

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA
CLÍNICA MATERNO DIF ZIMAPÁN DEL
SISTEMA MUNICIPAL PARA EL
DESARROLLO INTEGRAL DE LA
FAMILIA DE TEOLOYUCAN, ESTADO
DE MÉXICO



SEPTIEMBRE 2025



H. Ayuntamiento de Teoloyucan, 2025-2027.

Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan, Estado de México

Av. Hidalgo 19, Tlatilco, Teoloyucan, Estado de México.

C.P. 54786

Teléfono: 55 95 97 73 08

Dirección General del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan, Estado de México.

Dirección Clínica Materno DIF Zimapán.

Av. Morelia s/n Barrio Zimapán Teoloyucan, Estado de México.

Correo electrónico DIF

Septiembre de 2025.

Impreso y hecho en Zimapán Teoloyucan, Estado de México.

La reproducción total o parcial de este documento, se autoriza siempre y cuando se dé el crédito correspondiente a la fuente.

ESQUEMA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCION

II. OBJETIVOS

III. FUNDAMENTO JURIDICO

IV. FUNCIONES

1. CONSULTA MÉDICA GENERAL Y DE ESPECIALIDAD

2. EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS MÉDICOS

3. CONSULTA MÉDICA DE URGENCIAS

4. ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

V. SIMBOLOGÍA

VI. REGISTRO DE EDICIONES

VII. DISTRIBUCIÓN

VIII. DIRECTORIO

IX. VALIDACIÓN

X. HOJA DE VALIDACIÓN



I. INTRODUCCIÓN

La Clínica Materno DIF Zimapán nace del compromiso de brindar un acompañamiento integral, humano y digno a todas las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto. En un entorno donde la salud, el respeto y el cariño van de la mano, nuestro principal objetivo es asegurar que cada madre se sienta escuchada, cuidada y valorada, desde su primer control hasta el nacimiento de su bebé.

En nuestra clínica entendemos que la maternidad no es solo un proceso médico, sino una experiencia profundamente emocional, única y transformadora. Por eso, más que un centro de atención, somos un espacio de confianza, donde cada mujer puede vivir su embarazo con seguridad, tranquilidad y el respaldo de un equipo comprometido con su bienestar.

Contamos con atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para garantizar que ninguna madre esté sola en el momento en que más lo necesita. Nuestro equipo está conformado por profesionales de la salud capacitados en ginecología, obstetricia, enfermería materno-infantil y apoyo emocional, todos enfocados en ofrecer una atención cálida, personalizada y centrada en la familia.

Además, trabajamos bajo un enfoque de parto humanizado, respetando los tiempos, decisiones y necesidades de cada mujer, y promoviendo el vínculo temprano con su bebé desde el primer instante de vida.

La Clínica Materno DIF Zimapán es mucho más que un lugar para dar a luz. Es un espacio donde se celebra la vida, se protege el amor y se construyen historias llenas de esperanza. Aquí, cada nacimiento es un acto de amor, y cada familia es parte de nuestra razón de ser.

II. OBJETIVOS

Garantizar el acceso oportuno a servicios de salud materno-infantil para mujeres embarazadas y recién nacidos en la zona de Zimapán, independientemente de su situación socioeconómica.

Reducir la morbimortalidad materna y neonatal mediante atención de calidad en los momentos críticos del parto, urgencias obstétricas y cuidados prenatales.

Proporcionar servicios integrales: consultas médicas generales, ginecológicas, odontológicas, quirúrgicas y de urgencias, con atención las 24 horas.

Asegurar un entorno seguro, equipado y humano para el cuerpo médico, pacientes y acompañantes, incluyendo instalaciones modernas y personal capacitado.

Promover la inclusión de poblaciones vulnerables y personas con capacidades diferentes, asegurando que los servicios sean accesibles para todos.

Mantener operativa una ambulancia permanente para traslados urgentes o emergencias obstétricas.

Fomentar la mejora continua del servicio, mediante seguimiento, evaluación y retroalimentación de los usuarios.

III. FUNDAMENTO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4, 5 de febrero de 1917.
- Ley General de Salud, Artículo 1, 1 Bis y 2, 7 de febrero de 1984, última reforma 15 de enero del 2014.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Artículo 8, 14 de mayo de 1986.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México, Artículos 2 al 9 y 11 Fracción I, VI, Gaceta de Gobierno del Estado de México, 7 de septiembre de 2010, reformas y adiciones.
- Ley que Crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, denominados, “Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia”. Gaceta de Gobierno del Estado de México, Capítulo Primero, Artículo 3 Fracción I, II y IV 16 de julio de 1985, reformas y adiciones.
- Reglamento de Salud del Estado de México. Publicado en el Periódico Oficial “Gaceta de Gobierno”, el 13 de marzo del 2002.
- Norma Oficial NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, publicada el 15 de noviembre de 2012.
- Bando Municipal de Teoloyucan 2025.

IV. FUNCIONES

Nombre del Procedimiento:

1. CONSULTA MÉDICA GENERAL Y DE ESPECIALIDAD.

1.1 Objetivo:

- Ofrecer servicios de atención médica de calidad en el área de consulta externa en consideración a las necesidades de la población facilitando el acceso a unidades de segundo nivel, de ser necesario, para la recuperación y preservación del continuo de salud, de conformidad con los lineamientos técnicos en la materia, emitidos por las autoridades correspondientes.

1.2 Alcance:

- Director (a), médicos generales y/o médico especialista, jefatura de enfermería, personal de enfermería, recepción, cajera (o) y usuarios.

1.3 Referencias:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4, 5 de febrero de 1917.
- Ley General de Salud, Artículo 1, 1 Bis y 2, 7 de febrero de 1984, última reforma 15 de enero del 2014.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Artículo 8, 14 de mayo de 1986.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México, Artículos 2 al 9 y 11 Fracción I, VI, Gaceta de Gobierno del Estado de México, 7 de septiembre de 2010, reformas y adiciones.
- Ley que Crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, denominados, "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia". Gaceta de Gobierno del Estado de México, Capítulo Primero, Artículo 3 Fracción I, II y IV 16 de julio de 1985, reformas y adiciones.
- Reglamento de Salud del Estado de México. Publicado en el Periódico Oficial "Gaceta de Gobierno", el 13 de marzo del 2002.

- Norma Oficial NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, publicada el 15 de noviembre de 2012.
- Bando Municipal de Teoloyucan 2025.
- Manual de Organización del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan 2025.
- Reglamento Orgánico del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan.

1.4 Responsabilidades:

Director(a):

- Coordina, supervisa y verifica que se otorguen servicios médicos que permitan la atención integral de los usuarios que así lo requieran, de acuerdo a la normatividad vigente en materia.

Médico (a) de turno y/o Médico (a) Especialista:

- Ofrecer la atención médica al usuario bajo el modelo de atención de primer nivel.
- Orientar al paciente acerca de su situación de salud.
- Expedir receta médica con el tratamiento adecuado a las necesidades del paciente.
- Solicitar el servicio de enfermería de ser necesario.
- Referir al paciente a instituciones de segundo y tercer nivel de ser necesario.

Jefa(e) de enfermeras(os):

- Coordina, supervisa y verifica que los servicios de enfermería atención de salud integral a los usuarios que así lo requieran, de acuerdo con la normatividad vigente en la materia.

Enfermera (o) de turno:

- Realizar la toma, el registro y evaluación inicial de signos vitales y somatometría.
- Participar con el médico durante la atención del paciente en la consulta médica de ser necesario.
- Proporcionar información acerca de acciones de prevención y educación para la salud.

Recepcionista:

- Brindar información acerca de los servicios que se ofrecen en la unidad de salud de la Clínica Materno DIF Zimapán.

Cajera/o:

- Asignar turno de atención
- Emitir recibo de pago y percibir las cuotas de recuperación que corresponden a cada servicio otorgado.

1.5 Definiciones:

- Atención Médica: Conjunto de acciones que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar la salud.
- Consulta Externa: Atención médica que se otorga al usuario ambulatorio en consultorio, consiste en realizar un interrogatorio y exploración física para integrar un diagnóstico.
- Registros Clínicos de Enfermería: Son los instrumentos donde el personal de enfermería registra sus intervenciones relacionadas en la atención de los servicios que proporciona a los pacientes.
- Somatometría: Medición de las dimensiones físicas del cuerpo humano.
- Usuario: Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de los servicios de atención médica.

1.6 Insumos:

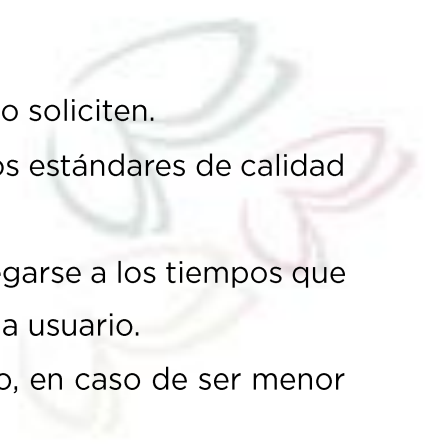
- Solicitud de un servicio médico.

1.7 Resultados:

- Brindar atención médica a la población solicitante, sobre todo a la más vulnerable y no derechohabiente y con evidencia de rezago en salud.

1.8 Políticas:

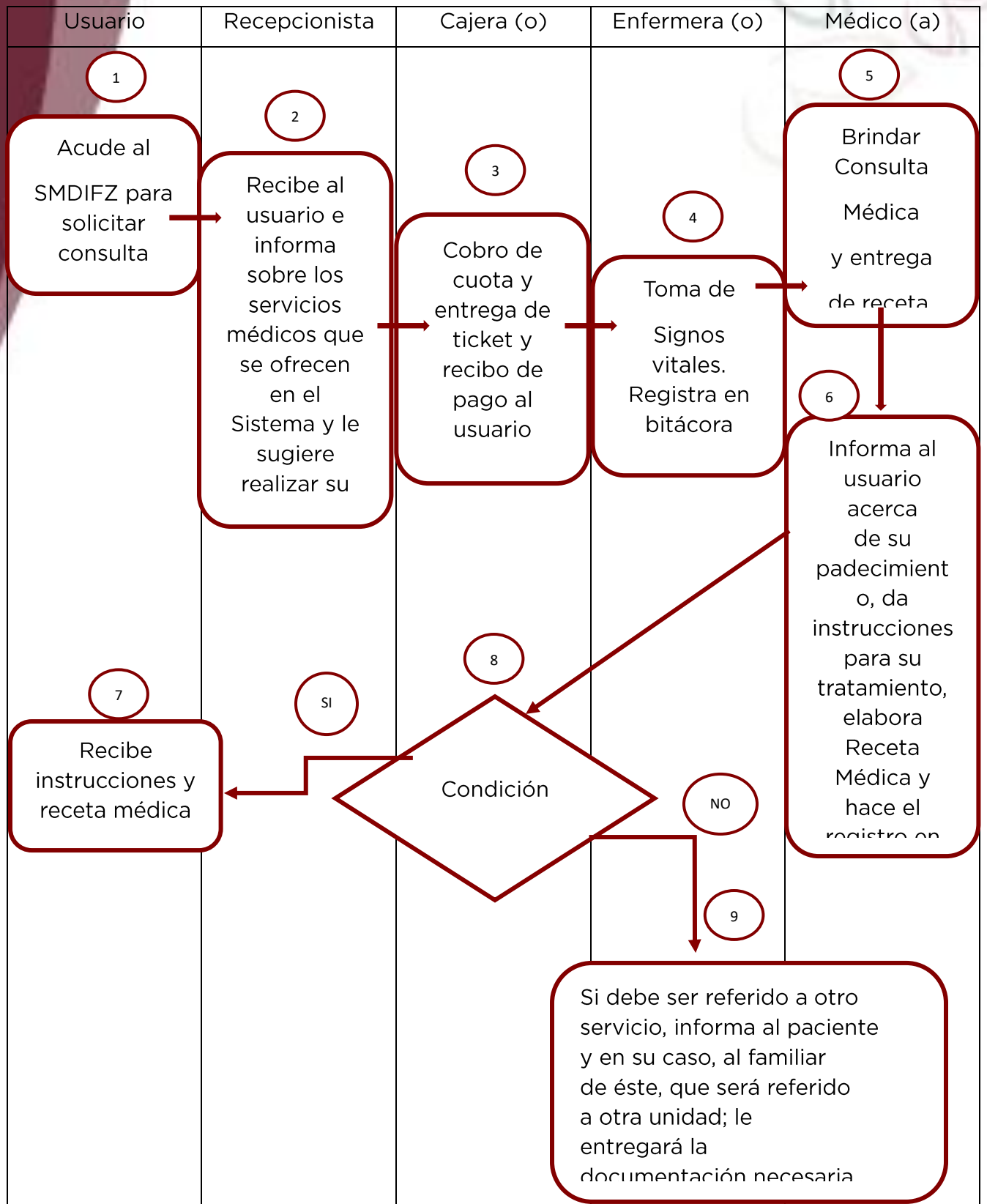
- La Clínica Materno DIF Zimapán proporcionará atención médica a la población abierta cuando así lo requiera a través de la consulta externa general, apegados a los lineamientos del presente procedimiento.

- 
- Se deberá brindar atención médica a todos los usuarios que lo soliciten.
 - La atención médica que se proporcione, deberá apegarse a los estándares de calidad que señale las normas en materia de salud.
 - El médico tratante y el personal auxiliar en salud deberán apegarse a los tiempos que asignen las autoridades competentes para la atención de cada usuario.
 - La enfermera colaborará en la exploración médica del usuario, en caso de ser menor de edad y si es adulto mayor un familiar.
 - Se prestará únicamente el servicio médico de primer nivel.
 - No se brindará atención a personas que se encuentren en estado de ebriedad o con consumo de sustancias tóxicas.

1.9 Desarrollo.

NO.	PUESTO Y ÁREA:	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:
1	Usuario (a)	Se presenta al Sistema Municipal DIF y solicita información en recepción acerca del servicio que requiere.
2	Recepción	Recibe al usuario e informa sobre los servicios médicos que se ofrecen en el Sistema y le sugiere realizar su pago para solicitar la consulta.
3	Cajera (o)	Realiza cobro de la cuota de recuperación de la consulta médica y expide y proporciona recibo de pago.
4	Enfermera (o) de turno	Toma signos vitales, somatometría y registra los datos para presentarlos al médico; indica al usuario pasar a la sala de espera para que lo llamen. Registra la consulta en la bitácora.
5	Médico (a) de turno en Consulta Externa y/o Médico (a) Especialista	Otorgada la atención médica y después de la exploración física y verbal determina si el paciente debe ser referido o no, a otra unidad.
6	Médico (a) de turno en Consulta Externa y/o Médico (a) Especialista	Si el usuario no debe ser referido a otra unidad, informa al usuario acerca de su padecimiento, da instrucciones para su tratamiento, elabora Receta Médica y hace el registro en la Hoja Diaria de Consulta Externa.
7	Usuario (a)	Recibe instrucciones y receta médica y en su caso, se dirige a la farmacia.
8	Médico (a) de turno en Consulta Externa y/o Médico (a) Especialista	Si debe ser referido a otro servicio, informa al paciente y en su caso, <u>al</u> familiar de éste, que será referido a otra unidad; le entregará la documentación necesaria (Hoja de Referencia y Contra Referencia, Solicitud de Laboratorio, Solicitud de Gabinete, Solicitud de Interconsulta, etcétera). Comunica lo anterior a la enfermera/o.

1.10 Diagramación.



1.11 Medición

Número de consultas programadas

x 100 %

Número de consultas otorgadas

1.12 Formatos e Instructivos.

Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
Teoloyucan, Estado de México
Clínica Materno DIF Zimapán

HOJA DE TRIAGE

FOLIO: _____

Clínica Materno DIF Zimapán		Fecha:	Hora:
Paciente:		Edad:	Género: M /o /Fo
Signos Vitales y Somatometría			
Peso:	Talla:	TEMP:	FC:
		FR:	SPO2:
			T/A:

I. Antecedentes Personales Patológicos:

- ALERGIAS: _____
- Diabetes Mellitus
- Hipertensión Arterial
- Enfermedad Cardíaca
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Otro: _____

II. Urgencia Inmediata (Choque)ROJO

- Alteración de signos vitales importante
- Sangrado activo
- Dolor Intenso torácico
- Dificultad respiratoria
- Alteración de signos vitales importante
- Sangrado activo
- Dolor Intenso torácico
- Dificultad respiratoria

III. Urgencia Calificada (Observación) AMARILLO

- Signos vitales ligera alteración
- Traumatismo craneoencefálico (Glasgow de 9-13)
- Cefalea intensa
- Dolor abdominal agudo
- Parálisis
- Dolor agudo
- Deshidratación
- Dolor extremidad intenso
- Dificultad respiratoria moderada
- Síndromes Contusionales
- Sangrado tubo digestivo
- Traumatismo moderado (Fracturas, Luxaciones)

IV. Urgencia Sentida (Consulta)VERDE

- Signos vitales sin alteración
- Traumatismo menor (contusión, abrasión)
- Traumatismo ocular leve
- Traumatismo craneoencefálico (Glasgow 14-15)
- Dolor osteomuscular
- Dolor dental
- Sinusitis
- Cuadro gripal o faríngeo
- Dolor abdominal leve
- Cefalea
- Lumbalgia
- Vómito/diarrea sin deshidratación
- Cuadro febril
- Otro: _____

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ELABORO _____

INSTRUCTIVO TRIAGE.

1. Nombre del paciente.
2. Fecha.
3. Hora.
4. Edad del paciente.
5. Genero del paciente.
6. Signos vitales y somatometría.
7. Antecedentes personales patológicos.
8. Urgencia inmediata (choque) ROJO.
9. Urgencia Calificada (Observaciones)AMARILLO.
10. Urgencia Sentida (Consulta) VERDE.
- 11.Nombre y firma de la persona quien laboro.
12. Numero progresivo.





