos del paciente, <b>lactra</b> la credencial del paciente, <b>informa</b> al paciente que se comunicará en 8 días hábiles para confirmar la fecha de su cita, <b>solicita</b> autorización de envío por parte del Director de la Unidad y/o equivalente y <b>resguarda</b> provisionalmente la "Hoja de Referencia".
4	UNIDAD MEDICA EMISORA Director y/o responsable de turno	<b>Verifica</b> en el "Catálogo de Diagnósticos y Criterios de Referencia" la procedencia del envío, <b>autoriza</b> la "Hoja de Referencia" en un lapso no mayor a 3 días y lo <b>turna</b> a la Coordinación de Referencia y Contra-Referencia y/o equivalente.
5	UNIDAD MEDICA EMISORA Responsable de área de Referencia y Contra-Referencia, Trabajo Social y/o equivalente	<b>Elabora</b> "Relación de citas para consulta de primera vez", lo <b>envía</b> (vía valija) a la unidad de Referencia (receptora) para la programación de las citas respectivas, <b>anexa</b> original de la "Hoja de Referencia" de los pacientes.
6	UNIDAD MEDICA RECEPTORA Responsable de área de Referencia y Contra-Referencia, Trabajo Social y/o equivalente	<b>Recibe</b> (vía valija) "Relación de citas para consulta de primera vez" y "Hoja de Referencia" de los pacientes, los <b>resguarda</b> provisionalmente y <b>turna</b> las "Hojas de Referencia" al Jefe de Consulta Externa y/o equivalente para evaluar su aceptación.
7	UNIDAD MEDICA RECEPTORA/ Jefe de Consulta Externa y/o equivalente	<b>Recibe</b> las "Hojas de Referencia", las <b>evalúa</b> y <b>determina</b> : 1.-Si el caso es procedente <b>firma</b> de autorización la "Hoja de Referencia" y la <b>turna</b> a la Coordinadora de Referencia y Contra-Referencia y/o equivalente, se conecta al paso 8. 2.-Si el caso es improcedente <b>anota</b> en la "Hoja de Referencia" la causa del rechazo y lo <b>turna</b> al área de Referencia y Contra-Referencia y/o equivalente.
8	UNIDAD MEDICA RECEPTORA Responsable de área de Referencia y Contra-Referencia, Trabajo Social y/o equivalente	<b>Recibe</b> las "Hojas de Referencia" y <b>determina</b> : 1.-Si Las "Hojas de Referencia" son procedentes <b>tramita</b> la cita con el área responsable de la agenda médica, <b>registra</b> los datos de la cita (en un lapso no mayor a 72 horas) en la "Hoja de Referencia" y <b>complementa</b> la "Relación de citas para consulta de primera vez". 2.- Si las "Hojas de Referencia" son improcedentes, las <b>relaciona</b> en el formato "Relación de citas para consulta de primera vez" y las <b>remite</b> a la Unidad Emisora (vía valija).
9	UNIDAD MEDICA EMISORA Responsable de área de Referencia y Contra-Referencia, Trabajo Social y/o equivalente	<b>Recibe</b> la "Relación de citas para consulta de primera vez", <b>comunica</b> a los pacientes (vía telefónica ó personalmente) la fecha de su cita y <b>entrega</b> al paciente la "Tarjeta ó Ticket de Citas", <b>archiva</b> la "Relación de citas para consulta de primera vez", <b>turna</b> al Director y/o equivalente las "Hojas de Referencia" improcedentes para su revisión y posterior protocolización y <b>elabora</b> mensualmente el "Informe de Referencia y Contra-Referencia" dirigido a la Coordinación Estatal de Referencia y Contra-Referencia.
10	UNIDAD MEDICA RECEPTORA Responsable de área de Referencia y Contra-Referencia, Trabajo Social y/o equivalente	<b>Entrega</b> la "Relación de citas para consulta de primera vez" y las "Hojas de Referencia" procedentes al Archivo Clínico de la unidad para la apertura del "Expediente Clínico" y <b>obtiene</b> acuse de recibo.
11	UNIDAD MEDICA RECEPTORA/ Responsable del Archivo Clínico y/o equivalente	<b>Recibe</b> y <b>archiva</b> la "Relación de citas para consulta de primera vez" y "Hojas de Referencia" (procedentes) y <b>gestiona</b> la apertura el "Expediente Clínico" y anexa "Hoja de Referencia".  <b>Termina Procedimiento.</b>

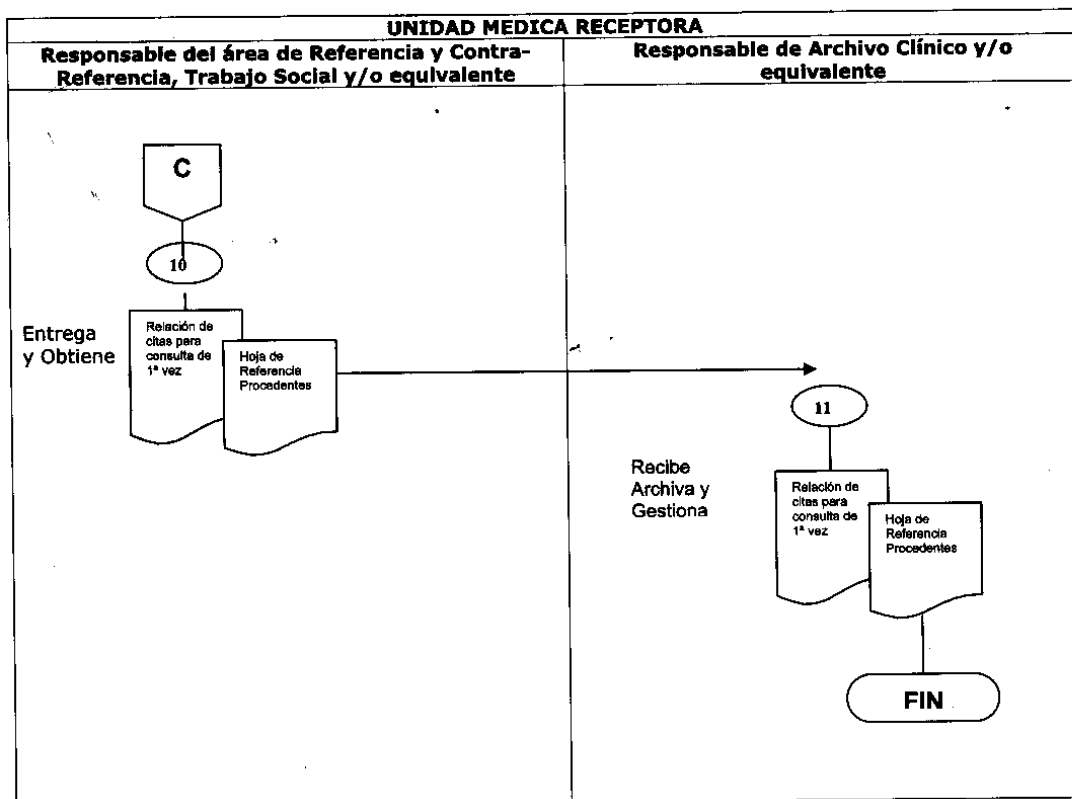
**DIAGRAMA DE FLUJO:**







**Procedimiento 01: Referencias entre Unidades Médicas de 1º, 2º y 3º Nivel de Atención.**





**MEDICION:**

**Indicadores para medir la capacidad de respuesta:**

$\frac{\text{Número de Pacientes Referidos}}{\text{Total de Pacientes Recibidos en la unidad}}$	X 100 = Porcentaje de Pacientes Referidos a otro nivel.
$\frac{\text{Número de Informes remitidos}}{\text{Número de Informes programados}}$	X 100 = Porcentaje de Informes Procesados.
$\frac{\text{Número de Referencias del año anterior}}{\text{Número de Referencias del año actual}}$	X 100 = Variación Porcentual Anual de Referencias entre 1º, 2º y 3º nivel de atención.

**FORMATOS E INSTRUCTIVOS:**

**FORMATO: HOJA DE REFERENCIA**

		Gobierno del Estado de México Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios Coordinación de Servicios de Salud			
FOLIO:					
<b>HOJA DE REFERENCIA</b>			Valoración Previa: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
1/. APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) DEL PACIENTE. (SIN ABREVIATURAS)		2/. EDAD	3/. CLAVE ISSEMYM	4/. FECHA DE ENVÍO	
5/. UNIDAD MÉDICA QUE REFIERE			6/. DIAGNÓSTICO DE ENVÍO		
7/. UNIDAD MÉDICA A LA QUE SE ENVÍA			8/. SERVICIO		
9/. MOTIVO DEL ENVÍO. FUNDAMENTAR LA(S) CAUSA(S) POR LAS CUALES NO SE PUEDE CONTINUAR ATENDIENDO EN ESTA UNIDAD MÉDICA.					
10/. RESUMEN CLÍNICO					
11/. TELÉFONO(S) DONDE SE PUEDA LOCALIZAR AL PACIENTE (PARTICULAR, TRABAJO, VECINOS):					
12/. NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE QUIEN ENVÍA:			13/. NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL DIRECTIVO QUE AUTORIZA:		
<b>PARA USO EXCLUSIVO DE LA UNIDAD MÉDICA A LA QUE SE ENVÍA</b>					
14/. COMENTARIOS. JEFE DEL SERVICIO Y/O INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO:				15/. DECISIÓN	
				16/. FECHA	
17/. ESTUDIOS AUXILIARES QUE REQUIERE				18/. NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JEFE DEL SERVICIO	
30 000 058 / 07					

**INSTRUCTIVO DE LA HOJA DE REFERENCIA.**

No.	Concepto	Descripción
1.	<b>APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S) DEL PACIENTE (SIN ABREVIATURAS):</b>	Anotar el nombre completo del paciente sin abreviar ningún rubro.
2.	<b>EDAD:</b>	Anotar con número la edad cumplida del paciente.
3.	<b>CLAVE ISSEMYM</b>	Anotar los seis dígitos de la clave de derechohabiente del paciente con números claros y sin enmendaduras.
4.	<b>FECHA DE ENVÍO</b>	Anotar con letra legible la fecha de envío, día, mes y año de la referencia.
5.	<b>UNIDAD MÉDICA QUE REFIERE</b>	Anotar el nombre completo de la unidad médica que se refiere al paciente.
6.	<b>DIAGNÓSTICO DE ENVÍO</b>	Especificar, claramente el diagnóstico que motiva la referencia del paciente.
7.	<b>UNIDAD MÉDICA A LA QUE SE ENVÍA</b>	Anotar con letra clara y legible la unidad médica receptora donde será atendido el paciente.
8.	<b>SERVICIO</b>	Especificar el servicio ó área donde se pretende canalizar al paciente.
9.	<b>MOTIVO DEL ENVÍO, FUNDAMENTAR LA(S) CAUSA(S) POR LAS CUALES NO SE PUEDE CONTINUAR ATENDIENDO EN ESTA UNIDAD MÉDICA</b>	Especificar claramente la causa que motiva el envío del paciente, así como las razones clínicas del envío.
10.	<b>RESUMEN CLÍNICO</b>	Anotar de manera breve y sucinta los datos clínicos más relevantes del caso.
11.	<b>TELEFONO (S) DONDE SE PUEDA LOCALIZAR AL PACIENTE (PARTICULAR, TRABAJO, VECINOS)</b>	Anotar el número telefónico del paciente ya sea en su casa, trabajo ó en su defecto con algún vecino).
12.	<b>NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE QUIEN ENVIA.</b>	Anotar el nombre y apellidos del médico que otorga la atención y que autoriza la referencia.
13.	<b>NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL DIRECTIVO QUE AUTORIZA</b>	Anotar el nombre y apellidos del Directivo que autoriza la referencia.
14.	<b>COMENTARIOS, JEFE DEL SERVICIO Y/O INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO</b>	Anotar los comentarios pertinentes relativos al caso por parte del Jefe del Servicio, señalando las indicaciones procedentes para la atención del paciente.
15.	<b>DECISIÓN</b>	Se anotara la decisión de autorizar ó rechazar al paciente por parte de la unidad médica tratante.
16.	<b>FECHA</b>	Anotar el día, mes y año de la recepción de la Hoja de Referencia.
17.	<b>ESTUDIOS AUXILIARES QUE REQUIERE</b>	Describir los estudios de laboratorio y/o gabinete que requiere el paciente referido.
18.	<b>NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JEFE DE SERVICIO</b>	Anotar el nombre y apellidos del jefe de servicio que autoriza la recepción del paciente referido.

