



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



GUÍA DE OPERACIÓN DEL CENTRO AMBULATORIO
PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL SIDA E
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (CAPASITS)
Y SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS
CON VIH (SAI)

JUNIO DE 2017

Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

Derechos reservados
Primera edición Junio 2017
Gobierno del Estado de México
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México
E-mail: webmasterisem@salud.gob.mx
Independencia Ote. 1009
Colonia Reforma
C.P. 50070
Impreso y hecho en Toluca, Méx.
Printed and made in Toluca, Méx.
La reproducción parcial o total de este documento podrá efectuarse mediante la autorización expreso de la fuente y dándole el crédito correspondiente.

Índice	Página
Presentación	1
I. Aprobación	2
II. Base Legal	3
III. Objetivo General	5
IV. Alcance	5
• Insumos	5
• Responsabilidades	5
• Resultados	10
V. Políticas	11
VI. Criterios de Operación	13
VII. Glosario	27
VIII. Formatos e Instructivos	28
IX. Validación	131
X. Hoja de Actualización	132
XI. Créditos	133

PRESENTACIÓN.

La sociedad mexiquense exige de su gobierno cercanía y responsabilidad para lograr con hechos, obras y acciones, mejores condiciones de vida y constante prosperidad. Por ello, la Administración Pública del Estado de México, impulsa la construcción de un gobierno eficiente y de resultados, cuya premisa fundamental es la generación de acuerdos y consensos para la solución de las demandas sociales.

El buen gobierno se sustenta en una administración pública más eficiente en el uso de sus recursos y más eficaz en el logro de sus propósitos. El ciudadano es el factor principal de su atención y la solución de los problemas públicos su prioridad. En este contexto, la administración pública estatal transita a un nuevo modelo de gestión, orientado a la generación de resultados de valor para la ciudadanía. Este modelo propugna por garantizar la estabilidad de las instituciones que han demostrado su eficacia, pero también por el cambio de aquellas que es necesario modernizar.

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

La presente Guía de Operación documenta la acción organizada para dar cumplimiento a los objetivos y funciones del Departamento de VIH/SIDA/ITS. La estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delinean la gestión administrativa adscrita a este organismo del Sector Salud. Este documento contribuye en la planificación, conocimiento, aprendizaje y evaluación de la acción administrativa. El reto impostergable es la transformación de la cultura de las dependencias y organismos auxiliares del Sector Salud hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencias, organización, liderazgo y productividad.

I APROBACIÓN.

Con fundamento en el artículo 293, fracción IV del Reglamento de Salud del Estado de México, el H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México en sesión ordinaria número 218, aprobó la presente “Guía de Operación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicio de Atención Integral a Personas con VIH (SAI), el cual contiene políticas y criterios de operación para dar cumplimiento en materia de atención médica ambulatoria y especializada hacia personas con padecimiento de infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO
22 de junio de 2017	ISE/218/009

Mtro. Manuel Marcué Díaz
Director de Administración y
Secretario del Consejo Interno.
(Rúbrica)

II BASE LEGAL.

- Ley General de Salud.
Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, reformas y adiciones.
- Decreto por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud.
Diario Oficial de la Federación, 24 de diciembre de 2002.
- Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
Diario Oficial de la Federación, 30 de agosto de 1983.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986 reformas y adiciones.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
Diario Oficial de la Federación, 6 de enero de 1987.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
Gaceta del Gobierno, 28 de enero de 2005, reformas y adiciones.
- Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México.
Gaceta del Gobierno, 12 de agosto de 2011, reformas y adiciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-023-SSA-1994, para el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación.
Diario Oficial de la Federación, 5 de agosto de 1996.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica.
Diario Oficial de la Federación, 19 de febrero de 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, para la prevención de las infecciones de transmisión sexual.
Diario Oficial de la Federación, 1 de junio de 2017
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológico infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.
- Diario Oficial de la Federación, 17 de febrero de 2003.
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
Diario Oficial de la Federación, 10 de noviembre de 2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.
Diario Oficial de la Federación, 15 de octubre de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.
Diario oficial de la federación, 12 de agosto de 2015.

- Aclaración a la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.
Diario Oficial de la Federación, 18 de septiembre de 2015.
- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
Diario Oficial de la Federación, 16 de agosto de 2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA-2013, para la prevención y control de la tuberculosis.
Diario Oficial de la Federación, 13 de noviembre de 2013.
- Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.
Gaceta del Gobierno, 18 de diciembre de 2013.

III OBJETIVO GENERAL.

Fortalecer los niveles de salud de la población del Estado de México, mediante la atención médica, ambulatoria, integral y especializada a personas con VIH y otras ITS, estandarizando los métodos de trabajo que regulen y orienten las actividades de los servidores públicos que participan en el otorgamiento del servicio.

IV ALCANCE.

Aplica a todo personal de salud y administrativo que participa en el otorgamiento del servicio médico dentro de los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicios de Atención Integral a personas con VIH (SAI) del Instituto de Salud del Estado de México.

INSUMOS.

- Cartilla Nacional de Salud.
- Formato de Referencia y Contrarreferencia.
- Solicitud verbal del paciente, familiar o responsable legal.
- Resultados de la laboratorio o pruebas rápidas realizadas externamente al CAPASITS o SAI.

RESPONSABILIDADES.

El director del CAPASITS y el responsable del SAI deberán:

- Solicitar y tramitar el suministro de insumos médicos necesarios para la atención de los pacientes que requieran el servicio médico.
- Signar oficio para seguimiento de la atención médica del paciente en la unidad médica a la que pertenece.

El médico tratante deberá:

- Brindar consulta de control de caso VIH una vez por mes a todo paciente con VIH que esté bajo Tratamiento Antirretroviral.
- Brindar consulta para el seguimiento de caso VIH tres veces por año (cada vez que se tengan resultados de CD4 y Carga viral para VIH), o de acuerdo a la recomendación del CENSIDA.
- Brindar al paciente tratamientos apegados a las Guías de Manejo Antirretroviral de Personas con VIH vigentes.

- Brindar consulta espontánea al paciente con VIH atendiendo cualquier morbilidad que presente.
- Revisar la información contenida en el Expediente Clínico e indicar al paciente pasar al consultorio médico.
- Requisar el formato Registro Diario de Pacientes en Consulta Externa.
- Interrogar y explorar al paciente estableciendo protocolo de atención de acuerdo a la acción determinada.
- Solicitar en la primera consulta subsecuente el Tratamiento Antirretroviral mediante la requisición de los formatos Solicitud de Ingreso al Tratamiento Antirretroviral y Carta compromiso del paciente para recibir ARV.
- Solicitar el cambio de esquema de Tratamiento Antirretroviral del paciente por falla virológica o efectos adversos severos mediante la requisición del formato Solicitud de Cambio de Tratamiento Antirretroviral.
- Realizar nota médica en el formato Notas de Evolución incluyendo el registro de diagnósticos y plan terapéutico.
- Emitir receta para medicamentos no ARV en caso de ser necesarios.
- Canalizar al paciente a la farmacia de medicamentos no ARV del hospital.
- Requisar receta de medicamentos ARV y canalizar al paciente a la farmacia de ARV del CAPASITS o SAI para surtir Antirretrovirales e insumos de prevención (condones).
- Canalizar al paciente al Módulo de Información, Orientación y Archivo Clínico para agendar próxima cita en dicho servicio y dar seguimiento médico a su caso.
- Canalizar al paciente a la farmacia de medicamentos no ARV, toda vez que presente alguna co-morbilidad o enfermedad oportunista asociada a la infección por VIH para el surtimiento de medicamentos de cuadro básico.

El personal de enfermería responsable deberá:

- Revisar el Expediente Clínico del paciente y requisitar el formato Registro Diario de Pacientes en Consulta Externa.
- Tomar al paciente signos vitales y somatometría, registrando los datos en el formato Notas de Evolución así como anotar su nombre completo y número de cédula profesional.
- Brindar información al paciente sobre prácticas sexuales seguras y protegidas para reducir el riesgo de transmitir el VIH así como recomendaciones para evitar otras infecciones transmisibles (diarreicas, respiratorias, sexuales).

- Informar al paciente sobre medidas higiénico-dietéticas y cuidados domiciliarios que debe tener una persona con VIH.
- Canalizar al paciente con su médico tratante u odontólogo.
- Realizar las pruebas rápidas y entregar el resultado al responsable de la consejería de 20 a 40 minutos.
- Canalizar al paciente a la sala de espera e indicarle permanecer allí hasta ser llamado para pasar a consulta médica u odontológica.
- Entregar el Expediente Clínico del paciente al responsable del consultorio correspondiente donde se le brindará atención médica.

El responsable del Módulo de Información, Orientación y Archivo Clínico deberá:

- Solicitar Cartilla Nacional de Salud al paciente, familiar o responsable legal según sea el caso así como corroborar día, hora, servicio de la cita subsecuente en libreta o agenda del médico tratante, psicólogo u odontólogo.
- Indicar al paciente pasar a la sala de espera y entregar el Expediente Clínico del mismo al personal responsable del servicio de enfermería.
- Proporcionar información necesaria al paciente para su atención médica en la unidad.
- Entregar al consejero copia de los resultados de pruebas de VIH realizadas externas a la unidad o en su caso, del formato Referencia y Contrarreferencia previamente a la pre-consejería en el caso paciente con diagnóstico reactivo a Pruebas de VIH.
- Proporcionar el formato Referencia y Contrarreferencia al responsable de la consejería en caso de paciente no reactivo.
- Resguardar el documento original de los Resultados de Pruebas de VIH realizadas externas a la unidad médica así como el formato Referencia y Contrarreferencia para su control y seguimiento.

El trabajador social deberá:

- Indicar al paciente acudir o comunicarse vía telefónica al CAPASITS o SAI para agendar cita de paciente subsecuente una vez dado de alta del hospital al cual es referido para hospitalización.
- Brindar consejería previa y posterior a toda persona a la que se le realice prueba rápida para la detección de infección por VIH.
- Entregar el resultado de las pruebas rápidas de forma individual a todo paciente.

- Solicitar al responsable del Módulo de Información, Orientación y Archivo Clínico el formato Referencia y Contrarreferencia en caso de paciente no reactivo para su contrarreferencia.

El psicólogo deberá:

- Realizar valoración del caso nuevo, de preferencia antes de que el paciente inicie el Tratamiento Antirretroviral.
- Brindar consejería previa y posterior a toda persona a la que se le realice prueba rápida para la detección de infección por VIH
- Brindar consulta atendiendo cualquier trastorno o sintomatología que presente el paciente con VIH relacionada con su salud mental.
- Brindar consulta y dar seguimiento de caso VIH cada seis meses a pacientes estables y sin sintomatología psicológica o emocional.
- Referir a una unidad de atención médica de mayor complejidad al paciente en caso de requerir valoración de psiquiatría.
- Requisar los formatos Hoja Diaria del Servicio de Psicología en CAPASITS y SAI e Historia Clínica Psicológica.
- Valorar las capacidades del paciente para la adherencia al TARV así como diagnosticar trastorno o enfermedad mental del mismo.
- Establecer el protocolo de atención de salud mental anticipadamente al inicio del TARV.
- Explorar y evaluar al paciente así como prever estrategias de acuerdo a las necesidades del mismo en el desarrollo de habilidades para la adherencia al TARV.
- Canalizar a todo paciente a los talleres de adherencia y/o grupo de autoapoyo del CAPASITS o SAI.
- Canalizar al paciente al Módulo de Información, Orientación y Archivo Clínico una vez que haya completado las sesiones de los talleres de adherencia para programar cita como paciente subsecuente en el servicio de psicología.
- Indicar al paciente pasar al consultorio de psicológica para su atención.
- Requisar el formato Hoja Diaria del Servicio de Psicología en CAPASITS y SAI y revisar la información contenida en el Expediente Clínico.
- Interrogar al paciente y establecer protocolo de atención de acuerdo a la acción determinada.
- Realizar nota clínica mediante la requisición del formato Notas de Evolución.
- Entregar el resultado de las pruebas rápidas de forma individual a pacientes.

- Solicitar al responsable del Módulo de Información, Orientación y Archivo Clínico el formato Referencia y Contrarreferencia en caso de paciente no reactivo para su contrarreferencia.

El odontólogo deberá:

- Brindar consulta al paciente con VIH por cualquier morbilidad o sintomatología que presente relacionada con su cavidad bucal.
- Brindar consulta de seguimiento de caso VIH cada seis meses a pacientes estables y sin sintomatología en cavidad bucal.
- Requisitar el formato Registro Diario de Pacientes en Consulta Externa SIS-SS-01P-Bis.
- Realizar valoración del caso nuevo de preferencia antes de que el paciente inicie el Tratamiento Antirretroviral.
- Requisitar los formatos Historia Clínica y Estudio Estomatológico, Plan y Desarrollo de Tratamiento Estomatológico y Carta de Consentimiento Informado (de odontología).
- Prescribir medicamentos para el tratamiento de lesiones bucales y canalizar al paciente a la farmacia de medicamentos no ARV.
- Revisar la información que contiene el Expediente Clínico del paciente.
- Interrogar y explorar al paciente estableciendo protocolo de atención de acuerdo a la acción determinada.
- Diagnosticar lesiones bucales relacionadas con el Síndrome Inflamatorio de Reconstitución Inmune (SIRI) en los primeros tres meses siguientes al inicio de la terapia antirretroviral del paciente.
- Realizar la nota de la evolución clínica requisitando el formato Notas de Evolución.
- Establecer diagnósticos y plan terapéutico para el paciente.
- Requisitar las recetas de medicamentos no ARV, en caso de ser necesarios y canalizar al paciente a la farmacia de medicamentos no ARV.
- Canalizar al paciente al Módulo de Información, Orientación y Archivo Clínico para la programación de una nueva cita, como paciente subsecuente en el servicio de odontología.

El técnico de laboratorio deberá:

- Realizar las pruebas rápidas y entregar su resultado al responsable de la consejería de 20 a 40 minutos.

RESULTADO.

- Paciente atendido en el servicio de consulta especializada en Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual o Servicio de Atención Integral a Personas con VIH.

V POLÍTICAS.

1. La presente guía es un instrumento de apoyo al cumplimiento de la normatividad aplicable en materia de atención médica dentro de los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicios de Atención Integral a Personas con VIH (SAI).
2. El personal médico y auxiliar de salud atenderán al paciente con la diligencia correspondiente sin discriminación con base en la suficiencia de los recursos profesionales, técnicos y administrativos que le sean autorizados.
3. El personal médico y auxiliar de salud brindaran servicios de atención médica conforme a los Programas Federales y/o Estatales establecidos.
4. El médico tratante considerará los diagnósticos emitidos por el psicólogo al momento de seleccionar el esquema de TARV que se prescriba al paciente.
5. El personal médico y auxiliar de salud se apegaran a los estándares de calidad que señalen las normas oficiales en materia de salud.
6. Todo paciente que acuda a recibir atención médica en CAPASITS o SAI se presentará considerando el tiempo de ejecución de los trámites administrativos que previamente requiera realizar, con el fin de estar puntual en su consulta.
7. El personal responsable del Módulo de Información, Orientación y Archivo clínico brindará cita a pacientes de primera vez dentro de las primeras 72 horas posteriores a la realización de los estudios de tamizaje (pruebas rápidas) para VIH realizadas en el CAPASITS o SAI.
8. El personal responsable, del Módulo de Información, Orientación y Archivo Clínico archivará y ordenará los Expedientes Clínicos bajo la normatividad vigente para el manejo del mismo.
9. El personal técnico de laboratorio y de enfermería realizarán las pruebas rápidas bajo los principios de consentimiento informado y confidencialidad.
10. El Trabajador social responsable orientará al paciente, familiar o responsable legal sobre los trámites a seguir para su incorporación al programa de tratamientos antirretrovirales del Gobierno Federal a través del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) o Seguro Popular, en caso de no estar afiliado dentro de alguna institución de seguridad social en salud.

11. El trabajador social responsable dará apertura del Expediente Clínico del paciente de forma gratuita siempre y cuando se encuentre afiliado al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) o Seguro Popular.
12. El psicólogo o trabajador social responsable contrareferirá al paciente a su unidad médica de primer nivel solo que sea un caso no reactivo a la infección por VIH y aqueje otro problema de salud.
13. Las pruebas rápidas serán realizadas por el técnico de laboratorio en CAPASITS y por el personal responsable de enfermería en SAI de acuerdo a los recursos humanos en salud disponibles en cada unidad médica.
14. En el caso de pacientes no reactivos que lleguen por su propia cuenta al CAPASITS o SAI, el psicólogo y /o trabajador social programarán nuevos estudios de seguimiento de acuerdo a sus prácticas o conductas de riesgos para VIH.

VI CRITERIOS DE OPERACIÓN.

No.	SERVICIO/PUESTO	ACTIVIDAD
1.	Paciente, Familiar o Responsable Legal	Se presenta al CAPASITS o SAI y acude al Módulo de Información, Orientación y Archivo Clínico y solicita información para su atención médica en la unidad o consulta externa.
2.	Módulo de Información, Orientación y Archivo Clínico / Responsable	Recibe al paciente, familiar o responsable legal, se entera, atiende su solicitud y de acuerdo a la misma determina: ¿Es paciente subsecuente, paciente de primera vez o para proporcionarle información para su atención médica en la unidad?
3.	Módulo de Información, Orientación y Archivo Clínico / Responsable	Es paciente Subsecuente. Recibe al paciente, familiar o responsable legal y le solicita Cartilla Nacional de Salud , corrobora día y hora, servicio de la cita subsecuente en libreta o agenda del médico tratante, psicólogo u odontólogo y lo canaliza al servicio correspondiente.
4.	Módulo de Información, Orientación y Archivo Clínico / Responsable	Es paciente de primera vez. Recibe al paciente, familiar o responsable legal, atiende su solicitud y confirma datos del paciente en agenda del día. Se conecta con la operación no. 42
5.	Módulo de Información, Orientación y Archivo Clínico / Responsable	Es para proporcionar información para su atención médica en la unidad. Recibe al paciente, atiende su solicitud y determina: Es paciente para prueba de VIH o ya cuenta con diagnóstico de enfermedad por VIH?
6.	Módulo de Información, Orientación y Archivo Clínico / Responsable	Es paciente para prueba de VIH. Brinda al paciente ficha numerada y lo canaliza al servicio de Consejería para recibir pre-consejería. Se conecta con la operación no. 14
7.	Paciente, Familiar o Responsable Legal	El paciente ya cuenta con diagnóstico de enfermedad por VIH. Entrega en original los resultados de

		laboratorio o de pruebas rápidas realizadas externamente a la unidad o en su caso el formato Referencia y Contrarreferencia .
8.	Módulo de Información, Orientación y Archivo Clínico / Responsable	Recibe en original los resultados de laboratorio o de pruebas rápidas realizadas externamente a la unidad médica o en su caso el formato Referencia y Contrarreferencia en original y copia, revisa los resultados y determina: ¿El paciente tiene diagnóstico reactivo a Pruebas de VIH o desconoce su status serológico al VIH?
9.	Módulo de Información, Orientación y Archivo Clínico / Responsable	El paciente tiene diagnóstico reactivo a Pruebas de VIH. Prepara los formatos Consejería individual para Pruebas de VIH y Consentimiento Informado para Pruebas de VIH en original, Resultados de Pruebas de VIH realizadas externas a la unidad médica o en su caso el formato Referencia y Contrarreferencia en copia, asignándoles mismo número de la ficha que se le proporcione al paciente para pre-consejería, los entrega al responsable de la consejería posteriormente indica al paciente pasar a la sala de espera hasta ser llamado por el responsable de la consejería de acuerdo al número de ficha que se le asigne.
10.	Paciente, Familiar o Responsable Legal	Recibe la ficha para pasar al servicio de Consejería y pasa a la sala de espera hasta ser llamado. Se conecta con la operación no. 14
11.	Módulo de Información, Orientación y Archivo Clínico / Responsable	El paciente desconoce su status serológico al VIH. Prepara los formatos Consejería individual para Pruebas de VIH y Consentimiento Informado para Pruebas de VIH , asignándoles mismo número de la ficha que se le proporcione al paciente para pre-consejería, los

		entrega al responsable de la consejería posteriormente indica al paciente pasar a la sala de espera hasta ser llamado por el responsable de la consejería de acuerdo al número de ficha que se le asigno.
12.	Paciente	Recibe la ficha para pasar a pre-consejería y espera en la sala de espera hasta ser llamado. Se conecta con la operación no. 14
13.	Consejería / Psicólogo o Trabajador Social	Viene de la operación no. 9 y 11 Recibe los formatos Consejería Individual para Pruebas de VIH y Consentimiento Informado para Pruebas de VIH en original en el caso de que el paciente desconozca su status serológico al VIH y anexos los Resultados de Pruebas de VIH realizadas externas a la unidad médica o en su caso el formato Referencia y Contrarreferencia en copia, en el caso de que el paciente tenga diagnóstico reactivo a Pruebas de VIH y los reguarda para su control y seguimiento.
14.	Consejería / Psicólogo o Trabajador Social	Llama al paciente de acuerdo al número de ficha, lo recibe, anota los datos del paciente en el formato Hoja Diaria del Servicio de Psicología en CAPASITS y SAI o en el formato Hoja Diaria de Trabajo Social en CAPASITS y SAI según sea el caso, lleva a cabo la pre-consejería para la realización de pruebas de VIH, (valoración de riesgos de VIH), posteriormente prepara al paciente para proporcionarle los resultados reactivos o no reactivos según sea el caso y requisita los formatos Consejería Individual para Pruebas de VIH , proporciona y solicita requisitar el formato Consentimiento Informado para Pruebas de VIH al paciente, familiar o responsable legal.

15.	Paciente, Familiar o Responsable Legal	Recibe y requisita el formato Consentimiento Informado para Pruebas de VIH , asentando sus datos personales como nombre y firma en el apartado firma del usuario y lo devuelve.
16.	Consejería / Psicólogo o Trabajador Social	Recibe el formato Consentimiento Informado para Pruebas de VIH completamente requisitado e indica al paciente pasar a la sala de espera hasta ser llamado de acuerdo al número de ficha de Consejería, para ingresar al servicio de Toma de Muestras para Análisis Clínico y obtener las muestras necesarias para la realización de estudios de tamizaje para VIH.
17.	Consejería / Psicólogo o Trabajador Social	Entrega al técnico de laboratorio o personal de enfermería responsable según sea el caso del servicio de Toma de Muestras para Análisis Clínico, el formato Consejería Individual para Pruebas de VIH y Consentimiento Informado para Pruebas de VIH completamente requisitados.
18.	Paciente	Viene de la operación no. 16 Recibe indicación y pasa a la sala de espera hasta ser llamado por el técnico de laboratorio o personal de enfermería responsable del servicio de Toma de Muestras para Análisis Clínico.
19.	Toma de Muestras para Análisis Clínico / Técnico de Laboratorio y/o Personal de Enfermería Responsable	Viene de la operación no. 17 Recibe los formatos Consejería Individual para Pruebas de VIH y Consentimiento Informado para Pruebas de VIH del paciente. Llama al paciente y lo ingresa al área, anota su datos en el formato Registro Diario de Pacientes en Consulta Externa SIS-SS-01P-Bis y procede a la toma de muestra sanguíneas para VIH, mediante los cuales obtiene los resultados correspondientes y determina: ¿Los resultados son indeterminados, no reactivos o reactivos?

20.	Toma de Muestras para Análisis Clínico / Técnico de Laboratorio y/o Personal de Enfermería Responsable	Los resultados son indeterminados. Toma nuevamente muestra al paciente para prueba rápida de VIH, requisita el formato Consejería Individual para Pruebas de VIH considerando los resultados obtenidos y devuelve al responsable de la consejería que atendió al paciente los formatos Consejería Individual para Pruebas de VIH y Consentimiento Informado para pruebas de VIH e indica al paciente pasar servicio de Consejería para llevar a cabo la post-consejería. Se conecta con la operación no. 24
21.	Toma de Muestras para Análisis Clínico / Técnico de Laboratorio y/o Personal de Enfermería Responsable	Los resultados son no reactivos. Registra en el formato Consejería Individual para Pruebas de VIH el resultado obtenido del paciente y devuelve al responsable de la Consejería los formatos Consejería Individual para Pruebas de VIH y Consentimiento Informado para Pruebas de VIH e indica al paciente pasar servicio de Consejería para llevar a cabo la post-consejería. Se conecta con la operación no. 24
22.	Toma de Muestras para Análisis Clínico / Técnico de Laboratorio y/o Personal de Enfermería Responsable	Los resultados son reactivos. Le toma al paciente nuevamente muestra para VIH, con otra plataforma de prueba rápida o para estudio de ELISA-VIH, registra en el formato Consejería individual para Pruebas de VIH los resultados obtenidos y devuelve al responsable de la Consejería los formatos Consejería Individual para Pruebas de VIH y Consentimiento Informado para Pruebas de VIH e indica al paciente pasar servicio de Consejería para llevar a cabo la post-consejería. Se conecta con la operación no. 24
23.	Paciente	Recibe indicación y se presenta con el responsable de la consejería para recibir post-consejería.

24.	Consejería / Psicólogo y/o Trabajador Social	Recibe los formatos Consejería Individual para Pruebas de VIH y Consentimiento Informado para Pruebas de VIH requisitados, recibe al paciente, realiza la post-consejería y da a conocer los resultados obtenidos en las pruebas realizadas, brinda orientación psicológica y determina: ¿Es un resultado no reactivo, reactivo o indeterminado?
25.	Consejería / Psicólogo y/o Trabajador Social	No reactivo. Programa seguimiento serológico de pruebas de VIH al paciente, de acuerdo a las prácticas, situaciones o relaciones sexuales de riesgo que tiene. Requisita el apartado de contrarreferencia en el formato Referencia y Contrarreferencia, en caso de existir, lo entrega al trabajador social e indica al paciente pasar a la sala de espera hasta ser llamado por el trabajador social.
26.	Paciente	Recibe indicaciones y pasa a la sala de espera hasta ser llamado por el trabajador social.
27.	Trabajo Social / Trabajador Social	Recibe el formato Referencia y Contrarreferencia , lo revisa, registra, y sistematiza. Llama al paciente, le entrega el formato y le brinda información para su contrarreferencia a la unidad médica de donde fue referido.
28.	Paciente	Acude al servicio de Trabajo Social, recibe formato Referencia y Contrarreferencia e información para su contrarreferencia a la unidad médica de donde fue referido. Se conecta con el procedimiento: Referencia y Contrarreferencia de Pacientes entre Unidades Médicas y Servicios de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y de Especialidad.