1 **Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia**
Teoloyucan, Estado de México
Clínica Materno DIF Zimapan

TRIAGE OBSTÉTRICO

DIF
TEOLOYUCAN
2009 - 2021

2 (1) Unidad Hospitalaria (2) Apellido Paterno (3) Nombre (s) (4) Fecha de Nacimiento (5) Hora de atención (6) Foto (7) Fecha de Atención (8) Hora de Finalización

5 **Elaboró**

8 **INTERROGATORIO OBSERVO**

9 **Nombre y firma:**

10 **CÓDIGO**

11 **INTERROGATORIO MIDO**

12

SIGNO	ROJO	AMARILLO	VERDE
Estado de consciencia	Somnolencia Estupor Inconsciente (13)	Consciente Ansiosa (11)	Consciente (12)
Hemorragia	Visible o abundante (13)	(14)	No se observa (15)
Crisis Convulsivas	Presentes al momento (16)	(17)	No se observan (18)
Respiración	Dificultad respiratoria evidente (19)	(20)	Normal (21)
Piel y tegumentos	Cianosis (22)	Palidez/ictérica (23)	Normal (24)
Convulsiones	En trayecto o recientes (25)	(26)	Negadas (27)
Alteraciones visuales	Amorosis Fosfenos (28)	(29)	Negadas (30)
Hemorragia	Abundante (31)	Escasa/moderada (32)	Negada (33)
Cefalea	Pulsátil (34)	No pulsátil (35)	Negada (36)
Epigastralgia	Presente (37)	(38)	Negada (39)
Acúfenos	Presentes (40)	(41)	Negados (42)
Actividad uterina	NA (43)	Regular (44)	Ocasional o irregular (45)
Pérdida por vagina	Fétido y/o Purulento (46)	Líquido franco (47)	Moco (48)
Movimientos fetales	NA (49)	Disminuidos o Ausentes (50)	Normales (51)
Fiebre	NA (52)	Referida o No cuantificada (53)	Negada (54)
Edad gestacional	NA (55)	Antes del término (56)	Término o cercana (57)
Tensión arterial	Hipertensión < 160/110 Hipotensión < 89/50 (58)	Entre 131/91 y 159/109 Entre 90/51 y 99/59 (59)	100/60-130/90 (60)
Índice de choque	≥ 1 (61)	0.7 - 0.99 (62)	< 0.7 (63)
Frecuencia cardíaca	Alta > 125 Baja < 45 (64)	Alta 81 - 124 Baja 46 - 59 (65)	60 - 80 (66)
Temperatura	<35 y <38 (67)	37.5 - 38.9 (68)	35.1 - 37.4 (69)
Frecuencia respiratoria	Alta >20 Baja <16 (70)	(71)	17 - 19 (72)
Saturación de oxígeno por oximetría	≤92% (73)	(74)	>92% (75)

INSTRUCTIVO TRIAGE OBSTÉTRICO.

1. Nombre de la Unidad Hospitalaria.
2. Nombre del paciente.
3. Número progresivo.
4. Fecha de atención.
5. Fecha de nacimiento.
6. Hora de atención.
7. Hora de finalización.
8. Observaciones de la paciente.
9. Nombre y firma de quien elaboro.
10. Interrogatorio que se realiza a la paciente.
11. Código.
12. Signos vitales



TRIAGE PEDIÁTRICO



1 Medio de envío a la Unidad Médica	Ambulancia	Propios medios con Referencia	Propios medios sin Referencia
2 Unidad Médica		3 Fecha	4 Hora
5 Nombre de la o del Paciente		6 Edad	7 Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

8 Estado en el que se encuentra el menor

Visiblemente mal	Visiblemente bien
------------------	-------------------

9 Somatometría y signos vitales

Dato	Valor
Peso	Temperatura
Talla	F.C.
	F.R.
	Liendado capilar
	Sat. O2

10 Valoración

R	Rojo	Atención inmediata
A	Amarillo	15 a 60 minutos
V	Verde	60 a 120 minutos

Nota: Sospecha de ingesta de organofosforado, fluoruro de zinc o aluminio, maneje en código rojo con aislamiento.

		Verde	Amarillo	Rojo
10/ Vía Aérea		Despejado	Se mantiene con medidas simples	Ostrucción grave de la vía aérea
11/ Respiración	Frecuencia respiratoria	Respiración tranquila, inspiración fácil y espiración pasiva	Irregularidad o descenso en la F.R.	-Apnea -Taquipnea -Bradipnea
	Esfuerzo Respiratorio	Sin dificultad respiratoria	Aleteo nasal	-Dificultad respiratoria -Estribor o ronquido inspiratorio -Sibilancias respiratorias -Cabeceo -Disociación toracoabdominal
	Volumen Corriente	-Expansión torácica simétrica -Sonidos inspiratorios en áreas distales con ruidos suaves y débiles -Murmullo vesicular a la espiración corto, silboso o ausente	Expansión torácica asimétrica	-Expansión torácica asimétrica y disminuida -Hipoventilación
	Ruidos Anormales	Ninguno	-Sibilancias audibles a distancia en dificultad respiratoria -Estertores	-Fíndor -Crepéteo -Quejido Espiratorio
12/ Función Cardiovascular y Perifusión		-Temperatura igual en tronco que en extremidades -Mucosa, lechos ungueales, palmas de manos y plantas de pies de color rosado	-Manos y pies fríos, pálidos, oscuros o marmóreos -Piel con petequias -Mucosa pálidas	-Cianosis central o periférica -Pérdida de tono muscular
13/ Déficit Neurológico	AVPU	Despierto, activo, alerta, responde a la voz y al dolor	Somnoliento, letárgico, con confusión	-Falta de respuesta, depresión del estado de la conciencia -Convulsiones generalizadas -Agitación que altera con letargo
	Clasificación Respuesta Pupilar	De 13 a 15 puntos Pupilas simétricas y reactivas a la luz	De 9 a 12 puntos Pupilas asimétricas y isórgicas respecto a la luz	De 3 a 8 puntos Sin respuesta pupilar (miosis, midriasis o anisocoria)
14/ Exploración General		-Sin ictericia visible -Sin dolor a la palpación	-Lesiones visibles -Dolor a la palpación -Sangrado moderado -Dehidratación (1 o 2 datos)	-Lesiones expuestas -Sangrado significativo -Distensión abdominal -Petequias -Purpura -Datos de choque (no puede beber, incoherente o hipotónico, pulso débil o ausente, tiempo capilar + a 5 segundos) -Dehidratación (3 o más datos)

15 REALIZO
Nombre, Cargo y Firma

16 PERSONAL MÉDICO QUE RECIBE
Nombre, Cargo y Firma

INSTRUCTIVO TRIAGE PEDIÁTRICO.

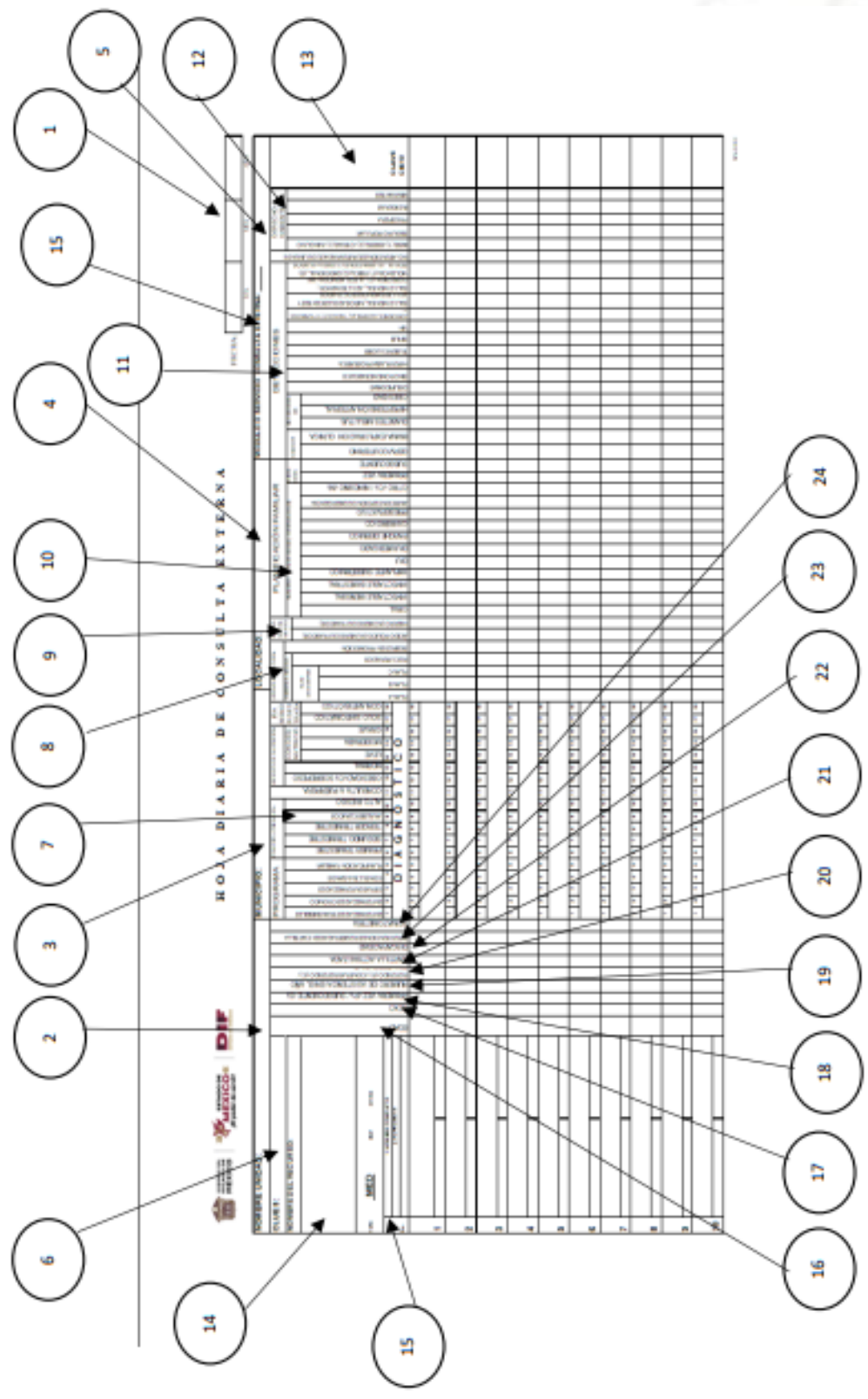
1. Medio de arribo a la Unidad Médica.
2. Unidad Médica.
3. Fecha.
4. Hora.
5. Nombre del paciente.
6. Edad.
7. Genero.
8. Estado en el que se encuentra el menor.
9. Somatometría y signos vitales.
10. Valoración.
11. Respiración.
12. Función Cardiovascular y Perfusión.
13. Déficit Neurológico.
14. Exploración General.
15. Nombre, cargo y firma de quien realizó.
16. Nombre, cargo y firma del médico que recibe.



INSTRUCTIVO HOJA DE ATENCIÓN MÉDICA

1. Fecha.
2. Hora.
3. Nombre del paciente.
4. Fecha de nacimiento.
5. Edad.
6. Sexo.
7. Signos vitales.
8. Antecedentes.
9. Padecimiento actual.
10. Exploración física.
11. Estudios de laboratorio y gabinete.
12. Diagnostico.
13. Tratamiento.
14. Notas.
15. Nombre completo, firma y cédula del médico tratante.

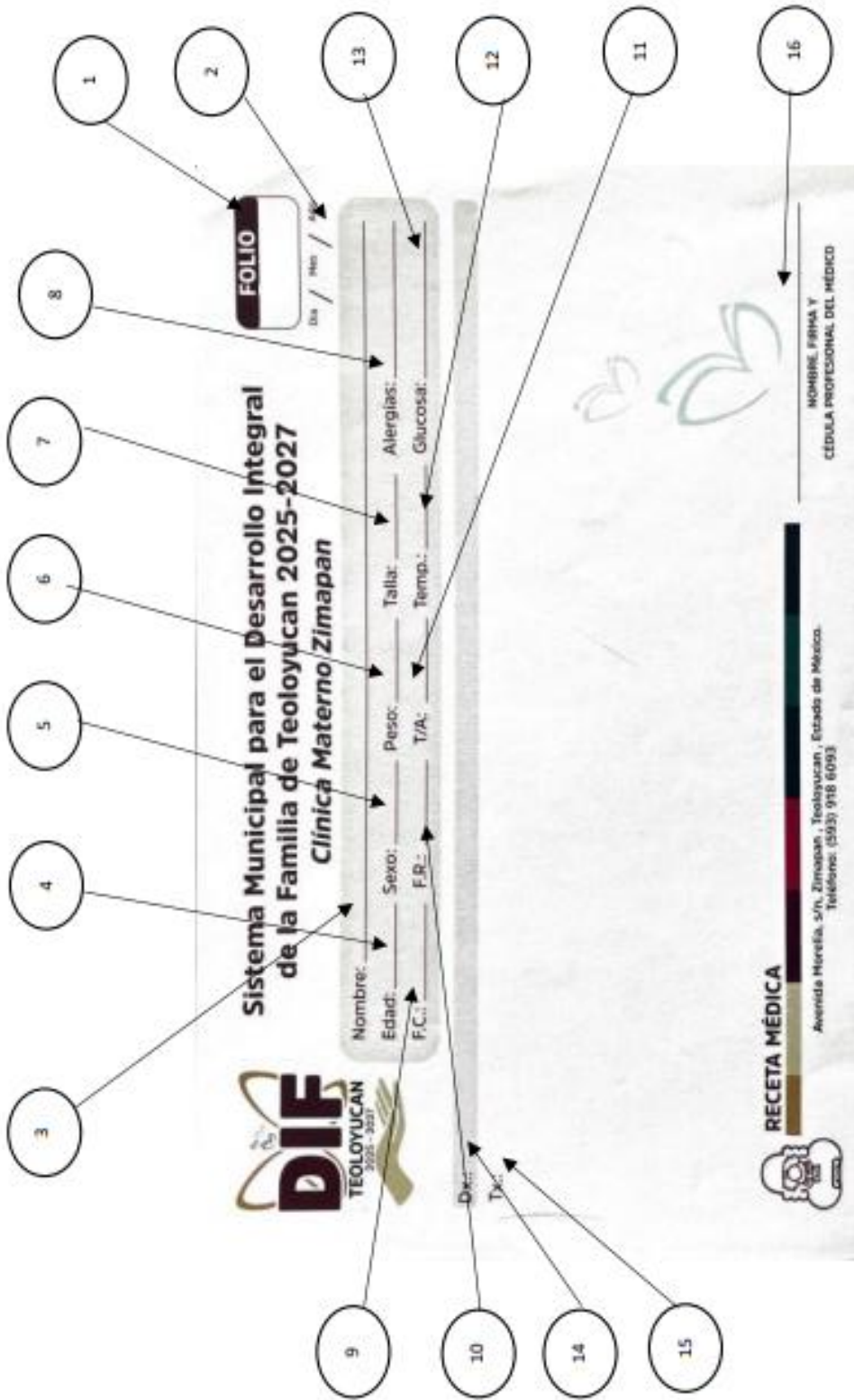




INSTRUCTIVO HOJA DIARIA.



1. Fecha.
2. Nombre de la Unidad.
3. Municipio.
4. Localidad.
5. Modulo o servicio, consulta externa.
6. CLUES
7. Diagnostico.
8. Hidratación oral.
9. Micro nutrimento.
10. Planificación familiar.
11. Detecciones.
12. Derecho- habiente.
13. Clave CIE10.
14. Nombre del recurso
15. Nombre completo del paciente y número de expediente.
16. Edad
17. Sexo.
18. Primera vez/ subsecuente.
19. Número de asistencia e el año.
20. Referido/ contra referido.
21. Cartilla actualizada.
22. Discapacidad.
23. Intervenciones registradas en la cartilla.
24. Somatometría.



**Sistema Municipal para el Desarrollo Integral
de la Familia de Teoloyucan 2025-2027**
Clinica Materno Zimapan

Nombre: _____
Edad: _____
F.C.: _____
Sexo: _____
F.R.: _____
Talla: _____
Peso: _____
T/A: _____
Temperatura: _____
Alergias: _____
Glucosa: _____

Dosis (D:)

Time (T:)

RECETA MÉDICA

Avenida Morelia, S/N, Zimapan, Teoloyucan, Estado de México.
Teléfono: (593) 918 6093



NOMBRE, FIRMA Y
CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

INSTRUCTIVO DE RECTA MÉDICA

1. Folio.
2. Fecha.
3. Nombre del paciente.
4. Edad.
5. Sexo.
6. Peso.
7. Talla.
8. Alergias.
9. F.C.
10. F.R.
11. T/A.
12. Temperatura.
13. Glucosa.
14. Diagnostico.
15. Tratamiento.
16. Nombre, firma y cédula profesional del médico.



**Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
Teoloyucan, Estado de México
Clínica DIF Zimapan**

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

**DIF
TEOLOYUCAN**

1. FECHA DE REFERENCIA: / / NO. DE CONTROL: ADULTO PEDIATRICO URG. SI NO

2. NOMBRE DE LA O EL PACIENTE: _____

3. FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: / / DOMICILIO DE LA O EL PACIENTE: _____

4. MOTIVO DE ENVÍO: _____ NÚMERO DE TELÉFONO DE LA O EL PACIENTE: _____

5. UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: _____ ESPECIALIDAD O SERVICIO: _____

6. PERSONAL DE SALUD QUE REFIERE: _____ CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA: _____

**Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
Teoloyucan, Estado de México
Clínica Materno DIF Zimapan**

HOJA DE REFERENCIA

**DIF
TEOLOYUCAN**

7. FECHA: / / NO. DE CONTROL: _____ CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA: _____ ADULTO PEDIATRICO URGENCIA: SI NO

8. NOMBRE DE LA O EL PACIENTE: _____

9. FECHA DE NACIMIENTO DE LA O EL PACIENTE: / / NÚMERO DE TELÉFONO DEL PACIENTE: _____

10. NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE: _____ PARENTESCO: _____

11. NÚMERO DE EXPEDIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

12. UNIDAD QUE REFIERE: _____

13. UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: _____

14. DOMICILIO: _____

15. SERVICIO AL QUE SE ENVÍA: _____

16. NOMBRE DEL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA: _____

17. MOTIVOS DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PACIENTE): T.A. _____ TEMP. _____ P.R. _____
P.C. _____ PESO: _____ TALLA: _____ ESCALA DE GLASGOW: _____ SILVERMAN: _____

18. LLENADO CAPLAR: _____

19. PACIENTE ACTUAL: _____

20. ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE: _____

21. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: _____

22. NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD: _____

23. NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL DE SALUD QUE RECIBE: _____

24. _____

25. _____

INSTRUCTIVO HOJA DE REFERENCIA.




1. Fecha de referencia.
2. Número de control.
3. Paciente adulto/ pediátrico.
4. Urgencias.
5. Nombre del paciente.
6. Fecha de nacimiento del paciente.
7. Domicilio del paciente.
8. Número de Teléfono del paciente.
9. Motivo del envió.
10. Diagnostico presuncional.
11. Unidad a la que se refiere.
12. Especialidad o servicio.
13. Personal de salud que refiere.
14. Clasificación socioeconómica.
15. Fecha.
16. Número de control.
17. Clasificación socioeconómica.
18. Paciente adulto/pediátrico.
19. Urgencia.
20. Datos del paciente.
21. Datos de la unidad que refiere.
22. Datos de la unidad a la que se refiere.
23. Motivos de la referencia.
24. Nombre y firma del responsable de la unidad.
25. Nombre y firma del personal de salud que refiere



Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
 Teoloyucan, Estado de México
 Clínica Materno DIF Zimapán

REPORTE DE COLPOSCOPIA



Nombre: _____ Fecha: _____
 Edad: _____ Número de Control: _____

VULVA	Normal	Atrofia	VPH	Tumor	Quiste B	Otros
VAGINA	Normal	Inflamacion	Leucorrea	VPH	Atrofia	Otros
CERVIX INICIAL	Normal	Polipo	VPH	Leucoplasia	Ectropion	
	Inflamación	Atrofia	Estenosis	Tumor	Otros	

COLPOSCOPIA Satisfactoria: _____ No Satisfactoria: _____
 ZONA DE TRANSFORMACIÓN: Normal: _____ Anormal: _____

Epitelio acetoblanco: _____ Denso: _____ Tenue: _____
 Bordes: Bien definidos: _____ Mal definidos: _____ Radio: _____
 Superficie: Lisa: _____ Papilar: _____ Micropapilar: _____ Acuminado: _____
 Puntilleo: Fino _____ Grueso: _____
 Mosaico: Fino _____ Grueso: _____ Vasos atípicos: _____
 Metaplasia: _____
 TUMOR: _____ Exofítico: _____ Tamaño: _____ Sangrado: _____
 Vasos anormales: _____ Exudado: _____ Necrosis: _____ Deleznable: _____

DIAGNOSTICO

SUGERENCIA

Nombre, firma y Cédula Profesional del Médico


INSTRUCTIVO COLPOSCOPIA.

