

CONTENIDO

Manuales

De procedimientos de Servicios Médicos de la Cámara de Diputados

Anexo I

Jueves 17 de julio



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE SERVICIOS MÉDICOS

Elaboración: 30 de mayo de 2025

CONTENIDO

	Página
I. INTRODUCCIÓN.....	2
II. OBJETIVO.....	3
III. MARCO JURÍDICO – ADMINISTRATIVO.....	4
IV. PROCEDIMIENTOS QUE INTEGRAN EL MANUAL.....	6
1. Procedimiento de Atención Médica.....	7
2. Procedimiento de Atención Odontológica.....	17
3. Procedimiento de Atención Urgencias / Emergencias (Atención Prehospitalaria)	25
4. Procedimiento de Imagenología.....	35
5. Procedimiento para la Identificación y Gestión del Destino Final de Medicamentos y Productos Farmacéuticos, Materiales, Suministros Médicos y Dentales Caducos de Fin de Legislatura.....	42
6. Procedimiento de Recolección de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos	51
7. Procedimiento para la Emisión de Constancias Médicas para Diputadas y Diputados.....	59
8. Procedimiento para la Emisión de Opiniones Técnicas y Recomendaciones Materia de Salud.....	66
A. Emisión de Opiniones Técnicas.....	69
B. Recomendaciones en Materia de Salud.....	71
ANEXOS.....	73
V. AUTORIZACIONES Y REGISTRO.....	131

I. INTRODUCCIÓN

El manual de procedimientos es el documento administrativo donde quedan plasmadas las relaciones formales de comunicación, autoridad y responsabilidad, así como los criterios que determinan la división del trabajo en una unidad administrativa en particular.

Como antecedente del presente manual se encuentra el Manual de Procedimientos para el Servicio de Atención Médica de fecha 17 de diciembre de 2007, que contenía dos procedimientos, quedando éste sin efectos con la expedición del actual documento.

Dada la importancia que reviste para la Dirección General de Servicios a Diputados el organizar el servicio de atención médica proporcionada en las instalaciones de la Cámara de Diputados y en los eventos organizados por o a través de los órganos de gobierno, se hace necesario contar con una herramienta que permita conocer las relaciones de funcionamiento entre las áreas responsables e involucradas en su ejecución.

La Dirección de Servicios Médicos de la Cámara de Diputados, hace un esfuerzo disciplinado y constante para garantizar un sistema de atención y evaluación médica de calidad y calidez.

El Manual de Procedimientos de los Servicios Médicos está estructurado en cuatro apartados: I) Introducción; II) Objetivo; III) Marco Jurídico – Administrativo, que relaciona los fundamentos legales que facultan a la Dirección General de Servicios a Diputados y en específico a la Dirección de Servicios Médicos para proporcionar servicios médicos, IV) Procedimientos que integran el Manual de Procedimientos de los Servicios Médicos, este apartado se encuentra integrado por los ocho procedimientos que conforman el Proceso; cada procedimiento cuenta con políticas de operación, descripción narrativa y diagrama de flujo; V) Anexos, constituido por todos los formatos o instructivos utilizados en el Proceso y que se utilizan o generan durante las actividades del procedimiento o que sirven como complemento para la aplicación del procedimiento; y, finalmente, el apartado VI) Autorizaciones, el cual contiene las firmas que permiten la formalización del presente documento.

II. OBJETIVO GENERAL

Establecer los procedimientos para otorgar atención médica y prehospitalaria para las diputadas, los diputados, así como a las personas servidoras públicas, visitantes o proveedores de la Cámara de Diputados, lo que permitirá que los servicios médicos que se presten sean bajo estándares de calidad y seguridad a los pacientes.

III. MARCO JURÍDICO – ADMINISTRATIVO

- Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley General de Responsabilidades Administrativas.
- Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.
- Ley General de Archivos.
- Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado.
- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional.
- Ley Orgánica del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Reglamento de la Cámara de Diputados.
- Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos.
- Reglamento de Transparencia y Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales de la Cámara de Diputados.
- Reglamento de la Ley General del equilibrio ecológico y la protección al ambiente en materia de residuos peligrosos.
- Estatuto de la Organización Técnica y Administrativa y del Servicio de Carrera de la Cámara de Diputados.
- Manual General de Organización de la Cámara de Diputados.
- Norma de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de la Cámara de Diputados.

- Norma para Regular el Pago a Proveedores por Adquisición o Contratación de Bienes, Servicios, Arrendamientos y Obra Pública.
- Código de Ética de la Cámara de Diputados.
- Código Ético de la Cámara de Diputados
- Código de Conducta de la Cámara de Diputados.
- Normas Oficiales Mexicanas aplicables a este Manual.
- Acuerdos y Resoluciones en Materia Administrativa Emitidos por los Órganos de Gobierno y sus Instancias Auxiliares, Aplicables a los Procedimientos que Integran el Presente Manual.
- Guía para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Cámara de Diputados.
- Estándares del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General.

IV. PROCEDIMIENTOS QUE INTEGRAN EL MANUAL

1. Procedimiento de Atención Médica.
2. Procedimiento de Atención Odontológica.
3. Procedimiento de Atención Urgencias / Emergencias (Atención Prehospitalaria).
4. Procedimiento de Imagenología.
5. Procedimiento para la Identificación y Gestión del Destino Final de Medicamentos y Productos Farmacéuticos, Materiales, Suministros Médicos y Dentales Caducos de Fin de Legislatura.
6. Procedimiento de Recolección de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos.
7. Procedimiento para la Emisión de Constancias Médicas para Diputadas y Diputados.
8. Procedimiento para la Emisión de Opiniones Técnicas y Recomendaciones en Materia de Salud.
 - A. Emisión de Opiniones Técnicas.
 - B. Recomendaciones en Materia de Salud.

1. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

OBJETIVO

Proporcionar atención médica primaria y prehospitalaria a las diputadas, los diputados, así como a las personas servidoras públicas y visitantes o proveedoras, durante su permanencia en la Cámara de Diputados, bajo estándares de calidad en salud y seguridad del paciente, de acuerdo con la normativa vigente.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. No se deberá excluir, negar o distinguir el acceso o prestación del servicio médico a cualquier persona por su origen nacional, lengua, sexo, género, edad, discapacidad, condición social, identidad indígena, identidad de género, apariencia física, condiciones de salud, religión, formas de pensar, orientación o preferencia sexual, por tener tatuajes o cualquier otra razón que tenga como propósito impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos. Sin distinción de categorías.
2. La Dirección de Servicios Médicos prestará sus servicios de manera gratuita.
3. Se dará la atención de primer contacto en servicios de medicina general, especialidades médicas, de todas aquellas derivadas de las Ciencias de la Salud y atención prehospitalaria de urgencias o emergencias médicas.
4. El personal de la Dirección de Servicios Médicos deberá dar a conocer a la o el paciente el aviso de privacidad.
5. La o el paciente deberá realizar su registro en la Libreta de Registro de Atenciones y Aviso de Privacidad, que contiene número consecutivo, fecha, hora, nombre, tipo de paciente, extensión, tipo de atención, firma y resumen del este.
6. El personal de la Dirección de Servicios Médicos registrará los datos personales de la o el paciente en el expediente clínico electrónico del Sistema Integral Médico (SIM).
7. El expediente clínico electrónico del Sistema Integral Médico (SIM), tiene su aplicativo en los equipos de cómputo del personal de salud, mismo que se encuentra habilitado y resguardado en los servidores de la Cámara de Diputados bajo la responsabilidad de la Dirección General de Tecnologías de la Información.
8. El Sistema Integral Médico está bajo la responsabilidad de la Dirección de Servicios Médicos.
9. El personal de enfermería tomará los signos vitales de las y los pacientes y los registrará en el Sistema Integral Médico (SIM).

10. El personal de enfermería asignará el médico que vaya a atender a la o el paciente, conforme acuda a solicitar atención médica.
11. El médico o la médica registrará toda la información recabada de la evaluación de la o el paciente (nota médica) en el Sistema Integral Médico (SIM), la cual será confidencial mediante el aviso de privacidad.
12. El médico o la médica, conforme a su criterio y la disponibilidad de espacios y horarios, otorgará inicio de tratamiento, el cual se asentará en el Registro de Salida de Medicamentos; en caso de no contar con él se dará receta médica.
13. El médico o la médica de acuerdo con su criterio y sospecha clínica puede solicitar estudios de imagenología (rayos X o ultrasonido) dentro de Cámara mediante solicitud de servicio de imagenología; en caso de requerir otro estudio se realizará receta médica.
14. A criterio médico se realizará cita subsecuente para las y los pacientes que requieran seguimiento.
15. La Dirección de Servicios Médicos referirá casos que requieran atención de segundo nivel, respecto de afectaciones, que no puedan ser resueltas dentro del Servicio Médico a la Institución de Derechohabencia o el lugar que corresponda.
16. Todo el personal adscrito a la Dirección de Servicios Médicos deberá mantener una conducta ética y de trato profesional para con las usuarias y los usuarios.

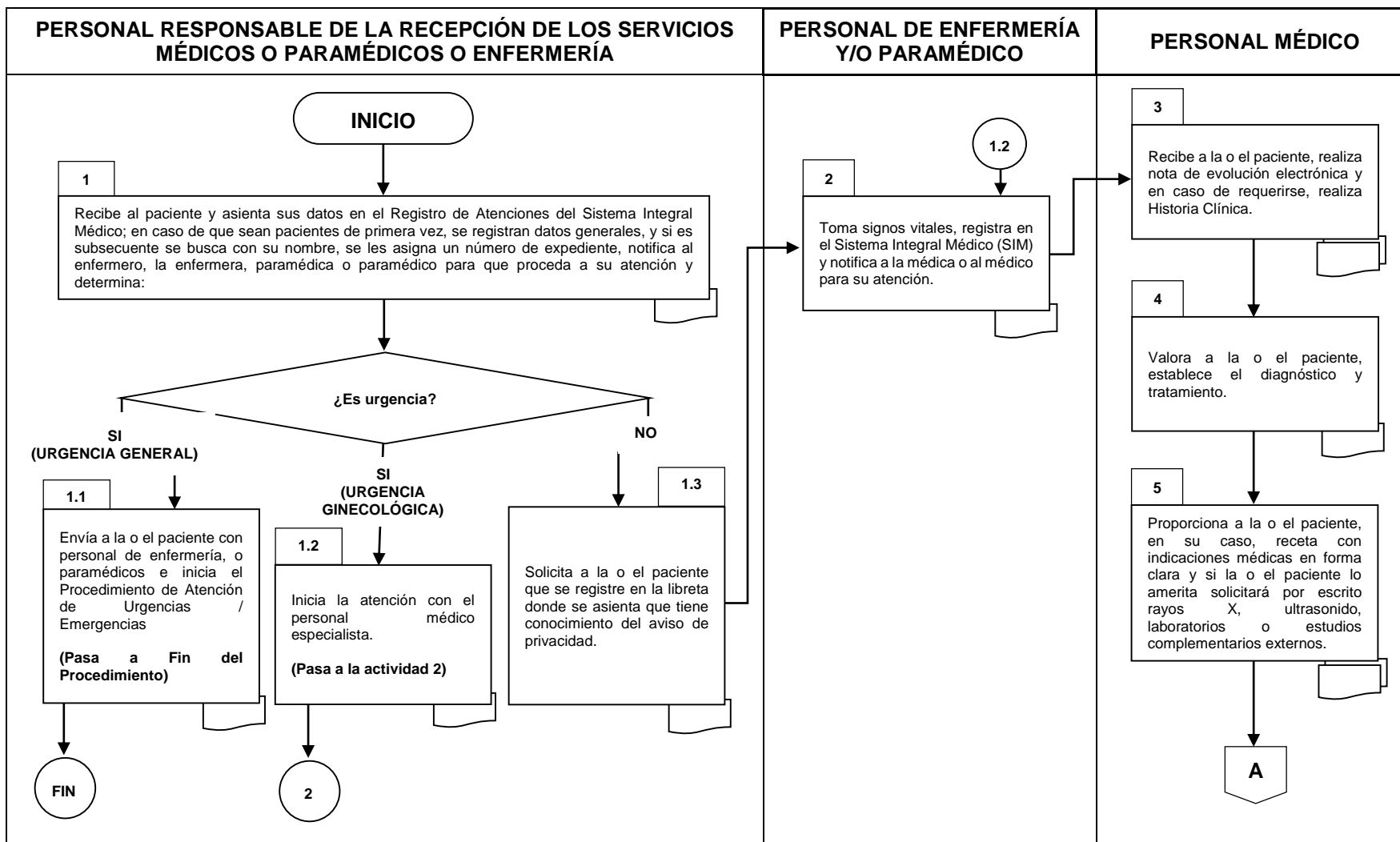
DESCRIPCIÓN NARRATIVA

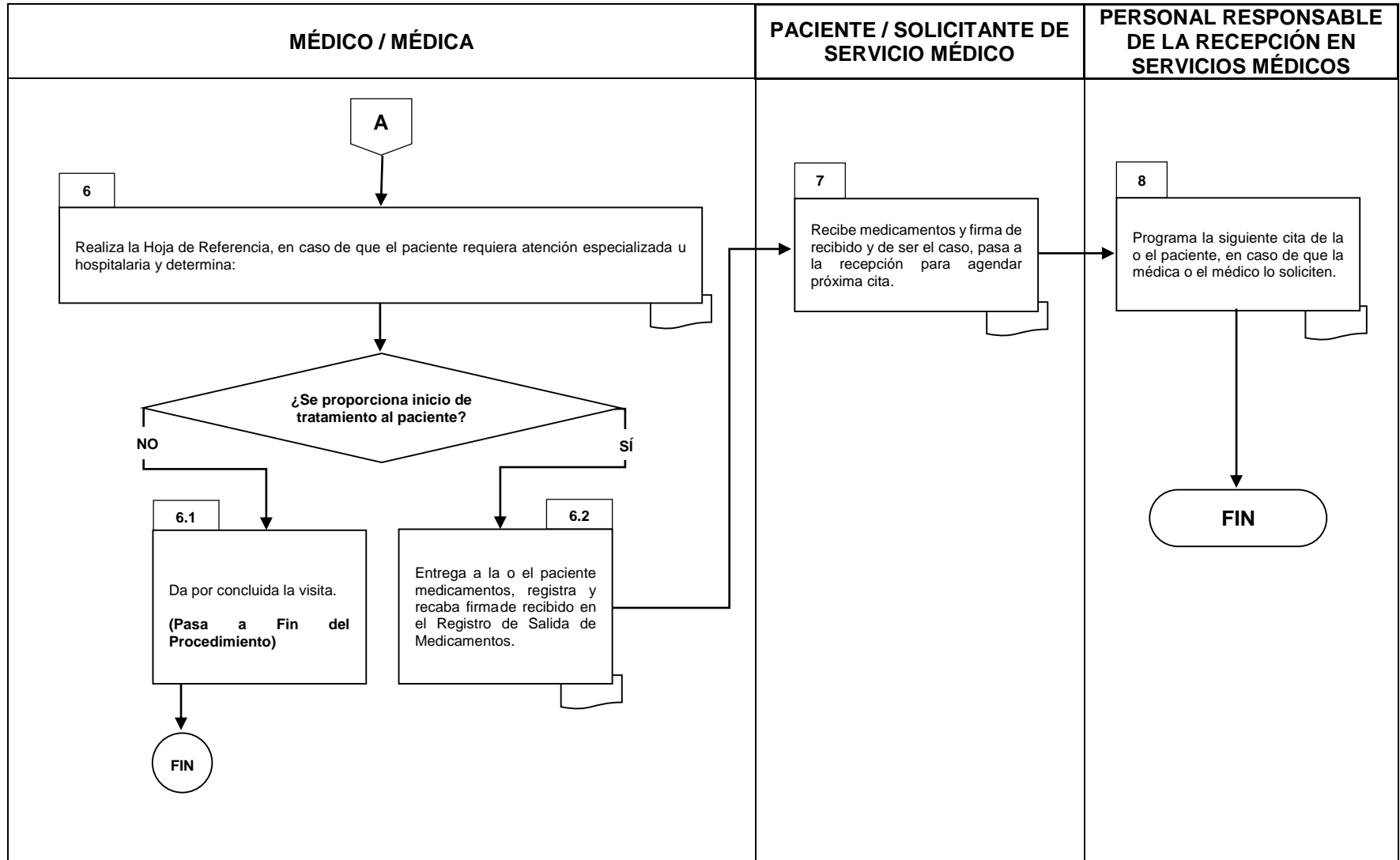
No.	ÁREA RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTOS/FORMATOS UTILIZADOS
INICIO DEL PROCEDIMIENTO			
1	PERSONAL RESPONSABLE DE LA RECEPCIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS O PARAMÉDICOS O ENFERMERÍA	<p>Recibe al paciente y asienta sus datos en el Registro de Atenciones del Sistema Integral Médico; en caso de que sean pacientes de primera vez, se registran datos generales, y si es subsecuente se busca con su nombre, se les asigna un número de expediente, notifica al enfermero, la enfermera, paramédica o paramédico para que proceda a su atención y determina:</p> <p>¿Es urgencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro en expediente clínico electrónico del Sistema Integral Médico (SIM).
1.1		<p>SÍ (URGENCIA GENERAL)</p> <p>Envía a la o el paciente con personal de enfermería, o paramédicos e inicia el Procedimiento de Atención de Urgencias / Emergencias.</p> <p>(Pasa a Fin del Procedimiento)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro en expediente clínico electrónico del Sistema Integral Médico (SIM).
1.2		<p>SÍ (URGENCIA GINECOLÓGICA)</p> <p>Inicia la atención con el personal médico especialista.</p> <p>(Pasa a la actividad 2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro en expediente clínico electrónico del Sistema Integral Médico (SIM).
1.3		<p>NO</p> <p>Solicita a la o el paciente que se registre en la libreta donde se asienta que tiene conocimiento del aviso de privacidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de Atenciones y Aviso de Privacidad. (Anexo 1)

No.	ÁREA RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTOS/FORMATOS UTILIZADOS
2	PERSONAL RESPONSABLE DE LA RECEPCIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS O PARAMÉDICOS O ENFERMERÍA	Toma signos vitales, los registra en el Sistema Integral Médico (SIM) y notifica a la médica o al médico para su atención.	<ul style="list-style-type: none"> Registro en expediente clínico digital del Sistema Integral Médico (SIM).
3	PERSONAL MÉDICO	Recibe a la o el paciente, realiza nota de evolución electrónica y en caso de requerirse, realiza Historia Clínica.	<ul style="list-style-type: none"> Historia Clínica. (Anexo 2) Nota de Evolución. (Anexo 3)
4		Valora a la o al paciente, establece el diagnóstico y tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> Hoja Diaria Médico. (Anexo 4)
5		Proporciona a la o el paciente, en su caso, receta con indicaciones médicas en forma clara y si la o el paciente lo amerita solicitará por escrito, rayos X, ultrasonido, laboratorios o estudios complementarios externos.	<ul style="list-style-type: none"> Solicitud de Servicio de Imagenología. (Anexo 5) Receta Médica. (Anexo 6)
6		Realiza la Hoja de Referencia, en caso de que el paciente requiera atención especializada u hospitalaria y determina: ¿Se proporciona inicio de tratamiento al paciente?	<ul style="list-style-type: none"> Hoja de Referencia. (Anexo 7)
6.1		NO Da por concluida la visita. (Pasa a Fin del Procedimiento)	
6.2		SI Entrega a la o el paciente medicamentos, registra y recaba firma de recibido en el Registro de Salida de Medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> Registro de Salida de Medicamentos. (Anexo 8)

No.	ÁREA RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTOS/FORMATOS UTILIZADOS
7	PACIENTE / SOLICITANTE DE SERVICIO MÉDICO	Recibe medicamentos y firma de recibido y de ser el caso, pasa a la recepción para agendar próxima cita.	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de Salida de medicamentos. (Anexo 8)
8	PERSONAL RESPONSABLE DE LA RECEPCIÓN EN SERVICIOS MÉDICOS	Programa la siguiente cita de la o el paciente, en caso de que ésta, éste, la médica o el médico lo soliciten.	<ul style="list-style-type: none"> • Agenda.
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">FIN DEL PROCEDIMIENTO</div>			

DIAGRAMA DE FLUJO





FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- Registro de Atenciones y Aviso de Privacidad. **(Anexo 1)**
- Historia Clínica. **(Anexo 2)**
- Nota de Evolución. **(Anexo 3)**
- Hoja Diaria Médico. **(Anexo 4)**
- Solicitud de Servicio de Imagenología. **(Anexo 5)**
- Receta Médica. **(Anexo 6)**
- Hoja de Referencia. **(Anexo 7)**
- Registro de Salida de medicamentos. **(Anexo 8)**

2. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

OBJETIVO

Proporcionar atención odontológica a las diputadas, los diputados, así como a las personas servidoras públicas y visitantes o proveedoras, durante su permanencia en la Cámara de Diputados, bajo estándares de calidad y de seguridad de la o el paciente.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

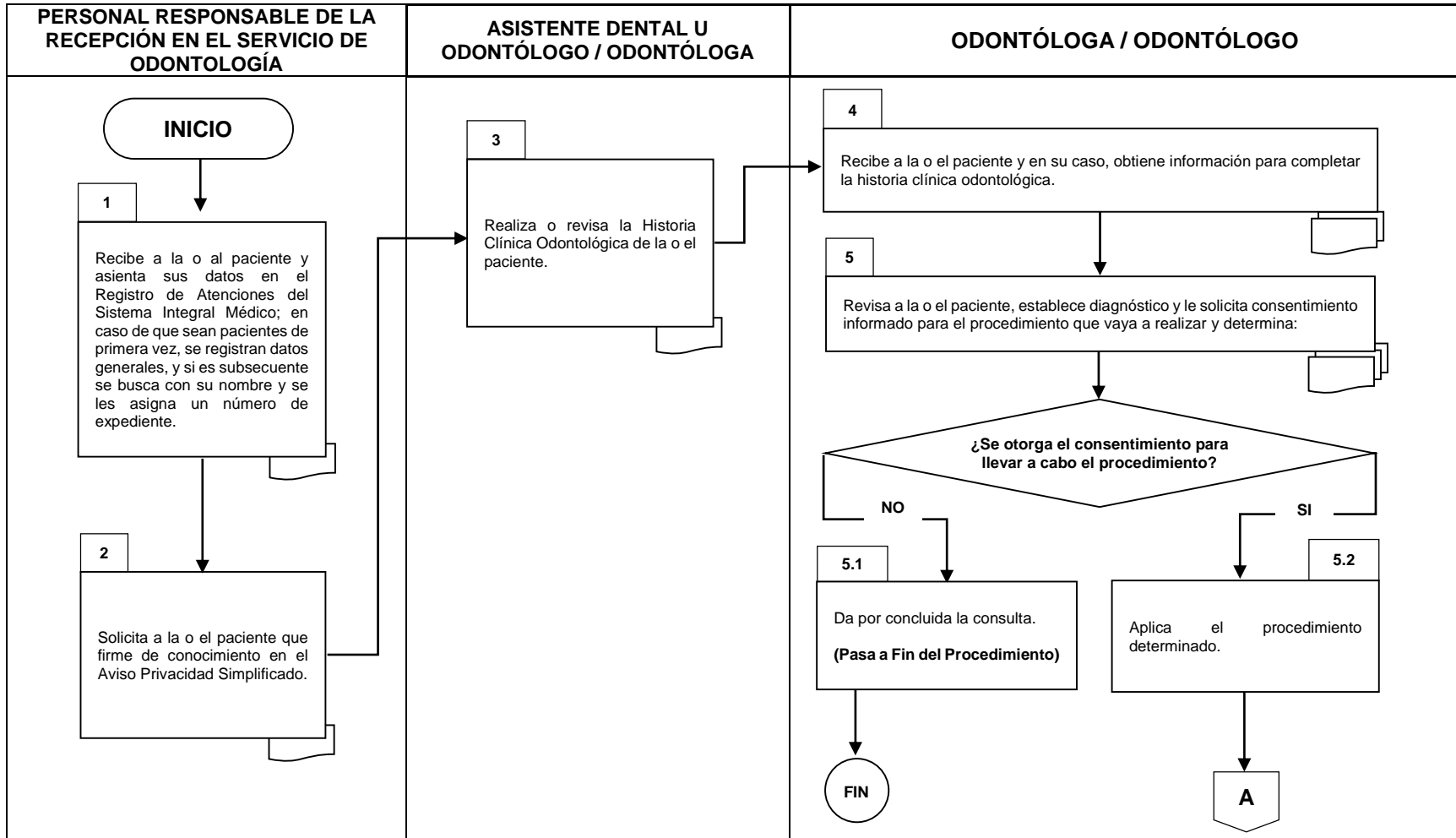
1. Está prohibido negar, excluir o distinguir el acceso o prestación del servicio odontológico a cualquier persona por su origen nacional, lengua, sexo, género, edad, discapacidad, condición social, identidad indígena, identidad de género, apariencia física, condiciones de salud, religión, formas de pensar, orientación o preferencia sexual, por tener tatuajes o cualquier otra razón que tenga como propósito impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos. Sin distinción de categorías.
2. Se otorgarán servicios de atención odontológica, como tratamientos de profilaxis (limpieza dental), operatoria dental (amalgamas y resinas) y exodoncia (extracción de piezas dentales). En las atenciones que requieran de la utilización de prótesis y/o prostodoncias, éstas no estarán incluidas dentro de la atención dental, por lo que, de así solicitarlo la persona usuaria, deberá adquirirlos en un laboratorio dental externo y éstas podrán ser colocadas en el Servicio de Odontología.
3. Se contará con cubículos de consulta dental equipados con unidad dental, equipo de esterilización, instrumental y materiales dentales necesarios para los trabajos a realizar, así como con el mobiliario necesario para el resguardo de utensilios y materiales.
4. El personal odontológico deberá informar a la o el paciente, en el momento del registro, sobre el Aviso de Privacidad y deberá cerciorarse que lo lea y firme de enterado en la libreta correspondiente a este Aviso.
5. Se deberá registrar toda la información recabada en el expediente clínico electrónico del Sistema Integral Médico (SIM), el cual será confidencial de acuerdo con lo previsto en el Aviso de Privacidad que se proporcione a las personas usuarias del servicio.
6. El personal de salud que reciba a la o el paciente deberá generar su registro.
7. Se recibirá a las y los pacientes conforme a la cita programada y en caso de urgencia dental, la atención será sin cita.
8. El personal adscrito a la Dirección de Servicios Médicos deberá mantener una conducta ética, de trato profesional y confidencial con las y los pacientes.
9. El personal odontológico y/o asistente dental, en los casos que ameriten, elaborarán una historia clínica a las y los pacientes que acudan al Servicio de Odontología.

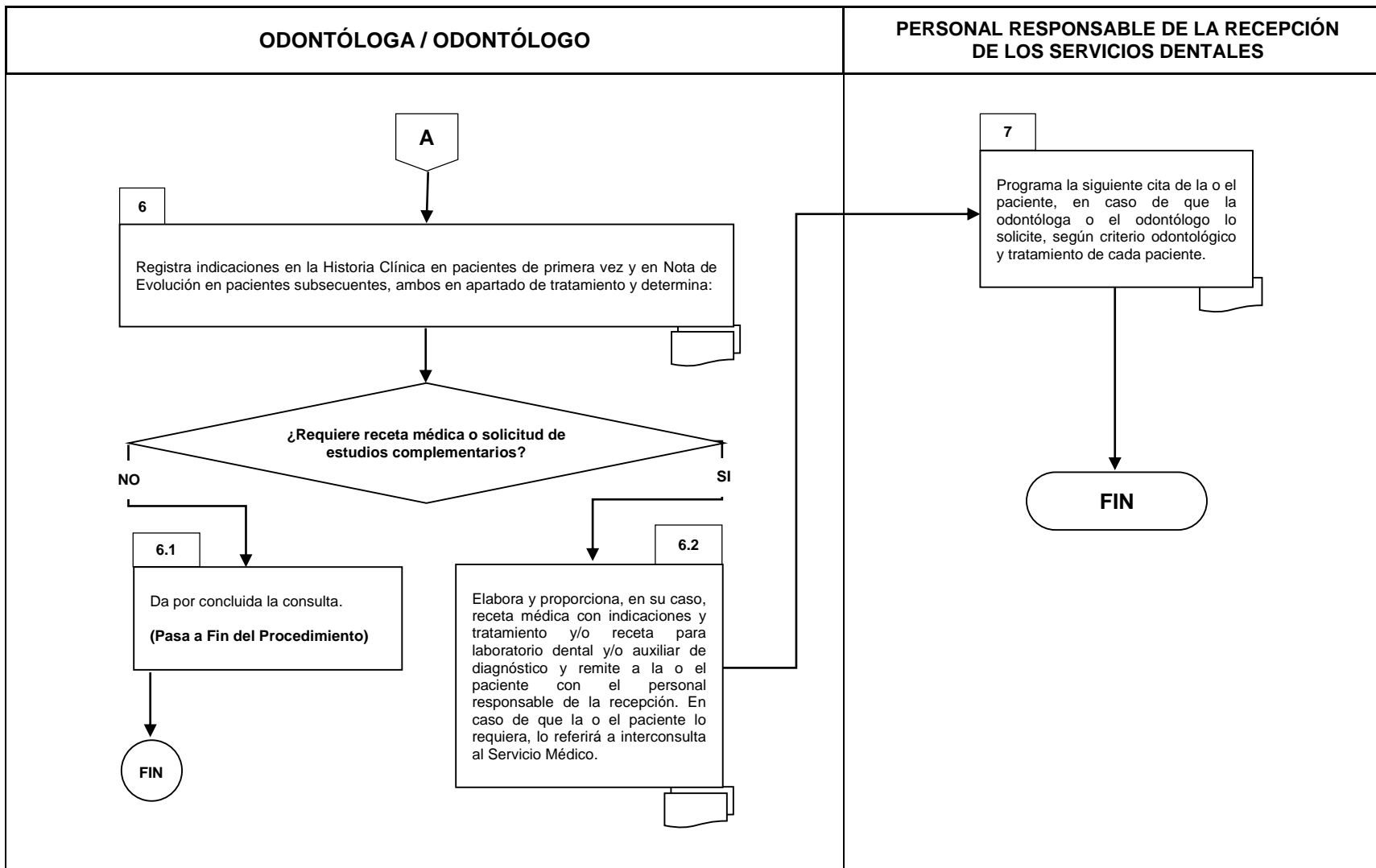
DESCRIPCIÓN NARRATIVA

No.	ÁREA RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTOS/FORMATOS UTILIZADOS
INICIO DEL PROCEDIMIENTO			
1	PERSONAL RESPONSABLE DE LA RECEPCIÓN EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA	Recibe a la o al paciente y asienta sus datos en el Registro de Atenciones del Sistema Integral Médico; en caso de que sean pacientes de primera vez, se registran datos generales, y si es subsecuente se busca con su nombre y se les asigna un número de expediente.	<ul style="list-style-type: none"> Registro de Atenciones del Sistema Integral Médico (SIM).
2		Solicita a la o el paciente que firme de conocimiento el Aviso de Privacidad Simplificado.	<ul style="list-style-type: none"> Aviso de Privacidad Simplificado. (Anexo 1)
3	ASISTENTE DENTAL U ODONTÓLOGO / ODONTÓLOGA	Realiza o revisa la Historia Clínica Odontológica de la o el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Historia Clínica Odontológica. (Anexo 9)
4	ODONTÓLOGA / ODONTÓLOGO	Recibe a la o el paciente y en su caso, obtiene información para completar la historia clínica odontológica.	<ul style="list-style-type: none"> Historia Clínica Odontológica (Anexo 9). Formato de Odontograma. (Anexo 10)
5		<p>Revisa a la o el paciente, establece diagnóstico y le solicita consentimiento informado para el procedimiento que vaya a realizar y determina:</p> <p>¿Se otorga el consentimiento para llevar a cabo el procedimiento?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Historia Clínica Odontológica. (Anexo 9) Nota de Evolución. (Anexo 3) Consentimiento Informado de Odontología. (Anexo 11)
5.1		<p>NO</p> <p>Da por concluida la consulta.</p> <p>(Pasa a Fin del Procedimiento)</p>	

No.	ÁREA RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTOS/FORMATOS UTILIZADOS
5.2		<p>SÍ</p> <p>Aplica el procedimiento determinado.</p>	
6		<p>Registra indicaciones en la Historia Clínica en pacientes de primera vez y en Nota de Evolución en pacientes subsecuentes, ambos en apartado de tratamiento y determina:</p> <p>¿Requiere receta médica o solicitud de estudios complementarios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica Odontológica. (Anexo 9) • Nota de Evolución. (Anexo 3)
6.1		<p>NO</p> <p>Da por concluida la consulta.</p> <p>(Pasa a Fin del Procedimiento)</p>	
6.2		<p>SÍ</p> <p>Elabora y proporciona, en su caso, receta médica con indicaciones y tratamiento y/o receta para laboratorio dental y/o auxiliar de diagnóstico y remite a la o el paciente con el personal responsable de la recepción. En caso de que la o el paciente lo requiera, lo referirá a interconsulta al Servicio Médico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Receta Médica. (Anexo 6) • Hoja Diaria de Odontología. (Anexo 12)
7	PERSONAL RESPONSABLE DE LA RECEPCIÓN DE LOS SERVICIOS DENTALES	<p>Programa la siguiente cita de la o el paciente, en caso de que la odontóloga o el odontólogo lo solicite, según criterio odontológico y tratamiento de cada paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro en expediente clínico digital en el Sistema Integral Médico (SIM).
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;">FIN DEL PROCEDIMIENTO</div>			

DIAGRAMA DE FLUJO





FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- Registro de Atenciones y Aviso de Privacidad. **(Anexo 1)**
- Nota de Evolución. **(Anexo 3)**
- Receta Médica. **(Anexo 6)**
- Historia Clínica Odontológica. **(Anexo 9)**
- Formato de Odontograma. **(Anexo 10)**
- Formato de Consentimiento Informado de Odontología. **(Anexo 11)**
- Hoja Diaria de Odontología. **(Anexo 12)**

3. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS / EMERGENCIAS (ATENCIÓN PREHOSPITALARIA)

OBJETIVO

Brindar atención oportuna prehospitalaria para las diputadas, los diputados, así como a las personas servidoras públicas y visitantes o proveedoras, que requieran la atención de urgencias/emergencias, con el fin de estabilizar su condición clínica y definir conducta, de acuerdo con la normatividad vigente.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. La Dirección de Servicios Médicos brindará atención médica tanto en consultorio, área de choque o el área de trabajo del empleado, según sea el caso. Los médicos, médicas, paramédicos y paramédicas valorarán clínicamente el tipo de atención médica que se brindará a la o el paciente, según su necesidad de asistencia.
2. La Dirección de Servicios Médicos brindará atención de urgencias o emergencias dentro de las instalaciones de la Cámara de Diputados y durante los eventos autorizados por los órganos de gobierno.
3. La Dirección de Servicios Médicos deberá registrar las atenciones que se realicen a la o el paciente por personal paramédico en el formato de Registro de Atención Prehospitalaria de Urgencias (**Anexo 13**).
4. La Dirección de Servicios Médicos deberá registrar las atenciones que se realicen a la o el paciente en el Expediente Clínico Electrónico del Sistema Integral Médico (SIM), el cual será confidencial de acuerdo con lo previsto en el Aviso de Privacidad.
5. Las urgencias o emergencias se detonarán por:
 - a) Llamada de la o el paciente o testigo en la escena, a las extensiones de la Dirección de Servicios Médicos, de la Dirección de Protección Civil o por el personal de Resguardo y Seguridad.
 - b) Llamada por medio del acceso directo ubicado en los teléfonos de las oficinas de la Cámara (botón de emergencias) a personal paramédico.
 - c) Aviso de la o el paciente o testigo en la escena al personal de la Dirección General de Resguardo y Seguridad y/o de la Dirección de Protección Civil, o directamente a la Dirección de Servicios Médicos a su número de extensión.
6. La clasificación de las o los pacientes se hará de acuerdo con los parámetros fisiológicos, atendiendo a los siguientes colores:

- a) **Negro. - Prioridad 0.** El paciente ya no cuenta con signos vitales. Se notifica a Servicios Médicos, a las autoridades de la Cámara de Diputados y al Ministerio Público.
 - b) **Rojo. - Prioridad 1 o Emergencia.** Considera eventos que ponen en peligro la vida o función de un órgano en forma aguda y debe ser atendido dentro de los primeros minutos. La o el paciente no responde, tiene signos vitales presentes. Requiere traslado inmediato al Hospital.
 - c) **Amarillo. - Prioridad 2 o Urgencia.** Considera condiciones en las cuales la o el paciente puede deteriorarse, llegando a poner en peligro su vida o la función. La o el paciente escucha instrucciones, no puede moverse. Puede o no requerir traslado a un hospital de acuerdo con la evolución.
 - d) **Verde. - Prioridad 3 o Urgencia Menor.** Es aquella que no pone en peligro la vida ni la función. La o el paciente escucha instrucciones, puede moverse. No requiere traslado a Hospital.
7. En caso de requerir traslado:
- a) Si el paciente está consciente decidirá el hospital donde desea recibir atención.
 - b) Si el paciente está inconsciente y es derechohabiente, se trasladará al hospital que corresponda.
 - c) Si el paciente está inconsciente y no es derechohabiente, se trasladará a un hospital del sistema de salud pública.
 - d) En caso de emergencia masiva, el Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM) es el encargado de regular y optimizar la respuesta, por lo que es esta institución será quien determina a dónde se llevará a cabo el traslado de las o los pacientes.