29.	Consejería/ Psicólogo y/o Trabajador Social	Reactivo. Entrega al trabajador social los formatos Consejería Individual para pruebas de VIH y Consentimiento Informado para Pruebas de VIH completamente requisitados. Indica al paciente pasar a sala de espera hasta ser llamado por el trabajador social. Se conecta con la operación no. 32
30.	Paciente	Recibe indicación y se traslada a la sala de espera hasta se llamado por el trabajador social. Se conecta con la operación no. 34 y 36
31.	Consejería/ Psicólogo y/o Trabajador Social	Indeterminados. Programa cita al paciente para repetir nuevos estudios de tamizaje de VIH dentro de 3 meses.
32.	Trabajo Social / Trabajador Social	Viene de la operación no. 29 Recibe los formatos Consejería individual para Pruebas de VIH y Consentimiento Informado para Pruebas de VIH debidamente requisitados con los datos del paciente que resultó reactivo a los estudios de tamizaje para VIH.
33.	Trabajo Social / Trabajador Social	Revisa los formatos, se entera del caso, registra los datos del paciente en el formato Hoja Diaria de Trabajo Social en CAPASITS y SAI y determina: ¿El paciente está afiliado a alguna institución de seguridad social en salud (IMSS, ISSSTE, ISSFAM o ISSEMyM) u otro mecanismo de previsión social en salud?
34.	Trabajo Social / Trabajador Social	Sí está afiliado a una institución de seguridad social en salud (IMSS, ISSSTE, ISSFAM o ISSEMyM) u otro mecanismo de previsión social en salud. Acude a la sala de espera, llama al paciente, familiar o responsable legal. Elabora oficio signado por el director o responsable de la unidad para su atención

		y seguimiento del paciente con diagnóstico de enfermedad por VIH en la institución de seguridad social en salud a la que pertenece. Entrega y orienta sobre los trámites a seguir en su unidad médica familiar.
35.	Paciente, Familiar o Responsable Legal	Recibe información y oficio para su atención y seguimiento por diagnóstico de enfermedad por VIH en la institución de seguridad social en salud a la que pertenece.
36.	Trabajo Social / Trabajador Social	No está afiliado a una institución de seguridad social en salud (IMSS, ISSSTE, ISSFAM o ISSEMyM) u otro mecanismo de previsión social en salud. Acude a la sala de espera, llama al paciente, familiar o responsable legal y orienta sobre los trámites a seguir para la incorporación del paciente al programa de tratamientos antirretrovirales del Gobierno Federal, a través de su afiliación al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) o Seguro Popular. Se conecta con el procedimiento inherente a Afiliación de Familias y Personas al Programa Seguro Popular.
37.	Trabajo Social / Trabajador Social	Solicita al paciente, familiar o responsable legal póliza del SPSS. Entrega al responsable del Módulo de Información, Orientación y Archivo Clínico para su control y seguimiento los formatos Consejería Individual para pruebas de VIH, Consentimiento Informado para Pruebas de VIH y otros documentos del paciente, según sea el caso.
38.	Paciente, Familiar o Responsable Legal	Recibe indicación y proporciona al trabajador social póliza del SPSS.
39.	Trabajo Social / Trabajador Social	Revisa póliza del SPSS, solicita copia de identificación oficial, CURP, comprobante domicilio, acta de nacimiento e indica pasar al Módulo de Información Orientación y Archivo Clínico para

		agendar cita médica como paciente de primera vez.
40.	Paciente, Familiar o Responsable Legal	Recibe información y acude al Módulo de Información, Orientación y Archivo Clínico.
41.	Módulo de Información, Orientación y Archivo Clínico / Responsable	Atiende la solicitud del paciente, familiar o responsable legal registra sus datos en libreta o agenda de citas médicas para paciente de primera vez y le informa fecha y horario que debe presentarse en la unidad médica.
42.	Módulo de Información, Orientación y Archivo Clínico / Responsable	Viene de la operación no. 4 Recibe al paciente, le brinda información para pasar a valoración médica de paciente de primera vez, registra sus datos en la libreta o bitácora de registros de Expedientes Clínicos nuevos, asigna número a la carpeta del Expediente Clínico, proporciona la Cartilla Nacional de Salud (de acuerdo a su sexo y edad) y registra el o los servicios a los que asistirá el paciente y la clave o nombre del médico tratante; integra al Expediente Clínico los formatos Consentimiento Informado para Pruebas de VIH, Consejería Individual para Pruebas de VIH, Referencia y Contrarreferencia , estudios de tamizaje para VIH y resúmenes clínicos, en caso de existir. Indica al paciente pasar a la sala de espera hasta ser llamado por el trabajador social y traslada a Trabajo Social el Expediente Clínico del paciente y lo entrega al trabajador social.
43.	Paciente	Recibe información, Cartilla Nacional de Salud y el número de su Expediente Clínico. Pasa a la sala de espera hasta ser llamado por el trabajador social.
44.	Trabajo Social /Trabajador Social	Recibe Expediente Clínico, posteriormente llama al paciente y le indica pasar al área. Registra datos del paciente en el formato Hoja Diaria de Trabajo Social para CAPASITS y SAI y

		requisita el formato Estudio Socioeconómico , revisa e integra todas las copias de los documentos previamente solicitados (identificación oficial, CURP, comprobante domicilio, acta de nacimiento, póliza del SPSS), brinda información sobre prácticas sexuales seguras y protegidas para reducir el riesgo de transmitir el VIH y otras ITS, indica al paciente pasar a la sala de espera hasta ser llamado por el personal responsable de enfermería. Traslada el Expediente Clínico del paciente al servicio de Enfermería y lo entrega al personal responsable de enfermería.
45.	Paciente	Atiende la entrevista por el trabajador social y entrega documentos. Recibe información sobre prácticas sexuales seguras y protegidas, se traslada a la sala de espera hasta ser llamado por el personal responsable del servicio de Enfermería de la unidad médica.
46.	Enfermería / Personal Responsable de Enfermería	Recibe el Expediente Clínico del paciente, llama al paciente y lo ingresa al servicio de Enfermería, registra los datos del paciente en el formato Registro Diario de Pacientes en Consulta Externa SIS-SS-01P-Bis , toma, registra sus signos vitales y somatometría en el rubro correspondiente del formato Historia Clínica General (médica) . Brinda al paciente información sobre prácticas sexuales seguras y protegidas para reducir el riesgo de transmitir el VIH, así como recomendaciones para evitar otras infecciones transmisibles (diarreicas, respiratorias, sexuales), indica medidas higiénico-dietéticas y cuidados domiciliarios que debe tener una persona con VIH. Indica al paciente pasar a la sala de espera hasta ser llamado por el médico tratante. Traslada al servicio de

		Atención Médica el Expediente Clínico del paciente y lo entrega al médico tratante.
47.	Paciente	Se entera y se traslada a la sala de espera hasta ser llamado por el médico tratante.
48.	Atención Médica / Médico Tratante.	Recibe el Expediente Clínico del paciente y revisa la información contenida en el mismo. Llama al paciente y lo recibe, lo interroga y explora posteriormente registra los datos del paciente en el formato Registro diario de pacientes en consulta externa SIS-SS-01P-Bis , requisita los formatos Historia Clínica General (médica) y Hoja Frontal , realiza diagnósticos sindromáticos de las comorbilidades en caso de existir y establece el diagnóstico de enfermedad por VIH, registrando en el rubro correspondiente los estadios clínicos A, B o C, de acuerdo a la clasificación internacional de casos de VIH del CDC de Atlanta con base en los diagnósticos.
49.	Atención Médica / Médico Tratante	Realiza protocolo de la atención médica y tramita notificación para el Sistema Nacional de Salud de acuerdo a la patología diagnosticada en cada paciente, requisitando el formato Notificación y Estudio Epidemiológico de VIH, Sida y determina: ¿El paciente requiere ser referido a manejo intrahospitalario para control o resolución de comorbilidades?
50.	Atención Médica / Médico Tratante	Si requiere ser referido a manejo intrahospitalario para control o resolución de comorbilidades. Informa al paciente sobre el control o resolución de las comorbilidades que presenta por la progresión avanzada de su enfermedad por VIH, por lo que será referido a una unidad de atención médica de mayor complejidad e indica que toda vez que haya sido egresado de dicho nosocomio regrese a la unidad médica (CAPASITS o SAI) según sea el caso y

		extrae del Expediente Clínico el formato Referencia y Contrarreferencia , lo requisita mediante firma en el apartado nombre y firma del médico que refiere y lo entrega al trabajador social en original y dos copias.
51.	Atención Médica / Médico Tratante	Indica al paciente pasar a la sala de espera hasta ser llamado por el trabajador social.
52.	Paciente	Recibe información del médico tratante y pasa a la sala de espera hasta ser llamado por el trabajador social.
53.	Trabajo Social / Trabajador Social	Viene de la operación no. 50 Recibe el formato Referencia y Contrarreferencia , llama al paciente y le entrega el mismo en original y dos copias debidamente requisitado para su entrega en la unidad médica receptora mismo que registra mediante folio en la libreta de Referencia y Contrarreferencia. Solicita al paciente acuse de recibido en la segunda copia del formato; proporciona al paciente los datos del hospital al cual es referido, además del procedimiento a seguir para solicitar atención en el servicio médico requerido.
54.	Paciente, Familiar o Responsable Legal	Recibe del trabajador social información sobre dónde acudir para ser hospitalizado y el formato Referencia y Contrarreferencia debidamente requisitado e original y dos copias y acusa de recibido en segunda copia y la entrega. Se conecta con el procedimiento: Referencia y Contrarreferencia de Pacientes entre Unidades Médicas y Servicios de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y de Especialidad.
55.	Atención Médica / Médico Tratante	No requiere ser referido a manejo intrahospitalario para control o resolución de comorbilidades. Requisita los formatos Solicitud de

		Estudios de Laboratorio, Solicitud de Estudios de Gabinete, elabora oficio de solicitud de estudios inmunológicos (conteo linfocitario) y virológicos (Carga viral de VIH), registra los datos del paciente en el formato Registro de Solicitudes para Carga viral-VIH y CD4, y entrega oficio al paciente para programar cita. Se conecta con el procedimiento inherente a la Prestación de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento en Unidades Médicas del ISEM.
56.	Atención Médica / Médico Tratante	Indica al paciente pasar al Módulo de Información, Orientación y Archivo Clínico para programar cita de paciente para valoración de caso nuevo con el psicólogo y odontólogo responsables así como con el médico tratante cita de paciente subsecuente, toda vez que tenga resultados de estudios de laboratorio y gabinete solicitados en dicha consulta. Valora diagnóstico clínico de la enfermedad por VIH y el diagnóstico sindromático del paciente y determina: ¿El paciente requiere tratamiento no antirretroviral (no ARV) para enfermedades oportunistas y/o tratamientos profilácticos?
57.	Atención Médica / Médico Tratante	Sí requiere tratamiento no ARV para enfermedades oportunistas y/o tratamientos profilácticos. Requisita las recetas médicas necesarias, canaliza al paciente a la farmacia de medicamentos no ARV del servicio subrogado ubicado en el hospital, e indica al paciente acudir a la farmacia de medicamentos ARV del CAPASITS o SAI para el surtimiento de insumos de prevención (condones). Registra el número de condones que se

		proveerán en el rubro de indicaciones o plan terapéutico de la historia clínica y en una receta oficial para que sean provistos por el responsable de la farmacia de ARV.
58.	Atención Médica /Médico Tratante	No requiere tratamiento no ARV para enfermedades oportunistas y/o tratamientos profilácticos. Registra el número de condones que se proveerán en el rubro de indicaciones o plan terapéutico de la historia clínica del paciente y requisita receta oficial para que sean provistos por el responsable de la farmacia de ARV. Canaliza al paciente a la farmacia de medicamentos ARV del CAPASITS o del SAI para el surtimiento de insumos de prevención (condones).
59.	Paciente, Familiar o Responsable Legal	Viene de la operación no. 56 Recibe indicación y se traslada al Módulo de Información, Orientación y Archivo Clínico y solicita programación de cita.
60.	Módulo de Información, Orientación y Archivo Clínico / Responsable	Atiende solicitud del paciente y programa cita de paciente de valoración de caso nuevo para los servicios de psicología y odontología y con el médico tratante como paciente subsecuente.

VII GLOSARIO.

Paciente de primera vez: son aquellos pacientes que van a hacer asistidos por primera vez por su médico tratante asignado, proceso que debe ocurrir dentro de las primeras 72 horas de haber llegado el paciente al establecimiento de salud (CAPASITS o SAI).

Paciente subsecuente: son aquellos pacientes que van a hacer asistidos después de la consulta de “paciente de primera vez”, en el caso de las consultas médicas, o después de la consulta de “valoración de caso nuevo”, para las consultas otorgadas por el servicio de odontología y psicología respectivamente.

Valoración de caso nuevo: es aquella valoración en la cual el paciente que el médico tratante refiere a ser valorado por vez primera por el servicio de odontología y psicología de la unidad (CAPASITS o SAI).

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

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

ISSFAM: Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.

ISSEMyM: Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.

Cartilla Nacional de Salud: es un documento oficial y personal que se entrega de forma gratuita a la población mexicana que se atiende en alguna de las instituciones de salud del sector gubernamental (IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud, etc.). Se entrega de acuerdo al grupo de edad que pertenece la persona, ejemplo: niñas y niños, adolescentes, mujer, hombre y adulto mayor). Este documento permite tanto al personal de salud como al usuario llevar un registro de las acciones de promoción de salud, prevención, detección oportuna, control de enfermedades; y también incluye el registro de las citas médicas y demás profesionales de la salud.

Resultado Reactivo: es cuando la prueba o estudio realizado es positivo o veraz a una infección o enfermedad que se pretende diagnosticar.

Resultado No reactivo: es cuando la prueba o estudio realizado es negativo a una infección o enfermedad que se pretende diagnosticar.

Resultado indeterminado: es cuando el resultado de la prueba o estudio utilizado es confuso o poco claro para hacer el diagnóstico de cierta infección o enfermedad.

TARV: Tratamiento Antirretroviral.

VIII FORMATOS E INSTRUCTIVOS.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



EXPEDIENTE CLÍNICO EN CAPASITS

(1). ANOTAR No.
EXPEDIENTE

(2). ID SALVAR

(3). JURISDICCIÓN: _____

(4). C. MUNICIPAL: _____

(5). LOCALIDAD: _____

(6). UNIDAD: _____

(7). DOMICILIO UNIDAD: _____

(8). CLUES: _____

217B20000-541-16

(9). REGISTRO DE TRATAMIENTOS ANTIRRETROVIRALES (TARV)

No.	ESQUEMA DE TARV	FECHA INICIO (DD/MM/AA)	FECHA TERMINÓ (DD/MM/AA)

EXPEDIENTE CLÍNICO INTEGRAL EN CAPASITS

(10). ORDEN DE COLOCACIÓN DE FORMATOS Y DOCUMENTOS, ACORDE A LA NOM-004

1. NOTA O CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN (en caso que el paciente haya fallecido).
2. HOJA FRONTAL.
3. HISTORIAS CLÍNICAS.
 - 3.1 HISTORIA CLÍNICA GENERAL (MÉDICA).
 - 3.2 HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA.
4. NOTAS DE EVOLUCIÓN.
5. HOJAS DE SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.
6. ESTUDIOS DE LABORATORIO.
 - 6.1. HOJAS DE ESTUDIOS DE CARGA VIRAL VIH Y CD4.
 - 6.2. HOJAS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO CLÍNICO.
7. HOJAS DE ESTUDIOS DE GABINETE Y OTROS (IMAGENOLOGÍA, ANATOMO-PATOLÓGICOS, ETC.).
8. CARPETA DE EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO (debe incluir):
 - 8.1. HISTORIA CLÍNICA Y ESTUDIO ESTOMATOLÓGICO.
 - 8.2. PLAN Y DESARROLLO DE TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO.
 - 8.3. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.
9. OTROS DOCUMENTOS.
 - 9.1. CARTA COMPROMISO DEL PACIENTE PARA RECIBIR ARV.
 - 9.2. HOJAS DE SOLICITUD DE CAMBIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.
 - 9.3. HOJAS DE SOLICITUD DE INGRESO O REINGRESO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.
 - 9.4. HOJAS DE PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD (de acuerdo a sexo y grupo etáreo).
 - 9.5. HOJAS DE NOTIFICACIONES Y ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS:
 - 9.5.1. DE OTRAS ITS Y OTRAS PATOLOGÍAS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA.
 - 9.5.2. FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE VIH/SIDA.
 - 9.6. FORMATO PARA EL MONITOREO DE LA ADHERENCIA ARV.
 - 9.7. HOJA DE CUESTIONARIO FINAL PARA EVALUAR EL CONOCIMIENTO SOBRE LA ADHERENCIA.
 - 9.8. HOJA DE CUESTIONARIO INICIAL PARA EVALUAR EL CONOCIMIENTO SOBRE LA ADHERENCIA.
 - 9.9. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH.
 - 9.10. FORMATO PARA LA CONSEJERÍA INDIVIDUAL EN VIH.
 - 9.11. HOJA DE ESTUDIO SOCIAL.
 - 9.12. COPIA DE CREDENCIAL DEL INE/IFE.
 - 9.13. COPIA DE LA CURP.
 - 9.14. COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO.
 - 9.15. COPIA DE PÓLIZA DEL SEGURO POPULAR.
 - 9.16. OTROS (Cartas poder, acuses de resúmenes clínicos (emitidos), etc.).

Instructivo de llenado para el formato: Carpeta del Expediente Clínico en CAPASITS		
Objetivo: Contar con un formato de carpeta para el expediente clínico integral en las UNEMES CAPASITS.		
Distribución y Destinatario: El formato de carpeta se genera en original y se queda dentro de la unidad médica.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	ANOTAR NO. EXPEDIENTE	Registrar el número asignado al expediente del paciente.
2	ID SALVAR	Escribir el número de identificación asignado al paciente en la plataforma federal del Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretroviral (SALVAR).
3	JURISDICCIÓN	Colocar el nombre de la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenece el CAPASITS.
4	C. MUNICIPAL	Especificar el nombre de la Coordinación Municipal a la que pertenece el CAPASITS.
5	LOCALIDAD	Especificar en qué localidad se ubica el CAPASITS.
6	UNIDAD	Colocar el nombre del CAPASITS en que se brinda la atención.
7	DOMICILIO	Registrar la dirección exacta y completa en que se ubica la unidad.
8	CLUES	Colocar los datos completos de la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES).
9	REGISTRO DE TRATAMIENTOS ANTIRRETROVIRALES (TARV)	Este apartado se encuentra destinado para sistematizar el historial de tratamiento/s antirretroviral/es (TARV) del paciente, por lo que se debe registrar con el número 1 arábigo el esquema de TARV más antiguo y continuar así sucesivamente hasta registrar con el último número el esquema de TARV actual. Asimismo, se deberá registrar en "Esquema de TARV" los nombres de los antirretrovirales, utilizándose aquí las abreviaturas internacionalmente conocidas, mismas que aparecen en la actual Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH, del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (CENSIDA); ejemplo: ZDV+3TC+EFV para referirse al esquema de: Ziduvudina + Lamivudina + Efavirenz). En "Fecha inicio" se procurará registrar la fecha exacta en que el paciente inició el esquema antirretroviral, comenzando el registro con dos dígitos para el día (DD), de igual modo para el mes (MM) y el año (AA); y por último se deberá registrar en "Fecha terminó" la fecha en que el paciente haya terminado el esquema, si así fue su caso.
10	ORDEN DE COLOCACIÓN DE FORMATOS Y DOCUMENTOS, ACORDE A LA NOM-004	Seguir el orden de colocación señalado en este rubro, mismo que se encuentra de acuerdo a la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico y adaptado de acuerdo a los formatos y documentos que se requisitan actualmente a nivel nacional en los UNEMES CAPASITS. Asimismo, se deberán considerar los instructivos de llenado de cada formato específico para su adecuada requisición.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Historia Clínica Psicológica

UNIDAD MÉDICA:		NÚMERO EXPEDIENTE:	
FECHA DE ELABORACIÓN:	HORA DE ELABORACIÓN:	TIPO DE INTERROGATORIO: ☐ DIRECTO ☐ INDIRECTO	
I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN			
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))		EDAD:	GÉNERO: ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO
LUGAR DE NACIMIENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:	ESTADO CIVIL:	
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ENTIDAD FEDERATIVA)		TELÉFONO:	
No. HUOS:	RELIGIÓN:	Ocupación ACTUAL:	PREFERENCIA SEXUAL:
Ocupación ANTERIOR:		ESCOLARIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR EN CASO DE SER MENOR DE EDAD O PERSONA CON CAPACIDADES DIFERENTES:			
PARENTESCO CON EL PACIENTE:		TELÉFONO:	

II. MOTIVO DE LA CONSULTA: (Situación actual)

III. HISTORIA FAMILIAR: (Familiograma, circunstancia familiar: social, económica y cultural, estructura familiar, antecedentes significativos)

IV. HISTORIA PERSONAL: (Hechos significativos en las diferentes etapas de la vida, personalidad, necesidades y motivaciones, frustraciones y aprendizaje, frustraciones y conflictos, acontecimientos significativos personales, familiares, sociales y culturales)

V. HISTORIA ESCOLAR: (Tendencias familiares e individuales hacia el estudio, descripción del proceso de conocimiento, medio escolar, relaciones escolares, valores, ideas, objetivos, experiencias significativas)

VI. SALUD: (Alimentación, sueño, enfermedades, lesiones, operaciones, consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias, uso de drogas inyectables, que opina de su salud actualmente)

VII. HISTORIA PSICOSEXUAL: (Actitudes familiares e individuales, ambiente sociocultural, primeras nociones del desarrollo de la sexualidad, primer contacto sexual, evolución de intereses sexuales, autoerotismo, sueños, fantasías)

VIII. HISTORIA OCUPACIONAL. (Actitudes familiares y personales, descripción de trabajos desempeñados, sueldo, rendimiento, éxitos, fracasos y metas, situación económica actual)

IX. TIEMPO LIBRE. (Actitud familiar y social, aspiraciones, pertenece a un grupo, lectura, música, deportes, experiencias significativas)

X. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL: (Impresión general, pensamiento, memoria, inteligencia, atención, conciencia, voluntad, conducta)

XI. DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL (CIE-10)

EJE I.

EJE II.

EJE III.

EJE IV.

EJE V.

XII. PSICODIAGNÓSTICO: (Consideraciones psicodinámicas)

XIII. PLAN TERAPÉUTICO: (Psicoterapia, estudios psicológicos, autobiografías, otros)

XIV. PRONÓSTICO: (Duración, metas del tratamiento, problemas integrales, redes de apoyo)

PSICÓLOGO

NOMBRE Y FIRMA

217B20000-051-14

Instructivo de llenado para: Historia Clínica Psicológica		
Objetivo: Recopilar datos sobre la historia personal del paciente y detalles para su tratamiento.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y se queda dentro del expediente clínico.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
I	FICHA DE IDENTIFICACIÓN	Recaba datos específicos del paciente.
II	MOTIVO DE CONSULTA	Describir la Situación actual del paciente.
III	HISTORIA FAMILIAR	Realizar un Familiograma, e identificar circunstancias familiares, sociales, económicas y culturales, estructura familiar, antecedentes significativos.
IV	HISTORIA PERSONAL	Hechos significativos en las diferentes etapas de la vida, personalidad, necesidades y motivaciones, frustraciones y aprendizaje, frustraciones y conflictos, acontecimientos significativos personales, familiares, sociales y culturales.
V	HISTORIA ESCOLAR	Tendencias familiares e individuales hacia el estudio, descripción del proceso de conocimiento, medio escolar, relaciones escolares, valores, ideas, objetivos, experiencias significativas.
VI	SALUD	Alimentación, sueño, enfermedades, lesiones, operaciones, consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias, uso de drogas inyectables, qué opina de su salud actualmente.
VII	HISTORIA PSICOSEXUAL	Actitudes familiares e individuales, ambiente sociocultural, primeras nociones del desarrollo de la sexualidad, primer contacto sexual, evolución de intereses sexuales, autoerotismo, sueños o fantasías.
VIII	HISTORIA OCUPACIONAL	Actitudes familiares y personales, descripción de trabajos desempeñados, sueldo, rendimiento, éxitos, fracasos y metas, situación económica actual.
IX	TIEMPO LIBRE	Actitud familiar y social, aspiraciones, pertenece a un grupo, lectura, música, deportes, experiencias significativas
X	EXAMEN DEL ESTADO MENTAL	Anotar la impresión general, atención, pensamiento, memoria, inteligencia, atención, conciencia, voluntad, conducta
XI	DIAGNÓSTICO MULTIAIXIAL	Realizar una evaluación en los siguientes ejes: Eje I Trastornos clínicos (problemas que pueden ser objeto de atención clínica). Eje II Trastornos de la personalidad. Eje III Enfermedades médicas. Eje IV Problemas psicosociales y ambientales. Eje V Evaluación de la actividad global.
XII	PSICODIAGNÓSTICO	Consideraciones psicodinámicas (en este contexto vincular, la medicación que adquiere significados psicológicos y una dinámica de la personalidad, de la transferencia, del conflicto psíquico y de la enfermedad en tratamiento).
XIII	PLAN TERAPÉUTICO	Psicoterapia, estudios psicológicos, autobiografías, otros.
XIV	PRONÓSTICO	Estimación de la duración, metas del tratamiento, problemas integrales, redes de apoyo.

Instructivo para llenar el formato: Hoja diaria del Servicio de Psicología en CAPASITS y SAI.		
Objetivo: Llevar un registro diario de las acciones o intervenciones individuales desempeñadas por el área de psicología.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y se queda dentro de la unidad médica.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	NOMBRE DE LA UNIDAD	Especificar el nombre del CAPASITS o SAI en que se llena la hoja diaria y se brinda la atención.
2	CLUES	Colocar los datos completos de la Clave Única de Establecimiento de Salud
3	NOMBRE DEL PSICÓLOGO	Colocar el/los nombre(s) y apellidos del psicólogo que da la consulta.
4	FECHA	Colocar día, mes y año en que se da la consulta.
5	No.	Emplear un número arábigo consecutivo para asignar a las personas atendidas.
6	NOMBRE COMPLETO Y/O No. EXPEDIENTE	De preferencia escribir el número de expediente o folio que se le haya asignado al usuario y/o paciente, pero si no se cuenta con dicha numeración escribir entonces el nombre completo.
7	EDAD	Anotar la edad actual en años del usuario y/o paciente.
8	GÉNERO	Escriba en éste espacio el género con el que se identifica al usuario y/o paciente de acuerdo al rol social que cumple. Ejemplo. M: masculino, F: femenino.
9	PRIMERA VEZ	Marcar con una X esta casilla sólo en caso de que el usuario y/o paciente es atendido por primera ocasión por el diagnóstico que consulta.
10	SUBSECUENTE	Señalar esta casilla si el usuario y/o paciente ha acudido anteriormente por ese mismo diagnóstico a la unidad.
11	REFERIDO	Esta casilla se marca si el usuario y/o paciente es enviado a otra unidad de salud con su debido formato de referencia.
12	CONTRAREFERIDO	Marcar esta casilla cuando el CAPASITS o SAI regrese al usuario y/o paciente a la unidad que lo refirió, esto a través del formato de contrareferencia debidamente requisitado.
13	DIAGNÓSTICOS	Anotar el resultado de la evaluación de acuerdo a los síntomas, funcionamientos mentales y/o emocionales que no tienen una base orgánica observable. El diagnóstico se infiere por los comportamientos del paciente o por lo que dice que le está pasando.
14.1	ENTREVISTA	Marcar sólo en caso de que se trabajen los criterios de una entrevista en la consulta.