1. Nombre del paciente.
2. Fecha.
3. Edad.
4. Número de control
5. Diagnóstico de vulva.
6. Diagnóstico de vagina.
7. Diagnóstico de cérvix inicial.
8. Colposcopia satisfactoria/no satisfactoria.
9. Diagnostico zona de transformación.
10. Diagnostico cuello cervicouterino.
11. Diagnostico final.
12. Sugerencia y tratamiento médico.
13. Nombre, firma y cédula profesional del médico.





Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
 Teoloyucan, Estado de México Clínica Materno DIF Zimapan



Consentimiento Informado Colposcopia y Papanicolaou

NOMBRE DEL PACIENTE	PRESENTE FECHA
DIRECCIÓN	SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
TELÉFONO	TELÉFONO
INDICAR EL PADRE O TUTOR EN CASO DE MENORES DE EDAD Y MENORES CON CAPACIDAD LIMITADA	PRESENTE CON EL PACIENTE
TELÉFONO	TELÉFONO

Autorizo al personal Médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia quienes me han indicado que debo someterme a estudio y/o tratamiento médico llamado colposcopia y Papanicolaou.

Estoy enterado de que podré necesitar la aplicación de diferentes medicamentos, o estudio de mi padecimiento, para evitar infecciones o tratarlas si ya existen.

Habiendo sido informado ampliamente de los procedimientos que se me van a practicar; autorizo al médico adscrito y a los médicos asistentes que él designe para que me realicen todos los estudios, tratamientos o intervención quirúrgica programada, por lo que doy mi consentimiento para que se me apliquen los medicamentos, anestésicos, soluciones, hemoderivados y sustancias que se requieran; así también, autorizo para que se realice cualquier otro procedimiento que se juzgue conveniente y necesario para mejorar mi salud.

En caso de ser menor de edad, o incapacitado, doy mi consentimiento ya que soy el paciente.

Nombre y firma del paciente

Testigo

Nombre y firma del Médico tratante

Testigo

AV Morelia s/n Barrio de Zimapan, Teoloyucan Estado de México Tel: 5591024831

- 1
- 4
- 7
- 9
- 11

5

- 2
- 3
- 6
- 8
- 10
- 12

13

15

14

16

INSTRUCTIVO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE COLPOSCOPIA Y PAPANICOLAOU.



1. Nombre del paciente.
2. Número de expediente.
3. Fecha.
4. Fecha de nacimiento.
5. Edad.
6. Sexo.
7. Dirección.
8. Teléfono.
9. Nombre del padre o tutor en caso de ser menor de edad o persona con capacidades diferentes.
10. Parentesco con el paciente.
11. Dirección.
12. Teléfono.
13. Nombre y firma del paciente.
14. Testigo del paciente.
15. Nombre y firma del médico tratante.
16. Testigo del médico tratante.

INSTRUCTIVO SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL

1. Clave única.
2. Identificación de la unidad que refiere.
3. Identificación de la solicitante.
4. Antecedentes.
5. Firma del paciente
6. Resultado de citología cervical.





CONSENTIMIENTO INFORMADO - IMPLANTE

1	NOMBRE DEL PACIENTE	2	FECHA:
3	TÍTULO DE RAZONAMIENTO:	4	SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
5	DIRECCIÓN:	6	TELÉFONO:
7	NOMBRE DEL PADRE O TUTOR EN CASO DE SER MENOR DE EDAD O PERSONAS CON CAPACIDADES DIFERENTES	8	PRESENTE CON EL PACIENTE:
9	DIRECCIÓN:	10	TELÉFONO:

Yo: _____
 En forma voluntaria consiento se me realice la inserción del implante subdérmico como método anticonceptivo, me han explicado la técnica para realizarlo, la cual consiste en la colocación de 2 implantes debajo de la piel en cara interna del brazo por medio de un trocar, utilizando anestesia local para disminuir el dolor, la finalidad del implante es impedir el embarazo, su eficacia anticonceptiva es alta y su duración es de 3 – 5 años, finalizando este tiempo deben retirarse.

Complicaciones que pueden ser esperadas:

- Hematoma y/o Hemorragia
- Infección
- Reacción alérgica al anestésico local
- Fibrosis
- Pequeña cicatriz o cicatriz queloidé

Reacciones Secundarias que pueden ser esperadas:

- Sangrado o manchado entre los periodos menstruales
- Dolor de cabeza y mamario
- Mareo y náuseas
- Ausencia de la menstruación
- Cambios en el libido sexual, entre otros

12

OTORGO MI CONSENTIMIENTO
 (Nombre y firma del paciente)

13

Nombre, firma y Cédula del Médico Tratante

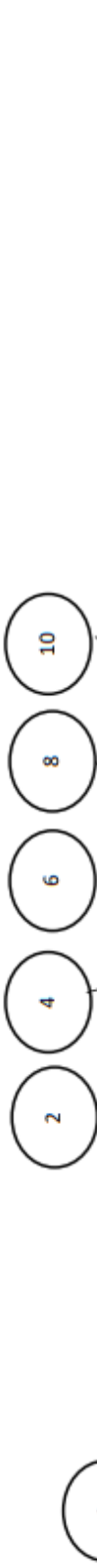
14

Teclogo, Nombre y Firma

INSTRUCTIVO CONSENTIMIENTO INFORMADO IMPLANTE.

1. Nombre del paciente.
2. Fecha.
3. Fecha de nacimiento.
4. Sexo.
5. Dirección.
6. Teléfono.
7. Nombre del padre o tutor en caso de ser menor de edad o personas con capacidades diferentes.
8. Parentesco con el paciente.
9. Dirección.
10. Teléfono.
11. Nombre del paciente.
12. Nombre y firma del paciente.
13. Nombre, firma y cédula del médico tratante.
14. Testigo del paciente.





CONSENTIMIENTO INFORMADO - DIU

Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
Toluquense, Estado de México
Ciudad de México DIF Toluquense

CONSENTIMIENTO INFORMADO - DIU

CONSENTIDO/A	_____ Nombre y Apellido
FECHA	____/____/____
UBICACION	_____ Calle y número
TELÉFONO	_____ Número
OTRO	_____ Otro dato relevante

El siguiente es el consentimiento informado que se debe leer y comprender antes de firmar. No debe utilizarse si usted tiene alguna de las siguientes condiciones:

- Condiciones físicas actuales o antecedentes de infecciones graves.
- Enfermedades del hígado o malformaciones de éstas.
- Cáncer del cuello uterino o del útero.
- Alergia al cobre (en el caso del DIU de cobre).

Consentimiento:
He leído y comprendido la información anterior sobre el DIU, su procedimiento, los beneficios y los riesgos. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas de manera satisfactoria. Entiendo que este método anticonceptivo no ofrece protección contra enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Por la presente, doy mi consentimiento para la inserción de un Dispositivo Intrauterino (DIU) y reconozco que puedo retirar el dispositivo en cualquier momento si lo deseo.

Beneficios:

- Alta eficacia anticonceptiva (más del 99% de efectividad).
- No requiere intervención diaria, ya que se mantiene en su lugar durante años (dependiendo del tipo de DIU).
- Reversible: puede retirarse en cualquier momento si desea quedar embarazada.
- Puede disminuir el sangrado menstrual o hacerlo más regular en el caso del DIU hormonal.

Posibles riesgos y efectos secundarios:

- Aunque el DIU es un método seguro, están algunos riesgos y efectos secundarios que se deben considerar:
 - Dolor o cólicos durante o después de la inserción.
 - Sangrado irregular o más abundante durante los primeros meses.
 - Expulsión del dispositivo (es raro, consermos).
 - Infecciones alérgicas (si no se siguen las indicaciones adecuadas de higiene).
 - Perforación del útero (es extremadamente rara, pero posible).

Procedimiento:

- El procedimiento de inserción del DIU se realiza en una consulta ambulatoria, en la que se examinará su útero y se le colocará el dispositivo dentro de su cavidad uterina.
- La inserción se puede realizar en cualquier momento del ciclo menstrual, aunque es preferible que se haga durante los días cercanos a la menstruación.
- El procedimiento dura aproximadamente entre 5 y 10 minutos. Se puede utilizar anestesia local para minimizar el dolor o la incomodidad.

Beneficios:

- Alta eficacia anticonceptiva (más del 99% de efectividad).
- No requiere intervención diaria, ya que se mantiene en su lugar durante años (dependiendo del tipo de DIU).
- Reversible: puede retirarse en cualquier momento si desea quedar embarazada.
- Puede disminuir el sangrado menstrual o hacerlo más regular en el caso del DIU hormonal.

Posibles riesgos y efectos secundarios:

- Aunque el DIU es un método seguro, están algunos riesgos y efectos secundarios que se deben considerar:
 - Dolor o cólicos durante o después de la inserción.
 - Sangrado irregular o más abundante durante los primeros meses.
 - Expulsión del dispositivo (es raro, consermos).
 - Infecciones alérgicas (si no se siguen las indicaciones adecuadas de higiene).
 - Perforación del útero (es extremadamente rara, pero posible).

OTORGO MI CONSENTIMIENTO
(Nombre y firma del paciente)

Nombre, firma y Cédula del Médico Tratante

Apellido, Nombre y Firma

INSTRUCTIVO CONSENTIMIENTO INFORMADO DIU.

1. Nombre del paciente.
2. Fecha.
3. Fecha de nacimiento.
4. Sexo.
5. Dirección.
6. Teléfono.
7. Nombre del padre o tutor en caso de ser menor de edad o persona con capacidades diferentes.
8. Parentesco con el paciente.
9. Dirección.
10. Teléfono.
11. Nombre y firma del paciente.
12. Nombre, firma y cédula del médico tratante
13. Nombre y firma del Testigo.

INSTRUCTIVO ÁREA DE ODONTOLOGÍA HISTORIA CLÍNICA.

1. Nombre del paciente.
2. Tipo de sangre.
3. Sexo.
4. Edad.
5. Año escolar.
6. Grupo.
7. Domicilio.
8. Embarazada.
9. Unidad aplicativa.
10. Adulto.
11. Fecha de primera atención al servicio.
12. Nombre de la escuela.
13. Diagnóstico de alguna enfermedad.
14. Diagnóstico de exploración facial y tejidos blandos.
15. Examen parodontal.
16. Firma del paciente o firma del padre/ madre o tutor.
17. Firma de la o el Odontóloga/ Odontólogo.



INSTRUCTIVO INFORME DIARIO DE ACTIVIDADES DE ODONTOLOGÍA.

1. Nombre de la o el C.D.
2. Fecha.
3. Lugar.
4. Unidad aplicativa.
5. Numero progresivo.
6. Número de expediente.
7. Nombre de la o el paciente.
8. Edades.
9. Tipo de consulta.
10. Diagnostico (solo consulta de 1ª vez).
11. Tratamiento.
12. Atención dental.
13. Prevención.
14. Promoción.
15. Estatus paciente.



Sistema para el Desarrollo Integral de
la Familia del Estado de México
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar
P.O. Box 10000, México, D.F.

1

CONSTANCIA DE ENJUAGATORIOS DE FLUORURO

Por este medio se hace constar que la/el C.D.: (1) _____

2

realizó los días (2) _____

Las actividades consistentes en:

3

Enjuagatorios de fluoruro a (3) _____ niñas y niños.

Plática de técnica de cepillado a (4) _____ niñas y niños.

4

Plática de placa dentobacteriana (5) _____ niñas y niños.

Plática de beneficios de fluoruro a (6) _____ niñas y niños.

5

_____ pláticas a (8) _____ madres y padres de familia.

6

Escuela o municipio (9) _____

7

De acuerdo con las metas programadas y la finalidad de dar protección y educación a la población escolar del Estado de México.

9

AUTORIDADES ESCOLARES Y/O MUNICIPALES

10

Nombre y firma (10)

INSTRUCTIVO CONSTANCIA DE ENJUAGATORIOS DE FLUORURO.

1. Nombre de la o el C.D.
2. Fecha en que se realizó.
3. Número de enjuagatorios en niñas y niños.
4. Número de platica de técnica de cepillado en niñas y niños.
5. Número de pláticas dentobacteriana en niñas y niños.
6. Número de pláticas de beneficio de fluoruro a niñas y niños.
7. Nombre de la plática.
8. Número de madres y padres de familia.
9. Nombre de la escuela o municipio.
10. Nombre y firma de la autoridad escolar y/o municipal.

Nombre del procedimiento:

2. CERTIFICADO MÉDICO

2.1 Objetivo:

- Expedir certificados médicos que plasmen el estado de salud de quien lo solicita.

2.2 Alcance:

- Director, médicos generales, personal de enfermería, recepcionista, cajera y usuarios.

2.3 Referencias:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4, 5 de febrero de 1917.
- Ley General de Salud, Artículo 1, 1 Bis y 2, 7 de febrero de 1984, última reforma 15 de enero del 2014.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Artículo 8, 14 de mayo de 1986.
- Norma Oficial NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, publicada el 15 de noviembre de 2012.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México, Artículos 2 al 9 y 11 Fracción I, VI, Gaceta de Gobierno del Estado de México, 7 de septiembre de 2010, reformas y adiciones.
- Ley que Crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, denominados, "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia". Gaceta de Gobierno del Estado de México, Capítulo Primero, Artículo 3 Fracción I, II y IV 16 de julio de 1985, reformas y adiciones.
- Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de México y Municipios, Gaceta de Gobierno del Estado de México, 30 de mayo de 2017, reformas y adiciones.
- Reglamento de Salud del Estado de México. Publicado en el Periódico Oficial "Gaceta de Gobierno", el 13 de marzo del 2002
- Bando Municipal de Teoloyucan 2025.
- Manual de Organización del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan 2025.
- Reglamento Orgánico del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan.

2.4 Responsabilidades:

Director:

- Coordina, supervisa y verifica que se otorguen servicios médicos que permitan la atención integral de los usuarios que así lo requieran, de acuerdo con la normatividad vigente en materia.

Médico de turno y/o Médico Especialista:

- Ofrecer atención médica al usuario bajo el modelo de atención de primer nivel.
- Orientar al paciente acerca de su situación de salud.
- Expedir certificado médico con el diagnóstico de salud del paciente.
- Solicitar el servicio de enfermería de ser necesario.

Jefa de enfermeras:

- Coordina, supervisa y verifica que los servicios de enfermería atención de salud integral a los usuarios que así lo requieran, de acuerdo a la normatividad vigente en la materia.

Enfermera (o) de turno:

- Realizar la toma, el registro y evaluación inicial de signos vitales y somatometría.
- Participar con el médico durante la atención del paciente en la consulta médica de ser necesario.
- Proporcionar información acerca de acciones de prevención y educación para la salud.

Recepcionista:

- Brindar información acerca de los servicios que se ofrecen en la unidad de salud de la Clínica Materno DIF Zimapán.

Cajera/o:

- Asignar turno de atención
- Emitir recibo de pago y percibir las cuotas de recuperación que corresponden a cada servicio otorgado.

2.5 Definiciones:

- Atención Médica: Conjunto de acciones que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar la salud.
- Certificado Médico: Constancia escrita en la cual, el médico da hechos sobre el estado de salud de una persona.
- Registros Clínicos de Enfermería: Son los instrumentos donde el personal de enfermería registra sus intervenciones relacionadas en la atención de los servicios que proporciona a los pacientes.
- Somatometría: Medición de las dimensiones físicas del cuerpo humano.
- Usuario: Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación del servicio de certificado médico.

2.6 Insumos:

- Solicitud de certificado médico.

2.7 Resultados:

- Expedir un certificado médico a la población solicitante, sobre todo a la más vulnerable y no derechohabiente.

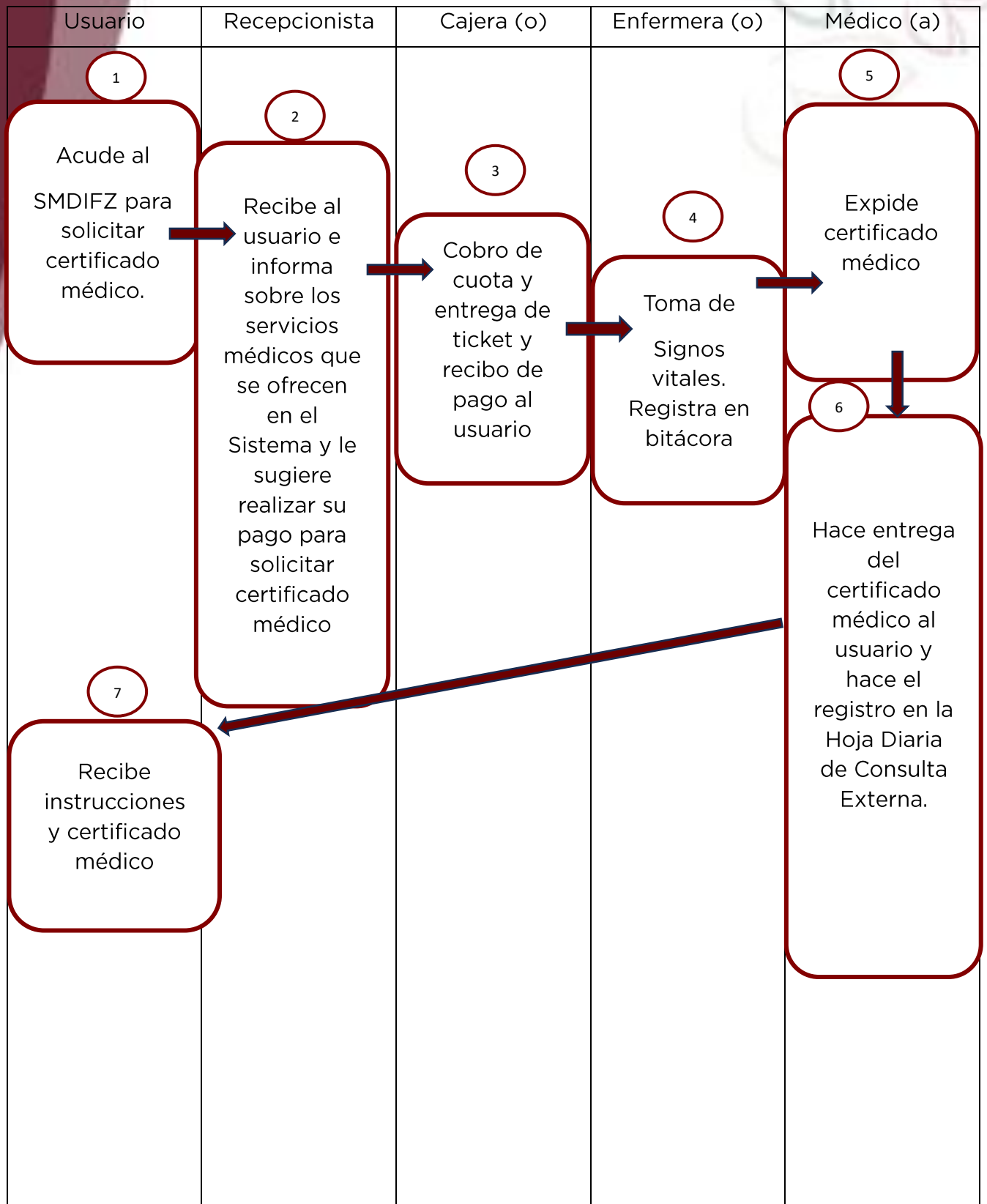
2.8 Políticas:

- La Clínica Materno DIF Zimapán proporcionará atención médica a la población abierta cuando requiere un certificado médico, apegados a los lineamientos del presente procedimiento.
- Se deberá brindar atención médica a todos los usuarios que lo soliciten.
- La atención médica que se proporcione, deberá apegarse a los estándares de calidad que señale las normas en materia de salud.
- El personal de enfermería colaborará en la exploración médica del usuario, en caso de ser menor de edad.
- Se prestará únicamente el servicio médico de primer nivel.
- No se brindará atención a personas que se encuentren en estado de ebriedad o con consumo de sustancias tóxicas.