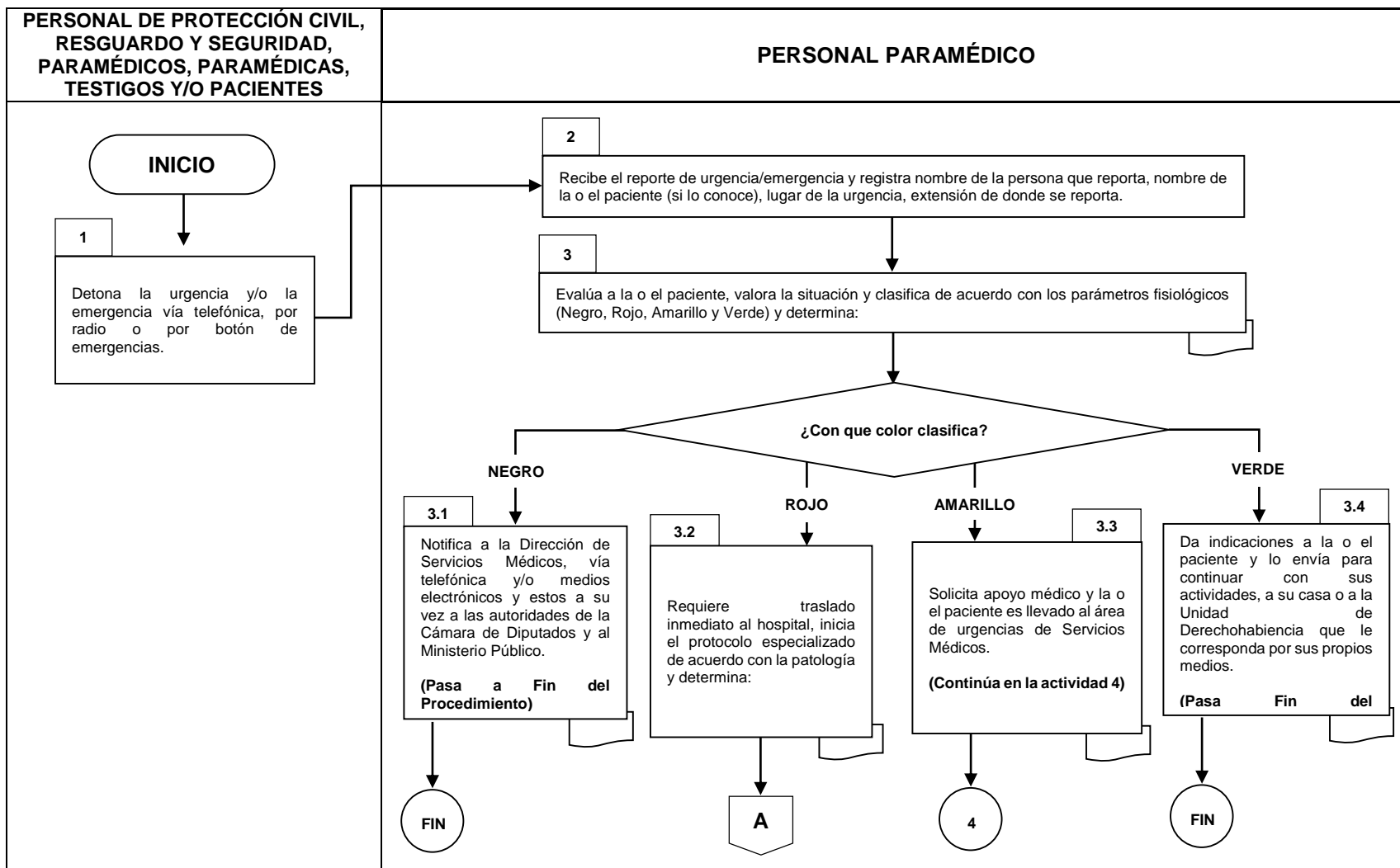
DESCRIPCIÓN NARRATIVA

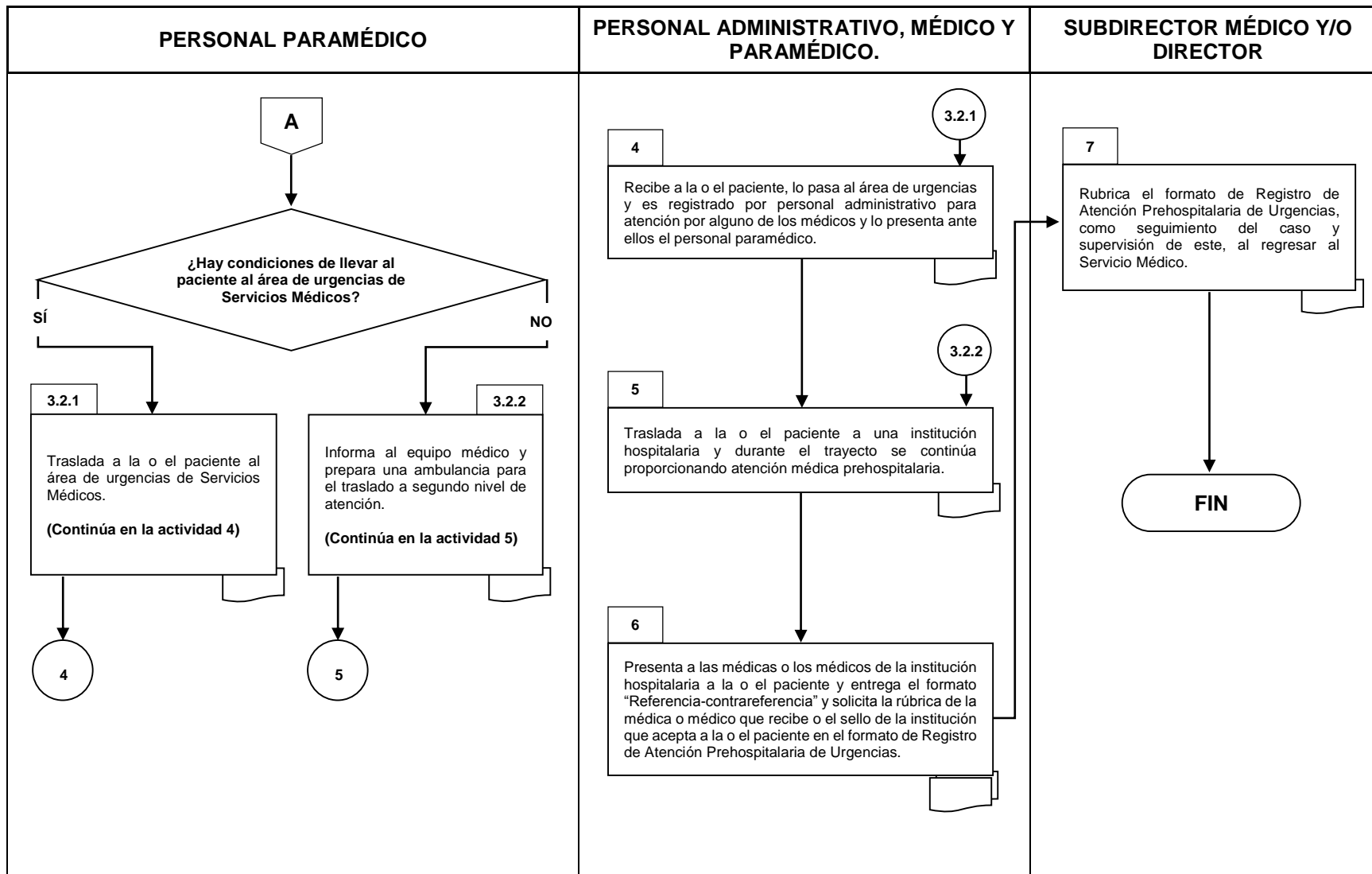
No.	ÁREA RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTOS/FORMATOS UTILIZADOS
INICIO DEL PROCEDIMIENTO			
1	PERSONAL DE PROTECCIÓN CIVIL, RESGUARDO Y SEGURIDAD, PARAMÉDICOS, PARAMÉDICAS, TESTIGOS Y/O PACIENTES	Detona la urgencia y/o la emergencia vía telefónica, por radio o por botón de emergencias.	
2	PERSONAL PARAMÉDICO	Recibe el reporte de urgencia/emergencia y registra nombre de la persona que reporta, nombre de la o el paciente (si lo conoce), lugar de la urgencia, extensión de donde se reporta.	
3		Evalúa a la o el paciente, valora la situación y clasifica de acuerdo con los parámetros fisiológicos (Negro, Rojo, Amarillo y Verde) y determina: ¿Con que color clasifica?	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de registro de atención prehospitalaria de urgencias. (Anexo 13)
3.1		NEGRO Notifica a la Dirección de Servicios Médicos, vía telefónica y/o medios electrónicos y estos a su vez a las autoridades de la Cámara de Diputados y al Ministerio Público. (Pasa a Fin del Procedimiento)	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de registro de atención prehospitalaria de urgencias. (Anexo 13) • Llamada telefónica y/o medios electrónicos.

No.	ÁREA RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTOS/FORMATOS UTILIZADOS
3.2		<p>ROJO</p> <p>Requiere traslado inmediato al hospital, inicia el protocolo especializado de acuerdo con la patología y determina:</p> <p>¿Hay condiciones de llevar al paciente al área de urgencias de Servicios Médicos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de registro de atención prehospitalaria de urgencias. (Anexo 13)
3.2.1		<p>SÍ</p> <p>Traslada a la o el paciente al área de urgencias de Servicios Médicos.</p> <p>(Continúa en la actividad 4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de registro de atención prehospitalaria de urgencias. (Anexo 13)
3.2.2		<p>NO</p> <p>Informa al equipo médico y prepara una ambulancia para el traslado a segundo nivel de atención.</p> <p>(Continúa en la actividad 5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de registro de atención prehospitalaria de urgencias. (Anexo 13)
3.3		<p>AMARILLO</p> <p>Solicita apoyo médico y la o el paciente es llevado al área de urgencias de Servicios Médicos.</p> <p>(Continúa en la actividad 4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de registro de atención prehospitalaria de urgencias. (Anexo 13)
3.4		<p>VERDE</p> <p>Da indicaciones a la o el paciente y lo envía para continuar con sus actividades, a su casa o a la Unidad de Derechohabencia que le corresponda por sus propios medios.</p> <p>(Pasa Fin del Procedimiento)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de registro de atención prehospitalaria de urgencias. (Anexo 13)

No.	ÁREA RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTOS/FORMATOS UTILIZADOS
4	PERSONAL ADMINISTRATIVO, MÉDICO Y PARAMÉDICO.	Recibe a la o el paciente, lo pasa al área de urgencias y es registrado por personal administrativo para atención por alguno de los médicos y lo presenta ante ellos el personal paramédico.	<ul style="list-style-type: none"> • Registro en el Sistema Integral Médico (SIM).
5		Traslada a la o el paciente a una institución hospitalaria y durante el trayecto se continúa proporcionando atención médica prehospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de referencia y contrareferencia. (Anexo 7)
6		Presenta a las médicas o los médicos de la institución hospitalaria a la o el paciente y entrega el formato "Referencia-contrareferencia" y solicita la rúbrica de la médica o médico que recibe o el sello de la institución que acepta a la o el paciente en el formato de Registro de Atención Prehospitalaria de Urgencias.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de referencia y contrareferencia. (Anexo 7) • Formato de registro de atención prehospitalaria de urgencias. (Anexo 13)
7	SUBDIRECTOR MÉDICO Y/O DIRECTOR	Rubrica el formato de Registro de Atención Prehospitalaria de Urgencias, como seguimiento del caso y supervisión de este, al regresar al Servicio Médico.	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de registro de atención prehospitalaria de urgencias. (Anexo 13)
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px 20px; display: inline-block;">FIN DEL PROCEDIMIENTO</div>			

DIAGRAMA DE FLUJO





FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- Hoja de Referencia. **(Anexo 7)**
- Formato de Registro de Atención Prehospitalaria de Urgencias. **(Anexo 13)**

4. PROCEDIMIENTO DE IMAGENOLOGÍA

OBJETIVO

Realizar los procedimientos de imagenología (Rayos X convencional y Ultrasonido), a las diputadas, los diputados, así como a las personas servidoras públicas y visitantes o proveedoras, lo que permitirá apoyar al diagnóstico médico de acuerdo con la normatividad vigente.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

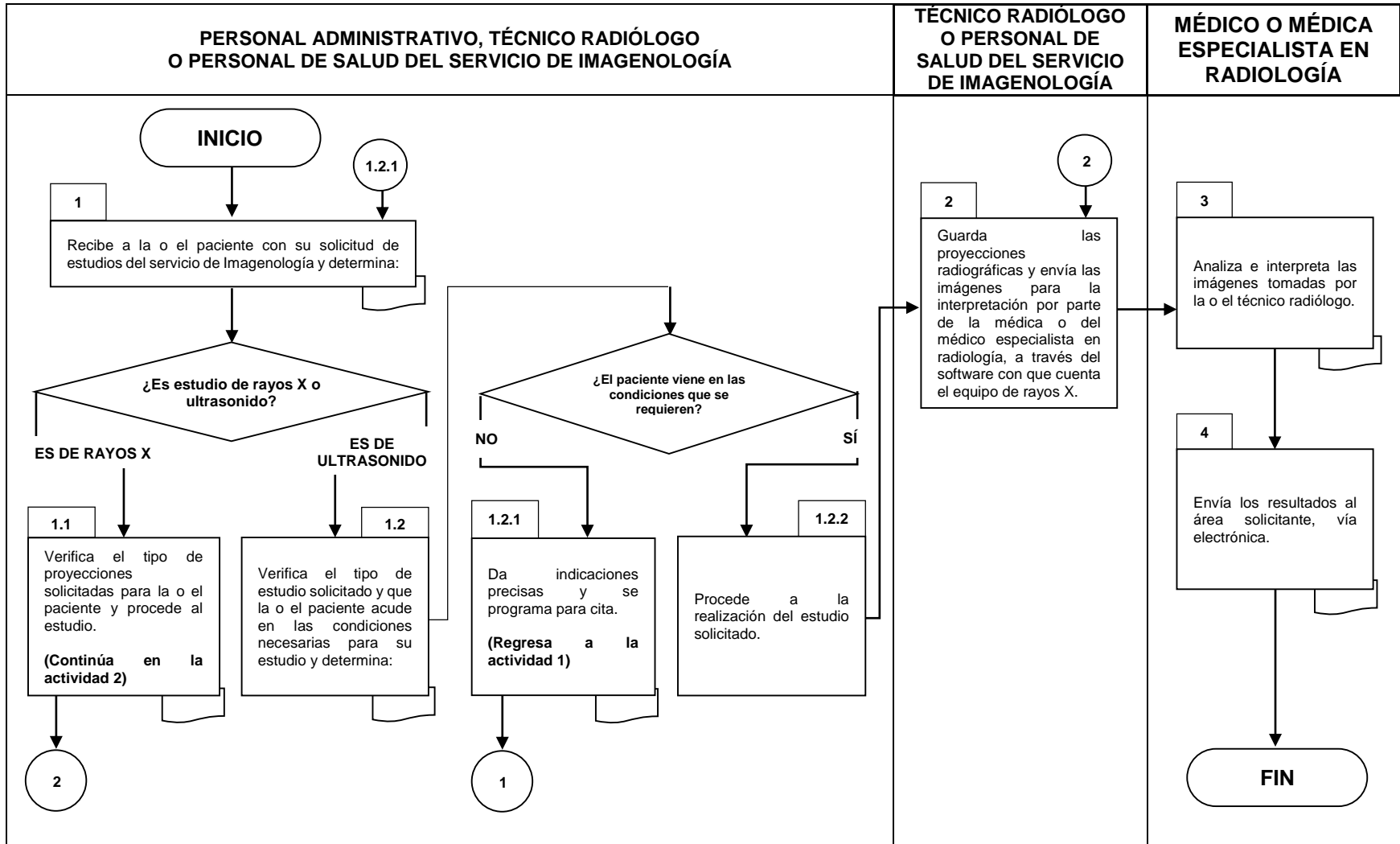
1. La Dirección de Servicios Médicos recibirá y registrará a las y los pacientes que acudan para la realización de estudios de Imagenología.
2. El personal adscrito al área de Imagenología deberá recibir las órdenes médicas para exámenes de diagnóstico por imagen, únicamente por escrito y enviados por las médicas o los médicos de la propia Dirección de Servicios Médicos.
3. Las usuarias y los usuarios serán recibidos y atendidos conforme acudan al servicio de Imagenología, con excepción de los ultrasonidos para los cuales, se agendará cita con indicaciones precisas.
4. La Dirección de Servicios Médicos procurará la protección de las y los pacientes y del Personal Ocupacionalmente Expuesto (POE), de conformidad con la normatividad aplicable vigente.
5. El paciente deberá firmar un consentimiento informado en el área de Imagenología, en donde se indique el procedimiento a realizar, a fin de declarar que no cuenta con impedimento alguno o riesgos para llevarlo a cabo, tal como embarazo, marcapasos, entre otros.
6. El personal adscrito al área de Imagenología procurará el adecuado uso de los equipos de Rayos X y Ultrasonido de conformidad con su área de competencia, actividades y/o funciones, dentro de los turnos correspondientes, para el adecuado desempeño de sus labores cotidianas.
7. El personal adscrito al área de Imagenología deberá brindar un trato cordial, amable, con prontitud y eficiencia.
8. El Personal Ocupacionalmente Expuesto, (médico radiólogo y técnicos radiólogos) deberá portar el equipo de dosimetría en todo momento, dentro de las instalaciones de Imagenología, lo que permita obtener las lecturas de radiación correspondientes a su actividad dentro del servicio.
9. Todos los resultados que se obtengan en el servicio de imagenología deberán ser enviados de forma electrónica, con el Aviso de Privacidad Simplificado a las médicas o a los médicos de la Dirección de Servicios Médicos, a través de correo electrónico institucional y/o a través del Sistema Integral Médico.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA

No.	ÁREA RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTOS/FORMATOS UTILIZADOS
INICIO DEL PROCEDIMIENTO			
1	PERSONAL ADMINISTRATIVO, TÉCNICO RADIÓLOGO O PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA	Recibe a la o el paciente con su solicitud de estudios del servicio de Imagenología y determina: ¿Es estudio de rayos X o ultrasonido?	<ul style="list-style-type: none"> Solicitud del servicio de imagenología. (Anexo 5)
1.1		ES DE RAYOS X Verifica el tipo de proyecciones solicitadas para la o el paciente y procede al estudio. (Continúa en la actividad 2)	<ul style="list-style-type: none"> Solicitud del servicio de imagenología. (Anexo 5)
1.2		ES DE ULTRASONIDO Verifica el tipo de estudio solicitado y que la o el paciente acude en las condiciones necesarias para su estudio y determina: ¿El paciente viene en las condiciones que se requieren?	<ul style="list-style-type: none"> Solicitud del servicio de imagenología. (Anexo 5)
1.2.1		NO Da indicaciones precisas y se programa para cita. (Regresa a la actividad 1)	<ul style="list-style-type: none"> Agenda de citas para Servicio de Imagenología.
1.2.2		SÍ Procede a la realización del estudio solicitado.	

No.	ÁREA RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTOS/FORMATOS UTILIZADOS
2	TÉCNICO RADIÓLOGO O PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE IMAGENOLÓGIA	Guarda las proyecciones radiográficas y envía las imágenes para la interpretación por parte de la médica o del médico especialista en radiología, a través del software con que cuenta el equipo de rayos X.	
3	MÉDICO O MÉDICA ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA	Analiza e interpreta las imágenes tomadas por la o el técnico radiólogo.	<ul style="list-style-type: none"> • Interpretación de estudios.
4		Envía los resultados al área solicitante, vía electrónica.	<ul style="list-style-type: none"> • Correo electrónico institucional o Sistema Integral Médico (SIM).
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> FIN DEL PROCEDIMIENTO </div>			

DIAGRAMA DE FLUJO



FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- Solicitud del Servicio de Imagenología. (Anexo 5)

5. PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DEL DESTINO FINAL DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, MATERIALES, SUMINISTROS MÉDICOS Y DENTALES CADUCOS DE FIN DE LEGISLATURA

OBJETIVO

Realizar el procedimiento para la identificación y gestión del destino final de medicamentos y productos farmacéuticos, materiales, suministros médicos y dentales caducos, que se encuentren dentro de la Cámara de Diputados, de acuerdo con la normatividad vigente.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. POLÍTICAS PARA LA IDENTIFICACIÓN.

- 1.1. La Subdirección Administrativa deberá vigilar que los inventarios de la Dirección de Servicios Médicos tengan una semaforización que permita reconocer en forma inmediata los medicamentos próximos a caducar.
- 1.2. Se asignará una semaforización de acuerdo con la fecha de caducidad, de conformidad con lo siguiente:
 - Verde: Indica que tiene más de 12 meses.
 - Amarillo: Indica que tiene más de 6 meses y menos de 11 meses 29 días de caducidad.
 - Rojo: Indica que tiene menos de 5 meses 29 días de caducidad.

2. POLÍTICAS PARA LA GESTIÓN.

- 2.1. La Subdirección Administrativa deberá retirar del inventario el medicamento y productos farmacéuticos, materiales, suministros médicos y dentales con una semana de anticipación a su caducidad y se realizará un listado por separado.
- 2.2. Para efectos de este procedimiento al listado de medicinas y productos farmacéuticos y materiales, accesorios y suministros médicos y dentales caducos, se les denominará en lo sucesivo como “productos caducos”.

3. POLÍTICAS PARA EL DESTINO FINAL.

- 3.1. Este procedimiento se realizará, al menos, cada 3 años.
- 3.2. La Dirección de Servicios Médicos solicitará por oficio a la Dirección de Servicios Legales la realización de actas circunstanciadas, donde se establezcan los listados de medicinas, productos farmacéuticos, material, accesorios, suministros médicos y dentales caducos, así como la fecha y hora de recolección.

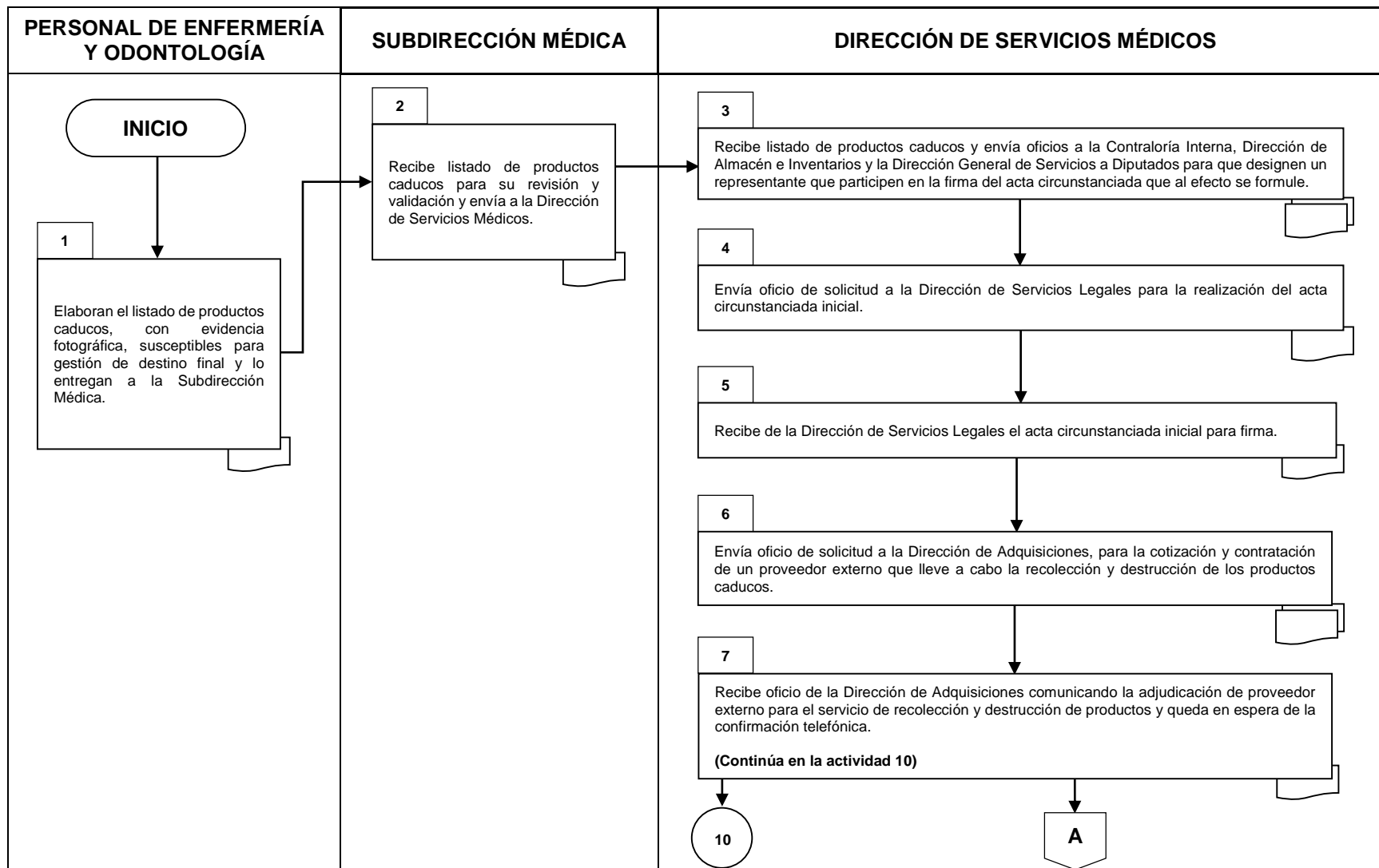
- 3.3.** La Dirección de Servicios Médicos solicitará por oficio a la Dirección de Adquisiciones la contratación de un proveedor externo especializado, con registro ante SEMARNAT para que lleve a cabo la recolección, destrucción y disposición final de las medicinas, productos farmacéuticos, material, accesorios, suministros médicos y dentales, caducos.
- 3.4.** Así mismo, se solicitará por oficio la participación de la Contraloría Interna, de la Dirección General de Servicios a Diputados y de la Dirección de Almacén e Inventarios.
- 3.5.** Para la firma del acta circunstanciada se solicitará la asistencia de representantes de:
- La Contraloría Interna, a fin de deslindar probables responsabilidades administrativas.
 - La Dirección de Servicios Legales, para verificar que el procedimiento se lleve a cabo según la norma.
 - La Dirección General de Servicios a Diputados, la Dirección de Almacén e Inventarios y la Dirección de Servicios Médicos para constatar que el material que se va a destruir está caduco.
- 3.6.** Al final del procedimiento el proveedor deberá entregar a la Dirección de Servicios Médicos un Manifiesto, el cual es un documento en dónde se hace constar que la eliminación de medicamentos caducos se realizó de manera segura y controlada, conforme a la normatividad vigente.