14.2	CONSEJERÍA PRE - POST	Señalar sólo esta casilla cuando la intervención en la consulta este dirigida a la asesoría previa para la realización de la prueba de detección de VIH o la entrega de resultados y orientación sobre los servicios de salud.
14.3	ESTUDIO PSICOMÉTRICO	Marcar esta casilla cuando se trabaje la aplicación de pruebas psicométricas en la consulta.
14.4	MONITOREO DE ADHERENCIA	Esta casilla se marca cuando se evalúa la adherencia al tratamiento antirretroviral, mediante el formato del monitoreo de adherencia correspondiente a la Estrategia Nacional de Adherencia (ENA) u otras herramientas.
14.5	SESIÓN INFORMATIVA	Marcar cuando se trabajen aspectos de enseñanza - aprendizaje durante la consulta.
14.6.1	INDIVIDUAL	Esta casilla se marca si la terapia se dirigió únicamente al paciente.
14.6.2	FAMILIAR	Esta casilla se marca cuando se trabaja la terapia con el paciente en compañía de su familia.
14.6.3	DE PAREJA	Marcar cuando se ha trabajado en terapia con el paciente y su pareja o cónyuge.
14.6.4	DE GRUPO	Marcar esta casilla si se trabaja la terapia grupal.
15	OBSERVACIONES	En caso de tener algunas aclaraciones, registrar lo necesario.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Consentimiento Informado para Pruebas de VIH

(1). Unidad: _____ (2). Folio: _____ (3). Fecha: _____

El Instituto de Salud del Estado de México, a través de su Programa de VIH/SIDA/ITS, realiza pruebas para la detección de personas con VIH, para lo cual se aplica un cuestionario cuya información recabada es confidencial, en el que preguntamos principalmente sobre los servicios de salud, uso del condón y comportamientos sexuales de riesgo para adquirir el VIH, esto con el fin de poder brindar un tratamiento médico adecuado y oportuno.

Si está de acuerdo en participar, lo invitamos a realizarse una prueba de VIH, para lo cual tomaremos una muestra de sangre, misma que se obtendrá de uno de sus dedos o antebrazos con un pinchazo, únicamente sentirá malestar por el piquete. También se le dará información sobre el VIH, de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), de prácticas sexuales seguras y protegidas y se le brindarán condones de forma gratuita.

Si el resultado de la prueba fuera reactivo, no significa que usted tenga VIH; para confirmar si usted tiene o no este virus se le realizará otras pruebas; y en caso de requerirlo se le proporcionará el tratamiento médico, psicológico y odontológico por el tiempo que sea necesario, sin costo para usted.

Su participación, en este procedimiento, es totalmente voluntaria, si decide no participar, terminar antes el cuestionario o no hacerse la prueba, no habrá ninguna consecuencia negativa para usted.

CONSENTIMIENTO:

Me han explicado qué es la infección por VIH, cómo se transmite y cómo se previene. Se me ha orientado sobre la importancia de realizarme una prueba para saber si soy o no portador del VIH, sobre el procedimiento para que me hagan esta(s) prueba(s) y la aplicación del cuestionario, por lo cual doy mi consentimiento de manera voluntaria para que se me realicen ambos procedimientos.

De igual manera, confirmo que he recibido la información, así como consejería sobre el significado de tener un resultado "NO Reactivo" (negativo) o "Reactivo" (positivo), y si mi resultado es como este último caso ("Reactivo") se me enviará para seguimiento y atención a:

(4). Institución: _____

Asimismo, entiendo que aunque la prueba es voluntaria, todos mis datos son confidenciales y el resultado me será entregado personalmente, un consejero y/o personal de salud capacitado deberá saber mi resultado para poder orientarme, pero bajo ninguna circunstancia divulgará el resultado de mis estudios o dato alguno que permita la identificación de mi persona a terceros.

(5). Nombre(s) y Apellidos del usuario

(6). Firma del usuario

Le he explicado al usuario los objetivos de esta(s) prueba(s), los beneficios y los riesgos asociados con su participación.

(7). Nombre(s) y Apellidos del consejero

(8). Firma del consejero

217B20000-563-16

Instructivo para llenar el formato: Consentimiento Informado para Pruebas de VIH.		
Objetivo: Que el usuario conozca los beneficios y riesgos asociados a la realización de las pruebas de detección de VIH, a fin de que otorgue voluntariamente su consentimiento.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y se queda en el expediente dentro de la unidad médica.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD	Especificar el nombre del CAPASITS o SAI en que se llena el formato de "Consentimiento Informado para Pruebas de VIH"; y se brinda esta atención.
2	FOLIO	Registrar el número de folio asignado en la unidad para identificar el formato de consejería individual y prueba(s) del usuario.
3	FECHA	Colocar día, mes y año en que se brinda la consejería.
4	INSTITUCIÓN	En caso de obtenerse un resultado reactivo a las pruebas de VIH, especificar en qué institución se le brindará su seguimiento y atención médica.
5	NOMBRE(S) Y APELLIDOS DEL USUARIO	El usuario deberá escribir de forma legible su(s) nombre(s) y apellidos.
6	FIRMA DEL USUARIO	El usuario que solicita la(s) prueba(s) de VIH colocará su firma en este apartado, a fin de establecer que él brinda su consentimiento; y de forma voluntaria.
7	NOMBRE(S) Y APELLIDOS DEL CONSEJERO	El consejero deberá registrar su(s) nombre(s) y apellidos.
8	FIRMA DEL CONSEJERO	Una vez que el consejero ha resuelto las dudas del usuario que se realizará la(s) prueba(s) y le ha explicado lo establecido en el formato "Consentimiento Informado para pruebas de VIH", colocará su firma en este apartado.

Guía de Operación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicio de Atención Integral a Personas con VIH (SAI)



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Monitoreo de la Adherencia ARV

(1) . Unidad:			(2) . CLUES:			(3) . Fecha:		
(4) . ID:		(5) . No. de Exp.		(6) . Nombre(s) y Apellidos:				
(7) . Edad:		(8) . Género:		(9) . No. Sesión:		(10) . Esquema ARV:		
(11) . MODELO DE 9 TAREAS PARA UNA MEJOR ADHERENCIA								
Establezca la confianza	Identifique y respete creencias	Analice situación de vida	Educación sobre tratamiento	Facilite motivación y disposición	Identifique y realce autoeficacia	Facilite toma de decisiones	Establezca plan de acción	Apoyo y mantenimiento
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>Identificar los obstáculos para lograr la adherencia y elaborar un plan para abatirlos en colaboración con el paciente</i>								
(12). Etapa		(13). Intervención		(14). Fecha de Intervención		(15). Otras Intervenciones		(16). Observaciones
(12.1) Precontemplación		a) Dar información b) Hacer Historia c) Impacto en los demás				Referencia a Psiquiatría		
(12.2) Contemplación		a) Autoimagen b) Pros y contras				Estudio de caso, equipo Multidisciplinario		
(12.3) Preparación		a) Desarrollar un plan						
(12.4) Acción		a) Ofrecer substitutos b) Evitar estímulos c) Identificar recompensas d) Identificar apoyo				Otros:		
(12.5) Mantenimiento		a) Convertirse en un ejemplo						

Nombre completo de quien llena el formato

Firma

217B20000-558-16

Instructivo para llenar el formato: Monitoreo de la Adherencia ARV.		
Objetivo: Llevar un registro de las etapas de la adherencia antirretroviral (ARV) en los pacientes con tratamiento, de acuerdo a lo establecido en la Estrategia Nacional de Adherencia (ENA).		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original para el servicio y se queda en el expediente del paciente, dentro de la unidad médica.		
NO.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD	Especificar el nombre del CAPASITS o SAI en que se brinda la atención.
2	CLUES	Colocar los datos completos de la Clave Única de Establecimientos de Salud.
3	FECHA	Colocar el día, mes y año en que se realiza el monitoreo de adherencia.
4	ID	Escribir el número de identificación asignado por el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR).
5	NO. DE EXPEDIENTE	Registrar el número asignado al expediente del paciente.
6	NOMBRE(S) Y APELLIDOS	Escribir de manera legible el/los nombre(s) y apellidos del paciente.
7	EDAD	Anotar la edad referida por el paciente.
8	GÉNERO	Escriba en éste espacio el género con el que se identifica el paciente de acuerdo al rol social que cumple. Ejemplo. M: masculino, F: femenino
9	NO. DE SESIÓN	Registrar el número de sesiones que se tiene sobre el monitoreo de la adherencia con el paciente.
10	ESQUEMA ARV	Anotar el esquema ARV actual del paciente, mismo que debe coincidir con lo registrado en el SALVAR
11	MODELO DE LAS 9 TAREAS PARA UNA MEJOR ADHERENCIA	Marcar con una X el número correspondiente a la tarea o tareas que se trabajaron con el paciente, de acuerdo a la etapa en que se encuentra actualmente. Observarse para facilitar una mejor adherencia.
12	ETAPA	Marcar con una X dentro del recuadro ubicado frente a la etapa en que se encuentra el paciente actualmente.
12.1	PRE CONTEMPLACIÓN	Marcar esta etapa cuando se identifique que el paciente no tiene ninguna intención de cambiar, o considera que no hay razón para cambiar la situación o conducta identificada como conflicto para la adherencia a la toma del Tratamiento Antirretroviral (TARV).
12.2	CONTEMPLACIÓN	Marcar esta etapa cuando el paciente este consciente de que existe un problema, pero todavía no está listo para hacer nada al respecto y está considerando el cambio.
12.3	PREPARACIÓN	Marcar ésta etapa cuando el paciente quiere hacer un cambio y está planeando hacerlo en un corto plazo (probablemente dentro de un mes o menos).
12.3	ACCIÓN	Esta etapa se marca cuando el paciente ya está modificando una conducta o situación problemática haciendo que los cambios sean consistentes (todo el tiempo) durante al menos 6 meses.
12.5	MANTENIMIENTO	Marcar ésta etapa si el paciente está incorporado activamente en la nueva conducta o situación modificada y está tomando las medidas para prevenir una recaída, durante 6 meses o más.
13	INTERVENCIÓN	Seleccionar la intervención con la que se trabajo durante la sesión de monitoreo de adherencia, Marcar con una X el inciso trabajado de acuerdo a la etapa.
14	FECHA DE INTERVENCIÓN	Registrar el día, mes y año en que se realizó la intervención

15	OTRAS INTERVENCIONES	Señalar si fue necesario realizar alguna intervención que no se encuentre contemplada en el formato y registrarla.
16	OBSERVACIONES	Anotar las observaciones correspondientes a la intervención realizada. Se refiere a otras situaciones presentadas como: cambio de residencia, hospitalización, bajas y motivos, etc.
17	FECHA	Registrar el día, mes y año en que se realiza la intervención.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Consejería Individual para Pruebas de VIH

(1). Unidad:		(2). Fecha de Elaboración:	
(3). Nombre(s) y Apellidos:			
(4) No. Folio:	(5). Edad:	(6). Género: Masc. ☐ Fem. ☐ Trans. ☐	
(7). Escolaridad:		(8). ¿Cómo se Identifica? Trans ☐ Bisexual ☐ Homosexual ☐ Heterosexual ☐	

- (9). ¿Por qué motivo se está realizando la prueba de VIH ahora?
- | | |
|--|--|
| () Tuvo relaciones sin usar condón | () Tuve relaciones sexuales con una persona con VIH |
| () Tuvo relaciones con un(a) trabajador(a) sexual | () Porque es trabajador(a) sexual |
| () Compartió jeringa para usar drogas | () Lo requiere para un trámite |
| () Porque le ofertaron la prueba | () Se hace estudios periódicamente |

(10). Comportamiento Sexual

- | | | |
|--|----------------------|----|
| a) ¿Actualmente tiene una pareja sexual estable? | No | Si |
| b) ¿Utiliza condón con su pareja estable? | No | Si |
| c) ¿Su pareja sexual estable, tiene VIH? | No | Si |
| d) ¿Su pareja sexual está tomando tratamiento para el VIH? | No | Si |
| e) ¿Ha sido víctima de abuso sexual en los últimos 12 meses? | No | Si |
| f) En los últimos 12 meses ¿ha recibido dinero por tener relaciones sexuales? | No | Si |
| g) En los últimos 3 meses ¿ha ofrecido dinero por tener relaciones sexuales? | No | Si |
| h) ¿Uso condón en su último encuentro sexual? | No | Si |
| i) En los últimos 3 meses, ¿Cuántas parejas casuales ha tenido? | <input type="text"/> | |
| j) En los últimos 6 meses ¿ha tenido relaciones sexuales con penetración anal? | No | Si |
| k) Si hubo penetración anal, ¿utilizó condón? | No | Si |
| l) ¿Con quién ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses? | | |
| () Mujeres | () Hombres | |
| () Ambos | () No ha tenido | |
| m) ¿Tiene más de una pareja sexual? | No | Si |
| n) ¿Usted utiliza drogas? _____ | | |

(11). Acceso a servicios

- | | | |
|--|----|----|
| a) ¿Se ha realizado la prueba de VIH en los últimos 12 meses? | No | Si |
| b) ¿Conoce el resultado de la prueba? | No | Si |
| c) ¿Sabe usted que el tratamiento para VIH en México es gratuito? | No | Si |
| d) ¿Ha recibido condones gratuitos en los últimos 12 meses? | No | Si |
| e) ¿Ha sido sujeto de discriminación o maltrato por parte del personal de salud? | No | Si |

(12). Resultado de las pruebas

- | | | | |
|-----------------------|--------------|-----------------|--------------|
| a) Primera prueba VIH | Reactiva () | No reactiva () | Invalida () |
| b) Segunda prueba VIH | Reactiva () | No reactiva () | Invalida () |

(13). Persona que llenó el formato:

Nombre(s) y Apellidos

Firma

217B20000-549-16

Instructivo para llenar el formato: Consejería Individual en VIH.		
Objetivo: Llevar un registro de los comportamientos de riesgo de los usuarios que acuden a solicitar la prueba de detección de VIH.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y se queda en el expediente dentro de la unidad médica. Éste formato será empleado junto con el formato de Consentimiento Informado para pruebas de VIH, mismo que contiene un apartado de confidencialidad.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD:	Especificar el nombre del CAPASITS o SAI en que se brinda la atención.
2	FECHA DE ELABORACIÓN:	Colocar día, mes y año en que se brinda la consejería.
3	NOMBRE(S) Y APELLIDOS:	Escribir de forma legible el/los nombre(s) y apellidos del usuario.
4	NO. DE FOLIO	Registrar el número de folio asignado para identificar la hoja de consejería individual y la prueba del usuario.
5	EDAD	Anotar la edad actual en años del usuario.
6	GÉNERO	Seleccionar con una "X" el género con el que se identifica el usuario.
7	ESCOLARIDAD	Escribir el último grado de estudios referido por el usuario.
8	¿CÓMO SE IDENTIFICA?	Marcar con una "X" la preferencia sexual o identidad que refiere el usuario
9	¿POR QUÉ MOTIVO SE ESTÁ REALIZANDO LA PRUEBA DE VIH AHORA?	Marcar con una "X" la(s) opciones que el usuario señale como motivo para solicitar la prueba de detección de VIH.
19	COMPORTAMIENTO SEXUAL	De acuerdo a lo referido por el usuario, marcar con una "X" las opciones SI o NO en cada uno de los incisos, registrar alguna(s) de la(s) opción(es) en el inciso "I" y anotar datos correspondiente al uso de drogas en el inciso "n".
11	ACCESO A SERVICIOS	Marcar con una "X" las opciones SI o NO en cada uno de los incisos, de acuerdo a lo referido por el usuario.
12	RESULTADO DE LAS PRUEBAS	Señalar en el inciso "a" el resultado de la primera prueba, si éste es reactivo o inválido registrar en el inciso "b" el resultado de la segunda prueba.
13	PERSONA QUE LLENÓ EL FORMATO	Anotar el/los nombre(s) y apellidos completos del personal que realiza el llenado del Formato para la Consejería Individual en VIH.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Carta Compromiso del Paciente para Recibir ARV

(1). _____ a _____ de _____ del 20 _____

(2). _____
DIRECTOR(A) GENERAL DEL CENSIDA
P R E S E N T E

Por medio del presente, manifiesto mi disposición para recibir medicamentos antirretrovirales (ARV) y que cumplo con todos los criterios de selección, que son los siguientes:

- Estoy infectado(a) por VIH.
- Me comprometo a realizarme los estudios de Carga viral de VIH y CD4 tres veces por año, en cumplimiento a la normatividad nacional vigente.
- No cuento con seguridad social de ninguna institución gubernamental o privada.
- No estoy incluido(a) en ningún protocolo clínico financiado por Laboratorios Farmacéuticos o Fundaciones de investigación que obran los medicamentos antirretrovirales.
- No he sido excluido(a) de algún protocolo clínico por falta de adherencia.

Me comprometo sin limitación alguna, a cumplir con las siguientes obligaciones:

- Acudir puntualmente a mis citas.
- Proporcionar de manera veraz toda la información necesaria que sea solicitada por el médico responsable.
- Cumplir con las instrucciones del médico respecto a la toma de medicamentos y con la frecuencia que me señale.
- Informar inmediatamente al médico tratante aún cuando no tenga cita, sobre cualquier problema que se presente relacionado con los medicamentos.
- Avisar de inmediato, al servicio de Trabajo Social del CAPASITS o SAI que me corresponde, sobre cualquier cambio de domicilio, viajes o de asistencia a cualquier otra Unidad Médica de Atención.
- No recibir medicamentos antirretrovirales por otra institución distinta al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM).
- Me queda estrictamente prohibido vender, enajenar, donar, regalar, traspasar o desviar el destino de los mismos.

Estoy conforme y de acuerdo en que cualquier violación a alguna de las obligaciones y compromisos que adquiero, citados anteriormente, sea motivo para dejar de recibir antirretrovirales sin ninguna responsabilidad para el ISEM, por lo tanto, no me reservo el derecho a ejercer en el futuro ninguna acción civil, penal, mercantil o de cualquier otra índole contra el Instituto de Salud del Estado de México.

(3).Nombre(s) yApellidos:

(4). Firma:

(5). Domicilio:

Nota: Se deberá anexar a la presente carta compromiso, la identificación oficial (copia fotostática), carta de NO derechohabencia al IMSS o ISSSTE y CURP.

217B20000-538-16

Instructivo para llenar el formato:		
Carta compromiso del paciente para recibir ARV.		
Objetivo: Contar con un documento que garantice el compromiso del paciente con el tratamiento antirretroviral y el resto de las indicaciones médicas.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y se queda dentro de la unidad médica.		
NO.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FECHA	Registrar el municipio en que se encuentra el CAPASITS o SAI, así como día, mes y año en que se llena la carta compromiso.
2	DIRECTOR (A) GENERAL DEL CENSIDA	Escribir con letra legible el nombre(s) y apellidos del Director(a) General del CENSIDA en turno.
3	NOMBRE (S) Y APELLIDOS	El paciente debe escribir con letra legible su(s) nombre(s) y apellidos, en caso de no poder realizarlo podrá colocar su huella digital.
4	FIRMA	Una vez que el paciente ha comprendido los términos establecidos en la carta compromiso y está de acuerdo con ello, debe colocar su firma de aceptación del compromiso para recibir su tratamiento ARV.
5	DOMICILIO	El paciente deberá registrar con letra legible la dirección de su domicilio actual.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Cuestionario Inicial para Evaluar el Conocimiento sobre la Adherencia

1/ UNIDAD:	2/ ID:	3/ NO. EXP:	4/ FECHA DE ELABORACIÓN:
5/ NOMBRE DEL PACIENTE:		6/ EDAD:	7/ GÉNERO: MASCULINO ☐ FEMENINO ☐ OTRO ☐
8/ TIEMPO DE SABER QUE ESTA INFECTADO (A) POR VIH:		9/ ESCOLARIDAD:	

INSTRUCCIONES:

- LEA CON ATENCIÓN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS YA QUE EN CADA UNA ENCONTRARA TRES OPCIONES DE RESPUESTA.
- INDIQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA QUE CREA CORRECTA.

1.- ¿QUÉ ES LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO?

- a) ☐ COMPROMETERME A TOMAR MIS MEDICAMENTOS COMO LO INDICA EL MÉDICO
- b) ☐ TENER EL MEDICAMENTO COMPLETO EN CASA Y TOMARLO CUANDO ME ACUERDE
- c) ☐ TOMAR EL MEDICAMENTO CUANDO ME SIENTO MAL

2.- ¿QUÉ TAN IMPORTANTE ES LA ADHERENCIA?

- a) ☐ MUCHO
- b) ☐ POCO
- c) ☐ NADA

3.- ¿PARA QUÉ SIRVE EL ESTUDIO DE CD4?

- a) ☐ PARA QUE EL MÉDICO SEPA QUE MEDICAMENTO DEBE RECETARME
- b) ☐ PARA CONOCER EL NIVEL DE ANTICUERPOS QUE TENGO Y QUE ME DEFENDEN DEL VIRUS DEL VIH
- c) ☐ PARA CUMPLIR CON MI EXPEDIENTE

4.- ¿PARA QUÉ SIRVE EL ESTUDIO DE CARGA VIRAL?

- a) ☐ PARA QUE PUEDA CONOCER EL NIVEL DE VIRUS QUE HAY EN MI CUERPO
- b) ☐ PARA CUMPLIR CON MI EXPEDIENTE
- c) ☐ PARA SABER SI MI TRATAMIENTO ME ESTÁ FUNCIONANDO

5.- ¿QUÉ SIGNIFICA FALLA TERAPÉUTICA?

- a) ☐ QUE NO ESTOY MEJORANDO
- b) ☐ QUE EL MEDICAMENTO NO ESTÁ HACIENDO EL EFECTO QUE DEBERÍA
- c) ☐ QUE ESTOY FALLANDO CON LA TOMA DE MI MEDICAMENTO

6.- ¿QUÉ ES LA RESISTENCIA AL TRATAMIENTO?

- a) ☐ CUANDO YO ME RESISTO A TOMAR EL MEDICAMENTO
- b) ☐ CUANDO EL VIRUS QUE HAY EN MI CUERPO SE HACE RESISTENTE AL MEDICAMENTO QUE ESTOY TOMANDO
- c) ☐ QUE TODAVÍA NO NECESITO TRATAMIENTO

7.- ¿PARA QUÉ SIRVE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL?

- a) ☐ PARA AYUDARME A BAJAR LA CANTIDAD DE VIRUS EN MI CUERPO Y AUMENTAR MIS DEFENSAS
- b) ☐ CUANDO EL VIRUS QUE HAY EN MI CUERPO SE HACE RESISTENTE AL MEDICAMENTO QUE ESTOY TOMANDO
- c) ☐ SIRVE PARA QUE TOME TERAPIA CON EL PSICÓLOGO

217B20000-169-14

Instructivo para llenar el formato:		
Cuestionario Inicial para Evaluar el Conocimiento sobre la Adherencia.		
Objetivo:		
Recopilar datos sobre la asistencia de los pacientes		
Distribución y Destinatario:		
El formato se genera en original y se queda dentro del concentrado de actividades educativas con pacientes		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD	Escriba el nombre del CAPASITS o SAI donde se prescribirá el tratamiento antirretroviral.
2	ID	Escriba el número de registro del paciente en el Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR).
3	NO. EXP	Escriba el número del expediente clínico en el que se registra la información del paciente.
4	FECHA DE ELABORACIÓN	Escriba con números los dos dígitos del día, el mes y el año en que se elaboró esta solicitud, separados por una diagonal.
5	NOMBRE DEL PACIENTE	Escriba el nombre completo del paciente, sin abreviaturas, iniciando con el apellido paterno, el apellido materno y el o los nombres.
6	EDAD	Escriba con número los dos dígitos de la edad del paciente en años.
7	GÉNERO	Escriba en el espacio correspondiente si el paciente es Masculino o Femenino de acuerdo a la función social que cumple.
8	TIEMPO DE SABER QUE ESTA INFECTADO (A) POR VIH	Se debe colocar el tiempo que ha transcurrido desde que se le notificó su estado seropositivo.
9	ESCOLARIDAD	El paciente deberá anotar el último grado de estudio cursado.
10	INSTRUCCIONES	Incluyen las indicaciones precisas para dar respuesta a las 7 preguntas del cuestionario.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Cuestionario Final para Evaluar el Conocimiento sobre la Adherencia

1/ UNIDAD:	2/ ID:	3/ No. EXP:	4/ FECHA DE ELABORACIÓN:
5/ NOMBRE DEL PACIENTE:	6/ EDAD:	7/ GÉNERO: MASCULINO ☐ FEMENINO ☐ OTRO ☐	
8/ TIEMPO DE SABER QUE ESTA INFECTADO (A) POR VIH:		9/ ESCOLARIDAD:	

INSTRUCCIONES:

- LEA CON ATENCIÓN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS YA QUE EN CADA UNA ENCONTRARA TRES OPCIONES DE RESPUESTA.
- INDIQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA QUE CREA CORRECTA.

1.- ¿QUÉ ES LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO?

- a) ☐ COMPROMETERME A TOMAR MIS MEDICAMENTOS COMO LO INDICA EL MÉDICO
- b) ☐ TENER EL MEDICAMENTO COMPLETO EN CASA Y TOMARLO CUANDO ME ACUERDE
- c) ☐ TOMAR EL MEDICAMENTO CUANDO ME SIENTO MAL

2.- ¿QUÉ TAN IMPORTANTE ES LA ADHERENCIA?

- a) ☐ MUCHO
- b) ☐ POCO
- c) ☐ NADA

3.- ¿PARA QUÉ SIRVE EL ESTUDIO DE CD4?

- a) ☐ PARA QUE EL MÉDICO SEPA QUE MEDICAMENTO DEBE RECETARME
- b) ☐ PARA CONOCER EL NIVEL DE ANTICUERPOS QUE TENGO Y QUE ME DEFENDEN DEL VIRUS DEL VIH
- c) ☐ PARA CUMPLIR CON MI EXPEDIENTE

4.- ¿PARA QUÉ SIRVE EL ESTUDIO DE CARGA VIRAL?

- a) ☐ PARA QUE PUEDA CONOCER EL NIVEL DE VIRUS QUE HAY EN MI CUERPO
- b) ☐ PARA CUMPLIR CON MI EXPEDIENTE
- c) ☐ PARA SABER SI MI TRATAMIENTO ME ESTÁ FUNCIONANDO

5.- ¿QUÉ SIGNIFICA FALLA TERAPÉUTICA?

- a) ☐ QUE NO ESTOY MEJORANDO
- b) ☐ QUE EL MEDICAMENTO NO ESTÁ HACIENDO EL EFECTO QUE DEBERÍA
- c) ☐ QUE ESTOY FALLANDO CON LA TOMA DE MI MEDICAMENTO

6.- ¿QUÉ ES LA RESISTENCIA AL TRATAMIENTO?