2.9 Desarrollo:

NO.	PUESTO Y ÁREA:	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:
1	Usuario	Se presenta al Sistema Municipal DIF y solicita información en recepción acerca del servicio de certificado médico.
2	Recepcionista	Recibe al usuario e informa sobre los servicios médicos que se ofrecen en el Sistema y le sugiere realizar su pago para solicitar el certificado médico.
3	Cajera/o	Realiza cobro de la cuota de recuperación del certificado médico; expide y proporciona recibo de pago.
4	Enfermera/o de turno	Toma signos vitales, somatometría y registra los datos para presentarlos al médico; indica al usuario pasar a la sala de espera para que lo llamen. Registra la consulta en la bitácora.
5	Médico de turno en Consulta Externa	Otorgada la atención médica y después de la exploración física y verbal, expide el certificado médico.
6	Usuario	Recibe certificado médico.

2.10 Diagramación:



2.11 Medición.

Número de certificados médicos programados

x 100%

Número de certificados médicos otorgados

2.12 Formatos e instructivos.

The diagram shows a medical certificate form with 20 numbered callouts pointing to specific fields:

- 1: FOLIO
- 2: DIF TEOLOYUCAN 2025-2027 logo
- 3: Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan 2025-2027
- 4: Clínica Materno Zimapan
- 5: CERTIFICADO MÉDICO
- 6: A QUIEN CORRESPONDA PRESENTE.
- 7: Se certifica que el día _____ de _____ de _____, se presentó
- 8: el paciente _____ de _____ años de edad
- 9: al cual se le encontraron los siguientes parámetros:
- 10: PESO _____ AGUDEZA VISUAL O/D _____ O/I _____
- 11: TALLA _____ AGUDEZA AUDITIVA _____
- 12: T/A _____ ESTADO NUTRICIONAL _____
- 13: ALERGIAS _____ GRUPO SANGUÍNEO _____
- 14: ÍNDICE DE MASA CORPORAL _____
- 15: DEFECTOS POSTURALES _____
- 16: APTO PARA DESEMPEÑAR ACTIVIDADES FÍSICAS _____
- 17: OBSERVACIONES _____
- 18: DIAGNOSTICÁNDOSE _____
- 19: ATENTAMENTE.
- 20: NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

Additional information at the bottom of the form includes:
Avenida Morelia, s/n, Zimapan, Teoloyucan, Estado de México.
Teléfono: (593) 918 6093

INSTRUCTIVO CERTIFICADO MÉDICO.

1. Folio.
2. Día.
3. Mes.
4. Año.
5. Nombre del paciente.
6. Edad.
7. Peso.
8. Agudeza visual.
9. Talla.
10. Agudeza auditiva.
11. T/A.
12. Estado nutricional.
13. Alergias.
14. Grupo sanguíneo.
15. Índice de masa corporal.
16. Defectos posturales.
17. Apto para desempeñar actividades físicas.
18. Observaciones.
19. Diagnostico.
20. Nombre, firma y número de cédula profesional del médico.
21. Valoración dental.
22. Diagnóstico de maxilar superior.
23. Diagnóstico de maxilar inferior.
24. Diagnostico final.
25. Tratamiento.
26. Indicador de caries.



Nombre del Procedimiento:

3. CONSULTA MÉDICA DE URGENCIAS

3.1 Objetivo:

- Ofrecer servicios de atención médica de calidad en el área de urgencias en consideración a las necesidades de la población facilitando el acceso a unidades de segundo nivel, de ser necesario, para la recuperación y preservación del continuo de salud, de conformidad con los lineamientos técnicos en la materia, emitidos por las autoridades correspondientes.

3.2 Alcance:

- Director, médicos generales y/o médico especialista, jefatura de enfermería, personal de enfermería, recepcionista, cajera y usuarios.

3.3 Referencias:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4, 5 de febrero de 1917.
- Ley General de Salud, Artículo 1, 1 Bis y 2, 7 de febrero de 1984, última reforma 15 de enero del 2014.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Artículo 8, 14 de mayo de 1986.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México, Artículos 2 al 9 y 11 Fracción I, VI, Gaceta de Gobierno del Estado de México, 7 de septiembre de 2010, reformas y adiciones.
- Ley que Crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, denominados, "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de .la Familia". Gaceta de Gobierno del Estado de México, Capítulo Primero, Artículo 3 Fracción I, II y IV 16 de julio de 1985, reformas y adiciones.
- Reglamento de Salud del Estado de México. Publicado en el Periódico Oficial "Gaceta de Gobierno", el 13 de marzo del 2002.
- Norma Oficial NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, publicada el 15 de noviembre de 2012.
- Bando Municipal de Teoloyucan 2025.
- Manual de Organización del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan 2025.

- Reglamento Orgánico del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan.

3.4 Responsabilidades:

Director:

- Coordina, supervisa y verifica que se otorguen servicios médicos que permitan la atención integral de los usuarios que así lo requieran, de acuerdo con la normatividad vigente en materia.

Médico de turno y/o Médico Especialista:

- Ofrecer la atención médica al usuario bajo el modelo de atención de primer nivel.
- Orientar al paciente acerca de su situación de salud.
- Expedir receta médica con el tratamiento adecuado a las necesidades del paciente.
- Solicitar el servicio de enfermería de ser necesario.
- Referir al paciente a instituciones de segundo y tercer nivel de ser necesario.

Jefa de enfermeras:

- Coordina, supervisa y verifica que los servicios de enfermería atención de salud integral a los usuarios que así lo requieran, de acuerdo con la normatividad vigente en la materia.

Enfermera (o) de turno:

- Realizar la toma, el registro, evaluación inicial de signos vitales y clasificar al paciente de acuerdo con el sistema triage.
- Participar de forma activa con el médico durante la atención del paciente durante la valoración de urgencias y los procedimientos que se realicen.

Recepcionista:

- Brindar información acerca de los servicios que se ofrecen en la unidad de salud de la Clínica Materno DIF Zimapán.

Cajera/o:



- Emitir recibo de pago y percibir las cuotas de recuperación que corresponden a cada servicio otorgado.

3.5 Definiciones:

- Atención Médica: Conjunto de acciones que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar la salud.
- Consulta Externa: Atención médica que se otorga al usuario ambulatorio en consultorio, consiste en realizar un interrogatorio y exploración física para integrar un diagnóstico.
- Urgencia: Es una situación que no amenaza de forma inminente la vida del enfermo, ni hace peligrar ninguna parte vital de su organismo o si lo hace es en el transcurso de varias horas.
- Emergencia: Situación que hace peligrar de manera inminente la vida del enfermo por lo que debe recibir asistencia sanitaria de la forma más precoz posible
- Usuario: Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de los servicios de atención médica.

3.6 Insumos:


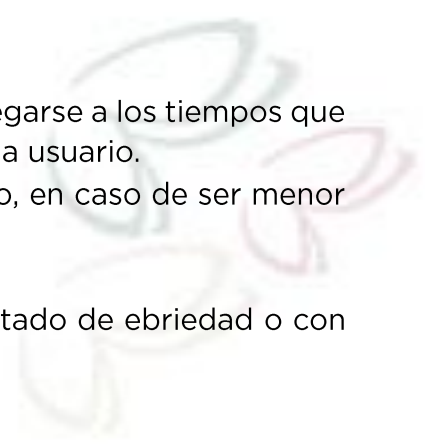
- Solicitud de un servicio médico, medicamento, material de consumo e instrumental que permita estabilizar al paciente.

3.7 Resultados:

- Brindar atención médica oportuna y eficaz que permita estabilizar y mantener la vida del paciente, facilitar su traslado a unidades de segundo y tercer nivel de ser necesario.

3.8 Políticas:

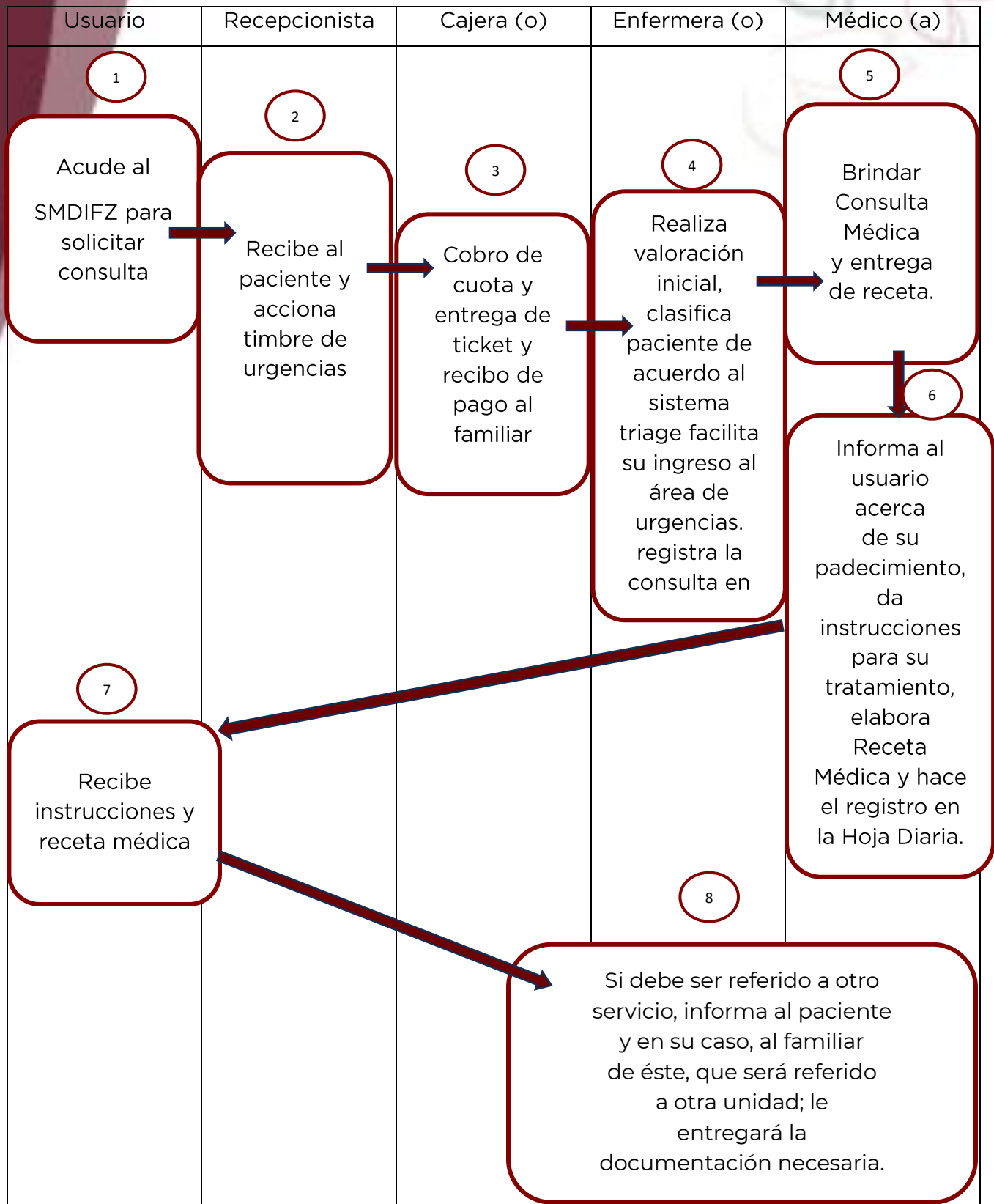
- La Clínica Materno DIF Zimapán proporcionará atención médica a la población abierta cuando así lo requiera a través de la valoración de urgencias, apegados a los lineamientos del presente procedimiento.
- Se deberá brindar atención médica a todos los usuarios que lo soliciten.
- La atención médica que se proporcione, deberá apegarse a los estándares de calidad que señale las normas en materia de salud.

- 
- 
- El médico tratante y el personal auxiliar en salud, deberán apegarse a los tiempos que asignen las autoridades competentes para la atención de cada usuario.
 - La enfermera colaborará en la exploración médica del usuario, en caso de ser menor de edad y si es adulto mayor un familiar.
 - Se prestará únicamente el servicio médico de primer nivel.
 - No se brindará atención a personas que se encuentren en estado de ebriedad o con consumo de sustancias tóxicas.

3.9 Desarrollo.

NO.	PUESTO Y ÁREA:	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:
1	Usuario	Se presenta al Sistema Municipal DIF por si mismo o por familiares, acciona el timbre, personal médico y enfermería acude a su valoración inicial. Ingresa al área de urgencias
2	Recepcionista	Sugiere al familiar realizar su pago correspondiente a la atención brindada. Registra la consulta en la bitácora.
3	Cajera/o	Realiza cobro de la cuota de recuperación de la consulta médica y expide y proporciona recibo de pago.
4	Enfermera/o de turno	Toma signos vitales, somatometría y registra los datos para presentarlos al médico; realiza procedimientos necesarios propios de su área y asiste a personal médico a cargo. Registra la consulta en la bitácora.
5	Médico de turno	Otorgada la atención médica y después de la exploración física y verbal determina si el paciente debe ser referido o no, a otra unidad.
6	Médico de turno	Si el usuario no debe ser referido a otra unidad, informa al usuario acerca de su padecimiento, da instrucciones para su tratamiento, elabora Receta Médica y hace el registro en la Hoja Diaria de Consulta Externa.
7	Usuario	Recibe instrucciones y receta médica y en su caso, se dirige a la farmacia, en su defecto sigue indicaciones para traslado.
8	Médico de turno en Consulta Externa y/o Médico Especialista	Si debe ser referido a otro servicio, informa al paciente y en su caso, al familiar de éste, que será referido a otra unidad; gestiona y acompaña el traslado u orienta a paciente y familiares para traslado por sus propios medios. le entregará la documentación necesaria (Hoja de Referencia y Contra Referencia, Solicitud de Laboratorio, Solicitud de Gabinete, Solicitud de Interconsulta, etcétera). Comunica lo anterior a la enfermera/o.

3.10 Diagramación.



3.11 Medición.

Número de consultas programadas

x 100 %

Número de consultas otorgadas

3.12 Formatos e Instructivos.

FORMATOS

Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
Teoloyucan, Estado de México
Clínica Materno DIF Zimapan

CONSULTA DE URGENCIAS

DIF
TEOLOYUCAN
2000 - 2027

1	ESTADO MEDICA	2	SEXO DEL PACIENTE	
3	FECHA DE ELABORACIÓN	4	HORA DE ELABORACIÓN	
6	I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN		5	TIPO DE INTERROGATORIO: <input type="checkbox"/> DIRECTO <input type="checkbox"/> INDIRECTO
9	NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))	7	RESIDENCIA	
12	FECHA DE NACIMIENTO	8	OCUPACIÓN DE LA O DEL PACIENTE	
13	II. PROCEDENCIA		11	TIENEN SU CASO, LUGAR DE TRABAJO: <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
14	14 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA O DEL PACIENTE		13	TIENEN SU CASO, LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE
15	16 DIRECCIÓN		15	15 PARENTESCO CON EL PACIENTE
17	17 TELÉFONO		17	
18	18 I. ANTECEDENTES RELACIONADOS CON LA URGENCIA			
19	18 II. PADECIMIENTO ACTUAL			
20	20 IV. SIGNOS VITALES			
21	21 VI. EXPLORACIÓN FÍSICA			
22	22 V. RESULTADOS DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS			
23	23 VII. DIAGNÓSTICO (S) PRE-SUNCIONAL (E S) (PRINCIPAL Y OTRO S)			
24	24 VIII. TRATAMIENTO REALIZADO			
25	25 IX. URGENCIA CALIFICADA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	26	26 X. CASO MÉDICO LEGAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
27	27 I. NOMBRE Y FIRMA DE LA O DEL PACIENTE O PARIENTE AL QUE SE LE NOTIFICA QUE ES UN CASO MÉDICO LEGAL	28	27 II. NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE EN CASO DE FALLECIMIENTO DE UN PACIENTE MENOR DE EDAD O CON CAPACIDADES ORIENTADAS	
29	27 III. DESTINO: <input type="checkbox"/> OBSERVACIÓN <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> REFERENCIA <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA <input type="checkbox"/> TRASLADO <input type="checkbox"/> DEFUNCIÓN	30	27 IV. SE NOTIFICÓ AL MINISTERIO PÚBLICO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
31	27 V. NOMBRE Y FIRMA PERSONAL MÉDICO TRASPANTE			

INSTRUCTIVO CONSULTA DE URGENCIA.


1. Nombre de Unidad Médica.
2. Número de expediente.
3. Fecha de elaboración.
4. Hora de elaboración.
5. Tipo de interrogatorio.
6. Nombre del paciente.
7. Estado civil.
8. Genero.
9. Fecha de nacimiento.
10. Ocupación del paciente.
11. En su caso, lugar de trabajo.
12. Procedencia.
13. En su caso lugar de procedencia.
14. Nombre del responsable del paciente.
15. Parentesco con el paciente.
16. Domicilio.
17. Teléfono.
18. Antecedentes relacionados con la urgencia.
19. Padecimiento actual.
20. Signos vitales.
21. Exploración física.
22. Resultados de laboratorio, gabinete y otros.
23. Diagnostico.
24. Tratamiento realizado.
25. Urgencia calificada.
26. Caso médico legal
27. Nombre y firma del paciente.
28. Nombre y firma del responsable en caso de ser menor de edad.
29. Destino.
30. Nombre y firma en caso de alta voluntaria.
31. Nombre y firma del personal médico tratante.