**FORMATO: RELACIÓN DE CITAS PARA CONSULTA DE PRIMERA VEZ.**

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS  
COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

ISSEMYM

**RELACIÓN DE CITAS PARA CONSULTA DE PRIMERA VEZ**

UNIDAD EMISORA		UNIDAD RECEPTORA	FECHA DE EMISIÓN		DATOS DE CONTROL			
FECHA:	CLAVE DE ASISTENTE	NOMBRE DEL PACIENTE	CONCEPTO DE ENFER	ESPECIFICAR A LA CUAL SE REFIERE	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE CALIFIC	HORA DE CALIFIC	REGISTRANTE
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								


NOMBRE Y FIRMA DE QUE EJECUTA EL FOLIO: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA DE QUE RECIBE EL FOLIO: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE QUE EJECUTA EL FOLIO: \_\_\_\_\_  
 ACOSO DE RUBRO: \_\_\_\_\_

**INSTRUCTIVO: RELACIÓN DE CITAS PARA CONSULTA DE PRIMERA VEZ.**

- | No. | Concepto                   | Descripción  |
|-----|----------------------------|--|
| 1.  | <b>UNIDAD EMISORA</b>      | Anotar el nombre completo de la unidad médica que refiere al paciente.                                     |
| 2.  | <b>UNIDAD RECEPTORA</b>    | Anotar el nombre completo de la unidad médica que recibe al paciente.                                      |
| 3.  | <b>FECHA DE EMISIÓN</b>    | Anotar el día, mes y año cuando fue realizada la referencia del paciente.                                  |
| 4.  | <b>DATOS DE CONTROL</b>    | No se realiza ninguna anotación.   |
| 5.  | <b>FECHA</b>               | Anotar el día, mes y año de la elaboración del formato "Relación de citas para consulta de primera vez".   |
| 6.  | <b>FOLIO</b>               | Anotar el número consecutivo del formato "Relación de citas para consulta de primera vez".                 |
| 7.  | <b>CLAVE ISSEMYM</b>       | Anotar los seis dígitos de la clave de derechohabiente del paciente con números claros y sin enmendaduras. |
| 8.  | <b>NOMBRE DEL PACIENTE</b> | Anotar el nombre completo del paciente sin abreviar ningún rubro.  |

- |     |  |  |
|-----|--|--|
| 9.  | <b>DIAGNÓSTICO DE ENVÍO</b>                        | Especificar claramente el diagnóstico que motiva la referencia del paciente.   |
| 10. | <b>ESPECIALIDAD A LA QUE SE REFIERE</b>            | Especificar el servicio ó área donde se pretende canalizar al paciente.  |
| 11. | <b>TELÉFONO CON LADA</b>                           | Anotar el número telefónico del paciente incluida la clave Lada de la entidad que le corresponda.  |
| 12. | <b>FECHA DE LA CITA</b>                            | Anotar con número el día, mes y año de la cita a favor del paciente referido.  |
| 13. | <b>HORA DE LA CITA</b>                             | Anotar con número la hora y minutos, cuando se llevará a cabo la cita del paciente referido.   |
| 14. | <b>MÉDICO TRATANTE</b>                             | Anotar nombre y apellidos del médico responsable de la atención.   |
| 15. | <b>NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ELABORA</b>             | Anotar nombre y apellidos del servidor público responsable de la elaboración del formato "Relación de citas para consulta de primera vez" en la unidad médica emisora.   |
| 16. | <b>NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE (REFERENCIA)</b> | Anotar el nombre y apellidos del servidor público responsable de recibir el formato "Relación de citas para consulta de primera vez" y las Hojas de Referencia de los pacientes de la unidad médica receptora. |
| 17. | <b>NOMBRE DE QUIEN RECIBE (CITAS):</b>             | Anotar el nombre y apellidos del servidor público responsable del manejo de la valija de mensajería.   |
| 18. | <b>ACUSE DE RECIBO</b>                             | Se recaba el sello y firma del servidor público encargado del control de las referencias en la unidad médica emisora.  |

**FORMATO: TARJETA DE IDENTIFICACIÓN:**


 GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

PROGRAMA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA  
"TARJETA DE IDENTIFICACION"

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 REGION: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_ EXT. \_\_\_\_\_  
 HORARIO: \_\_\_\_\_

**INSTRUCTIVO: TARJETA DE IDENTIFICACIÓN:**

No.	Concepto	Descripción
1.	<b>NOMBRE</b>	Anotar nombre y apellidos del responsable del área de referencia y contra-referencia en la unidad médica receptora.
2.	<b>REGIÓN</b>	Anotar con número la Región a la que corresponde la unidad médica.
3.	<b>TELÉFONO</b>	Anotar el número telefónico (incluida la clave lada) y la extensión del área de referencia y contra-referencia.
4.	<b>HORARIO</b>	Anotar los horarios hábiles del servicio de referencia y contra-referencia.

**V. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS**
**5.2 PROCEDIMIENTO/ 02: CANALIZACIÓN DE PACIENTES A OTRAS INSTITUCIONES PÚBLICAS Ó PRIVADAS.**
**OBJETIVO:**

Establecer el control las Canalizaciones de Pacientes a otras Instituciones mediante el seguimiento de las acciones cronológicas a desarrollar.

**ALCANCE:**

- Directores de Unidades Médicas.
- Médicos Generales y Especialistas.
- Áreas de Referencia y Contra-Referencia, Trabajo Social, Relaciones Públicas y/o equivalente.
- Áreas de Vigencia de Derechos.

**REFERENCIAS:**

- Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios, Capítulo I de los Servicios de Salud.
- Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios, Artículo 42, Fracción I.
- Manual General de Organización del ISSEMYM.
- Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, Capítulo IX de la Canalización de Pacientes a Tercer nivel de Atención.

**RESPONSABILIDADES:**

- El Director de la Unidad será el responsable de coordinar, controlar y supervisar la aplicación del procedimiento de Canalización de Pacientes a otras Instituciones Públicas ó Privadas, en conjunto con las áreas médicas y administrativas involucradas en el mismo, debiendo analizar la información generada en este rubro, identificando las causas más comunes de envíos, frecuencia y cantidad de pacientes canalizados, identificar las unidades médicas con mayor número de canalizaciones y proponer estrategias que permitan mejorar de manera continua el citado procedimiento.
- El responsable de Trabajo Social y/o equivalente será el encargado de elaborar el Informe Mensual de Canalización a otras Instituciones Públicas ó Privadas y turnarlo oportunamente a la Subdirección de Unidades Médicas del Valle de Toluca, los primeros 5 días hábiles de cada mes.

**DEFINICIONES:**

<b>Canalización de pacientes a otras Instituciones Públicas ó Privadas</b>	Envío autorizado de un derechohabiente a una Institución pública ó privada con el propósito de realizar algún estudio especializado de diagnóstico y tratamiento intervencionista, y los que requieran tratamiento por medio de radioterapia, rayos láser, cirugía cardiovascular, de columna vertebral y para transplante de órganos vitales, cirugía ortopédica subespecializada o tratamiento médico de enfermedades de la colágena y hemato-oncológicas.
<b>Oficio de Canalización</b>	Documento de autorización de las unidades médicas, donde el titular de la misma avala la Canalización del derechohabiente a una institución pública ó privada.
<b>Hoja de Referencia</b>	Documento oficial obligatorio para realizar el envío de un derechohabiente a otra institución pública ó privada, el cual señala datos personales del paciente, un breve resumen clínico, diagnóstico, servicio requerido, médico que lo canaliza, etc.

**INSUMOS:**

- Hoja de Referencia.
- Oficio de Canalización.

**RESULTADOS:**

Canalización de Pacientes a Otras Instituciones Públicas ó Privadas.

**INTERACCION CON OTROS PROCEDIMIENTOS:**

- Referencias entre Unidades Médicas de 1º, 2º y 3º Nivel de Atención.
- Traslado de Pacientes No Derechohabientes Clave-06.
- Contra-Referencias a Unidades Médicas de adscripción.

**POLITICAS:**

- Las Unidades médicas deberán cumplir cabalmente con las disposiciones que en este Manual se estipulan, debiendo observar su contenido todas las personas que participan en la operación de dicho procedimiento.
- Las áreas participantes en este procedimiento serán corresponsables en la aplicación y cumplimiento de dicha normatividad y la inobservancia a las presentes disposiciones así como su desconocimiento no los exime de la responsabilidad que esto conlleva.