- a) ☐ CUANDO YO ME RESISTO A TOMAR EL MEDICAMENTO
- b) ☐ CUANDO EL VIRUS QUE HAY EN MI CUERPO SE HACE RESISTENTE AL MEDICAMENTO QUE ESTOY TOMANDO
- c) ☐ QUE TODAVÍA NO NECESITO TRATAMIENTO

7.- ¿PARA QUÉ SIRVE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL?

- a) ☐ PARA AYUDARME A BAJAR LA CANTIDAD DE VIRUS EN MI CUERPO Y AUMENTAR MIS DEFENSAS
- b) ☐ CUANDO EL VIRUS QUE HAY EN MI CUERPO SE HACE RESISTENTE AL MEDICAMENTO QUE ESTOY TOMANDO
- c) ☐ SIRVE PARA QUE TOME TERAPIA CON EL PSICÓLOGO

217B20000-173-14

Respuestas del cuestionario final para evaluar el conocimiento sobre la Adherencia

No. de preguntas	Respuestas correctas
1	a
2	a
3	b
4	a
5	b
6	b
7	a

<u>VARIABLES</u>	<u>ÍTEM QUE LOS EVALUAN</u>
- Adherencia al TARV	1 y 2
- Tratamiento antirretroviral (TARV)	5,6 y 7
- Estudio de CD4	3
- Estudio de CV (Carga Viral)	4

217B20000-173-14

Instructivo para llenar el formato:		
Cuestionario Final para Evaluar el Conocimiento sobre la Adherencia.		
Objetivo:		
Recopilar datos sobre la asistencia de los pacientes		
Distribución y Destinatario:		
El formato se genera en original y se queda dentro del concentrado de actividades educativas con pacientes.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD	Escriba el nombre del CAPASITS o SAI donde se prescribirá el tratamiento antirretroviral.
2	ID	Escriba el número de registro del paciente en el Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR).
3	No. EXP	Escriba el número del expediente clínico en el que se registra la información del paciente.
4	FECHA DE ELABORACIÓN	Escriba con números los dos dígitos del día, el mes y el año en que se elaboró esta solicitud, separados por una diagonal.
5	NOMBRE DEL PACIENTE	Escriba el nombre completo del paciente, sin abreviaturas, iniciando con el apellido paterno, el apellido materno y el o los nombres.
6	EDAD	Escriba con número los dos dígitos de la edad del paciente en años.
7	GÉNERO	Escriba en el espacio correspondiente si el paciente es Masculino o Femenino de acuerdo a la función social que cumple.
8	TIEMPO DE SABER QUE ESTA INFECTADO (A) POR VIH	Se debe colocar el tiempo que ha transcurrido desde que se le notificó su estado seropositivo.
9	ESCOLARIDAD	El paciente deberá anotar el último grado de estudio cursado.
10	INSTRUCCIONES	Incluyen las indicaciones precisas para dar respuesta a las 7 preguntas del cuestionario.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Solicitud de Ingreso al Tratamiento Antirretroviral

1/ UNIDAD:	2/ ID:	3/ No. EXP:	4/ FECHA DE ELABORACIÓN:
5/ NOMBRE DEL PACIENTE:		6/ EDAD:	7/ GÉNERO: MASCULINO ☐ FEMENINO ☐

• 8/ CUADRO CLÍNICO:

• 9/ SIGNOS VITALES: TA.: _____ TEMP.: _____ F.C.: _____
FR.: _____ PESO: _____ TALLA: _____

• 10/ RESULTADOS DE ESTUDIOS AUXILIARES:

CD4 (total): _____	CD4 (%): _____	CV-VIH: _____
FECHA: _____	LUGAR DONDE SE REALIZARON: _____	
HB: _____	HCTO: _____	LEUCOCITOS: _____
GLUCOSA: _____	CREATINA: _____	UREA: _____
LDH: _____	COLESTEROL: _____	TRIG.: _____
ALT/AST: _____	AMILASA: _____	
FECHA: _____	LUGAR DONDE SE REALIZARON: _____	

• 11/ TRATAMIENTOS E INDICACIONES MÉDICAS:

MEDICAMENTOS ARV SOLICITADOS	PRESENTACIÓN	DOSIS

12/ MÉDICO TRATANTE

13/ DIRECTOR DEL CAPASITS/SAI

(NOMBRE Y FIRMA)

(NOMBRE Y FIRMA)

217B20000-162-14

Guía de Operación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicio de Atención Integral a Personas con VIH (SAI)

Instructivo para llenar el formato: Solicitud de Ingreso al Tratamiento Antirretroviral.		
Objetivo: Uniformar el llenado del formato de solicitud de ingreso al tratamiento antirretroviral para los CAPASITS y SAI.		
Distribución y Destinatario: CAPASITS y SAI.		
NO.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD	Escriba el nombre del CAPASITS o SAI donde se prescribirá el tratamiento antirretroviral.
2	ID	Escriba el número de registro del paciente en el Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR).
3	No. EXP	Escriba el número del expediente clínico en el que se registra la información del paciente.
4	FECHA DE ELABORACIÓN	Escriba con números los dos dígitos del día, el mes y el año en que se elaboró esta solicitud, separados por una diagonal.
5	NOMBRE DEL PACIENTE	Escriba el nombre completo del paciente, sin abreviaturas, iniciando con el apellido paterno, el apellido materno y el o los nombres.
6	EDAD	Escriba con número los dos dígitos de la edad del paciente en años.
7	GÉNERO	Escriba en el espacio correspondiente si el paciente es Masculino o Femenino de acuerdo a la función social que cumple.
8	CUADRO CLÍNICO	Enuncie la sintomatología y todos los diagnósticos asociados a la infección por VIH que presenta el paciente actualmente, incluyendo la clasificación clínica y de laboratorio, según el Sistema de Clasificación para la infección por VIH recomendado internacionalmente (A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2 y C3).
9	SIGNOS VITALES	T.A.-Escriba con números las cifras de tensión arterial que registra el esfigmomanómetro en el momento actual. TEMP.-Escriba con números la cifra de temperatura que registra el termómetro en el momento actual. F.C.-Escriba con números la cifra de la frecuencia cardiaca por minuto que registra en el momento actual. F.R.-Escriba con números la cifra de frecuencia respiratoria por minuto que registra en el momento actual. PESO.-Escriba con números el peso que registra la báscula en el momento actual. TALLA.-Escriba con números la estatura que registra el tallímetro en el momento actual.
10	RESULTADOS DE ESTUDIOS AUXILIARES	CD4 TOTAL y CD4 (%).-Escriba las cifras registradas en el formato emitido por el laboratorio donde fueron procesadas las muestras. CV-VIH.-Escriba las cifras registradas en el formato emitido por el laboratorio donde fueron procesadas las muestras. HB.-Escriba los datos de la hoja de resultados de laboratorio correspondientes a la hemoglobina. HCTO.-Escriba los datos de la hoja de resultados de laboratorio correspondientes al Hematocrito. LEUCOCITOS.-Escriba los datos de la hoja de resultados de laboratorio correspondientes a los leucocitos. GLUCOSA.-Escriba los datos de la hoja de resultados de laboratorio correspondientes a la glucosa. CREATININA.-Escriba los datos de la hoja de resultados de laboratorio correspondientes a la creatinina. UREA.-Escriba los datos de la hoja de resultados de laboratorio correspondientes a la urea. LDH.-Escriba los datos de la hoja de resultados de laboratorio correspondientes a la enzima Lactato deshidrogenasa o

			Deshidrogenasa láctica. COLESTEROL.-Escriba los datos de la hoja de resultados de laboratorio correspondientes al colesterol total. TRIGLICÉRIDOS.- Escriba los datos de la hoja de resultados de laboratorio correspondientes a los triglicéridos. ALT/AST.- Escriba los datos de la hoja de resultados de laboratorio correspondientes a los valores de la enzima Alanina aminotransferasa (o TGP) y separados por una diagonal anotar los valores de la enzima Aspartato aminotransferasa (o TGO). AMILASA.- Escriba los datos de la hoja de resultados de laboratorio correspondientes a la enzima amilasa. FECHA.-Escriba con números los dos dígitos del día, el mes y el año, en que el paciente se tomó las muestras de laboratorio, separados por una diagonal. LUGAR DONDE SE REALIZARON.- Escriba el nombre de la institución o laboratorio donde el paciente se realizó dichos estudios.
11	TRATAMIENTOS INDICACIONES MÉDICAS	E	Describa el esquema de tratamiento antirretroviral que propone utilizar en el paciente, incluyendo el nombre de la sustancia activa, presentación, dosis y vía de administración.
12	MÉDICO TRATANTE		Registrar el nombre completo y la firma del médico tratante que está solicitando el ingreso del paciente al programa de tratamiento antirretroviral.
13	DIRECTOR CAPASITS/SAI	DEL	Registrar el nombre completo y la firma del director del CAPASITS/SAI que está validando esta solicitud.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Solicitud de Cambio de Tratamiento Antirretroviral

1/ UNIDAD:	2/ ID:	3/ No. EXP:	4/ FECHA DE ELABORACIÓN:
5/ NOMBRE DEL PACIENTE:	6/ EDAD:	7/ GÉNERO: MASCULINO ☐ FEMENINO ☐	
8/ FECHA DE INICIO DEL 1° TARV:	9/ INSTITUCIÓN DONDE SE PRESCRIBIÓ:		

• 10/ ACTUAL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TARV) Y FECHA DE INICIO:

• 11/ ANTECEDENTES DEL PENÚLTIMO Y/O ÚLTIMO TARV (CON FECHA DE INICIO Y DE TERMINACIÓN):

• 12/ RESULTADOS DE LABORATORIOS DE INICIO Y CONTROL:

FECHA DE PENÚLTIMO ESTUDIO	RESULTADOS CD4	C.V.
FECHA DE ÚLTIMO ESTUDIO	RESULTADOS CD4	C.V.
LUGAR DONDE SE REALIZARON		

• 13/ JUSTIFICACIÓN MÉDICA PARA EL CAMBIO DE ESQUEMA DE TARV:

• 14/ NUEVO TARV SOLICITADO:

15/ MÉDICO TRATANTE

16/ DIRECTOR DEL CAPASITS/SAI

(NOMBRE Y FIRMA)

(NOMBRE Y FIRMA)

217B20000-214-14

Guía de Operación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicio de Atención Integral a Personas con VIH (SAI)

Instructivo para llenar el formato:		
Solicitud de Cambio de Tratamiento Antirretroviral		
Objetivo: Uniformar el llenado del formato de solicitud de cambio al tratamiento antirretroviral para los CAPASITS y SAI.		
Distribución y Destinatario: CAPASITS y SAI.		
NO.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD	Escriba el nombre del CAPASITS o SAI donde se prescribirá el Tratamiento Antirretroviral.
2	ID	Escriba el número de registro del paciente en el Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR).
3	No. EXP.	Escriba el número del expediente clínico en el que se registra la información del paciente.
4	FECHA ELABORACIÓN DE	Escriba con número los dos dígitos del día, el mes y el año, en que se valora al paciente para este cambio de TARV, separados por una diagonal.
5	NOMBRE PACIENTE DEL	Escriba con número los dos dígitos del día, el mes y el año, en que se valora al paciente para este cambio de TARV, separados por una diagonal.
6	EDAD	Escriba con número los dos dígitos de la edad del paciente en años.
7	GÉNERO	Escriba en el espacio correspondiente si el paciente es Masculino o Femenino de acuerdo a la función social que cumple.
8	FECHA DE INICIO DEL 1° TARV	Escriba con número los dos dígitos del día, el mes y el año en que el paciente inicio su primer esquema de TARV, separados por una diagonal.
9	INSTITUCIÓN DONDE SE PRESCRIBIÓ	Escriba el nombre de la institución en la que se prescribió el primer esquema de TARV.
10	ACTUAL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TARV) Y FECHA DE INICIO	Describa el TARV que el paciente está llevando actualmente; y anote con números los dos dígitos del día, el mes y el año en que el paciente inicio dicho esquema de tratamiento.
11	ANTECEDENTES DEL PENÚLTIMO Y/O ÚLTIMO TARV (CON FECHA DE INICIO Y DE TERMINACIÓN)	Describa el penúltimo TARV y anote las fechas con números, incluyendo los dos dígitos del día, el mes y el año en que el paciente inicio y terminó este esquema de tratamiento. Asimismo describa el último TARV y anote las fechas con números, incluyendo los dos dígitos del día, el mes y el año en que el paciente inicio y terminó el último esquema de TARV.
12	RESULTADOS DE LABORATORIOS DE INICIO Y CONTROL	CD4 TOTAL Y CD4 (%). -Escriba los resultados, y la fecha con números, incluyendo los dos dígitos del día, el mes y el año en que el paciente se realizó los penúltimos y últimos estudios de CD4 y Carga Viral (CV) de VIH. También anote el nombre de la institución o laboratorio de análisis clínico donde se realizaron dichos estudios.
13	JUSTIFICACIÓN MÉDICA PARA EL CAMBIO DE ESQUEMA DE TARV	Describa los datos clínicos relevantes por los que considera el actual cambio de esquema. Recomendaciones para el cambio de TARV 1. Confirmar la presencia de falla virológica mediante la determinación de una nueva CV de VIH, con un intervalo máximo de 8 semanas (AI). 2. Detectar y en su caso corregir problemas de adherencia, absorción, o interacciones farmacológicas independientemente de si existen o no mutaciones de resistencia (AII). 3. Toda vez que se confirma la falla, realizar el cambio lo antes posible para evitar acumulación de resistencias (AI). 4. Realizar pruebas de resistencia previas al cambio de esquema (AII).

		5. Si no se dispone de pruebas de resistencia, modificar todos los elementos del esquema acorde a la historia del paciente (AII). En este contexto debe mencionarse que la eficacia del nuevo esquema será mayor si la persona no ha sido expuesta a una clase específica de ARV, así como a fármacos ante los que es poco factible que exista resistencia cruzada. 6. Evitar agregar un sólo fármaco activo a un esquema en falla virológica “monoterapia secuencial” (AII). En caso de pacientes multitratados seleccionar esquemas con por lo menos dos fármacos activos.
14	NUEVO TARV SOLICITADO	Describa el TARV que se solicita, incluyendo el nombre de la sustancia activa, presentación, dosis y vía de administración.
15	MÉDICO TRATANTE	Registrar el nombre y la firma del médico tratante que está solicitando el cambio de TARV.
16	DIRECTOR DEL CAPASITS/SAI	Registrar el nombre y la firma del director de CAPASITS o SAI que está autorizando el cambio de TARV



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Constancia de Salida de Condones para Público en General

1/ FECHA:	2/ UNIDAD:		
3/ NOMBRE DEL USUARIO:	4/ EDAD:	5/ PROCEDENCIA:	
6/ ESTADO CIVIL:	7/ ESCOLARIDAD:	8/ GÉNERO: MASCULINO ☐ FEMENINO ☐	

• 9/ TIPO DE POBLACIÓN:

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 1 | PERSONA TRABAJADORA SEXUAL | ☐ |
| 2 | PERSONA TRASN (TRAVESTI, TRANSGÉNERO, TRANSEXUAL) | ☐ |
| 3 | PERSONA USUARIA DE DROGA | ☐ |
| 4 | HOMBRE QUE TIENE SEXO CON HOMBRE | ☐ |
| 5 | HETEROSEXUAL | ☐ |
| 6 | OTRAS | ☐ |

10/ CANTIDAD DE CONDONES PROPORCIONADOS: _____

11/ LOTE DE CONDONES PROPORCIONADOS: _____ 12/ FECHA DE CADUCIDAD: _____

13/ USUARIO

(NOMBRE Y FIRMA)

217B20000-172-14

Guía de Operación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicio de Atención Integral a Personas con VIH (SAI)

Instructivo para llenar el formato:		
Constancia de Salida de Condones para Público en General.		
Objetivo:		
Validar la clasificación del usuario.		
Distribución y Destinatario:		
CAPASITS y SAI.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FECHA	Escriba con números los dos dígitos del día, el mes y el año separados por una diagonal en que se dotó de condones al usuario.
2	UNIDAD	Escriba el nombre del CAPASITS / SAI donde está dando la dotación de condones.
3	NOMBRE DEL USUARIO	Escriba el nombre completo del usuario, sin abreviaturas, iniciando con el apellido paterno, el apellido materno y el o los nombres.
4	EDAD	Escriba con números los dos dígitos de la edad del usuario en años cumplidos.
5	PROCEDENCIA	Anote el lugar de procedencia del usuario.
6	ESTADO CIVIL	Anote el estado civil del usuario.
7	ESCOLARIDAD	Escriba el nivel de estudios del usuario.
8	GÉNERO	Marque con una "X" la categoría genérica a la que pertenece la persona; ya sea si pertenece al género Masculino o Femenino de acuerdo a la función social que cumple.
9	TIPO DE POBLACIÓN	Aquí se debe marcar con una "X" la/ las categoría/s a la/s que pertenece la persona: PERSONA TRABAJADORA SEXUAL: Es una persona adulta que en pleno ejercicio de sus facultades, sin coacción alguna de terceras personas para ejercer esta actividad, gana dinero u otra forma de retribución mediante el ofrecimiento de un servicio sexual. PERSONA TRANS (Travesti, Transgénero, Transexual); TRAVESTI: Es la persona que se viste con ropa por lo general asociada al sexo contrario con el fin de disfrutar de la experiencia temporal de pertenecer al otro sexo. TRANSGÉNERO: Es el término que se aplica a la persona cuya identidad de género no se corresponde con su sexo biológico de nacimiento. Las personas transgéneros pueden ser hombres que se transforman en mujeres (aspecto femenino) o mujeres que se transforman en hombres (aspecto masculino). TRANSEXUAL: La persona transexual es aquella que por lo general ya ha comenzado o está en proceso de hacer el tratamiento hormonal y/o quirúrgico para que su cuerpo sea más acorde con el sexo o género con el que se identifica. PERSONA USUARIA DE DROGAS INYECTABLES: Es un padecimiento que consiste en la dependencia de sustancias químicas inyectables que afectan el sistema nervioso central y las funciones cerebrales, que producen alteraciones en el comportamiento, en la percepción, en el juicio y en las emociones. Los efectos de las drogas son diversos, dependen del tipo de droga y de la cantidad o de la frecuencia con la que se consume. Pueden producir alucinaciones, intensificar o entorpecer los sentidos o provocar sensaciones de euforia o de desesperación. El usuario de drogas necesita consumir una determinada cantidad de la sustancia para alcanzar ciertas sensaciones placenteras o bien para eliminar sensaciones desagradables derivadas de la privación de ésta (el llamado síndrome de abstinencia). HOMBRE QUE TIENE SEXO CON HOMBRES: Este término describe a los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), independientemente de si tienen o no relaciones sexuales con

		mujeres o de si, a nivel particular o social, tienen una identidad gay o bisexual. Este concepto es útil porque también incluye a los hombres que se autodefinen como heterosexuales, pero que pueden tener relaciones sexuales ocasionales con hombres. HETEROSEXUALES: El término «heterosexual» se utiliza para designar a las personas que tienen relaciones sexuales y/o se sienten atraídas por personas del sexo opuesto. OTRAS: esta casilla se debe marcar si la persona pertenece a algún grupo étnico, migrante u otra característica o condición específica y significativa que manifieste la persona que recibe la dotación de condones.
10	CANTIDAD DE CONDONES PROPORCIONADOS	Escriba con números la cantidad de condones que se le está dotando a la persona.
11	LOTE DE CONDONES PROPORCIONADOS	Escriba el número de lote que tienen los condones que se están proporcionando.
12	FECHA DE CADUCIDAD	Escriba con números los dos dígitos del día, el mes y el año separados por una diagonal de la caducidad que tienen los condones que se están proporcionando.
13	USUARIO	Registrar el nombre y la firma autógrafa de la persona que está solicitando los condones.

[illegible]

217B20000-531-16

Guía de Operación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicio de Atención Integral a Personas con VIH (SAI)

Instructivo de llenado para formato:		
Registro de Solicitudes para Carga Viral-VIH y CD4.		
Objetivo: Sistematizar por cada médico tratante la realización de los estudios de Carga viral (CV) de VIH y CD4 de los pacientes atendidos en el CAPASITS o SAI.		
Distribución y Destinatario: Este formato deberá ser requisitado por el médico tratante, pero las columnas "fecha de toma de muestra" y "fecha de consulta de resultados publicados" serán rellenas por el encargado del sistema SALVAR de la unidad, quien le solicitará a cada médico tratante estos formatos para consultar estas fechas en el SALVAR, rellenar las celdas correspondientes y devolverle al médico tratante dichos formatos ya completados, mismos que se archivarán en cada consultorio médico de la unidad.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD	Especificar el nombre del CAPASITS o SAI en que se llena el Formato y se brinda la atención.
2	CLUES	Colocar los datos completos de la Clave Única de Establecimientos de Salud.
3	NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO TRATANTE	Colocar el/los nombre (s) y apellidos del médico que brinda la atención.
4	NO.	Emplear un número arábigo consecutivo para saber el número de estudio entregado.
5	FOLIO	Registrar el número de folio asignado en el oficio de solicitud para la realización de los estudios de CV y CD4.
6	FECHA DE ENTREGA DEL FORMATO	Anotar la fecha en que se le entregó al paciente el oficio para la realización de los estudios de CV y CD4.
7	ID	Escribir el número de identificación asignado por el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR).
8	APELLIDOS Y NOMBRE(S) DEL PACIENTE	Escribir de manera legible los apellidos y el/los nombre(s) del paciente como aparecen en el SALVAR.
9	FECHA TOMA DE MUESTRA	Registrar el día, mes y año en que el paciente acudió a realizarse los estudios de CV y CD4, lo cual deberá ser dentro de los 30 días naturales, a partir de la fecha de entrega del oficio al paciente.
10	FECHA CONSULTA DE RESULTADOS PUBLICADOS	Registrar el día, mes y año en que se consultan e imprime el formato de los resultados publicados de cada paciente.
11	FECHA PRÓXIMA CONSULTA MÉDICA	El médico tratante anotará aquí el día, mes y año en que se cita de nuevo al paciente para su consulta subsecuente.
12	FIRMA DEL PACIENTE	Solicitarle al paciente que coloque su firma en el lugar indicado en el momento que se le entregue el oficio de solicitud para la realización de dichos estudios.

Instructivo de llenar formato: Hoja Diaria del Servicio de Psicología en CAPASITS y SAI.		
Objetivo: Llevar un registro diario de las acciones o intervenciones individuales desempeñadas por el área de psicología.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y se queda dentro de la unidad médica.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	NOMBRE DE LA UNIDAD	Especificar el nombre del CAPASITS o SAI en que se llena la hoja diaria y se brinda la atención.
2	CLUES	Colocar los datos completos de la Clave Única de Establecimiento de Salud
3	NOMBRE DEL PSICÓLOGO	Colocar el/los nombre(s) y apellidos del psicólogo que da la consulta.
4	FECHA	Colocar día, mes y año en que se da la consulta.
5	No.	Emplear un número arábigo consecutivo para asignar a las personas atendidas.
6	NOMBRE COMPLETO Y/O No. EXPEDIENTE	De preferencia escribir el número de expediente o folio que se le haya asignado al usuario y/o paciente, pero si no se cuenta con dicha numeración escribir entonces el nombre completo.
7	EDAI	Anotar la edad actual en años del usuario y/o paciente.
8	GÉNERO	Escriba en éste espacio el género con el que se identifica al usuario y/o paciente de acuerdo al rol social que cumple. Ejemplo. M: masculino, F: femenino.
9	PRIMERA VEZ	Marcar con una X esta casilla sólo en caso de que el usuario y/o paciente es atendido por primera ocasión por el diagnóstico que consulta.
10	SUBSECUENTE	Señalar esta casilla si el usuario y/o paciente ha acudido anteriormente por ese mismo diagnóstico a la unidad.
11	REFERIDO	Esta casilla se marca si el usuario y/o paciente es enviado a otra unidad de salud con su debido formato de referencia.
12	CONTRAREFERIDO	Marcar esta casilla cuando el CAPASITS o SAI regrese al usuario y/o paciente a la unidad que lo refirió, esto a través del formato de contrareferencia debidamente requisitado.

13	DIAGNÓSTICOS	Anotar el resultado de la evaluación de acuerdo a los síntomas, funcionamientos mentales y/o emocionales que no tienen una base orgánica observable. El diagnóstico se infiere por los comportamientos del paciente o por lo que dice que le está pasando.
14.1	ENTREVISTA	Marcar sólo en caso de que se trabajen los criterios de una entrevista en la consulta.
14.2	CONSEJERÍA PRE - POST	Señalar sólo esta casilla cuando la intervención en la consulta este dirigida a la asesoría previa para la realización de la prueba de detección de VIH o la entrega de resultados y orientación sobre los servicios de salud.
14.3	ESTUDIO PSICOMÉTRICO	Marcar esta casilla cuando se trabaje la aplicación de pruebas psicométricas en la consulta.
14.4	MONITOREO DE ADHERENCIA	Esta casilla se marca cuando se evalúa la adherencia al tratamiento antirretroviral, mediante el formato del monitoreo de adherencia correspondiente a la Estrategia Nacional de Adherencia (ENA) u otras herramientas.
14.5	SESIÓN INFORMATIVA	Marcar cuando se trabajen aspectos de enseñanza - aprendizaje durante la consulta.
14.6.1	INDIVIDUAL	Esta casilla se marca si la terapia se dirigió únicamente al paciente.
14.6.2	FAMILIAR	Esta casilla se marca cuando se trabaja la terapia con el paciente en compañía de su familia.
14.6.3	DE PAREJA	Marcar cuando se ha trabajado en terapia con el paciente y su pareja o cónyuge.
14.6.4	DE GRUPO	Marcar esta casilla si se trabaja la terapia grupal.
15	OBSERVACIONES	En caso de tener algunas aclaraciones, registrar lo necesario.