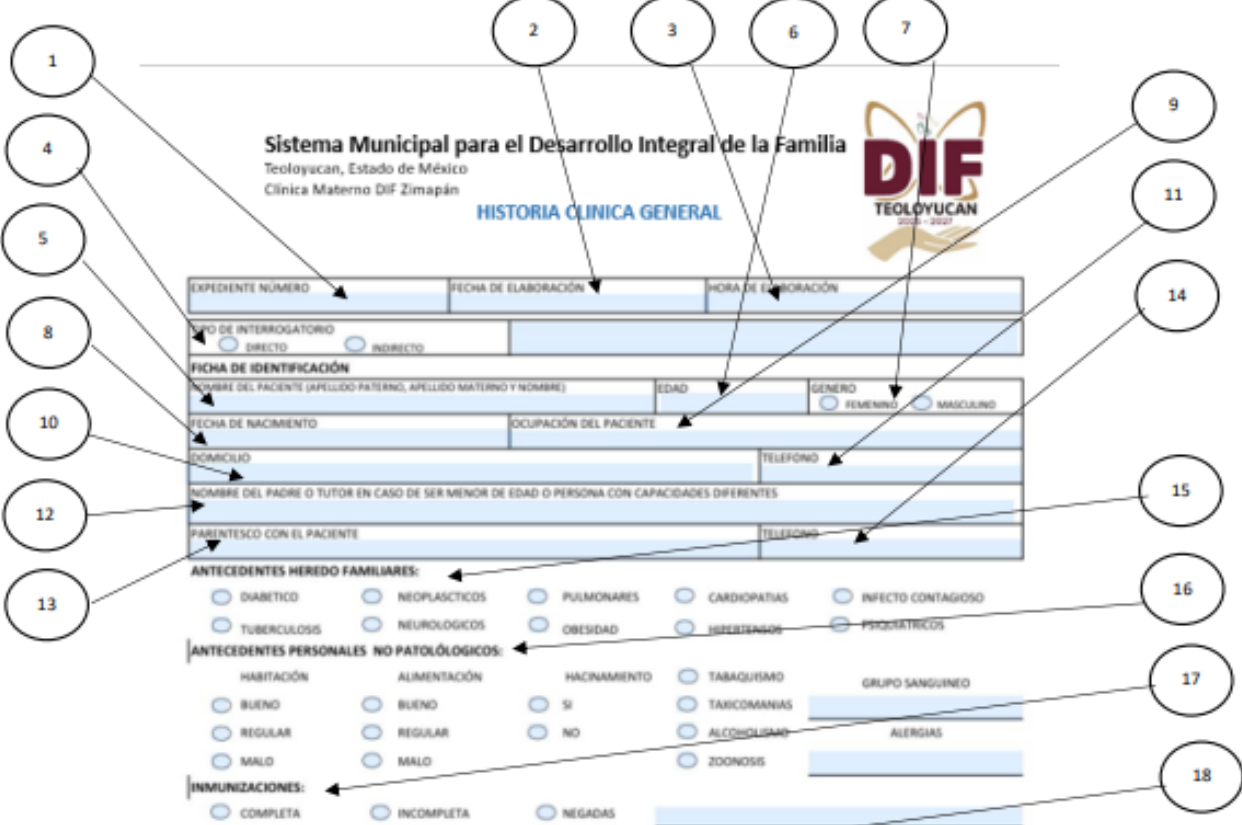


Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
 Teoloyucan, Estado de México
 Clínica Materno DIF Zimápán

HISTORIA CLINICA GENERAL


DIF
 TEOLUYUCAN
 2008 - 2017

EXPEDIENTE NUMERO	FECHA DE ELABORACIÓN	HORA DE ELABORACIÓN
TIPO DE INTERROGATORIO <input type="radio"/> DIRECTO <input type="radio"/> INDIRECTO		
FICHA DE IDENTIFICACIÓN NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE) EDAD GENERO <input type="radio"/> FEMENINO <input type="radio"/> MASCULINO		
FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN DEL PACIENTE	
DOMICILIO		TELÉFONO
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR EN CASO DE SER MENOR DE EDAD O PERSONA CON CAPACIDADES DIFERENTES		
PARIENTESCO CON EL PACIENTE		TELÉFONO
ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: <input type="radio"/> DIABÉTICO <input type="radio"/> NEOPLÁSTICOS <input type="radio"/> PULMONARES <input type="radio"/> CARDIOPATÍAS <input type="radio"/> INFECCION CONTAGIOSO <input type="radio"/> TUBERCULOSIS <input type="radio"/> NEUROLÓGICOS <input type="radio"/> OBESIDAD <input type="radio"/> IBERESTENASIS <input type="radio"/> PSIQUIÁTRICOS		
ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS: HABITACIÓN ALIMENTACIÓN HACNAMIENTO TABAQUISMO GRUPO SANGUINEO <input type="radio"/> BUENO <input type="radio"/> BUENO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> TABICOMANIAS <input type="radio"/> REGULAR <input type="radio"/> REGULAR <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ALCOHOLISMO ALERGIAS <input type="radio"/> MALO <input type="radio"/> MALO <input type="radio"/> ZONOSIS		
INMUNIZACIONES: <input type="radio"/> COMPLETA <input type="radio"/> INCOMPLETA <input type="radio"/> NEGADAS		
OBSERVACIONES		
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: Enfermedades Exantemáticas Diabéticos o Metabólicos Hipertensivos Cardiopatías Cáncer Osteoporosis Traumatismos Transfusiones EVC Alérgicos Infectocontagiosos Otros		





19 **ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:**

20 Menarca Ritmo Dismenorea LVSA

Compañeros Sexuales Actividad Sexual

Gesta Para Abortos Cesarea Ectópicas

FUR FUC FUA DOC

FUR IPP Lactancia MPF

Observaciones

21

22 **ANTECEDENTES FAMILIARES:**

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

EXPLORACIÓN FÍSICA:

T.A. F.C. F.R. Temp. Peso Talla S. O2

Cabeza y Cuello:

Torax:

Abdomen:

Genitales:

Extremidades:

Columna:

23 Anexos:

24

Examen de Laboratorio

25

Examen de Gabinete

26

Diagnostico

Tratamiento

Pronóstico

27

28

Nombre, Firma y Cedula del Médico Tratante

INSTRUCTIVO HISTORIA CLÍNICA GENERAL


1. Expediente número.
2. Fecha de elaboración.
3. Hora de elaboración.
4. Tipo de interrogatorio.
5. Nombre del paciente.
6. Edad.
7. Género.
8. Fecha de nacimiento.
9. Ocupación del paciente
10. Domicilio.
11. Teléfono.
12. Nombre del padre o tutor si es menor de edad.
13. Parentesco.
14. Teléfono.
15. Antecedentes heredo familiares
16. Antecedentes personales no patológicos
17. Inmunizaciones.
18. Antecedentes personales patológicos.
19. Antecedentes gineco-obstétricos.
20. Antecedentes familiares.
21. Interrogatorio por aparatos y sistemas.
22. Exploración física y signos vitales.
23. Examen de laboratorio.
24. Examen de gabinete.
25. Diagnostico.
26. Tratamiento.
27. Pronostico.
28. Nombre, firma y cédula del médico tratante.





Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
Teoloyucan, Estado de México
Clínica Materno DIF Zimapan

HOJA DE INTERNAMIENTO



1 Nombre del paciente: _____

2 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer

3

4

5 Fecha de ingreso: _____ Hora de ingreso: _____

6 PNP: _____ Alergias: _____ Grupo sanguíneo: _____

7

8 IAH: _____ APP: _____

9

10 IGO: _____

Indicaciones prequirúrgicas y medicas

11 Dieta:

12 Soluciones:

13 Medidas generales:

14 Ayuna:

15 Solucion:

Indicaciones para el hospital

Preparar para el siguiente evento quirúrgico:

Medicamentos:

16 Los laboratorios deben ser entregados en copias de Ingreso.

Nombre y firma del médico tratante

INSTRUCTIVO HOJA DE INTERNAMIENTO.

1. Nombre del paciente.
2. Fecha de nacimiento.
3. Edad.
4. Genero.
5. Diagnostico.
6. Fecha De ingreso.
7. Hora de ingreso.
8. Antecedentes personales no patológicos.
9. Alergias.
10. Grupo sanguíneo.
11. Antecedentes heredo familiares.
12. Antecedentes personales patológicos.
13. Antecedentes gineco- obstétricos.
14. Indicaciones.
15. Indicaciones para el hospital.
16. Nombre, firma y cédula del médico tratante.





Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
Teoloyucan, Estado de México
Clínica Materno DIF Zimapan

HOJA FRONTAL



1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer

Domicilio: _____ No. Expediente: _____

Estado Civil: _____ Escolaridad: _____ Teléfono: _____

No. De cama: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

Diagnostico de ingreso:

Terapéutica Empleada:

Diagnósticos finales:

Médico (s) tratante (s):	
Nombre completo:	Firma:

INSTRUCTIVO HOJA FRONTAL

1. Nombre del paciente.
2. Fecha de nacimiento.
3. Edad.
4. Genero.
5. Domicilio.
6. Expediente.
7. Estado civil.
8. Escolaridad.
9. Teléfono.
10. Número de cama.
11. Fecha de ingreso.
12. Fecha de egreso.
13. Diagnóstico de ingreso.
14. Terapéutica empleada.
15. Diagnósticos finales.
16. Nombre completo del médico (s) tratante (s).
17. Firma del médico (s) tratante (s).





Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
Teoloyucan, Estado de México Clínica
Materno DIF Zimapan
Consentimiento Informado

DIF
TEOLOYUCAN
2001-2007

1 NOMBRE DEL PACIENTE

2 EXPEDIENTES

3 FECHA

4 FECHA NACIMIENTO

5 SEXO HOMBRE MUJER

6 DIRECCIÓN

7 TELÉFONO

8 NOMBRE DEL PADRE O TUTOR EN CASO DE SER MENOR DE EDAD O PERSONA CON CAPACIDADES DIFERENTES

9 PARENTESCO CON EL PACIENTE

10 DIRECCIÓN

11 TELÉFONO

12 Autorizo al personal Médico del Servicio de _____, quienes me han indicado que debo someterme a estudio y/o tratamiento médico o intervención quirúrgica, por tener el diagnóstico de: _____; por lo que se me realizará la intervención quirúrgica de: _____.

13 Estoy enterado de que podré necesitar la aplicación de diferentes medicamentos, transfusiones de sangre o sus derivados y soluciones intravenosas si se consideran indispensables para el manejo o estudio de mi padecimiento, evitar infecciones o tratarlas si ya existen.

14 Sé que cualquier medicamento puede presentar reacciones secundarias indeseables, y le he informado a los médicos que soy alérgico a los siguientes medicamentos y/o sustancias:

15 _____

16 _____

17 Estoy enterado que, al estar internado en el Hospital, para el estudio y/o tratamiento de mi enfermedad se deberán realizar diferentes pruebas de Laboratorio, Gabinete y los que se lleven a cabo en otros lugares de estudios especializados.

18 Habiendo sido informado ampliamente de los procedimientos que se me van a practicar; autorizo al médico adscrito y a los médicos asistentes que él designe para que me realicen todos los estudios, tratamientos o intervención quirúrgica programada, por lo que doy mi consentimiento para que se me apliquen los medicamentos, anestésicos, soluciones, hemoderivados y sustancias que se requieran; así también, autorizo para que se realice cualquier otro procedimiento que se juzgue conveniente y necesario para mejorar mi salud.

19 En caso de ser menor de edad, o incapacitado, doy mi consentimiento ya que soy _____ del paciente.

20 Nombre y firma Del médico tratante: _____

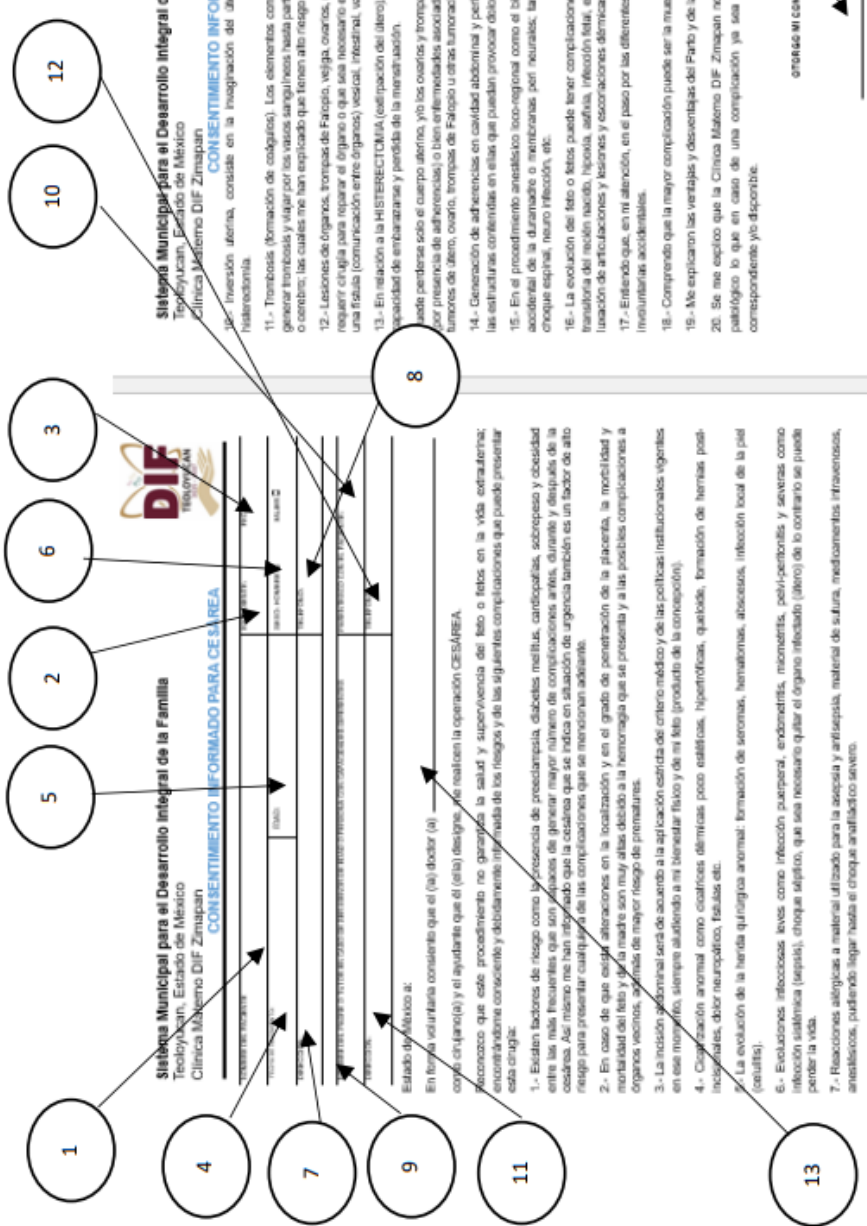
21 Nombre y firma del paciente: _____

Testigo: _____

Testigo: _____

INSTRUCTIVO CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Nombre del paciente.
2. Expediente.
3. Fecha.
4. Fecha de nacimiento.
5. Edad.
6. Género.
7. Dirección
8. Teléfono.
9. Nombre del padre o tutor en caso de ser menor de edad.
10. Parentesco con el paciente.
11. Dirección.
12. Teléfono.
13. Nombre de la clínica.
14. Diagnóstico.
15. Procedimiento quirúrgico a realizar.
16. Descripción de medicamentos al que es alérgico el paciente.
17. Nombre del paciente en caso de ser menor de edad o incapacitado.
18. Nombre y firma del médico tratante.
19. Firma de Testigo del médico tratante.
20. Nombre y firma del paciente
21. Firma del testigo del paciente.



Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
 Teotihuacan, Estado de México
 Clínica Máximo DIF Zimapan

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CESAREA

11.- Trombosis (formación de coágulos). Los elementos como la sangre, la grasa, el líquido amniótico, son capaces de generar tromboembolia y viajar por las venas sanguíneas hasta partes distantes como las extremidades (piernas, brazos), pulmón o cerebro; las cuales me han explicado que tienen alto riesgo de mortalidad y morbilidad.

12.- Lesiones de órganos, trompas de Falopio, vejiga, ovarios, uréteres, intestino delgado o grueso, vasos pélvicos, pudiendo requerir cirugía para reparar el órgano o que sea necesario el parto. Además, existe la posibilidad de presentar una fistula (comunicación entre órganos) vesical, intestinal, vaginal o rectal.

13.- En relación a la HISTERECTOMIA (extirpación del útero), me explicaron y entiendo que existe pérdida de la fertilidad o incapacidad de embarazar y pérdida de la menstruación.

14.- Generación de adherencias en calidad abdominal y peritoneal, que son formación de uniones de tejido fibroso, entre las estructuras contenidas en ellas que pueden provocar dolor, peritonitis intestinal, estenosis entre otras complicaciones.

15.- En el procedimiento anestesico loco-regional como el bloqueo peridural o sub aracnoideo, puede presentarse lesión accidental de la duramadre o membranas por neurales; también puede presentarse abstracción masiva del anestésico, choque espinal, neuro infección, etc.

16.- La evolución del feto o fetus puede tener complicaciones como síndrome de adaptación pulmonar como taquipnea transitoria del recién nacido, hipoxia, asfisia, infección fetal, eritropoiesis placentaria, fracturas de clavícula o de hueso, laceración de articulaciones y fracturas y escoriaciones dérmicas.

17.- Entiendo que, en mi atención, en el paso por las diferentes áreas transportadas arriba de la camilla, pueden existir caídas involuntarias accidentales.

18.- Comprendo que la mejor complicación puede ser la muerte fetal o materna.

19.- No explicaron las ventajas y desventajas del Parto y de la Cesárea.

20. Se me explicó que la Clínica Máximo DIF Zimapan no cuenta con terapia intensiva adyacente neonatal y curso patológico lo que en caso de una complicación ya sea materna o del recién nacido se trasladará al hospital correspondiente y/o disponible.

Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
 Teotihuacan, Estado de México
 Clínica Máximo DIF Zimapan

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CESAREA

1.- Existen factores de riesgo como la presencia de preeclampsia, diabetes mellitus, cardiopatías, sobrepeso y obesidad entre las más frecuentes que son factores de generar mayor número de complicaciones antes, durante y después de la cesárea. Así mismo me han informado que la cesárea que se indica en situación de urgencia también es un factor de alto riesgo para presentar cualquier de las complicaciones que se mencionan adelante.

2.- En caso de que existieran alteraciones en la localización y en el grado de penetración de la placenta, la movilidad y morbilidad del feto y/o la madre son muy altas debido a la hemorragia que se presenta y a las posibles complicaciones a órganos vecinos, así como de mayor riesgo de primarios.

3.- La incisión abdominal será de acuerdo a la aplicación estricta del criterio médico y de las políticas institucionales vigentes en ese momento, siempre atendiendo a mi bienestar físico y de mi feto (producto de la concepción).

4.- Clasificación animal como coágulos dérmicos poco elásticos, hipertóxicos, quebados, formación de hernias, post-ictéricos, dolor neuropático, ícterus, etc.

5.- La evolución de la herida quirúrgica animal: formación de seromas, hematomas, abscesos, infección local de la piel (celulitis).

6.- Evoluciones infecciosas leves como infección puerperal, endometritis, micrometis, povi-peritonitis, y severas como infección sistémica (sepsis), choque séptico, que sea necesario quitar el órgano infectado (útero) de lo contrario se puede perder la vida.

7.- Reacciones alérgicas a material utilizado para la anestesia y antiseptia, material de sutura, medicamentos intravenosos, anestésicos, pudiendo llegar hasta el choque anafiláctico severo.

8.- Quemaduras térmicas (por equipos de electrocoagulación, litotripsy) o químicas (sustancias de asepsia y antisépticas) de alguna parte del cuerpo, abdomen, glteos o piernas.