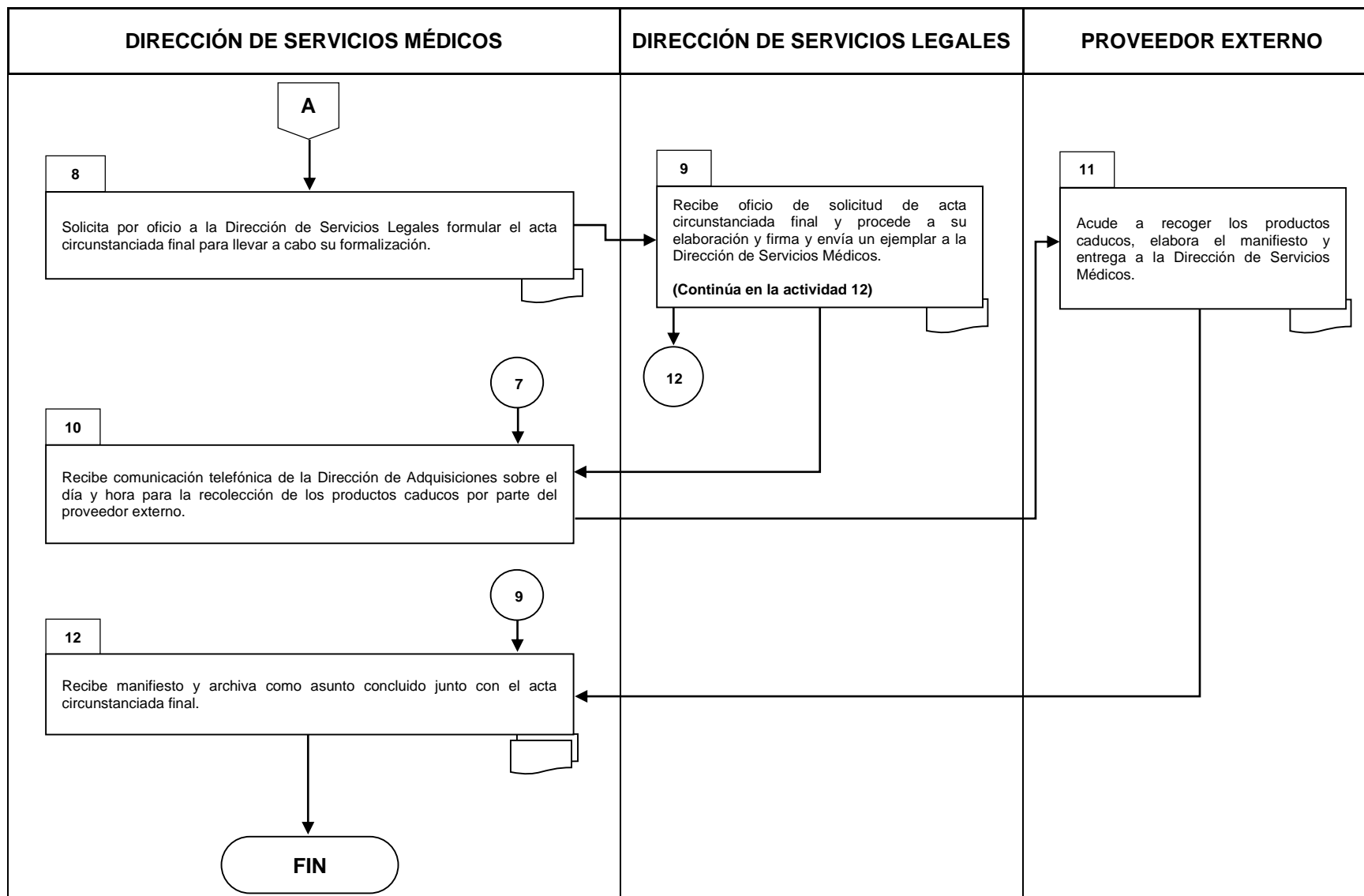
DESCRIPCIÓN NARRATIVA

No.	ÁREA RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTOS/FORMATOS UTILIZADOS
INICIO DEL PROCEDIMIENTO			
1	PERSONAL DE ENFERMERÍA Y ODONTOLOGÍA	Elaboran el listado de productos caducos, con evidencia fotográfica, susceptibles para gestión de destino final y lo entregan a la Subdirección Médica.	<ul style="list-style-type: none"> Listado de medicinas y productos farmacéuticos y materiales, accesorios y suministros médicos y dentales caducos. (Anexo15)
2	SUBDIRECCIÓN MÉDICA	Recibe listado de productos caducos para su revisión y validación y envía a la Dirección de Servicios Médicos.	<ul style="list-style-type: none"> Listado de productos.
3	DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS	Recibe listado de productos caducos y envía oficios a la Contraloría Interna, Dirección de Almacén e Inventarios y la Dirección General de Servicios a Diputados para que designen un representante que participen en la firma del acta circunstanciada que al efecto se formule.	<ul style="list-style-type: none"> Listado de productos caducos. (Anexo15) Oficio.
4		Envía oficio de solicitud a la Dirección de Servicios Legales para la realización del acta circunstanciada inicial.	<ul style="list-style-type: none"> Oficio.
5		Recibe de la Dirección de Servicios Legales el acta circunstanciada inicial para firma.	<ul style="list-style-type: none"> Acta circunstanciada inicial.
6		Envía oficio de solicitud a la Dirección de Adquisiciones, para la cotización y contratación de un proveedor externo que lleve a cabo la recolección y destrucción de los productos caducos.	<ul style="list-style-type: none"> Oficio. Anexo técnico. (Anexo 16)

No.	ÁREA RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTOS/FORMATOS UTILIZADOS
7		Recibe oficio de la Dirección de Adquisiciones comunicando la adjudicación de proveedor externo para el servicio de recolección y destrucción de productos y queda en espera de la confirmación telefónica. (Continúa en la actividad 10)	<ul style="list-style-type: none"> • Oficio de la adjudicación de proveedor externo.
8		Solicita por oficio a la Dirección de Servicios Legales formular el acta circunstanciada final para llevar a cabo su formalización.	<ul style="list-style-type: none"> • Oficio para solicitud de acta circunstanciada final.
9	DIRECCIÓN DE SERVICIOS LEGALES	Recibe oficio de solicitud de acta circunstanciada final y procede a su elaboración y firma y envía un ejemplar a la Dirección de Servicios Médicos. (Continúa en la actividad 12)	<ul style="list-style-type: none"> • Acta circunstanciada final.
10	DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS	Recibe comunicación telefónica de la Dirección de Adquisiciones sobre el día y hora para la recolección de los productos caducos por parte del proveedor externo.	
11	PROVEEDOR EXTERNO ADJUDICADO	Acude a recoger los productos caducos, elabora el Manifiesto y entrega a la Dirección de Servicios Médicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Manifiesto.
12	DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS	Recibe Manifiesto y archiva como asunto concluido junto con el acta circunstanciada final.	<ul style="list-style-type: none"> • Manifiesto. • Acta circunstanciada final.
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> FIN DEL PROCEDIMIENTO </div>			

DIAGRAMA DE FLUJO





FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- Listado de Medicinas y Productos Farmacéuticos, Materiales, Suministros Médicos y Dentales Caducos. **(Anexo 15)**
- Anexo Técnico **(Anexo 16)**

6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS

OBJETIVO

Establecer las actividades para llevar a cabo la recolección de Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos (RPBI) en la Cámara de Diputados, con la finalidad de disminuir los riesgos que puedan derivar de la generación de dichos residuos.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. La Subdirección Médica, de conformidad con el Manual General de Organización de la Cámara de Diputados, es la responsable de vigilar el proceso de generación y separación de los residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI) en los servicios Médico y Odontológico, mediante la bitácora de generación.
2. La Subdirección Administrativa de Servicios Médicos vigilará el proceso de almacenamiento y traslado de los residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI) de la Dirección Servicios Médicos, mediante la bitácora de almacén temporal.
3. El personal médico, paramédico, enfermería y odontólogos de la Dirección de Servicios Médicos deberá separar y envasar los residuos peligros biológico-infecciosos de conformidad con la normatividad aplicable.
4. El personal de enfermería deberá utilizar equipo de protección personal (cubre bocas y guantes) para el traslado de los residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI) del Servicio Médico al denominado Almacén Temporal, localizado en el primer piso del edificio A.
5. Se deberán sellar los contenedores o las bolsas, cuando se encuentren al 80% de su capacidad máxima; se deberá etiquetar marcando el tipo de residuo, cantidad generada en kilos, área en la que se generó el residuo (consultorios o área de urgencias), nombre y firma del recolector y fecha de salida del Servicio Médico o Consultorio Dental hacia el Almacén Temporal.
6. Se llenará bitácora de generación de residuos biológico-infecciosos con los datos antes mencionados, colocando una etiqueta como control operacional en los servicios Médicos y Odontológicos.
7. Se llenará la bitácora de residuos peligrosos biológico-infecciosos del Almacén Temporal una vez que estén las bolsas y/o contenedores en el almacén, dicha bitácora, será el control comparativo operacional que cotejará la empresa recolectora.
8. Se contará con un proveedor externo, que entregue un manifiesto a la Dirección de Servicios Médicos, donde conste que la empresa se hará cargo de la recolección de los residuos peligrosos biológico-infecciosos.

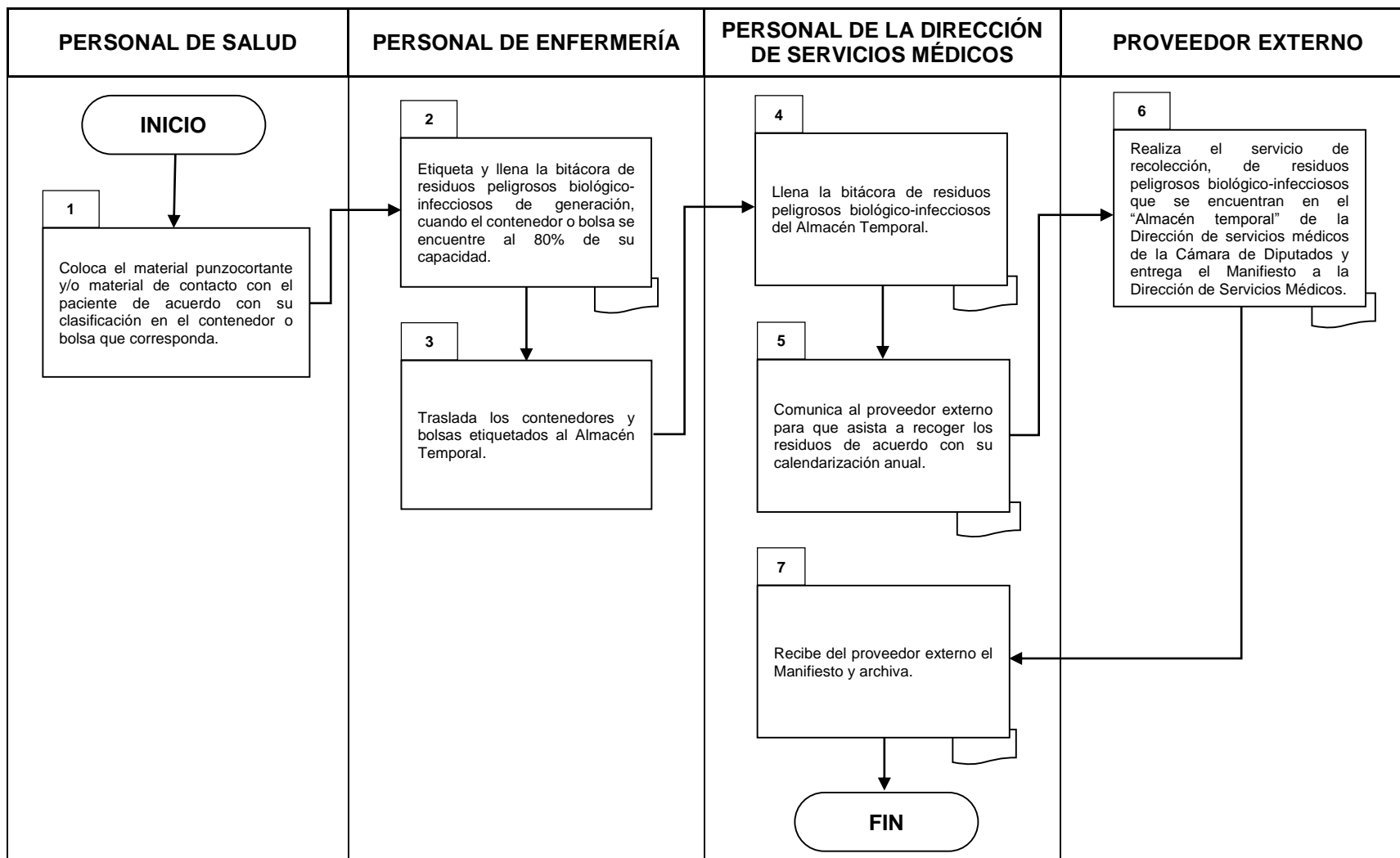
9. Al final del procedimiento el proveedor deberá entregar a la Dirección de Servicios Médicos un Manifiesto, el cual es un documento en dónde se hace constar que la eliminación de los residuos peligrosos biológico-infecciosos se realizó de manera segura y contralada, conforme a la normatividad vigente.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA

No.	ÁREA RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTOS/FORMATOS UTILIZADOS
INICIO DEL PROCEDIMIENTO			
1	PERSONAL DE SALUD	Coloca el material punzocortante y/o material de contacto con el paciente de acuerdo con su clasificación en el contenedor o bolsa que corresponda.	
2	PERSONAL DE ENFERMERÍA	Etiqueta y llena la bitácora de residuos peligrosos biológico-infecciosos de generación, cuando el contenedor o bolsa se encuentre al 80% de su capacidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Bitácora de residuos peligrosos biológico-infecciosos de generación. (Anexo 17)
3		Traslada los contenedores y bolsas etiquetados al Almacén Temporal.	
4	PERSONAL DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS	Llena la bitácora de residuos peligrosos biológico-infecciosos del Almacén Temporal.	<ul style="list-style-type: none"> • Bitácora Residuos Peligrosos Almacén Temporal. (Anexo 18)
5		Comunica al proveedor externo para que asista a recoger los residuos de acuerdo con su calendarización anual.	<ul style="list-style-type: none"> • Calendarización anual.
6	PROVEEDOR EXTERNO	Realiza el servicio de recolección, de residuos peligrosos biológico-infecciosos que se encuentran en el "Almacén temporal" de la Dirección de servicios médicos de la Cámara de Diputados y entrega el Manifiesto a la Dirección de Servicios Médicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Manifiesto del proveedor.

No.	ÁREA RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTOS/FORMATOS UTILIZADOS
7	PERSONAL DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS	Recibe del proveedor externo el Manifiesto y archiva.	• Manifiesto del proveedor.
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

DIAGRAMA DE FLUJO



FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- Bitácora de Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos de Generación. **(Anexo 17)**
- Bitácora Residuos Peligrosos Almacén Temporal. **(Anexo 18)**

7. PROCEDIMIENTO PARA LA EMISIÓN DE CONSTANCIAS MÉDICAS PARA DIPUTADAS Y DIPUTADOS

OBJETIVO

Establecer el procedimiento para emitir Constancias Médicas a las diputadas y los diputados por enfermedad, otros motivos de salud, gestación, maternidad y paternidad para los trámites que correspondan ante la Mesa Directiva, de conformidad con lo establecido en el Reglamento de la Cámara de Diputados.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

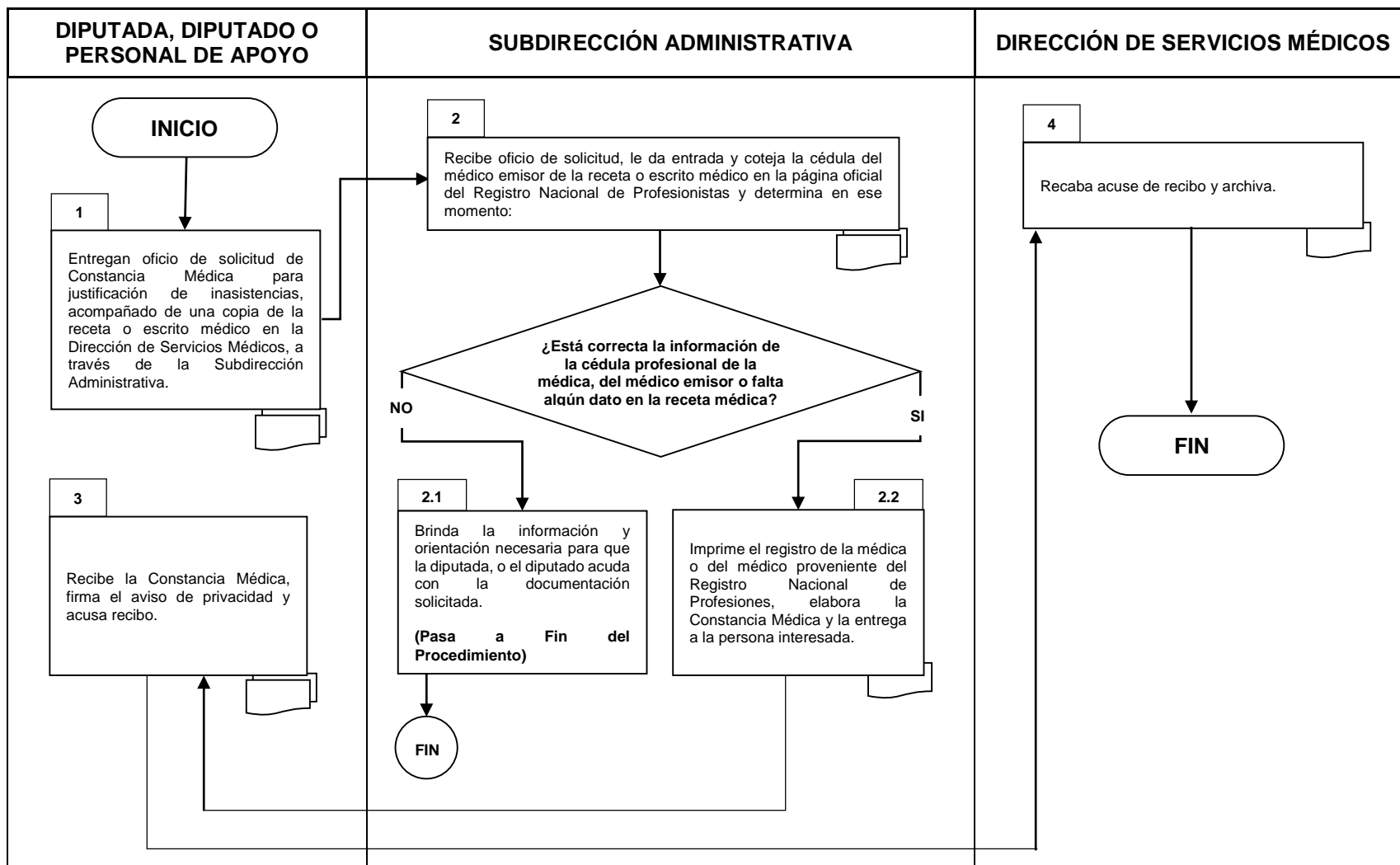
1. Las solicitudes para la expedición de Constancias Médicas deberán hacerse mediante oficio dirigido a la persona titular de la Dirección de Servicios Médicos, en hoja membretada de la diputada o diputado solicitante y adjuntar la receta o justificante médico original o copia simple, con el nombre de la médica o del médico que atendió a la diputada o el diputado, con número de cédula profesional que corresponda al emisor de la receta o justificante médico.
2. En caso de anexar receta, ésta deberá contener el nombre de la médica o del médico con cédula profesional impresa, nombre de la diputada o el diputado, fecha de atención, diagnóstico, días de reposo.
3. El oficio de petición de la Constancia Médica deberá contener la leyenda: “Manifiesto que tengo conocimiento del Aviso de Privacidad de la Dirección de Servicios Médicos, relativo al tratamiento de mis datos personales”.
4. El personal de la Dirección de Servicios Médicos deberá cotejar que la cédula profesional de la médica o del médico emisor de la receta o justificante, se encuentre en la página oficial del Registro Nacional de Profesionistas de la Secretaría de Educación Pública o de sus homólogos en las Entidades Federativas e imprimir dicho registro.
5. Una vez cotejados todos los datos anteriores, el personal de la Dirección de Servicios Médicos realizará la Constancia Médica, donde se consignarán los días que solicita justificar la diputada o el diputado, dicho documento se entregará de manera física.
6. El personal de la Dirección de Servicios Médicos mantendrá bajo su resguardo toda la documentación de acuerdo con la normatividad aplicable en materia de Protección de Datos Personales, cuidando la privacidad de estos.
7. La Constancia Médica será signada por la persona titular de la Dirección de Servicios Médicos y en caso de ausencia, por la persona titular de la Subdirección Médica o bien, por una médica o un médico adscrito a la Dirección de Servicios Médicos.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA

No.	ÁREA RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTOS/FORMATOS UTILIZADOS
INICIO DEL PROCEDIMIENTO			
1	DIPUTADA, DIPUTADO O PERSONAL DE APOYO	Entregan oficio de solicitud de Constancia Médica para la justificación de inasistencias, acompañado de una copia de la receta o escrito médico en la Dirección de Servicios Médicos, a través de la Subdirección Administrativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Oficio de solicitud. • Copia de justificante o receta médica.
2	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	<p>Recibe oficio de solicitud, le da entrada y coteja la cédula del médico emisor de la receta o escrito médico en la página oficial del Registro Nacional de Profesionistas y determina en ese momento:</p> <p>¿Está correcta la información de la cédula profesional de la médica, del médico emisor o falta algún dato en la receta médica?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oficio de solicitud. • Copia de justificante o receta médica.
2.1		<p>NO</p> <p>Brinda la información y orientación necesaria para que la diputada, o el diputado acuda con la documentación solicitada.</p> <p>(Pasa a Fin del Procedimiento)</p>	
2.2		<p>SÍ</p> <p>Imprime el registro de la médica o del médico proveniente del Registro Nacional de Profesiones, elabora la Constancia Médica y la entrega a la persona interesada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro. • Constancia Médica. (Anexo 19)

No.	ÁREA RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTOS/FORMATOS UTILIZADOS
3	DIPUTADA, DIPUTADO O PERSONAL DE APOYO.	Recibe la Constancia Médica, firma el aviso de privacidad y acusa recibo.	<ul style="list-style-type: none"> • Constancia Médica. (Anexo 19) • Acuse de recibo.
4	DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS	Recaba acuse de recibo y archiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Acuse de recibo.
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;"> FIN DEL PROCEDIMIENTO </div>			

DIAGRAMA DE FLUJO



FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- **Constancia Médica. (Anexo 19)**

8. PROCEDIMIENTO PARA LA EMISIÓN DE OPINIONES TÉCNICAS Y RECOMENDACIONES EN MATERIA DE SALUD

OBJETIVO

Establecer el procedimiento para emitir opiniones técnicas y recomendaciones en materia de salud en el ámbito de las atribuciones de la Dirección de Servicios Médicos, a petición de la Secretaría General y/o situaciones particulares / emergentes que así lo ameriten.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

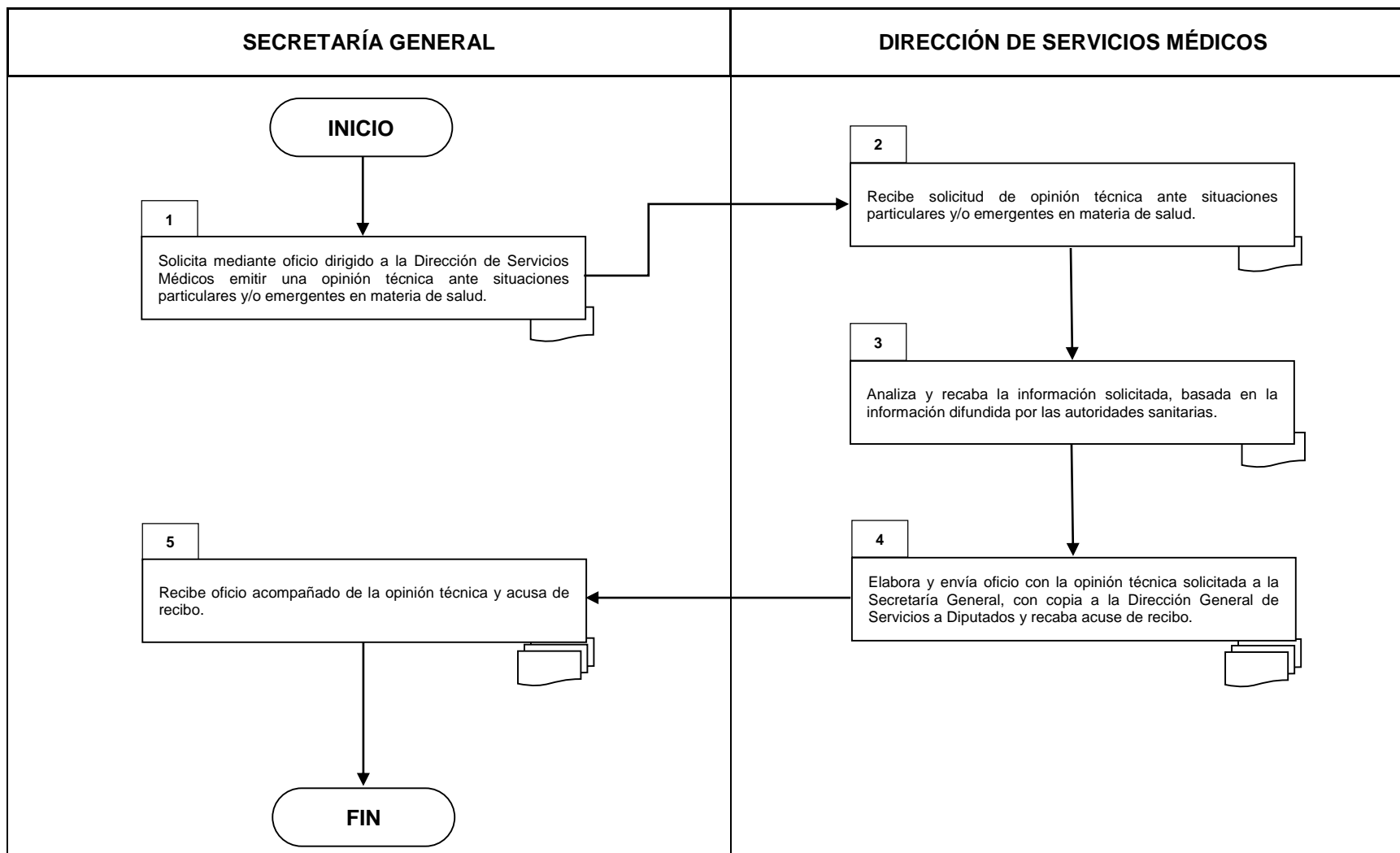
1. La Dirección de Servicios Médicos podrá emitir opiniones técnicas en materia de salud para las personas dentro de las instalaciones de la Cámara de Diputados.
2. Las opiniones técnicas serán firmadas por la persona titular de la Dirección de Servicios Médicos o la de la Subdirección Médica.
3. La Dirección de Servicios Médicos monitoreará la información de la Secretaría de Salud para conocer de cualquier alerta o comunicado de ésta, a fin de emitir una recomendación dirigida a la Dirección General de Servicios a Diputados, y a la Secretaría de Servicios Administrativos y Financieros.
4. La Secretaría de Servicios Administrativos y Financieros analizará y decidirá si las recomendaciones en materia de salud se darán a conocer a las legisladoras y los legisladores, personal de la Cámara, proveedores, así como a visitantes durante su permanencia en la Cámara.
5. Las recomendaciones podrán difundirse a través de material gráfico y publicarse en la página de intranet de la Cámara de Diputados, en circuito cerrado de televisión y/o mediante el correo electrónico institucional.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA

A. EMISIÓN DE OPINIONES TÉCNICAS

No.	ÁREA RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTOS/FORMATOS UTILIZADOS
INICIO DEL PROCEDIMIENTO			
1	SECRETARÍA GENERAL	Solicita mediante oficio dirigido a la Dirección de Servicios Médicos emitir una opinión técnica ante situaciones particulares y/o emergentes en materia de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Oficio de solicitud.
2	DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS	Recibe solicitud de opinión técnica ante situaciones particulares y/o emergentes en materia de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Oficio de solicitud.
3		Analiza y recaba la información solicitada, basada en la información difundida por las autoridades sanitarias.	<ul style="list-style-type: none"> • Medios oficiales de difusión.
4		Elabora y envía oficio con la opinión técnica solicitada a la Secretaría General, con copia a la Dirección General de Servicios a Diputados y recaba acuse de recibo.	<ul style="list-style-type: none"> • Oficio. • Opinión técnica. • Acuse de recibo.
5	SECRETARÍA GENERAL	Recibe oficio acompañado de la opinión técnica y acusa de recibo.	<ul style="list-style-type: none"> • Oficio. • Opinión técnica. • Acuse de recibo.
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

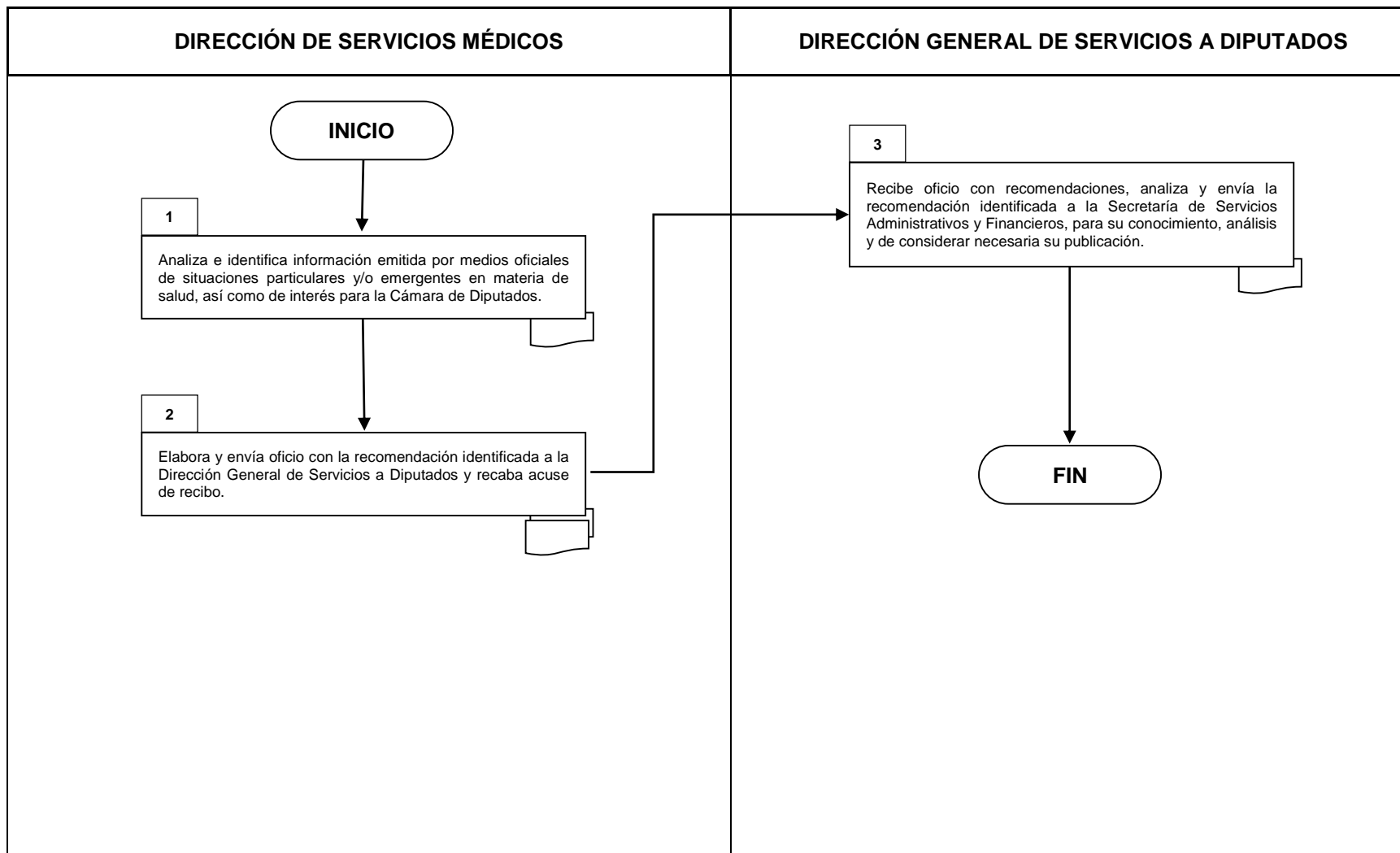
DIAGRAMA DE FLUJO



**DESCRIPCIÓN NARRATIVA
B. RECOMENDACIONES EN MATERIA DE SALUD**

No.	ÁREA RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTOS/FORMATOS UTILIZADOS
INICIO DEL PROCEDIMIENTO			
1	DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS	Analiza e identifica información emitida por medios oficiales de situaciones particulares y/o emergentes en materia de salud, así como de interés para la Cámara de Diputados.	<ul style="list-style-type: none"> • Medios oficiales de difusión.
2		Elabora y envía oficio con la recomendación identificada a la Dirección General de Servicios a Diputados y recaba acuse de recibo.	<ul style="list-style-type: none"> • Oficio con recomendaciones. • Acuse de recibo.
3	DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS A DIPUTADOS	Recibe oficio con recomendaciones, analiza y envía la recomendación identificada a la Secretaría de Servicios Administrativos y Financieros, para su conocimiento, análisis y de considerar necesaria su publicación.	<ul style="list-style-type: none"> • Oficio con recomendaciones.
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

DIAGRAMA DE FLUJO



ANEXOS

- Registro de Atenciones y Aviso de Privacidad. **(Anexo 1)**
 - ✓ Instructivo de llenado del Anexo 1.

- Historia Clínica. **(Anexo 2)**
 - ✓ Instructivo de llenado del Anexo 2.

- Nota de Evolución. **(Anexo 3)**
 - ✓ Instructivo de llenado del Anexo 3.

- Hoja Diaria Médico. **(Anexo 4)**
 - ✓ Instructivo de llenado del Anexo 4.

- Solicitud de Servicio de Imagenología. **(Anexo 5)**
 - ✓ Instructivo de llenado del Anexo 5.

- Receta Médica. **(Anexo 6)**
 - ✓ Instructivo de llenado del Anexo 6.

- Hoja de Referencia. **(Anexo 7)**
 - ✓ Instructivo de llenado del Anexo 7.

- Registro de Entrega de Medicamentos al Personal. **(Anexo 8)**
 - ✓ Instructivo de llenado del Anexo 8.

- Historia Clínica Odontológica. **(Anexo 9)**
 - ✓ Instructivo de llenado del Anexo 9.

- Formato de Odontograma **(Anexo 10)**
 - ✓ Instructivo de llenado del Anexo 10.

- Formato de Consentimiento Informado de Odontología. **(Anexo 11)**
 - ✓ Instructivo de llenado del Anexo 11.

- Hoja Diaria de Odontología. **(Anexo 12)**
 - ✓ Instructivo de llenado del Anexo 12.

- Formato de Registro de Atención Prehospitalaria de Urgencias. **(Anexo 13)**
 - ✓ Instructivo de llenado del Anexo 13.

- Consentimiento Informado para la Toma de Radiografía Simple. **(Anexo 14)**
 - ✓ Instructivo de llenado del Anexo 14.

- Listado de Medicinas y Productos Farmacéuticos, Materiales, Suministros Médicos y Dentales Caducos. **(Anexo 15)**
 - ✓ Instructivo de llenado del Anexo 15.

- Anexo Técnico. **(Anexo 16)**
 - ✓ Instructivo de llenado del Anexo 16.

- Bitácora de Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos de Generación. **(Anexo 17)**
 - ✓ Instructivo de llenado del Anexo 17.

- Bitácora Residuos Peligrosos Almacén Temporal. **(Anexo 18)**
 - ✓ Instructivo de llenado del Anexo 18.

- Constancia Médica. **(Anexo 19)**
 - ✓ Instructivo de llenado del Anexo 19.

**ANEXO 1
REGISTRO DE ATENCIONES Y AVISO DE PRIVACIDAD**

Núm.	Fecha	Hora	Nombre	Diputada Diputado	Empleado	Otro	Ext	Consulta	TA	Inyección	Curación	Masoterapia	Traslado	Otro	Firma
					Tipo de paciente						Tipo de atención				

Aviso de Privacidad Simplificado Servicios Médicos vigente.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL ANEXO 1

DICE		DEBE ANOTAR
NÚMERO		Se registrará en forma consecutiva conforme las o los pacientes acudan al Servicio Médico.
FECHA		Se registra día, mes y hora de atención en el que la o el paciente está en Servicio Médico.
HORA		Se registrará la hora en la que la o el paciente acuda al Servicio Médico.
NOMBRE		Se registrará nombre completo del paciente que solicita la Atención.
TIPO DE PACIENTE	Diputado	Se coloca una marca en el tipo de paciente que solicita la Atención en el Servicio Médico.
	Empleado	
	Otro	
TIPO DE ATENCIÓN	Consulta	Se coloca una marca en el tipo de atención que solicita la persona que acude al Servicio Médico.
	Medición Presión	
	Curación	
	Masoterapia	
	Traslado	
	Otro	
	Inyección	
FIRMA		Firma del paciente que va a recibir la atención en el Servicio Médico.

*En la parte inferior de cada hoja de la libreta de registro de atenciones se encuentra el Aviso de Privacidad Simplificado para que todos los pacientes puedan leerlo y conocerlo.

ANEXO 2 HISTORIA CLÍNICA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

FECHA: dd-mm-aa TEL./EXT. Número de extensión FOLIO: folio
APELLIDO PATERNO: apellido paterno
APELLIDO MATERNO: apellido materno
NOMBRE (S): nombre (s) EDAD: edad SEXO: Elija un elemento. GÉNERO: Elija un elemento.
FECHA DE NACIMIENTO: fecha de nacimiento EDO. CIVIL: estado civil
NÚMERO DE CELULAR: número de celular

TIPO DE PACIENTE
Marque con una X

DIPUTADO FAMILIAR EMPLEADO OTRO

Lea cuidadosamente y conteste las siguientes preguntas sin dejar espacio en blanco

1.- ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

➤ ¿Qué enfermedades o alteraciones importantes padecen o padecieron sus padres o familiares? (Incluso adicciones) HEREDOFAMILIARES

2.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS PERSONALES NO PATOLÓGICOS

3.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS PERSONALES PATOLÓGICOS

4.- ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS (si aplica)

GINECO-OBSTETRICOS

5.- PADECIMIENTO ACTUAL

PADECIMIENTO ACTUAL

6.- SIGNOS VITALES

Peso peso kg. Talla talla cm. IMC imc Temperatura temperature °C

FC. Fc. X minuto TA. Ta. MM HG FR. Fr Xminuto SAT. Sat. %

7.- EXPLORACIÓN FÍSICA

EXPLORACIÓN FÍSICA

8.- DIAGNOSTICO O PROBLEMAS CLÍNICOS DIAGNOSTICO O PROBLEMAS CLÍNICOS

9.- RESULTADOS PREVIOS Y ACTUALES DE ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS

ESTUDIOS DE LABORATORIO

10.-INDICACIÓN TERAPÉUTICA INDICACIÓN TERAPÉUTICA

11.- PRONÓSTICO PRÓNOSTICO

12.- ¿SE OBSERVAN RIESGOS RELACIONADOS CON ALTERACIONES PSICOLÓGICAS?