Guía de Operación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicio de Atención Integral a Personas con VIH (SAI)



1/ FOLIO:



Referencia y Contrarreferencia

2/ ☐ ADULTO ☐ PEDIÁTRICO

3/ FECHA DE REFERENCIA _____	4/ No. DE CONTROL _____	5/ EDAD		6/ GÉNERO	
		AÑOS	MESES	M	F
7/ NOMBRE DEL PACIENTE _____					
8/ DOMICILIO DEL PACIENTE _____				11/ URG. SI NO	
9/ MOTIVO DE ENVÍO _____		10/ DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL _____			
12/ UNIDAD A LA QUE SE REFIERE _____		13/ ESPECIALIDAD O SERVICIO _____			
14/ NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE: _____		15/ CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA _____			
16/ No. PÓLIZA DE SEGURO POPULAR: _____		17/ CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUSES: _____			



18/ FOLIO:



Hoja de Referencia

19/ ☐ ADULTO ☐ PEDIÁTRICO

20/ Fecha _____ 21/ No. de control _____ 22/ Clasificación Socioeconómica _____ 23/ URGENCIA SI NO _____
24/ No. PÓLIZA DE SEGURO POPULAR: _____ 25/ CLAVE DE IDENTIFICACIÓN CAUSES: _____

II

26/ NOMBRE DEL PACIENTE (S) _____	APELLIDO PATERNO _____	APELLIDO MATERNO _____	NOMBRE (S) _____
27/ NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE _____	28/ PARENTESCO _____		
29/ NÚMERO DE EXPEDIENTE _____	30/ EDAD _____	31/ SEXO _____	

III

32/ UNIDAD QUE REFIERE _____

IV

33/ UNIDAD A LA QUE SE REFIERE _____
34/ DOMICILIO _____
CALLE _____ NÚMERO _____ COLONIA _____
35/ SERVICIO AL QUE SE ENVÍA _____
36/ NOMBRE DEL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA _____

V

37/ MOTIVOS DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO): T.A. _____ TEMP. _____ F.R. _____
F.C. _____ PESO _____ TALLA _____ ESCALA DE GLASGOW _____ SILVERMAN _____
38/ LLENADO CAPILAR _____
39/ PADECIMIENTO ACTUAL _____
40/ EVOLUCIÓN _____
41/ ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE _____
42/ IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA _____

43/ NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD _____	44/ NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE _____
---	---

ORIGINAL PACIENTE

217B20000-181-14

Guía de Operación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicio de Atención Integral a Personas con VIH (SAI)

VISITA DOMICILIARIA

VI

45/ FECHA DE VISITA _____ 46/ FECHA DE ALTA _____

47/ SE LE ATENDIÓ: SI _____ NO _____ 48/ NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

49/ ¿POR QUE? _____

50/ OBSERVACIONES: _____

--



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Hoja de Contrarreferencia

VII

UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE

51/ NOMBRE: _____

52/ ESPECIALIDAD O SERVICIO: _____ 53/ FECHA _____

VIII

MANEJO DEL PACIENTE

54/ PADECIMIENTO ACTUAL _____

55/ EVOLUCIÓN: _____

56/ ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE: _____

57/ DIAGNÓSTICO DE INGRESO: _____

58/ DIAGNÓSTICO DE EGRESO: _____

59/ INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: _____

60/ Debe regresar: _____ 61/ Fecha: _____

62/ En caso de dudas comunicarse con el médico que envió al teléfono: _____

_____	_____
63/ NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE	64/ NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

217B20000-181-14

Guía de Operación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicio de Atención Integral a Personas con VIH (SAI)

Instructivo para llenar el formato:		
Referencia y Contrarreferencia.		
Objetivo: Documentar la referencia y contrarreferencia de pacientes entre las unidades médicas de los distintos niveles de atención del Instituto de Salud del Estado de México.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y dos copias, el original para el paciente, la primera copia para la unidad médica que contrarrefiere y la segunda copia para la unidad médica que refiere (sólo anverso).		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FOLIO	Anotar el número consecutivo que corresponda al formato que se elabora.
2	ADULTO/ PEDIÁTRICO:	Marcar con una "X" el cuadro según corresponda; si el paciente es mayor de 15 años, se indicará como adulto, si es menor de 15 años, se indicará como pediátrico.
I		
3	FECHA DE REFERENCIA:	Anotar el día, mes y año en que se refiere al paciente.
4	No. DE CONTROL:	Escribir el número de control asignado al formato para la identificación del trámite que se realiza.
5	EDAD: AÑOS.... MESES	Indicar el número de años y meses del paciente o, en su caso, el número de meses, cuando el paciente es menor de un año.
6	SEXO: M.....F	Marcar con una "X" el cuadro según corresponda M (hombre), F (mujer) para indicar el sexo del paciente.
7	NOMBRE DEL PACIENTE:	Anotar el nombre completo del paciente que es referido.
8	DOMICILIO DEL PACIENTE:	Escribir el nombre de la calle, número exterior e interior, colonia y localidad donde vive el paciente.
9	MOTIVO DE ENVÍO:	Especificar la causa o causas por las que el paciente es referido
10	DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL:	Anotar el diagnóstico que se sospecha en el paciente.
11	URG.:	Escribir en el espacio (SI), para indicar que el paciente requiere atención médica de urgencia, o (NO), para indicar que no requiere atención de urgencia.
12	UNIDAD A LA QUE SE REFIERE	Indicar el nombre oficial de la unidad médica a la que se refiere al paciente.
13	ESPECIALIDAD O SERVICIO:	Especificar la especialidad o el servicio de la unidad médica, al que se envía al paciente.
14	NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE:	Anotar el nombre completo del médico que envía al paciente.
15	CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA:	Indicar la clasificación socioeconómica del paciente de conformidad con el tabulador correspondiente en vigor.
16	NÚMERO PÓLIZA DE SEGURO POPULAR:	Incluir el número de póliza del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) del paciente. En caso de que el paciente no esté inscrito al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), anotar NINGUNO.
17	CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUSES:	Anotar el número de la intervención que cubre la enfermedad o padecimiento del paciente, según el Catálogo Universal de Salud Vigente del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular). En caso de que su enfermedad no esté contemplada en CAUSES, anotar NINGUNO.
HOJA DE REFERENCIA		
18	FOLIO:	Incluir el número consecutivo que corresponda al formato que se elabora.
19	ADULTO/ PEDIÁTRICO:	Marcar con una "X" el cuadro según corresponda; si el paciente es mayor de 15 años, se indicará como adulto, si es menor de 15 años, se indicarán como pediátrico.
20	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se refiere al paciente.
21	No. DE CONTROL:	Escribir el número de control asignado al formato para la identificación del trámite que se realiza.
22	CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA:	Indicar la clasificación socioeconómica del paciente de conformidad con el tabulador correspondiente en vigor.

Guía de Operación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicio de Atención Integral a Personas con VIH (SAI)

23	URGENCIA:	Anotar en el espacio (SI), para indicar que el paciente requiere atención médica de urgencia, o (NO), para indicar que no requiere atención de urgencia.
24	NÚMERO PÓLIZA DE SEGURO POPULAR:	Incluir el número de póliza del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) del paciente. En caso de que el paciente no esté inscrito al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), anotar NINGUNO.
25	CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUSES:	Anotar el número de la intervención que cubre la enfermedad o padecimiento del paciente según el Catálogo Universal de Salud Vigente del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular). En caso de que su enfermedad no esté contemplada en CAUSES, anotar NINGUNO
II		
26	NOMBRE(S):	Anotar el nombre completo del paciente que se refiere.
27	NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE:	Escribir el nombre completo del familiar o, en su caso, de la persona responsable del paciente durante la referencia.
28	PARENTESCO:	Indicar el vínculo de consanguinidad entre el paciente y el familiar o responsable (papá, mamá, hijo, hermano, primo, otro). En caso de no haber parentesco, anotar NINGUNO.
29	NÚMERO DE EXPEDIENTE:	Anotar el número de identificación asignado al Expediente Clínico del paciente que se refiere.
30	EDAD:	Especificar el número de años y meses del paciente o, en su caso, el número de meses, si el paciente es menor de un año.
31	SEXO:	Indicar masculino o femenino, según el caso.
III		
32	UNIDAD QUE REFIERE:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica que refiere al paciente.
IV		
33	UNIDAD A LA QUE SE REFIERE:	Escribir el nombre oficial de la unidad médica a la que se envía al paciente.
34	DOMICILIO:	Anotar el nombre de la calle, número y colonia en donde se localiza la unidad médica a la que se refiere el paciente.
35	SERVICIO AL QUE SE ENVÍA:	Indicar el nombre de la especialidad o servicio de la unidad médica al que se envía al paciente.
36	NOMBRE DEL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA:	Anotar el nombre completo del médico que recibirá al paciente referido.
V		
37	MOTIVOS DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO):	Asentar la información que se solicita relacionada con los signos vitales y datos somatométricos del paciente que se envía.
38	LLENADO CAPILAR:	Anotar los valores detectados por el médico como resultado de ésta prueba realizada al paciente que se contrarrefiere.
39	PADECIMIENTO ACTUAL:	Escribir el nombre de la enfermedad del paciente que se refiere.
40	EVOLUCIÓN:	Anotar las fases que se han observado durante el tratamiento al paciente.
41	ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:	Indicar el tipo de estudio de laboratorio o gabinete que se requiere practicar al paciente.
42	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	Escribir el diagnóstico que se sospecha o presuncional que apoya la referencia.
43	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD:	Escribir el nombre completo y la firma del médico responsable de la unidad médica que refiere.
44	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE:	Anotar el nombre completo y la firma del médico que refiere al paciente.
VISITA DOMICILIARIA		
VI		
45	FECHA DE VISITA:	Anotar el día, mes y año en que se realiza la visita domiciliaria.

Guía de Operación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicio de Atención Integral a Personas con VIH (SAI)

46	FECHA DE ALTA:	Escribir el día, mes y año en que se dio de alta al paciente.
47	SE LE ATENDIO: SI _____ NO _____	Señalar con una "X" en el espacio que corresponda, si se atendido o no se atendió al paciente en la unidad médica a donde se refirió.
48	NOMBRE DE LA UNIDAD:	Indicar el nombre oficial de la unidad médica en la que se atendió o no se atendió al paciente.
49	¿PORQUE?:	En caso de haber sido atendido el paciente, anotar la fecha en los renglones en blanco, si no fue atendido, anotar los motivos.
50	OBSERVACIONES:	Asentar los señalamientos relevantes u objeciones a considerar, relacionados con la referencia
HOJA DE CONTRARREFERENCIA		
VII		
51	UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica que contrarrefiere al paciente.
52	SERVICIO:	Indicar el nombre de la especialidad o servicio médico donde se atendió al paciente.
53	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se contrarrefiere al paciente.
MANEJO DEL PACIENTE		
VIII		
54	PADECIMIENTO ACTUAL:	Asentar el nombre de la enfermedad del paciente que se contrarrefiere.
55	EVOLUCIÓN:	Escribir las fases de mejoría que se han observado durante el tratamiento al paciente.
56	ESTUDIOS DE LABORATORIO GABINETE:	Indicar el tipo de estudios de laboratorio o gabinete que se practicaron al paciente.
57	DIAGNÓSTICO DE INGRESO:	Anotar el diagnóstico con el que se recibe al paciente especificado en la referencia.
58	DIAGNÓSTICO DE EGRESO:	Escribir el diagnóstico con el que se contrarrefiere al paciente.
59	INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:	Anotar las sugerencias o comentarios sobre el caso clínico del paciente para el control subsecuente en su unidad de origen, incluir las correspondientes al manejo dietético, higiénico, de terminar o continuar el tratamiento, indicar su regreso o consulta subsecuente al servicio y la fecha, así como informar en caso de que el paciente sea enviado a otra especialidad.
60	DEBE REGRESAR:	Indicar si el paciente debe regresar a la unidad médica que lo contrarrefiere.
61	FECHA:	Anotar la fecha en que debe regresar el paciente.
62	EN CASO DE DUDAS COMUNICARSE.....	Escribir el número telefónico del médico que realiza la contrarreferencia.
63	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE:	Asentar el nombre completo y la firma del médico que atendió al paciente (médico que contrarrefiere) en la unidad médica que refiere.
64	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD:	Anotar el nombre completo y la firma del médico responsable de la unidad médica que contrarrefiere.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Solicitud de Estudio de Gabinete

1/ UNIDAD MÉDICA:		2/ FECHA:	3/ HORA:	4/ EXPEDIENTE:	5/ No. PÓLIZA:
6/ DE: ☐ CONSULTA EXTERNA ☐ URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACIÓN		7/ SERVICIO:		8/ CAMA:	9/ PACIENTE: ☐ 1ª. VEZ ☐ SUBSECUENTE
10/ NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))		11/ EDAD:		12/ GÉNERO: ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO	
No. INTERVENCIONES DEL CAUSES					
13/ DATOS CLÍNICOS					
14/ DIAGNÓSTICO					
15/ ESTUDIO(S) SOLICITADO(S)					
16/ FECHA DE LA PRÓXIMA CONSULTA	17/ MÉDICO SOLICITANTE (NOMBRE Y FIRMA)	18/ Vo. Bo. GESTOR O RESPONSABLE DE LA TUTELA DE DERECHOS (NOMBRE Y FIRMA)		19/ OBSERVACIONES	

Interpretación del Estudio de Gabinete

20/ PLACA UTILIZADA: ☐ 14X17 ☐ 14X14 ☐ 11X14 ☐ 10X12 ☐ 8X10 ☐ MASTOGRAFÍA ☐ ULTRASONIDO ☐ TOMOGRAFÍA		21/ CLAVE:
22/ INTERPRETACIÓN		
23/ FECHA DE INTERPRETACIÓN	24/ NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO	25/ OBSERVACIONES

217B20000-394-12

Instructivo para llenar el formato: Solicitud de Estudio de Gabinete.		
Objetivo: Solicitar estudios de gabinete, tales como la toma de radiografías, mastografía, ultrasonido y tomografías necesarios, dado el padecimiento del paciente.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original, mismo que se integra al Expediente Clínico del paciente (con resultados de estudios incluidos) que se archiva en el archivo clínico de la unidad médica.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1.	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre completo de la unidad médica donde se atiende al paciente.
2.	FECHA:	Escribir el día, mes y año en que se solicita el estudio.
3.	HORA:	Registrar la hora y minutos en que se solicita el estudio.
4.	EXPEDIENTE:	Asentar el número de expediente clínico asignado al paciente.
5.	No. DE PÓLIZA:	Escribir el número de póliza de Seguro Popular del paciente, en su caso.
6.	DE:	Marcar con una "X" el cuadro que corresponda al servicio del cual proviene la solicitud de estudios.
7.	SERVICIO:	Asentar el nombre del servicio en el que se encuentra el paciente.
8.	CAMA:	Anotar el número de cama que ocupa el paciente, en su caso.
9.	PACIENTE:	Marcar con una "X" el cuadro según corresponda para indicar que el paciente es de 1ª vez o subsecuente.
10.	NOMBRE DEL PACIENTE:	Asentar el nombre completo del paciente en el orden que se indica.
11.	EDAD:	Escribir la edad cumplida del paciente. Para menores de un mes; anotar el número días, asentando a continuación la letra "D"; para mayores de un mes, pero menores de un año; anotar el número de meses asentando a continuación la letra "M"; para pacientes mayores de un año; anotar el número de años asentando a continuación la letra "A".
12.	GÉNERO:	Marcar con una "X" el cuadro correspondiente al sexo del paciente.
13.	DATOS CLÍNICOS:	Anotar los datos clínicos más relevantes del paciente derivados de la atención brindada al paciente, antes del estudio solicitado.
14.	DIAGNÓSTICO:	Escribir el(los) diagnóstico(s) que presenta el paciente antes del estudio.
15.	ESTUDIOS SOLICITADOS	Asentar el tipo de estudio requerido.
16.	FECHA DE PRÓXIMA CONSULTA:	Registrar el día, mes y año de la próxima cita para consulta del paciente.
17.	MÉDICO SOLICITANTE:	Registrar el nombre completo y firma del médico que solicita el estudio.
18.	Vo.Bo. GESTOR O RESPONSABLE DE LA TUTELA DE DERECHOS:	Anotar el nombre completo y firma del paciente, familiar o su representante legal.
19.	OBSERVACIONES:	Asentar las objeciones o aclaraciones relevantes respecto a los estudios que se realizarán al paciente.

20.	PLACA UTILIZADA	Marcar con una "X" el cuadro según corresponda al tamaño de la placa utilizada (mastografía, ultrasonido o tomografía).
21.	CLAVE	Anotar la clave correspondiente al estudio realizado, y que identifica la cuota de recuperación a cubrir, de acuerdo al tabulador vigente.
22.	INTERPRETACIÓN	Asentar la interpretación médica del resultado obtenido en el estudio.
23.	FECHA DE INTERPRETACIÓN	Registrar el día, mes y año en que se efectúa la interpretación del resultado del estudio.
24.	MÉDICO	Anotar el nombre completo y la firma del médico radiólogo.
25.	OBSERVACIONES	Asentar las aclaraciones u objeciones relevantes respecto al resultado del estudio que se realiza al paciente.

No. EXPEDIENTE:

UNIDAD MÉDICA:	FECHA:
----------------	--------

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	GÉNERO: ☐ MASC. ☐ FEM.
--	----------------------	-------	---

DIRECCIÓN:	TELÉFONO:
------------	-----------

MÉDICO TRATANTE:	CLAVE DEL MÉDICO:
------------------	-------------------

[illegible]

GRUPO SANGUÍNEO:	FACTOR RH:
------------------	------------

ALERGICO A:

75

Instructivo para llenar el formato:		
Hoja Frontal.		
Objetivo:		
Registrar el diagnóstico del paciente y el Médico Responsable.		
Distribución y Destinatario:		
El formato se genera en original y se queda dentro del expediente clínico.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	EXPEDIENTE	Número del expediente del paciente.
2	UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre completo de la Unidad Médica donde se requisita la nota de evolución.
3	FECHA	Fecha Que se realiza el registro de la Hoja Frontal.
4	NOMBRE DEL PACIENTE	Nombre completo del paciente en el siguiente orden Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s).
5	FECHA DE NACIMIENTO	Anotar la Fecha de Nacimiento del paciente.
6	EDAD	Edad del paciente.
7	GÉNERO	Refiere el genero del usuario, colocando una x en el cuadro que corresponda.
8	DIRECCIÓN	Anotar el nombre de la calle, número, colonia, población, municipio y entidad federativa del paciente.
9	TELEFONO	Anotar el número telefónico del paciente incluyendo la clave lada.
10	MÉDICO TRATANTE	Anotar el nombre completo del Médico Responsable de atender al paciente y otorgar consulta.
11	CLAVE DEL MÉDICO	Escribir la clave del Médico Responsable.
12	FECHA DE DETECCIÓN	Anotar el Día, Mes y Año en que acude el paciente a solicitar consulta.
13	SIGNO O SINTOMA, PROBLEMA	Anotar el signo o síntoma, problema del paciente
14	FECHA DE CONTROL DE REMISION	Anotar el Día, Mes y Año en que sale el paciente de consulta.
15	GRUPO SANGUINEO	Anotar el tipo de sangre.
16	FACTOR RH	Anotar el Factor RH del paciente.
17	ALERGICO A	Anotar antecedentes de alergia alimentaria o medicamentos del paciente.

Guía de Operación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicio de Atención Integral a Personas con VIH (SAI)



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Plan y Desarrollo de Tratamiento Estomatológico

1/ UNIDAD MÉDICA:		2/ EXPEDIENTE:	
3/ NOMBRE DEL PACIENTE:		4/ EDAD:	5/ GÉNERO: MASCULINO ☐ FEMENINO ☐
6/ DIRECCIÓN:		7/ TELÉFONO:	
8/ ESCUELA:		9/ GRADO ESCOLAR:	10/ GRUPO:
11/ DIAGNÓSTICO (CLAVES)			

		I N T R A M U R O S																															
		ATENCIÓN PREVENTIVA											ATENCIÓN CURATIVA											28/		29/		30/		31/ RESPONSABLE			
		14/ ESQUEMA BÁSICO DE PREVENCIÓN							15/	16/	17/	18/	19/	20/ OBTURACIONES		21/		22/ EXTRACCIONES		23/	24/	25/	26/	27/	29/ REFERENCIA	30/ DERECHOHABENCIA							
12/	CITA / FECHA	13/	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
1ª. CITA																																	
2ª. CITA																																	
3ª. CITA																																	
4ª. CITA																																	
5ª. CITA																																	
32/ TOTAL			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	

33/ PACIENTE ABANDONO EL TRATAMIENTO: _____
FECHA

34/ PACIENTE DADO DE ALTA: _____
FECHA

217B20000-041-14

NOTAS MÉDICAS ESTOMATOLÓGICAS

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

NOTAS MÉDICAS ESTOMATOLÓGICAS

[illegible]

NOTAS MÉDICAS ESTOMATOLÓGICAS

[illegible]

OBSERVACIONES

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Instructivo para llenar el formato: Plan y Desarrollo de Tratamiento Estomatológico.		
Objetivo: Registrar las actividades de atención preventiva y curativas que se le practique al paciente dentro de la unidad médica.		
Distribución y Destinatario: El Plan y Desarrollo de Tratamiento Estomatológico, es llenada en original por el médico tratante durante el trayecto de duración de la atención al paciente, y se resguarda en el expediente Clínico Estomatológico.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica donde se atiende el paciente.
2	No. DE EXPEDIENTE:	Anotar el número de expediente registrado en la historia clínica.
3	NOMBRE DEL PACIENTE:	Anotar el nombre completo del paciente, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre(s).
4	EDAD:	Anotar la edad en años cumplidos.
5	GENERO:	Indicar con una "X" el género del paciente según corresponda; masculino o femenino.
6	DIRECCIÓN:	Anotar el lugar de residencia del paciente: calle, número interior y exterior, colonia y código postal.
7	TELÉFONO:	Anotar los números telefónico del paciente.
8	ESCUELA:	En caso de que el paciente sea escolar del programa educativo preventivo, anotar el nombre de la escuela a la que asiste.
9	GRADO ESCOLAR:	En caso de que el paciente sea escolar, anotar el grado que cursa.
10	GRUPO:	Anotar el grupo escolar al que pertenece el paciente.
11	DIAGNOSTICO (CLAVES):	Anotar las claves correspondientes al diagnóstico, localizando las más frecuentes en la clasificación internacional de enfermedades (C.I.E). Los diagnósticos que no tengan clave, se describirán completos. Realizar identificación de fluorosis y registrar FO si el paciente es sano o F1, F2, F3, F4, F5 de acuerdo a la clasificación de DEAN.
INTRAMUROS		
12	CITA/FECHA	Registrar con lápiz el día, mes y año de la siguiente cita y con bolígrafo cuando se atiende al paciente.
13	CUADRANTES DAÑADOS:	Anotar el número de cuadrantes dañados a los que se les realiza tratamiento.
ATENCIÓN PREVENTIVA		
14	ESQUEMA BASICO DE PREVENCIÓN:	Se refiere a las acciones preventivas individuales que se realizan intramuros en una sesión:
14.1	CONTROL DE PLACA BACTERIANA:	Marcar con una (X) cuando se realice la detección de placa bacteriana por medio de pastilla reveladora u otro medio.
14.2	INSTRUCCIÓN TÉCNICA DE CEPILLADO:	Marcar con una (X) al realizar práctica de cepillado o al dar instrucción de la técnica.
14.3	INSTRUCCIÓN DE USO DE HILO DENTAL:	Marcar con una (X) si se realiza la práctica de utilización correcta de hilo dental durante la instrucción de la técnica.
14.4	PROFILAXIS:	Marcar con una (X) la acción de eliminar la placa bacteriana y realizar el pulido de las superficies dentales.
14.5	REVISIÓN HIGIENE DE PROTESIS:	Marcar con una (X) la higiene de prótesis, refiriéndose a la exploración y brindar información sobre los cuidados de la limpieza de las mismas.

14.6	REVISIÓN DE TEJIDOS BUCALES:	Marcar con una (X) la revisión de tejidos bucales, refiriéndose a la realización de examen de los tejidos blandos y duros intra y extra bucales.
14.7	SESIÓN SOBRE SALUD BUCAL:	Marcar con una (X) la información, orientación y asesoría que se brinda al paciente sobre la conservación y cuidado de su salud.
15	INSTRUCCIÓN AUTOEXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL:	Marcar con una (X) la enseñanza de la exploración de la cavidad bucal para la detección oportuna de lesiones.
16	APLICACIÓN TOPICA DE FLUOR:	Marcar con una (X) la acción de aplicar fluor a las superficies dentarias, independientemente de la técnica utilizada.
17	ODONTOXESIS:	Marcar con una (X) la remoción de sarro y tartaro, así como el pulido de las superficies dentarias, esta actividad se podrá realizar en una, dos, tres o cuatro sesiones, dependiendo del criterio del estomatólogo y únicamente marcará con una (X) cuando la actividad se haya concluido.
18	SELLADO DE FOSETAS Y FISURAS:	Actividad en la que se reporta el número de piezas dentales tratadas con sellante en las foquetas y fisuras.
19	NÚMERO DE DIENTE:	Registrar la nomenclatura del odontograma, el número correspondiente al diente al cual se le realizó algún tratamiento.
	ATENCIÓN CURATIVA:	Una vez terminada la actividad se encierra en un círculo el número correspondiente al diente tratado, indicando así que se concluyó, por ejemplo si el diente número 48 se obtuvo se encierra en un círculo.
20	OBTURACIONES:	Es la aplicación de cualquier material curativo de larga duración. Marcar con una (X) en la columna que corresponda el tratamiento que se realice.
21	MATERIAL TEMPORAL:	Marcar con una (X) cuando se aplique material curativo de corta duración.
22	EXTRACCIÓN:	Marcar con una (X) cuando se realice la remoción de piezas dentales, especificando si se trata de piezas temporales o permanentes.
23	TERAPIA PULPAR:	Marcar con una (X) si se efectúa el recubrimiento de la cámara pulpar con hidróxido de calcio, la pulpotomía y la pulpectomía.
24	CIRUGÍA BUCAL:	Marcar con una (X) si durante la sesión se realizó actividad quirúrgica menor.
25	FARMACOTERAPIA:	Marcar con una (X) la prescripción de fármacos durante la atención.
26	OTRAS ATENCIONES:	Marcar con una (X) si se realizó alguna actividad en el paciente y que no puede ubicarse en ningún otro rubro. Anotar el número de actividades, pudiendo incluir las siguientes: raspado y alaciado radicular, tratamiento de lesiones en tejidos blandos, así como otras actividades no registradas en el formato. No deben incluirse las actividades que forman parte integral de un tratamiento (pulido de obturaciones, resinas subsecuentes, Etc.) aun cuando éste requiera más tiempo del generalmente destinado.
27	RADIGRAFÍAS:	Anotar el número de radiografías tomadas al paciente (periapicales, oclusales o infantiles)
28	TRATAMIENTO INTEGRAL TERMINADO:	Marcar con una (X) cuando el tratamiento haya concluido de forma integral.
29	REFERENCIA:	Marcar con una (X) si el paciente es referido o contrarreferido.
30	DERECHOABIENCIA:	Indicar con una (X) si el paciente cuenta con algún tipo de seguridad social (IMSS, ISSSTE, otros, Etc.), excluyendo los

		casos donde el paciente sea derechohabiente del seguro popular.
31	RESPONSABLES:	Columna reservada para registro y firma del estomatólogo operador que realiza el tratamiento.
32	TOTAL:	Al término del tratamiento deberán sumar las actividades realizadas, anotando en cada cuadro las cantidades que correspondan.
33	PACIENTE ABANDONO EL TRATAMIENTO:	Anotar la fecha día, mes y año en que el paciente abandono el tratamiento.
34	PACIENTE DADO DE ALTA:	Anotar la fecha día, mes y año en que concluye el tratamiento y el paciente es dado de alta.
35	NOTAS MÉDICAS:	Registrar con letra legible los datos del paciente: fecha, hora, actividades realizadas y evolución del paciente; así como la farmacoterapia requerida en cada consulta, con nombre y firma de quien lo elabora.
36	OBSERVACIONES:	Anotar las causas y motivos por las que no se haya realizado alguna actividad registrada en el odontograma, también se anotará el nombre del estomatólogo que atendió al paciente.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Solicitud de Laboratorio

1/ UNIDAD MÉDICA:		2/ FECHA DE SOLICITUD:	
3/ No. EXPEDIENTE:	4/ SERVICIO:		5/ No. CAMA:
6/ TIPO DE SERVICIO: ☐ CONSULTA EXTERNA ☐ URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACIÓN ☐ OTROS		7/ No. PÓLIZA DE SEGURO POPULAR:	
8/ NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE (S)).		9/ EDAD:	10/ GÉNERO: MASCULINO ☐ FEMENINO ☐
11/ DIAGNÓSTICO REAL O PRESUNTIVO:			
12/ ESTUDIO (S) SOLICITADO (S):			
13/ ELABORÓ		14/ Vo. Bo.	
15/ No. DE INTERVENCIONES DE CAUSES			

(NOMBRE, CÉDULA PROFESIONAL Y
FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE)

(NOMBRE, CÉDULA PROFESIONAL Y
FIRMA DEL GESTOR DE SEGURO POPULAR)

217B20000-152-14

Instructivo para llenar el formato: Solicitud de Laboratorio.		
Objetivo: El formato "Solicitud de Laboratorio" será llenado por el médico tratante en determinado servicio en el que se requiere estudios de laboratorio para determinado paciente a fin de estar en posición de determinar el padecimiento.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Registrar el nombre completo de la unidad médica en la que es atendido el paciente.
2	FECHA DE SOLICITUD:	Escribir con números arábigos la fecha en que se solicita el estudio, utilizando el siguiente orden dd/mm/aaa.
3	No. EXPEDIENTE:	Anotar el número del expediente que corresponde al paciente.
4	SERVICIO:	Especificar el nombre del servicio en el que está hospitalizado el paciente
5	No. CAMA:	Anotar el número de cama que ocupa el paciente.
6	TIPO DE SERVICIO:	Marcar con una "X" el recuadro que corresponda según el servicio del cual provenga el paciente, (Consulta externa, Urgencias u Hospitalización).
7	No. PÓLIZA DE SEGURO POPULAR:	Anotar el número de póliza que tiene asignado el paciente en base al documento
8	NOMBRE DEL PACIENTE	Anotar el nombre completo del paciente en el siguiente orden: (Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre (s)).
9	EDAD:	Registrar con número arábigo la edad cumplida del paciente. Para menores de un mes anotar en días consignado a continuación la letra "D"; para niños de un mes pero menores de un año anotar en meses consignando a continuación la letra "M"; para pacientes de un año anotar en años consignando a continuación la letra "A".
10	GÉNERO:	Marcar con una "X" el género al que corresponda.
11	DIAGNÓSTICO REAL O PRESUNTIVO:	Describir el (los) diagnóstico (s) real o presuntivo que presenta el paciente antes del estudio.
12	ESTUDIO (S) SOLICITADO (S):	Describir el tipo de estudio (s) a realizarse, según el diagnóstico que presente el paciente.
13	ELABORÓ	Anotar el nombre completo, cédula profesional (Excepto Médicos Pasantes de Servicio Social) y firma del médico que solicita el estudio.
14	Vo. Bo.	Anotar el nombre completo, cédula profesional y firma del Gestor de Seguro Popular (Omitir este campo en las unidades que no cuenten con Gestores de Seguro Popular).
15	No. INTERVENCIONES DE CAUSES	Anotar la clave de la intervención de CAUSES del catálogo.

