MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

ENERO 2025

CONTENIDO

1 INTRODUCCIÓN 3
2 OBJETIVO DEL MANUAL 4
3 MARCO JURÍDICO 5
4 PROCEDIMIENTOS 21
4.1. PROCEDIMIENTO PARA LA ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO 22
4.2. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS 55
4.3. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO DE TRABAJO SOCIAL 84
4.4. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE CARTA COMPROMISO 102
4.5. PROCEDIMIENTO PARA LA RECLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA 123
4.6. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE VISITA DOMICILIARIA 141
4.7. PROCEDIMIENTO PARA LA PROMOCIÓN DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS 177
4.8. PROCEDIMIENTO PARA LA COORDINACIÓN CON INSTITUCIONES-DE ASISTENCIA SOCIAL 191
4.9. PROCEDIMIENTO PARA LA EDUCACIÓN CONTINUA EN TRABAJO SOCIAL 204

1 INTRODUCCIÓN

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 19 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y al Artículo 16 fracción XIV del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, se ha elaborado el presente manual de procedimientos del Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, en razón de la importancia de contar con herramientas administrativas vigentes que permitan desarrollar eficientemente las atribuciones, funciones y actividades asignadas.

El manual de procedimientos tiene como finalidad servir como instrumento de consulta para las personas servidoras públicas del Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez interesados en los procedimientos que ejecuta esta área para otorgar atención a los usuarios.

La descripción de los procedimientos que se llevan a cabo en el presente manual coadyuva permanentemente para que el personal adscrito a este departamento conozca e identifique en forma sistemática y estandarizada el conjunto de actividades que se realizan durante el control y la operación de sus funciones.

La difusión del manual se realizará por medio de correo electrónico al personal adscrito al Departamento de Trabajo Social y estará disponible para su consulta permanente en la página de la normateca institucional:

http://www.innn.salud.gob.mx/interna/transparencia/normateca.html

Las personas servidoras públicas que laboran en el Instituto serán los responsables de garantizar y vigilar la correcta aplicación del presente manual.

En este contexto, el manual constituye un instrumento administrativo que servirá como guía metodológica para el desarrollo de las funciones y en la medida que se mejore o actualice se promoverá la eficiencia y calidad en los servicios prestados por el área.

Se destaca que es responsabilidad del personal adscrito al Departamento de Trabajo Social realizar las actividades transversales de su competencia enunciadas en la normatividad aplicable que requieran su intervención, por solicitud hacia la persona titular del Departamento de Trabajo Social

2 OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer los procedimientos, políticas y normas necesarias para orientar y facilitar el desarrollo de las actividades encomendadas y servir como instrumento de consulta para los servidores públicos en relación con cada uno de los pasos que deben seguirse y las áreas que participan en cada una de las actividades desarrolladas por el Departamento de Trabajo Social.

3 MARCO JURÍDICO[1]

Normas Jurídicas, que en su conjunto establecen la creación, organización, competencias, funciones y atribuciones del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez; además de todas aquellas disposiciones que permiten el cumplimiento y alcance de la Misión y Visión Institucional.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
DOF 05/02/1917 y sus reformas.

- **Tratados Internacionales**

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos en la agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas.
25/09/2015

- **Normas**

Leyes

Ley General de Salud.
DOF 07/02/1984

Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción.
DOF 18/07/2016

Ley General de Responsabilidades Administrativas.
DOF 18/07/2016

Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.
DOF 13/03/2002

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
DOF 01/02/2007

Ley General de Archivos.
DOF 15/06/2018

Ley General de Bibliotecas.
DOF 01/06/2021

Ley General de Bienes Nacionales.
DOF 20/05/2004

Ley General de Contabilidad Gubernamental.
DOF 31/12/2008

[1] Ultima actualización en la página http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley.htm

Ley General de Educación.
DOF 30/09/2019

Ley General de Mejora Regulatoria.
DOF 18/05/2018

Ley General de Protección Civil.
DOF 06/06/2012

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.
DOF 26/01/2017

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
DOF 04/05/2015

Ley General de Sociedades Mercantiles.
DOF 04/08/1934

Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.
DOF 28/01/1988

Ley General Para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
DOF 30/05/2011

Ley General Para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.
DOF 02/08/2006

Ley General Para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos.
DOF 08/10/2003

Ley General para la Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.
DOF 26/01/2017

Ley Federal de Austeridad Republicana.
DOF 19/11/2019

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
DOF 14/05/1986

Ley Federal de Procedimiento Administrativo.
REF 18/05/2018

Ley Federal de Remuneraciones de los Servidores Públicos.
DOF 19/05/2021

Ley Federal de Derechos.
DOF 31/12/1981

Ley Federal de Deuda Pública.
DOF 31/12/1976
REF 30/01/2018

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado "B" del Artículo 123 Constitucional.
DOF 28/12/1963

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
DOF 30/03/2006

Ley Federal de Protección al Consumidor.
DOF 24/12/1992

Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo.
DOF 01/12/2005

Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado.
DOF 31/12/2004

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
DOF 09/05/2016

Ley Federal del Derecho de Autor.
DOF 24/12/1996

Ley Federal del Trabajo.
DOF 01/04/1970

Ley Federal Para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público.
DOF 09/12/2002

Ley Federal Para Prevenir y Eliminar la Discriminación.
DOF 11/06/2003

Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio Fiscal

Ley de Egresos de la Federación para el ejercicio Fiscal

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.
DOF 26/05/2000

Ley de Planeación.
DOF 05/01/1983

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
DOF 29/12/1976

Ley de Adquisiciones, Arrendamiento y Servicios del Sector Público.
DOF 04/01/2000

Ley de Amparo, Reglamentaria de los Artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
DOF 02/04/2013

Ley de Asistencia Social.
DOF 02/09/2004

Ley de Asociaciones Público-Privadas.
DOF 16/01/2012

Ley General en material de Humanidades, Ciencias, Tecnologías e Innovación.
DOF 08/05/2023

Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados.
DOF 18/03/2005

Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.
DOF 18/07/2016

Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.
DOF 04/04/2013

Ley de la Comisión Nacional de los Derecho Humanos.
DOF 29/06/1992

Ley de los Derechos de las personas adultas mayores
DOF 25/06/2002

Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.
DOF 23/05/1996

Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.
DOF 04/01/2000

Ley de Premios, Estímulos y Recompensas Civiles.
DOF 31/12/1975

Ley de Tesorería de la Federación.
DOF 30/12/2015

Ley del Diario Oficial de la Federación y Gacetas Gubernamentales.
DOF 24/12/1986

Ley del Impuesto al Valor Agregado.
DOF 29/12/1978

Ley del Impuesto Especial Sobre Producción y Servicios.
DOF 30/12/1980

Ley del Impuesto Sobre la Renta.
DOF 11/12/2013

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
DOF 31/03/2007

Ley Orgánica del Tribunal Federal de Justicia Administrativa.
DOF 18/07/2016

Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, relativo al Ejercicio de las Profesiones en la Ciudad de México.
DOF 26/05/1945

Códigos

Código Civil Federal.
DOF 26/05/1928

Código Nacional de Procedimientos Penales.
DOF 05/03/2014

Código Federal de Procedimiento Civiles.
DOF 24/02/1943

Código Penal Federal.
DOF 14/08/1931

Código Fiscal de la Federación.
DOF 31/12/1981

Código de Comercio.
DOF Del 07/10 al 13/12/1889

Reglamentos

Reglamento de Insumos para la Salud.
DOF 04/02/1998

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
DOF 28/07/2010

Reglamento de la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados.
DOF 19/03/2008

Reglamento de la Ley de Impuesto al Valor Agregado.
DOF 04/12/2006

Reglamento de la Ley de Impuesto sobre la Renta.
DOF 08/10/2015

Reglamento de la Ley de la Propiedad Industrial.
DOF 23/11/1994

Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.
DOF 28/07/2010

Reglamento de la Ley de Tesorería de la Federación.
DOF 30/06/2017

Reglamento de la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios.
DOF 04/12/2006

Reglamento de la Ley Federal de Archivos.

DOF 13/05/2014

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
DOF 26/01/1990

Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
DOF 28/06/2006
REF 27/09/2024

Reglamento de la Ley Federal de Protección al Consumidor.
DOF 03/08/2006

Reglamento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.
DOF 21/12/2011

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso Público Gubernamental.
DOF 11/06/2003

Reglamento de la Ley Federal del Derecho de Autor.
DOF 22/05/1998

Reglamento de la Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público.
DOF 17/06/2003

Reglamento del Código Fiscal de la Federación.
DOF 02/04/2014

Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
DOF 11/03/2008

Reglamento de la Ley General de Protección Civil.
DOF 13/05/2014

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
DOF 06/01/1987

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.
DOF 20/02/1985
Nota relativa a la vigencia integral: La vigencia de este Reglamento queda sujeta a lo que dispone el Artículo Segundo Transitorio del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, publicado en el DOF 26-03-2014.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.
DOF 26/03/2014

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
DOF 14/05/1986

Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

DOF 30/11/2012

Reglamento de los Artículos 121 y 122 de la Ley Federal del Trabajo.
DOF 05/06/2014

Reglamento de Procedimientos para la Atención de quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión de Arbitraje Médico.
DOF 21/01/2003

Reglamento del Código Fiscal de la Federación.
DOF 02/04/2014

Disposiciones Internas

Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.

Lineamientos Para la Aplicación de Recursos Autogenerados y/o Ingresos Propios del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.
DOF 23/03/2018

Políticas de Transferencia de Tecnología del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.

Programa Institucional 2020-2024, del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.

Reglas de Propiedad Intelectual del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.

Relación Única de la Normativa del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.

(ANEXO) Relación Única de la Normativa del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.

Otras Disposiciones

Decreto del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.
DOF 02/08/1988

Programa Sectorial de Salud 2025-2030.

Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030.

Protocolo para la Prevención, Atención y Sanción del Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual.
DOF 03/01/2020

Guías y Disposiciones Administrativas

Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de organización específicos de la Secretaría de Salud.

Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.

Guía del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplante en México.

Disposiciones Locales

Ley Orgánica de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México.
G.O.C.D.M.X 12/07/2019.

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores de la Ciudad de México.
G.O.C.D.M.X 07/03/2000

Ley de Protección a los Animales de la Ciudad de México.
DOF 26/02/2002
G.O.C.D.M.X 04/05/2018

Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal.
DOF 29/01/ 2004

Ley de Residuos Sólidos del Distrito Federal.
DOF 22/04/2003

Ley de Salud de la Ciudad de México.
G.O.C.D.M.X 09/08/2021

Ley del Sistema de Protección Civil del Distrito Federal.
DOF 27/11/2014

Código Civil para el Distrito Federal.
DOF 26/05/1928

Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal.
DOF 1o. al 21/09/1932

Código Penal Para el Distrito Federal.
DOF 16/07/2002

Reglamento de Construcciones para el Distrito Federal.
DOF 29/01/2004

Reglamento de la Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional, Relativo al Ejercicio de las Profesiones en la Ciudad de México.
DOF 01/10/1945

Acuerdos

Acuerdo que tiene por objeto emitir las disposiciones generales en las materias de archivos y de Gobierno Abierto para la Administración Pública Federal y su anexo único.
DOF 15/05/2017

Acuerdo que tiene por objeto emitir las Disposiciones generales en las materias de archivos y transparencia para la Administración Pública Federal y su Anexo Único.
DOF 03/03/2016

Acuerdo mediante el cual el Pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, establece las bases de interpretación y aplicación de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
DOF 17/06/2015

Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos Generales para la regulación de los procesos de entrega-recepción y de rendición de cuentas de la Administración Pública Federal.
DOF 24/07/2017

Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Financieros, publicado el 15 de julio de 2010.
DOF 30/11/2018

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos generales en materia de clasificación y desclasificación de la información, así como para la elaboración de versiones públicas.
DOF 15/04/2016

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos técnicos generales para la publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el título quinto y en la fracción IV del artículo 31 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, que deben de difundir los sujetos obligados en los portales de Internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia.
DOF 04/05/2016

Acuerdo mediante el cual se aprueban las modificaciones a los Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento y trámite de las solicitudes de acceso a la información gubernamental que formulen los particulares, así como en su resolución y notificación, y la entrega de la información en su caso, con exclusión de las solicitudes de acceso a datos personales y su corrección; y los lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento, trámite, resolución y notificación de las solicitudes de acceso a datos personales que formulen los particulares, con exclusión de las solicitudes de corrección de dichos datos.
DOF 18/08/2015

Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría, publicado el 27 de mayo de 2013.
DOF 30/11/2020

Acuerdo por el que se reforma el diverso por el que se establecen las Disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales.

DOF 16/07/2010.

Acuerdo por el que se reconocen como equivalentes los requisitos establecidos en los artículos 161 Bis, 167, 169, 170 y 177 del Reglamento de Insumos para la Salud y a los procedimientos de evaluación técnica realizados por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios para el otorgamiento del registro sanitario de los insumos para la salud a que se refieren los artículos 2o., fracciones XIV, XV, incisos b y c y 166, fracciones I, II y III del Reglamento de Insumos para la Salud; en relación con los artículos 222 y 229 de la Ley General de Salud, los requisitos solicitados y procedimientos de evaluación realizados; así como la importación de medicamentos con o sin registro sanitario en México, dirigido a cualquier enfermedad o padecimiento, que estén autorizados por las siguientes autoridades reguladoras: Agencia Suiza para Productos Terapéuticos-Swissmed, Comisión Europea, Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América, Ministerio de Salud de Canadá, Administración de Productos Terapéuticos de Australia, Agencias Reguladoras de Referencia OPS/OMS; precalificados por el Programa de Precalificación para Medicamentos y Vacunas de la Organización Mundial de la Salud o Agencias Reguladoras miembros del Esquema de Cooperación de Inspección Farmacéutica.

DOF 28/01/2020

Acuerdo por el que se modifican las disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio profesional de carrera, así como el Manual administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y el Manual del Servicio Profesional de Carrera.

DOF 17/05/2019

Acuerdo por el que se modifica por novena ocasión el diverso por el que se dan a conocer los días en que se suspenderán los plazos y términos aplicables en los trámites y procedimientos administrativos sustanciados ante la Secretaría de Relaciones Exteriores, con motivo de la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19)

DOF 07/10/2022.

Acuerdo por el que se levanta la suspensión de plazos y términos aplicables en los trámites y procedimientos administrativos sustanciados ante la Secretaría de Relaciones Exteriores, así como por el que se dan a conocer al público en general los trámites y servicios que continuarán realizándose a través de medios electrónicos.

DOF 16/06/2023

Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se dan a conocer los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria, publicado el 28 de enero de 2011 y el diverso por el cual se dan a conocer los formatos de los trámites a cargo de la Secretaría de Salud que se indican, publicado el 2 de septiembre de 2015

DOF 24/01/2022

Acuerdo que modifica el diverso por el que se hace del conocimiento del público en general, los días que serán considerados como inhábiles para efectos de los actos y procedimientos administrativos competencia de la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano, dependencia de la Administración Pública Federal Centralizada tanto en oficinas centrales, como en sus oficinas de representación en las entidades federativas o regiones, así como los trámites y servicios que brinda su órgano desconcentrado, Registro Agrario Nacional, en los Centros de Atención en oficinas centrales, y en todas las delegaciones, así como el

Archivo General Agrario, su Archivo Registral, su Biblioteca Especializada y en las 32 unidades de Control Documental, para prevenir la propagación y transmisión del virus COVID-19.
DOF 10/06/2020

Acuerdo que tiene por objeto emitir las Políticas y Disposiciones para la Estrategia Digital Nacional, en materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, y en la Seguridad de la Información, así como establecer el Manual Administrativo de aplicación general en dichas Materias.
DOF 06/09/2021

Acuerdo que modifica al diverso por el que se instruye a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como a la Procuraduría General de la República a abstenerse de emitir regulación en las materias que se indican, publicado el 10 de agosto de 2010.
DOF 21/08/2012

Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.
DOF 05/09/2018

Acuerdo por el que se modifica el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
DOF 03/02/2016

Acuerdo por el que se modifica el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.
DOF 02/11/2017

Código de Ética de la Administración Pública Federal
DOF 08/02/2022

Acuerdo por el que se reforma y adiciona el Manual de Contabilidad Gubernamental.
DOF 04/07/2024
El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Ofi cial de la Federación y surte efectos de manera obligatoria a partir del 1 de enero de 2 025.

Acuerdo por el que se actualizan las Disposiciones Generales para la Transparencia y los Archivos de la Administración Pública Federal y el Manual Administrativo de Aplicación General en las materias de Transparencia y de Archivos.
DOF 23/11/2012

Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se establecen las Disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales.
DOF 16/07/2010

Normas Oficiales Mexicanas

NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica.
DOF 19/03/2024

NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA1-2010, que Instituye el Procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.
DOF 26/01/2011

Se abroga por la NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA1-2020, Que instituye la estructura de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos y sus suplementos y el procedimiento para su revisión, actualización, edición y difusión, publicada el 04 de enero de 2021.

NORMA Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2007, para la organización, funcionamiento e Ingeniería Sanitaria del Servicio de Radioterapia.
DOF 11/06/2009
La entrada en vigor de la NORMA Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2017, Para la organización y funcionamiento de los servicios de radioterapia, publicada en el DOF el 20 de febrero de 2018, deja sin efectos la Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2007, Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de junio de 2009.

NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.
DOF 15/10/2012

NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la Práctica de la Anestesiología.
DOF 23/03/2012
La entrada en vigor del PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-006-SSA3-2017 publicada en el DOF el 31 de enero de 2018, Para la práctica de anestesiología., deja sin efectos la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de marzo de 2012.

PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-008-SCFI-2017, Sistema general de unidades de medida (Cancelará a la NOM-008-SCFI-2002)
DOF 24/07/2018
El PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-008-SE-2020 publicado el 04 de marzo de 2021, Sistema general de unidades de medida (cancelará al PROY-NOM-008-SCFI-2017 publicado el 24 de julio de 2018 y a la NOM-008-SCFI-2002).

NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales y Consultorios de Atención Médica Especializadas.
DOF 08/01/2013

NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la Vigilancia Epidemiológica.
DOF 19/02/2013

NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
DOF 02/09/2013

NORMA Oficial Mexicana NOM-021-SSA2-1994, para la Prevención y Control del Binomio Teniosis/Cisticercosis en el Primer Nivel de Atención Médica.
DOF 21/05/2004

NORMA Oficial Mexicana Nom-025-SSA2-2014, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médica-Psiquiátrica.
DOF 04/09/2015

NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos.
DOF 17/09/2013

NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los Servicios de Salud que establece los Criterios de funcionamiento y atención de los Servicios de Urgencias de los Establecimientos para la Atención Médica.
DOF 04/09/2013

NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
DOF 21/08/2009

NORMA Oficial Mexicana NOM-028-STPS-1994, Seguridad-Código de colores para la identificación de fluidos conducidos en tuberías.
DOF 19/07/1993

NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial Sistémica.
DOF 31/05/2010

NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud.
DOF 12/09/2013

PROYECTO de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-033-ZOO-1995, Sacrificio humanitario de los animales domésticos y silvestres.
DOF 18/12/2014

NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los Servicios de Salud y Atención Médica Prehospitalaria.
DOF 23/09/2014

NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, para la Vigilancia Epidemiológica, prevención y control de las Infecciones Nosocomiales.
DOF 20/11/2009
MODIFICACIÓN de los puntos 6.4.2.7, 6.4.2.8, 6.6.1 y 6.7.2.9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, publicada el 16 de abril de 2009.
DOF 24/03/2016

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-046-ZOO-1995, Sistema Nacional de Vigilancia Epizootiológica, publicada el 19 de febrero de 1997
DOF 29/01/2001

NORMA Oficial Mexicana NOM-051-ZOO-1995, Trato humanitario en la movilización de animales.
DOF 23/03/1998

NORMA Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de Medicamentos y Remedios Herbolarios.
DOF 21/11/2012

NORMA Oficial Mexicana NOM-114-SSA1-1994, Bienes y Servicios. Método para la determinación de Salmonella en Alimentos.
DOF 22/09/1995

NORMA Oficial Mexicana NOM-137-SSA1-2008, Etiquetado de Dispositivos Médicos.
DOF 12/12/2008

NORMA Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental, requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los Equipos y Protección Radiológica en establecimientos de Diagnóstico Médico con Rayos X.
DOF 15/09/2006
MOD. 26/12/2011

NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, para la disposición de Sangre Humana y sus componentes con Fines Terapéuticos.
DOF 26/10/2012

NORMA Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X.
DOF 15/09/2006
MODIFICACIÓN de los numerales 2, 3.1, 3.2, 3.30, 6.3.2.2 y 17.4; eliminación de los numerales 6.2.1.4, 6.2.1.5, 6.2.1.8, 6.2.2.3.2, 6.2.2.3.3, 6.3.2.1.5, 6.3.2.4 y 7.2.8; y adición de los numerales 6.3.2.6 y 6.3.2.7 de la NORMA Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X.
DOF 29/12/2014

NORMA Oficial Mexicana NOM-064-SSA1-1993, que establece las especificaciones sanitarias de los equipos de reactivos utilizados para diagnóstico.
DOF 24/02/1995

NORMA Oficial Mexicana NOM-073-SSA1-2015, Estabilidad de fármacos y medicamentos, así como de remedios herbolarios.
DOF 07/06/2016

NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA1-2020, que instituye la estructura de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos y sus suplementos y el procedimiento para su revisión, actualización, edición y difusión.
DOF 04/01/2021

NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA1-2010, que instituye el procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.

DOF 26/01/2011

NORMA Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia.
DOF 30/09/2020
MODIFICACIÓN a la Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia

NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
DOF 17/02/2003

NORMA Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.
DOF 30/09/1999

NORMA Oficial Mexicana 033-NUCL-2016, Especificaciones técnicas para la operación de unidades de tele terapia: Aceleradores lineales.
DOF 04/08/2016

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.
DOF 04/01/2013

NORMA Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología.
DOF 28/07/2014

NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades, aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.
DOF 28/09/2012

NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En Materia de información en salud.
DOF 30/11/2012

PROYECTO de Modificación de la NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios, para quedar como NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2016, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
DOF 20/01/2017

AVISO de Cancelación del PROYECTO de NORMA Oficial Mexicana PROY-NOM-036-SSA3-2015, Para la regulación de la atención médica a distancia, publicado para consulta pública el 21 de diciembre de 2015.
DOF 27/04/2018

PROYECTO de Modificación de la NORMA Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios, para quedar como PROY-NOM-005-SSA3-2007, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

DOF 13/01/2009.

El presente marco normativo está actualizado al 08 de enero de 2025; incorpora disposiciones vigentes al momento de su elaboración, con independencia de la expedición y la modificación de disposiciones realizadas de manera posterior, particularmente de aquellas cuya vigencia queda sujeta al ejercicio fiscal en curso.

4 PROCEDIMIENTOS

4.1. PROCEDIMIENTO PARA LA ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO

4.1.1. PROPÓSITO

Asignar el nivel socioeconómico a las personas pacientes usuarias de los servicios que proporciona el Instituto para el ingreso a los servicios de salud con gratuidad y pago de las cuotas de recuperación de pacientes con derechohabiencia a partir del análisis social prevaleciente.

4.1.2. ALCANCE

4.1.2.1 Alcance Interno: El Departamento de Trabajo Social a través del personal profesional en trabajo social quien determina el nivel socioeconómico derivado de la entrevista a las personas usuarias del Instituto.

4.1.2.2 Alcance Externo: No aplica.

4.1.3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

4.1.3.1 Es responsabilidad del personal profesional en trabajo social realizar el estudio socioeconómico a todas las personas pacientes a quienes se apertura expediente clínico y asignar un nivel socioeconómico.

4.1.3.2 La persona que acude a la entrevista para el estudio socioeconómico puede ser la persona paciente, su familiar o persona legalmente responsable que conozca la información necesaria para ello.

4.1.3.3 Es responsabilidad del personal profesional en trabajo social verificar la derechohabiencia de la persona paciente a partir de los medios digitales vigentes y documentación impresa que lo avale.

4.1.3.4 Es responsabilidad del personal profesional en trabajo social, asignar el nivel socioeconómico a la persona paciente de acuerdo con la metodología de la política 4.1.3.1, y determinar a aquellos a los que aplica gratuidad.

4.1.3.5 Las personas pacientes que soliciten atención médica de preconsulta o atención médica continua se evaluarán conforme a los criterios para la asignación de la gratuidad o en su caso asignación de cuota de recuperación.

a) Las personas pacientes que no cuenten con seguridad social tendrán gratuidad en los servicios de salud medicamentos y demás insumos asociados que se otorgan en el INNNMVS.

b) A las personas pacientes que cuenten con seguridad social se les asignará nivel socioeconómico de acuerdo con la metodología de la política 4.1.3.1 y cubrirán las cuotas de recuperación con base al tabulador vigente.

c) A las personas que cuenten con seguro de gastos médicos mayores, subrogación o que soliciten atención en hospitalización en sala individual se les asignará el nivel socioeconómico con clave 6, conforme al cual cubrirán las cuotas de recuperación con base al tabulador vigente.

d) Las personas pacientes referidos entre los diferentes Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales y de Referencia, Regionales de Alta Especialidad y unidades adscritas a los servicios de Atención Psiquiátrica, que cuenten con seguridad social deberán cubrir cuotas de recuperación de acuerdo al estudio socioeconómico realizado por el profesional del Departamento de Trabajo Social.

e) A las personas pacientes que sean trabajadores activos y familiares directos de este Instituto (padres, hijos, hermanos, cónyuges o en concubinato con documentación probatoria) que cuenten con seguridad social, médicos residentes del Instituto y personas jubiladas del Instituto se les asignará clave socioeconómica 2 y deberán cubrir cuotas de recuperación con base al tabulador vigente.

f) Personas con seguridad social que no cuenten con expediente en el Instituto y requieran atención médica se les asignará clave provisional 3 con pago.

g) A las personas pacientes que soliciten atención de urgencias por primera vez que cuenten con seguridad social y manifiesten imposibilidad de pago, el personal profesional de trabajo social podrá asignar una clave socioeconómica menor al nivel 3 por única ocasión, previa valoración social dejando el registro del apoyo en la bitácora de enlace.

h) Personas pacientes que acudan a recibir atención médica y sean referidos por convenios de colaboración específicos, se cubrirán las cuotas de recuperación conforme a lo establecido en cada convenio.

4.1.3.6 Es responsabilidad del personal profesional en trabajo social modificar el nivel socioeconómico cuando el Director General o Director Médico determinen por escrito cambios en el nivel, para cubrir cuotas de recuperación a personas pacientes con seguridad social o en protocolos de investigación.

4.1.3.7 El estudio socioeconómico tendrá vigencia de tres años, y es responsabilidad del personal profesional en trabajo social al rubricar el carnet de la persona paciente, colocar el sello según sea el caso de gratuidad, con pago o subrogado, informarles de la vigencia del mismo y realizar el estudio socioeconómico cuando se requiera la actualización.

4.1.3.8 Es responsabilidad del personal profesional en trabajo social mantener actualizado el expediente social de la persona paciente, cuando se realice actualización del estudio socioeconómico.

4.1.3.9 Las personas pacientes que no actualicen el estudio socioeconómico en el periodo de vigencia establecido y requieran de atención médica se verificará la seguridad social y en caso de contar con ella se le proporcionará clave por única ocasión en nivel 3 con pago y se informará de los requisitos para actualizar, en caso de no hacerlo se asignará nivel socioeconómico conforme a la política 4.1.3.1 y se informará a la persona paciente o responsable legal.

4.1.3.10 Los documentos que deben ser entregados para la conformación del expediente social de la persona paciente son los siguientes:

a) Copia del acta de nacimiento de la persona paciente;

b) Copia de la CURP de la persona paciente;

c) Copia de credencial de elector de la persona paciente y de la persona legalmente responsable o identificación oficial, (cartilla militar, licencia de manejo, pasaporte, constancia de identidad, credencial escolar, INAPAN);

d) Copia del último comprobante de ingresos de la persona paciente, de la persona legalmente responsable o del proveedor económico (recibo de nómina, recibo de honorarios o carta del patrón o de la empresa, documento escrito a mano). En caso de que la persona que tramita no pueda realizar el documento por no saber leer o escribir, el personal profesional en trabajo social elaborará el comprobante y solicitará firma o huella digital de la persona que tramite o persona legalmente responsable;

e) Copia de comprobante de domicilio donde vive la persona paciente con vigencia no mayor a un año (predial, agua, recibo de renta, luz, teléfono o carta municipal);

f) Comprobantes originales validados digitalmente de no contar con algún tipo de seguridad social IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSEMYN con vigencia no mayor a un mes, recibo de nómina o carnet de la institución en caso de contar con seguridad social;

g) El personal institucional activo, jubilado o pensionado del INNNMVS y sus familiares directos derechohabientes deberán entregar de manera adicional a su expediente social el documento legal que acredite el parentesco (acta de nacimiento, acta de matrimonio o concubinato), copia de credencial y recibo de pago del Instituto con vigencia no mayor a tres meses;

h) En el caso de la persona paciente candidatos a donación o procuración de órganos proveniente de otras instituciones, podrá entregar únicamente identificación oficial y/o acta de nacimiento de la persona paciente.

i) En el caso de la persona paciente candidatos a donación o procuración de órganos que ingrese por el servicio de Urgencias y cuyo fallecimiento ocurra en las primeras 48 horas de estancia, entregará únicamente identificación oficial y/o acta de nacimiento de la persona paciente.

En los casos de actualización se solicitarán documentos del inciso c) en adelante a menos que existan cambios en los documentos de los incisos a) o b) de la política 4.1.3.11

4.1.3.11 En el caso de la persona usuaria que se interne en el servicio de Urgencias y egrese en un plazo menor a 24 horas, el expediente social podrá quedar incompleto, y en caso de reingreso deberá completar la documentación.

4.1.3.12 En el caso de las personas pacientes hospitalizadas se sellará el carnet con nivel socioeconómico y hasta la entrega de documentos de la política 4.1.3.11 se pondrá sello de gratuidad, con pago o subrogación según sea el caso.

4.1.3.13 Es responsabilidad del personal profesional en trabajo social, en caso de que la información proporcionada por las personas usuarias entrevistadas sea errónea o incompleta e implique cambios en su situación socioeconómica, efectuar la revaloración del nivel socioeconómico, con cancelación del estudio anterior antes de las primeras 72 horas, previa notificación a la supervisión o a la jefatura.

4.1.3.14 En caso de pérdida del carnet, la persona usuaria podrá solicitar su reposición y el profesional en trabajo social, será responsable de verificar la vigencia del estudio socioeconómico, bajo las siguientes condiciones.

a) Si está actualizado, sellará, con el nivel vigente, rubricará y pondrá la fecha de elaboración de estudio, así como el sello de gratuidad en el caso de que cuente con ella y la palabra reposición.

b) Si no está actualizado procederá a solicitar la entrega de documentación de la política 4.1.3.11.

4.1.3.15 El expediente social de la persona paciente atendidos en consulta externa será entregado al archivo clínico, para su integración en el expediente clínico.

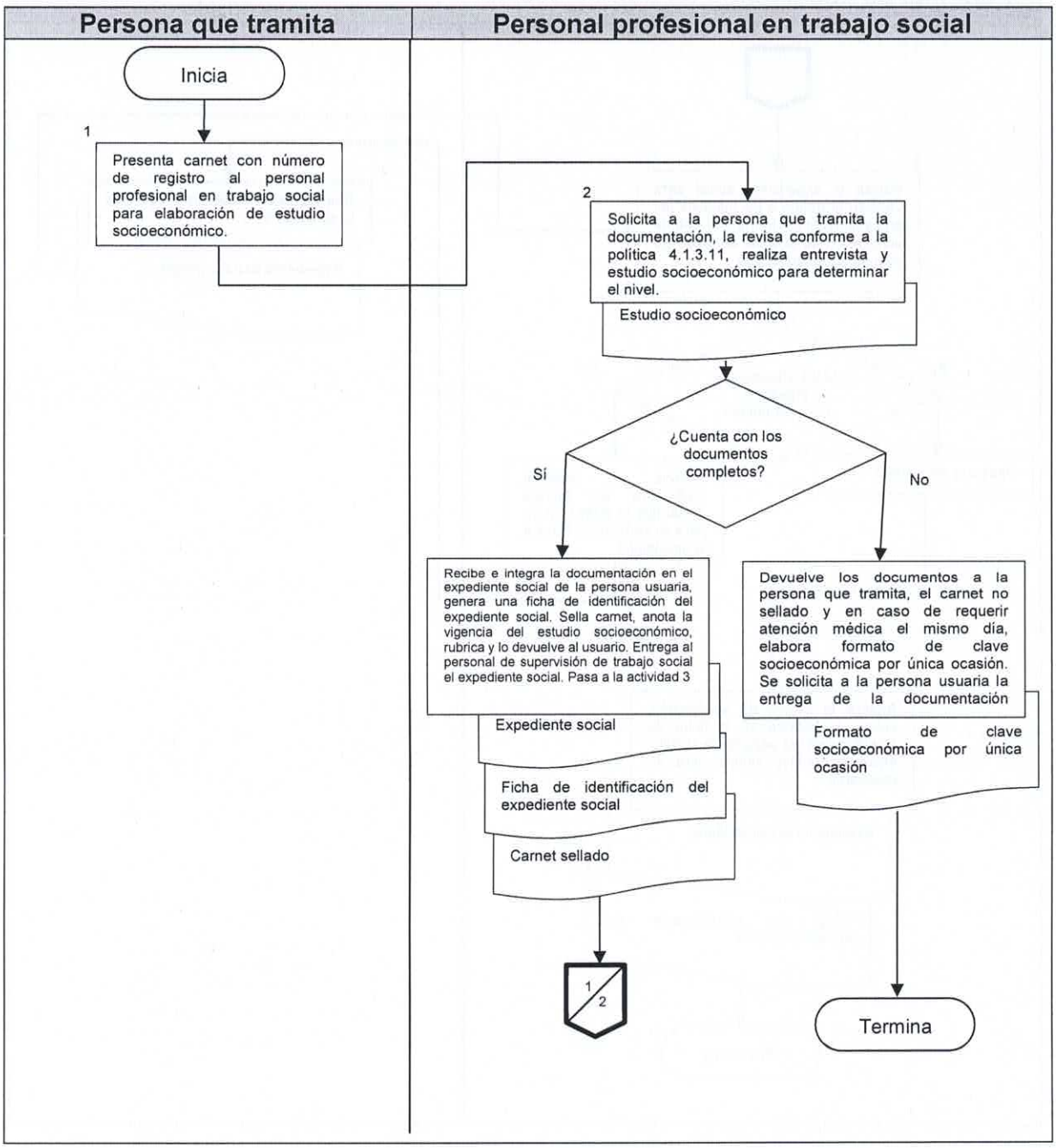
4.1.3.16 El personal profesional en trabajo social que realice la asignación del nivel socioeconómico no puede fungir como su propio supervisor, la supervisión debe realizarse mediante la metodología de evaluación entre pares.