9.- Avenia aguda secundaria a hemorragia abundante por falta de tono uterino. Incremento de la vascularidad del útero lesión de estructuras vasculares, pudiendo progresar a la hemorragia incoercible con la necesidad imperiosa de transfundir hemoderivados, así como la necesidad de realizar diseminación selectiva del útero, ligadura de arterias hipogastricas, histerectomía (extirpación del útero), empacajamiento hemostático del hueso pélvico y posibles reintervenciones quirúrgicas.

INSTRUCTIVO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CESÁREA.

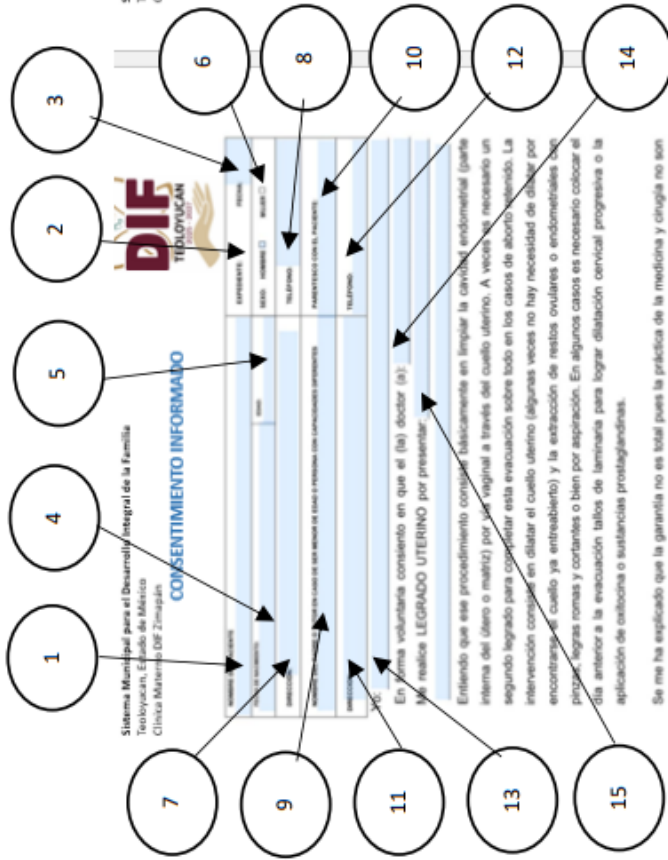
1. Nombre del paciente.
2. Expediente.
3. Fecha.
4. Fecha de nacimiento.
5. Edad.
6. Género.
7. Dirección.
8. Teléfono.
9. Nombre del padre o tutor en caso de ser menor de edad o persona con capacidades diferentes.
10. Parentesco con el paciente.
11. Dirección
12. Teléfono.
13. Nombre del médico.
14. Nombre y firma del paciente.
15. Nombre y firma del testigo del paciente.
16. Nombre y firma del testigo del paciente.



INSTRUCTIVO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTO

1. Nombre del paciente.
2. Fecha.
3. Expediente.
4. Fecha de nacimiento.
5. Edad.
6. Teléfono.
7. Dirección.
8. Nombre del padre o tutor en caso de ser menor de edad o persona con discapacidad.
9. Parentesco.
10. Teléfono.
11. Dirección.
12. Nombre y firma del testigo.
13. Nombre y firma del paciente.
14. Nombre y firma del testigo.





CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
Tetoluyucan, Estado de México
Clínica Materno DF Zimapan



En mi caso particular, el (la) doctor (a) me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesia.

Entiendo que el material que se saque podrá ser sometido a estudio anatómopatológico ya sea por medios propios o donde el médico designe.

He entendido los cuidados que debo tener antes y después, estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible intervención que conlleva el procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consento que se me realice **LEGRADO UTERINO**.

OTORGO MI CONSENTIMIENTO

TESTIGO

TESTIGO

TESTIGO

TESTIGO

Se me ha explicado que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y tu cirugía no son una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y tu pericia en buscar obtener el mejor resultado.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, tales como: infecciones (urinarias, uterinas, de las trompas...), hemorragias con la posible necesidad de transfusión sanguínea intra o postoperatoria, perforación de útero, persistencia de restos, abscesos, dolor pélvico, adherencias (pélvicas o intrauterinas). También se me informó la posibilidad de complicaciones severas como infertilidad, infundicididad, pelvis peritonitis, tromboembolia que, aunque son poco frecuentes, representan como en toda intervención quirúrgica un riesgo excepcional de perder la vida, derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.


INSTRUCTIVO CONSENTIMIENTO INFORMADO.

1. Nombre del paciente.
2. Expediente.
3. Fecha.
4. Fecha de nacimiento.
5. Edad.
6. Género.
7. Dirección.
8. Teléfono.
9. Nombre del padre o tutor en caso de ser menor de edad o persona con discapacidad.
10. Parentesco con el paciente.
11. Dirección.
12. Teléfono.
13. Nombre del paciente.
14. Nombre del médico.
15. Nombre del diagnóstico.
16. Descripción de riesgos adicionales.
17. Nombre y firma del paciente.
18. nombre y firma del testigo





Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
 Teoloyucan, Estado de México
 Clínica Materno DIF Zimapán
AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA DE ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA



Nombre del paciente	Escriba aquí	Escriba aquí	Escriba aquí	Escriba aquí
Fecha de nacimiento	EDAD	SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER		
Teléfono	TELÉFONO			
<small>Indique el Poder si existe en caso de ser necesario de acuerdo a la Ley de Capacitación Profesional</small>			<small>Indique el Poder si existe en caso de ser necesario</small>	
Teléfono	TELÉFONO			

Autorizó al personal de la Clínica Materno DIF, Zimapán, para que se me realice el procedimiento quirúrgico de **OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL**.

Estoy enterada que:

- Existen métodos anticonceptivos temporales que puedo utilizar para planificar mi familia.
- La **OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL** es una operación quirúrgica y sus detalles, ventajas y riesgos me han sido explicados ampliamente.
- La **OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL** es un método anticonceptivo permanente y ya no podré tener más hijos. También se me ha explicado que el procedimiento puede fallar en algunas ocasiones, por causas no atribuibles al personal médico.
- Puedo desistir del procedimiento en cualquier momento, antes de que se me realice la operación y como resultado de ello, no se me negarán los servicios médicos de salud ni los demás beneficios que la institución otorgue.

 Nombre y firma de la paciente

 Nombre y firma del médico

 Nombre y firma del médico

INSTRUCTIVO AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA DE ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA.



1. Nombre del paciente.
2. Expediente.
3. Fecha.
4. Fecha de nacimiento.
5. Edad.
6. Género.
7. Dirección.
8. Teléfono.
9. Nombre del padre o tutor en caso de ser menor de edad o persona con discapacidad.
10. Parentesco con el paciente.
11. Dirección.
12. Teléfono.
13. Nombre y firma del paciente.
14. Nombre y firma del testigo

INSTRUCTIVO NOTAS DE EVOLUCIÓN.

1. Nombre del paciente.
2. Expediente.
3. Fecha de nacimiento.
4. Edad.
5. Genero.
6. Fecha y hora.
7. Notas médicas.



INSTRUCTIVO HOJA DE INDICACIONES MÉDICAS.

1. Nombre del paciente.
2. Expediente.
3. Fecha de nacimiento.
4. Edad.
5. Genero.
6. Fecha y hora.
7. Indicaciones médicas.





1

2

6

7

3

Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
Teoloyucan, Estado de México
Clínica Materno DIF Zimapan

NOTAS DE INGRESO



4

Fecha: _____ Hora: _____ No. De Expediente: _____

5

Nombre del paciente: _____

8

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer

Diagnostico: _____

9

Signos vitales:						
SPO2	Temp.	T/A	Frec. C.	Frec. R.	Peso	Talla:

10

Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso.

11

Estudios de Laboratorio, Diagnóstico y Tratamiento

12

Nombre completo, Firma y Cédula del Médico Responsable

Nota: Todas las notas médicas deberán estar firmadas por el médico adscrito del servicio.

INSTRUCTIVO NOTAS DE INGRESO.

1. Fecha.
2. Hora.
3. Expediente.
4. Nombre del paciente.
5. Fecha de nacimiento.
6. Edad.
7. Genero.
8. Diagnostico.
9. Signos vitales.
10. Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso.
11. Estudios de laboratorio, diagnóstico y tratamiento.
12. Nombre, firma y cédula del médico responsable.





Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
Teoloyucan, Estado de México
Clínica Materno DIF Zimapán

NOTA PRE-OPERATORIA

DIF
TEOLOYUCAN
2006 - 2017

No. Expediente: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer

Fecha de cirugía: _____

Diagnóstico:
Plan Quirúrgico:
Tipo de Intervención Quirúrgica:
Tipo de Riesgo Quirúrgico (Toxicomanías, etc.):
Cuidados y Plan Terapéuticos Pre-Operatorios:
Pronósticos:
Nombre completo, Firma y Cédula del Médico

Av. Morelia s/n Barrio de Zimapan, Teoloyucan Estado de México Tel: 55910248832

Annotations: 13 numbered circles with arrows pointing to various fields: 1 (No. Expediente), 2 (Institution Name), 3 (Patient Name), 4 (Title), 5 (DIF Logo), 6 (Surgery Date), 7 (Sex), 8 (Diagnosis), 9 (Surgical Plan), 10 (Surgical Intervention Type), 11 (Surgical Risk Type), 12 (Pre-operative Care), 13 (Physician Name/Signature).

INSTRUCTIVO NOTA PRE-OPERATRIA.

1. Expediente.
2. Nombre del paciente.
3. Fecha de nacimiento.
4. Edad.
5. Genero.
6. Fecha de cirugía.
7. Diagnostico.
8. Plan quirúrgico.
9. Tipos de intervención quirúrgica.
10. Tipos de riesgo quirúrgico.
11. Cuidados y plan terapéutico.
12. Pronostico.
13. Nombre, firma y cédula del médico.



Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
Tehuacan, Estado de México
Clínica Sistema DIF 21 de Septiembre

NOTA DE VALORACIÓN PRE-ANESTÉSICA

Fecha de elaboración: _____
Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer
No. De Expediente: _____

Diagnóstico Pre-Quirúrgico: _____ Procedimiento Quirúrgico: _____

Antecedentes de importancia para el procedimiento quirúrgico:
Colorectogenerativos: _____

Almorbido:	Hipertensión:	Alergias:	Transfusiones:
Anestesia:	(Cafes)?	Complicaciones:	(Cafes)?

Alimentación actual: _____
Regimen actual: _____
Observaciones: _____

Exploración física:
Peso: _____ U/A: _____ Talla: _____ FE: _____ SC: _____ FC: _____ BIC: _____ Temperatura: _____
Valoriación de vía aérea:
MALLAMPATI: Apertura Oral: _____ Cuello: _____ Extensión: _____
Trombocitopenia: _____ Atlantooccipital: _____

Observaciones: _____

Cabeza: _____
Cuello: _____
Respiratorio: _____

Cardiocrucial: _____
Sistémico: _____
Sanguinaria: _____
Enfermedades: _____
Coliema: _____
Neurólogo: _____

Fecha: _____ Laboratorio y gabinete:

Hta	Priso	Leucocitos	Fiebre	TP	TTP	IMB
Glucosa	Urea	Cr	Na	K+	Ch+	Otro: Sangüneo

ECG: Ritmo: _____ FC: _____ Otras: _____

Radiografía Tórax: _____ UGI: _____

Fecha: _____ Valoriación por Medicina Interna: _____

Goldman	RTE
Otro:	Otro:

EIA	EIB	Condición y Estado Físico	USA	USA	USA
EIA	EIB		USA	USA	USA
EIA	EIB		USA	USA	USA

Plan anestésico: _____

Nombre completo, Firma y Cédula del Médico Responsable: _____
Dr. Andrés C. Barrera de Projean, Anestesiólogo Estado de México No. 2001024882



INSTRUCTIVO NOTA DE VALORACIÓN PRE-ANESTÉSICA.

1. Fecha de elaboración.
2. Número de expediente.
3. Nombre del paciente.
4. Fecha de nacimiento.
5. Edad.
6. Sexo.
7. Diagnóstico prequirúrgico.
8. Procedimiento quirúrgico.
9. Antecedentes de importancia para el procedimiento quirúrgico.
10. Tratamiento actual.
11. Padecimiento actual.
12. Observaciones.
13. Exploración física.
14. Laboratorio y gabinete.
15. Estudios específicos.
16. Valoración por medicina interna.
17. Condición y estado físico.
18. Nombre, firma y cédula del médico



INSTRUCTIVO HOJA DE ANESTESIA.

1. Fecha de elaboración.
2. Número de expediente.
3. Nombre del paciente.
4. Genero.
5. Fecha de nacimiento.
6. Edad.
7. Intervención quirúrgica programada.
8. Diagnostico.
9. Valoración de la recuperación anestésica.
10. Agentes.
11. Complicaciones transoperatorias.
12. Complicaciones posanestésicas.
13. Diagnostico operatorio.
14. Operación realizada.
15. Observaciones.
16. Nombre y firma del responsable de anestesia.
17. Nombre del responsable de la cirugía.
18. Visto bueno de jefatura.



0505

INSTRUCTIVO KARDEX ENFERMERÍA.

1. Fecha de elaboración.
2. Número de cama.
3. Nombre del paciente.
4. Edad.
5. Genero.
6. Diagnóstico médico.
7. Nombre del médico tratante.
8. Alergias.
9. Tipo de dieta.
10. Medicamentos.
11. Vía de administración.
12. Dosis.
13. Horarios.



INDICACIONES HOJA DE CONSUMO

1. Nombre del paciente.
2. Médico especialista.
3. Fecha.
4. Procedimiento.
5. Enfermera (o).
6. Fecha entrega.
7. Material.
8. Cantidad.
9. Nombre y firma de quien elaboro.
10. Nombre y firma de quien autorizo.
11. Nombre y firma de quien recibió.



Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
 Toluca, Qro. Estado de México
 Clínica Materno-DIF Zimapan

HOJA POST-OPERATORIA

Nombre completo del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: Varón Mujer

Fecha de nacimiento: _____

1 **Diagnóstico Pre-Operatorio** **Operación Planeada**

2 **Diagnóstico Post-Operatorio** **Operación Realizada**

3 **Técnica Quirúrgica y Hábitatras Trans-Operatorias**

4 **Incidentes y Accidentes**

5 **Reporte de Gases** **Operación Realizada**

6 **Estudios de Servicios Auxiliares de Diagnósticos y Tratamiento Transoperatorios**

7 **Completos** Si No **Operación Realizada** Si No

8 **Estudios de Servicios Auxiliares de Diagnósticos y Tratamiento Transoperatorios**

9 **Completos** Si No

10 **Estudios de Servicios Auxiliares de Diagnósticos y Tratamiento Transoperatorios**

11 **Completos** Si No

12 **Estudios de Servicios Auxiliares de Diagnósticos y Tratamiento Transoperatorios**

13 **Completos** Si No

14 **Estado Post-Quirúrgico Inmediato**

15 **Postoperatorio**

16 **Procedimiento y Tratamiento Post-Operatorio**

17 **Envío de Biopsias o Papanicolaos para Examen Microscópico e Histopatológico**

18 **Otros Hallazgos de Importancia para el Paciente**

19 **Nombre, Firma y Cebilla del Personal de Salud**

Crujano: _____
 Anestesiista: _____
 Ayudante 1: _____
 Ayudante 2: _____
 Enfermera Circulante: _____
 Enfermera Instrumentalista: _____

Instructivo hoja pos-operatoria.

1. Nombre del paciente.
2. Fecha de nacimiento.
3. Edad.
4. Genero.
5. Diagnostico preoperatorio.
6. Operación planeada.
7. Diagnostico pos operatorio.
8. Operación realizada.
9. Técnica quirúrgica y hallazgos Trans operatorios.
10. Incidentes y a accidentes.
11. Reporte de gasas.
12. Operación realizada.
13. Estudio de servicios auxiliares de diagnósticos y tratamiento transoperatorios.
14. Estado posquirúrgico.
15. Pronostico.
16. Procedimiento y tratamiento post operatorio.
17. Envío de biopsias o piezas para examen macroscópico e histopatológico.
18. Otros hallazgos de importancia para el paciente.
19. Nombre, firma y cédula del personal de salud.



INSTRUCTIVO VIGILANCIA Y ATENCIÓN DEL PARTO.

1. Nombre del paciente.
2. Edad.
3. Fecha de nacimiento.
4. Fecha.
5. Hora.
6. Motivo de consulta y signos vitales.
7. Antecedentes.
8. Valoración obstétrica actual.
9. Otras condiciones de ingreso.
10. Vigilancia del trabajo de parto.
11. Atención amigable.
12. Vigilancia fetal.
13. Vigilancia materna.
14. Vigilancia del progreso de trabajo de parto.
15. Medicación.
16. Toma de decisiones.
17. Terminación del embarazo.
18. Parto eutócico.
19. Parto distócico fórceps.
20. Cesárea.
21. Características de alumbramiento.
22. Características de persona recién nacida.
23. Hipo/atomía uterina.
24. Analgesia en trabajo de parto.
25. Observaciones de placenta, cordón umbilical y revisión de conducto vaginal.
26. Observaciones de legrado.
27. Método de planificación familiar.
28. Vigilancia del puerperio inmediato.
29. Observaciones.
30. Nombre y firma del médico (a), matrícula.

INSTRUCTIVO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTO.

1. Nombre del paciente.
2. Fecha.
3. Expediente.
4. Fecha de nacimiento.
5. Edad.
6. Teléfono.
7. Dirección.
8. Nombre del padre o tutor en caso de ser menor de edad o contar con alguna discapacidad.
9. Parentesco.
10. Dirección.
11. Teléfono.
12. Nombre y forma del testigo.
13. Nombre y firma del paciente.
14. Nombre y firma del testigo.



INSTRUCTIVO HOJA DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA.

1. Nombre del paciente.
2. Edad.
3. Fecha.
4. Fecha de nacimiento.
5. Sexo.
6. Peso.
7. Alergias
8. Grupo RH.
9. Diagnostico.
10. Cirugía.
11. Tipo de anestesia.
12. Ingreso Qx.
13. Inicio de anestesia.
14. Inicio de Cx.
15. Termino Cx.
16. Termino de anestesia.
17. Salida de Qx.
18. Nombre del Cirujano.
19. Nombre del Primer ayudante.
20. Nombre del Segundo ayudante.
21. Nombre del Instrumentista.
22. Nombre del Anestesiólogo.
23. Nombre del Pediatra.
24. Preoperatorio.
25. Transoperatorio.
26. Número de gasas.
27. Número de compresas.
28. Total.
29. posoperatorio.
30. Soluciones.
31. Medicamento.
32. Valoración.



INSTRUCTIVO HOJA DE CONSUMO HOSPITALARIA.

1. Nombre del paciente.
2. Fecha de ingreso.
3. Hora de ingreso.
4. Diagnostico.
5. Nombre del médico.
6. Cantidad.
7. Nombre del medicamento





FICHA DE IDENTIFICACION DE PACIENTE

1

3

4

6

7

8

9

10

2

5

CAMA: ▲	EXP. NO. ▲
NOMBRE:	
SEXO: ▲	EDAD: ▲
FECHA DE INGRESO:	
SERVICIO:	
MEDICO ESPECIALISTA:	
DIAGNOSTICO:	
ALERGIAS:	

INSTRUCTIVO FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.