Instructivo para llenar el formato:		
Notas de Evolución.		
Objetivo:		
Registrar el estado de salud del paciente y cómo va evolucionando a los tratamientos suministrados.		
Distribución y Destinatario:		
El formato se genera en original, y se queda dentro del Expediente Clínico.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	HOJA NO.	Anotar el número de la foja.
2	UNIDAD MÉDICA	Nombre completo de la Unidad Médica donde se requisita la nota de evolución.
3	EXPEDIENTE	Número del expediente del paciente.
4	NOMBRE DEL PACIENTE	Nombre completo del paciente en el siguiente orden: Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s).
5	EDAD	Edad del paciente.
6	GENERO	Refiere el género del usuario, colocando una x en el cuadro que corresponda.
7	SIGNOS VITALES	Anotar la tensión arterial, temperatura, frecuencia, cardíaca, frecuencia respiratoria, peso y talla del paciente.
8	FECHA Y HORA	Fecha y hora en la que se realiza el registro de la Nota de Evolución.
9	NOTAS DE EVOLUCIÓN	Se describe el estado de salud del paciente y cómo ha evolucionado a los tratamientos suministrados. Elaborada en base a la NOM-004-SSA3-2012.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Historia Clínica General

1/UNIDAD MÉDICA:		2/EXPEDIENTE:	
3/FECHA DE ELABORACIÓN:	4/HORA DE ELABORACIÓN:	5/TIPO DE INTERROGATORIO: ☐ DIRECTO ☐ INDIRECTO	
I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN			
6/NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))		7/EDAD:	8/GÉNERO: ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO
9/FECHA DE NACIMIENTO:	10/OCUPACIÓN DEL PACIENTE:	11/ GRUPO ÉTNICO:	
12/DOMICILIO:		13/TELÉFONO:	
14/NOMBRE DEL PADRE O TUTOR EN CASO DE SER MENOR DE EDAD O PERSONA CON CAPACIDADES DIFERENTES:			
15/PARENTESCO CON EL PACIENTE:		16/TELÉFONO:	
II. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: 17/			
III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS: 18/			
IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: 19/			
V. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS: 20/			
VI. PADECIMIENTO ACTUAL: 21/			
VII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS 22/			
CARDIOVASCULAR:			
RESPIRATORIO:			
GASTROINTESTINAL:			
GENITOURINARIO:			
HEMÁTICO Y LINFÁTICO:			
ENDÓCRINO:			

Guía de Operación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicio de Atención Integral a Personas con VIH (SAI)

NERVIOSO:

MUSCULOESQUELÉTICO:

PIEL, MUCOSAS Y ANEXOS:

VIII. SIGNOS VITALES^{23/}

T/A	TEMP	FREC. C.	FREC R.	PESO	TALLA
-----	------	----------	---------	------	-------

IX. EXPLORACIÓN FÍSICA^{24/}

HABITUS EXTERIOR:

CABEZA:

CUELLO:

TÓRAX:

ABDOMEN:

GENITALES:

EXTREMIDADES:

PIEL:

X. RESULTADOS PREVIOS Y ACTUALES DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS^{25/}

XI. DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS^{26/}

XII. TX FARMACOLÓGICO^{27/}

TERAPÉUTICA EMPLEADA Y RESULTADOS (PREVIOS):

TERAPÉUTICA ACTUAL:

XIII. PRONÓSTICO^{28/}

^{29/} MÉDICO

NOMBRE, CEDULA PROFESIONAL Y FIRMA

217B20000-015-16

Instructivo para llenar el formato:		
Historia Clínica General		
Objetivo: Registrar los antecedentes médicos del paciente; síntomas, signos vitales, auxiliares de diagnóstico, diagnóstico y terapéutico del padecimiento o enfermedad.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y se integra al Expediente Clínico Familiar del paciente.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre de la unidad médica que otorga el servicio.
2	EXPEDIENTE:	Asentar el número de expediente del paciente.
3	FECHA DE ELABORACIÓN:	Anotar el día, mes y año en que se elabora la Historia Clínica General.
4	HORA DE ELABORACIÓN:	Escribir la hora en la que se elabora la Historia Clínica General.
5	TIPO DE INTERROGATORIO:	Marcar con una "X" si se trata de un interrogatorio directo o indirecto.
6	NOMBRE DEL PACIENTE:	Anotar el nombre completo del paciente en el siguiente orden: Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s).
7	EDAD:	Anotar el número de años cumplidos del paciente.
8	GÉNERO:	Indicar el género del usuario, colocando una "X" en el cuadro que corresponda.
9	FECHA DE NACIMIENTO:	Anotar el día, mes y año en que nació el paciente.
10	OCUPACIÓN DEL PACIENTE:	Asentar la ocupación del paciente.
11	DOMICILIO	Escribir el domicilio completo del paciente (calle, número exterior e interior, colonia, código postal, municipio o localidad).
12	TELÉFONO	Anotar el número telefónico en donde se pueda localizar al paciente.
13	NOMBRE DEL PADRE O TUTOR:	Anotar el nombre completo del padre o tutor, en caso de tratarse de un menor de edad o una persona con capacidades diferentes.
14	PARENTESCO CON EL PACIENTE:	Indicar el parentesco con el paciente, en caso de tratarse de un menor de edad o una persona con capacidades diferentes.
15	TELÉFONO:	Anotar el número telefónico en donde se pueda localizar la persona responsable del paciente.
16	ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:	Registrar los antecedentes médicos familiares o las enfermedades posiblemente hereditarias.
17	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:	Escribir los antecedentes personales no patológicos (en su caso).
18	ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:	Indicar los antecedentes personales patológicos (en su caso).
19	ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:	Registrar los antecedentes gineco-obstétricos (en su caso).
20	PADECIMIENTO ACTUAL:	Anotar el padecimiento que presenta el paciente actualmente.
21	INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:	Realizar un interrogatorio por aparatos y sistemas, y registrar los datos.
22	SIGNOS VITALES:	Asentar los signos vitales del paciente.

23	EXPLORACIÓN FÍSICA:		Registrar los datos obtenidos de la exploración física realizada al paciente.
24	RESULTADOS PREVIOS ACTUALES LABORATORIO, GABINETE Y OTROS:	Y DE	Anotar los resultados previos y actuales de laboratorio, gabinete y otros (en su caso).
25	DIAGNÓSTICOS PROBLEMAS CLÍNICOS:	Y	Escribir el diagnóstico y los problemas clínicos que presenta el paciente.
26	TX FARMACOLÓGICO:		Indicar la terapéutica empleada y los resultados obtenidos con la misma (en su caso).
27	PRONÓSTICO:		Asentar el pronóstico de la evolución del paciente.
28	PARENTESCO EL PACIENTE:	CON	Anotar el nombre completo y firma del médico que requisitó la Historia Clínica General.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Lista de Asistencia a Sesiones Educativas

1/ UNIDAD:	2/ FECHA:	3/ HORA:
------------	-----------	----------

4/ ACTIVIDAD EDUCATIVA:

5/ PONENTE (S):

6/ No.	7/ No. EXPEDIENTE	8/ NOMBRE	9/ FIRMA	10/ CORREO ELECTRÓNICO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

217B20000-272-14

Instructivo para llenar el formato:		
Lista de Asistencia a Sesiones Educativas.		
Objetivo:		
Recopilar datos sobre la asistencia de los pacientes.		
Distribución y Destinatario:		
Se genera en original y se queda dentro del concentrado de actividades educativas con pacientes.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD	Escriba el nombre del CAPASITS o SAI donde se prescribirá el tratamiento antirretroviral.
2	FECHA	Escriba con números los dos dígitos del día, el mes y el año en que se realiza la actividad educativa.
3	HORA	Colocar la hora en la que inicia y termina la actividad educativa
4	ACTIVIDAD EDUCATIVA	El personal a cargo deberá hacer referencia al tipo de actividad
5	PONENTES (S)	Escribir el nombre completo del ponente (s) que desarrolla la actividad educativa.
6	NO.	Registrar el número consecutivo.
7	NO. EXPEDIENTE	Escribir el número de expediente manejado dentro del servicio CAPASITS o SAI correspondiente al paciente registrado en la asistencia.
8	NOMBRE	Registrar el nombre completo del paciente que asiste a la sesión educativa.
9	FIRMA	Firma del paciente que asiste a la sesión educativa.
10	CORREO ELECTRÓNICO	Anotar el correo electrónico o email para recibir mensajes de la actividad educativa.

1/ NOMBRE DEL CURSO:

2) OBJETIVOS:

3) METODOLOGÍA:

4/ DIRIGIDA A:

5/ REQUERIMIENTOS DEL PARTICIPANTE:

5/ REQUERIMIENTOS DE LA INSTITUCIÓN:

77 RESPONSABLE

8/ UNIDAD MÉDICA:

9) FECHA:

10) DURACIÓN

217B20000-443-15

Instructivo para llenar el formato:		
Carta Descriptiva para Intervenciones Grupales con Usuarios y/o Pacientes.		
Objetivo: Facilitar al personal de salud la coordinación de sus funciones para el manejo de las intervenciones grupales. Se pretende que este formato le sea útil durante su labor y que no solo se elabore para fines administrativos.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y se queda dentro del concentrado de actividades educativas con usuarios y/o pacientes		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	NOMBRE DEL CURSO	El personal a cargo tendrá que hacer referencia al título o tema general que se desarrollará.
2	OBJETIVOS	Escribir de forma concreta el propósito que se desea alcanzar con la intervención grupal
3	METODOLOGÍA	Hacer referencia a los procedimientos que se emplearan para alcanzar los objetivos.
4	DIRIGIDO A	Colocar las características de la población objetivo.
5	REQUERIMIENTOS DEL PARTICIPANTE	Especificar los requisitos que se consideran necesarios que aporte el usuario y/o paciente .Ejemplo ropa y calzado cómodo etc.
6	REQUERIMIENTOS DE LA INSTITUCIÓN	Especificar las características que debe tener o aportar la unidad médica donde se desarrollara la actividad grupal. Ejemplo: espacio amplio, sillas móviles etc.
7	RESPONSABLE	Se deberá escribir el nombre completo del personal a cargo de desarrollar la intervención grupal.
8	UNIDAD MÉDICA	Especificar el nombre del establecimiento de salud donde se desarrollara la actividad grupal
9	FECHA	Colocar la fecha, el día, mes y año en que se llevará a cabo la intervención grupal.
10	DURACIÓN	Anotar el tiempo estimado total en que se desarrollara la intervención grupal.
11	HORARIO	Delimitar el tiempo que se requiere para realizar cada una de las actividades que componen la intervención grupal. Ejemplo: 9:00 a 10:00.
12	CONTENIDO TEMÁTICO	Plasmas cada uno de los subtemas a desarrollar en cada actividad durante la intervención grupal.
13	TÉCNICA DIDÁCTICA	Especificar la actividad que se empleará para desarrollar el subtema a abordar. Ejemplo: expositiva, estudio de caso, técnica demostrativa, dramatización, taller etc.
14	APOYO DIDÁCTICO	Anotar que materiales serán empleados para desarrollar la intervención grupal. Ejemplo: hojas, rotafolio, marcadores, etc.

ISEM[illegible]

Instructivo para llenar: Libreta de Control de Referencia y Contrareferencia de Unidad Médica (rayado de libreta tipo florecente).		
Objetivo: Registrar a los pacientes referidos de las unidades médicas de primer nivel a unidades médicas de segundo nivel de atención.		
Distribución y Destinatario: Este formato deberá ser requisitado por el médico tratante de la unidad médica de primer nivel.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	NO. PROGRESIVO DE CONTROL ANUAL/ MENSUAL	Anotar el número progresivo de control de referencia anual y control de referencia mensual correspondiente a cada paciente que es referido, iniciando numeración cada mes.
2	FECHA Y HORA DE REFERENCIA	Anotar el día, mes, año y la hora en el que el paciente se refiere a la unidad médica de primer nivel.
3	NO. DE FOLIO	Anotar el número de folio asignado al expediente del paciente referido
4	NO. DE EXPEDIENTE	Anotar el número de expediente asignado al paciente.
5	NOMBRE DEL PACIENTE	Anotar el nombre completo del paciente referido.
7	EDAD Y SEXO (M) (F)	Anotar en el cuadro correspondiente a la columna M si el paciente es de sexo masculino o F si es de sexo femenino, la edad en número de años, meses si es menor de un año, o días si no ha cumplido un mes de vida.
8	DOMICILIO DEL PACIENTE	Anotar la calle, número y colonia donde vive el paciente referido.
9	DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL	Anotar el diagnóstico establecido por el médico que refiere al paciente.
10	URGENCIA (SI) (NO)	Anotar una x en el cuadro correspondiente, si el motivo por el que se envía el paciente es, o no urgencia.
11	SERVICIO AL QUE SE LE REFIERE	Anotar el servicio médico de la unidad de segundo nivel a la que se refiere el paciente.
12	MOTIVO POR EL CUAL SE REFIERE	Anotar la causa por la cual es referido el paciente a la unidad médica de segundo nivel.
13	UNIDAD A LA QUE SE REFIERE	Anotar el nombre de la unidad médica de la cual es referido el paciente.
14	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE	Anotar nombre y firma del médico que lleva a cabo la referencia.
15	CONTRARREFERENCIA, FECHA, DIAGNÓSTICO EGRESO	Anotar la fecha en que se lleva a cabo la referencia así como el diagnóstico que tiene el paciente al momento de su egreso
16	SEGUIMIENTO DE LA REFERENCIA, FECHA DE LA VISITA, ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE	Anotar el estado de salud del paciente para su seguimiento.
17	OBSERVACIONES	Anotar alguna observación.

Guía de Operación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicio de Atención Integral a Personas con VIH (SAI)



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Solicitud de Laboratorio / Bacterología

(1) No. de solicitud:

UNIDAD MÉDICA (2)		FECHA DE SOLICITUD (3)		NÚMERO DE EXPEDIENTE (4)	
NOMBRE DEL PACIENTE (5)	EDAD (6)	GÉNERO (7) ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO		NÚMERO DE AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR (8)	
SERVICIO (9)	CAMA (10)	DIAGNÓSTICO (11)			
MÉDICO SOLICITANTE (12)					
PRÓXIMA CITA (13)					
☐ BACTEROLOGÍA Y PARASITOLOGÍA. (14)		20002 Coproparasitoscópico 1 _____ 2 _____ 3 _____ 20008 Amiba en fresco _____ Graham _____ Plasmodium _____ Sangre oculta en heces _____ Otros estudios en heces _____ Espermatozoides _____ Eosinófilos en moco nasal _____			
CULTIVOS 19105 Faringeo 19105 Nasal 19105 Oído 19105 Urocultivo 19105 Hemocultivo 19105 Vaginal 19105 Coprocultivo 19105 Espermocultivo 19105 Expectación 19105 Uretral 19105 Líquido Cefalorraquídeo 19105 Ocular 10105 Otros		20106 Microscopías Tinción de Gram _____ Tinción de BAAR _____ Tinta China _____ RESULTADOS Microorganismo aislado _____			
☐ PRUEBA DE SENSIBILIDAD (15)		1. Amikacina _____ 2. Ampicilina _____ 3. Carbenicilina _____ 4. Cefalotina _____ 5. Cefotaxima _____ 6. Cefotaxima _____ 7. Clorafenicol _____ 8. Gentamicina _____ 9. Netilmicina _____ 10. Nitrofurantoina _____ 11. Pefloxacina _____ 12. TMP-SMX _____ 13. Cefuroxima _____ 14. Dicloxacilina _____ 16. Tetraciclina _____ 17. Cefazidina _____ 18. Eritromicina _____ 19. Lincomicina _____ 20. Penicilina _____ S= Sensible R= Resistente			
SOLICITA (16)		REPORTA (17)		REPORTA (18)	

FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE

NOMBRE DEL QUÍMICO/ TÉCNICO LABORATORISTA

FIRMA

217B20000-097-07

Instructivo para llenar el formato: Solicitud de Laboratorio/Bacteriología.		
Objetivo: Solicitar por parte del médico tratante la realización de estudios bacteriológicos y/o parasitológicos específicos, a los paciente atendidos en la unidad de salud		
Distribución y Destinatario: Este formato deberá ser requisitado por el médico que brinde la atención en cualquier unidad de salud.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	NO. DE SOLICITUD	Emplear un número arábigo consecutivo para saber el número d estudio bacteriológico solicitado
2	UNIDAD MÉDICA	Especificar el nombre de la unidad o establecimiento de salud en el que se llena el formato y se brinda la atención
3	FECHA DE SOLICITUD	Anotar la fecha en que se solicita el estudio
4	NÚMERO DE EXPEDIENTE	Escribir el número de expediente clínico asignado por la unidad
5	NOMBRE DEL PACIENTE	Escribir de manera legible los apellidos y el/los nombre (s) del paciente.
6	EDAD	Anotar la edad referida por el paciente
7	GÉNERO	Marque con una "x" el espacio correspondiente según el género con el que se identifica el paciente de acuerdo al rol social que cumple
8	NÚMERO DE AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR	Escribir el número de afiliación al seguro popular que se le a asignado al paciente.
9	SERVICIO	Anotar el servicio en el que es asistido el paciente.
10	CAMA	En caso de encontrarse hospitalizado el paciente anotar el número de cama en el que se encuentra.
11	DIAGNÓSTICO	Registrar los diagnósticos clínicos que presenta el paciente, de acuerdo al CIE-10.
12	MÉDICO SOLICITANTE	Registrar el/los nombre (s) y apellidos del médico que solicita el estudio.
13	PRÓXIMA CITA	Anotar el día, mes y año en que se brindará la siguiente atención médica.
14	BACTERIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA	Subrayar el código y nombre específico del estudio que se solicita.
15	PRUEBA DE SENSIBILIDAD	Aquí el personal del laboratorio anotará S (sensible) o R (resistente), según sea el caso de acuerdo a la prueba de sensibilidad o antibiograma realizado a la muestra del paciente.
16	SOLICITA. FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE	El médico solicitante colocara aquí su firma.
17	REPORTA. NOMBRE DEL QUÍMICO/TÉCNICO LABORATORISTA	Escribir de manera legible los apellidos y el/los nombre (s) del personal de laboratorio que realizó el estudio
18	REPORTA. FIRMA	El químico o técnico laboratorista colocara aquí su firma.



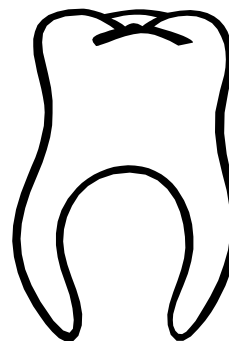
GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



1/APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	2/MARQUE CON UNA "X" ☐ EMBARAZADA ☐ URGENCIA
3/ESCUELA		4/CURP	
5/No. PÓLIZA DEL SEGURO POPULAR:		6/No. EXPEDIENTE:	

PROGRAMA SALUD BUCAL

EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO



217B20000-058-17

	GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO	
FECHA DE CLASIFICACIÓN:	ISEM/ 00023	FECHA DE SESIÓN: 19/ 08/ 05
UNIDAD ADMINISTRATIVA:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD/ SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA/ UNIDADES DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL	
RESERVADO:		
PERIODO DE RESERVA:		
FUNDAMENTO LEGAL:		
APLICACIÓN DEL PERIODO DE RESERVA		
CONFIDENCIAL:	☒	
FUNDAMENTO LEGAL:	ART. 320 Y 322 DEL REGLAMENTO DE LA L.T.A.I.P.E.M./ CAP. III DE LOS CRITERIOS DE LA L.T.A.I.P.E.M./ NOM - 004 - S843 - 2012 EXPEDIENTE CLÍNICO	
RÚBRICA DEL TITULAR DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA:		
FECHA DE DESCLASIFICACIÓN:		
RÚBRICA Y CARGO DEL SERVIDOR PÚBLICO		



NOTA: En el caso de que el sello no contenga los datos que aparecen en color azul, deberá requisitarse como lo indica el capítulo IV, criterio trigésimo octavo, de los Criterios para la Clasificación de la Información Pública de las Dependencias, Organismos Auxiliares y Fideicomisos Públicos de la Administración Pública del Estado de México. (Gaceta del Gobierno del 31 de enero del 2005).

217B20000-058-17

Instructivo para llenar el formato:		
Carpeta o Folder del Expediente Clínico Estomatológico.		
Objetivo:		
Integrar los distintos formatos que se requieren durante el tratamiento del paciente.		
Distribución y Destinatario:		
La Carpeta o fólder se genera en original, llenando los apartados de información requerida con letra de molde legible en su apartado de anverso y reverso, se debe resguardar en el archivo clínico de la unidad médica.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRES	Anotar el nombre completo del paciente.
2	EMBARAZADA / URGENCIA:	Marcar con una "X" el cuadro según corresponda tipo de paciente.
3	ESCUELA:	En caso de que el paciente sea escolar, anotar el nombre de la escuela.
4	CURP:	Anotar el CURP del paciente.
5	No. PÓLIZA DE SEGURO POPULAR:	Colocar el número completo de la póliza de afiliación al Seguro Popular.
6	No. EXPEDIENTE:	Registrar el número de expediente del paciente.
REVERSO: Sello de clasificación de la información que integra el expediente.		