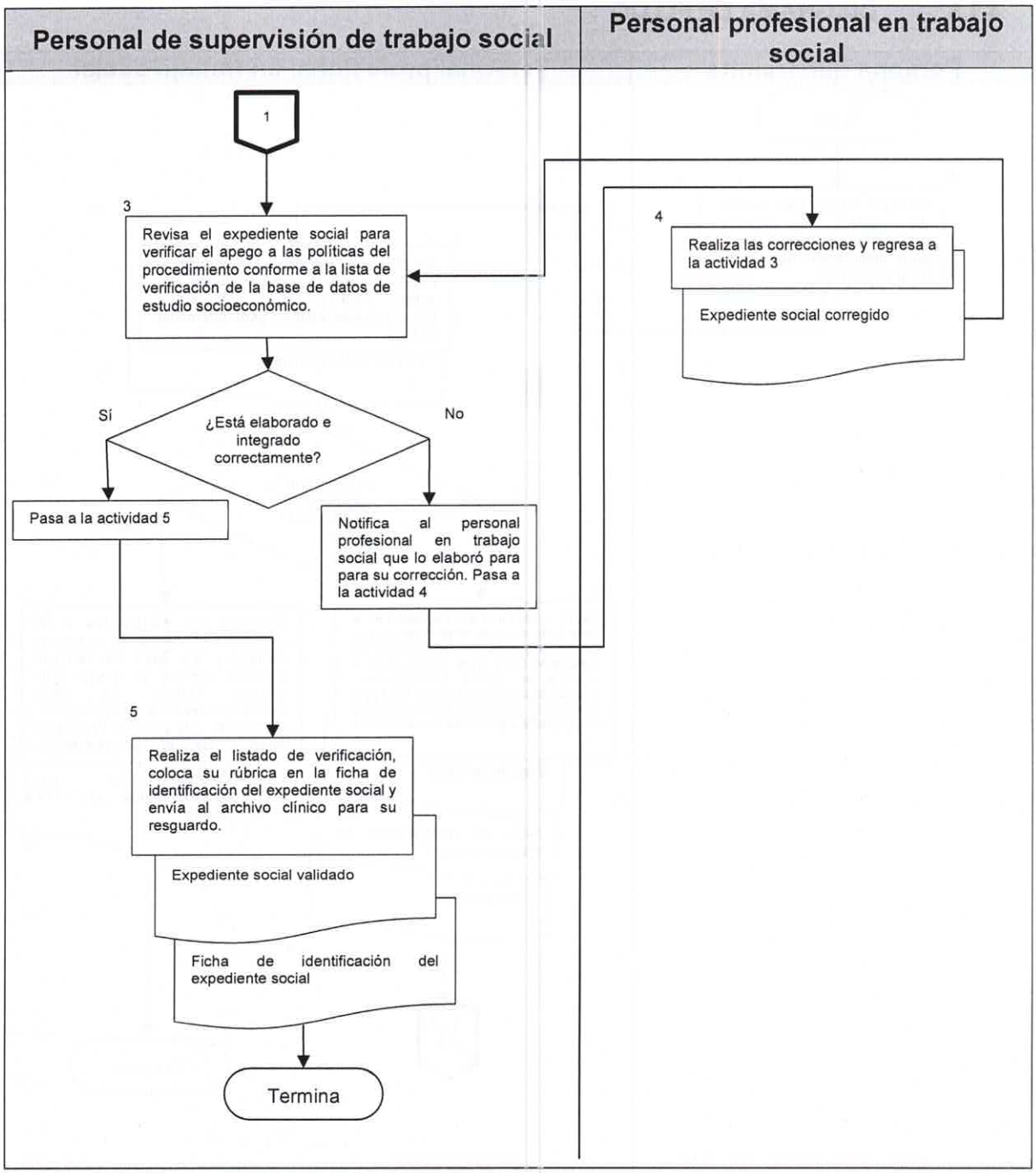
4.1.4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Persona que tramita	1	Presenta carnet con número de registro al personal profesional en trabajo social para elaboración de estudio socioeconómico.	
Personal profesional en trabajo social	2	Solicita a la persona que tramita la documentación, la revisa conforme a la política 4.1.3.11, realiza entrevista y estudio socioeconómico para determinar el nivel. **¿La persona que tramita cuenta con los documentos completos?** **Sí:** Recibe e integra la documentación en el expediente social de la persona paciente, genera una ficha de identificación del expediente social. Sella carnet, anota la vigencia del estudio socioeconómico, rubrica y lo devuelve a la persona que tramita. Entrega al personal supervisor en trabajo social el expediente social. Pasa a la actividad 3. **No:** Devuelve los documentos a la persona que tramita, el carnet no sellado y en caso de requerir atención médica el mismo día, elabora volante de clave socioeconómica por única ocasión. Se solicita a la persona que tramita la entrega de la documentación completa. TERMINA.	• Estudio socioeconómico • Expediente social • Ficha de identificación del expediente social • Carnet sellado • Volante de clave socioeconómica por única ocasión
Personal supervisor de trabajo social	3	Revisa el Expediente Social para verificar el apego a las políticas del procedimiento conforme a la lista de verificación de la base de datos de estudio socioeconómico. **¿Está elaborado e integrado correctamente?** **Sí**: Pasa a la actividad 5 **No**: Se notifica a la persona profesional en trabajo social para su corrección. Pasa a la actividad 4	• Base de datos de estudio socioeconómico
Personal profesional en trabajo social	4	Realiza las correcciones y regresa a la actividad 3.	• Expediente social

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal de supervisión de trabajo social	5	Realiza el listado de verificación, coloca su rúbrica en la ficha de identificación del expediente social y envía al archivo clínico para su resguardo. **TERMINA**	• Ficha de identificación del expediente social rubricada. • Expediente social.

4.1.5. DIAGRAMA DE FLUJO




Personal de supervisión de trabajo social
Personal profesional en trabajo social
1
3
Revisa el expediente social para verificar el apego a las políticas del procedimiento conforme a la lista de verificación de la base de datos de estudio socioeconómico.
¿Está elaborado e integrado correctamente?
Sí
No
Pasa a la actividad 5
Notifica al personal profesional en trabajo social que lo elaboró para para su corrección. Pasa a la actividad 4
4
Realiza las correcciones y regresa a la actividad 3
Expediente social corregido
5
Realiza el listado de verificación, coloca su rúbrica en la ficha de identificación del expediente social y envía al archivo clínico para su resguardo.
Expediente social validado
Ficha de identificación del expediente social
Termina

4.1.6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

	Documentos	Código (cuando aplique)
4.1.6.1	Manual de Organización de la Dirección Médica vigente.	No aplica
4.1.6.2	Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, vigente.	No aplica
4.1.6.3	Acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a lo que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de los pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadoras por dicha Secretaría. (DOF, 27/05/2013)	No aplica
4.1.6.4	Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten los servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría publicado el 27 de mayo del 2013. (DOF. 30/11/2020)	No aplica

4.1.7. REGISTROS

	Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.1.7.1	Estudio socioeconómico	Seis años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística.	No aplica
4.1.7.2	Expediente social	Seis años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística.	No aplica
4.1.7.3	Carnet	No aplica	Paciente	No aplica
4.1.7.4	Ficha de identificación del expediente social	Seis años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística.	No aplica
4.1.7.5	Formato de clave socioeconómica por única ocasión	Seis años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística.	N° de folio
4.1.7.6	Base de datos de estudio socioeconómico de Consulta Externa (digital)	Seis años	Departamento de Trabajo Social.	No aplica

4.1.8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

4.1.8.1 **Carnet:** Documento de tipo informativo donde se indica nivel socioeconómico a la persona paciente las fechas de estudios, consultas y servicios que se le proporcionarán.

4.1.8.2 **Clasificación o Nivel socioeconómico:** Clasificación numérica ascendente del 1x al 6 (Criterio establecido por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, CCINSHAE) que se asigna a la persona paciente por su condición social y económica o política dentro del Instituto.

4.1.8.3 **Clave socioeconómica por única ocasión:** Documento que se entrega a la persona usuaria con un nivel socioeconómico provisional que le permite cubrir las cuotas de recuperación por la atención médica o determinar la gratuidad del servicio.

4.1.8.4 **Cartas de no afiliación a la seguridad social:** Documento donde se identifica la inscripción de la persona usuaria a instituciones de seguridad social.

4.1.8.5 **Comprobante de domicilio:** Documento administrativo que acredita el domicilio actual de la persona usuaria y/o responsable legal que contiene calle, número, colonia, municipio, estado, código postal.

4.1.8.6 **Comprobante de identificación:** Documento oficial del usuario donde se establecen sus datos generales y fotografía.

4.1.8.7 **Comprobante de ingresos:** Documento donde se identifican los ingresos que percibe el usuario y/o el principal proveedor económico.

4.1.8.8 **Concubinato:** La relación de hechos que tiene un hombre y una mujer, sin estar casados y sin impedimentos legales para contraer matrimonio, viven juntos, haciendo una vida en común por un periodo mínimo de un año (conforme al código civil de cada estado).

4.1.8.9 **Derechohabiencia:** Derecho de las personas a recibir servicios médicos en instituciones de salud públicas o privadas, como resultado de una prestación laboral por ser pensionado o jubilado, por inscribirse o adquirir un seguro médico o por ser familiar designado beneficiario. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI, 2020).

4.1.8.10 **Estudio socioeconómico:** Instrumento utilizado por el personal profesional en trabajo social para conocer la situación socioeconómica de una familia y asignar una clasificación con base en la cual se aplican las cuotas para el pago de los servicios en el Instituto.

4.1.8.11 **Expediente social:** Conjunto de documentos de identificación de la persona paciente y persona legalmente responsable, que puede contener en papel o digital, notas de seguimiento, estudio socioeconómico del Instituto o externo, visita domiciliaria del Instituto o externa y documentos que se relacionen con la atención social de la persona paciente.

4.1.8.12 **Familiar directo:** Padres, hermanos, hijos, en primer grado y cónyuge o concubino (a) de los trabajadores activos, jubilados o pensionados del Instituto.

4.1.8.13 **Grupo familiar:** Conjunto de personas unidos por vínculos de sangre o no, que viven bajo el mismo techo que comparten gastos necesarios para el sustento económico.

4.1.8.14 **Paciente:** Persona con problemas de salud a quien se le proporciona la atención médica.

4.1.8.15 **Personal legalmente responsable:** Persona con responsabilidad legal de acuerdo con la normatividad establecida por parentesco o designada por el usuario con problemas de salud atendido en el Instituto que toma decisiones en beneficio de la persona paciente.

4.1.8.16 **Persona subrogada:** Persona con derechohabiencia que son referidas mediante oficio por su servicio médico al Instituto cuando su institución no cuenta con la atención médica requerida y realizará los pagos de cuota de recuperación conforme al tabulador vigente.

4.1.8.17 **Persona que tramita:** Persona que realiza la solicitud de asignación de nivel socioeconómico para la persona paciente, puede ser paciente, familiar o persona legalmente responsable.

4.1.9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
06	Septiembre, 2023	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora.

4.1.10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

4.1.10.1 Estudio socioeconómico
4.1.10.2 Instructivo de llenado del estudio socioeconómico
4.1.10.3 Carnet
4.1.10.4 Instructivo de llenado del carnet
4.1.10.5 Ficha de identificación del expediente social
4.1.10.6 Instructivo de llenado de la ficha de identificación del expediente social
4.1.10.7 Formato de clave socioeconómica por única ocasión
4.1.10.8 Instructivo de llenado del formato de clave socioeconómica por única ocasión
4.1.10.9 Base de datos de estudio socioeconómico de Consulta Externa (digital)
4.1.10.10 Instructivo de llenado de la base de datos de estudio socioeconómico de Consulta Externa (digital)

4.1.10.1 Estudio socioeconómico

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Licencia Sanitaria 04AM0913012

Fecha: 1

No. Expediente 2 Servicio: 3
Estatus 4

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

Nombre: 5 Género: 6
Apellido paterno materno nombre (s)
Fecha de Nacimiento: 7 Edad: 8 Edo. Civil: 9

Escolaridad: 10 Ocupación: 11 Referencia: 12

Derechohabiente o Beneficiario: SÌ ( ) NO ( ) Cuál? _____ Religión: 14
13
Tipo de Estudio : 15 1ra Vez: Actualización: Idioma: 16
Domicilio permanente:

	17		
Calle	No. Ext. – Int.	Colonia//Localidad	C.P.
			Tel:
Municipio/Delegación	Estado		

Familiar responsable: 18 Parentesco: 19

Domicilio:

	20		
Calle	No. Ext. – Int.	Colonia//Localidad	C.P.
			Tel:
Municipio/Delegación	Estado		

PROCEDENCIA: 21
D.F. ( ) EDO. DE MÉXICO RESTO DE LA REPÚBLICA: ( ) OTRO PAÍS, CUÁL?? ( )

II.-CONDICIONES ECONÓMICAS

Personas que aportan	$ INGRESO MENSUAL 22
Jefe de Familia	
Esposa (o)	$0.00
Hijo (a)	$0.00
Otro (s)	$0.00
Total	$0.00

Desglose de gastos:	$ EGRESO MENSUAL 23
Alimentación/Despensa	
Renta/hipoteca/predio	
Agua	
Luz	
Gas	
Teléfono	
Gastos Escolares	
Gastos en Salud	
Transporte	
Servicios domésticos	
Consumos Adicionales	
TOTAL	

No. de integrantes 24
No. De dependientes económicos 25

Relación Ingreso- Egreso 26

Relación Ingreso- Número de Dependientes Económicos 27

Situación Económica: 28

Déficit Equilbrio Superávit

Ocupación del principal proveedor económico (29): _____

III. VIVIENDA:

Tipo de Tenencia (30): Propia (3) Prestada (2) Rentada (1) Otro: (0)_____

Grupo	Tipo de vivienda (31)	Ptos.
Grupo 1	Institución de protección social, cueva, choza, jacal, casa rural, barraca, tugurio o cuarto redondo, o sin vivienda.	0
Grupo 2	Vecindad o cuarto de servicio.	1
Grupo 3	Departamento o casa popular, unidades habitacionales (interés social)	2
Grupo 4	Departamento o casa clase media con financiamiento propio o hipoteca	3
Grupo 5	Departamento o casa residencial.	5

Servicios Públicos (32)
alumbrado público pavimentación alcantarillado recolección de basura agua luz teléfono
4 o más (3) 3 serv. (2) 2 serv. (1) 0-1 serv. (0)

Servicios Intradomiciliarios (33) 4 o más (3) 3 serv. (2) 2 serv. (1) 0-1 serv. (0)

Material de Construcción (34) Mampostería (2) Mixta (1) Lámina, Madera, material de la región (0)

Número de Dormitorios (35) 5 a más (2) 3-4 (1) 1-2 (0)

Número de Personas por dormitorio (36) 1-2 (2) 3 personas (1) 4 o más (0)

IV. ESTADO DE SALUD

DIAGNÓSTICO MÉDICO DEL PACIENTE (37): _____

¿Desde hace cuánto tiempo está enfermo el paciente? (38)

Menos de tres meses (2 ptos.) De tres a Seis Meses (1 pto.) Más de seis meses (0 ptos.)

¿El paciente tiene otros problemas de Salud además del que presenta y por el cual se atiende en otra institución? (39)

SÍ (0 ptos.) ¿Cuál? _____ ¿Dónde se atiende? _____

NO (1 pto.) ☐

Estado de Salud de los integrantes de la familia (40):

Ningún enfermo (2 ptos.) ☐ Un enfermo (1 pto.) ☐ Dos o el principal proveedor economico (0 ptos.) ☐

¿Cuenta con gastos médicos? (41)

Familiograma: (42) (hoja anexa)

Diagnóstico Social (43):

Total de puntos (44): ☐ Nivel del Estudio Socioeconómico (45) : ☐ Nivel por política interna(46): ☐

Nombre, Firma y sello de la Trabajadora Social: (47) ☐

4.1.10.2 Instructivo de llenado del estudio socioeconómico

(1) **Fecha**: Día, mes y año en que se realiza el estudio socioeconómico en formato dd/mm/aaaa. Ej. 29/05/2023

(2) **N° de Expediente**: Es el número de registro o folio consecutivo que se le asigna a la persona paciente cuando ingresa a la institución.

(3) **Servicio:** Especialidad o clínica dónde se decide la apertura del expediente:

a) Consulta Externa,
b) Estancia Corta,
c) Neurología,
d) Neurocirugía,
e) Psiquiatría,
f) Urgencias,
g) Otros.

(4) **Estatus:** Determinar con gratuidad o sin gratuidad de acuerdo a las políticas institucionales.

(5) **Nombre**: Nombre completo con apellidos de la persona paciente, tal como están registrados en su acta de nacimiento o, en ausencia, CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).

(6) **Género**: Colocar masculino, femenino u otro (en población infantil con sexo indefinido (con intersexualidad)., en caso de no definir género poner sexo.

(7) **Fecha de nacimiento**: Día, mes y año en que nació la persona paciente en formato dd/mm/aaaa. Ej. 29/05/2023.

(8) **Edad**: Colocar la edad de la persona paciente en años cumplidos.

(9) **Estado civil**: Colocar la situación legal de la persona paciente anotando alguna de las opciones que aparecen a continuación (de manera enunciativa más no limitativa)

a) Soltero/a,
b) Casado/a,
c) Unión libre o unión de hecho,
d) Separado/a,
e) Divorciado/a,
f) Viudo/a.

(10) **Escolaridad**: Año escolar que la persona paciente está cursando o su grado máximo de estudios anotando alguna de las opciones que aparecen a continuación (de manera enunciativa más no limitativa).

a) No sabe leer ni escribir,
b) Sabe leer y escribir,
c) Primaria incompleta,
d) Primaria completa,
e) Carrera comercial después de la primaria,
f) Secundaria incompleta,

g) Secundaria completa,
h) Carrera técnica después de la secundaria,
i) Preparatoria incompleta,
j) Preparatoria completa,
k) Licenciatura,
l) Especialidad,
m) Maestría,
n) Doctorado,
o) Pos Doctorado.

(11) **Ocupación**: Nombre de la actividad que desempeña actualmente la persona paciente (oficio, profesión u otra, de acuerdo con la clasificación internacional uniforme de ocupaciones de la OIT.

(12)**Institución de referencia**: Unidad médica de la que fue derivada la persona paciente: institución oficial de 1er, 2° o 3er nivel de atención, privada, médico particular o iniciativa propia.

(13)**Derechohabiente o beneficiario**: Colocar el nombre de la institución que le proporciona a la persona paciente seguridad social (IMSS, PEMEX, SEDENA, ISSEMYM, ISSSTE, etc.) o contar con seguro de gastos médicos.

(14)**Religión**: Colocar el nombre de la doctrina religiosa que profesa la persona paciente o si no profesa ninguna.

(15)**Tipo de estudio**: Anotar el momento en que se realiza el estudio socioeconómico.

a) Apertura (si es la 1ª vez que se le realiza el estudio socioeconómico), o
b) Actualización de datos.

(16)**Idioma**: Anotar el nombre de la lengua materna que habla la persona paciente y su familia (idioma extranjero o lengua indígena).

(17)**Domicilio permanente (del paciente)**: Anotar la dirección completa del lugar en el que vive la persona paciente, incluyendo:

a) Calle,
b) Número exterior e interior,
c) Colonia,
d) Localidad,
e) Código postal,
f) Estado,
g) País,
h) Número telefónico con lada,
i) Cualquier otra referencia relevante para la localización de la vivienda.

(18)**Nombre del responsable**: Nombre completo y apellidos de la persona que se hace responsable de la persona paciente frente a la institución y que proporciona la información requerida, tal como están registrados en su acta de nacimiento o, en ausencia, CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).

(19)**Parentesco**: Relación vinculante que tiene la persona que proporciona la información y firma como persona legalmente responsable, respecto de la persona paciente.

(20)**Domicilio del responsable**: Anotar la dirección completa del lugar en el que vive la persona legalmente responsable de la persona paciente, incluyendo:

a) Calle,
b) Número exterior e interior,
c) Colonia,
d) Localidad,
e) Código postal,
f) Estado,
g) País,
h) Número telefónico con lada,
j) Cualquier otra referencia relevante para la localización de la vivienda.

(21)**Procedencia**: País o Estado de la República Mexicana donde radica la persona paciente.