1. Cama.
2. Número de expediente.
3. Nombre del paciente.
4. Sexo.
5. Edad.
6. Fecha de ingreso.
7. Servicio.
8. Médico especialista.
9. Diagnostico.
10. Alergias.





1

Desarrollo Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
Teoloyucan, Estado de México
Clínica Materno DIF **Zimpan**



FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

2

NOMBRE:

7

3

FECHA DE NACIMIENTO:

8

4

HORA DE NACIMIENTO:

9

5

SEXO:

PESO:

TALLA:

6

APGAR:

CAPURRO:

MÉDICO ESPECIALISTA:

INSTRUCTIVO FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO.

1. Nombre del paciente.
2. Fecha de nacimiento.
3. Hora de nacimiento.
4. Sexo.
5. APGAR.
6. Médico especialista.
7. Peso.
8. Talla.
9. Capurro.





1 2 3 4 5 6 7

Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
Teoloyucan, Estado de México
Clínica Materno DIF Zimapán



FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre:		Sexo:		Estado civil:	
Edad:		Sexo:		Estado civil:	
Dirección:					
Fecha de ingreso:			Hora:		

AUTORIZACION DE INTERNAMIENTO

8 9

Por medio de la presente hago constar que por instrucciones del personal médico de esta clínica y por necesidades de mi salud he sido internado (a) en esta fecha.

Por tal motivo doy autorización para que se realice los estudios y tratamientos que se consideren necesarios para la recuperación de mi salud, acepto los riesgos y consecuencias médicas que puedan presentarse.

ATENTAMENTE

10

Va. Bo. Médico
Responsable

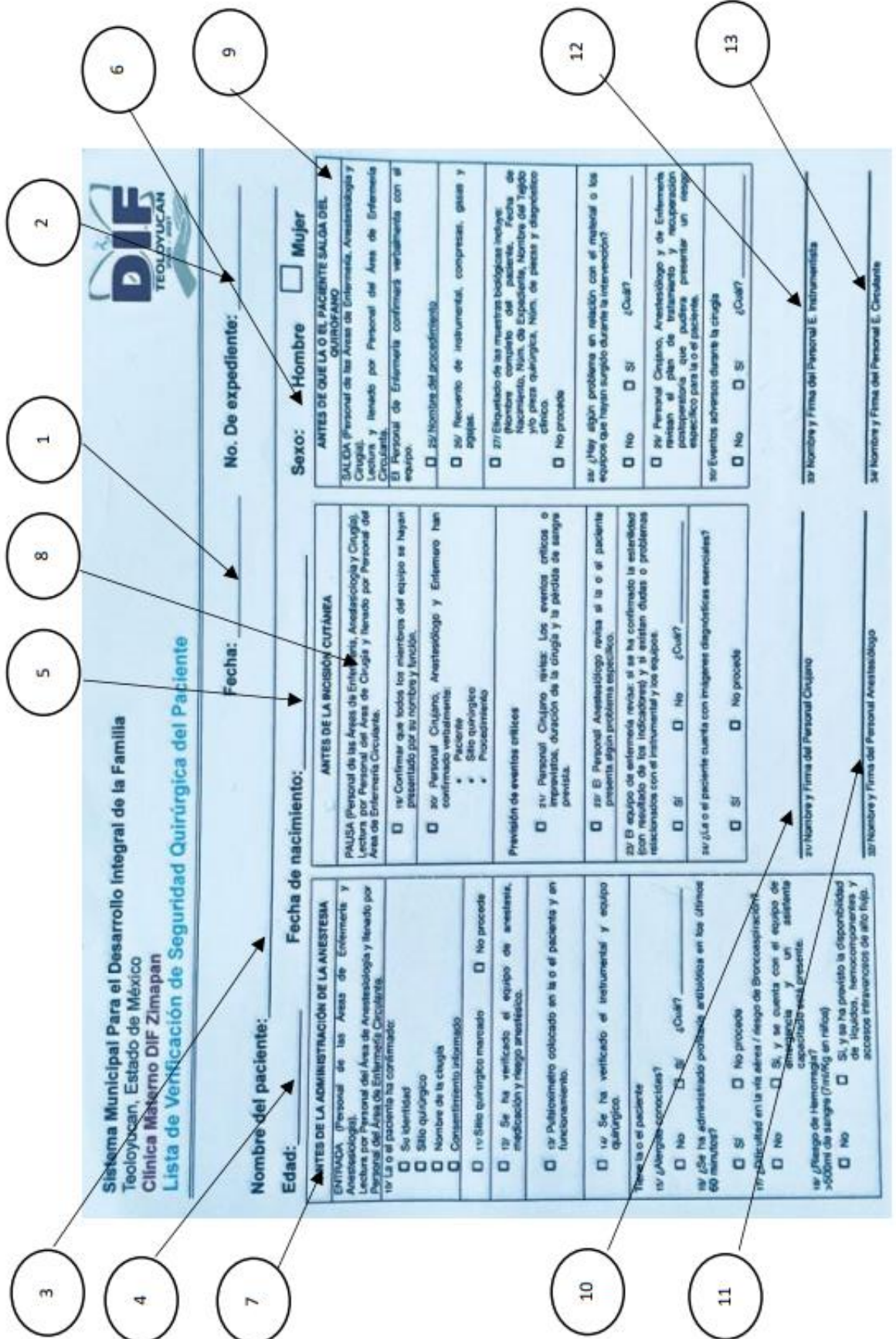
Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del familiar responsable

INSTRUCTIVO FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

1. Nombre del paciente.
2. Edad.
3. Sexo.
4. Estado civil.
5. Dirección.
6. Fecha de ingreso.
7. Hora.
8. Visto bueno de médico responsable.
9. Nombre y firma del paciente.
10. Nombre y firma del familiar responsable.





Sistema Municipal Para el Desarrollo Integral de la Familia
Teoloyucan, Estado de México
Clinica Materno DIF Zimapan
Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica del Paciente

Nombre del paciente: _____ **No. De expediente:** _____

Edad: _____ **Sexo:** Hombre Mujer

Fecha de nacimiento: _____ **Fecha:** _____

ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA	ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA	ANTES DE QUE LA O EL PACIENTE SALGA DEL QUIROFANO
<p>ENTRADA (Personal de las Áreas de Enfermería y Anestesiología). Lectura por Personal del Área de Anestesiología y llevado por Personal del Área de Enfermería Circulante.</p> <p>1) La o el paciente ha confirmado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Su identidad <input type="checkbox"/> Sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> Nombre de la cirugía <input type="checkbox"/> Consentimiento informado <p>2) Sitio quirúrgico marcado <input type="checkbox"/> No procede</p> <p>3) Se ha verificado el equipo de anestesia, medicación y riesgo anestésico.</p> <p>4) Pulsoximetro colocado en la o el paciente y en funcionamiento.</p> <p>5) Se ha verificado el instrumental y equipo quirúrgico.</p> <p>6) ¿La o el paciente tiene alergias/sensibilizaciones? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál? _____</p> <p>7) ¿Se ha administrado probiótico, antibióticos en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede</p> <p>8) ¿Se encuentra en la vía aérea / riesgo de Broncoaspiración? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se cuenta con el equipo de emergencia y un sistema de aspiración presente.</p> <p>9) ¿Riesgo de hemorragia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se ha previsto la disponibilidad >500ml de sangre (Próxim) en refil</p> <p>10) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos, hemocomponentes y accesos intravasculares de alto flujo.</p>	<p>PAUSA (Personal de las Áreas de Enfermería, Anestesiología y Cirugía). Lectura por Personal del Área de Cirugía y llevado por Personal del Área de Enfermería Circulante.</p> <p>11) Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Personal Cirujano, Anestesiólogo y Enfermero han confirmado verbalmente: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente • Sitio quirúrgico • Procedimiento <p>Previsión de eventos críticos</p> <p>12) Personal Cirujano revisa: Los eventos críticos o imprevistos, duración de la cirugía y la pérdida de sangre prevista.</p> <p>13) Personal Anestesiólogo revisa si la o el paciente presenta algún problema específico.</p> <p>14) El equipo de enfermería revisa: si se ha confirmado la esterilidad (con resultado de los indicadores) y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos.</p> <p>15) ¿La o el paciente cuenta con imágenes diagnósticas esenciales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede</p> <p>16) Nombre y Firma del Personal Cirujano _____</p> <p>17) Nombre y Firma del Personal Anestesiólogo _____</p>	<p>SALIDA (Personal de las Áreas de Enfermería, Anestesiología y Cirugía). Lectura por Personal del Área de Enfermería Circulante. El Personal de Enfermería confirmará verbalmente con el equipo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 20 Nombre del procedimiento <input type="checkbox"/> 21 Recuento de instrumental, compresas, gasas y agujas. <input type="checkbox"/> 22 Etiquetado de las muestras biológicas incluye: (Nombre completo del paciente, Fecha de Nacimiento, Num. de Expediente, Nombre del Trabajo y/o pieza quirúrgica, Núm. de piezas y diagnóstico clínico. <input type="checkbox"/> No procede <p>18) ¿Hay algún problema en relación con el material o los equipos que hayan surgido durante la intervención? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál? _____</p> <p>19) Personal Cirujano, Anestesiólogo y de Enfermería revisan el plan de tratamiento y recuperación postoperatoria que pudiera presentar un riesgo específico para la o el paciente.</p> <p>20) Eventos adversos durante la cirugía <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál? _____</p> <p>21) Nombre y Firma del Personal E. Instrumentalista _____</p> <p>22) Nombre y Firma del Personal E. Circulante _____</p>

INSTRUCTIVO LISTA DE VERIFICACIÓN

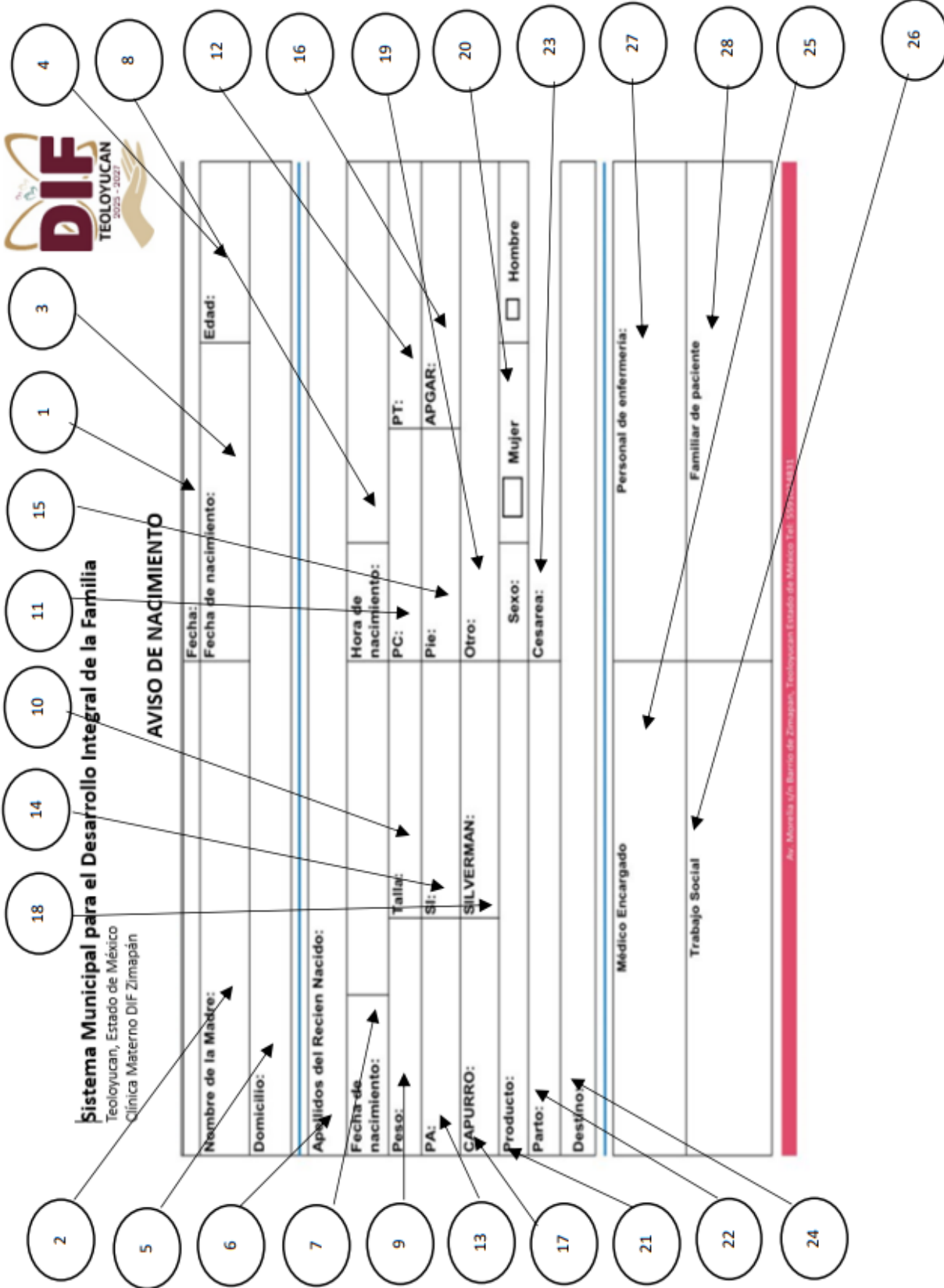
1. Fecha.
2. Número de expediente.
3. Nombre del paciente.
4. Edad.
5. Fecha de nacimiento.
6. Género.
7. Cuestionario antes de la administración de la anestesia.
8. Cuestionario antes de la incisión cutánea.
9. Cuestionario antes de que la o el paciente salga del quirófano.
10. Nombre y firma del personal cirujano.
11. Nombre y firma del personal anesthesiologist.
12. Nombre y firma del personal de enfermería instrumentista.
13. Nombre y firma del personal de enfermería circulante.





Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
Teoloyucan, Estado de México
Clínica Materno DIF Zimapan

AVISO DE NACIMIENTO



INSTRUCTIVO AVISO DE NACIMIENTO.

1. Fecha.
2. Nombre de la madre.
3. Fecha de nacimiento.
4. Edad.
5. Domicilio.
6. Apellidos del recién nacido.
7. Fecha de nacimiento.
8. Hora de nacimiento.
9. Peso.
10. Talla.
11. PC.
12. PT.
13. PA.
14. SI.
15. PIE.
16. APGAR.
17. Capurro.
18. Silverman.
19. Otro.
20. Sexo.
21. Producto.
22. Parto.
23. Cesárea.
24. Destino.
25. Nombre y firma del Médico encargado.
26. Nombre y firma de Trabajo social.
27. Nombre y firma del personal de enfermería.
28. Nombre y firma del familiar del paciente.





REGISTRO CLINICO DE ENFERMERIA URGENCIA 3

PACIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: M F

FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE INGRESO: _____ HORA DE INGRESO: _____

PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____ ESTADIO: _____ EXPEDIENTE: _____

ALERGIAS: _____ CAMA: _____ FECHA: _____

DIETA: _____

DIAGNOSTICO: _____

MEDICO TRATANTE: _____

AJILIARES		8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
GLASGOW	R. OCULAR																								
	R. VERBAL																								
	R. MOTORA																								
	TOTAL																								
	DWM.IZO.																								
	REAC. IZO																								
	DIAM. DER																								
	REAC. DER																								
SILVERMAN	ALETEO NASAL																								
	QUEJIDO RESPIRATORIO																								
	DISOCIACION TORAC OABDO MINAL																								
	TIRO INTERCOSTAL																								
	RETRACCION XIFOIDEA																								
	LIMITACION FISICA																								
ESCALA NEWMAN	ESTADO MENTAL ALTERADO																								
	Tx. FARMACOLOGICO																								
	PROBLEMA DE IDIOMA SOCIOCULTURAL																								
	R. SIN FACTOR DE RIESGO EVIDENTE																								
	TOTAL PUNTOS																								
	COLOR DE CODIGO																								
P. ABD	PRE																								
	POST																								
ESCALA DE EVA																									
ESCALA NORTON																									
ESCALA BRADEN																									
GLUCOMETRIA																									
ESCALA MAD DOX																									
LLENADO CAPILAR																									

- 1
- 2
- 3
- 4

INSTRUCTIVO DE REGISTRO CLÍNICO DE URGENCIAS

1. Datos del paciente.
2. Diagnostico.
3. Nombre del médico tratante.
4. Escalas de valoración.
5. Sitio anatomico.
6. Signos vitales.
7. Tensión arterial.
8. Apoyo respiratorio.
9. Laboratorios.
10. Parentales.
11. Medicamentos.
12. Dieta.
13. Diagnóstico de enfermería.
14. Cuidados específicos de enfermería.



13

14



DIAGNOSTICO ENFERMERIA		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO	
ETIQUETA DIAGNOSTICA							
RELACIONADA A							
MANIFESTADA POR							
CUIDADOS ESPECIFICOS DE ENFERMERIA							
TURNO MATUTINO		TURNO VESPERTINO		TURNO NOCTURNO			
NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA EN TURNO MATUTINO		NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA EN TURNO VESPERTINO		NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA EN TURNO NOCTURNO			
TURNO MATUTINO		TURNO VESPERTINO		TURNO NOCTURNO			
HORA	MEDICO	HORA	MEDICO	HORA	MEDICO		

INSTRUCTIVO REGISTRO CLÍNICO DE ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN.

1. Datos del paciente.
2. Diagnostico.
3. Nombre del médico tratante.
4. Escalas de valoración.
5. Sitio anatomico.
6. Signos vitales.
7. Tensión arterial.
8. Apoyo respiratorio.
9. Laboratorios.
10. Parentales.
11. Medicamentos.
12. Dieta.
13. Diagnóstico de enfermería.
14. Cuidados específicos de enfermería.





HOJA DE RECIÉN NACIDO

NOMBRE DEL RECIÉN NACIDO:

SEXO:	H/N:
F/N:	PIE:
P.C:	TALLA:
P.T:	PESO:
P.A:	APGAR:
S.I:	

PIE IZQUIERDO

PIE DERECHO

HUELLA DE MADRE

ENFERMERÍA:

MÉDICO OBSTETRA:

MÉDICO PEDIATRA:

PROFILAXIS:

CAPURRO:

SILVERMAN:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22



INDICACIONES HOJA DE RECIÉN NACIDO.

1. Nombre del recién nacido.
2. Sexo.
3. Huella pie izquierdo.
4. Huella pie derecho.
5. F/N.
6. H/N.
7. P.C.
8. PIE.
9. P.T.
10. TALLA.
11. P.A.
12. PESO.
13. S.I.
14. APGAR.
15. Huella de la madre.
16. Nombre de la o el enfermero.
17. Nombre del médico obstetra.
18. Nombre del pediatra.
19. Profilaxis.
20. CAPURRO.
21. SILVERMAN.



INDICACIONES DE ATENCIÓN NEONATAL.