Guía de Operación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicio de Atención Integral a Personas con VIH (SAI)



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Historia Clínica y Estudio Estomatológico

1/ No. EXPEDIENTE:

2/ UNIDAD MÉDICA:	3/ CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA:	4/ FECHA:	5/ HORA:
6/ NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)):		7/ EDAD:	8/ GÉNERO: MASCULINO ☐ FEMENINO ☐
9/ DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO):		10/ TELÉFONO:	
11/ OCUPACIÓN:	12/ ESTADO CIVIL:	13/ CURP:	

15/ INTERROGATORIO:

14/ Seguridad social:	Número de Seguridad:
IMSS ISSSTE PROSPERA SEGURO POPULAR OTRA	

- ☐ ¿QUÉ ENFERMEDAD (ES) HA PADECIDO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO? _____
- ☐ CUANDO HA ACUDIDO A CONSULTA SU MÉDICO LE HA DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD COMO:
- | | | | | | | | |
|--------------------------|-------|-------------|-------|--------------|-------|--------------|-------|
| ENFERMEDADES DEL CORAZÓN | SI NO | DIABETES M. | SI NO | BRONQUITIS | SI NO | TUBERCULOSIS | SI NO |
| FIEMRE REUMÁTICA | SI NO | AMIGDALITIS | SI NO | EPILEPSIA | SI NO | ANEMIA | SI NO |
| HEPATITIS | SI NO | VIH | SI NO | HIPERTENSIÓN | SI NO | HIPOTENSIÓN | SI NO |
- ☐ ¿ES USTED ALÉRGICO A LA PENICILINA? SINO OTROS MEDICAMENTOS SI NO CUÁLES: _____
- ☐ ¿LO HAN ANESTESIADO ANTERIORMENTE? SI NO
- ☐ ¿HA TENIDO PROBLEMAS CUANDO SE LA APLICARON? SI NO
- ☐ ¿QUÉ LE SUCEDIÓ? _____
- ☐ ¿PRESENTA SANGRADO EXCESIVO? SI NO HEMORRAGIAS FRECUENTES SI NO SÍTO: _____
- USO DE MEDICAMENTOS: ANTICOAGULANTES SINO TRANQUILIZANTES SI NO
- OTROS SI NO CUÁLES? _____
- ☐ ALGUN FAMILIAR SUYO PADECE DIABETES M. SINO PARENTESCO: _____
- ☐ ¿FUMA? SINO
- ☐ ¿INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS? SI NO
- ☐ ¿INGIERE ALGÚN OTRO TIPO DE SUSTANCIAS? _____

16/ NOMBRE Y FIRMA DEL ESTOMATÓLOGO 17/ NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

EXPLORACION

18/ EXAMEN FACIAL Y TEJIDOS BLANDOS

CARA	N	A	CUELLO	N	A	ARTICULACIÓN		
LABIOS	N	A	CARRILLOS	N	A	TEMPOROMANDIBULAR	N	A
PALADAR BLANDO	N	A	AMIGDALAS	N	A	PALADAR DURO	N	A
GLÁNDULAS SALIVALES	N	A	LENGUA	N	A	PISO DE LA BOCA	N	A

19/ F.C 21/ TEMP: 23/ TALLA: 25/ TIPO DE OCLUSIÓN:
20/ F.R 22/ T.A.: 24/ PESO: 26/ DIAGNOSTICOS (CLAVES):

27/ ODONTOGRAMA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
DERECHO								IZQUIERDO							
 55 54 53 52 51								 61 62 63 64 65							
 85 84 83 82 81								 71 72 73 74 75							

217B20000-042-17

8	17	16	15	14	13	12	11													
DERECHO																				
55	54	53	52	51																
													IZQUIERDO							
								61	62	63	64	65								
48	47	46	45	44	43	42	41	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
31	32	33	34	35	36	37	38													

[illegible]

217B20000-042-17

Instructivo para llenar el formato: Historia Clínica y Estudio Estomatológico.		
Objetivo: Obtener la información para determinar el estado clínico del paciente, de acuerdo a las necesidades específicas que se requieran para el tratamiento correspondiente		
Distribución y Destinatario: La Historia Clínica y Estudio Estomatológico, es llenada en original por el médico tratante, cada vez que proporcione atención y se resguarda en el expediente Clínico Estomatológico.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	No. DE EXPEDIENTE:	Anotar el número registrado por el módulo de medicina general, en caso que no tenga, anotar con lápiz “sin número de expediente”. En centros de salud y hospitales donde el odontólogo lleva el control del expediente se anotará el número consecutivo correspondiente.
2	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica.
3	CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA:	Registra la clave que le corresponde a la unidad médica, en caso que se desconozca anotar el nombre de ésta.
4	FECHA:	Anotar día, mes y año en que el paciente se presenta por primera vez al servicio.
5	HORA:	Anotar con números arábigos la hora en que se realice la Historia Clínica.
6	NOMBRE DEL PACIENTE:	Anotar el nombre completo del paciente, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre(s).
7	EDAD:	Anotar la edad en años cumplidos.
8	GENERO:	Indicar con “X” el género del paciente.
9	DOMICILIO:	Anotar el lugar de residencia del paciente: nombre de la calle, número interior y exterior, nombre de la colonia, zona, código postal y nombre del municipio donde reside el paciente.
10	TELÉFONO:	Anotar los números de su clave telefónica de línea o celular.
11	OCUPACIÓN:	Anotar la actividad a la que se dedica el paciente normalmente.
12	ESTADO CIVIL:	Anotar, en su caso si el paciente es soltero, casado, viudo o divorciado(a).
13	CURP:	Anotar clave CURP del paciente.
14	SEGURIDAD SOCIAL:	Indicar con “X” la seguridad social a la cual pertenece y con números arábigos el número de seguridad.
15	INTERROGATORIO:	El médico tratante deberá observar al paciente desde que ingresa al consultorio dental, anotando o en su caso marcando con “X”, si presenta algún signo de debilidad, nerviosismo, dolor palidez facial, etcétera y deberá preguntar sobre antecedentes heredados familiares personales patológicos y no patológicos y el padecimiento actual.
16	NOMBRE Y FIRMA DEL ESTOMATOLOGO:	Anotar el Nombre completo y firma autógrafa del Estomatólogo que realiza la actividad.
17	NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR	El paciente o tutor deberá registrar su nombre y avalará con su firma los datos proporcionados en el interrogatorio como verdaderos, en caso de que no sepa escribir colocará su huella digital.

EXPLORACIÓN:			
18	EXAMEN FACIAL Y TEJIDOS BLANDOS:		Marcar con una "x" según corresponda, "A" si está afectada, y con "N" si está normal.
19	F.C.:		Anotar frecuencia cardíaca con nomenclatura por minuto.
20	F.R.:		Anotar frecuencia respiratoria con nomenclatura por minuto.
21	TEMP:		Anotar temperatura en grados centígrados. (°C)
22	T.A:		Anotar tensión arterial con nomenclatura. (mm/Hg)
23	TALLA:		Anotar altura del paciente en centímetros. (cm)
24	PESO:		Anotar peso de paciente en kilogramos. (kg)
25	DIAGNOSTICOS (CLAVES):		Anotar la clave del diagnóstico con la clasificación del sistema CIE10.
26	TIPO DE OCLUSIÓN:		Anotar el tipo de oclusión según el caso: Escalón recto.- cuando ambos planos distales de los segundos molares temporales inferior y superior están formando una línea recta. Escalón distal.- cuando el plano distal del segundo molar inferior temporal está por detrás del plano distal del segundo molar superior temporal. Escalón mesial.- cuando el plano distal del segundo molar inferior temporal está por delante del plano distal del segundo molar superior temporal. Escalón mesial exagerado.- la cúspide mesio vestibular del segundo molar superior temporal, cae por detrás del surco central del segundo molar inferior temporal. Clase I.- Es la relación existente entre los molares si la cúspide vestibular mesial del primer molar superior permanente ocluye en el surco mesial del primer molar inferior permanente. Clase II.- Es la relación existente entre la cúspide vestibular mesial del primer molar superior permanente, si esta ocluye por delante del surco vestibular del primer molar inferior permanente. Clase III.- Se considera a la relación existente entre la cúspide vestibular mesial del primer molar superior permanente, si esta ocluye por detrás del surco vestibular del primer molar inferior permanente.
27	ODONTOGRAMA:		Anotar la nomenclatura correspondiente según sea el caso: Ausencia por caries.- Marcar con una (X) en rojo cuando el diente esté ausente. Cariado.- Marcar con rojo las superficies del diente donde se encuentre la lesión cariosa. Extracción indicada.- Marcar con una diagonal en rojo cuando este indicada una extracción. No erupcionado.- Marcar con un círculo a lápiz en el espacio correspondiente al diente que no haya erupcionado. Reincidencia de caries.- Marcar con color rojo sobre el diagrama del diente cuando exista reincidencia de caries localizadas en el mismo sitio donde se realizó la obturación. Restaurado.- Marcar con azul las superficies de un diente que se encuentre obturado. Sellador de fosetas y fisuras.- Marcar con una "S" en rojo cuando en el diente está indicado colocarse un sellador; y, con una "s" en azul, cuando el diente presente un sellador. Si se encuentra otra patología deberá marcarse con la nomenclatura aprendida en la universidad.

28	ODONTOGRAMA EVOLUCIÓN TRATAMIENTO	DE DE	Anotar la nomenclatura correspondiente al odontograma según el tratamiento realizado en cada cita, en color azul.
29	FECHA:		Anotar el día, mes y año en que al paciente se le realizaron Actividades estomatológicas.
30	TRATAMIENTO REALIZADO:		Anotar las actividades que se realizan en cada cita, con lenguaje que entienda el paciente.
31	FIRMA DEL PACIENTE:		El paciente o tutor deberá registrar su nombre y avalar con su firma las actividades realizadas en cada cita, en caso de que no sepa escribir, colocar su huella digital.

Guía de Operación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicio de Atención Integral a Personas con VIH (SAI)



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Carta de Consentimiento Informado para Estomatología

UNIDAD MÉDICA: (1)		LUGAR: (2)	FECHA: (3)	HORA: (4)
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)) (5)			No. EXPEDIENTE: (6)	
EDAD: (7)	GÉNERO: (8) ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO	OCUPACIÓN: (9)	ESTADO CIVIL: (10)	
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO) (11)				

Los médicos del servicio de (12) _____, me han informado de mi(s) padecimiento(s), por lo que necesito someterme a estudios de laboratorio, gabinete, histopatológicos y de procedimientos anestésicos, así como de tratamiento(s) médico(s) y/o quirúrgico(s) considerados como indispensables para recuperar mi salud.

El estomatólogo me informó de los riesgos y de las posibles complicaciones de los medios de diagnóstico y tratamientos médicos y/o quirúrgicos, por lo que por este medio, libremente y sin presión alguna acepto someterme a:

Diagnóstico(s) clínico(s) (13) _____

Estudios de laboratorio, gabinete e histopatológicos (14) _____

Actos anestésicos (15) _____

Tratamiento(s) estomatológico(s) (16) _____

Tratamiento(s) quirúrgico(s) (17) _____

Riesgos y complicaciones (18) _____

Alternativa de tratamiento (19) _____

Motivo de elección (20) _____

Mayor o Menor urgencia (21) _____

Pronóstico (22) _____

He sido informado de los riesgos que entraña el procedimiento, por lo que acepto los riesgos que ello implica.

Autorizo al estomatólogo de esta unidad para que realice los estudios y tratamientos convenientes.

En igual sentido, autorizo ante cualquier complicación o efecto adverso durante el procedimiento, especialmente ante una urgencia médica, que se practiquen las técnicas y procedimientos necesarios.

Tengo la plena libertad de revocar la autorización de los estudios y tratamientos en cualquier momento, antes de realizarse.

En caso de ser menor de edad o con capacidades diferentes, se informó y autoriza el responsable del paciente.

NOMBRE Y FIRMA DEL ESTOMATÓLOGO (23)

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA (24)

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO (25)

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO (26)

217B20000-038-17

Guía de Operación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicio de Atención Integral a Personas con VIH (SAI)

Instructivo para llenar el formato: Carta de Consentimiento Informado de Estomatología.		
Objetivo: Obtener la autorización del paciente para que el estomatólogo realice los tratamientos convenientes.		
Distribución y Destinatario: El formato Carta de Consentimiento Informado de Estomatología, se llena en original por el médico tratante, y se resguarda en el expediente Clínico Estomatológico.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica.
2	LUGAR:	Anotar el nombre de la población donde se encuentra ubicada la unidad médica.
3	FECHA:	Anotar la fecha con números arábigos el día, mes y año en que se llena el formato de consentimiento informado.
4	HORA:	Anotar con números arábigos la hora en que se realice la autorización de consentimiento informado.
5	NOMBRE DEL PACIENTE:	Anotar el nombre completo del paciente, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre(s).
6	No. DE EXPEDIENTE:	Anotar el número de expediente registrado en el expediente clínico.
7	EDAD:	Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
8	GENERO:	Indicar con una "X" en el recuadro que corresponda al sexo de (el) (la) paciente, masculino o femenino.
9	OCUPACIÓN:	Describe la actividad laboral a la que se dedica actualmente el paciente.
10	ESTADO CIVIL:	Anotar si el paciente es soltero(a), casado(a), viudo(a) o divorciado(a).
11	DOMICILIO:	Anotar el lugar de residencia del paciente: calle, número interior y exterior, colonia, localidad, municipio y estado.
12	LOS MÉDICOS DEL SERVICIO DE...:	Anotar el nombre del servicio: A). Estomatología. B) Cirugía maxilofacial. C) Patología bucal.
13	DIAGNOSTICO(S) CLÍNICO(S):	Registrar el padecimiento o patología por la cual ingresa el paciente para su atención.
14	ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE E HISTOPATOLÓGICOS:	Registrar los estudios complementarios que se requieren para el diagnóstico de la patología del paciente.
15	ACTOS ANESTÉSICOS:	Anotar el procedimiento anestésico por medio del cual permite realizar la atención médica del paciente.
16	TRATAMIENTOS ESTOMATOLOGICOS:	Anotar el nombre del procedimiento considerado por el estomatólogo de alto riesgo que se le tratará al paciente.
17	TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS:	Describir el nombre del procedimiento quirúrgico considerado por el responsable del servicio.
18	RIESGOS Y COMPLICACIONES:	Registrar los probables riesgos y complicaciones dependiendo de la patología que presenta el paciente.
19	ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO:	Describir las alternativas de tratamiento estomatológico.
20	MOTIVO DE ELECCIÓN:	Describir el motivo de elección del tratamiento estomatológico.
21	MAYOR O MENOR URGENCIA:	Describir la mayor o menor urgencia de tratamiento.
22	PRONOSTICO:	Describir el Pronóstico. (RESERVADO)
23	NOMBRE Y FIRMA DEL ESTOMATOLOGO:	Anotar el Nombre completo y firma autógrafa del Estomatólogo que realiza la actividad.
24	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA:	Nombre completo y firma autógrafa de quien autoriza y da consentimiento para realizar el tratamiento, en su caso, su huella digital.
25 Y 26	NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO:	Anotar el nombre completo y obtener la firma autógrafa de dos testigos, personas independientes del servicio médico.

Guía de Operación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicio de Atención Integral a Personas con VIH (SAI)



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Estudio Socioeconómico

(1) UNIDAD MÉDICA:		(2) EXPEDIENTE:	
(3) SERVICIO:		(4) FECHA DEL ESTUDIO:	(5) No. CAMA:
(6) FECHA DE INGRESO:	(7) VIGENCIA:		(8) NIVEL DE PAGO:
(9) DIAGNÓSTICO MÉDICO:		(10) CASO LEGAL: SI ☐ NO ☐	

DATOS DEL PACIENTE			
(11) NOMBRE:		(12) EDAD:	(13) OCUPACIÓN:
(14) DOMICILIO:		(15) TELÉFONO:	
(16) LUGAR DE NACIMIENTO:	(17) FECHA DE NACIMIENTO:	(18) ESCOLARIDAD:	
(19) ESTADO CIVIL:	(20) CUENTA CON SEGURIDAD SOCIAL: ESPECIFIQUE: NO ☐ SI ☐		
(21) RESPONSABLE DEL PACIENTE:		(22) PARENTESCO:	
(23) IDENTIFICACIÓN QUE PRESENTA:		(24) No. DE FOLIO IDENTIFICACIÓN:	
(25) QDOMICILIO DEL RESPONSABLE:		(26) TEÉFONO:	

(27) I. ESTRUCTURA FAMILIAR

No. DE PERSONAS	CALIFICACIÓN	OBSERVACIONES	CALIFICACIÓN ASPECTO "1"
DE 1 A 2 INTEGRANTES	10		
DE 3 A 4 INTEGRANTES	8		
DE 5 A 6 INTEGRANTES	7		
DE 7 A 8 INTEGRANTES	6		
DE 9 O MAS INTEGRANTES	5		
DE 1 A 2 INTEGRANTES MAYORES 60 AÑOS	2		
INDIGENTE O ABANDONADO	1		

(28) MOTIVO DEL ESTUDIO

(29) ASPECTOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE

(30) DINÁMICA FAMILIAR

(31)

II. INGRESO FAMILIAR MENSUAL

MARQUE SOLO UNA OPCIÓN

INGRESOS	CALIFICACIÓN	SALARIO MÍNIMO DE LA REGIÓN (28)	\$
SIN INGRESO O MENOS DE 1 SALARIO MÍNIMO	1		
DE MAS DE 1 SALARIO MÍNIMO Y MENOS DE 2	4		
DE 2 SALARIOS MÍNIMOS	5	(ENTRE)	INGRESO TOTAL
DE 3 SALARIOS MÍNIMOS	6		(DÍAS DEL MES)
DE 4 SALARIOS MÍNIMOS	8		INGRESO DIARIO
DE 5 O MÁS SALARIOS MÍNIMOS	10	CALIFICACIÓN ASPECTO "2"	(entre) SAL. MIN.
			(igual) No. DE SAL.

Guía de Operación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicio de Atención Integral a Personas con VIH (SAI)

III. TIPO DE VIVIENDA
(32)

MARQUE SOLO UNA OPCIÓN

	CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN ASPECTO "3"
SIN VIVIENDA, CHOZA	1	
RENTADA	2	
PRESTADA	3	
INTERES SOCIAL	4	
PROPIA DE TEJA Y ADOBE	5	
PROPIA DE CONCRETO TECHO DE LAM.	6	
PROPIA SIN ACABADOS	8	
PROPIA CON ACABADOS	10	

(33) SUMA DE CALIFICACIONES	
ASPECTO	CALIFICACIÓN
1	
2	
3	
TOTAL	

* De acuerdo a la sumatoria de calificaciones se asigna el nivel (CLASIFICACIÓN) de acuerdo a la escala. Asimismo se obtendrá copia de la identificación del Paciente o responsable.

(34) **DIAGNÓSTICO SOCIAL:**

(35) **PLAN SOCIAL:**

(36) **TRATAMIENTO:**

(37) RESPONSIVA

PROTESTO CONDUCIRME CON VERDAD, APERCIBIDO DE LAS PENAS EN QUE INCURREN LOS FALSOS DECLARANTES; ASI MISMO AUTORIZO AL PERSONAL DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO (ISEM), REALICE LAS INVESTIGACIONES NECESARIAS PARA CONFIRMAR LOS DATOS PLASMADOS EN EL PRESENTE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO EL CUAL ME FUE PRACTICADO EN EL HOSPITAL (38) _____ DEPENDIENTE DEL ISEM.

**(39) ACEPTO
NOMBRE Y FIRMA**

(40) FECHA: ____/____/____

Este recuadro es para uso exclusivo del Paciente o responsable.

Nota: el área de trabajo social deberá apegarse al procedimiento establecido para el llenado del presente estudio; el cual queda sujeto a **revisión, por las instancias competentes del Instituto**. Si la capacidad de pago del Paciente es mayor de acuerdo al criterio del trabajador social y así lo plasma en rubro de observaciones, se podrá asignar el nivel de cuota inmediato superior.

	PUNTAJE	NIVEL
ESCALA	3 a 5	EXENTOS
	6 a 7	1
	8 a 10	2
	11 a 13	3
	14 a 24	4
	25 a 27	5
	28 a 30	6

(41) No. DE PASE DE SALIDA _____

(42) OBSERVACIONES

Nota: si el paciente no cumplió con sus donadores de sangre no podrá ser reclasificado.

(43) ELABORÓ	(44) JEFATURA DE TRABAJO SOCIAL	(45) AUTORIZÓ
_____ NOMBRE Y FIRMA	_____ NOMBRE Y FIRMA	_____ NOMBRE Y FIRMA

217B20000-029-11

Instructivo para llenar el formato: Estudio Socioeconómico.		
Objetivo: Se utiliza en el Área de Trabajo Social para determinar el nivel de cobro de las cuotas a los pacientes de los diferentes Hospitales del Instituto que se consideren de escasos recursos económicos.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y dos copias. El original se turna a trabajo social, primer copia al expediente y segunda copia a la dirección de finanzas cuando se trata de una exención por escasos recursos económicos.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre del Hospital en el cual se realiza el estudio.
2	EXPEDIENTE:	Escribir el número de identificación del área de archivo clínico.
3	SERVICIO:	Anotar el área de servicio en el cual se encuentre el paciente.
4	FECHA DE ESTUDIO:	Escribir el día, mes y año en que se realiza el estudio.
5	No. CAMA:	Indicar el número de cama asignado al paciente.
6	FECHA DE INGRESO:	Anotar el día, mes y año que ingresa el paciente al Hospital.
7	VIGENCIA:	Indicar la fecha de término de la vigencia del estudio.
8	NIVEL DE PAGO:	Registrar el nivel que le corresponde de acuerdo a la escala de calificación autorizada.
9	DIAGNÓSTICO MÉDICO:	Anotar el problema de salud que motivó el ingreso del paciente.
10	CASO LEGAL:	Marcar con una "X" cuando se trate de un caso médico legal.
11	NOMBRE:	Anotar nombre (s), apellido paterno y materno del paciente.
12	EDAD:	Registrar la edad del paciente en años cumplidos.
13	OCUPACIÓN:	Anotar la actividad que desempeña el paciente.
14	DOMICILIO:	Registrar la calle, número exterior e interior, en su caso, así como la colonia o población donde radica el paciente.
15	TELÉFONO:	Anotar el número telefónico del paciente incluyendo la clave lada (solo en caso de contar con teléfono).
16	LUGAR DE NACIMIENTO:	Escribir el municipio y/o entidad federativa que corresponda.
17	FECHA DE NACIMIENTO:	Indicar el día, mes y año en que nació el paciente.
18	ESCOLARIDAD:	Anotar el grado de estudios del paciente.
19	ESTADO CIVIL:	Escribir cuál es la situación civil del paciente.
20	CUENTA CON SEGURIDAD SOCIAL:	Marcar con una "X" según corresponda y especificar el nombre de la institución de la cual recibe atención médica.
21	RESPONSABLE DEL PACIENTE	Anotar el nombre de la persona responsable del paciente.
22	PARENTESCO	Indicar el parentesco que la persona responsable tenga con el paciente.
23	IDENTIFICACIÓN QUE PRESENTA	Anotar el nombre de la institución que expide la identificación presentada por el interesado.
24	No. DE FOLIO IDENTIFICACIÓN	Escribir el número de folio de la identificación presentada por el paciente o responsable.
25	DOMICILIO DEL RESPONSABLE	Anotar la calle, número exterior e interior del lugar de residencia de la persona o familiar que acompaña al paciente.
26	TELEFONO	Escribir el número telefónico de la persona responsable del paciente.
27	ESTRUCTURA FAMILIAR	Marcar con una "X" la calificación que corresponda de acuerdo al número de integrantes de la familia.
28	MOTIVO DEL ESTUDIO E	Especificar la situación en que se encuentra el paciente para la valoración del nivel de cobro.

29	ASPECTOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE	Describir el aspecto bio-psico-social y emocional del paciente.
30	DINÁMICA FAMILIAR	Especificar el tipo de familia según su estructura (nuclear, incompleta, extensa, compuesta, mixta funcional o disfuncional).
31	INGRESO FAMILIAR MENSUAL	Marcar con una "X" la calificación que corresponda de acuerdo al ingreso de la familia.
32	TIPO DE VIVIENDA	Marcar con una "X" el tipo de vivienda de acuerdo al rubro desglosado en el cuadro.
33	SUMA DE CALIFICACIONES	Anotar en el recuadro de la derecha la suma de calificaciones.
34	DIAGNÓSTICO SOCIAL	Indicar el resultado de la situación económica, social y biológica que predomina en ese momento según la investigación realizada a través de la entrevista.
35	PLAN SOCIAL	Anotar propuesta de acciones a seguir en el tratamiento social.
36	TRATAMIENTO	Especificar las acciones realizadas en el manejo de la problemática.
37	RESPONSIVA	Anotar el nombre del Hospital donde se elabora el estudio, así como la firma del paciente o responsable al que se le practicó el estudio y donde acepta haber dicho la verdad y la fecha en que se elaboró el estudio.
38	HOSPITAL:	Indicar el nombre de la unidad médica que realiza el estudio
39	ACEPTO NOMBRE Y FIRMA	Anotar el nombre completo y firma del paciente al que se le efectúa el estudio.
40	FECHA	Indicar el día, mes y año en que se requisita el formato.
41	No. PASE DE SALIDA	Anotar el número de pase de salida, asignado por el área de Trabajo Social.
42	OBSERVACIONES	Escribir algún aspecto relevante que se observó durante la realización del estudio y que contribuya en la toma de decisiones.
43	ELABORÓ	Anotar los nombres y firmas de los responsables de la elaboración y autorización de la información contenida en el formato.
44	JEFATURA DE TRABAJO SOCIAL	Escribir el nombre completo y la firma del o la responsable del área de Trabajo
45	AUTORIZÓ	Anotar el nombre completo y firma del administrador o director de la unidad médica.

INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA APLICACIÓN DE INDICADORES DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Objetivo:

Contar con un instrumento que permita la aplicación de criterios para la asignación de niveles en las cuotas de recuperación, de acuerdo con los resultados obtenidos a través del "Estudio Socioeconómico".

Responsable del llenado: Área de Trabajo Social de los Hospitales del Instituto.

Documentación solicitada al Paciente: copia de la credencial de elector, cartilla militar, IMSS, ISSSTE, o, en su caso, comprobante de ingresos si los hubiera.

1.- ESTRUCTURA FAMILIAR	Anotar el número de puntos correspondientes del cuadro de la parte derecha, de acuerdo a la cantidad de integrantes que conforma el núcleo familiar, o que sean dependientes de la misma.
2.- INGRESOS FAMILIARES (promedio mensual)	Registrar el número de puntos de acuerdo al monto total de ingresos mensuales que percibe cada uno de los miembros que integra la familia en estudio de igual forma los que no cuentan con ingreso alguno.
3.- VIVIENDA	Marcar el número de puntos en el cuadro de la derecha con base al tipo de propiedad de vivienda en la que habita el grupo familiar, así como también los que carecen de ésta.
4.-SUMA DE CALIFICACIONES	Realizar el concentrado de la suma total de los puntos en el cuadro de la parte derecha, de acuerdo a cada una de las variables evaluadas como son: Estructura familiar, Ingresos familiares y Tipo de vivienda.
5.-ESCALA DE CALIFICACIONES	Con base a la suma total de la puntuación obtenida se le asignará el nivel de cuota que corresponda al Paciente en estudio, misma que se indicará en la parte inferior del cuadro.

Nota: El pago de servicios médicos en otras instituciones de salud plenamente justificados y relacionados con el tratamiento del paciente, previa comprobación, permitirá disminuir hasta 2 puntos la suma total de la calificación que se aplique para determinar la cuota de recuperación.