(22)**Ingreso mensual**: Colocar el desglose persona total de los ingresos mensuales de las personas que aportan regularmente al gasto familiar.

a) Jefe de familia: Persona que contribuye con la mayor cantidad económica y que responde de la dirección material o moral de la familia, puede ser hombre o mujer, puede vivir o no en el mismo domicilio, puede tener o no parentesco.
b) Esposa o esposo: Persona que tiene unión de carácter legal o moral con él o la paciente, puede incluir relaciones de concubinato o amasiato.
c) Hijo o Hija: Persona que tiene relación consanguínea directa, legal e hijos e hijas de familias reconstruidas.
d) Otros: ingresos mensuales obtenidos por ahorros, préstamos bancarios, donaciones de grupos religiosos, asociaciones civiles, personas de la comunidad, rifas, sorteos o en especie.

(23)**Egreso mensual**: Colocar el desglose de los egresos mensuales referidos en los diferentes rubros de acuerdo con el promedio mínimo estimado.

a) Alimentación/ despensa: Egreso mensual del total de gastos en alimentos, artículos de aseo personal y limpieza.
b) Renta/hipoteca/predio: Cantidad de pago mensual por el uso o derecho de la vivienda.
c) Agua: Cantidad de pago mensual por el uso o derecho del servicio de agua.
d) Luz: Cantidad de pago mensual por el uso o derecho de luz, en caso de que el pago sea por porcentaje (por realizarlo más de una familia), colocar la parte de pago proporcional.
e) Gas: Cantidad de pago mensual por el uso de gas.
f) Teléfono: Cantidad de pago mensual integrado por teléfono local, celulares, paquetes de internet, televisión de paga de todos los miembros del grupo familiar.
g) Gastos escolares: Cantidad de pago mensual por colegiatura, cooperación anual de escuelas públicas, dinero para compra de alimentos dentro de la escuela, papelería.
h) Gastos en salud: Cantidad de pago mensual por consultas, medicamentos, estudios de laboratorio, imagen, tratamientos.
i) Transporte: Cantidad de gastos mensuales, en pasajes de transporte público, gasolina, transporte escolar.
j) Servicios domésticos: Cantidad mensual de pagos por limpieza del domicilio, servicios de mantenimiento, cuidadores formales e informales.

k) Consumos adicionales: Cantidad mensual utilizada para pago de deudas, préstamos, financiamientos, seguros de autos, de vida, reparaciones de casas y autos, viajes, ropa y calzado, recreación, certificaciones profesionales, casas de cuidados prolongados, gimnasio, contribuciones religiosas.

(24) **Número de integrantes:** Número de personas que viven en el domicilio con él o la paciente.

(25) **Número de dependientes económicos:** Personas que dependen del ingreso familiar.

(26)**Relación ingreso – egreso**: colocar la puntuación del porcentaje resultado de la siguiente operación: Total de egresos por 100, entre total de ingresos, conforme a la siguiente tabla:

Porcentaje de egresos respecto al ingreso familiar	Puntuación
71% o más	0
61% - 70%	2
51% - 60%	4
41% - 50%	6
31% - 40%	8
Menor a 30%	10

Nota: A mayor porcentaje de gasto menor puntaje

(27)**Relación ingreso – número de dependientes económicos**: Colocar el número total de integrantes de la familia que dependen económicamente del ingreso familiar y que viven dentro del mismo núcleo. Su puntuación se localiza en el punto donde convergen el ingreso familiar con el número de dependientes económicos (Ver cuadro por área geográfica "A").

Área Geográfica "A"

Veces salario mínimo	Número de dependientes económicos (puntaje)				
	1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	7 u 8	9 o más
> 0.0 a 1.0	0	0	0	0	0
> 1.0 a 1.5	10	5	0	0	0
> 1.5 a 3.0	15	10	5	0	0
> 3.0 a 4.5	20	15	10	5	0
> 4.5 a 6.0	25	20	15	10	5
> 6.0 a 8.0	30	25	20	15	10
> 8.0 a 10.0	35	30	25	20	15
> 10.0 a 13.0	40	35	30	25	20
> 13.0 a 16.0	45	40	35	30	25
> 16.0 a 19.0	50	45	40	35	30
> 19.0	55	50	45	40	35

(28)**Situación económica**: Corresponde a la situación económica de la persona paciente en relación con su grupo familiar:

a) Déficit: cuando superan los egresos a los ingresos hasta en un 30%,
b) Equilibrio: cuando los egresos se cubren con los ingresos hasta en un 30%,
c) Superávit: disposición satisfactoria de ingresos para cubrir necesidades básicas, además se cuenta con la disponibilidad para el ahorro o gasto de imprevistos.

(29)**Ocupación del principal proveedor económico de la familia:** Nombre de la actividad que desempeña al momento del estudio el principal proveedor económico o jefe o jefa de familia (de acuerdo con el Catálogo de Ocupación y la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones).

Catálogo de Ocupación	
Descripción	**Puntuación**
• Sin ocupación	0
• Trabajadores No calificados	1
• Jubilados y pensionados	2
• Becarios • Trabajadores de los servicios • Vendedores de comercios y mercados	3
• Oficiales, operarios • Artesanos de artes mecánicas • Otros oficios	4
• Operadores de instalaciones, maquinarias y montadores	5
• Empleados de oficina	7
• Técnicos profesionistas de nivel medio	8
• Profesionistas, científicos e intelectuales	9
• Fuerzas armadas • Ejecutivos e inversionistas	1

(30)**Tenencia**: Representa el tipo de propiedad de la vivienda.

a) Propia,
b) Prestada,
c) Rentada (cuando requiere pagos mensuales),
d) Otros (hipotecas, asentamiento irregular).

(31)**Tipo de vivienda**: son las características de la vivienda que habita el grupo familiar (de acuerdo con la tabla de Tipo de Vivienda)

Tipo de Vivienda	
Grupo	**Descripción**
Grupo 1	Institución de protección social, cueva, choza, jacal, casa rural, barraca, tugurio o cuarto redondo o SIN vivienda
Grupo 2	Vecindad o cuarto de servicio
Grupo 3	Departamento o casa popular, unidades habitacionales (interés social)
Grupo 4	Departamento o casa clase media con financiamiento propio o hipoteca
Grupo 5	Departamento o casa residencial

(32)**Servicios públicos**: Conjunto de prestaciones proporcionadas por el Estado, que satisfacen primordialmente las necesidades de la comunidad. Se refiere al número de servicios públicos con los que cuenta la localidad en la que habita.

a) Alumbrado público,
b) Pavimentación, alcantarillado,
c) Recolección de basura,
d) Agua entubada,
e) Electricidad,
f) Teléfono público,
g) Escuelas,
h) Otros. (iglesias, centros de salud, mercados, plazas comerciales)

(33)**Servicios intradomiciliarios**: Servicios con los que cuenta la vivienda en su interior.

a) Agua,
b) Electricidad,
c) Drenaje,
d) Gas,
e) Teléfono,

f) Otros (aire acondicionado, internet, televisión de paga, domótica, alberca, control de acceso, vigilante).

(34)**Material de construcción**: Tipo de material prevaleciente en la construcción de la vivienda.

a) Lámina, madera, material de la región,
b) Mixta,
c) Mampostería.

(35)**N° de dormitorios**: Total de habitaciones utilizadas para dormir.

a) 1-2,
b) 3-4,
c) 5 o más.

(36)**N° de personas por dormitorio**: Se tomará en cuenta el número máximo de personas que ocupan un dormitorio.

a) 1-2,
b) 3,
c) 4 o más.

(37)**Diagnóstico médico del paciente**: Se refiere al diagnóstico médico probable y/o inicial que la persona paciente tiene registrado en su expediente por el médico tratante.

(38)**Tiempo de la enfermedad del paciente**: Se refiere al periodo comprendido entre el inicio de la atención de su enfermedad (por la cual llegó a la Institución) y el momento de la entrevista.

a) Menos de tres meses,
b) De tres a seis meses,
c) Más de seis meses.

(39)**Otros problemas de salud**: Se refiere a la presencia de algún otro padecimiento que implica atención médica en otra unidad de salud. Mencionar cuál padecimiento y en qué Institución.

(40)**Estado de salud de los integrantes de la familia**: Se refiere a los miembros de la familia que presenten enfermedades que impacten en su economía y dependan del mismo ingreso o bien que haya una erogación para gastos médicos.

a) Ningún enfermo (además del paciente),
b) Un enfermo (además del paciente),
c) Dos o el principal proveedor económico (cuándo el o la paciente sea jefe de familia).

(41) **Seguro de gastos médicos**: Colocar si cuenta con ellos o no.

(42)**Familiograma**: Diagrama de la composición familiar que permite identificar las generaciones, líneas de parentesco, edad, sexo, escolaridad y ocupación, principalmente de los integrantes de la familia, diagnóstico médico del paciente, marcando dentro de un círculo a las personas que cohabitan. (se elabora en hoja anexa, si fuera necesario como en los siguientes casos: pacientes hospitalizados, casos especiales o con extrema vulnerabilidad).

(43)**Diagnóstico social**: Proceso de elaboración y sistematización de información que implica conocer y comprender los problemas y necesidades dentro del contexto determinado, sus causas y evolución a lo largo del tiempo; así como los factores condicionales, de riesgo y sus tendencias previsibles; permitiendo una jerarquización de estos dando prioridades, en su caso, describirá brevemente los problemas colaterales al de salud. Es el resultado del análisis de la información recabada durante el estudio socioeconómico, siendo la interpretación del personal profesional en trabajo social acerca de la situación social de la persona paciente y su familia, identificando la problemática detectada. Plantea estrategias de intervención de manera que pueda determinarse de antemano su grado de viabilidad y factibilidad, considerando tanto los medios disponibles como las fuerzas o actores sociales involucrados, se conforma por: datos sociodemográficos del paciente (nombre, sexo, identidad de género si lo expresa el paciente, edad, fecha de nacimiento, lugar de origen y residencia, lengua originaria o idioma (en caso de ser distinto al español, estado civil, escolaridad, religión, ocupación), descripción de derechohabiencia descripción social del diagnóstico médico e itinerario terapéutico, descripción del grupo familiar por subsistemas y redes de apoyo primarías y secundarias, descripción de los ingresos familiares y procedencia de los mismos (becas, apoyos gubernamentales, apoyos familiares, de persona que no son familia), datos generales de la vivienda, documentación recibida, si se asigna nivel por política institucional, información extraordinaria para trámites o entrega de documentos o corrección de datos.

(44)**Total de puntos**: Se obtiene de la suma total de las calificaciones obtenidas en cada variable.

PUNTUACIÓN OBTENIDA EN LA EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA	
0 – 12	1X
13 – 24	1
25 – 36	2
37 – 52	3
53 – 68	4
69 – 84	5
85 – 100	6

(45)**Nivel del estudio socioeconómico**: Colocar el nivel socioeconómico expresado en números ascendentes del 1x al 6 que corresponde al total de puntos obtenidos de acuerdo con la información proporcionada de la persona paciente y/o familiar.

(46)**Nivel por política interna**: Es el nivel de subsidio que se le asigna en el Instituto de acuerdo a las políticas internas que modifican el nivel (especificar la situación que corresponda).

(47)**Nombre, firma y cédula**: Anotar el nombre completo y apellidos de la persona profesional de trabajo social que realizó el estudio socioeconómico, tal como están registrados en su cédula profesional, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s) así como número de la cédula profesional.

PONDERACIÓN DE INDICADORES DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

INGRESO FAMILIAR	%
Ingreso familiar	55%
Ocupación	10%
Egresos familiares	10%
Vivienda	20%
Salud	5%

PUNTUACIÓN OBTENIDA EN LA EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA	
0 – 12	1X
13 – 24	1
25 – 36	2
37 – 52	3
53 – 68	4
69 – 84	5
85 – 100	6

VIVIENDA (TENENCIA)	
Otro	0
Rentada	1
Prestada	2
Propia	3
NOTA: si se encuentra en proceso de pago se considera rentada	

MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN (PREDOMINANTE EN EL DOMICILIO)	
Lámina, madera, material de la región	0
Mixta	1
Mampostería	2

NÚMERO DE DORMITORIOS	
1 – 2	0
3 – 4	1
5 ó más	2

NÚMERO DE PERSONAS POR DORMITORIO	
4 ó más personas	0
3 personas	1
1 – 2 personas	2

OCUPACIÓN	
Sin ocupación	0
Trabajadores no calificados	1
Jubilados y pensionados	2
Becarios	3
Trabajador de los servicios. Vendedores de Comercios y Mercados	3
Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y otros oficios	4
Operadores de instalaciones, maquinarias y montadores	5
Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros	6
Empleados de oficina	7
Técnicos profesionistas de nivel medio	8
Profesionistas, Científicos e Intelectuales	9
Fuerzas Armadas y ejecutivos e inversionistas	10

TIPO DE VIVIENDA	
Institución de protección social, cueva, choza, casa rural, barraca, tugurio, cuarto redondo o sin vivienda	0
Vecindad, cuarto de servicio	1
Departamento o casa popular, unidades habitacionales (interés social)	2
Departamento o casa clase media con financiamiento propio o hipoteca	3
Departamento o casa residencial	5

SERVICIOS PÚBLICOS (DOMICILIARIOS)	
De 0 a 1 servicio público	0
2 servicios públicos	1
3 servicios públicos	2
4 ó más servicios públicos	3

SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS	
0 – 1 servicio	0
2 servicios	1
3 servicios	2
4 o más servicios	3

PORCENTAJE DE EGRESOS RESPECTO AL INGRESO FAMILIAR	
71% ó más	0
61% - 70%	2
51% - 60%	4
41% - 50%	6
31% - 40%	8
menor a 30%	10

ESTADO DE SALUD (TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LA PERSONA PACIENTE)	
Más de seis meses	0
De tres a seis meses	1
Menos de tres meses	2

OTROS PROBLEMAS DE SALUD DE LA PERSONA PACIENTE, QUE SE ATIENDEN EN OTRA INSTITUCIÓN	
Sí	0
No	1

ESTADO DE SALUD DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA	
Dos o principal proveedor económico	0
1 enfermo	1
ningún enfermo	2

4.1.10.3 Carnet

PARA REPOSICIÓN DE RECETA:

ACUDIR EL DÍA QUE HABITUALMENTE RECIBE CONSULTA CON EL MÉDICO QUE LE EXPIDIÓ LA RECETA, CON UNA FOTOCOPIA DE LA ÚLTIMA RECETA Y EL CARNET DE CITAS.

DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES

- Recibir atención médica adecuada
- Recibir trato digno y respetuoso
- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
- Decidir libremente sobre su atención.
- Otorgar o no su consentimiento válidamente informado
- Ser tratado con confidencialidad
- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión
- Recibir atención médica en caso de urgencia
- Contar con expediente clínico
- Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA
MANUEL VELASCO SUAREZ
INSURGENTES SUR No. 3877, COL. LA FAMA
C.P. 14269 MEXICO, D.F. TEL. 5606-38-22
INTERNET: http://www.innn.edu.mx

No. de Registro _____ Clave _____

Folio N° (2) (1) 2

CARNET

CON PAGO (4)

Nombre Apellidos

DD/MM/AAAA (5)

(3)

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio:

Colonia:

Teléfono:

ACUDIR SIEMPRE CON UN FAMILIAR
FAVOR DE NO TRAER NIÑOS

PARA REPOSICIÓN DE RECETA:

ACUDIR EL DÍA QUE HABITUALMENTE RECIBE CONSULTA CON EL MÉDICO QUE LE EXPIDIÓ LA RECETA, CON UNA FOTOCOPIA DE LA ÚLTIMA RECETA Y EL CARNET DE CITAS.

DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES

- Recibir atención médica adecuada
- Recibir trato digno y respetuoso
- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
- Decidir libremente sobre su atención.
- Otorgar o no su consentimiento válidamente informado
- Ser tratado con confidencialidad
- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión
- Recibir atención médica en caso de urgencia
- Contar con expediente clínico
- Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA
MANUEL VELASCO SUAREZ
INSURGENTES SUR No. 3877, COL. LA FAMA
C.P. 14269 MEXICO, D.F. TEL. 5606-38-22
INTERNET: http://www.innn.edu.mx

No. de Registro _____ Clave _____

Folio N° (2) (1) 2

CARNET

(4) GRATUIDAD

Nombre Apellidos
DD/MM/AAAA (5)

(3)

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio:

Colonia:

Teléfono:

ACUDIR SIEMPRE CON UN FAMILIAR
FAVOR DE NO TRAER NIÑOS

PARA REPOSICIÓN DE RECETA:

ACUDIR EL DÍA QUE HABITUALMENTE RECIBE CONSULTA CON EL MÉDICO QUE LE EXPIDIÓ LA RECETA, CON UNA FOTOCOPIA DE LA ÚLTIMA RECETA Y EL CARNET DE CITAS.

DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES

- Recibir atención médica adecuada
- Recibir trato digno y respetuoso
- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
- Decidir libremente sobre su atención.
- Otorgar o no su consentimiento válidamente informado
- Ser tratado con confidencialidad
- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión
- Recibir atención médica en caso de urgencia
- Contar con expediente clínico
- Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA
MANUEL VELASCO SUAREZ
INSURGENTES SUR No. 3877, COL. LA FAMA
C.P. 14269 MEXICO, D.F. TEL. 5606-38-22
INTERNET: http://www.innn.edu.mx

No. de Registro _____ Clave

Folio N° (2) (1) 6

CARNET

SUBROGADO

Nombre Apellido (5)
DD/MM/AAAA
(3)

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio:

Colonia:

Teléfono:

ACUDIR SIEMPRE CON UN FAMILIAR
FAVOR DE NO TRAER NIÑOS

4.1.10.4 Instructivo de llenado del carnet

(1) **Nivel socioeconómico**: Clasificación numérica ascendente del 1x al 6 (Criterio establecido por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, CCINSHAE) que se asigna a la persona paciente por su condición social y económica o política dentro del Instituto

(2) **Sello de Trabajo Social**: Sello oficial que valida el documento por parte del Departamento de Trabajo Social.

(3) **Vigencia**: Fecha de realización del estudio socioeconómico y fecha de término de la vigencia.

(4) **Verificación de subsidio o pago**: Indica con sello en caso de gratuidad, si la persona paciente paga la atención médica de acuerdo con el nivel socioeconómico o es subrogado.

(5) **Rúbrica:** Firma de la persona profesional en trabajo social que pone el sello y vigencia, debe hacerlo sobre el sello de gratuidad si es el caso.

4.1.10.5 Ficha de identificación del expediente social.

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO **FECHA:** (1) _____

NOMBRE: (2) _____

_____

REGISTRO: (3) _____

ACTUALIZACIÓN: (4) _____ **1ª VEZ:** (5) _____

DOCUMENTOS EXTEMPORÁNEOS: (6) _____

_____

TRABAJADORA SOCIAL QUE ENTREGA: (7)

_____ (8) _____

4.1.10.6 Instructivo de llenado de la ficha de identificación del expediente social.

(1) **Fecha**: Día, mes y año en que se realiza el estudio socioeconómico.