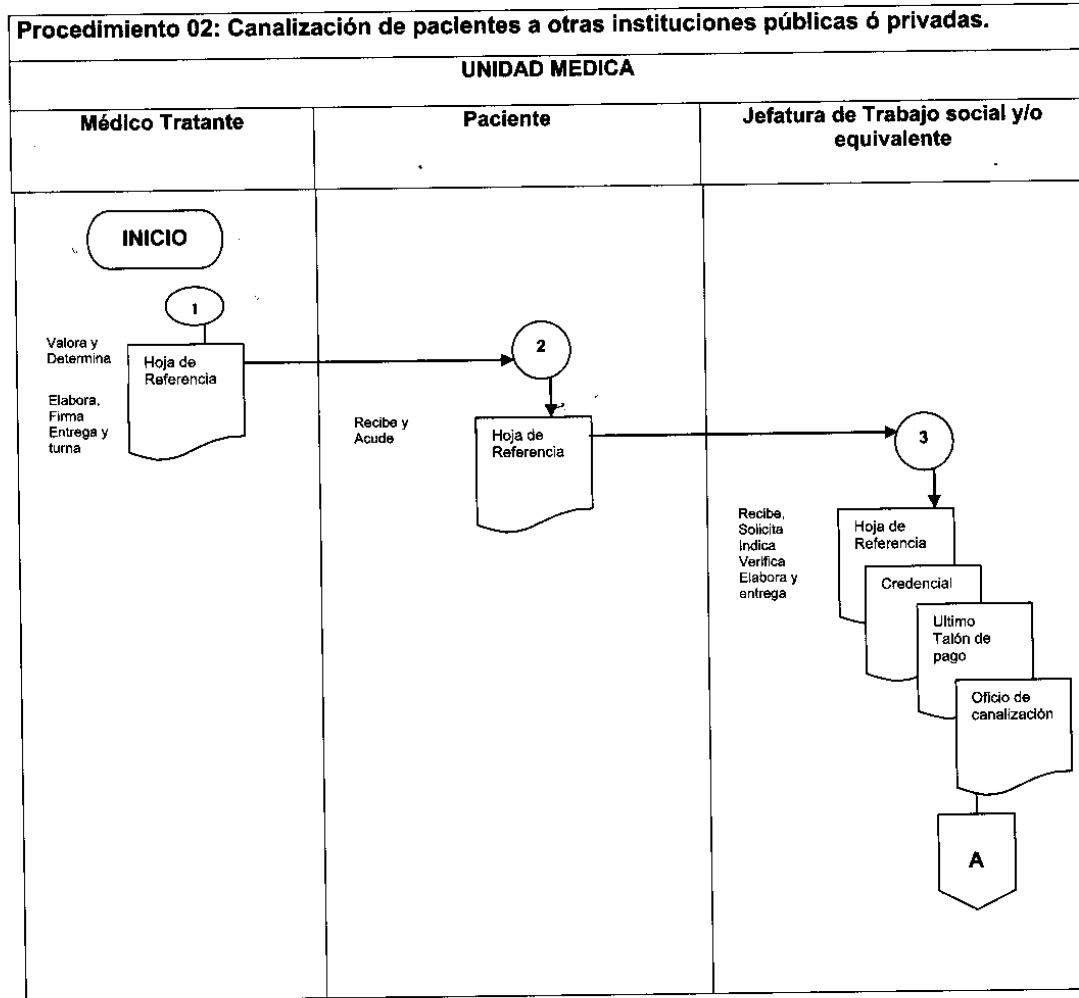
**DESARROLLO: Procedimiento 02: Canalización de pacientes a otras Instituciones Públicas ó Privadas.**

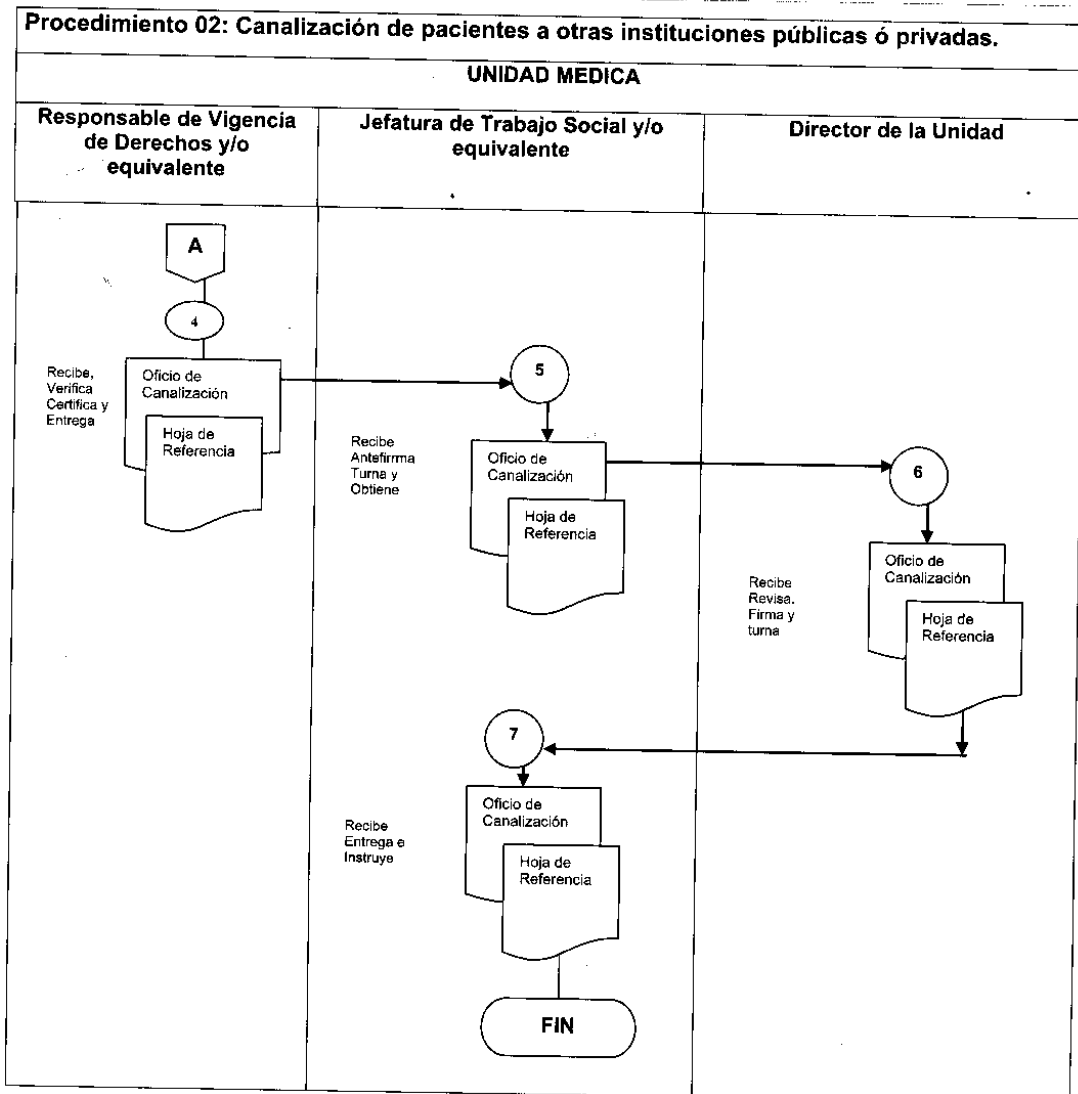
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA / PUESTO	ACTIVIDAD
1.	UNIDAD MEDICA/ Médico Tratante	Valora al paciente, <b>determina</b> la atención médica y/o auxiliares de diagnóstico en otra Institución de Tercer Nivel (con la que exista Convenio Interinstitucional), <b>elabora y firma</b> "Hoja de Referencia", lo <b>entrega</b> al paciente (en original) y lo <b>turna</b> al área de Trabajo Social
2.	UNIDAD MEDICA/ Paciente	<b>Recibe</b> la "Hoja de Referencia" y <b>acude</b> al área de Trabajo Social.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA / PUESTO	ACTIVIDAD
3.	<b>UNIDAD MEDICA/ Jefatura de Trabajo Social y/o equivalente</b>	<b>Recibe</b> "Hoja de Referencia", <b>solicita</b> al paciente "Credencial del ISSEMYM" y "Ultimo Talón de Pago", <b>indica</b> al paciente regresar en un lapso de 24 horas, <b>verifica</b> que la atención solicitada este contemplada en el Convenio y Tabulador de Precios correspondiente, <b>elabora</b> "Oficio de Canalización" y lo <b>entrega</b> junto con la "Hoja de Referencia", "Credencial de ISSEMYM" y "Ultimo Talón de Pago" del paciente al área de vigencia de derechos para obtener la certificación respectiva.
4.	<b>UNIDAD MEDICA/ Responsable de Vigencia de Derechos y/o equivalente</b>	<b>Recibe</b> "Oficio de Canalización" y "Hoja de Referencia", <b>verifica</b> la vigencia de derechos del paciente en su base de datos, <b>certifica</b> mediante sello y firma en el "Oficio de Canalización" y <b>entrega</b> ambos documentos al área de Trabajo Social.
5.	<b>UNIDAD MEDICA/ Jefatura de Trabajo Social y/o equivalente</b>	<b>Recibe</b> "Oficio de Canalización" y "Hoja de Referencia", con la certificación de la vigencia de derechos del paciente, <b>antefirma</b> el "Oficio de Canalización", lo <b>turna</b> a la Dirección de la unidad y <b>obtiene</b> la firma del titular.
6.	<b>UNIDAD MEDICA/ Director de la Unidad</b>	<b>Recibe</b> "Oficio de Canalización" y "Hoja de Referencia", <b>revisa</b> la documentación y <b>firma</b> de autorización el oficio, lo <b>turna</b> al área de Trabajo social.
7.	<b>UNIDAD MEDICA/ Jefatura de Trabajo Social y/o equivalente</b>	<p><b>Recibe</b> "oficio de Canalización" y "Hoja de Referencia" y <b>entrega</b> en sobre sellado y lacrado los siguientes documentos:</p> <p><b>"Oficio de Canalización"</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ El original se entrega a la Institución de referencia, anexando la "Hoja de Referencia" (por conducto del paciente).</li> <li>◆ 1ª copia para el área de Trabajo Social.</li> <li>◆ 2ª copia para acuse de recibo y resguardo en expediente clínico.</li> </ul> <p><b>"Hoja de Referencia"</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ El original se entrega a la Institución de referencia en el mismo sobre que el "Oficio de Canalización" (por conducto del paciente).</li> <li>◆ 1ª copia para la Dirección de la Unidad Médica.</li> <li>◆ 2ª copia para resguardo en expediente clínico.</li> </ul> <p><b>"Estudios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento":</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso pertinente se enviarán los estudios auxiliares de diagnóstico y/o tratamiento (por conducto del paciente) preferentemente en sobre cerrado y lacrado.</li> </ul> <p><b>Instruye</b> al paciente para acudir a la Institución correspondiente.</p> <p><b>Termina Procedimiento.</b></p>



**DIAGRAMA DE FLUJO**







**MEDICION:**

**Indicadores para medir la capacidad de respuesta:**

$\frac{\text{No. de Canalizaciones de pacientes realizadas}}{\text{Total de Pacientes Atendidos en la unidad}}$	X 100 = Porcentaje de Canalizaciones a tercer nivel.
$\frac{\text{No. de Canalizaciones por Institución}}{\text{Total de Canalizaciones a Instituciones}}$	X 100 = Porcentaje de Canalizaciones por Instituto.
$\frac{\text{No. de Canalizaciones del año anterior}}{\text{No. de Canalizaciones del año actual}}$	X 100 = Variación porcentual Anual de Canalizaciones a Instituciones Públicas y Privadas
$\frac{\text{Importe Mensual de las canalizaciones por Institución}}{\text{Total de pacientes canalizados por Institución}}$	= Costo Promedio de atención de pacientes canalizados por Institución Pública y/o Privada.