Indicadores para la Calificación de las Cuotas de Recuperación de Acuerdo a los Resultados del Estudio Socioeconómico

Ingreso Familiar Mensual	
Ingresos Mensuales	Calificación
Sin Ingresos o Menos de 1 Salario Mínimo	1
De más de 1 y menos de 2 Salarios Mínimos	4
De 2 Salarios Mínimos	5
De 3 Salarios Mínimos	6
De 4 Salarios Mínimos	8
De 5 Salarios Mínimos	10

Tipo de Vivienda	
Ingresos Mensuales	Calificación
Sin Vivienda, Chozas	1
Rentada	2
Prestada	3
Interés Social	4
Propia de teja y adobe	5
Propia de concreto con techo de lámina	6
Propia de concreto sin acabados	8
Propia de concreto con acabados	10

Escala de Calificaciones							
Puntaje	3 a 5	6 a 7	8 a 10	11 a 13	14 a 24	25 a 27	28 a 30
Nivel asignado	Exento	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6

116

Guía de Operación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicio de Atención Integral a Personas con VIH (SAI)

VI ANTECEDENTES CLÍNICOS																																																																																																																																																																													
FECHA DE DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE VIH: DÍA MES AÑO				TUVO CONTACTO CON ALGUNA PERSONA CON TB ACTIVA ☐ SI ☐ NO ☐ ?																																																																																																																																																																									
FECHA DE INICIO DE CUADRO CLÍNICO DE SIDA: DÍA MES AÑO				CURP DE LA PERSONA CON TB																																																																																																																																																																									
ESTADO DE RESIDENCIA AL INICIO DÍA MES AÑO				TIENE SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE TB ACTIVA ☐ SI ☐ NO ☐ ?																																																																																																																																																																									
FECHA DEL DIAGNÓSTICO DE SIDA: DÍA MES AÑO				SE LE HA REALIZADO DETECCIÓN ANUAL DE TB LATENTE ☐ SI ☐ NO ☐ ?																																																																																																																																																																									
INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL DIAGNÓSTICO DE SIDA				SE LE OFRECIÓ DETECCIÓN DE TB ☐ SI ☐ NO ☐ ?																																																																																																																																																																									
NOMBRE (Hospital, Clínica, Otros)				TIPO DE ESTUDIO REALIZADO ☐ PPD ☐ RX DE TÓRAX																																																																																																																																																																									
INSTITUCIÓN (ESPECIFICAR)				FECHA DE REALIZACIÓN DE LA DETECCIÓN DÍA MES AÑO																																																																																																																																																																									
MUNICIPIO ESTADO				RESULTADO DE LA DETECCIÓN ☐ POSITIVO ☐ NEGATIVO																																																																																																																																																																									
INFECCIONES CANDIDIASIS: Esofágica ☐ SI ☐ NO ☐ FECHA DE DIAGNÓSTICO DÍA MES AÑO Tráqueal, bronquial y/o pulmonar ☐ SI ☐ NO ☐ Orolingual ☐ SI ☐ NO ☐ Vulvovaginal > 1 mes o refractaria ☐ SI ☐ NO ☐ CITOMEGALOVIRUS ☐ SI ☐ NO ☐ CRYPTOSPORIDIASIS ☐ SI ☐ NO ☐ CRIPTOCOCOSIS EXTRAPULMONAR ☐ SI ☐ NO ☐ HEPATITIS: B ☐ SI ☐ NO ☐ C ☐ SI ☐ NO ☐ HERPES: SIMPLE de más de 1 mes, bronquial o esofágico ☐ SI ☐ NO ☐ ZOSTER: recurrente o en dos dermatomas ☐ SI ☐ NO ☐ HISTOPLASMOISIS DISEMINADA O EXTRAPULMONAR ☐ SI ☐ NO ☐ INFECCIONES BACTERIANAS ☐ SI ☐ NO ☐ MICOBACTERIOSIS ATÍPICA: avium ☐ SI ☐ NO ☐ (Diseminada o extrapulmonar) kansasii ☐ SI ☐ NO ☐ otras ☐ SI ☐ NO ☐ NEUMONÍA POR P. JIROVECI (P. carinii) ☐ SI ☐ NO ☐ SEPTICEMIA ☐ SI ☐ NO ☐ BACTEREMIA RECURRENTE POR SALMONELLA ☐ SI ☐ NO ☐ TOXOPLASMOISIS ☐ SI ☐ NO ☐ ISOSPORIDIASIS DE MÁS DE 1 MES ☐ SI ☐ NO ☐ COCCIDIOIDOMICOSIS DISEMINADA ☐ SI ☐ NO ☐ ESTRONGIOLOSIDIS EXTRAINTESTINAL ☐ SI ☐ NO ☐				RECIBIÓ QUIMIOPROFILAXIS CON ISONIAZIDA ☐ SI ☐ NO ☐ ?																																																																																																																																																																									
				POR CUÁNTO TIEMPO SERÁ ADMINISTRADA Meses																																																																																																																																																																									
				FECHA DE INICIO DE QUIMIOPROFILAXIS DÍA MES AÑO																																																																																																																																																																									
				ES UN CASO DE TUBERCULOSIS ☐ SI ☐ NO ☐ ?																																																																																																																																																																									
				LOCALIZACIÓN DE LA TB ☐ PULMONAR ☐ EXTRAPULMONAR																																																																																																																																																																									
				FECHA DE DIAGNÓSTICO CONFIRMATORIO DÍA MES AÑO																																																																																																																																																																									
				RECIBIÓ TRATAMIENTO PARA LA TB ☐ SI ☐ NO ☐ ?																																																																																																																																																																									
				CUÁNTOS EMBARAZOS HA TENIDO																																																																																																																																																																									
				ALGUNO DE SUS HIJOS ESTÁ INFECTADO CON VIH ☐ SI ☐ NO ☐ ?																																																																																																																																																																									
				ESTÁ ACTUALMENTE EMBARAZADA ☐ SI ☐ NO ☐ ?																																																																																																																																																																									
SI NO ESTÁ EMBARAZADA SE LE OFRECIÓ ALGUN MÉTODO ANTICONCEPTIVO ☐ SI ☐ NO ☐ ?																																																																																																																																																																													
CUÁL MÉTODO																																																																																																																																																																													
SI ESTÁ EMBARAZADA, NÚMERO DE GESTA:																																																																																																																																																																													
SEMANA DE GESTACIÓN AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE VIH Y EMBARAZO:																																																																																																																																																																													
RECIBIÓ TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL ANTES DEL EMBARAZO ☐ SI ☐ NO ☐ ?																																																																																																																																																																													
SEMANA DE GESTACIÓN AL INICIO DE LOS ANTIRRETROVIRALES																																																																																																																																																																													
COMPONENTES DEL ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL																																																																																																																																																																													
EXISTIÓ RECHAZO AL TRATAMIENTO POR PARTE DE LA EMBARAZADA ☐ SI ☐ NO ☐ ?																																																																																																																																																																													
TIENE CONTROL PRENATAL ☐ SI ☐ NO ☐ ?																																																																																																																																																																													
NEUROLÓGICOS COMPLEJO DEMENCIAL ☐ SI ☐ NO ☐ FECHA DE DIAGNÓSTICO DÍA MES AÑO DISFUNCIÓN MOTORA CENTRAL ☐ SI ☐ NO ☐ LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL ☐ SI ☐ NO ☐ MENINGITIS ☐ SI ☐ NO ☐ NEUROPATÍA PERIFÉRICA ☐ SI ☐ NO ☐ RETINOPATÍA ☐ SI ☐ NO ☐ TOXOPLASMOISIS, HERPES O CITOMEGALOVIRUS CEREBRAL ☐ SI ☐ NO ☐				EMBARAZO RECIBE ANTIRRETROVIRALES ☐ SI ☐ NO ☐ ? FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO DÍA MES AÑO UNIDAD TRATANTE Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros) CLAVE DE LA UNIDAD INSTITUCIÓN ESTADO JURISDICCIÓN MUNICIPIO LOCALIDAD																																																																																																																																																																									
				TRATAMIENTO AL MOMENTO DE LA NOTIFICACIÓN, EL PACIENTE SE ENCUENTRA: VIVO ☐ MUERTO ☐ SE IGNORA ☐ FECHA DE LA DEFUNCIÓN: DÍA MES AÑO No. DE FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN																																																																																																																																																																									
				NEOPLASIAS SARCOMA DE KAPOSI ☐ SI ☐ NO ☐ FECHA DE DIAGNÓSTICO DÍA MES AÑO LINFOMA CEREBRAL PRIMARIO ☐ SI ☐ NO ☐ ENFERMEDAD DE HODGKIN ☐ SI ☐ NO ☐ LINFOMA NO HODGKIN ☐ SI ☐ NO ☐ DISPLASIA O CÁNCER CERVICOUTERINO ☐ SI ☐ NO ☐ ADENOCARCINOMA ☐ SI ☐ NO ☐																																																																																																																																																																									
				OTRAS ANGIOMATOSIS BACILAR ☐ SI ☐ NO ☐ FECHA DE DIAGNÓSTICO DÍA MES AÑO LEUCOPLAQUIA PLESA ☐ SI ☐ NO ☐ CONDILOMAS GENITALES ☐ SI ☐ NO ☐ LINFADENOPATÍA GENERALIZADA ☐ SI ☐ NO ☐ HIPERPLASIA PULMONAR LINFÓIDE ☐ SI ☐ NO ☐ NEUMONITIS INTERSTICIAL LINFÓIDE ☐ SI ☐ NO ☐ NEUMONÍA Y/O INFECCIONES RESPIRATORIAS RECURRENTES ☐ SI ☐ NO ☐ ANEMIA, TROMBOCITOPENIA O NEUTROPENIA > 1 MES ☐ SI ☐ NO ☐ SÍNDROME DE DESGASTE ☐ SI ☐ NO ☐ PERDIDA DE PESO > AL 10%, O FALTA PARA CRECER ☐ SI ☐ NO ☐ DIARREA DE MÁS DE 1 MES ☐ SI ☐ NO ☐ FIEBRE DE MÁS DE 1 MES ☐ SI ☐ NO ☐ SÍNDROME RETROVIRAL AGUDO ☐ SI ☐ NO ☐ Otras: (especifique) 1. 2. 3.																																																																																																																																																																									
IX OBSERVACIONES 																																																																																																																																																																													
X CONTACTOS <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">NOMBRE (apellido paterno, materno, nombre)</th> <th colspan="2">SEXO</th> <th rowspan="2">EDAD</th> <th rowspan="2">Relación con el Paciente</th> <th rowspan="2">CURP</th> <th colspan="4">LABORATORIO</th> <th colspan="2">EDO. ACTUAL</th> <th colspan="2">NOTIFICADO</th> </tr> <tr> <th>M</th> <th>F</th> <th>Posit.</th> <th>Neg.</th> <th>Ind.</th> <th>Se Ign.</th> <th>VIVO</th> <th>MUERTO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>										NOMBRE (apellido paterno, materno, nombre)	SEXO		EDAD	Relación con el Paciente	CURP	LABORATORIO				EDO. ACTUAL		NOTIFICADO		M	F	Posit.	Neg.	Ind.	Se Ign.	VIVO	MUERTO	SI	NO																																																																																																																																												
NOMBRE (apellido paterno, materno, nombre)	SEXO		EDAD	Relación con el Paciente	CURP	LABORATORIO					EDO. ACTUAL					NOTIFICADO																																																																																																																																																													
	M	F				Posit.	Neg.	Ind.	Se Ign.	VIVO	MUERTO	SI	NO																																																																																																																																																																
FIRMA DEL MÉDICO NOTIFICANTE																																																																																																																																																																													

SUIVE-2-2003

[illegible]

Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud



Registro de seguimiento de las acciones

SALUD

Instrucciones

1. Escribe el nombre del paciente y su número de expediente.
2. Marca con una paloma ☒ las acciones que realizó.
3. Escribe la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año).

Consulta de primera vez durante el embarazo

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE. SI TIENES DUDA DE CÓMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD".

Nombre del Paciente

No. de Expediente

No.	Acciones	Acción	Fecha (día, mes año)	Acción	Fecha (día, mes año)	Acción	Fecha (día, mes año)	Acción	Fecha (día, mes año)
1	Confirma embarazo								
2	Elabora Historia Clínica Perinatal y Carnet Perinatal								
3	Indica riesgos y refiere a la embarazada, en su caso								
4	Valora y controla peso y tensión arterial								
5	Promueve salud bucodental								
6	Indica estudios de laboratorio (Sífilis, BH, QS, EGO completo, tipo sanguíneo y Rh)								
7	Aplica vacuna Td, Influenza estacional e investiga aplicación de vacuna SR								
8	Administra complementos nutricionales								
9	Previene y detecta ITS y VIH/SIDA, brinda tratamiento de ITS y refiere casos de VIH/SIDA								
10	Orienta y promueve la participación paterna								
11	Previene, detecta y refiere casos de violencia familiar y de pareja								

(día/mes/año)	Observaciones

Nombre y firma del responsable



Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud



Registro de seguimiento de las acciones.

SALUD

Instrucciones

1. Escribe el nombre del paciente y su número de expediente.
2. Marca con una paloma ✓ las acciones que realizó.
3. Escribe la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año).

Consulta Subsecuente durante el embarazo

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE. SI TIENES DUDA DE CÓMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD".

Nombre del Paciente

No. de Expediente

Segunda consulta

No.	Acciones	Acción (día, mes año)	Fecha (día, mes año)	Acción (día, mes año)	Fecha (día, mes año)	Acción (día, mes año)	Fecha (día, mes año)	Acción (día, mes año)	Fecha (día, mes año)
1	Realiza exploración física completa								
2	Identifica signos y síntomas de alarma								
3	Solicita examen general de orina								
4	Proporciona complementos nutricionales								
5	Administra primera dosis de toxoide tetánico y diftérico								
6	Proporciona orientación a la embarazada y a su pareja								
7	Registra todas las actividades en la Historia Clínica Perinatal y en el Carnet Perinatal								

Tercera consulta

No.	Acciones	Acción (día, mes año)	Fecha (día, mes año)	Acción (día, mes año)	Fecha (día, mes año)	Acción (día, mes año)	Fecha (día, mes año)	Acción (día, mes año)	Fecha (día, mes año)
1	Realiza exploración física completa								
2	Valora presentación fetal								
3	Identifica signos y síntomas de alarma								
4	Solicita exámenes de laboratorio (BH, Glucemia y VDRL)								
5	Proporciona complementos nutricionales								
6	Orienta a la embarazada y a su pareja								
7	Registra todas las actividades en la Historia Clínica Perinatal y en el Carnet Perinatal								



Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud



Registro de seguimiento de las acciones

SALUD

Instrucciones

1. Escribe el nombre del paciente y su número de expediente.
2. Marca con una paloma ☒ las acciones que realizó.
3. Escribe la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año).

Puerperio

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE. SI TIENES DUDA DE CÓMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD".

Nombre del Paciente

No. de Expediente

No.	Acciones	Acción (día, mes año)	Fecha (día, mes año)	Acción (día, mes año)	Fecha (día, mes año)	Acción (día, mes año)	Fecha (día, mes año)	Acción (día, mes año)	Fecha (día, mes año)
1	Elabora o actualiza Historia Clínica Perinatal								
2	Promueve alojamiento conjunto y lactancia materna								
3	Examina heridas quirúrgicas								
4	Vigila sangrado obstétrico								
5	Detecta HTA y edema								
6	Verifica presencia de fiebre								
7	Maneja y refiere oportunamente complicaciones								
8	Oferta métodos de planificación familiar								
9	Proporciona capacitación a la madre sobre cuidados del recién nacido								
10	Promueve la participación paterna en el cuidado del recién nacido, planificación familiar y estimulación temprana								
11	Promueve la detección de violencia familiar o de pareja, detecta y refiere casos								

(día/mes/año)	Observaciones

Nombre y firma del responsable



Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud



Registro de seguimiento de las acciones

SALUD

Instrucciones

Recién nacido menor de 1 mes

1. Escribe el nombre del paciente y su número de expediente.
2. Marca con una paloma ✓ las acciones que realizó.
3. Escribe la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año).

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE. SI TIENES DUDA DE CÓMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD".

Nombre del Paciente

No. de Expediente

No.	Acciones	Acción	Fecha (día, mes año)	Acción	Fecha (día, mes año)	Acción	Fecha (día, mes año)	Acción	Fecha (día, mes año)
1	Identifica signos de alarma								
2	Verifica condiciones del parto								
3	Efectúa exploración física completa								
4	Detecta defectos al nacimiento y refiere en su caso								
5	Revisa cordón umbilical								
6	Realiza tamíz neonatal								
7	Verifica aplicación de vitaminas K y A; comprueba profilaxis oftálmica								
8	Aplica vacuna BCG y primera de Hepatitis B								
9	Capacita a los padres sobre alimentación al seno materno y estimulación temprana								
10	Entrega y/o actualiza la Cartilla Nacional de Salud Niñas y niños de 0 a 9 años								

(día/mes/año)	Observaciones

Nombre y firma del responsable



Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud



Registro de seguimiento de las acciones

SALUD

Instrucciones

1. Escribe el nombre del paciente y su número de expediente.
2. Marca con una paloma ☒ las acciones que realizó.
3. Escribe la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año).

Menores de 5 años

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE. SI TIENES DUDA DE CÓMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD".

Nombre del Paciente

No. de Expediente

No.	Acciones	Acción	Fecha (día, mes año)	Acción	Fecha (día, mes año)	Acción	Fecha (día, mes año)	Acción	Fecha (día, mes año)
1	Identifica factores de mal pronóstico del entorno familiar								
2	Realiza exploración física completa								
3	Toma peso y estatura; anótalos en la Cartilla Nacional de Salud Niñas y niños de 0 a 9 años								
4	Evalúa el desarrollo psicomotor								
5	Identifica problemas posturales								
6	Promueve la salud bucodental								
7	Actualiza esquema de vacunación								
8	Administra complementos nutricionales								
9	Realiza desparasitación intestinal								
10	Administra quimioprofilaxis para tuberculosis pulmonar, si es el caso								
11	Capacita a los padres sobre cuidados de la niña o niño, alimentación y estimulación temprana								
12	Promueve actividad física y prevención de accidentes								
13	Promueve prevención de violencia familiar y detecta casos								

(día/mes/año)	Observaciones

Nombre y firma del responsable



Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud



Registro de seguimiento de las acciones

SALUD

Instrucciones

1. Escribe el nombre del paciente y su número de expediente.
2. Marca con una paloma ☒ las acciones que realizó.
3. Escribe la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año).

Niñas y niños de 5 a 9 años

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE. SI TIENES DUDA DE CÓMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD".

Nombre del Paciente

No. de Expediente

No.	Acciones	Acción (día, mes año)	Fecha (día, mes año)	Acción (día, mes año)	Fecha (día, mes año)	Acción (día, mes año)	Fecha (día, mes año)	Acción (día, mes año)	Fecha (día, mes año)
1	Realiza exploración física completa								
2	Toma peso y estatura y los anota en la Cartilla Nacional de Salud Niñas y niños de 0 a 9 años								
3	Evalúa agudeza visual y auditiva								
4	Detecta trastornos que limiten el desarrollo y el aprendizaje								
5	Identifica problemas posturales								
6	Promueve salud bucal								
7	Actualiza esquema de vacunación								
8	Administra quimioprofilaxis para tuberculosis pulmonar, si es el caso								
9	Brinda orientación nutricional								
10	Promueve actividad física y prevención de accidentes								
11	Promueve higiene personal y familiar								
12	Promueve prevención de violencia familiar y detecta casos								

(día/mes/año)	Observaciones

Nombre y firma del responsable



Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud



Registro de seguimiento de las acciones

SALUD

Instrucciones

1. Escribe el nombre del paciente y su número de expediente.
2. Marca con una paloma ☒ las acciones que realizó.
3. Escribe la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año).

Adolescentes de 10 a 19 años

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE. SI TIENES DUDA DE CÓMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD".

Nombre del Paciente

No. de Expediente

No.	Acciones	Acción	Fecha	Acción	Fecha	Acción	Fecha	Acción	Fecha
		(día, mes año)	(día, mes año)	(día, mes año)	(día, mes año)	(día, mes año)	(día, mes año)	(día, mes año)	(día, mes año)
1	Entrega y/o actualiza la Cartilla Nacional de Salud Adolescentes de 10 a 19 años, revisa esquema de vacunación y si corresponde, aplica biológico								
2	Realiza exploración física completa								
3	Realiza detección gruesa de defectos visuales								
4	Orienta sobre salud sexual y reproductiva								
5	Informa sobre métodos anticonceptivos y promueve el uso de condones								
6	Maneja a la adolescente embarazada como paciente de alto riesgo								
7	Detecta ITS y VIH/SIDA, brinda tratamiento de ITS y refiere los casos de VIH/SIDA								
8	Verifica riesgo de TB y en presencia de tos y flemas, toma muestra para baciloscopia								
9	Administra quimioprofilaxis para tuberculosis pulmonar								
10	Evalúa estado nutricional y proporciona información								
11	Identifica casos de adicciones y envía a grupos de autoayuda								
12	Promueve actividad física, salud bucal y prevención de accidentes								
13	Detecta violencia familiar o de pareja, orienta y refiere casos								
14	Realiza detección de cáncer								

(día/mes/año)	Observaciones

Nombre y firma del responsable



Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud



Registro de seguimiento de las acciones

SALUD

Instrucciones

1. Escribe el nombre del paciente y su número de expediente.
2. Marca con una paloma ☒ las acciones que realizó.
3. Escribe la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año).

Hombres de 20 a 59 años

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE. SI TIENES DUDA DE CÓMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD".

Nombre del Paciente

No. de Expediente

No.	Acciones	Acción	Fecha	Acción	Fecha	Acción	Fecha	Acción	Fecha
		(día, mes año)	(día, mes año)	(día, mes año)	(día, mes año)	(día, mes año)	(día, mes año)	(día, mes año)	(día, mes año)
1	Entrega y/o actualiza la Cartilla Nacional de Salud Hombres de 20 a 59 años								
2	Orienta sobre salud sexual y reproductiva								
3	Informa sobre métodos anticonceptivos, vasectomía y oferta condones								
4	Detecta ITS y VIH/SIDA, brinda tratamiento de ITS y refiere casos de VIH/SIDA								
5	Aplica cuestionario para detección de diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad. Si corresponde, mide colesterol								
6	Aplica cuestionario para detectar enfermedad prostática								
7	Verifica riesgo de TB y presencia de tos y flemas, toma muestra para baciloscopia								
8	Administra quimioprofilaxis para tuberculosis pulmonar								
9	Informa sobre riesgos de consumo de alcohol y tabaco								
10	Promueve actividad física y prevención de accidentes								
11	Aplica vacunas SR, Td, e Influenza estacional, si corresponde								
12	Informa sobre salud bucal								

(día/mes/año)	Observaciones

Nombre y firma del responsable



Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud



Registro de seguimiento de las acciones

SALUD

Instrucciones

1. Escribe el nombre del paciente y su número de expediente.
2. Marca con una paloma ✓ las acciones que realizó.
3. Escribe la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año).

Mujeres de 20 a 59 años

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE. SI TIENES DUDA DE CÓMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD".

Nombre del Paciente

No. de Expediente

No.	Acciones	Acción	Fecha (día, mes año)	Acción	Fecha (día, mes año)	Acción	Fecha (día, mes año)	Acción	Fecha (día, mes año)
1	Entrega y/o actualiza la Cartilla Nacional de Salud Mujer de 20 a 59 años								
2	Informa sobre cáncer cérvico-uterino y si corresponde, toma Papanicolaou								
3	Informa sobre cáncer de mama, realiza exploración mamaria y en su caso, prescribe mastografía								
4	Aplica vacunas Td, SR, Influenza estacional y administra ácido fólico, según corresponda								
5	Orienta sobre salud sexual y reproductiva								
6	Informa sobre planificación familiar y promueve el uso de condones								
7	Detecta ITS y VIH/SIDA, brinda tratamiento de ITS y refiere casos de VIH/SIDA								
8	Evalúa y vigila estado nutricional								
9	Aplica cuestionario para detección de diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad y osteoporosis. Si corresponde, mide colesterol								
10	Verifica riesgo de TB y en presencia de tos y flemas, toma muestra para baciloscopia								
11	Administra quimioprofilaxis para tuberculosis pulmonar								
12	Identifica climaterio y menopausia a partir de los 40 años, y orienta según el caso								
13	Promueve actividad física y prevención de accidentes e informa sobre riesgos por consumo de alcohol y tabaco								
14	Informa sobre salud bucal								
15	Detecta y refiere casos de violencia familiar o de pareja								

(día/mes/año)

Observaciones

Nombre y firma del responsable



Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud



Registro de seguimiento de las acciones

SALUD

Instrucciones

1. Escribe el nombre del paciente y su número de expediente.
2. Marca con una paloma ☒ las acciones que realizó.
3. Escribe la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año).

Mujeres y hombres de 60 años y más

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE. SI TIENES DUDA DE CÓMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD".

Nombre del Paciente

No. de Expediente

No.	Acciones	Acción	Fecha (día, mes año)	Acción	Fecha (día, mes año)	Acción	Fecha (día, mes año)	Acción	Fecha (día, mes año)
1	Entrega y/o actualiza la Cartilla Nacional de Salud del Adulto Mayor (personas de 60 años y más)	☐		☐		☐		☐	
2	Identifica deficiencias visuales y auditivas; promueve salud bucal	☐		☐		☐		☐	
3	Informa sobre cáncer cérvico-uterino y si corresponde, toma Papanicolaou	☐		☐		☐		☐	
4	Informa sobre cáncer de mama, realiza exploración mamaria y, en su caso, prescribe mastografía	☐		☐		☐		☐	
5	Aplica cuestionario para identificar enfermedad prostática	☐		☐		☐		☐	
6	Aplica cuestionario para detección de diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad y osteoporosis. Si corresponde, mide colesterol	☐		☐		☐		☐	
7	Orienta sobre IRA's y ofrece vacunas antineumocócica, Influenza estacional y Td	☐		☐		☐		☐	
8	Verifica riesgo de TB y en presencia de tos y flemas, toma muestra para baciloscopia	☐		☐		☐		☐	
9	Informa sobre riesgo de consumo de alcohol y tabaco	☐		☐		☐		☐	
10	Identifica signos de alarma por deterioro cognitivo y depresión	☐		☐		☐		☐	
11	Promueve actividad física y prevención de accidentes, con énfasis en caídas	☐		☐		☐		☐	
12	Detecta y refiere casos de violencia familiar	☐		☐		☐		☐	

(día/mes/año)	Observaciones

Nombre y firma del responsable



IX VALIDACIÓN.

Mtro. César Nomar Gómez Monge
Secretario de Salud
(Rúbrica)

Dra. Elizabeth Dávila Chávez
Directora General del ISEM
(Rúbrica)

Lic. José Eusebio Melquiades Aire Nava
Coordinador de Administración
y Finanzas
(Rúbrica)

Mtro. José Pedro Montoya Moreno
Coordinador de Salud
(Rúbrica)

Dr. Ángel Salinas Arnaut
Director de Servicios de Salud
(Rúbrica)

Dr. Enrique Rafael Ortiz García
Subdirector de Epidemiología
(Rúbrica)

Mtra. Claudia Terán Cordero
Jefa de la Unidad de Modernización
Administrativa
(Rúbrica)

X HOJA DE ACTUALIZACIÓN.

Guía de Operación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infección de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicio de Atención Integral a Personas con VIH (SAI). Toluca de Lerdo, México. Junio de 2017. Elaboración del Manual (Primera Edición).

XI CRÉDITOS.

© GO. *Guía de Operación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y Servicio de Atención Integral a Personas con VIH (SAI).*

Secretaría de Salud.
Instituto de Salud del Estado de México.

Responsable de la información:

- ✦ Dra. Sonia Echeverri Frías.- Jefa del Departamento de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual.
- ✦ Dr. Tirso Clemades Pérez de Corcho.- Personal adscrito al Departamento de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual.

Responsables de su integración:

- ✦ Mtra. Claudia Terán Cordero.- Jefa de la Unidad de Modernización Administrativa.
 - ✦ Lic. Karen Seguel Granados.- Jefa del Departamento de Desarrollo Institucional.
 - ✦ Lic. Roberto Gutiérrez Reyes.- Analista del Departamento de Desarrollo Institucional.
- Toluca, México.
Junio de 2017.