(2) **Nombre**: Nombre completo de la persona paciente, tal como están registrados en su acta de nacimiento o, en ausencia, CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).

(3) **Registro**: Es el número consecutivo que se le asigna en admisión a la persona paciente cuando ingresa a la institución.

(4) **Actualización**: Se marca con una X, cuándo la persona paciente tiene un estudio socioeconómico previo.

(5) **1ª Vez**: Se marca con una X cuando a la persona paciente se le realiza el estudio socioeconómico por primera vez.

(6) **Documentos extemporáneos**: Se marca con una X cuándo se reciben documentos de manera posterior a la realización del estudio socioeconómico.

(7) **Trabajadora (or) social que entrega**: Nombre completo de la persona profesional en trabajo social que entrega para supervisión o archivo el expediente social o documentos de la persona paciente.

(8) **Trabajadora (or) social que supervisa.** Firma de la persona profesional en trabajo social que supervisa.

4.1.10.7 Formato de Clave socioeconómica por única ocasión.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
CLAVE SOCIOECONÓMICA POR ÚNICA OCASIÓN

(1)

Nombre del paciente: (2)

Registro: (3)

POR ÚNICA OCASIÓN con clave provisional para

(4)

(5)

Nivel Socioeconómico: (6)

Nombre y firma de la TS:

---------- (7)

4.1.10.8 Instructivo de llenado del Formato de Clave socioeconómica por única ocasión

(1) **Fecha:** Día, mes y año en que se realiza el documento.

(2) **Nombre:** Nombre completo de la persona paciente, tal como están registrados en su acta de nacimiento o, en ausencia, CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).

(3) **Registro:** Es el número de registro o folio consecutivo que se le asigna a la persona paciente cuando ingresa a la institución.

(4) **Opciones:** Registro del pago que realizará la persona (historia clínica, consulta, estudios, recetario, radio neurocirugía, otros).

(5) **Motivo para otorgar el volante:** Describir el motivo y para que se otorga el volante si es con pago, sin pago, en el caso de gratuidad describir si cuenta con derechohabiencia y medio de verificación.

(6) **Nivel socioeconómico:** Es el nivel de subsidio que corresponde al total de puntos obtenidos por la información proporcionada de la persona paciente y/o familiar, expresado en números.

(7) **Trabajadora (or) social:** Nombre y apellidos de la persona profesional en trabajo social que emite y entrega el documento incluye rúbrica y sello del Departamento.

4.1.10.9 Base de datos de estudio socioeconómico (digital).

FECHA	NIVEL	REGISTRO	NOMBRE DEL PACIENTE	TIPO DE ESTUDIO	TS QUE ELABORA ESTUDIO	REVISIÓN	FECHA DE REVISIÓN	REVISORA	FECHA ENTREGA DE CORRECCIONES
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DD/MM/AAAA	1		Nombre y apellidos	Primera vez	Grado, nombre completo y apellidos	Observaciones de supervisión	DD/MM/AAAA	Grado, nombre completo y apellidos	DD/MM/AAAA
	2			Subsecuente					
	3								
	4								
	5								
	6								
	6-IMSS								
	6-ISSSTE								
	6-SUBROGADO								
	6-SSM								

4.1.10.10 Instructivo de llenado de la base de datos de estudio socioeconómico (digital).

(1) **Fecha:** Día, mes y año en que se realiza el estudio socioeconómico en formato (dd/mm/aaaa). Ej. 22/12/2023.

(2) **Nivel socioeconómico:** Es el nivel de subsidio que corresponde al total de puntos obtenidos por la información proporcionada de la persona paciente y/o familiar, expresado en números, en el caso de nivel 6 identificar si es con gratuidad, subrogado, con seguridad social IMSS o ISSSTE o seguro de gastos médicos.

(3) **Registro:** Es el número de registro o folio consecutivo que se le asigna en el Instituto de la persona paciente cuando ingresa a la institución.

(4) **Nombre del paciente:** Nombre y apellidos de la persona con problemas de salud atendida en el Instituto y que es internada.

(5) **Tipo de estudio:** Estudio socioeconómico realizado por primera vez o subsecuente.

(6) **T.S. que realiza el estudio:** Grado, nombre completo y apellidos de la persona profesional en trabajo social que realiza el estudio socioeconómico.

(7) **Revisión:** Registro de las observaciones cualitativas revisadas en el estudio socioeconómicos cuándo existe error en caso no existir, colocar la leyenda: sin observaciones.

(8) **Fecha de revisión:** Día, mes y año en que se realiza el estudio socioeconómico en formato (dd/mm/aaaa). Ej. 22/12/2023.

(9) **Nombre:** Nombre completo de la persona paciente, tal como están registrados en su acta de nacimiento o, en ausencia, CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).

(10) **Revisor (a):** Grado, nombre completo y apellidos de la persona profesional en trabajo social que supervisa el estudio socioeconómico.

(11) **Entrega de correcciones:** Día, mes y año en que se realiza el estudio socioeconómico en formato (dd/mm/aaaa), Ej. 22/12/2023.

4.2. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

4.2.1. PROPÓSITO

Realizar la evaluación socioeconómica de la persona paciente al momento del ingreso hospitalario, que permita desde la metodología de la intervención individualizada la atención social durante el internamiento y seguimiento, junto con la orientación en trámites y requisitos a seguir.

4.2.2. ALCANCE

4.2.2.1 Alcance Interno: El personal médico determina la pertinencia del ingreso hospitalario, el personal administrativo de admisión hospitalaria o del servicio de Urgencias realiza la verificación o el procedimiento para que él o la paciente cuente con un expediente clínico y un carnet y refiere al paciente al Departamento de Trabajo Social. El personal profesional en trabajo social orienta al familiar o persona legalmente responsable sobre el ingreso y solicita la carta de responsabilidad civil y moral, realiza las notas de ingreso o reingreso de la persona paciente y mantiene coordinación con el equipo multidisciplinario y el familiar o persona legalmente responsable para el seguimiento social

4.2.2.2 Alcance Externo: No aplica

4.2.3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

4.2.3.1 Es responsabilidad del personal profesional en trabajo social realizar el trámite de ingreso o reingreso hospitalario una vez que la persona paciente tenga asignado número de cama y carnet por turno (matutino, vespertino, nocturno y especial), en las primeras 24 horas de su ingreso, para evaluar la situación socioeconómica y familiar, a partir de la metodología de la intervención individualizada.

4.2.3.2 La persona supervisora de trabajo social es responsable de notificar al médico responsable en turno del servicio de Urgencias, la ausencia del profesional de trabajo social de la guardia especial o nocturna, con el fin de que el paciente o persona legalmente responsable se presente al siguiente día para realizar el trámite de ingreso.

4.2.3.3 Es responsabilidad del personal profesional en trabajo social, en caso de que la persona paciente acuda sola y requiera internamiento, establecer comunicación con sus familiares, persona legalmente responsable o red de apoyo.

4.2.3.4 Es responsabilidad del personal profesional en trabajo social verificar que su estudio socioeconómico esté actualizado, en caso de no contar con él deberá realizar el PROCEDIMIENTO PARA LA ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO.

4.2.3.5 Es responsabilidad del personal profesional en trabajo social informar a la persona legalmente responsable, familiar o acompañante sobre los horarios de visita, accesos al Instituto, documentos a integrar en el expediente social y hospitalario, aplicación de políticas de pago, donación de sangre, derechos de las y los pacientes.

4.2.3.6 Es responsabilidad del personal profesional en trabajo social otorgar el pase de visita a la persona legalmente responsable, familiar o acompañante conforme a los siguientes criterios:

a) Pase de visita (azul) para toda persona paciente que ingresa a hospitalización (excepto Urgencias).

b) Pase especial (amarillo) a los usuarios que se ingresen a las salas individuales y en los casos que lo solicite enfermería previa notificación.

4.2.3.7 Es responsabilidad del personal profesional de trabajo social elaborar y firmar las cartas de consentimiento informado general y de aceptación de responsabilidad civil y moral, solicitar las firmas de la persona paciente o persona legalmente responsable o acompañante y dos testigos. Integrarlos al expediente social y posteriormente al expediente clínico.

4.2.3.8 Es responsabilidad del personal profesional en trabajo social dar el seguimiento social al caso, al paciente y la familia, desde el ingreso y durante la estancia hospitalaria, haciendo el registro de su intervención en las notas de ingreso, reingreso, administrativas, de transferencia, seguimiento, en el expediente clínico electrónico.

4.2.3.9 Es responsabilidad del personal profesional en trabajo social que realiza el ingreso o reingreso, realizar los registros digitales en la hoja de atención continua y bases de datos de reingreso hospitalario.

4.2.3.10 Es responsabilidad del personal profesional en trabajo social elaborar el informe mensual de reingresos hospitalarios conforme a la organización establecida por la persona titular del Departamento de Trabajo Social.

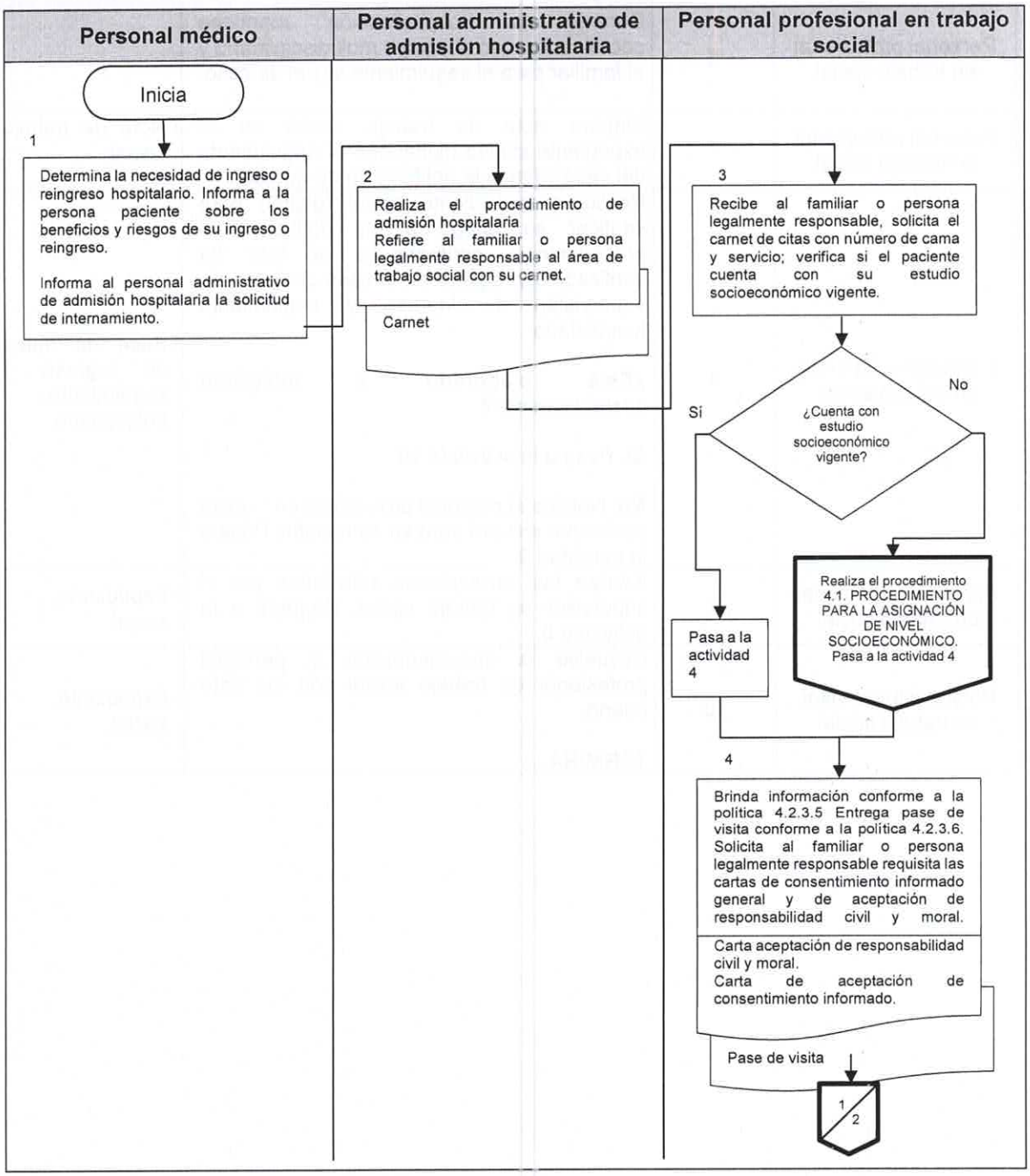
4.2.3.11 El personal profesional de trabajo social que elabore el ingreso hospitalario debe ser supervisado mediante la metodología de evaluación entre pares.

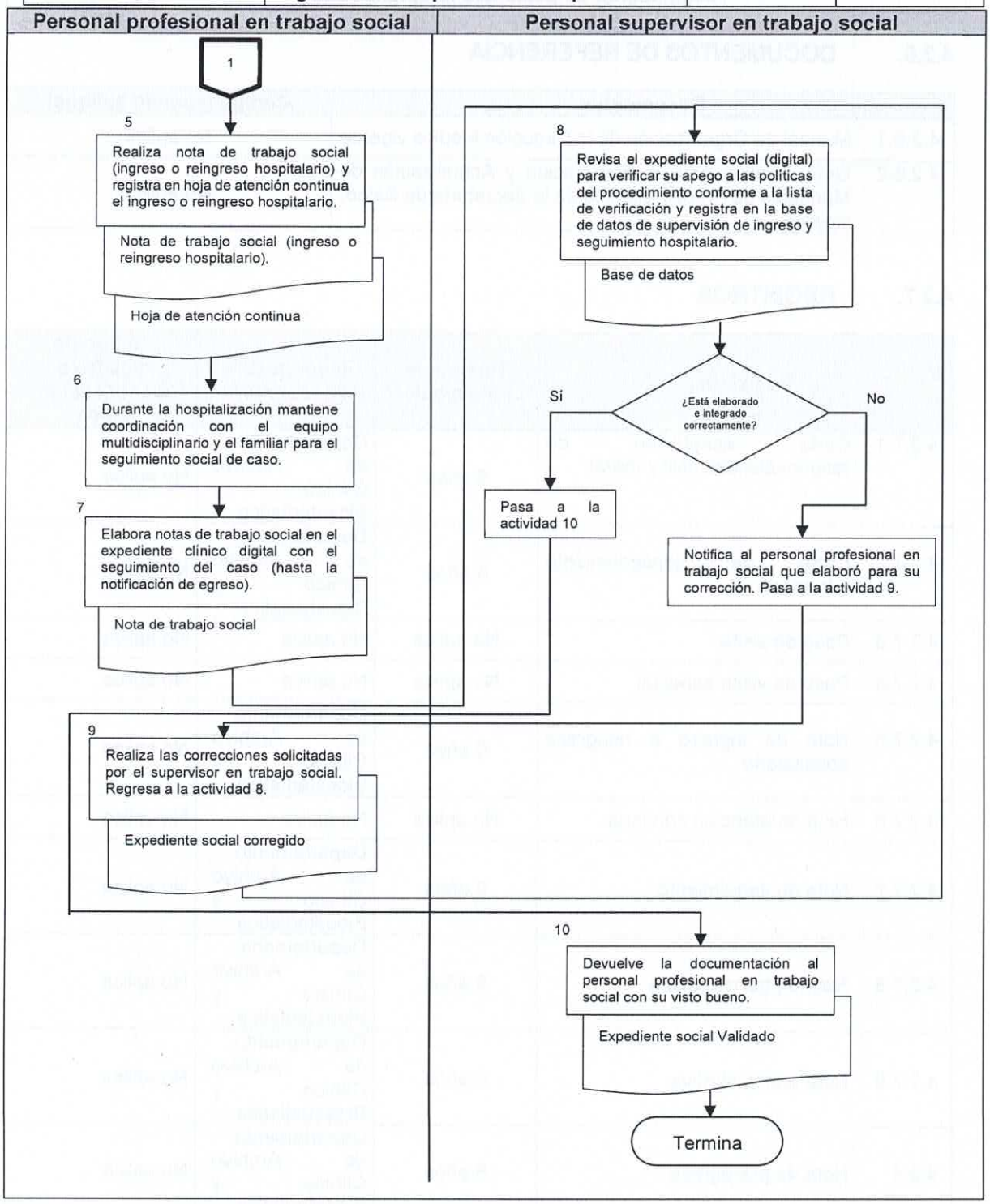
4.2.4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal Médico	1	Determina la necesidad de ingreso o reingreso hospitalario. Informa a la persona paciente sobre los beneficios y riesgos de su ingreso o reingreso. Informa al personal administrativo de admisión hospitalaria la solicitud de internamiento.	
Personal administrativo de admisión hospitalaria	2	Realiza el procedimiento de admisión hospitalaria. Refiere al familiar o persona legalmente responsable al área de trabajo social con su carnet.	• Carnet
Personal profesional en trabajo social	3	Recibe al familiar o persona legalmente responsable, solicita el carnet de citas con número de cama y servicio; verifica si la persona paciente cuenta con estudio socioeconómico vigente. **¿Cuenta con estudio socioeconómico vigente?** **Sí:** Pasa a la actividad 4 **No:** Realiza el procedimiento 4.1. PROCEDIMIENTO PARA LA ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO Pasa a la actividad 4.	• Carnet de citas.
Personal profesional en trabajo social	4	Brinda información conforme a la política 4.2.3.5 Entrega pase de visita conforme a la política 4.2.3.6. Solicita al familiar o persona legalmente responsable requisitar la carta de aceptación de responsabilidad civil y moral y consentimiento informado. Solicita donación de sangre.	• Carta aceptación de responsabilidad civil y moral. • Consentimiento informado general • Pase de visita
Personal profesional en trabajo social	5	Realiza nota de trabajo social (ingreso o reingreso hospitalario) y registra en hoja de atención continua y en la base de datos de reingreso hospitalario.	• Nota de trabajo social (ingreso o reingreso hospitalario). • Hoja de atención continua

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal profesional en trabajo social	6	Durante la hospitalización mantiene coordinación con el equipo multidisciplinario y el familiar para el seguimiento social de caso.	
Personal profesional en trabajo social	7	Elabora nota de trabajo social en el expediente clínico digital con el seguimiento del caso y hasta la notificación de egreso.	• Nota de trabajo social
Personal supervisor en trabajo social	8	Revisa el expediente social (digital) para verificar su apego a las políticas del procedimiento conforme a la lista de verificación y registra en la base de datos de supervisión de ingreso y seguimiento hospitalario. **¿Está elaborado e integrado correctamente?** **Sí**: Pasa a la actividad 10. **No**: Notifica al personal profesional en trabajo social que elaboró para su corrección. Pasa a la actividad 9.	• Base de datos de ingreso y seguimiento hospitalario.
Personal profesional en trabajo social	9	Realiza las correcciones solicitadas por el supervisor en trabajo social. Regresa a la actividad 8.	• Expediente social
Personal supervisor en trabajo social	10	Devuelve la documentación al personal profesional en trabajo social con su visto bueno. **TERMINA.**	• Expediente social