**FORMATOS E INSTRUCTIVOS**

**FORMATO: HOJA DE REFERENCIA**


 Gobierno del Estado de México Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios Coordinación de Servicios de Salud				
				FOLIO: _____
<b>HOJA DE REFERENCIA</b>				
1/ APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) DEL PACIENTE (SIN ABREVIATURAS)		2/ EDAD	3/ CLAVE ISSEMYM	4/ FECHA DE ENVÍO
5/ UNIDAD MÉDICA QUE REFIERE		6/ DIAGNÓSTICO DE ENVÍO		
7/ UNIDAD MÉDICA A LA QUE SE ENVÍA		8/ SERVICIO		
9/ MOTIVO DEL ENVÍO. FUNDAMENTAR LA(S) CAUSA(S) POR LAS CUALES NO SE PUEDE CONTINUAR ATENDIENDO EN ESTA UNIDAD MÉDICA.				
10/ RESUMEN CLÍNICO				
11/ TELÉFONO(S) DONDE SE PUEDA LOCALIZAR AL PACIENTE (PARTICULAR, TRABAJO, VECINOS):				
12/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE QUIEN ENVÍA:			13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL DIRECTIVO QUE AUTORIZA:	
PARA USO EXCLUSIVO DE LA UNIDAD MÉDICA A LA QUE SE ENVÍA				
14/ COMENTARIOS, JEFE DEL SERVICIO Y/O INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO:			15/ DECISIÓN	
			16/ FECHA	
17/ ESTUDIOS AUXILIARES QUE REQUIERE			18/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JEFE DEL SERVICIO	
30 000 056 / 07				

**INSTRUCTIVO DE LA HOJA DE REFERENCIA.**

No.	Concepto	Descripción
1.	<b>APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S) DEL PACIENTE (SIN ABREVIATURAS):</b>	Anotar el nombre completo del paciente sin abreviar ningún rubro.
2.	<b>EDAD:</b>	Anotar con número la edad cumplida del paciente.
3.	<b>CLAVE ISSEMYM</b>	Anotar los seis dígitos de la clave de derechohabiente del paciente con números claros y sin enmendaduras.
4.	<b>FECHA DE ENVÍO</b>	Anotar con letra legible la fecha de envío, día, mes y año de la referencia.
5.	<b>UNIDAD MÉDICA QUE REFIERE</b>	Anotar el nombre completo de la unidad médica que se refiere al paciente.
6.	<b>DIAGNÓSTICO DE ENVÍO</b>	Especificar claramente el diagnóstico que motiva la referencia del paciente.
7.	<b>UNIDAD MÉDICA A LA QUE SE ENVÍA</b>	Anotar con letra clara y legible la unidad médica receptora donde será atendido el paciente.
8.	<b>SERVICIO</b>	Especificar el servicio ó área donde se pretende canalizar al paciente.
9.	<b>MOTIVO DEL ENVÍO, FUNDAMENTAR LA(S) CAUSA(S) POR LAS CUALES NO SE PUEDE CONTINUAR ATENDIENDO EN ESTA UNIDAD</b>	Especificar claramente la causa que motiva el envío del paciente, así como las razones clínicas del envío.

- |   |   |
|---|---|
| <b>MÉDICA</b>   |   |
| 10. <b>RESUMEN CLÍNICO</b>  | Anotar de manera breve y sucinta los datos clínicos más relevantes del caso.  |
| 11. <b>TELEFONO (S) DONDE SE PUEDA LOCALIZAR AL PACIENTE (PARTICULAR, TRABAJO, VECINOS)</b> | Anotar el número telefónico del paciente ya sea en su casa, trabajo ó en su defecto con algún vecino).  |
| 12. <b>NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE QUIEN ENVIA.</b>                         | Anotar el nombre y apellidos del médico que otorga, la atención y que autoriza la referencia.   |
| 13. <b>NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL DIRECTIVO QUE AUTORIZA</b>                               | Anotar el nombre y apellidos del Directivo que autoriza la referencia.  |
| 14. <b>COMENTARIOS, JEFE DEL SERVICIO Y/O INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO</b>              | Anotar los comentarios pertinentes relativos al caso por parte del Jefe del Servicio, señalando las indicaciones procedentes para la atención del paciente. |
| 15. <b>DECISIÓN</b>   | Se anotara la decisión de autorizar ó rechazar al paciente por parte de la unidad médica tratante.  |
| 16. <b>FECHA</b>  | Anotar el día, mes y año de la recepción de la Hoja de Referencia.  |
| 17. <b>ESTUDIOS AUXILIARES QUE REQUIERE</b>   | Describir los estudios de laboratorio y/o gabinete que requiere el paciente referido.   |
| 18. <b>NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JEFE DE SERVICIO</b>                                     | Anotar el nombre y apellidos del jefe de servicio que autoriza la recepción del paciente referido.  |

**Formato: Oficio de Canalización.**

 <b>GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO</b>	
"2007. AÑO DE LA CORREGIDORA DOÑA JOSEFA ORTIZ DE DOMINGUEZ"	
Departamento Oficio Número Expediente Asunto:	Toluca de Lerdo, México a    de    del 200
<p><b>C. (NOMBRE) (CARGO) PRESENTE</b></p> <p>Por medio del presente me permito presentar a sus finas atenciones al (a): C. _____</p> <p>Derechohabiente de este Instituto con Clave de ISSEMYM _____</p> <p>Quien requiere ser atendido (a) en la Institución a su cargo, presentando el diagnostico de: _____</p> <p>Motivo por el cual se envía para: _____</p> <p>Es de importancia señalar que el presente oficio tiene una validez de: _____</p> <p>A partir de la fecha de expedición, por lo que en caso de ser necesario continuar con el tratamiento el paciente deberá acudir a la Dirección de la unidad médica que lo canalizó, para la renovación del oficio, ya que en caso de no existir este, los gastos generados no serán liquidados por el ISSEMYM.</p> <p>Sin otro particular de momento, aprovecho la ocasión para reiterarle un cordial saludo.</p> <p style="text-align: center;"><b>ATENTAMENTE</b></p> <p>_____                  (Nombre y cargo de quien autoriza)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 50px; margin-left: auto; margin-right: auto; text-align: center;">                     Imprimir credencial del derechohabiente                 </div>	
<p><small>Nota: Solicitar resumen clínico a la Institución a la que es canalizado y sacar cita con su medico tratante en la unidad médica de adscripción.                  La renovación del oficio de canalización se deberá realizar con quince días antes del vencimiento de este.                  Sin la impresión de la credencial del paciente el presente oficio no tiene ninguna validez.                  _____                  Firma del responsable del área que valida el trámite</small></p>	

**V. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS****5.3 PROCEDIMIENTO/ 03: TRASLADO DE PACIENTES NO DERECHOHABIENTES CLAVE-06.**

**OBJETIVO:** Establecer el procedimiento estandarizado aplicable a las Unidades Médicas para normar los traslados de pacientes no derechohabientes clave 06 dentro y fuera de la Institución mediante el seguimiento de las acciones cronológicas a desarrollar.

**ALCANCE:**

- Directores de Unidades Médicas.
- Médicos Generales y Especialistas.
- Áreas de Trabajo Social, Relaciones Públicas y/o equivalente
- Áreas de Finanzas.
- Servicio de Transportes.

**REFERENCIAS:**

- Ley General de Salud, artículos 71, 72, 73, 74 y 75.
- Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios, Capítulo I de los Servicios de Salud.
- Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios, Artículo 42 Fracción I.
- Manual General de Organización del ISSEMYM.
- Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, Artículo 4.

**RESPONSABILIDADES:**

- El Director de la Unidad será el responsable de coordinar, controlar y supervisar la aplicación del procedimiento de Traslado de Pacientes No derechohabientes clave 06, en conjunto con las áreas médicas y administrativas involucradas en el mismo, debiendo analizar la información generada en este rubro, identificando la procedencia del traslado, así como proponer estrategias que permitan mejorar de manera continua el citado procedimiento.
- El responsable de Trabajo Social y/o equivalente será el encargado de elaborar el Informe Mensual de Traslado de Pacientes No derechohabientes clave-06 y canalizarlo oportunamente a la Subdirección de Unidades Médicas del Valle de Toluca, los primeros 5 días hábiles de cada mes.

**DEFINICIONES:**

<b>Traslado</b>	Envío autorizado de un paciente a otra Unidad Médica.
<b>Servicio de Transportes</b>	Área que se encarga del traslado de pacientes de una Unidad Médica a otra.
<b>Trabajo Social</b>	Área que se encarga de gestionar los trámites administrativos y operativos de un traslado.

**INSUMOS:**

- Hoja de Referencia.
- Solicitud de Ambulancia.
- Vale para préstamo de Expedientes.
- Expediente Clínico.
- Estado de Cuenta.
- Recibo por depósito en garantía por atención médica.

**RESULTADOS:**

- Traslado de Pacientes No derechohabientes clave 06

**INTERACCION CON OTROS PROCEDIMIENTOS:**

- Referencias entre Unidades Médicas de 1º, 2º y 3º Nivel de Atención.
- Canalización de pacientes a otras Instituciones Públicas ó Privadas.
- Contra-Referencias a Unidades Médicas de adscripción.

**POLITICAS:**

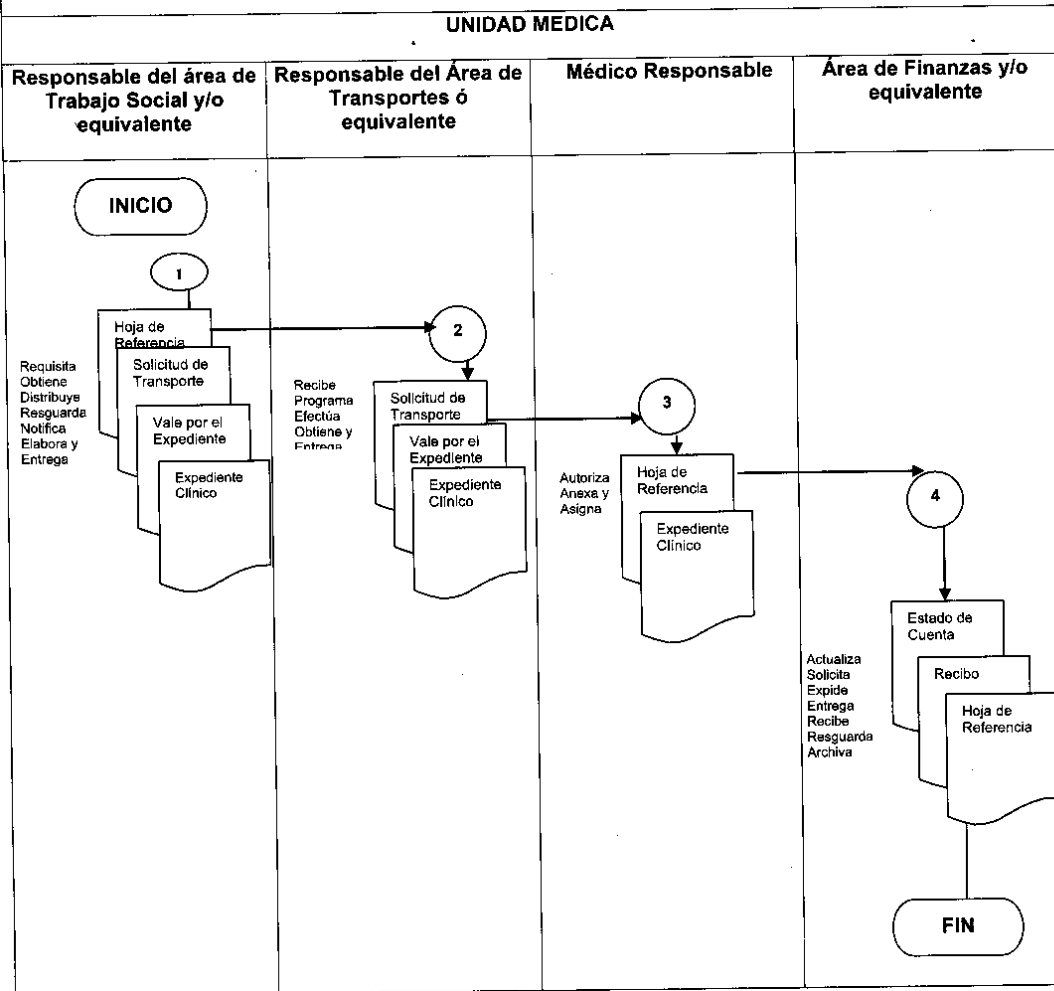
- Las Unidades Médicas deberán cumplir cabalmente con las disposiciones que en este Manual se estipulan, debiendo observar su contenido todas las personas que participan en la operación de dicho procedimiento.
- Las áreas participantes en este procedimiento serán corresponsables en la aplicación y cumplimiento de dicha normatividad y la inobservancia a las presentes disposiciones así como su desconocimiento no los exime de la responsabilidad que esto conlleva.