NO Haga clic aquí para escribir texto. SI Haga clic aquí para escribir texto.

Depresión de Beck ____ Síndrome Burnout ____ Violencia ____

13.- ¿SE IDENTIFICA ALGUNA SITUACIÓN SOCIAL, ECONÓMICA O CULTURAL QUE DEBA SER TOMADA EN CUENTA EN LA ATENCIÓN DE LA O EL PACIENTE?

NO ____

SI ____ REFERENCIA

Nombre, firma y cédula del médico tratante

Nombre, firma y Cédula del Médico Tratante

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL ANEXO 2

DICE	DEBE ANOTAR
FICHA DE IDENTIFICACIÓN	En este rubro se coloca: Fecha de atención del o de la paciente (día, mes y año), teléfono fijo o extensión, folio que se le asigna al momento de registro en la recepción, apellido paterno, materno, nombres, edad en años, sexo (masculino o femenino), género (como se identifique nuestro usuario), fecha nacimiento (día, mes y año) y número de celular.
TIPO DE PACIENTE	Seleccionar con una X el tipo de paciente que acude al Servicio Médico.
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES	Se registran las enfermedades o alteraciones importantes que padecen o padecieron sus padres o familiares (Incluso adicciones).
ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS	Se registran los antecedentes personales no patológicos como cartilla de vacunación completa, toxicomanías y hábitos higiénico-dietéticos.
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	Se registran los antecedentes personales patológicos que son las enfermedades que presentó o presenta actualmente la o el paciente.
ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS	Se registran antecedentes ginecobstétricos referentes a parejas sexuales, control de natalidad, embarazos, menopausia y detecciones preventivas en la mujer (fecha de último papanicolau y mastografía).
PADECIMIENTO ACTUAL	En el rubro de padecimiento actual se describen los principales síntomas expresados por el paciente en momento de la atención médica.
SIGNOS VITALES	Se registra el peso, talla, índice de masa corporal, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial que ya se tomaron previamente en Somatometría. En caso necesario se tomará pulso oximetría.

DICE	DEBE ANOTAR
EXPLORACIÓN FÍSICA	Se registra el conjunto de maniobras que realiza la médica o el médico para obtener información sobre el estado de salud de una persona.
DIAGNÓSTICO O PROBLEMAS CLÍNICOS	Se registra el diagnóstico que se identificó de acuerdo con el interrogatorio y exploración física realizada al paciente.
RESULTADOS PREVIOS Y ACTUALES DE ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS	Se registran los resultados previos relevantes de la o del paciente y los que se soliciten que apoyen al diagnóstico del paciente.
INDICACIÓN TERAPÉUTICA	Se registran las indicaciones médicas de acuerdo con el diagnóstico de la o del paciente, así como los medicamentos que se recetaran con nombre genérico indicando presentación, dosis, vía de administración y tiempo.
PRONÓSTICO	Se registra el pronóstico para la o el paciente de acuerdo con el diagnóstico sobre la probabilidad de que ocurran determinadas situaciones en el transcurso del tiempo o historia natural de la enfermedad.
SE OBSERVAN RIESGOS RELACIONADOS CON ALTERACIONES PSICOLÓGICAS	En esta sección de acuerdo con el interrogatorio con la o el paciente se observan riesgos relacionados con alteraciones psicológicas y en caso de sospechar alguna se podrá aplicar el tamizaje para: Depresión Beck, Síndrome Burnout y Violencia.
SE IDENTIFICA ALGUNA SITUACIÓN SOCIAL, ECONÓMICA O CULTURAL PARA GARANTIZARLA ATENCIÓN DE LA O EL PACIENTE	Se marca con una X si se identifica alguna situación de riesgo que se define como la situación en la cual las personas, hogares y grupos: no obtienen puestos de trabajo de calidad y/o estables; las redes sociales son débiles; el acceso a los servicios públicos es irregular. En caso de identificar alguna situación de riesgo se podrá realizar referencia.

ANEXO 3 FORMATO DE NOTA DE EVOLUCIÓN

NOMBRE: _____

EDAD: _____

TEL / EXT. _____
FECHA DE NAC. _____

SEXO: (F) (M) GENERO: _____

NOTAS DE EVOLUCIÓN

FECHA	HORA	NOTA DE EVOLUCIÓN

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL ANEXO 3

DICE	DEBE ANOTAR
Nombre	Se registra el nombre completo de la o el paciente que acude al Servicio de Odontología.
Edad	Se registra la edad de la o el paciente en años.
Teléfono/extensión	Se registra el número de celular o extensión de la o el paciente.
Sexo	Se registra masculino o femenino de acuerdo con el sexo de la o el paciente.
Género	Se registra el género con el que se identifica la usuaria o el usuario.
Fecha de nacimiento	Se registra el día, mes y año de nacimiento de la o el paciente.
Fecha y hora	En este apartado se registra fecha y hora de atención de la o del paciente.
Nota de evolución	Se registra la nota de evolución de acuerdo con la atención que se realice a la o el paciente.

ANEXO 4 HOJA DIARIA MÉDICO

Nombre del médico:				Firma			Número de empleado			Fecha:		
Núm.	Nombre	Fecha nacimiento	Tipo de paciente	Edad	Sexo		Solicitud		Referencia	Diagnóstico	1era	Subsec.
					M	F	Lab.	Imagen				

- Nombre de la o el paciente = Iniciando con apellido paterno, materno y nombre.
- Tipo de paciente = 1. Diputado, 2. Familiar Diputado, 3. Empleado de Cámara, 4. Empleado de empresa externa, 5. Visitante.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL ANEXO 4

DICE	DEBE ANOTAR
NOMBRE DEL PERSONAL MÉDICO	El nombre de la médica o del médico que atendió a la o al paciente.
FIRMA DEL PERSONAL MÉDICO	La firma de la médica o del médico que atendió la consulta.
NÚMERO DE EMPLEADO	Se coloca el número de empleada o empleado de la Cámara de Diputados de la médica o del médico que atendió la consulta.
FECHA	El día, mes y año de la atención.
NÚMERO CONSECUTIVO	Se registra el número consecutivo de la atención.
NOMBRE DE LA O EL PACIENTE	Se registra el nombre completo de la o del paciente al que se le da la atención iniciando por apellido paterno, materno y nombre.
FECHA DE NACIMIENTO	Se registra el día, mes y año de nacimiento de la o del paciente que se le está otorgando la consulta.
TIPO DE PACIENTE	Indicando de la siguiente manera: 1. Diputado o Diputada; 2 Familiar del Diputado o de la Diputada; 3. Empleado o empleada de la Cámara; 4. Empleado o empleada de empresa; 5. Visitante
EDAD	Se registra la edad de la o el paciente en años.
SEXO	Se coloca una marca en masculino o femenino de acuerdo con las características biológicas y fisiológicas que definen a la o al paciente.
SOLICITUD DE ESTUDIOS	Se coloca una marca en el caso que se solicite un estudio de laboratorio o de imagenología a la o el paciente que se realizó la atención médica.
REFERENCIA	Se coloca una marca en caso de que se realice referencia a la o al paciente para acudir a una Institución externa.
DIAGNÓSTICO	Se registra el diagnóstico de acuerdo con el interrogatorio y exploración de la médica o del médico tratante.
TIPO DE CONSULTA	Colocar X según sea el caso, si es por primera vez o subsecuente, de acuerdo con el padecimiento de la o del paciente que acudió a la atención médica.

ANEXO 5 SOLICITUD DE SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____	N° EXP: _____
EDAD: _____ AÑOS	SEXO: (M) (F)

LLENAR POR EL MÉDICO SOLICITANTE, NO SE ACEPTARÁ SI NO ESTÁ COMPLETA Y LEGIBLE

EXAMEN SOLICITADO	MARQUE CON X	OBSERVACIONES	DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL
CRÁNEO			
SENOS PARANASALES			
TELE DE TÓRAX			
ABDOMEN			
COLUMNA VERTEBRAL			
PELVIS			
EXTREMIDADES			
S.E.G.D.			
SERIE CARDIACA			
COLON POR ENEMA			
TRÁNSITO INTESTINAL			
COLECISTOGRAFÍA			
UROGRAFÍA EXCRETORA			
ULTRASONIDO			
MASTOGRAFÍA			
OTROS EXÁMENES			

FECHA DE SOLICITUD

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA O
DELL MÉDICO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL ANEXO 5

DICE	DEBE ANOTAR
Nombre de la o el paciente	Nombre completo de la o del paciente.
Edad	La edad en años cumplidos de la o del paciente.
Sexo	Masculino o femenino de acuerdo con las características biológicas y fisiológicas que definen a la o al paciente.
Marcar con una X el estudio solicitado	Marcar con X el estudio solicitado.
Colocar las proyecciones	Colocar con puño y letra las proyecciones.
Diagnóstico presuncional	Colocar probable diagnóstico.
Marcar con una X si el estudio es un ultrasonido	Marcar con X si el estudio es ultrasonido.
Fecha	Día, mes y año.
Nombre, cédula y firma de la o el médico	Nombre, cédula y firma de la médica o del médico.

**ANEXO 6
RECETA MÉDICA**

LOGO DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS	DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Dr. _____ (Especialidad) (No. de Registro Profesional) Av. Congreso de la Unión 66, Col. El Parque, Alcaldía Venustiano Carranza, C.P. 15960 Ciudad de México; Edificio A, Nivel 1; Tel. 5628 1300, extensión xxxx						
Nombre de la o el paciente:							
Indicaciones médicas:							
Nombre y firma de la o el médico:							
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Fecha</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">Año</td> </tr> </table>		Fecha			Día	Mes	Año
Fecha							
Día	Mes	Año					

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL ANEXO 6

DICE	DEBE ANOTAR
LOGO DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS	El logo vigente de acuerdo con la legislatura de la Cámara de Diputados.
DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS	Se registra el nombre completo de la médica o del médico, su especialidad, número de cédula profesional, dirección de la Cámara de Diputados y números de teléfono y extensión.
NOMBRE DE LA O EL PACIENTE	Se registra el nombre completo de la o del paciente que acude al Servicio Médico.
INDICACIONES MÉDICAS	Se registran las indicaciones médicas de acuerdo con el diagnóstico de la o el paciente, así como los medicamentos que se recetarán con nombre genérico, indicando presentación, dosis, vía de administración y tiempo.
FECHA	Se registra el día, mes y año de la atención de la o del paciente.
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL MÉDICO	Se registra el nombre y firma de la médica o del médico que extiende la receta.

**ANEXO 7
HOJA DE REFERENCIA**

Edad:	
Sexo:	

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

FECHA DE REFERENCIA	
NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DE LA O EL MÉDICO QUE REFIERE	
FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE	

HOJA DE REFERENCIA/TRASLADO							
URGENCIA	<input type="checkbox"/>	CONSULTA EXTERNA	<input type="checkbox"/>				
II. NOMBRE DE LA O EL PACIENTE:							
III. UNIDAD QUE REFIERE:							
IV. UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: SERVICIO AL QUE SE ENVÍA:							
NOMBRE DE LA O EL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA:							
V. MOTIVO DE LA REFERENCIA/TRASLADO (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO)							
TA:	TEMP:	FR:	FC:	PESO:	KG:	TALLA:	SATO2%:
GLICEMIA CAPILAR:	ESCALA DE GLASGOW:						
PADECIMIENTO ACTUAL:							
ESTUDIOS PARACLÍNICOS:							
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:							
_____ NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA DIRECCIÓN DESERVICIOS MÉDICOS				_____ NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL MÉDICO TRATANTE			

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL ANEXO 7

DICE	DEBE ANOTAR
EDAD	Se registra la edad de la o el paciente que se va a referir.
SEXO	Se registra el sexo de la o el paciente que se va a referir.
FECHA DE REFERENCIA	Se registra la fecha en la que se realiza la referencia.
NOMBRE DEL PACIENTE	Se registra el nombre de la o el paciente.
NOMBRE DE LA O EL MÉDICO QUE REFIERE	Se registra el nombre de la o el paciente.
FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE	Se registra la fecha de nacimiento de la o el paciente.
URGENCIA / CONSULTA EXTERNA	Se coloca una X en sí o no de acuerdo con el diagnóstico y criterio de la médica o del médico tratante si se considera una urgencia o no.
NOMBRE DE LA O EL PACIENTE	Se coloca el nombre completo de la o el paciente al que se le otorgara la referencia.
UNIDAD QUE REFIERE	Se registra el nombre de la unidad que refiere a la o al paciente.
UNIDAD A LA QUE SE REFIERE SERVICIO AL QUE SE ENVÍA	Se registra el nombre de la unidad a la que se manda a la o al paciente, domicilio completo y servicio al que se refiere.

DICE	DEBE ANOTAR
NOMBRE DE LA O EL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA	Se registra el nombre completo de la médica o del médico que refiere del Servicio Médico.
MOTIVO DE LA REFERENCIA / TRASLADO RESUMEN CLÍNICO DEL PACIENTE	Se registran los signos vitales de la o del paciente T.A (tensión arterial), temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, peso, talla y escala de Glasgow de acuerdo con cómo se encuentra el paciente en el momento de la referencia.
PADECIMIENTO ACTUAL	Se registra el resumen de su padecimiento actual por lo que se requiere la referencia de la o del paciente.
ESTUDIOS PARACLÍNICOS	Se registran y anexan los estudios paraclínicos (placas, ultrasonidos, etc.) en caso de que se cuenten con ellos para apoyo del diagnóstico.
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	Se registra la impresión diagnóstica a la cual llega la médica o el médico tratante por medio de la exploración física y estudios paraclínicos que justifica la referencia de la o del paciente.
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL DIRECTOR DE LOS SERVICIOS MÉDICOS	Se coloca el nombre y firma de la persona titular de la Dirección de Servicios Médicos.
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL MÉDICO TRATANTE	Se coloca el nombre y firma de la médica o del médico tratante que realiza la referencia de la o el paciente.

**ANEXO 8
REGISTRO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS AL PERSONAL**

Fecha	Nombre de la o el paciente	Área de adscripción	Nombre del personal médico, paramédico o de enfermería	Cantidad proporcionada	Firma de recibido	Hora

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL ANEXO 8

DICE	DEBE ANOTAR
FECHA	Se registra el día, mes y año de la atención de la o del paciente.
NOMBRE DE LA O EL PACIENTE	Se registra el nombre de la o el paciente al que se le va a otorgar el medicamento.
ÁREA DE ADSCRIPCIÓN	Se registra el nombre del área de adscripción de la o el paciente.
NOMBRE DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO O DE ENFERMERÍA	Se registra el nombre completo del personal de salud que otorga el medicamento a la o el paciente.
CANTIDAD PROPORCIONADA	Se registra el número y presentación del medicamento otorgado a la o El paciente.
FIRMA DE RECIBIDO	Se solicita la firma de recibido de la o el paciente que recibe el medicamento.
HORA	Se registra la hora de entrega del medicamento a la o El paciente.

ANEXO 9 HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LOS DATOS OBTENIDOS DE ESTE DOCUMENTO SON CONFIDENCIALES Y PARA USO EXCLUSIVO DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS, MISMOS QUE SERÁN PROTEGIDOS CONFORME AL AVISO DE PRIVACIDAD DE ESTA DIRECCIÓN.

FECHA: TEL./EXT. FOLIO:

APELLIDO PATERNO:

APELLIDO MATERNO:

NOMBRE (S):

EDAD:

SEXO:

FECHA DE NACIMIENTO:

GÉNERO:

NÚMERO DE CELULAR:

MARQUE EL RECUADRO QUE CORRESPONDA

DIPUTADO(A) FAMILIAR EMPLEADO (A) OTRO

Lea cuidadosamente y conteste las siguientes preguntas sin dejar espacio en blanco

1.- ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

- ¿Qué enfermedades o alteraciones importantes padecen o padecieron sus padres o familiares? (Incluso adicciones)

2.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL ANEXO 9

DICE	DEBE ANOTAR
FECHA	Se registra la fecha (día, mes y año), en la que se realiza la Historia Clínica,
TEL./EXT.	El teléfono o número de extensión,
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE	Apellido paterno, materno, nombres de la o del paciente.
EDAD	Edad (en años cumplidos).
SEXO	Sexo (masculino o femenino).
FECHA DE NACIMIENTO	Día, mes y año.
GÉNERO	Como se identifica nuestro usuario o nuestra usuaria.
NÚMERO DE CELULAR	Número de teléfono celular de la o el paciente.
DIPUTADO FAMILIAR EMPLEADO OTRO	Se coloca una X en el tipo de paciente que sea: Diputado, Diputada, familiar, empleado, empleada o visitante.
1. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES	Qué enfermedades o alteraciones importantes que padecen o padecieron sus padres o familiares (incluso adicciones).
2. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS	Se interroga acerca de cartilla de vacunación, toxicomanías. Hábitos higiénico-dietéticos.
3. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	Se interroga acerca de las enfermedades que presentó o presenta actualmente la o el paciente.

DICE	DEBE ANOTAR
4. PADECIMIENTO ACTUAL	Se registra una síntesis que describe los principales síntomas, trastornos o preocupación principal expresada por el paciente en el momento que solicite atención odontológica.
5. ALERGIAS	Se registran las alergias que presenta la o el paciente.
6. SIGNOS VITALES	Se registra el peso, talla, índice de masa corporal, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y saturación de oxígeno.
7. ¿HA TENIDO PROBLEMAS CON EL ANESTÉSICO DENTAL? ¿QUÉ TIPO DE PROBLEMA?	Se coloca una X en SÍ o NO, ha presentado alguna reacción al anestésico y que tipo de problema.
8. ¿ÚLTIMA VISITA AL DENTISTA?	Se registra la fecha de la última visita al dentista.
9. ¿SE OBSERVAN RIESGOS RELACIONADOS CON ALTERACIONES PSICOLÓGICAS?	Marcar SÍ o NO: Depresión Beck, Burnout o Violencia.
10. ¿SE IDENTIFICA ALGUNA SITUACIÓN SOCIAL, ECONÓMICA O CULTURAL PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN DEL PACIENTE?	NO / SÍ entonces referir.
Nombre, firma y Cédula de la o el Médico Tratante	Se coloca el nombre, la firma y el número de cédula profesional de la médica o del médico tratante que atiende a la o del paciente.