4.2.5. DIAGRAMA DE FLUJO




Personal profesional en trabajo social
Personal supervisor en trabajo social
1
5
Realiza nota de trabajo social (ingreso o reingreso hospitalario) y registra en hoja de atención continua el ingreso o reingreso hospitalario.
Nota de trabajo social (ingreso o reingreso hospitalario).
Hoja de atención continua
6
Durante la hospitalización mantiene coordinación con el equipo multidisciplinario y el familiar para el seguimiento social de caso.
7
Elabora notas de trabajo social en el expediente clínico digital con el seguimiento del caso (hasta la notificación de egreso).
Nota de trabajo social
8
Revisa el expediente social (digital) para verificar su apego a las políticas del procedimiento conforme a la lista de verificación y registra en la base de datos de supervisión de ingreso y seguimiento hospitalario.
Base de datos
¿Está elaborado e integrado correctamente?
Sí
No
Pasa a la actividad 10
Notifica al personal profesional en trabajo social que elaboró para su corrección. Pasa a la actividad 9.
9
Realiza las correcciones solicitadas por el supervisor en trabajo social. Regresa a la actividad 8.
Expediente social corregido
10
Devuelve la documentación al personal profesional en trabajo social con su visto bueno.
Expediente social Validado
Termina

4.2.6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

	Documentos	Código (cuando aplique)
4.2.6.1	Manual de Organización de la Dirección Médica vigente	No aplica
4.2.6.2	Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, vigente.	No aplica

4.2.7. REGISTROS

	Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.2.7.1	Carta aceptación de responsabilidad civil y moral	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
4.2.7.2	Carta de consentimiento informado.	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
4.2.7.3	Pase de visita	No aplica	No aplica	No aplica
4.2.7.4	Pase de visita especial	No aplica	No aplica	No aplica
4.2.7.5	Nota de ingreso o reingreso hospitalario.	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
4.2.7.6	Hoja de atención continua	No aplica	No aplica	No aplica
4.2.7.7	Nota de seguimiento	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
4.2.7.8	Nota de transferencia	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
4.2.7.9	Nota administrativa	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
4.2.8	Nota de pre-egreso	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.2.8.1 Base de datos de reingreso y seguimiento hospitalario.	6 años	Departamento de Trabajo Social.	No aplica

4.2.8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

4.2.8.1 **Carnet:** Documento de tipo informativo donde se indica nivel socioeconómico de la persona paciente las fechas de estudios, consultas y servicios que se le proporcionarán.

4.2.8.2 **Carta de consentimiento informado general:** Documento en el que se informa a la persona que tramita acerca de los posibles riesgos y beneficios personales de la atención médica en general que recibirá la persona paciente en el Instituto.

4.2.8.3 **Carta de aceptación de responsabilidad civil y moral:** Documento en el que se informa a la persona que tramita acerca las responsabilidades de pago, cuidados y responsabilidades con la persona paciente.

4.2.8.4 **Diagnóstico social:** Proceso de elaboración y sistematización de información que implica conocer y comprender los problemas y necesidades dentro del contexto determinado, sus causas y evolución a lo largo del tiempo; así como los factores condicionales, de riesgo y sus tendencias previsibles; permitiendo una jerarquización de estos dando prioridades, en su caso, describirá brevemente los problemas colaterales al de salud. Es el resultado del análisis de la información recabada durante el estudio socioeconómico, siendo la interpretación del personal profesional en trabajo social acerca de la situación social de la persona paciente y su familia, identificando la problemática detectada. Plantea estrategias de intervención de manera que pueda determinarse de antemano su grado de viabilidad y factibilidad, considerando tanto los medios disponibles como las fuerzas o actores sociales involucrados, se conforma por: datos sociodemográficos del paciente (Nombre, sexo, identidad de género si lo expresa el paciente, edad, fecha de nacimiento, lugar de origen y residencia, estado civil, escolaridad, religión, ocupación), descripción de derechohabiencia descripción social del diagnóstico médico e itinerario terapéutico, descripción del grupo familiar por subsistemas y redes de apoyo primarías y secundarias, descripción de los ingresos familiares y procedencia de los mismos (becas, apoyos gubernamentales, apoyos familiares, de persona que no son familia), datos generales de la vivienda, documentación recibida, si se asigna nivel por política institucional, información extraordinaria para trámites o entrega de documentos o corrección de datos.

4.2.8.5 **Entrevista:** Técnica consciente e intencionada de conocimientos provenientes de la teoría entre la persona profesional en trabajo social y la persona que tramita que a partir de un objetivo determinado permite conocer las situaciones sociales y familiares que enfrentan los usuarios.

4.2.8.6 **Expediente social:** Conjunto de documentos de identificación de la persona paciente y la persona legalmente responsable, que puede contener en papel o digital, notas de seguimiento, estudio socioeconómico del Instituto o externo, visita domiciliaria del

Instituto o externa y documentos que se relacionen con la atención social de la persona paciente.

4.2.8.7 **Hoja de atención social continua**: Instrumento que integra datos de identificación del seguimiento de caso de pacientes hospitalizados; se actualiza por turno.

4.2.8.8 **Metodología de intervención social:** Serie de pasos a seguir desde abordajes teóricos y metodológicos que inciden en los problemas sociales de la persona paciente.

4.2.8.9 **Nota de trabajo social:** Descripción que integra la información social del paciente que puede ser tipificada de la siguiente manera:

a) **Administrativa:** Descripción que integra elementos sobre documentos recibidos, integrados o notificaciones al familiar, solicitudes del equipo de salud, elaboración de reclasificaciones, interconsultas, traslados por estudios a otra institución.
b) **De ingreso**: Descripción que integra elementos de la situación social y familiar de la persona paciente, así como trámites administrativos al momento del ingreso

4.2.8.10 **Pre-egreso:** Escribir resumen de las condiciones de egreso (albergues, pendientes de documentos, estancia al egreso, referencia a consultoría de enfermería). Orientación al familiar sobre los trámites de alta. Plan de egreso a domicilio.
Mencionar situación social en la que egresará el paciente y acciones a realizar en caso de reingreso.

4.2.8.11 **Nota de reingreso:** Descripción que integra elementos de la situación social y familiar de la persona paciente con internamientos previos.

4.2.8.12 **Nota de Seguimiento:** Descripción que integra elementos concernientes a la situación social de la persona paciente relacionados con el problema de salud existente.

4.2.8.13 **Nota de transferencia**: Descripción que integra la información de cambio de servicio o especialidad de la persona paciente.

4.2.9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
06	Septiembre, 2023	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora.

4.2.10. Anexos del Procedimiento

4.2.10.1 Carta de aceptación de responsabilidad civil y moral
4.2.10.2 Instructivo de llenado de la carta aceptación de responsabilidad civil y moral
4.2.10.3 Carta de consentimiento informado general
4.2.10.4 Instructivo de llenado de la carta aceptación de consentimiento informado general
4.2.10.5 Pase de visita
4.2.10.6 Instructivo de llenado del pase de visita
4.2.10.7 Pase de visita especial
4.2.10.8 Instructivo de llenado del pase de visita especial
4.2.10.9 Nota de trabajo social
4.2.10.10 Instructivo de llenado de la nota de trabajo social
4.2.10.11 Hoja de atención continua
4.2.10.12 Instructivo de llenado de la hoja de atención continua
4.2.10.13 Base de datos de ingreso y seguimiento hospitalario.
4.2.10.14 Instructivo de llenado de la base de datos de ingreso y seguimiento hospitalario

4.2.10.1 Carta aceptación de responsabilidad civil y moral

Fecha y hora de elaboración: 00/00/0000 : :

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
LIC. SANITARIA 04 AM 0913012 DM-TS-CI-RCM-1/2016
CARTA DE ACEPTACION DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y MORAL

NOMBRE DEL PACIENTE _____ **FECHA** 00/00/0000 **HORA** 00:00
Paterno Materno Nombre (s) dd/mm/año 24 hrs
REGISTRO _____ **SERVICIO** _____ **SEXO** _____ **EDAD** _____ (1)
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL/TUTOR/FAMILIAR MÁS CERCANO EN VÍNCULO
_____ **PARENTESCO** _____

Yo, (2) _____ en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de paciente, y/o representante legal/ tutor/ familiar más cercano en vínculo de éste,

DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA LO SIGUIENTE:

A través del presente documento expreso mi conformidad en responsabilizarme de los gastos que se originen por los procedimientos médicos y quirúrgicos que permitan un mejor diagnóstico, pronóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente de acuerdo con las cuotas de recuperación vigentes y atendiendo a las condiciones socioeconómicas que concurren me han sido asignadas.

Por otro lado, me comprometo a informarme personal y diariamente del estado de salud de mi paciente, así como acudir al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía cuantas veces me sea requerido para tratar todo lo relacionado con el caso. Si por falta de cumplimiento a dichas responsabilidades se causara a este hospital cualquier daño o gasto, me comprometo a pagar incondicionalmente a la institución el importe de la hospitalización y demás procedimientos médicos y paramédicos realizados a mi representado sin poder invocar excepción o espera sobre las cantidades que yo adeude, en tal virtud, sin que exista en mi persona coacción alguna y en posesión de mi capacidad libre y voluntaria, firmo o pongo la huella digital para los efectos legales procedentes.

(3)
Firmado por:..... a ..... Núm Cédula:.....
NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA DE QUIEN OBTIENE EL CONSENTIMIENTO

(4)
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL/TUTOR/ FAMILIAR MÁS CERCANO EN VÍNCULO

(5)
NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1

(6)
NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2

www.inner.salud.gob.mx Insurgentes Sur # 3877, Col. La Fama 14269, Ciudad de México, Tel. (55) 56063822 No. Pág: 1

4.2.10.2 Instructivo de llenado de la carta aceptación de responsabilidad civil y moral

(1) Información previamente llenada por el Departamento de Admisión.

(2) **Nombre y firma del paciente/representante legal o tutor/ familiar más cercano en el vínculo**: Nombre completo con apellidos de la persona que se identifica como responsable legal puede ser familiar, tutor, amistad, acompañante.

(3) **Nombre completo, cargo y firma de la persona profesional en trabajo social**: Nombre y apellidos de la persona adscrita al Departamento de Trabajo Social que emite y entrega el documento, incluye cédula profesional y rúbrica.

(4) **Nombre y firma del paciente/representante legal o tutor/ familiar más cercano en el vínculo**: Nombre completo de la persona que se identifica como responsable, legal puede ser familiar, tutor, amistad, acompañante incluye rúbrica.

(5) **Nombre y firma de testigo 1:** Nombre completo de la persona que se identifica como testigo, incluye rúbrica.

(6) **Nombre y firma de testigo 2:** Nombre completo de la persona que se identifica como testigo, incluye rúbrica.

4.2.10.3 Carta de consentimiento informado general.

Fecha y hora de elaboración: 14/05/2021 15:15

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
LIC. SANITARIA 04 AM 091301 DM-TS-IH-CI-1/2016

DIRECCIÓN MÉDICA
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA _____ HORA _____
Paterno Materno Nombre (s) dd/mm/año 24 hrs
REGISTRO _____ SERVICIO Trabajo Social SEXO _____ EDAD _____ (1)
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL/TUTOR/FAMILIAR MÁS CERCANO EN VÍNCULO
_____ PARENTESCO _____

Yo, (2) _____ en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de paciente, y/ o representante legal/ tutor/ familiar más cercano en vínculo de éste.

DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA LO SIGUIENTE:

Acudo a este Instituto Nacional de Salud, para el tratamiento de mi enfermedad y de acuerdo a lo que me explicaron en relación a lo dispuesto en los artículos 29,76,77,78,80,81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de Servicios y Atención Médica y numerales 4.2, 10.1.1.8, 10.1.3 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico; manifiesto mi consentimiento expreso para que el personal médico y paramédico del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía realice los procedimientos que permitan un mejor diagnóstico y pronostico, tratamiento y rehabilitación de mi enfermedad, se me ha informado adecuadamente de los riesgos y consecuencias que ello implica, entiendo que los beneficios que pretenden son:

El alivio de los sufrimientos que me aquejan; que existe posibilidad de corregir las causas de mi padecimiento; que es posible obtener curación parcial o definitiva; que si requiere una intervención quirúrgica está se realizará sobre las delicadas estructuras del sistema nervioso, como son el cerebro (encéfalo), la médula espinal y los nervios y que para ello se deben manipular la piel, los músculos y el esqueleto; que los procedimientos operatorios así como la anestesia necesarios tienen peligro y riesgos de afectar mi integridad funcional inclusive la vida; que pueden necesitarse exámenes de laboratorio de mi sangre o de líquido espinal, que puedo requerir transfusiones de sangre, así como estudios radiológicos o de imágenes que requieren la punción de venas y arterias y la inyección de sustancias que pueden tener reacciones adversas; que tanto los tiempos pre, trans, y post operatorios pueden requerir de una hospitalización prolongada, en ocasiones en una unidad de terapia intensiva donde pueden solicitar asistencia con respiradores electromecánicos, así como requerir sujeción terapéutica para garantizar mi seguridad, la del medio y de las demás personas; que el instituto reconoce mi autonomía para la decisión de continuar o suspender mi tratamiento, en tal virtud, consiente y comprendiendo todo, sin que exista en mi persona coacción alguna y en posición de mi libre voluntad expreso mi consentimiento válidamente informado y firmo o pongo la huella del pulgar para los efectos legales procedentes.

Los parientes o responsable legal informamos que en caso de que el paciente no este capacitado para tomar decisiones, a su nombre aceptamos la información que nos proporcionó y la responsabilidad correspondiente.

(3)

Firmado por: _____
_____ a _____ Núm Cédula _____

NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA DE QUIEN OBTIENE EL CONSENTIMIENTO

(4)

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL/ TUTOR/ FAMILIAR MÁS CERCANO EN VÍNCULO

(5)

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1

(6)

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2

www.inn.salud.gob.mx Insurgentes Sur # 3877, Col. La Fama 14269, Ciudad de México, Tel. (55) 56063822 No. Pág: 1

4.2.10.4 Instructivo de llenado de la carta aceptación de consentimiento informado general.

(1) Información previamente llenada por el Departamento de Admisión.

(2) **Nombre y firma del paciente/representante legal o tutor/ familiar más cercano en el vínculo**: Nombre completo con apellidos de la persona que se identifica como responsable legal puede ser familiar, tutor, amistad, acompañante.

(3) **Nombre completo cargo y firma de la persona profesional en trabajo social**: Nombre y apellidos de la persona adscrita al Departamento de Trabajo Social que emite y entrega el documento, incluye cédula profesional y rúbrica.

(4) **Nombre y firma del paciente/representante legal o tutor/ familiar más cercano en el vínculo**: Nombre completo de la persona que se identifica como responsable, legal puede ser familiar, tutor, amistad, acompañante incluye rúbrica.

(5) **Nombre y firma de testigo 1:** Nombre completo de la persona que se identifica como testigo, incluye rúbrica.

(6) **Nombre y firma de testigo 2:** Nombre completo de la persona que se identifica como testigo, incluye rúbrica.

4.2.10.5 Pase de visita

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÀREZ

PASE DE VISITA

PACIENTE: (1) _____

Hospitalizado en (2) _____

Horario de visita de las (3) _____ hrs. a las (4) _____ horas

(5) _____

TRABAJADORA SOCIAL

A) Este pase autoriza la visita de una persona exclusivamente en el horario establecido.

B) Este pase será válido hasta el día que sea egresado el paciente y deba entregarse al personal de vigilancia.

- Prohibido traer a la visita a menores de 18 años.
- No introducir alimentos.
- Prohibido permanecer en el instituto después del horario de visita.

C) No maltrate, extravíe o enmique porque No le será repuesto.

4.2.10.6 Instructivo de llenado del pase de visita.

(1) **Paciente:** Nombre y apellidos completos de la persona paciente hospitalizado.

(2) **Hospitalizado en:** Lugar de especialidad dónde se encuentra hospitalizado la persona paciente.

a) Estancia Corta
b) Neurología
c) Neurocirugía
d) Psiquiatría
e) Terapia Endovascular
f) Radio Neurocirugía
g) Unidad de Cuidados Intermedios
h) Unidad de Terapia Intensiva
i) Urgencias
j) 4° y 2° Piso

(3) **Horario de visita:** Hora y minutos del horario de inicio de la visita familiar de acuerdo con las políticas del servicio de hospitalización, en formato (hh:mm). Ej. 10:30

(4) **Hora de término de la visita:** Poner hora y minutos del horario en el que concluye la visita familiar en formato (hh:mm). Ej. 10:30

(5) **Trabajador (a) social:** Nombre y apellidos de la persona responsable de trabajo social que emite y entrega el pase, incluye rúbrica y sello.

4.2.10.7 Pase de visita especial.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ

PASE ESPECIAL

PACIENTE: (1) _____ EXP. No. (2) _____

SERVICIO (3) _____ CAMA (4) _____

(5) MOTIVO: APOYO ALIMENTOS ( ) 8:30 - 13:30 - 19:00

APOYO ASEO ( )

4º PISO ( ) 1 FAMILIAR 24 HORAS

Vo. Bo.

(6) _____

TRABAJADORA SOCIAL

1. ESTE PASE AUTORIZA LA VISITA DE UNA PERSONA EXCLUSIVAMENTE.
2. NINGÚN FAMILIAR DE PACIENTE HOSPITALIZADO PODRÁ PERMANECER EN LA SALA DE ESPERA SIN LA PRESENTACIÓN DEL PASE CORRESPONDIENTE.
3. EL PASE SÓLO SERÁ VÁLIDO A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL MISMO Y SERÁ ENTREGADO Y CANCELADO AL MOMENTO DEL EGRESO DEL PACIENTE.
4. EL PASE SÓLO SERÁ EXPEDIDO EN LOS CASOS EN QUE EL MÉDICO O ENFERMERÍA RESPONSABLE JUZGUE NECESARIO.
5. EL FAMILIAR QUE PERMANEZCA EN LA SALA DE ESPERA FUERA DEL HORARIO DE VISITA DEBERÁ ACATAR LAS INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES QUE EL PERSONAL DE SUPERVISIÓN OTORGUE PARA EL CONTROL DE ASISTENCIA.
6. NINGÚN FAMILIAR QUE PERMANEZCA EN LA SALA DE ESPERA PODRÁ ACUDIR A OTRAS ÁREAS FÍSICAS DE LA INSTITUCIÓN SIN LA AUTORIZACIÓN CORRESPONDIENTE DEL PERSONAL DE SUPERVISIÓN.
7. CUIDE DE NO MALTRATARLO, EXTRAVIARLO, ENMICARLO.
8. SE AUTORIZA LA PERMANENCIA DE UN FAMILIAR FUERA DEL HORARIO DE VISITA EN LA SALA DE ESPERA.