**DESARROLLO: Procedimiento 03: Traslado de Pacientes No Derechohabientes Clave-06.**

1.	<b>UNIDAD MEDICA Responsable del área de Trabajo Social y/ ó equivalente</b>	<p>En caso de tener que trasladar al paciente a otra unidad médica del Instituto (ó institución privada) <b>requisita</b> el formato de "Hoja de Referencia" en original y 3 copias, <b>obtiene</b> la firma del médico tratante y del directivo autorizado <b>distribuye</b> de la siguiente manera:</p> <p>-Original para la Unidad Médica de referencia. -1ª. Copia para el Área de Finanzas de la Unidad Médica que refiere. -2ª. Copia para el área de Trabajo Social de la Unidad Médica emisora del traslado.</p> <p><b>Resguarda</b> la 2ª. Copia de la "Hoja de Referencia", <b>notifica</b> al área de Finanzas para requerir el pago de la atención, <b>elabora</b> el formato de "Solicitud de Transporte" y el "Vale por el Expediente Clínico" (solo si es requerido por la Unidad Médica receptora) y lo <b>entrega</b> al chofer de la ambulancia junto con el "Expediente Clínico" del paciente.</p>
2.	<b>UNIDAD MEDICA Responsable del Área de Transportes ó equivalente</b>	<p><b>Recibe</b> los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>↓ "Solicitud de Transporte",</li> <li>↓ "Vale por el Expediente Clínico"</li> <li>↓ "Expediente Clínico"</li> </ul> <p><b>Recibe</b> la "Solicitud de Transporte" y el "Vale por el Expediente Clínico", <b>programa</b> el traslado del paciente, <b>efectúa</b> el traslado, <b>obtiene</b> sello de recibido en el "Vale por el Expediente Clínico" y <b>entrega</b> el "Expediente Clínico" en la Unidad Médica de referencia.</p>
3.	<b>UNIDAD MEDICA Médico Responsable</b>	<p><b>Autoriza</b> el formato "Hoja de Referencia" y lo <b>anexa</b> al "Expediente Clínico", <b>asigna</b> al médico responsable ó equivalente que acompañará al paciente durante el traslado.</p>
4.	<b>UNIDAD MEDICA Área de Finanzas y/ o equivalente</b>	<p><b>Actualiza</b> el "Estado de Cuenta", <b>solicita</b> al responsable ó aval el pago por concepto de atención médica, <b>expide</b> el "Recibo de Deposito en garantía por atención médica", lo <b>entrega</b> al responsable ó aval del paciente, para que le autoricen la salida de la Unidad Médica, <b>recibe</b> 1ª. Copia de la "Hoja de Referencia", lo <b>resguarda</b> y <b>archiva</b>. <b>Termina Procedimiento.</b></p>

**DIAGRAMA DE FLUJO:**

**Procedimiento 03: Traslado De Pacientes No Derechohabientes Clave 06.**





**MEDICION:**

**Indicadores para medir la capacidad de respuesta:**

$$\frac{\text{Número de pacientes No derechohabientes trasladados}}{\text{Total de pacientes trasladados}} \times 100 = \text{Porcentaje pacientes No derechohabientes trasladados.}$$

**FORMATOS E INSTRUCTIVOS:**

FORMATO: HOJA DE REFERENCIA.



 Gobierno del Estado de México Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios Coordinación de Servicios de Salud			
FOLIO: _____			
<b>HOJA DE REFERENCIA</b>			
Valoración Previa: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
1/. APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) DEL PACIENTE. (SIN ABREVIATURAS)		2/. EDAD	3/. CLAVE ISSEMYM
4/. FECHA DE ENVÍO		5/. UNIDAD MÉDICA QUE REFIERE	
6/. DIAGNÓSTICO DE ENVÍO		7/. UNIDAD MÉDICA A LA QUE SE ENVÍA	
8/. SERVICIO		9/. MOTIVO DEL ENVÍO. FUNDAMENTAR LA(S) CAUSA(S) POR LAS CUALES NO SE PUEDE CONTINUAR ATENDIENDO EN ESTA UNIDAD MÉDICA.	
10/. RESUMEN CLÍNICO			
11/. TELÉFONO(S) DONDE SE PUEDA LOCALIZAR AL PACIENTE (PARTICULAR, TRABAJO, VECINOS):			
12/. NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE QUIEN ENVÍA:		13/. NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL DIRECTIVO QUE AUTORIZA:	
<b>PARA USO EXCLUSIVO DE LA UNIDAD MÉDICA A LA QUE SE ENVÍA</b>			
14/. COMENTARIOS. JEFE DEL SERVICIO Y/O INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO:		15/. DECISIÓN	
16/. FECHA		17/. ESTUDIOS AUXILIARES QUE REQUIERE	
18/. NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JEFE DEL SERVICIO			
30 000 058 / 07			



**INSTRUCTIVO DE LA HOJA DE REFERENCIA.**

No.	Concepto	Descripción
1.	<b>APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S) DEL PACIENTE (SIN ABREVIATURAS):</b>	Anotar el nombre completo del paciente sin abreviar ningún rubro.
2.	<b>EDAD:</b>	Anotar con número la edad cumplida del paciente.
3.	<b>CLAVE ISSEMYM</b>	Anotar los seis dígitos de la clave de derechohabiente del paciente con números claros y sin enmendaduras.
4.	<b>FECHA DE ENVÍO</b>	Anotar con letra legible la fecha de envío, día, mes y año de la referencia.
5.	<b>UNIDAD MÉDICA QUE REFIERE</b>	Anotar el nombre completo de la unidad médica que se refiere al paciente.
6.	<b>DIAGNÓSTICO DE ENVÍO</b>	Especificar claramente el diagnóstico que motiva la referencia del paciente.
7.	<b>UNIDAD MÉDICA A LA QUE SE ENVÍA</b>	Anotar con letra clara y legible la unidad médica receptora donde será atendido el paciente.
8.	<b>SERVICIO</b>	Especificar el servicio ó área donde se pretende canalizar al paciente.
9.	<b>MOTIVO DEL ENVÍO, FUNDAMENTAR LA(S) CAUSA(S) POR LAS CUALES NO SE PUEDE CONTINUAR ATENDIENDO EN ESTA UNIDAD MÉDICA</b>	Especificar claramente la causa que motiva el envío del paciente, así como las razones clínicas del envío.
10.	<b>RESUMEN CLÍNICO</b>	Anotar de manera breve y sucinta los datos clínicos más relevantes del caso.
11.	<b>TELÉFONO (S) DONDE SE PUEDA LOCALIZAR AL PACIENTE (PARTICULAR, TRABAJO, VECINOS)</b>	Anotar el número telefónico del paciente ya sea en su casa, trabajo ó en su defecto con algún vecino).
12.	<b>NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE QUIEN ENVÍA.</b>	Anotar el nombre y apellidos del médico que otorga la atención y que autoriza la referencia.
13.	<b>NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL DIRECTIVO QUE AUTORIZA</b>	Anotar el nombre y apellidos del Directivo que autoriza la referencia.
14.	<b>COMENTARIOS, JEFE DEL SERVICIO Y/O INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO</b>	Anotar los comentarios pertinentes relativos al caso por parte del Jefe del Servicio, señalando las indicaciones procedentes para la atención del paciente.
15.	<b>DECISIÓN</b>	Se anotara la decisión de autorizar ó rechazar al paciente por parte de la unidad médica tratante.
16.	<b>FECHA</b>	Anotar el día, mes y año de la recepción de la Hoja de Referencia.
17.	<b>ESTUDIOS AUXILIARES QUE REQUIERE</b>	Describir los estudios de laboratorio y/o gabinete que requiere el paciente referido.
18.	<b>NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JEFE DE SERVICIO</b>	Anotar el nombre y apellidos del jefe de servicio que autoriza la recepción del paciente referido.

**FORMATO: SOLICITUD DE AMBULANCIA.**

 <p>Gobierno del Estado de México Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios Coordinación de Servicios de Salud</p>			
<b>SOLICITUD DE AMBULANCIA</b>			
UNIDAD MÉDICA SOLICITANTE:		FECHA DE ELABORACIÓN:	
APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL PACIENTE		CLAVE ISSEMYM:	
SERVICIO:	NÚM. DE CAMA:	FECHA DE TRASLADO	HORA DE TRASLADO
TRASLADO DEL DOMICILIO:		AL DOMICILIO:	
DIAGNÓSTICO		MOTIVO (CATÁLOGO)	
<b>OBSERVACIONES</b>			
MÉDICO		HORA DE LA CITA	
SOLICITÓ:	RECIBIO:	VISTO BUENO	
<small>TRABAJADORA SOCIAL NOMBRE Y FIRMA</small>	<small>JEFE DE SERVICIOS GENERALES NOMBRE Y FIRMA</small>	<small>DIRECTOR / SUBDIRECTOR MÉDICO NOMBRE Y FIRMA</small>	
<small>30 000 107 / 07</small>			

**INSTRUCTIVO: SOLICITUD DE AMBULANCIA**

No.	Concepto	Descripción
1.	<b>UNIDAD MÉDICA SOLICITANTE</b>	Anotar el nombre completo de la unidad médica que realiza el traslado.
2.	<b>FECHA DE ELABORACIÓN</b>	Anotar el día, mes y año de la realización del traslado.
3.	<b>APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) DEL PACIENTE</b>	Anotar los datos personales correspondientes al paciente.
4.	<b>CLAVE DE ISSEMYM</b>	Anotar los seis dígitos de la clave de derechohabiente del paciente con números claros y sin enmendaduras.
5.	<b>SERVICIO</b>	Especificar el servicio ó área donde se pretende canalizar al paciente.
6.	<b>NÚMERO DE CAMA</b>	Anotar con número la cama asignada al paciente a trasladar.
	<b>FECHA DEL TRASLADO</b>	Anotar el día, mes y año del traslado.
	<b>HORA DE TRASLADO</b>	Anotar con número la hora precisa, cuando se llevará a cabo el traslado.
	<b>TRASLADO DEL DOMICILIO</b>	Anotar la dirección origen del traslado.