ÍNDICE PERIODONTAL (INTPC)

17/16	11	26/27	0= Sano 1= Sangrado 2= Cálculo 3= Bolsa de 4-5mm 4= Bolsa más de 6 mm X= Sextante excluido
47/46	31	36/37	

Padecimientos intraorales y extraorales:

Encías _____

Paladar _____

Carrillos _____

Lengua _____

Piso de boca _____

Labios _____

Maloclusión _____

Bruxismo _____

Articulación Temporomandibular _____

Cuello _____

Otros _____

Diagnóstico _____

Tratamiento _____

Otros _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL CIRUJANO DENTISTA

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL ANEXO 10

DICE	DEBE ANOTAR																											
<p>Índice de promedio de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados (CPOD) y necesidades de tratamiento.</p>	<p>Se realiza la evaluación a todas y todos los pacientes de primera vez con el índice de promedio de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados.</p> <p>La cavidad bucal se divide en cuadrantes: dos superiores y dos inferiores. En este formato se divide en dos grupos de cuadros que representan la cavidad bucal.</p> <p>La o el paciente adulto se evalúa del 18 al 28 (18 al 11 parte derecha y del 21 al 28 parte izquierda) de maxilar superior y 48 al 38 (48 al 41 parte derecha y del 31 al 38 parte izquierda) de maxilar inferior.</p> <p>En el caso de dentición temporal se evalúa del 55 al 65 (55 al 51 parte derecha y del 61 al 65 parte izquierda) del maxilar superior y 85 al 75 (85 al 81 parte derecha y del 71 al 75 parte izquierda) del maxilar inferior.</p> <p>Además, en cada una de las evaluaciones se colocará las condiciones dentales (CPOD):</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Dentición Permanente</th> <th style="width: 33%;">Dentición Infantil</th> <th style="width: 33%;">Tratamiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0= Sano</td> <td>A</td> <td>0= Ninguno</td> </tr> <tr> <td>1= Caries</td> <td>B</td> <td>1= Caries detenida o necesita sellador</td> </tr> <tr> <td>2= Obturado y caries</td> <td>C</td> <td>2= Una superficie obturada</td> </tr> <tr> <td>3= Obturado sin caries</td> <td>D</td> <td>3= Dos o más superficies obturadas</td> </tr> <tr> <td>4= Perdido por caries</td> <td>E</td> <td>4= Corona o pilar para prótesis</td> </tr> <tr> <td>5= Perdido por otra razón</td> <td>-</td> <td>5= Prótesis</td> </tr> <tr> <td>6= Sellador o barniz</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7= Pilar para un puente o corona especial</td> <td>F</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Dentición Permanente	Dentición Infantil	Tratamiento	0= Sano	A	0= Ninguno	1= Caries	B	1= Caries detenida o necesita sellador	2= Obturado y caries	C	2= Una superficie obturada	3= Obturado sin caries	D	3= Dos o más superficies obturadas	4= Perdido por caries	E	4= Corona o pilar para prótesis	5= Perdido por otra razón	-	5= Prótesis	6= Sellador o barniz			7= Pilar para un puente o corona especial	F	
Dentición Permanente	Dentición Infantil	Tratamiento																										
0= Sano	A	0= Ninguno																										
1= Caries	B	1= Caries detenida o necesita sellador																										
2= Obturado y caries	C	2= Una superficie obturada																										
3= Obturado sin caries	D	3= Dos o más superficies obturadas																										
4= Perdido por caries	E	4= Corona o pilar para prótesis																										
5= Perdido por otra razón	-	5= Prótesis																										
6= Sellador o barniz																												
7= Pilar para un puente o corona especial	F																											

	8= Diente no erupcionado 9= Diente excluido T= Traumatismo	G T	6= Tratamiento pulpar 7= Exodoncia 8= Necesita otro tratamiento 9= Especifique_____
Índice Periodontal (INTPC)	Con este índice se valoran las encías de acuerdo con cada cuadrante de la siguiente forma: 0= Sano 1= Sangrado 2= Una superficie obturada 3= Dos o más superficies obturadas 4= Bolsa más de 6 mm X= Sextante excluido		
Padecimientos intraorales y extraorales	Se valoran los padecimientos intraorales y extraorales de encías, paladar, carrillos, lengua, piso de boca, labios, maloclusión, bruxismo, articulación temporomandibular, cuello y otros de la o el paciente que acude a la consulta odontológica.		
Diagnóstico	Se registran los diagnósticos que se hayan detectado con la historia clínica y la realización del odontograma.		
Tratamiento	Se realiza un plan de tratamiento de acuerdo con los diagnósticos con los que cuenta la o el paciente y que se realizarán en este servicio.		
Otros	Se registra la interpretación de algún auxiliar diagnóstico que se le haya realizado a la o el paciente.		
Nombre y firma de la o el Cirujano Dentista	Se registra nombre y firma de la odontóloga o del odontólogo que realizó la evaluación del odontograma.		

ANEXO 11

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ODONTOLOGÍA

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS. LOS DATOS OBTENIDOS DE ESTE DOCUMENTO ESTÁN PROTEGIDOS POR LA LEY DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS.

1.- Yo, _____ identificado (a) como aparece al pie de mi firma, por medio del presente documento, en nombre propio o en mi calidad de representante legal de la o el paciente, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento al odontólogo (a) _____, en ejercicio legal de su profesión, practique el siguiente tratamiento odontológico y/o intervención quirúrgica a través de los siguientes procedimientos:

2.- El pronóstico del tratamiento a realizar es: Bueno: _____ Regular: _____ Malo: _____

3.- Asimismo quedan autorizados para llevar a cabo o solicitar la práctica de conductas a procedimientos odontológicos adicionales a los ya autorizados en el punto anterior, cuando el resultado del tratamiento así lo requiera.

4.- Se informará de la existencia de riesgos así:

a). Generales: _____

b) Específicos: _____

O de aquellos imprevisibles que por su misma característica no se puedan advertir razonablemente.

- 5.-** Como paciente o representante legal, declaro que conozco y comprendo en su totalidad la explicación antes dada y la posibilidad de que estos eventos se presenten en el desarrollo del curso del tratamiento y/o del postoperatorio y acepto todos los riesgos que con lleva los tratamientos a realizar. Acepto que la Odontología no es una ciencia exacta y que con la intervención autorizada se buscará la utilización de los medios idóneos para el caso y los resultados no dependerán exclusivamente del odontólogo (a).
- 6.-** Declaro que la información suministrada al odontólogo (a), con respecto a las condiciones de salud de la o el paciente son ciertas.
- 7.-** El consentimiento y autorización que anteceden han sido otorgadas previa evaluación que de la o el paciente ha hecho el odontólogo o la odontóloga con el objetivo de identificar sus condiciones clínico-patológicas y previas advertencias que el odontólogo (a) y/o estudiante ha hecho a la o el paciente y su representante legal con respecto a los riesgos. Declaro que he recibido amplios y satisfactorias explicaciones sobre el alcance de la intervención y que han sido aclaradas las dudas que he tenido y manifestado al respecto.
- 8.-** Otorgo mi consentimiento para que la anestesia que pueda llegar a requerirse sea administrada por parte del odontólogo (a) que tiene a su cargo la o el paciente. Autorizo para utilizar el tipo de anestesia que considere más aconsejable para el caso de acuerdo con los antecedentes del mismo y el tipo de intervención que he autorizado o eventualmente se requiera. Me han sido advertidos los riesgos que para el caso implicará la administración de ANESTESIA, de conformidad con la constancia que figura en la historia clínica. He recibido satisfactorias explicaciones a este respecto y las dudas que he tenido y manifestado me han sido aclaradas.
- 9.-** He recibido claras instrucciones en el sentido de que el consentimiento que otorgo mediante este documento puede ser revisado o dejado sin efecto por la simple decisión de la suscrita tomada antes de la intervención o realización del tratamiento.
- 10.-** La o el paciente debe cumplir las citas previstas para los controles en las condiciones asignadas por el profesional a cargo. El incumplimiento de las citadas condiciones exime al odontólogo (a) tratante, al servicio dental y a la Dirección de Servicios Médicos de la Cámara de Diputados, de las condiciones negativas que ello

produzca en el tratamiento. Certifico que el presente documento ha sido leído y aceptado por mí en su integridad.

**Por lo anterior acepto y firmo para dar constancia y efectos legales a que haya lugar.
Paciente, padre o tutor.**

Nombre completo: _____ Área de Adscripción: _____
Número de empleado: _____ Ext. _____ Fecha: _____
Identificación copia de credencial vigente.

FIRMA

DE NEGACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS

Yo _____ identificado con Credencial de Empleado de Cámara de Diputados o INE, número _____, actuando en nombre propio o como representante legal de la o el paciente _____, declaro que he sido informado (a) de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifesté de forma libre y consciente mi denegación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión. Procedimiento Denegado:

FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL ANEXO 11

SECCIÓN	DEBE ANOTAR
1.- Quien otorga el consentimiento y a quien se le otorga.	Se registra el nombre de la persona que otorga el consentimiento informado y en la siguiente línea el nombre de la odontóloga o del odontólogo a quien se otorga el consentimiento.
2.- Pronóstico.	Se marca con una X si el pronóstico para el tratamiento y la función a realizar es bueno, regular o malo.
3.- Procedimientos adicionales.	En este párrafo se especifica que quedan autorizados los odontólogos y las odontólogas para llevar a cabo o solicitar la práctica de procedimientos odontológicos adicionales a los ya autorizados en el punto anterior.
4.- Riesgos a) y b)	Se informa a las y los pacientes de la existencia de riesgos: a) Generales como hipotensión, hipoglucemia y ansiedad entre otros. b) Específicos como reacción a la anestesia, hemorragias, pérdida de continuidad, úlceras, etc.
5.- Conocimiento de riesgos.	Se hace constar que la o el paciente conoce y comprende en su totalidad la explicación de la o el odontólogo de los eventos que se pueden presentar en el desarrollo del curso del tratamiento y/o postoperatorio y acepta los riesgos que conlleva los tratamientos a realizar.
6.- Declaración.	Declara que la información suministrada a las y los dentistas, con respecto a sus condiciones de salud de la o el paciente, son ciertas.

SECCIÓN	DEBE ANOTAR
7.- Previa evaluación.	El consentimiento y autorización que anteceden han sido otorgados previa evaluación de la o el paciente con el objetivo de identificar sus condiciones clínico-patológicas.
8.- Anestesia.	En este apartado la o el paciente otorga su consentimiento para que se le administre la anestesia que pueda requerirse y la más aconsejable para el caso de acuerdo con los antecedentes de la o el paciente y el tipo de intervención. Además, se aclara que conoce los riesgos que implica dicha administración.
9.- Decisión.	Se menciona que la o el paciente puede dejar sin efecto este documento en el momento antes de la intervención o realización del tratamiento.
10.- Citas.	En este apartado se hace constar que la o el paciente debe cumplir con las citas previstas para los controles en las condiciones asignadas por el profesional a cargo. El incumplimiento de las citadas condiciones exime a la odontóloga u odontólogo tratante, al servicio dental y a la Dirección de Servicios Médicos de la Cámara de Diputados.
Aceptación del Consentimiento.	Se registra el nombre completo de la o el paciente que va a recibir la atención odontológica, el área de adscripción, número de empleada o empleado, extensión, fecha, copia de identificación de credencial vigente y firma.
Denegación de Consentimiento.	Se registra el nombre completo de la o el paciente o representante legal y número de empleada o empleado o identificación oficial vigente de cualquiera de los dos. Además, se agrega su firma.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL ANEXO 12

DICE	DEBE ANOTAR
CIRUJANO DENTISTA	Se registra el nombre de la odontóloga o del odontólogo que va a registrar sus atenciones otorgadas.
FECHA	Se registra la fecha, día, mes y año de las atenciones que se otorgaron.
NOMBRE	Se registra el nombre completo de la o del paciente a quien se otorgó la atención odontológica.
EDAD	Se registra la edad de la o el paciente que recibió la atención odontológica.
SEXO	Se registra F (femenino) o M (masculino) de acuerdo con sus características fenotípicas.
EXTENSIÓN	Se registra el número de extensión de la o el paciente que va a recibir la atención odontológica.
TIPO DE PACIENTE	Se marca con X en el tipo de paciente: diputado, diputada, beneficiario, beneficiaria, empleado, empleada y visitantes que va a recibir la atención odontológica.
NÚMERO DE ATENCIÓN	Se marca con una X en el número de atención de acuerdo con el año si es de primera vez con cita, subsecuente con cita o sin cita.
REFERIDO	Se marca con una X en caso de que la o el paciente haya sido referido del Servicio de Odontología a un servicio externo o de segundo nivel.
CONTRARREFERIDO	Se marca con una X en caso de que la o el paciente haya sido contrarreferido por un servicio externo o un segundo nivel.
DIAGNÓSTICO	Se registra el diagnóstico (s) de la o el paciente que se está atendiendo.

DICE	DEBE ANOTAR
FARMACOTERAPIA	Se marca con una X en caso de que se dé tratamiento farmacológico a la o el paciente.
ESQUEMA DE PREVENCIÓN	Se marca con una X en caso de que se realice profilaxis, aplicación de flúor o selladores o en los tres si es el caso.
RADIOGRAFÍAS	Se marca con una X en caso de que se tomen radiografías a la o el paciente.
ANESTESIA	Se marca con una X en caso de que se haya requerido anestesia para la atención de la o el paciente.
OBTURACIÓN	Se marca con una X de acuerdo con el tipo de obturación que se realice amalgama, resina o temporal.
EXODONCIA	Se marca con una X de acuerdo con el tipo de exodoncia que se realice ya sea temporal o permanente.
ENDODONCIA	Se marca con una X de acuerdo con el avance de la endodoncia ya sea en proceso o terminado.
PRÓTESIS	Se marca con una X de acuerdo con el tipo de prótesis total, fija o removible y una segunda marca X en si está en proceso la prótesis o terminada.
FIRMA DE LA O EL ODONTÓLOGO	Se registra la firma de la odontóloga o del odontólogo que atendió a las y los pacientes registrados.

ANEXO 13 FORMATO DE REGISTRO DE ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA DE URGENCIAS

DATOS DEL SERVICIO	FECHA	DIA	MES	AÑO	DÍA DE LA SEMANA	L	M	M	J	V	S	D	CRONOMETRÍA						
													HORA LLAM.	HORA ARRIBO	HORA TRAS.	HORA HOSP.	HORA S.M.		
	MOTIVO DE LA ATENCIÓN:														<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> TRAUMATISMO <input type="checkbox"/> GINECO OBSTETRICO <input type="checkbox"/> OTRO				
	UBICACIÓN DEL SERVICIO:														OTRO ESPECIFIQUE _____				
	EDIFICIO _____ NIVEL _____ ALA _____ OFNA. _____														ENTRE _____ Y _____				
	CALLE _____														DEM. O MUNICIPIO _____				
	LUGAR DE OCURRENCIA: HOGAR _____ V. PÚBLICA _____ TRABAJO _____ ESCUELA _____ RECREACIÓN/DEPORTE _____ TRANSP. PCO. _____ OTRA _____																		
UNIDAD	ECONÓMICO _____ OPERADOR _____														PRESTADORES DE SERVICIO _____				
PACIENTE	NOMBRE _____ MASC. _____ FEM. _____ EDAD _____ DIP. _____ FAM. DIP. _____ EMP. _____ OTRO _____														TEL. _____				
	DOMICILIO: _____														DERECHOABIENTE A _____ COMPAÑÍA DE SEGURO DE GASTOS MEDICOS _____				
CAUSA TRAUMÁTICA	AGENTE CAUSAL																		
	<input type="checkbox"/> ARMA <input type="checkbox"/> JUGUETE <input type="checkbox"/> AUTOMOTOR ESPECIFIQUE _____			<input type="checkbox"/> MAQUINARIA <input type="checkbox"/> HERRAMIENTA <input type="checkbox"/> FUEGO			<input type="checkbox"/> ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> EXPLOSIÓN <input type="checkbox"/> SER HUMANO			<input type="checkbox"/> BICICLETA <input type="checkbox"/> SUSTANCIA CALIENTE <input type="checkbox"/> ANIMAL			<input type="checkbox"/> PRODUCTO BIOLÓGICO <input type="checkbox"/> SUSTANCIA TÓXICA <input type="checkbox"/> OTRO			LESIONES CAUSADAS POR _____			
CAUSA CLÍNICA	ORIGEN PROBABLE																		
	<input type="checkbox"/> NEUROLÓGICA <input type="checkbox"/> CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> RESPIRATORIO ESPECIFIQUE _____			<input type="checkbox"/> DIGESTIVA <input type="checkbox"/> UROGENITAL <input type="checkbox"/> GINECO OBSTÉTRICA			<input type="checkbox"/> MÚSCULO ESQUELÉTICO <input type="checkbox"/> INFECCIOSA <input type="checkbox"/> ONCOLÓGICO			<input type="checkbox"/> METABÓLICO <input type="checkbox"/> PSICO-EMOTIVA <input type="checkbox"/> OTRO			1ª. VEZ _____ SUBSECUENTE _____						
PARTO	PRODUCTO: <input type="checkbox"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO														SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO				
														APGAR: 1 MIN. <input type="text"/> <input type="text"/> 5 MIN. <input type="text"/> <input type="text"/> 10 MIN. <input type="text"/> <input type="text"/>					
EVALUACIÓN INICIAL	NIV. DE CONSCIENCIA				V. AEREA				REF. DEGLUCIÓN										
	<input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> RESPUESTA A EST. VERBAL <input type="checkbox"/> RESPUESTA A EST. DOLOROSO <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE				<input type="checkbox"/> PERMEABLE <input type="checkbox"/> COMPROMETIDA				<input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> PRESENTE										
	PULSO				CIRCULACIÓN				PIEL				CARACT.						
	<input type="checkbox"/> CAROTÍDEO <input type="checkbox"/> RADIAL <input type="checkbox"/> PARO CARDIORRESP.				<input type="checkbox"/> RÁPIDO <input type="checkbox"/> LENTO <input type="checkbox"/> RÍTMICO <input type="checkbox"/> ARRÍTMICO				<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> PÁLIDA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA				<input type="checkbox"/> CALIENTE <input type="checkbox"/> FRÍA <input type="checkbox"/> DIAFORÉTICA						
					INSPECCIÓN					VENTILACIÓN									
					<input type="checkbox"/> AUTOMATISMO REG. <input type="checkbox"/> AUTOMATISMO IRREG. <input type="checkbox"/> VENTILACIÓN RÁPIDA <input type="checkbox"/> VENT. SUPERFICIAL <input type="checkbox"/> APNEA					<input type="checkbox"/> AUSCULTACIÓN <input type="checkbox"/> RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES <input type="checkbox"/> RUIDOS RESPIRATORIOS DISMINUIDOS <input type="checkbox"/> RUIDOS RESPIRATORIOS AUSENTES HEMITORAX <input type="checkbox"/> IZQ. <input type="checkbox"/> DER.					SITO				
										<input type="checkbox"/> APICAL <input type="checkbox"/> BASE									

EXPLORACIÓN FÍSICA	
DEFORMIDADES (D)	
CONTUSIONES (CO)	
ABRASIONES (A)	
HERIDAS PENETRANTES (P)	
MOV. PARADÓJICOS (MP)	
CREPITACIÓN (C)	
HERIDA (H)	
FRACTURA (F)	
ENFISEMA SUBCUTANEO (ES)	
QUEMADURAS (Q)	
LACERACIONES (L)	
EDEMA (E)	
ALT. DE SENSIBILIDAD (AS)	
ALT. DE MOVILIDAD (AM)	
DOLOR (DO)	
OTRO (O):	

PUPILAS

		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

SIGNOS VITALES Y MONITOREO										
HORA	FR	FC	TAS	TAD	SpO2%	TEMP	GLUC	EKG	GLASGOW	NEUROLÓGICO
										A V D I
										A V D I
										A V D I

INTERROGATORIO

SIGNOS Y SINT. _____

ALERGIAS _____

MEDICACIÓN _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS _____

ALIMENTO PREVIO _____

EVENTOS PREVIOS RELACIONADOS _____

HIPÓTESIS DIAGNOSTICA _____

CONDICIÓN DEL PACIENTE				PRIORIDAD DEL PACIENTE																																									
CRITICO	NO CRITICO	INESTABLE	ESTABLE	ROJO	AMARILLO	VERDE	NEGRO																																						
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:50%;">ASISTENCIA VENT.</th> <th style="width:50%;">O2 TERAPIA</th> </tr> <tr> <td>B-V-M</td> <td>PUNTAS NAALES</td> </tr> <tr> <td>VÁLVULA DE DEMANDA</td> <td>MASCARILLA SIMPLE</td> </tr> <tr> <td>VENTILADOR</td> <td>MASCARILLA C/ RES.</td> </tr> <tr> <td>FREC. VOL.</td> <td>MASCARILLA VENT.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>LTS/MIN.</td> </tr> </table>		ASISTENCIA VENT.	O2 TERAPIA	B-V-M	PUNTAS NAALES	VÁLVULA DE DEMANDA	MASCARILLA SIMPLE	VENTILADOR	MASCARILLA C/ RES.	FREC. VOL.	MASCARILLA VENT.		LTS/MIN.	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:100%;">DESCOMPRESIÓN</th> </tr> <tr> <td>HEMITORAX DER.</td> </tr> <tr> <td>HEMITORAX IZQ.</td> </tr> </table>		DESCOMPRESIÓN	HEMITORAX DER.	HEMITORAX IZQ.	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:100%;">HEMOSTASIA</th> </tr> <tr> <td>PRESIÓN DIRECTA</td> </tr> <tr> <td>PRESIÓN INDIRECTA</td> </tr> <tr> <td>GRAVEDAD</td> </tr> <tr> <td>VENDAJE COMPRESIVO</td> </tr> <tr> <td>CRIOTERAPIA</td> </tr> <tr> <td>PNA (MAST)</td> </tr> </table>		HEMOSTASIA	PRESIÓN DIRECTA	PRESIÓN INDIRECTA	GRAVEDAD	VENDAJE COMPRESIVO	CRIOTERAPIA	PNA (MAST)	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:100%;">ACCESO I.V.</th> </tr> <tr> <td>CATÉTER #</td> </tr> <tr> <td>CATÉTER #</td> </tr> <tr> <td>SITIO DE APLIC.</td> </tr> <tr> <td>MANO</td> </tr> <tr> <td>P. ANTEROCUBITAL</td> </tr> <tr> <td>INTRA ÓSEA</td> </tr> <tr> <td>OTRA</td> </tr> </table>		ACCESO I.V.	CATÉTER #	CATÉTER #	SITIO DE APLIC.	MANO	P. ANTEROCUBITAL	INTRA ÓSEA	OTRA	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:100%;">SOLUCIONES</th> </tr> <tr> <td>HARTMANN</td> </tr> <tr> <td>NACL 0.9%</td> </tr> <tr> <td>MIXTA</td> </tr> <tr> <td>GLUCOSA</td> </tr> <tr> <td>OTRA</td> </tr> </table>		SOLUCIONES	HARTMANN	NACL 0.9%	MIXTA	GLUCOSA	OTRA
ASISTENCIA VENT.	O2 TERAPIA																																												
B-V-M	PUNTAS NAALES																																												
VÁLVULA DE DEMANDA	MASCARILLA SIMPLE																																												
VENTILADOR	MASCARILLA C/ RES.																																												
FREC. VOL.	MASCARILLA VENT.																																												
	LTS/MIN.																																												
DESCOMPRESIÓN																																													
HEMITORAX DER.																																													
HEMITORAX IZQ.																																													
HEMOSTASIA																																													
PRESIÓN DIRECTA																																													
PRESIÓN INDIRECTA																																													
GRAVEDAD																																													
VENDAJE COMPRESIVO																																													
CRIOTERAPIA																																													
PNA (MAST)																																													
ACCESO I.V.																																													
CATÉTER #																																													
CATÉTER #																																													
SITIO DE APLIC.																																													
MANO																																													
P. ANTEROCUBITAL																																													
INTRA ÓSEA																																													
OTRA																																													
SOLUCIONES																																													
HARTMANN																																													
NACL 0.9%																																													
MIXTA																																													
GLUCOSA																																													
OTRA																																													
MANEJO FARMACOLÓGICO Y TERAPIA ELÉCTRICA																																													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;">HORA</th> <th style="width:30%;">MEDICAMENTO</th> <th style="width:20%;">DOSIS</th> <th style="width:15%;">VÍA</th> <th style="width:25%;">TERAPIA ELÉCTRICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>								HORA	MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA	TERAPIA ELÉCTRICA																																	
HORA	MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA	TERAPIA ELÉCTRICA																																									
RCP BÁS.		RCP AVANZADA		INMOV. DE EXTREMIDADES																																									
EMPAQUETAMIENTO		CUARACIÓN		VENDAJE																																									
OTRO MANEJO _____																																													