4.2.10.8 Instructivo de llenado del pase de visita especial.

(1) **Paciente:** Nombre y apellidos completos de la persona paciente hospitalizado.

(2) **Número de expediente:** Folio consecutivo que se asigna el Instituto a todo paciente hospitalizado.

(3) **Servicio:** Lugar de especialidad dónde se encuentra hospitalizado la persona paciente.

a) Estancia Corta
b) Neurología
c) Neurocirugía
d) Psiquiatría
e) Terapia Endovascular
f) Radio Neurocirugía
g) Unidad de Cuidados Intermedios
h) Unidad de Terapia Intensiva
i) Urgencias
j) 4° y 2° Piso

(4) **Cama:** Número de cama asignado dentro del Instituto a la persona paciente hospitalizada.

(5) **Motivo:** Se marca con una "x" el motivo por el que se autoriza el acceso con el pase:

a) Apoyo de alimentos conforme al horario establecido,
b) Apoyo de aseo, de acuerdo al horario indicado por el personal de enfermería de la especialidad,
c) 4° y 2° piso, acceso a una persona durante 24 horas en la habitación de la persona paciente.

(6) **Trabajadora (or) social:** Nombre completo y apellidos de la persona profesional en trabajo social que emite y entrega el pase incluye rúbrica y sello.

4.2.10.9 Nota de ingreso y reingreso de trabajo social.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
Lic. Sanitaria 04 AM 0913012

Nivel Socioeconómico

Servicio: Trabajo Social Registro: Sexo: H M
Nombre: Edad: Fecha de Nac:

(1)

NOTA DE TRABAJO SOCIAL

FECHA DE INGRESO: (2) CAMA: (3) NACIONALIDAD: (4)

GRUPO INDÍGENA: (5) RELIGIÓN: (6)

DIAGNÓSTICO MÉDICO: SERVICIO: (7)

(8)

RESPONSABLE LEGAL: (9)

DOMICILIO: (10)

TELÉFONO 1: (11) TELÉFONO 2: (12)

Fecha: (13) Hora: (14)

(15)

Firmado por:.....
..... a ..... Núm Cédula:..... (16)

TRABAJADORA SOCIAL

4.2.10.10 Instructivo de llenado de la nota de ingreso y reingreso de trabajo social.

(1) Información prellenada por admisión hospitalaria.

(2) **Fecha de ingreso**: Día, mes y año en que se realiza la nota de trabajo social en el primer internamiento del paciente, se llena por única ocasión, en formato (dd/mm/aaaa)

(3) **Cama:** Número de cama destinada a la atención de la persona paciente durante la hospitalización (prellenada por admisión hospitalaria).

(4) **Nacionalidad:** Nombre de país que reconoce a una persona la pertenencia a un estado o una nación (prellenada por admisión hospitalaria).

(5) **Grupo indígena:** Nombre del grupo social y cultural distintos con el que comparten vínculos ancestrales colectivos con las tierras y los recursos naturales dónde viven, información prellenada por admisión y editable en caso de error.

(6) **Religión:** Nombre de la doctrina religiosa que profesa la persona paciente o si no profesa ninguna. Prellenada por admisión y editable en caso de error.

(7) **Servicio:** Nombre de la especialidad en la que se encuentra atendido el o la paciente.

a) Estancia Corta,
b) Neurología,
c) Neurocirugía,
d) Psiquiatría,
e) Terapia Endovascular,
f) Radio Neurocirugía,
g) Unidad de Cuidados Intermedios,
h) Unidad de Terapia Intensiva,
i) Urgencias,
j) 4º y 2º Piso.

(8) **Diagnóstico médico:** Nombre del problema médico por el que se atiende en el Instituto (prellenado y editable en caso de que falte).

(9) **Responsable legal:** Nombre completo y apellidos de la persona legalmente responsable asignada por el o la paciente, que tiene o no vínculos de parentesco (prellenado por admisión).

(10) **Domicilio:** Anotar la dirección completa del lugar en el que vive la persona paciente, incluyendo:

a) Calle,
b) Número exterior e interior,
c) Colonia,
d) Localidad,
e) Código postal,
f) Estado,
g) País,
h) Número telefónico con lada,

i) Cualquier otra referencia relevante para la localización de la vivienda.

(11) **Número telefónico 1:** Número de teléfono con lada del domicilio a dónde se le puede localizar a la persona paciente y la persona legalmente responsable.

(12) **Número telefónico 2:** Número teléfono de celular del domicilio a dónde se le puede localizar a la persona paciente y la persona legalmente responsable.

(13) **Fecha:** Colocar en formato día, mes y año (dd/mm/aaaa), del día que se realiza la nota de trabajo social y la intervención profesional. Ej. 22/12/2023.

(14) **Hora:** Colocar en hora y minutos (HH/MM) del día que se realiza la nota de trabajo social acorde al momento que se realizó la intervención.

(15) Descripción cronológica de las acciones realizadas por trabajo social de acuerdo a las siguientes características:

Nota de Ingreso:

a) Registrar los datos demográficos y generales del paciente: edad, sexo, escolaridad, ocupación, religión, lengua, fecha de nacimiento, si pertenece a un grupo indígena, estado civil, y mencionar si es derechohabiente, gastos médicos o subrogado.
b) Antecedentes de la enfermedad: Inicio del padecimiento, institución que refiere al Instituto, diagnóstico médico e itinerario terapéutico hasta llegar al INNNMVS.
c) Inicio del padecimiento e indicadores que aclaren el proceso de atención hasta llegar al Instituto y el diagnóstico presuntivo.
d) Estructura familiar.
e) Ingresos y egresos en caso de cambios con respecto al estudio socioeconómico, egresos extraordinarios o de apoyos gubernamentales no referidos antes.
f) Datos de la vivienda, tipo de construcción, número de habitaciones, zona de ubicación.
g) Redes de apoyo, primarias, secundarias y terciarias.
h) Número telefónicos de contacto y nombre (dos números) en caso de ser diferentes a los que ya se tienen registrados.
i) Indicaciones y documentos solicitados: registrar documentos solicitados y requeridos para el expediente social, aplicación de políticas de pago, donación de sangre, reporte de visita domiciliaria, entrega tríptico y anotar la cita en el carnet con personal que dará el seguimiento, firma de cartas de responsabilidad civil y moral, así como la información de los derechos del paciente.
j) Plan Social:

- Requiere seguimiento por problemática familiar
- Requiere gestión de recursos (albergues)
- Requiere seguimiento por políticas de pago
- Requiere seguimiento para integrar expediente social.
- Requiere ser referido a capacitación en consultoría de enfermería. (programa de educación para la salud)

Nota de reingreso:

Cuando el paciente tiene un año o más de ser internado se realizará nota con los mismos datos de la nota de reingreso, en caso de que el internamiento sea menor a un año se contemplará:

a) Datos demográficos y generales del paciente: edad, sexo, escolaridad, ocupación, religión, lengua, fecha de nacimiento, si pertenece a un grupo indígena, estado civil, y mencionar si es derechohabiente, gastos médicos o subrogado,
b) Antecedentes del internamiento previo al Instituto, y en caso de estar en otros o centros de atención médica referirlos,
c) Estructura familiar sólo en caso de cambios en la misma,
d) Dinámica familiar a partir de cambios con respecto al o los internamientos previos si los hay,
e) Ingresos y egresos en caso de cambios con respecto al estudio socioeconómico, egresos extraordinarios o de apoyos gubernamentales no referidos antes,
f) Datos de la vivienda, en caso de domicilio distinto al registrado al momento del reingreso,
g) Redes de apoyo, primarias, secundarias y terciarias en caso de cambios con respecto a internamientos anteriores,
h) Número telefónicos de contacto y nombre (dos números) en caso de ser diferentes a los que ya se tienen registrados,
i) Indicaciones y documentos solicitados: registrar documentos solicitados y requeridos para el expediente social, aplicación de políticas de pago, donación de sangre, reporte de visita domiciliaria, entrega tríptico y anotar la cita en el carnet con personal que dará el seguimiento, firma de cartas de responsabilidad civil y moral, así como la información de los derechos del paciente,
j) Plan Social.

- Requiere seguimiento por problemática familiar.
- Requiere gestión de recursos (albergues).
- Requiere seguimiento por políticas de pago.
- Requiere seguimiento para integrar expediente social.
- Requiere ser referido a capacitación en consultoría de enfermería. (programa de educación para la salud)

(16) **Firmado por**: Nombre completo y apellidos de la persona profesional de trabajo social responsable de la nota, día, mes y año en formato dd/mm/aaaa ej. 15/01/2023 y número de cédula profesional de la persona profesional de trabajo social que realiza la nota.

Nota: En caso de realizar notas pasantes o estudiantes, colocar nombre completo y fecha de quién lo realiza en el campo de diagnóstico.

4.2.10.11 Hoja de atención continua

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

HOJA DE ATENCIÓN CONTINUA

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

TURNO (1)

TRABAJADORA (OR) SOCIAL: (2)

SERVICIO: (3)

HORARIO DE VISITA FAMILIAR: (4) HORARIO DE INFORMES MÉDICOS: (5)

No. DE CAMA (6)	NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE, NO. DE REGISTRO, NIVEL SOCIOECONÓMICO (7)	DIAGNÓSTICO MÉDICO (8)	EDAD (9)	LUGAR DE RESIDENCIA (10)	OBSERVACIONES Y PENDIENTES (11)	FAMILIAR, RESPONSABLE LEGAL Y CUIDADOR (PARENTESCO Y NÚMERO TEL.) (12)	FECHA DE INGRESO Y SALDO (13)

4.2.10.12 Instructivo de llenado de la hoja de atención continua

(1) **Turno.** Orden en el que se alterna la realización de actividades profesionales

a) Matutino,
b) Vespertino,
c) Nocturno,
d) Especial.

(2) **Trabajadora (or) Social:** Nombre completo y apellidos del profesional de trabajo social que atiende el servicio por turno.

(3) **Servicio:** Nombre de la especialidad dónde está hospitalizado el paciente:

a) Estancia Corta,
b) Neurología,
c) Neurocirugía,
d) Psiquiatría,
e) Urgencias,
f) Unidad de Terapia Intensiva,
g) Radio Neurocirugía,
h) Terapia Endovascular.

(4) **Horario de visita familiar.** Horario en formato día, mes y año (dd/mm/aaaa), Ej. 22/11/2023 en que la especialidad determina para que los familiares o personas responsables legales pueden pasar.

(5) **Horario de informes médicos.** Horario en día mes y año (dd/mm/aaaa), ej. 22/11/2023, en que el personal médico determina el día y hora para los informes médicos.

(6) **No. de cama.** Número de cama en dónde se encuentran las y los paciente hospitalizados.

(7) **Nombre completo del paciente, número de registro y nivel socioeconómico.** Nombre completo con apellidos de la persona paciente hospitalizada, número consecutivo que asigna el Instituto al paciente como medio de identificación y nivel socioeconómico asignado posterior a estudio socioeconómico.

(8) **Diagnóstico médico.** Nombre de la enfermedad o trastorno por la que se atiende al paciente en el internamiento determinado por el médico.

(9) **Edad.** Años cumplidos del paciente expresado en números.

(10) **Lugar de residencia:** Estado, pueblo, alcaldía, colonia dónde radica el paciente.

(11) **Observaciones y pendientes:** Comentarios del caso para situaciones familiares o sociales que requieren atención inmediata o fuera del Instituto:

a) Entrega de documentos,
b) Donación de sangre,
c) Conflictos en la dinámica familiar,
d) Traslados,
e) Visitas domiciliarias programadas.

f) Lengua originaria o idioma

(12) **Familiar responsable legal y cuidador parentesco y número telefónico.** Nombre completo de la persona legalmente responsable, cuidadores o familiares de contacto que funcionan como red de apoyo y número telefónicos de contacto celular, domicilio o personas cercanas.

(13) **Fecha de ingreso y saldo.** Día, mes y año que ingresó el paciente a hospitalización, describir si tiene gratuidad o cubre cuotas de recuperación y si tiene saldo a cubrir.

4.2.10.13 Base de datos de supervisión (digital) reingreso y seguimiento hospitalario.

Número	Turno	Fecha	Registro hospitalario	Nombre del Paciente	Procedimiento	Estudio Socioeconómico
1	2	3	4	5	6	7
					Egreso	Completo
					Estudio Socioeconómico	Incompleto
					Gestiones	
					Ingreso	
					Interconsultas	
					Nota	
					Solicitud de carta compromiso	
					Traslados	
					Visita domiciliaria	

Observaciones							
Egreso	Gestiones	Ingreso	Interconsultas	Nota	Solicitud de carta compromiso	Traslados	Visita domiciliaria
8	9	10	11	12	13	14	15

Tipo de notificación	Nó. de oficio	Supervisora	Fecha de corrección
15	16	17	18
Verbal			
Libreta de enlace			
Oficio			

4.2.10.14 Instructivo de llenado del registro base de datos (digital) de reingreso y seguimiento hospitalario.

(1) **Número:** Número consecutivo con respecto a la observación en orden ascendente.

(2) **Turno:** Jornada laboral en el que fue atendido el o la paciente:

a) Matutino,
b) Vespertino,
c) Nocturno,
d) Especial.

(3) **Fecha.** Del día de la acción realizada por el profesional de trabajo social expresada en día, mes y año en formato (dd/mm/aaaa). Ej. 15/02/2023.

(4) **Registro hospitalario:** Número consecutivo con el que se identifica el expediente de la persona paciente asignado por el Instituto.

(5) **Nombre del paciente:** Nombre y apellidos completos de la persona paciente, tal como está registrado en su acta de nacimiento o en ausencia: CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).

(6) **Procedimiento:** Identificación del procedimiento a evaluar

a) Egreso,
b) Estudio socioeconómico,
c) Gestiones,
d) Ingresos,
e) Interconsultas,
f) Notas,
g) Solicitud de carta compromiso,
h) Traslados,
i) Visita domiciliaria.

(7) **Estudio socioeconómico:** Posterior a la evaluación del estudio socioeconómico colocar completo o incompleto.

(8) **Egreso:** Registrar comentario de la supervisión con respecto al procedimientos de egreso si existen errores o comentarios en caso no tenerlos poner la leyenda "completo".

(9) **Gestiones:** Registrar comentario de la supervisión con respecto a gestiones realizadas con asociaciones de la sociedad civil, gubernamentales, si existen errores o comentarios en caso no tenerlos poner la leyenda "completo".

(10) **Ingreso:** Registrar comentario de la supervisión del procedimiento de ingreso conforme al procedimiento si tiene errores o comentarios en caso no tener cometarios poner la leyenda "completo".

(11) **Interconsultas:** Registrar comentario de la supervisión de las interconsultas conforme al procedimiento si tiene errores o comentarios en caso no tener cometarios poner la leyenda "completo".

(12) **Notas:** Registrar comentario de la supervisión de las notas que registren errores o comentarios en caso no tener cometarios poner la leyenda "completo".

(13) **Solicitud de carta compromiso:** Registrar comentario de la supervisión de las solicitudes y cartas compromiso conforme al procedimiento si tiene errores o comentarios en caso no tener cometarios poner la leyenda "completo".

(14) **Traslados:** Registrar comentario de la supervisión de los registros de traslados conforme al procedimiento si tiene errores o comentarios en caso no tener cometarios poner la leyenda "completo".

(15) **Visita domiciliaria:** Registrar comentario de la supervisión de los registros de traslados conforme al procedimiento si tiene errores o comentarios en caso no tener cometarios poner la leyenda "completo".

(16) **Tipo de notificación:** Registrar si la notificación de errores se realiza al personal operativo de manera verbal o en la libreta de enlace o mediante oficio.

(17) **No. De oficio:** Poner número de oficio consecutivo conforme al orden del del departamento entregado a las y los profesionales de trabajo social operativos.

(18) **Supervisora (or):** Grado, nombre completo y apellidos de la persona que supervisa.

(19) **Fecha de corrección:** Fecha en días, mes y año, (dd/mm/aaaa), ej. 20/11/2023 de la entrega de las observaciones solicitadas.

4.3. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO HOSPITALARIO DE TRABAJO SOCIAL

4.3.1. PROPÓSITO

Facilitar a los familiares y/o personas legalmente responsables el trámite egreso de las personas pacientes que recibieron atención médica en el área de hospitalización.

4.3.2. ALCANCE

4.3.2.1 Alcance Interno: Involucra al personal profesional en trabajo social quien notifica al familiar o persona legalmente responsable el egreso hospitalario de la persona paciente, brindando asesoría sobre los trámites a realizar y elaborando los volantes y notas de egreso de trabajo social. A su vez involucra el área de tesorería quien notifica el cumplimiento de los compromisos económicos de la persona paciente.

4.3.2.2 Alcance Externo: No aplica

4.3.3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

4.3.3.1 Es responsabilidad del personal médico adscrito y residente asignado al área de hospitalización, establecer el egreso de la persona paciente hospitalizada por mejoría, traslado a otra institución de salud, alta voluntaria o defunción a través de la nota de egreso en el expediente clínico electrónico e informar al personal profesional de trabajo social.

4.3.3.2 Es responsabilidad de las personas profesionales de trabajo social confirmar con el personal médico el egreso hospitalario de la persona paciente.

4.3.3.3 Es responsabilidad de las personas profesionales de trabajo social localizar al familiar y/o persona legalmente responsable en forma exhaustiva, en caso de no localizarle en un plazo de 72 horas, deberá pasar al PROCEDIMIENTO DE CASO MÉDICO LEGAL.

4.3.3.4 Es responsabilidad de las personas profesionales de trabajo social notificar al Departamento de Tesorería la cancelación del egreso hospitalario.

4.3.3.5 Es responsabilidad de las personas profesionales de trabajo social orientar al familiar y/o responsable para que solicite al personal médico encargado de la persona paciente la nota de egreso hospitalario, citas subsecuentes, recetas e indicaciones médicas.

4.3.3.6 Cuando la persona legalmente responsable o familiar refiere insolvencia económica para cubrir las cuotas de recuperación al egreso de la persona paciente, es responsabilidad de las personas profesionales de trabajo social, informarle sobre su derecho a aplicar para el PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN SOLICITUD DE CARTA COMPROMISO.