1. Datos del recién nacido.
2. Datos de la madre.
3. Atención y valoración del recién nacido.
4. Exploración física.
5. Diagnostico.
6. Indicaciones.
7. Nombre y firma del medico que atendió al recién nacido.
8. Fecha, hora y signos vitales.
9. Notas de evolución.



INSTRUCTIVO SOLICITUD DE DIETAS.

1. Número de cama.
2. Nombre del paciente.
3. Diagnostico.
4. Tipo de dieta.
5. Fecha.
6. Horario.
7. Platillo.
8. Nombre y firma de quien realiza.
9. Nombre y firma de quien recibe.



INSTRUCTIVO HOJA DE EGRESO DEL RECIÉN NACIDO.

1. Fecha.
2. Apellidos del recién nacido.
3. Sexo.
4. Fecha de nacimiento.
5. Hora de nacimiento.
6. Nacido por
7. Con ruptura de membrana antes del nacimiento.
8. Liquido.
9. Cantidad.
10. Anestesia.
11. Peso.
12. Talla.
13. Pc.
14. Pt.
15. PA.
16. Pie.
17. APGAR.
18. CAPURRO.
19. Exploración física.
20. Nombre completo, firma y cédula del médico responsable.



INSTRUCTIVO ALTA VOLUNTARIA.

1. Día.
2. Mes.
3. Nombre completo del solicitante.
4. Usuario, familiar o tutor.
5. Número de identificación.
6. Nombre del paciente.
7. Los motivos.
8. Número de expediente.
9. Nombre completo y firma del paciente.
10. Nombre completo y firma del médico tratante.
11. Nombre y firma del trabajador social.
12. Nombre completo y firma del familiar, tutor o representante legal.
13. Nombre completo y firma del testigo.
14. Nombre completo y firma del jefe de servicio.



21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

Diagnóstico al Egreso

Resumen Clínico del Tratamiento y Estado Clínico al Egreso

Problemas Clínicos Prevalentes, Atención de Factores y Plan Terapéutico

Recomendaciones para la Vigilancia Epidemiológica

Procedencia

Neurografía

Otros Datos de Interés

Nombre completo, Firma y Cédula del Médico

No. Hoja: 013 de 013. Número de Hoja: 013 de 013. Fecha: 01/01/2013

2

4

7

6

8

10

12

14

16

18

20

1

3

5

9

11

13

15

17

19

Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
Toluquacán, Estado de México
Clínica Interna DIF Zimapan
HOJA DE EGRESO

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____ Hora de Egreso: _____

Tipo de Egreso:
1. Egreso Programado
2. Egreso Urgente
3. Egreso Emergencia

Diagnóstico

Intervenciones Quirúrgicas

Resultados de Estudios Parasitológicos

Complicaciones

Motivos de alta

1. Abandono Tratamiento
2. Voluntario
3. Transferido
4. No acepta Tratamiento

1. Egreso Programado
2. Egreso Urgente
3. Egreso Emergencia
4. Egreso por Muerte
5. Egreso por Fallecimiento
6. Egreso por Desaparición
7. Egreso por Admisión
8. Egreso (Alta Temp.)
9. Unidad Auxiliar

Fecha de Egreso: _____

Nombre completo, Firma y Cédula del Médico Responsable

No. Hoja: 013 de 013. Número de Hoja: 013 de 013. Fecha: 01/01/2013

INSTRUCTIVO HOJA DE EGRESO.

1. Nombre del paciente.
2. Fecha.
3. Fecha de nacimiento.
4. Edad del paciente.
5. Fecha de ingreso.
6. Tipo de ingreso.
7. Fecha de egreso
8. Hora de egreso.
9. Diagnostico.
10. Codificación.
11. Intervenciones quirúrgicas.
12. Codificación
13. Resultados de estudios patológicos.
14. Codificación.
15. Complicaciones.
16. Codificación.
17. Motivo de alta.
18. Con pase a.
19. Días de estancia.
20. Nombre, firma y cédula del médico.
21. Diagnóstico de egreso.
22. Codificación.
23. Resumen clínico del tratamiento y estado clínico al egreso.
24. Problemas clínicos pendientes, atención de factores y plan terapéutico.
25. Recomendación para la vigilancia epidemiológica.
26. Pronostico.
27. Necropsia.
28. Codificación.
29. Otros datos de interés.
30. Otros datos de interés.



Nombre del Procedimiento:

4. ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

4.1 Objetivo:

- Ofrecer servicios de atención médica de calidad orientados al área de planificación familiar en consideración a las necesidades de la población facilitando el acceso a los diferentes métodos anticonceptivos, de conformidad con los lineamientos técnicos en la materia, emitidos por las autoridades correspondientes.

4.2 Alcance:

- Director, médicos generales y/o médico especialista, jefatura de enfermería, personal de enfermería, recepcionista, cajera y usuarios.

4.3 Referencias:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4, 5 de febrero de 1917.
- Ley General de Salud, Artículo 1, 1 Bis y 2, 7 de febrero de 1984, última reforma 15 de enero del 2014.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Artículo 8, 14 de mayo de 1986.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México, Artículos 2 al 9 y 11 Fracción I, VI, Gaceta de Gobierno del Estado de México, 7 de septiembre de 2010, reformas y adiciones.
- Ley que Crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, denominados, "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia". Gaceta de Gobierno del Estado de México, Capítulo Primero, Artículo 3 Fracción I, II y IV 16 de julio de 1985, reformas y adiciones.
- Reglamento de Salud del Estado de México. Publicado en el Periódico Oficial "Gaceta de Gobierno", el 13 de marzo del 2002.
- Norma Oficial NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, publicada el 15 de noviembre de 2012.
- Bando Municipal de Teoloyucan 2025.
- Manual de Organización del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan 2025.
- Reglamento Orgánico del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan.

4.4 Responsabilidades:

Director:

- Coordina, supervisa y verifica que se otorguen servicios médicos que permitan la atención integral de los usuarios que así lo requieran, de acuerdo a la normatividad vigente en materia.

Médico de turno y/o Médico Especialista:

- Ofrecer la atención médica al usuario bajo el modelo de atención de primer nivel.
- Orientar al paciente acerca del método anticonceptivo que se ajusta mejor a sus necesidades.
- Expedir receta médica con el tratamiento adecuado a las necesidades del paciente.
- Solicitar el servicio de enfermería apertura de expediente, tarjeta y seguimiento.
- Retiro y colocación de DIU e implante subdérmico.

Jefa de enfermeras:

- Coordina, supervisa y verifica que los servicios de enfermería atención de salud integral a los usuarios que así lo requieran, de acuerdo a la normatividad vigente en la materia.

Enfermera (o) de turno:

- Realizar apertura de expediente, tarjeta y aplicación de método anticonceptivo, asistir colocación y retiro de DIU e implante subdérmico.
- Participar con el médico durante la atención del paciente en la consulta médica de ser necesario.
- Proporcionar información acerca de acciones de prevención y educación para la salud.

Recepcionista:

- Brindar información acerca de los servicios que se ofrecen en la unidad de salud de la Clínica Materno DIF Zimapán.

Cajera/o:



- Asignar turno de atención
- Emitir recibo de pago y percibir las cuotas de recuperación que corresponden a cada servicio otorgado.

4.5 Definiciones:

- Atención Médica: Conjunto de acciones que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar la salud.
- Planificación familiar: Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número de hijos y el momento en que los tendrá
- Orientación y consejería de planificación familiar: Proceso de comunicación interpersonal y directa, mediante la cual un miembro del equipo de salud capacitado orienta, asesora y apoya a otra persona o pareja a identificar sus necesidades y a tomar decisiones informadas, libres, responsables y voluntarias acerca de sus vidas reproductivas.
- Usuario: Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de los servicios de atención médica.

4.6 Insumos:

- Solicitud de un servicio médico, métodos anticonceptivos existentes en unidad.

4.7 Resultados:

- Brindar atención médica a la población solicitante, sobre todo a la más vulnerable y no derechohabiente y con evidencia de rezago en salud.

4.8 Políticas:

- La Clínica Materno DIF Zimapán proporcionará atención médica a la población abierta cuando así lo requiera a través de la consulta externa general, apegados a los lineamientos del presente procedimiento.
- Se deberá brindar atención médica a todos los usuarios que lo soliciten.
- La atención médica que se proporcione, deberá apegarse a los estándares de calidad que señale las normas en materia de salud.
- El médico tratante y el personal auxiliar en salud deberán apegarse a los tiempos que asignen las autoridades competentes para la atención de cada usuario.
- La enfermera colaborará en la exploración médica del usuario, en caso de ser menor de edad y si es adulto mayor un familiar.
- Se prestará únicamente el servicio médico de primer nivel.

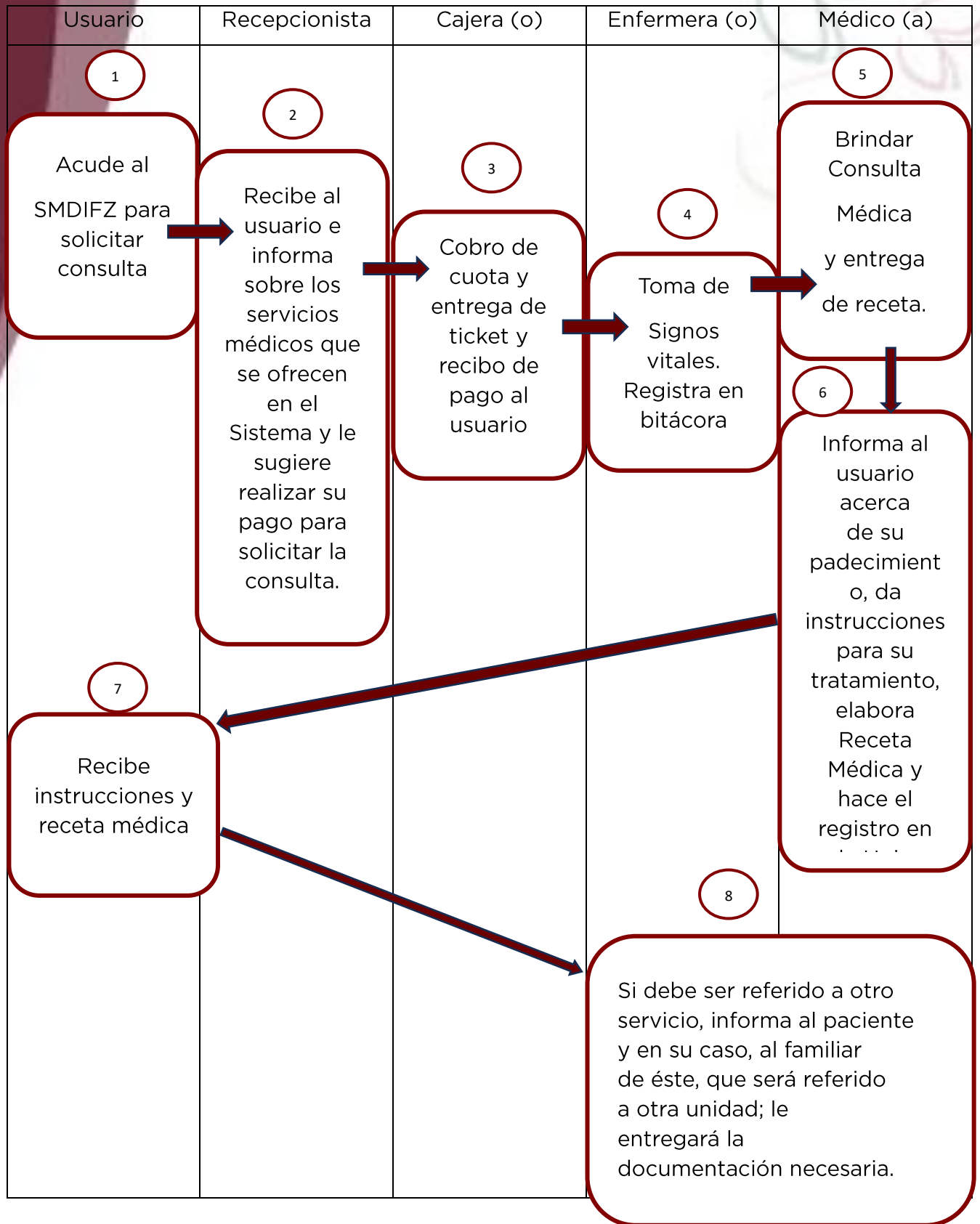
- No se brindará atención a personas que se encuentren en estado de ebriedad o con consumo de sustancias tóxicas.



4.9 Desarrollo.

NO.	PUESTO Y ÁREA:	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:
1	Usuario	Se presenta al Sistema Municipal DIF y solicita información en recepción acerca del servicio que requiere.
2	Recepcionista	Recibe al usuario e informa sobre los servicios médicos que se ofrecen en el Sistema y le sugiere realizar su pago para solicitar la consulta.
3	Cajera/o	Realiza cobro de la cuota de recuperación de la consulta médica y expide y proporciona recibo de pago.
4	Enfermera/o de turno	Toma signos vitales, somatometría y registra los datos para presentarlos al médico; indica al usuario pasar a la sala de espera para que lo llamen. Registra la consulta en la bitácora.
5	Médico de turno en Consulta Externa y/o Médico Especialista	Otorgada la atención médica y después de la exploración física y verbal determina el método anticonceptivo más idóneo para cada paciente y lo refiere al área correspondiente con el personal de enfermería para otorgar método, o en su defecto realiza colocación, retiro o exploración de DIU e implante subdérmico.
6	Enfermera/o de Turno	Analiza receta con indicaciones médicas, otorga método anticonceptivo, orienta al paciente sobre su seguimiento en la unidad y agenda citas mensuales de ser necesario. Asiste colocación, retiro o exploración de DIU e implante subdérmico.
7	Usuario	Recibe instrucciones y receta médica y en su caso, se dirige a la farmacia.

4.10 Diagramación.



4.11 Medición.

Número de métodos a otorgar programadas


x 100 %

Número de métodos otorgados

4.12 Formatos e Instructivos.

Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
Teoloyucan, Estado de México
Clínica Materno DIF Zimapán

FORMATO DE PLATICAS



Ponente: _____
Fecha: _____
Tema: _____

NO.	Nombre	Edad	Firma
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			





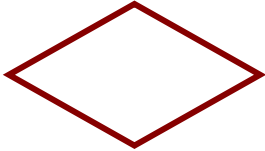
Diagram labels: 1 (Ponente), 2 (Fecha), 3 (Tema), 4 (NO.), 5 (Nombre), 6 (Edad), 7 (Firma)

INSTRUCTIVO FORMATO DE PLATICAS.

1. Nombre de quien imparte la platica.
2. Fecha
3. Nombre del tema.
4. Numero progresivo.
5. Nombre de las personas que participan.
6. Edad de las personas que participan.
7. Firma de las personas que participan.



5. SIMBOLOGÍA

Símbolo	Significado
	Número de actividad
	Cuadro de extracto de actividad
	Línea de flujo
	Línea de flujo
	Decisión se emplea cuando en la actividad se requiere preguntar si algo procede o no, identificando dos o más alternativas de solución.

6. REGISTRO DE EDICIONES.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACTUALIZACIÓN
Septiembre de 2025	<ul style="list-style-type: none">• Elaboración del manual

7. DISTRIBUCIÓN.

El original del Manual de Procedimientos se encuentra en poder del Director de la Clínica Materno DIF Zimapán del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan.

VIII. DIRECTORIO

Dr. Faustino Vega Barrios

Director de la Clínica Materno DIF Zimapán Teoloyucan Estado De México.

Lic. Jazmín Rubio Martínez

Auxiliar Administrativo Médicos

Jealine Corintia Martínez Gómez

Auxiliar Administrativo Médicos

Lic. Enfermería Loedy Yanel Martínez Gómez

Coordinadora de enfermería del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan.

Enf. Valeria Flores García

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. María Lourdes Flores Domínguez

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Iván De Jesús Hernández Sánchez

Enfermero operativo del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan.

Enf. Saraí Guerrero Yañez

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Astrid Noemi Montoya Carranza

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Ariadna Yamilet Martínez Santiago

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Belem Sánchez Estrada

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Ana Lucia Domínguez García



Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Siria Oziris Cuellar Montoya

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Daniela Michell Guerra Quintero

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Nancy Belem Gómez Benítez

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Elsa Guadalupe Fiesco Sánchez

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Sandra Romero Hernández

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Areli Yazmín Cruz Mateo

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Ana Lucia Aguayo Ibarra

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Rosario Damián López

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

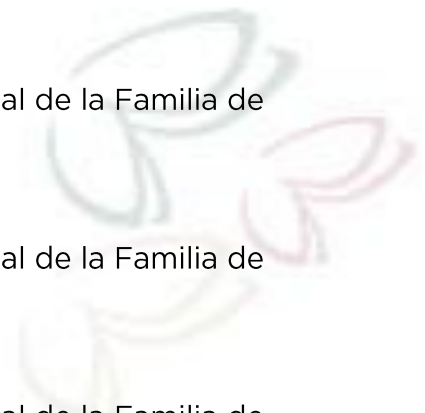
Enf. Dulce Karen Hernández Mendoza

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Mary Sonia González Cruz

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Marlen Eleonora Rodríguez Islas



Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Guadalupe Yael Barbosa Barrera

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Mariela Sánchez Rodríguez

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Magdiel Giovanni García Corona

Enfermero operativo del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Sofia Monserrat Juana Reséndiz Morales

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Susana Landa Flores

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Erandy Valdez Mezas

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Rogelia Santos Bernardino

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Yutirtzi Josseline Martínez Rodríguez

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

Enf. Adeline Campos Bernardo

Enfermera operativa del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan

IX. VALIDACIÓN.

EXPOSITORES

DR. FAUSTINO VEGA BARRIOS

DIRECTOR DE LA CLINICA MATERNO DIF ZIMAPAN
DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA DE TEOLOYUCAN

LIC. JAZMIN RUBIO MARTINEZ

AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA CLINICA MATERNO DIF ZIMAPAN
DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA DE TEOLOYUCAN

REVISOR

LIC. MIGUEL YUNUEL ROJAS FLORES

DIRECTOR GENERAL
DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA DE TEOLOYUCAN

Aprobación: Junta de Gobierno del SMDIF Teoloyucan Estado México.

PRESIDENTA HONORÍFICA DEL SMDIF Y PRESIDENTA HONORARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO	Dra. María del Pilar García Asturias
TESORERIA DEL SMDIF	PRIMER VOCAL DE LA JUNTA DE GOBIERNO
C.P. Mario Cesar Oviedo Rojo	C. Heraldo Galván Huerta
SEGUNDA VOCAL DE LA JUNTA DE GOBIERNO	SECRETARIO DE LA JUNTA DE GOBIERNO
C. Margarito Morales Bata	Lic. Miguel Yunuel Rojas Flores

X. HOJA DE ACTUALIZACIÓN.

Fecha de Actualización	Descripción de la Actualización
Septiembre, 2025	Elaboración del Manual de Procedimientos de la Clínica Materno DIF Zimapán del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Teoloyucan, Estado de México. El presente Manual de Procedimientos entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial Gaceta Municipal de Teoloyucan.

CORREOS ELECTRÓNICOS

director.clinicazimapan@difteoloyucan.gob.mx

593 918 6093

SITIO OFICIAL DIF MUNICIPAL

www.difteoloyucan.gob.mx

Tel. 5595977308