- 10. **AL DOMICILIO** Anotar la dirección destino del traslado.
- 11. **DIAGNÓSTICO** Especificar el diagnóstico que motiva la referencia del paciente.
- 12. **MOTIVO: (CATALOGO)** Especificar la causa que motiva el envío del paciente, así como las razones clínicas del envío.
- 13. **MÉDICO** Anotar nombre (s) y apellido (s) del médico responsable del traslado.
- 14. **HORA DE LA CITA** Anotar la hora exacta de la cita del paciente en otra unidad.
- 15. **SOLICITO** Anotar nombre (s) y apellido (s) de la Trabajadora Social y/o responsable de coordinar el traslado.
- 16. **RECIBIO** Anotar nombre (s) y apellido (s) del Jefe de Servicios Generales y/o responsable del área.
- 17. **VISTO BUENO** Anotar nombre (s) y apellido (s) del Director/Subdirector responsable de la autorización del traslado.

**FORMATO: VALE PARA PRÉSTAMO DE EXPEDIENTES.**

 Gobierno del Estado de México Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios Dirección de Servicios Médicos			
<b>Vale para Préstamo de Expedientes</b>			
UNIDAD MÉDICA:		SERVICIO:	
TIPO DE EXPEDIENTE SOLICITADO:			
RADIOLÓGICO <input type="checkbox"/>	CLÍNICO <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	
NOMBRE DEL PACIENTE:			
CLAVE ISSEMYM:	CAMA:	SEXO:	EDAD:
FECHA DE PRÉSTAMO:		FECHA PARA DEVOLUCIÓN:	
ESTUDIO SOLICITADO:			
ENTREGÓ:		RECIBIO:	
NOMBRE Y FIRMA		NOMBRE Y FIRMA	
DSM 1 004 0337 002			

**INSTRUCTIVO: VALE PARA PRÉSTAMO DE EXPEDIENTES.**


<b>No.</b>	<b>Concepto</b>	<b>Descripción</b>
1.	<b>UNIDAD MÉDICA</b>	Anotar el nombre completo de la unidad médica que presta el Expediente Clínico.
2.	<b>SERVICIO</b>	Especificar el servicio ó área que presta el Expediente Clínico.
3.	<b>TIPO DE EXPEDIENTE SOLICITADO</b>	Marcar con una X en el rubro correspondiente (radiológico, clínico, otro).
4.	<b>NOMBRE DEL PACIENTE</b>	Anotar el nombre completo del paciente.
5.	<b>CLAVE DE ISSEMYM</b>	Anotar los seis dígitos la clave de derechohabiente del paciente con números claros y sin enmendaduras
6.	<b>CAMA</b>	Anotar con número la cama asignada al paciente a trasladar.
7.	<b>SEXO</b>	Especificar el sexo del paciente (masculino ó femenino)
8.	<b>EDAD</b>	Anotar con número la edad cumplida del paciente.
9.	<b>FECHA DE PRÉSTAMO</b>	Especificar el día, mes y año del préstamo del expediente clínico.
10.	<b>FECHA PARA DEVOLUCIÓN</b>	Especificar el día, mes y año de la devolución del expediente clínico.
11.	<b>ESTUDIO SOLICITADO</b>	Anotar detalladamente el estudio que se envía en calidad de préstamo.
12.	<b>ENTREGÓ</b>	Anotar nombre(s) y apellido(s) del servidor público que entrega el Expediente Clínico.
13.	<b>RECIBIÓ</b>	Anotar nombre(s) y apellido(s) del servidor público que recibe el Expediente Clínico.

**FORMATO: EXPEDIENTE CLÍNICO (INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DSM 1 004 007/002 (CONTRAPORTADA 1))**

<b>EXPEDIENTE GENERAL</b>	
<p>AL INICIAR TODA NOTA DEBERÁ USTED SEÑALAR EL TIPO ( INGRESO, EVOLUCIÓN, REVISIÓN, INTERCONSULTA, ETC. ) Y SERVICIO. ANOTAR TAMBIÉN FECHA Y HORA DE LA ATENCIÓN, NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO. UTILIZAR Y SEGUIR ESTRICTAMENTE EN LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN DE CONSULTA EXTERNA EL MÉTODO "PSOAP" Y ANOTAR SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRÍA.</p>	
<b>ORDEN EN FORMA ASCENDENTE Y CRONOLÓGICA</b>	
<b>CONSULTA EXTERNA</b>	<b>HOSPITALIZACIÓN</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. HISTORIA CLÍNICA GENERAL</li> <li>2. HOJAS DE EXÁMENES DE LABORATORIO</li> <li>3. HOJAS DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS</li> <li>4. HOJAS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA</li> <li>5. HOJAS DE INTERCONSULTA</li> <li>6. HOJAS DE EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. HOJAS DE TRABAJO SOCIAL, DIETOLOGÍA, ETC.</li> <li>2. HOJAS DE NOTIFICACIÓN A MINISTERIO PÚBLICO</li> <li>3. HOJAS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA</li> <li>4. HOJAS DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN</li> <li>5. HOJAS DE ENFERMERÍA</li> <li>6. HISTORIA CLÍNICA</li> <li>7. HOJA DE INDICACIONES MÉDICAS</li> <li>8. HOJAS DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO</li> <li>9. HOJAS QUIRÚRGICAS Y ANESTÉSICAS</li> <li>10. HOJAS DE INGRESO</li> <li>11. HOJAS DE EVOLUCIÓN E INTERCONSULTA</li> <li>12. HOJAS DE EGRESO</li> <li>13. HOJAS DE NOTA DE DEFUNCIÓN Y MUERTE FETAL</li> </ol>
<b>URGENCIAS</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA</li> <li>2. HOJAS DE NOTA INICIAL</li> <li>3. HOJAS DE NOTAS DE EVOLUCIÓN</li> </ol>	
<b>NOTAS MÉDICAS: NOM – 168</b>	
<p><b>1. NOTA DE INGRESO</b></p> <p>SIGNOS VITALES. RESUMEN DEL INTERROGATORIO, EXPLORACIÓN FÍSICA Y ESTADO MENTAL, EN SU CASO. RESULTADOS DE ESTUDIOS EN LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. TRATAMIENTO. PRONÓSTICO.</p>	<p><b>4. NOTA DE REFERENCIA / TRASLADO</b></p> <p>ESTABLECIMIENTO QUE ENVÍA. ESTABLECIMIENTO RECEPTOR. RESUMEN CLÍNICO QUE INCLUIRÁ COMO MÍNIMO.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MOTIVO DE ENVÍO</li> <li>• IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA</li> <li>• TERAPÉUTICA EMPLEADA, SI LA HUBO.</li> </ul>
<p><b>2. NOTA INICIAL URGENCIAS</b></p> <p>FECHA Y HORA EN QUE SE OTORGA EL SERVICIO. SIGNOS VITALES. MOTIVO DE LA CONSULTA. RESUMEN DEL INTERROGATORIO, EXPLORACIÓN FÍSICA, Y ESTADO MENTAL, EN SU CASO. DIAGNÓSTICO O PROBLEMAS CLÍNICOS. RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.</p>	<p><b>5. HOJA DE ENFERMERÍA</b></p> <p>HABITUS EXTERIOR. GRÁFICA DE SIGNOS VITALES. MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS, FECHA, HORA, CANTIDAD Y VÍA. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS. OBSERVACIONES.</p>
<p><b>3. NOTA DE EVOLUCIÓN</b></p> <p>EVOLUCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL CUADRO CLÍNICO. SIGNOS VITALES. RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO E INDICACIONES MÉDICAS, EN EL CASO DE MEDICAMENTOS, SEÑALANDO COMO MÍNIMO, DOSIS, VÍA Y PERIODICIDAD. EN EL CASO DE CONTROL DE EMBARAZADAS, NIÑOS SANOS, DIABÉTICOS, HIPERTENSOS, ENTRE OTROS, LAS NOTAS DEBERÁN INTEGRARSE CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS RESPECTIVAS.</p>	<p><b>6. NOTA DE EGRESO</b></p> <p>FECHA DE INGRESO / EGRESO. MOTIVO DE EGRESO. DIAGNÓSTICOS FINALES. RESUMEN DE LA EVALUACIÓN Y EL ESTADO ACTUAL. MANEJO DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA. PROBLEMAS CLÍNICOS PENDIENTES. PLAN DE TRABAJO Y TRATAMIENTO. RECOMENDACIONES PARA VIGILANCIA AMBULATORIA. ATENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO. PRONÓSTICO. EN CASO DE DEFUNCIÓN, LAS CAUSAS DE LA MUERTE ACORDE AL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y SI SE SOLICITÓ Y OBTUVO ESTUDIO DE NECROPSIA HOSPITALARIA.</p>
30 000 007 / 007	



**FORMATO: ESTADO DE CUENTA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES-06.**


 <b>Gobierno del Estado de México</b> Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios Coordinación de Servicios de Salud		<b>Issemym</b>		INGRESO		EGRESO	
				FECHA	HORA	FECHA	HORA
ESTADO DE CUENTA ( PACIENTES NO DERECHOHABIENTES - 06 )							
UNIDAD MÉDICA:			NÚMERO DE CAMA:		MÉDICO RESPONSABLE:		
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:					CLAVE ISSEMYM:		
IMPORTE DEL DEPÓSITO:			NOMBRE DEL AVAL:		PAGARÉ No.:		
FECHA	CLAVE ISSEMYM	DESCRIPCIÓN	CARGOS	ABONOS	SALDO		
ELABORÓ		AUTORIZÓ			30 000 289 / 07		

**INSTRUCTIVO: ESTADO DE CUENTA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES-06.**

No.	Concepto	Descripción
1.	<b>INGRESO</b>	Anotar con número la fecha y hora exacta del ingreso del paciente a la unidad.
2.	<b>EGRESO</b>	Anotar con número la fecha y hora exacta del egreso del paciente de la unidad.
3.	<b>UNIDAD MEDICA</b>	Anotar el nombre con que se identifica a la unidad médica que brinda la atención.
4.	<b>NUMERO DE CAMA</b>	Anotar con número la cama asignada al paciente a trasladar.
5.	<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	Anotar el nombre (s) y apellido (s) del médico responsable del paciente.
6.	<b>NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE</b>	Se anotaran los nombre(s) y apellido(s) del paciente sin abreviar ningún rubro.
7.	<b>CLAVE DE ISSEMYM</b>	Anotar los seis ó siete dígitos de la clave de derechohabiente del paciente con números claros y sin enmendaduras.