TRASLADO AL SERV MÉDICO DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS SI NO INSTITUCIÓN A LA QUE SE TRASLADA EL PX. _____

OBSERVACIONES

TRASLADO	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-----------------	---

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL ANEXO 13

DICE	DEBE ANOTAR
DATOS DEL SERVICIO	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha comenzando por día, mes y año. • Se coloca una X en el día de la semana que corresponda. En cronometría se va marcando la hora de llamada, hora de arribo, hora de traslado, hora hospitalaria y hora servicio médico. • Se coloca una X el motivo de atención que puede ser enfermedad, traumatismo, gineco obstétrico u otro. Se coloca el edificio, nivel, ala, oficina u otro en caso de la ubicación del servicio. En caso de que se atienda a pie de calle se anota el nombre de la calle, entre que calles se encuentra, colonia, alcaldía o municipio. • Lugar de ocurrencia se pone una X en hogar, vía pública, trabajo, escuela, recreación/deporte, transporte público u otra.
UNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • El nombre de la operadora, del operador y/o prestadores de la atención prehospitalaria.
PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • El nombre de la o el paciente que recibe la atención. • Se coloca una X en masculino o femenino. • Se anota la edad de la o el paciente a dos dígitos. • Se coloca una X en el tipo de paciente que corresponda: diputado, diputada, familiar de diputado o de diputada, empleado, empleada u otro. • Se anota el domicilio de la o el paciente y su número de teléfono. • Se anota la ocupación y si cuenta con derechohabencia o compañía de seguro de gastos médicos.
CAUSA TRAUMÁTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar con una X el agente causal en caso de que la atención sea traumática: arma, maquinaria, electricidad, bicicleta, producto biológico, juguete, herramienta, explosión, sustancia caliente, sustancia tóxica, automotor, fuego, ser humano, animal u otro.
CAUSA CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar con una X en el origen probable: neurológica, cardiovascular, respiratorio, digestiva, urogenital, gineco obstétrica, músculo esquelético, infecciosa, oncológico, metabólico, psico-emotiva u otra. Además, con una X se tacha en primera vez o subsecuente.
PARTO	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar una X en producto vivo o muerto. • Se coloca una X en sexo masculino o femenino. • Se coloca un número en APGAR de un minuto, cinco minutos y 10 minutos.

DICE	DEBE ANOTAR
EVALUACIÓN INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar una X en nivel de consciencia: consciencia, respuesta a estímulo verbal, respuesta a estímulo doloroso o inconsciente. • Se coloca una X en vía aérea: permeable o comprometida. • Se coloca una X en reflejo de deglución: ausente o presente. • Se coloca una X en pulso: carotideo, radial o paro cardiorespiratorio. • Se coloca una X en calidad de circulación: rápido, lento, rítmico, arrítmico. • Se coloca una X en piel: normal, pálida o cianótica. • Se coloca una X en características de la piel: caliente, fría o diaforética. • Se coloca una X en inspección de ventilación: automatismo regular, irregular, ventilación rápida, ventilación superficial o apnea. • Se coloca una X en auscultación de ventilación: ruidos respiratorios normales, disminuidos, ausentes. • Se coloca una X en hemitórax en caso de que sea izquierdo o derecho. • Se coloca una X en caso de que sea apical o en la base.
EVALUACIÓN SECUNDARIA	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar una X en exploración física en caso de: deformidades, contusiones, abrasiones, heridas penetrantes, movimientos paradójicos, crepitación, herida, fractura, enfisema subcutáneo, quemaduras, laceraciones, edema, alteraciones de sensibilidad, alteraciones de movilidad, dolor u otro.
SIGNOS VITALES Y MONITOREO	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar en signos vitales y monitoreo por hora: frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, tensión arterial sistólica, tensión arterial diastólica, saturación de oxígeno, temperatura, glucosa, electrocardiograma y Glasgow. Además de colocar una X en neurológico.
INTERROGATORIO	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar con letra: Signos y síntomas, alergias, medicación, antecedentes patológicos, alimento previo, eventos previos relacionados, hipótesis diagnóstica.
CONDICIÓN DEL PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar con una X de acuerdo con la condición de la o el paciente: crítico, no crítico, inestable o estable.

DICE	DEBE ANOTAR
PRIORIDAD DEL PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> Colocar una X en prioridad de la o el paciente: rojo, amarillo, verde o negro.
MANEJO	<ul style="list-style-type: none"> Colocar una X en asistencia ventilatoria de acuerdo con lo que corresponda. Se coloca una X en oxigenoterapia si ocupa: puntas nasales, mascarilla simple, mascarilla con reservorio o mascarilla ventilatoria y litros por minuto. Se coloca una X en descompresión: hemitórax derecho o izquierdo. Se coloca una X en tipo de hemostasia: presión directa, indirecta, gravedad, vendaje compresivo o crioterapia. Se coloca una X en acceso intravenoso: Catéter y se coloca el número. Se coloca una X en soluciones: Hartman, salina, mixta, glucosa u otro. Se coloca con letra X en manejo farmacológico y terapia eléctrica: hora, medicamento, dosis, vía y terapia eléctrica.
TRASLADO	<ul style="list-style-type: none"> Colocar una X en caso de que se realice traslado al Servicio Médico de la Cámara de Diputados. Y se coloca con letra la institución a la que se trasladará al paciente en caso necesario. Se coloca cualquier detalle en el rubro de observaciones.
MATERIAL UTILIZADO	<ul style="list-style-type: none"> Colocar una X en caso de consumo de material: sonda de aspiración, puntas nasales, mascarilla, catéter, venoset, jeringas, abatelenguas, guantes, tela adhesiva, vendas de 5cm o 10 cm. Colocar una X en consumo intermedio: tubo endotraqueal, mascarilla pediátrica, mariposa, microgotero o jeringa insulina, clamps umbilicales, aluminio 50 x 50. Colocar una X en caso de consumo avanzado: tubo endotraqueal 3 o 4, trocar torácico 14 o 18, electrodos adultos o electrodos adultos. Colocar una X en soluciones u otros materiales: solución cloruro de sodio, Hartman o glucosa 5 %.
NEGATIVA DE TRATAMIENTO/TRASLADO	<ul style="list-style-type: none"> Colocar nombre y firma de la o el paciente y una o un testigo en caso de que la o el paciente se niegue al tratamiento o traslado.
ENTREGA DE PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> Colocar nombre y firma de la o el paciente en caso de su entrega, así como de la médica o el médico que recibe.

ANEXO 14

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE RADIOGRAFÍA SIMPLE

Nombre y apellidos de la o el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Identificación de la o el paciente que se adjunta al presente: _____

¿Qué son las radiografías simples o rayos X?

Son exámenes paraclínicos, no invasivos, que ayudan a las y los médicos a diagnosticar y tratar diferentes condiciones médicas de los pacientes.

¿Para qué sirven?

Permiten que las y los médicos obtengan información adicional para la toma de decisiones terapéuticas, son coadyuvantes del diagnóstico clínico respecto de afecciones, como fracturas óseas, incongruencias articulares, enfermedades pulmonares, cálculos renales o vesiculares, alteraciones de la distribución del gas intestinal, y muchos otros padecimientos, utilizando una fuente controlada de radiaciones ionizantes que traspasan el cuerpo para obtener imágenes sin producir dolor y que es enviada a un ordenador que la traduce en una imagen digital.

¿Qué es la radiación ionizante?

Es la radiación que emiten los equipos de rayos X; una radiografía simple utiliza una pequeña cantidad de este tipo de radiación, la cual, es equivalente a la que todos recibimos de la atmósfera durante un periodo de dos o tres días.

Es importante señalar que **las pacientes que están o sospechan que puedan estar embarazadas, deben informarlo a las y los médicos radiólogos o a las y los técnicos radiólogos que le atienden antes de la realización del examen, quien le explicará los riesgos, beneficios y en caso de existir otra alternativa diagnóstica, sugerirla.**

Si es imprescindible tomar las radiografías, se explicará este hecho y el estudio se realizará cubriendo el abdomen y la pelvis con un delantal de plomo ya que el feto es más sensible a la radiación especialmente durante la embriogénesis (primeras 12 semanas de embarazo).

Es importante informar, que debido a que las radiografías son imágenes bidimensionales (2D), y que el cuerpo humano es tridimensional (3D), en la interpretación de las imágenes radiográficas pueden existir fracturas no visibles, lo que puede deberse a inflamación o hemorragia de los tejidos blandos alrededor de la fractura o bien, debido a que no presentan desplazamiento ni alteraciones significativas en la estructura ósea.

Marque con una cruz

¿Comprendí la información antes descrita? Sí _____ No _____
¿Estoy embarazada? Sí _____ No _____ No aplica _____
¿Acepto la realización de radiografías? Sí _____ No _____

Nombre completo y firma de quien autoriza la toma de rayos X simples

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL ANEXO 14

DICE	DEBE ANOTAR
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA O EL PACIENTE	Nombre y apellidos de la o el paciente completos.
FECHA DE NACIMIENTO	Fecha de nacimiento con día, mes y año.
EDAD	Colocar edad en años de la o el paciente.
IDENTIFICACIÓN DE LA O EL PACIENTE QUE SE ADJUNTA AL PRESENTE	Adjuntar foto de la credencial con la que se identifique la o el paciente (Credencial para votar Instituto Nacional Electoral o Credencial de Cámara)
¿COMPREDÍ LA INFORMACIÓN ANTES DESCRITA?	Marcar con una cruz en SÍ o NO se comprendió la información del consentimiento.
¿ESTOY EMBARAZADA?	Marcar con una cruz en SÍ o NO se encuentra embarazada.
¿ACEPTO LA REALIZACIÓN DE RADIOGRAFÍAS?	Marcar con una cruz en SÍ o NO acepta las radiografías.
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA LA TOMA DE RAYOS X SIMPLES	Colocar el nombre completo y firma de quien autoriza la toma de rayos X simples.

**ANEXO 15
LISTADO DE MEDICINAS Y PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, MATERIALES,
SUMINISTROS MÉDICOS Y DENTALES CADUCOS**

MEDICAMENTO				
Descripción completa	Nombre Genérico	Unidad de Medida	Cantidad	Observaciones

MATERIAL SERVICIO MÉDICO Y DENTAL					
Descripción completa	Marca	Unidad de Medida	Lote	Cantidad	Observaciones

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL ANEXO 15

MEDICAMENTOS

DICE	DEBE ANOTAR
DESCRIPCIÓN COMPLETA	Nombre comercial del medicamento, presentación, vía administración y contenido.
NOMBRE GENÉRICO	Nombre genérico del medicamento.
UNIDAD DE MEDIDA	Presentación del medicamento (caja con contenido, pieza, etc.).
CANTIDAD	Cantidad de medicamento caduco.
OBSERVACIONES	Colocar alguna observación del medicamento.

MATERIAL SERVICIO MÉDICO Y DENTAL

DICE	DEBE ANOTAR
DESCRIPCIÓN COMPLETA	Nombre completo del material, presentación y contenido.
MARCA	Nombre de la marca del material que se describe.
UNIDAD DE MEDIDA	Presentación del material (caja con contenido, pieza, etc.).
LOTE	Lote del material solicitado.
CANTIDAD	Cantidad de material caduco.
OBSERVACIONES	Se coloca alguna observación del material caduco.

**ANEXO 16
ANEXO TÉCNICO**

Partida presupuestal	Clave SAF Auxiliar	Partida	Descripción	Cantidad	Marca	Presentación

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL ANEXO 16

DICE	DEBE ANOTAR
PARTIDA PRESUPUESTAL	Colocar la partida presupuestal del medicamento, producto o material que se solicita de acuerdo con el Catálogo de Artículos vigente de la Cámara de Diputados.
CLAVE SAF AUXILIAR	Registrar la clave SAF auxiliar del medicamento, producto o material que se solicita de acuerdo con el Catálogo de Artículos vigente de la Cámara de Diputados.
PARTIDA	Registrar la partida del medicamento, producto o material que se solicita.
DESCRIPCIÓN	Registrar el nombre del medicamento, producto o material que se solicita.
CANTIDAD	Registrar la cantidad de medicamento, producto o material que se solicita.
MARCA	Registrar la marca del medicamento, producto o material que se solicita.
PRESENTACIÓN	Registrar la presentación que se requiere del medicamento, producto o material solicitado.

**ANEXO 17
BITÁCORA DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS DE GENERACIÓN**

BITÁCORA DE RESIDUOS PELIGROSOS					
GENERACIÓN					
No.	TIPO DE RESIDUO	CANTIDAD GENERADA (kg)	ÁREA DE GENERACIÓN (Consultorio)	NOMBRE Y FIRMA DEL RECOLECTOR	FECHA DE SALIDA

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL ANEXO 17

DICE	DEBE ANOTAR
No.	Colocar el número consecutivo de registro.
TIPO DE RESIDUO	Colocar el número que corresponda de acuerdo con el tipo de residuo: 1.- Sangre líquida. 2.- Agentes infecciosos. 3.- Patológicos sólidos. 4.- Tejidos no anatómicos o 5.- Punzocortantes.
CANTIDAD GENERADA (kg)	Pesar los residuos peligrosos biológico-infecciosos y registrar en kilogramos (kg).
ÁREA DE GENERACIÓN (Consultorio)	Colocar el área o consultorio donde se generan los residuos peligrosos biológico-infecciosos.
NOMBRE Y FIRMA DEL RECOLECTOR	Registrar el nombre y firma de la persona que haya hecho la recolección de los residuos peligrosos biológico-infecciosos.
FECHA DE SALIDA	Registrar la fecha del día de la recolección de los residuos peligrosos biológico-infecciosos.

ANEXO 18
BITÁCORA RESIDUOS PELIGROSOS ALMACÉN TEMPORAL

ALMACENAMIENTO TEMPORAL					
No.	FECHA DE INGRESO	CANTIDAD RECIBIDA (kg)	NOMBRE Y FIRMA RECEPTOR EN ALMACÉN	FECHA DE SALIDA	FOLIO DEL MANIFIESTO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL ANEXO 18

DICE	DEBE ANOTAR
No.	Colocar el número consecutivo de registro.
FECHA DE INGRESO	Registrar la fecha de ingreso al almacén temporal.
CANTIDAD RECIBIDA (kg)	Registrar el peso del residuo peligroso biológico infeccioso que se está recibiendo de acuerdo con la etiqueta.
NOMBRE Y FIRMA RECEPTOR EN ALMACÉN	Registrar el nombre y firma de la persona que recibe en el almacén temporal.
FECHA DE SALIDA	Registrar la fecha cuando la empresa externa hace la recolección.
FOLIO DEL MANIFIESTO	Registrar el número de folio del manifiesto que nos deja la empresa externa cada mes.

ANEXO 19 CONSTANCIA MÉDICA

Palacio Legislativo, a _____ de _____ de _____.

DGSD/DSM/CM folio: _____

**MESA DIRECTIVA
CÁMARA DE DIPUTADOS
PRESENTE**

El que suscribe, médico adscrito a la Dirección de Servicios Médicos de la Cámara de Diputados, hace constar que el C. Diputado (a) _____ presentó a esta Dirección de Servicios Médicos, justificante médico emitido por el Dr. (a) _____ con cédula profesional expedida por la Dirección General de Profesiones Núm. _____ quien informa la alteración del estado de salud del C. Diputado (a) mencionado, ocurrida el (los) día (s) _____ del mes de _____ del año _____.

Lo anterior para los efectos establecidos en el Reglamento de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión vigentes.

ATENTAMENTE

Dr. (a) _____
Cédula profesional Núm. _____
Firma: _____

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL ANEXO 19

SECCIÓN	DEBE ANOTAR
FECHA DE INGRESO	Registrar la fecha de ingreso.
NÚMERO	Registrar el número.
NOMBRE DIPUTADA (O)	Registrar el nombre
NOMBRE DEL MÉDICO	Registrar el nombre de la médica o del médico tratante.
NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL	Registrar la cédula profesional de la médica o del médico tratante.
DÍAS	Registrar los días del mes que se van a justificar.
MES	Registrar el mes de las fechas a justificar.
AÑO	Registrar el año de las fechas a justificar.
NOMBRE, CEDULA PROFESIONAL Y FIRMA	Registrar nombre de la persona titular de la Dirección de Servicios Médicos o en su ausencia, el de la o el titular de la Subdirección Médica o médicos o médicas de la Dirección de Servicios Médicos, con cédula profesional y firma.

VI. AUTORIZACIONES Y REGISTRO

Se autoriza el Manual de Procedimientos de Servicios Médicos de la Dirección General de Servicios a Diputados y queda sin efectos el Manual de Procedimientos para el Servicio de Atención Médica de fecha 17 de diciembre de 2007.

Palacio Legislativo de San Lázaro a 8 de julio de 2025.

Elaboró: **Roberto Carlos Gutiérrez Zamora**, Director de Servicios Médicos. - Rúbrica. Autorizó: **Arturo Alejandro Luna Silva**, Director General de Servicios a Diputados. - Rúbrica. Validó: **Aliza Klip Moshinsky**, Secretaria de Servicios Administrativos y Financieros. - Rúbrica. Conformidad: **Mauricio Farah Gebara**, Secretario General. - Rúbrica. Registra: Registrado con el número MP/SSAF/DGSD/DSM/2025-07-10 con fecha 10/07/2025. **Andrés Lozano Lozano**. Contraloría Interna. - Rúbrica.

Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, LXVI Legislatura**Junta de Coordinación Política**

Diputados: Ricardo Monreal Ávila, presidente; José Elías Lixa Abimerhi, PAN; Carlos Alberto Puente Salas, PVEM; Reginaldo Sandoval Flores, PT; Rubén Ignacio Moreira Valdez, PRI; Ivonne Aracely Ortega Pacheco, MOVIMIENTO CIUDADANO.

Mesa Directiva

Diputados: Sergio Carlos Gutiérrez Luna, presidente; vicepresidentes, María de los Dolores Padierna Luna, MORENA; Kenia López Rabadán, PAN; María Luisa Mendoza Mondragón, PVEM; secretarios, Julieta Villalpando Riquelme, MORENA; Alan Sahir Márquez Becerra, PAN; Nayeli Arlen Fernández Cruz, PVEM; José Luis Montalvo Luna, PT; Fuensanta Guadalupe Guerrero Esquivel, PRI; Laura Iraís Ballesteros Mancilla, MOVIMIENTO CIUDADANO.

Secretaría General**Secretaría de Servicios Parlamentarios****Gaceta Parlamentaria de la Cámara de Diputados**

Director: Juan Luis Concheiro Bórquez, **Edición:** Casimiro Femat Saldívar, Ricardo Águila Sánchez, Antonio Mariscal Pioquinto.

Apoyo Documental: Dirección General de Proceso Legislativo. **Domicilio:** Avenida Congreso de la Unión, número 66, edificio E, cuarto nivel, Palacio Legislativo de San Lázaro, colonia El Parque, CP 15969. Teléfono: 5036 0000, extensión 54046. **Dirección electrónica:** <http://gaceta.diputados.gob.mx/>