- |     |                             |  |
|-----|-----------------------------|--|
| 8.  | <b>IMPORTE DEL DEPÓSITO</b> | Anotar con número la cantidad que importa el depósito realizado por el servidor público que funge como aval del paciente 06. |
| 9.  | <b>NOMBRE DEL AVAL</b>      | Anotar nombre(s) y apellido(s) del servidor público que funge como aval del paciente.  |
| 10. | <b>PAGARE No.</b>           | Anotar el número de pagare que firmo el aval del paciente.   |
| 11. | <b>FECHA</b>                | Especificar el día, mes y año de la atención médica otorgada.  |
| 12. | <b>CLAVE DE ISSEMYM</b>     | Anotar la clave que corresponda a la atención médica proporcionada.  |
| 13. | <b>DESCRIPCIÓN</b>          | Describir el tratamiento realizado al paciente.  |
| 14. | <b>CARGOS</b>               | Anotar con número el monto al que asciende el importa por la atención prestada al paciente no derechohabiente clave-06.      |
| 15. | <b>ABONOS</b>               | Anotar con número el monto que abona a su cuenta el paciente No Derechohabiente clave-06 ó su aval.                          |
| 16. | <b>SALDO</b>                | Diferencia que resulta de los cargos menos los abonos realizados por el paciente ó su aval.                                  |
| 17. | <b>ELABORÓ</b>              | Nombre(s) y apellido(s) del responsable de la elaboración del estado de cuenta.  |
| 18. | <b>AUTORIZO</b>             | Nombre(s) y apellido(s) del responsable de la autorización del estado de cuenta.   |

**RECIBO POR DEPÓSITO EN GARANTÍA POR ATENCIÓN MÉDICA.**

	Gobierno del Estado de México Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios Coordinación de Servicios de Salud	<b>ISSEMYM</b>
FECHA DE ELABORACIÓN	FOLIO No.	Bueno por: \$
<b>RECIBO DE DEPÓSITO EN GARANTÍA POR ATENCIÓN MÉDICA</b>		
NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA: _____		
RECIBIMOS DE: _____ <small>NOMBRE COMPLETO DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE FUNGE COMO AVAL</small>		
CON CLAVE ISSEMYM _____ <small>CLAVE ISSEMYM DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE FUNGE COMO AVAL</small>		
LA CANTIDAD DE \$ _____ ( _____ ) <small>ANOTAR LA CANTIDAD RECIBIDA COMO DEPÓSITO CON NÚMERO Y LETRA</small>		
<b>POR CONCEPTO DE DEPÓSITO POR LA ATENCIÓN MÉDICA DEL PACIENTE NO DERECHOHABIENTE:</b>		
_____ <small>NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE</small>		
RECIBE:		30 000 080 / 07
_____ <small>NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CARGO</small>		
ORIGINAL: SERVIDOR PÚBLICO (AVAL) 1ERA. COPIA: CONTABILIDAD 2DA. COPIA: CAJA DE INGRESOS		



**INSTRUCTIVO: RECIBO POR DEPÓSITO EN GARANTÍA POR ATENCIÓN MÉDICA.**

No.	Concepto	Descripción
1.	<b>FECHA DE ELABORACIÓN</b>	Anotar el día, mes y año cuando se efectuó el depósito en garantía por atención médica.
2.	<b>FOLIO No.</b>	Anotar el número de folio consecutivo que corresponda.
3.	<b>BUENO POR:\$</b>	Anotar con número el importe del depósito en garantía por atención médica, pagado por el aval del paciente No Derechohabiente.
4.	<b>NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA</b>	Anotar el nombre completo de la unidad médica que presta la atención médica.
5.	<b>RECIBIMOS DE</b>	Anotar nombre(s) y apellido(s) completos del servidor público que funge como aval.
6.	<b>CON CLAVE DE ISSEMYM</b>	Anotar los seis dígitos de la clave de ISSEMYM del servidor público que funge como aval.
7.	<b>LA CANTIDAD DE</b>	Anotar con número y letra la cantidad recibida como depósito en garantía por atención médica.
8.	<b>NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE</b>	Anotar nombre(s) y apellido(s) correspondientes al paciente.
9.	<b>RECIBE:</b>	Anotar nombre(s) y apellido(s) del servidor público de la unidad médica responsable en recibir el depósito en garantía por atención médica.

**V. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS**
**5.4 PROCEDIMIENTO/ 04: CONTRA-REFERENCIAS A UNIDADES MÉDICAS DE ADSCRIPCIÓN.**

**OBJETIVO:** Establecer un procedimiento único de Contra-Referencia entre Unidades Médicas de diferentes niveles de especialidad, con el propósito de dar seguimiento a los pacientes en su atención médica integral.

**ALCANCE:**

- Directores de Unidades Médicas.
- Médicos Generales y Especialistas.
- Áreas de Referencia y Contra-Referencia, Trabajo Social, Relaciones Públicas y/o equivalente

**REFERENCIAS:**

- Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios, Capítulo I de los Servicios de Salud.
- Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios, Artículo 42 Fracción II.
- Manual General de Organización del ISSEMYM.
- Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, Capítulo IX de la Canalización de Pacientes a Tercer nivel de Atención.

**RESPONSABILIDADES:**

- El Director de la Unidad será el responsable de coordinar, controlar y supervisar la aplicación del procedimiento de Contra-Referencias a Unidades Médicas de adscripción, en conjunto con las áreas médicas y administrativas involucradas en el mismo, vigilando la elaboración de la Contra-Referencia en todos los casos en que concluya la atención de un paciente, así como garantizar los materiales e insumos que requieran durante su tratamiento.

- El responsable del Programa de Referencia y Contra-Referencia, Trabajo Social y/o equivalente será el encargado de elaborar el Informe Mensual de Traslado de Pacientes No derechohabientes clave 06 y canalizarlo oportunamente a la Subdirección de Unidades Médicas del Valle de Toluca, los primeros 5 días hábiles de cada mes.

**DEFINICIONES:**

- Traslado** Envío autorizado de un paciente a otra Unidad Médica.
- Servicio de Transportes** Área que se encarga del traslado de pacientes de una Unidad Médica a otra.
- Trabajo Social** Área que se encarga de gestionar los tramites administrativos y operativos de un traslado.

**INSUMOS:**

- Hoja de Contra-Referencia.

**RESULTADOS:**

- Contra-Referencias a Unidades Médicas de adscripción.

**INTERACCION CON OTROS PROCEDIMIENTOS:**

- Referencias entre Unidades Médicas de 1º, 2º y 3º Nivel de Atención.
- Canalización de pacientes a otras Instituciones Públicas ó Privadas.
- Traslado de Pacientes No Derechohabientes Clave-06.

**POLITICAS:**

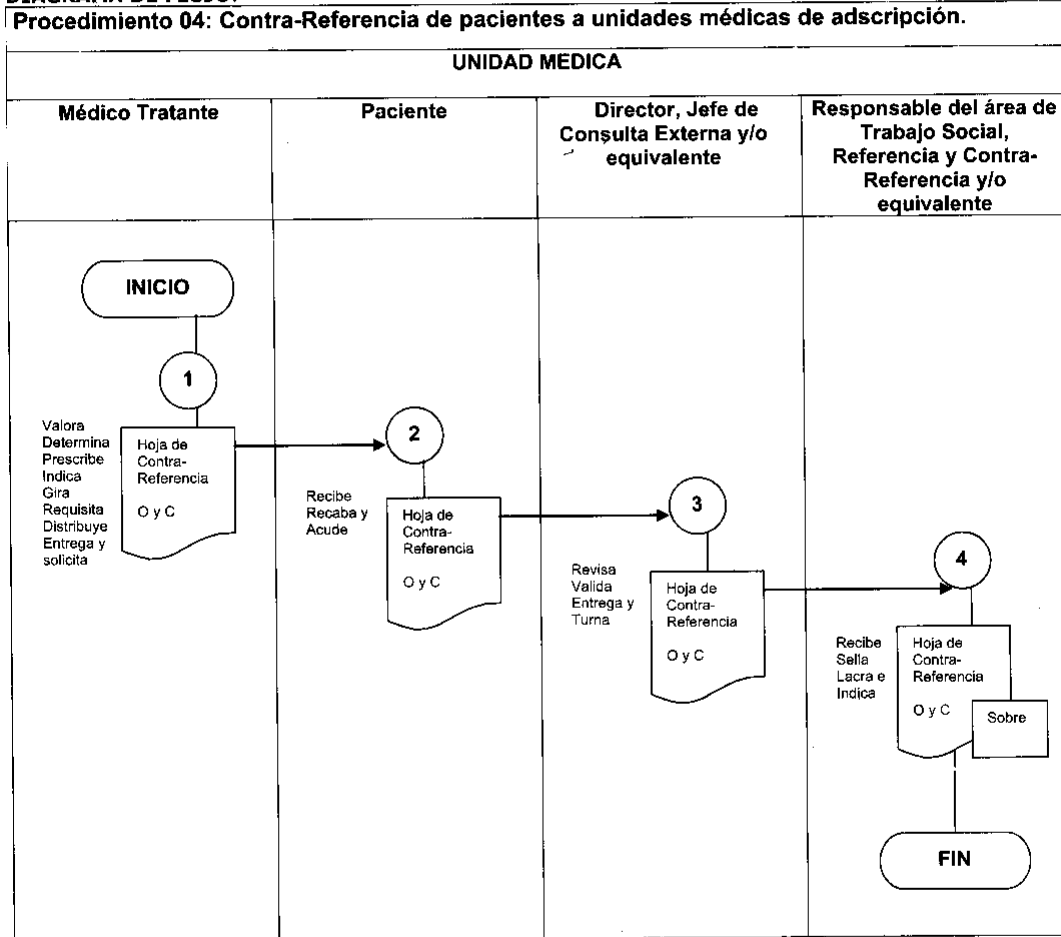
- Las Unidades Médicas deberán cumplir cabalmente con las disposiciones que en este Manual se estipulan, debiendo observar su contenido todas las personas que participan en la operación de dicho procedimiento.
- Las áreas participantes en este procedimiento serán corresponsables en la aplicación y cumplimiento de dicha normatividad y la inobservancia a las presentes disposiciones, así como su desconocimiento no los exime de la responsabilidad que esto conlleva.

**DESARROLLO: Procedimiento 04: Contra-Referencias a Unidades Médicas de adscripción.**

1.	<b>UNIDAD MEDICA RECEPTORA Médico Tratante</b>	<p><b>Valora</b> al paciente, <b>determina</b> dar de alta y/o Contra-Referir al paciente a su unidad de adscripción, <b>prescribe</b> los medicamentos necesarios para continuar con el tratamiento (indicando la periodicidad), <b>indica</b> la fecha de revaloración (pudiendo ser 1, 3 ó máximo 6 meses) , <b>gira</b> las indicaciones para continuar con el tratamiento y <b>requisita</b> (preferentemente a maquina ó con letra legible) la "Hoja de Contra-Referencia" en original y 2 copias y <b>distribuye</b> de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Original y 1 copia al paciente.</li> <li>• 2ª copia para el expediente clínico.</li> </ul> <p><b>Entrega</b> al paciente la "Hoja de Contra-Referencia" y le <b>solicita</b> recabar la firma del Director, Jefe de Consulta Externa y/o equivalente.</p>
2.	<b>UNIDAD MEDICA RECEPTORA/ Paciente</b>	<p><b>Recibe</b> "Hoja de Contra-Referencia", <b>recaba</b> firma del Director, Jefe de Consulta Externa y/o equivalente y <b>acude</b> al área de Referencia y Contra-Referencia.</p>
3.	<b>UNIDAD MEDICA RECEPTORA/ Director, Jefe de Consulta y/ o equivalente</b>	<p><b>Revisa</b> y <b>Valida</b> la "Hoja de Contra-Referencia", lo <b>entrega</b> al paciente en original y copia, <b>turna</b> al paciente al área de Trabajo Social, Referencia y Contra-Referencia y/o equivalente.</p>

4.	<b>UNIDAD MEDICA RECEPTORA/ Responsable del área de Trabajo Social, Referencia y Contra-Referencia y/o equivalente</b>	<p><b>Recibe</b> la "Hoja de Contra-Referencia", <b>sella y lacra</b> el original, lo entrega al paciente, le <b>indica</b> los tramites a seguir, conserva la 1ª.copia para elaboración del "Concentrado de Contra-Referencias" y elaboración de "Informe de Referencias y Contra-Referencias".</p> <p><b>Termina Procedimiento.</b></p>
----	--	---

**DIAGRAMA DE FLUJO:**





**MEDICION:**

**Indicadores para medir la capacidad de respuesta:**

$$\frac{\text{Número de Contra-Referencias}}{\text{Número de Referencias}} \times 100 = \text{Porcentaje de Referencias y Contra-Referencias.}$$

**FORMATOS E INSTRUCTIVOS:**






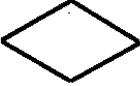



FORMATO: HOJA DE CONTRA-REFERENCIA.



		Gobierno del Estado de México Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios Coordinación de Servicios de Salud			
<b>HOJA DE CONTRA REFERENCIA.</b>					
1/. APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) DEL PACIENTE. (SIN ABREVIATURAS)		2/. EDAD	3/. CLAVE ISSEMYM	4/. FECHA DE ENVÍO	
5/. UNIDAD MÉDICA QUE REFIERE			6/. SERVICIO		
7/. UNIDAD MÉDICA A LA QUE CONTRA REFIERE					
8/. DIAGNÓSTICO DE INGRESO					
9/. DIAGNÓSTICO CON EL QUE SE CONTRA REFIERE					
10/. EVOLUCIÓN Y/O COMPLICACIONES QUE PRESENTÓ EL PACIENTE DURANTE SU TRATAMIENTO EN EL SERVICIO					
10.1/. INCAPACIDAD			10.2/. FECHA DE REVALORACIÓN		
11/. INDICACIONES PARA CONTINUAR SU TRATAMIENTO EN LA CLÍNICA DE REFERENCIA					
11.1/. INDICACIONES GENERALES					
11.2/. MEDICAMENTOS					
MEDICAMENTOS		DOSIS		DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	
12/. OTROS COMENTARIOS			13/. NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO ESPECIALISTA		
30 000 059 / 07					
<b>NOTA IMPORTANTE: ESTA HOJA DE CONTRA REFERENCIA DEBERÁ SER PRESENTADA A SU CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA EN UN PLAZO NO MAYOR DE 5 DÍAS NATURALES</b>					

**INSTRUCTIVO: HOJA DE CONTRA-REFERENCIA.**

No.	Concepto	Descripción
1.	APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) DEL PACIENTE (SIN ABREVIATURAS)	Anotar nombre(s) y apellido(s) del paciente.
2.	EDAD	Anotar con número la edad cumplida del paciente.
3.	CLAVE ISSEMYM	Anotar los seis dígitos de la clave de ISSEMYM del paciente a contra referir.
4.	FECHA DE ENVÍO	Anotar la fecha en que se elabora la contra referencia.
5.	UNIDAD MÉDICA QUE REFIERE	Anotar el nombre completo de la unidad médica de referencia.
6.	SERVICIO	Especificar el área ó especialidad de referencia.
7.	UNIDAD MÉDICA A LA QUE CONTRA REFIERE	Nombre completo de la unidad médica a donde se contra refiere al paciente.
8.	DIAGNOSTICO DE INGRESO	Especificar el diagnóstico clínico por el cual ingreso el paciente.
9.	DIAGNÓSTICO CON EL QUE SE CONTRA REFIERE	Describir el diagnóstico con el que se contra refiere al paciente.
10.	EVOLUCIÓN Y/O COMPLICACIONES QUE PRESENTO EL PACIENTE DURANTE SU TRATAMIENTO EN EL SERVICIO	Describir las condiciones del paciente durante el tratamiento, así como cualquier complicación de importancia que deba ser mencionada.
10.1	INCAPACIDAD	Anotar los días de incapacidad otorgados.
10.2	FECHA DE REVALORACIÓN	Anotar si es procedente la fecha cuando se revalorara al paciente.
11.	INDICACIONES PARA CONTINUAR SU TRATAMIENTO EN LA CLÍNICA DE REFERENCIA	Describir las indicaciones generales y/o específicas que deberá cumplir el paciente al momento de ser contra referido a su unidad de adscripción.
11.1	INDICACIONES GENERALES	Describir las indicaciones generales del caso.
11.2	MEDICAMENTOS	Anotar los medicamentos que deberá tomar el paciente, detallando la dosis y duración del tratamiento.
12.	OTROS COMENTARIOS	Anotar cualquier comentario no considerado en los rubros anteriores.
13.	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO ESPECIALISTA	Anotar nombre(s) y apellido(s) del medico responsable de contra referir al paciente a su unidad medica de adscripción.

**VI. SIMBOLOGIA**

Símbolo	Representa
	<p><b>Inicio o final del procedimiento.</b> Señala el principio o terminación de un procedimiento. Cuando se utilice para indicar el principio del procedimiento se anotará la palabra INICIO y cuando se termine se escribirá la palabra FIN.</p>
	<p><b>Documento:</b> Escrito que ilustra acerca de algún hecho, relacionado con el Procedimiento donde constan datos susceptibles de ser empleados en el desarrollo del mismo.</p>
	<p><b>Conector de Operación.</b> Muestra las principales fases del procedimiento y se emplea cuando la acción cambia o requiere conectarse a otra operación lejana dentro del mismo procedimiento.</p>
	<p><b>Operación.</b> Representa la realización de una operación o actividad relativas a un procedimiento y se anota dentro del símbolo la descripción de la acción que se realiza en ese paso.</p>
	<p><b>Conector de hoja en un mismo procedimiento.</b> Este símbolo se utiliza con la finalidad de evitar las hojas de gran tamaño, el cual muestra al finalizar la hoja, hacia donde va y al principio de la siguiente hoja de donde viene; dentro del símbolo se anotará la letra "A" para el primer conector y se continuará con la secuencia de las letras del alfabeto.</p>
	<p><b>Decisión.</b> Se emplea cuando en la actividad se requiere preguntar si algo procede o no, identificando dos o más alternativas de solución. Para fines de mayor claridad y entendimiento, se describirá brevemente en el centro del símbolo lo que va a suceder, cerrándose la descripción con el signo de interrogación.</p>
	<p><b>Línea continua.</b> Marca el flujo de la información y los documentos o materiales que se están realizando en el área. Puede ser utilizada en la dirección que se requiera y para unir cualquier actividad.</p>
	<p><b>Línea de guiones.</b> Es empleada para identificar una consulta, cotejar o conciliar la información; invariablemente, deberá salir de una inspección o actividad combinada; debe dirigirse a uno o varios formatos específicos y puede trazarse en el sentido que se necesite.</p>
	<p><b>Línea de comunicación.</b> Indica que existe flujo de información, la cual se realiza a través de teléfono, telex, fax, modem, etc. La dirección del flujo se indica como en los casos de las líneas de guiones y continua.</p>

	<b>Fuera de flujo.</b> Cuando por necesidades del procedimiento, una determinada actividad o participación ya no es requerida dentro del mismo, se utiliza el signo de fuera de flujo para finalizar su intervención en el procedimiento.
	<b>Interrupción del procedimiento.</b> En ocasiones el procedimiento requiere de una interrupción para ejecutar alguna actividad o bien, para dar tiempo al usuario de realizar una acción o reunir determinada documentación. Por ello, el presente símbolo se emplea cuando el proceso requiere de una espera necesaria e insoslayable.

### VII. REGISTRO DE EDICIONES

Primera edición: 01 de Julio de 2007.

### VIII. DISTRIBUCION

El original del manual de procedimientos se encuentra en poder de la Coordinación de Servicios de Salud del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.

Las copias controladas están distribuidas de la siguiente manera:

- Coordinación de Operaciones, Calidad y Tecnología de la Información
- Dirección de Control y Gestión
- Dirección de Administración de Salud.
- Subdirección de Unidades Médicas del Valle de Toluca.
- Subdirección de Unidades Médicas del Valle de México.
- Unidades Médicas de 1º, 2º y 3º nivel de atención del ISSEMYM.

### IX. VALIDACION

---

**DOCTOR**  
**OSVALDO A. SANTÍN QUIROZ**  
Director General del ISSEMYM  
(RUBRICA).

---

**DOCTOR**  
**VÍCTOR MANUEL VILLAGRÁN MUÑOZ**  
Coordinador de Servicios de Salud  
(RUBRICA).

---

**DOCTOR**  
**FRANCISCO JAVIER ROJAS MONROY**  
Coordinador de Operaciones, Calidad y Tecnología de  
la Información  
(RUBRICA).

---

**DOCTORA**  
**ALICIA VICTORIA GARCÍA GARCÍA**  
Directora de Control y Gestión  
(RUBRICA).

---

**DOCTOR**  
**JUAN MARIO ÁLVAREZ VILCHIS**  
Director de Administración de Salud  
(RUBRICA).

### ELABORARON

---

**DOCTOR**  
**JOSE ENRIQUE DUEÑAS MILLÁN**  
Subdirector de Unidades Médicas  
del Valle de Toluca  
(RUBRICA).

---

**CIUDADANA**  
**GUADALUPE HERNÁNDEZ MEJIA**  
Coordinadora del Programa de Referencia y Contra-  
Referencia Estatal.  
(RUBRICA).

## AGRADECIMIENTO ESPECIAL

A todas las personas comisionadas por las diferentes unidades médicas de la entidad, que participaron en la realización del presente Manual de Procedimientos de Referencia y Contra-Referencia de Unidades Médicas del ISSEMYM, se hace patente un agradecimiento especial por la dedicación y aportes hechos para lograr la integración de este documento normativo que servirá de guía para las unidades médicas de este organismo.

Las personas que participaron fueron las siguientes:

UNIDAD MEDICA	SERVIDOR PUBLICO
Centro Médico ISSEMYM	-Dra. María de los Ángeles Blanco Sánchez -T.S Eloísa Barrera Luna
Centro Médico Ecatepec	-T.S. Guillermina González Marín
Centro Oncológico Estatal	-Dra. Myrna Poblette Poblette -Lic. Griselda Cisneros Sánchez
Hospital Materno Infantil	T.S.P. Marcela Araizaga Hernández
Hospital de Concentración Satélite	-Lic. Martha Alicia Sánchez Gallegos -T.S María Elena Figueroa Vázquez
Policlínica "Lic. Juan Fernández Albarrán"	-T.S. Carmen Mejía Santamaría -T.S. Wendy González García
Hospital Regional Netzahualcóyotl	T.S. Gabriela Trujillo Carlos
Hospital Regional Ixtapan de la Sal	T.S. Martha Juana Gómez Gómez
Hospital Regional Atlacomulco	T.S. Magali Carranza Martínez
Clínica Regional Tejupilco	T.S. Venancia Espinoza Elizalde
Subdirección de Unidades Médicas del Valle de Toluca	-Dr. Miguel Ángel Sarmiento Méndez -Dr. Miguel Pérez Hernández