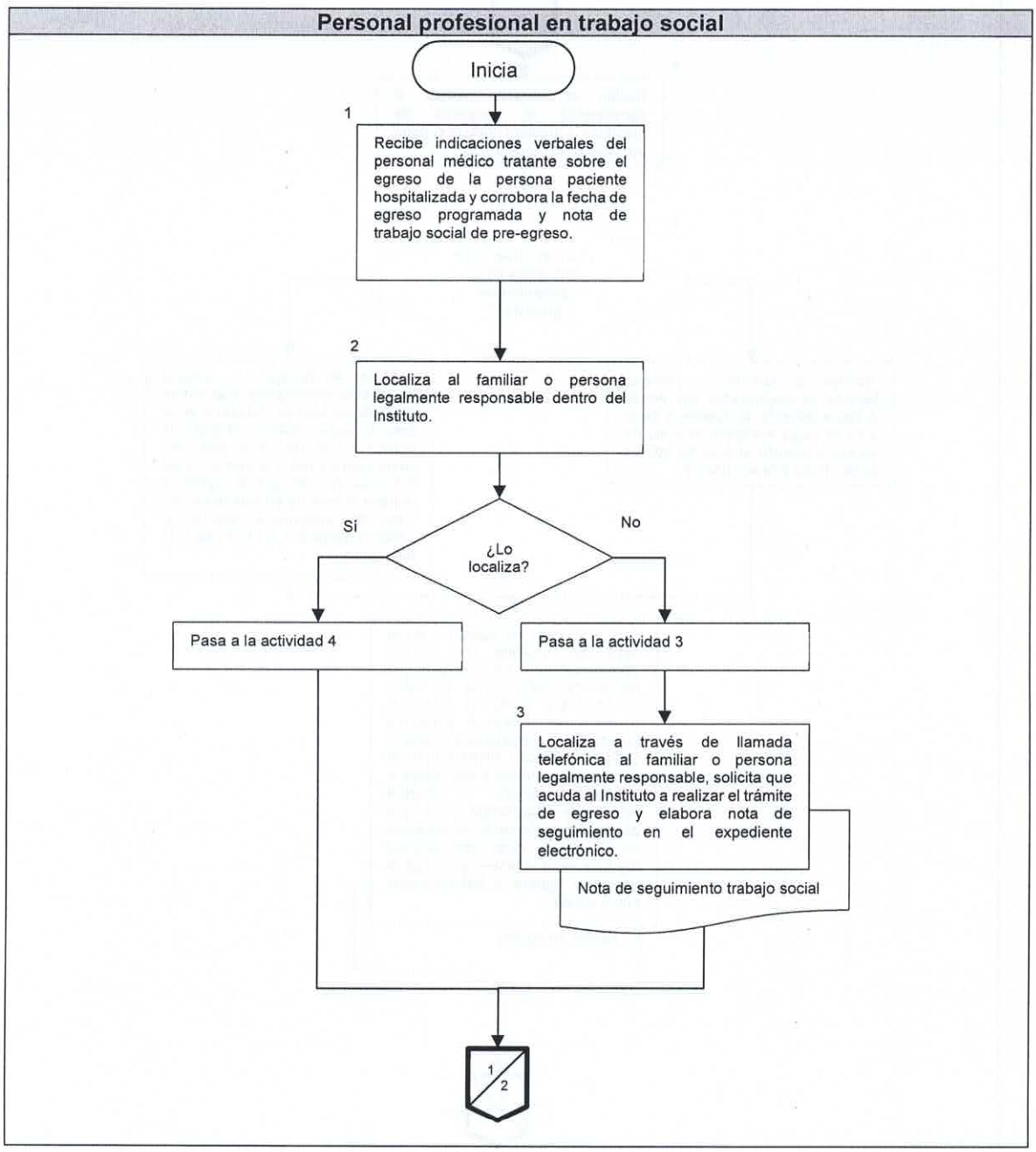
4.3.4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

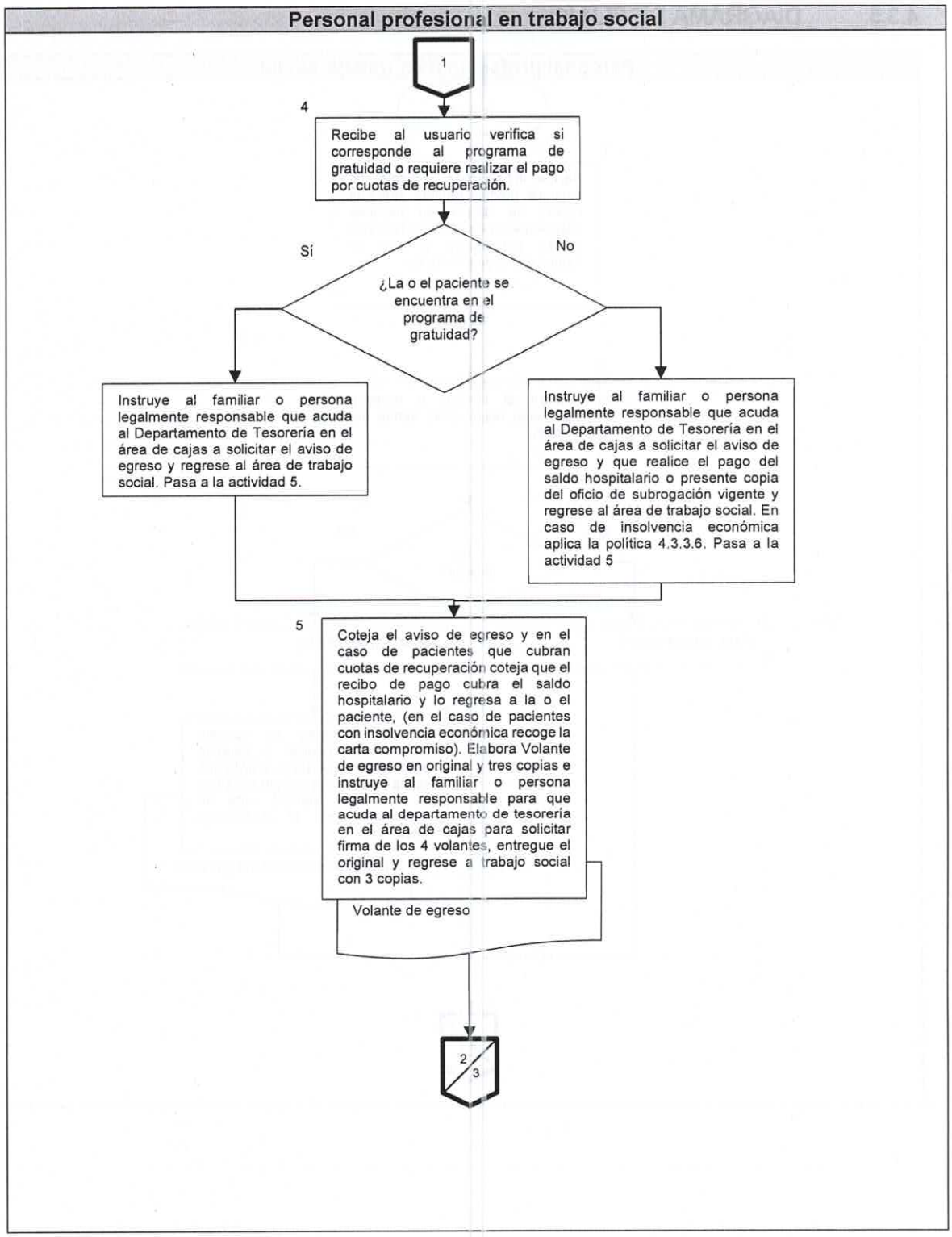
Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal profesional en trabajo social	1	Recibe indicaciones verbales del personal médico tratante sobre el egreso de la persona paciente realiza nota de trabajo social.	
Personal profesional en trabajo social	2	Localiza al familiar o persona legalmente responsable dentro del Instituto. **¿Lo localiza?** **Sí**: Pasa a la actividad 4 **No**: Pasa a la actividad 3	
Personal profesional en trabajo social	3	Localiza a través de llamada telefónica al familiar o persona legalmente responsable, solicita que acuda al Instituto a realizar el trámite de egreso y elabora nota de seguimiento en el expediente electrónico.	• Nota de trabajo social seguimiento
Personal profesional en trabajo social	4	Recibe al usuario verifica si corresponde al programa de gratuidad o requiere realizar el pago por cuotas de recuperación. **¿La persona paciente se encuentra en el programa de gratuidad?** **Sí**: Instruye al familiar o persona legalmente responsable que acuda al Departamento de Tesorería en el área de cajas a solicitar el aviso de egreso y regrese al área de trabajo social. Pasa a la actividad 5 **No**: Instruye al familiar o persona legalmente responsable que acuda al Departamento de Tesorería en el área de cajas a solicitar el aviso de egreso y que realice el pago del saldo hospitalario o presente copia del oficio de subrogación vigente y regrese al área de trabajo social. En caso de insolvencia económica aplica la política 4.3.3.6. Pasa a la actividad 5.	

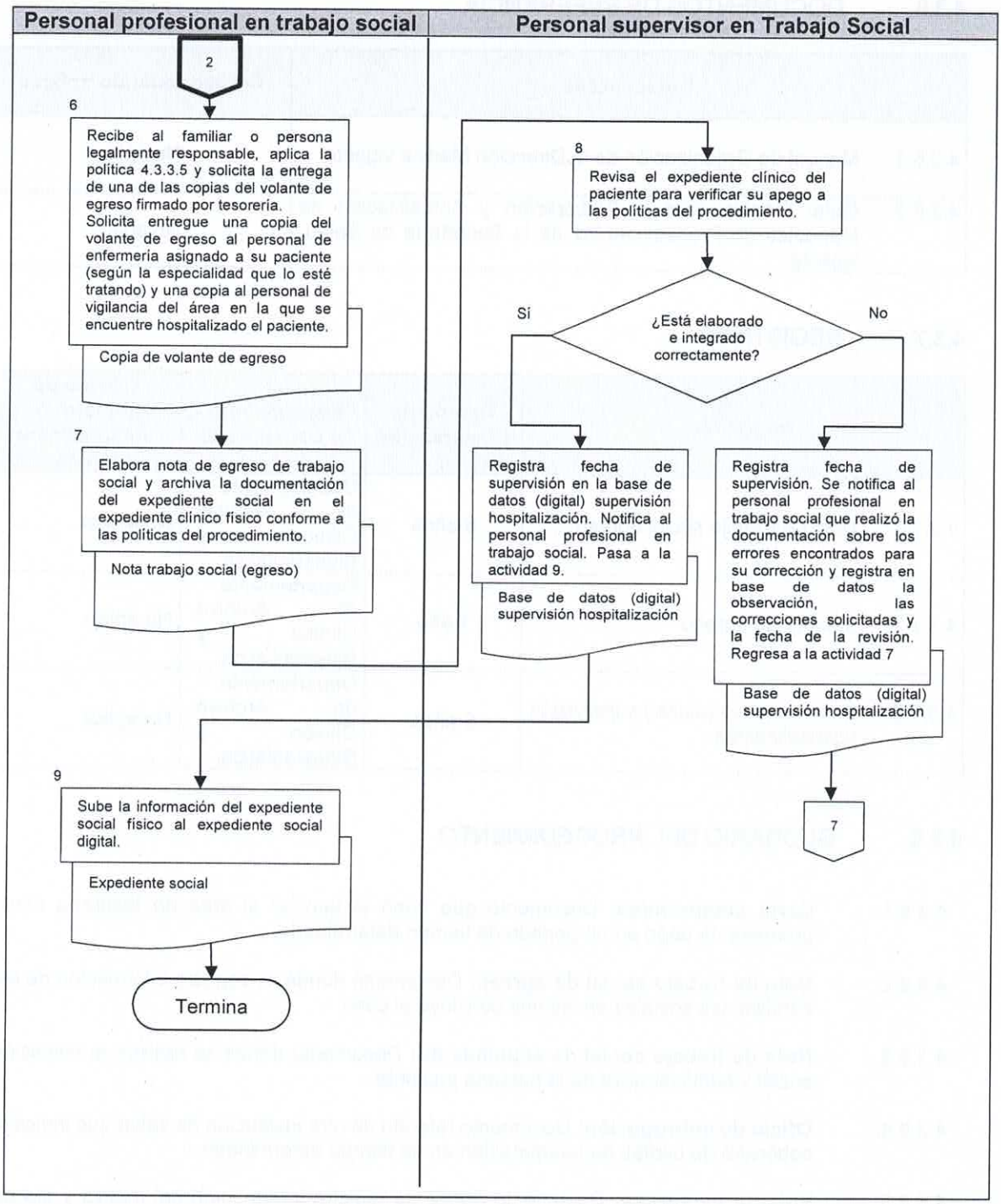
Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal profesional en trabajo social	5	Coteja el aviso de egreso y en el caso de pacientes que cubran cuotas de recuperación coteja que el recibo de pago cubra el saldo hospitalario y lo regresa a la persona paciente, (en el caso de pacientes con insolvencia económica integra la carta compromiso al expediente). Elabora volante de egreso en original y tres copias e instruye al familiar o persona legalmente responsable para que acuda al Departamento de Tesorería en el área de cajas para solicitar firma de los 4 volantes, entregue el original y regrese a trabajo social con 3 copias.	• Volante de egreso
Personal profesional en trabajo social	6	Recibe al familiar o persona legalmente responsable, aplica la política 4.3.3.5 y solicita la entrega de una de las copias del volante de egreso firmado por tesorería. Solicita entregue una copia del volante de egreso al personal de enfermería asignado a la persona paciente (según la especialidad que lo esté tratando) y una copia al personal de vigilancia del área en la que se encuentre hospitalizada la persona paciente.	• Copia de volante de egreso
Personal profesional en trabajo social	7	Elabora nota de trabajo social de egreso y se archiva la documentación del expediente social en el expediente clínico físico conforme a las políticas del procedimiento.	• Nota de trabajo social de egreso.
Personal supervisor en trabajo social	8	Revisa el expediente clínico de la persona paciente para verificar su apego a las políticas del procedimiento. **¿Está elaborado e integrado correctamente?** **Sí**: Registra fecha de supervisión en la base de datos (digital) supervisión hospitalización. Notifica al personal profesional en trabajo social. Pasa a la actividad 9. **No**: Registra fecha de supervisión. Se notifica al personal profesional en trabajo social que realizó la documentación sobre los errores encontrados para su corrección y registra en base de datos la observación,	• Base de datos (digital) supervisión hospitalización.

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
		las correcciones solicitadas y la fecha de la revisión. Regresa a la actividad 7.	
Personal profesional en trabajo social	9	Sube la información del expediente social físico al expediente social digital. **TERMINA**	• Expediente social

4.3.5. DIAGRAMA DE FLUJO




Personal profesional en trabajo social
1
4
Recibe al usuario verifica si corresponde al programa de gratuidad o requiere realizar el pago por cuotas de recuperación.
Sí
No
¿La o el paciente se encuentra en el programa de gratuidad?
Instruye al familiar o persona legalmente responsable que acuda al Departamento de Tesorería en el área de cajas a solicitar el aviso de egreso y regrese al área de trabajo social. Pasa a la actividad 5.
Instruye al familiar o persona legalmente responsable que acuda al Departamento de Tesorería en el área de cajas a solicitar el aviso de egreso y que realice el pago del saldo hospitalario o presente copia del oficio de subrogación vigente y regrese al área de trabajo social. En caso de insolvencia económica aplica la política 4.3.3.6. Pasa a la actividad 5
5
Coteja el aviso de egreso y en el caso de pacientes que cubran cuotas de recuperación coteja que el recibo de pago cubra el saldo hospitalario y lo regresa a la o el paciente, (en el caso de pacientes con insolvencia económica recoge la carta compromiso). Elabora Volante de egreso en original y tres copias e instruye al familiar o persona legalmente responsable para que acuda al departamento de tesorería en el área de cajas para solicitar firma de los 4 volantes, entregue el original y regrese a trabajo social con 3 copias.
Volante de egreso
2
3


Personal profesional en trabajo social
Personal supervisor en Trabajo Social
2
6
Recibe al familiar o persona legalmente responsable, aplica la política 4.3.3.5 y solicita la entrega de una de las copias del volante de egreso firmado por tesorería.
Solicita entregue una copia del volante de egreso al personal de enfermería asignado a su paciente (según la especialidad que lo esté tratando) y una copia al personal de vigilancia del área en la que se encuentre hospitalizado el paciente.
Copia de volante de egreso
7
Elabora nota de egreso de trabajo social y archiva la documentación del expediente social en el expediente clínico físico conforme a las políticas del procedimiento.
Nota trabajo social (egreso)
8
Revisa el expediente clínico del paciente para verificar su apego a las políticas del procedimiento.
¿Está elaborado e integrado correctamente?
Sí
No
Registra fecha de supervisión en la base de datos (digital) supervisión hospitalización. Notifica al personal profesional en trabajo social. Pasa a la actividad 9.
Base de datos (digital) supervisión hospitalización
Registra fecha de supervisión. Se notifica al personal profesional en trabajo social que realizó la documentación sobre los errores encontrados para su corrección y registra en base de datos la observación, las correcciones solicitadas y la fecha de la revisión. Regresa a la actividad 7
Base de datos (digital) supervisión hospitalización
7
9
Sube la información del expediente social físico al expediente social digital.
Expediente social
Termina

4.3.6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

	Documentos	Código (cuando aplique)
4.3.6.1.	Manual de Organización de la Dirección Médica vigente	No aplica
4.3.6.2.	Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, vigente.	No aplica

4.3.7. REGISTROS

	Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.3.7.1.	Nota de trabajo social egreso	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística.	No aplica
4.3.7.2.	Volante de egreso	1 año	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística.	No aplica
4.3.7.3.	Base de datos (digital) supervisión hospitalización	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística.	No aplica

4.3.8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

4.3.8.1. **Carta compromiso:** Documento que firma el familiar al área de tesorería como promesa de pago en un periodo de tiempo determinado.

4.3.8.2. **Nota de trabajo social de egreso:** Documento donde se registra información de las condiciones sociales en las que concluye el caso.

4.3.8.3. **Nota de trabajo social de seguimiento:** Documento dónde se registra la condición social y administrativa de la persona paciente.

4.3.8.4. **Oficio de subrogación:** Documento referido de otra institución de salud que indica la cobertura de cuotas de recuperación en un tiempo determinado.

4.3.8.5. **Volante de egreso:** Documento donde se registra información del motivo y día de egreso de la persona paciente y el procedimiento con respecto al saldo.

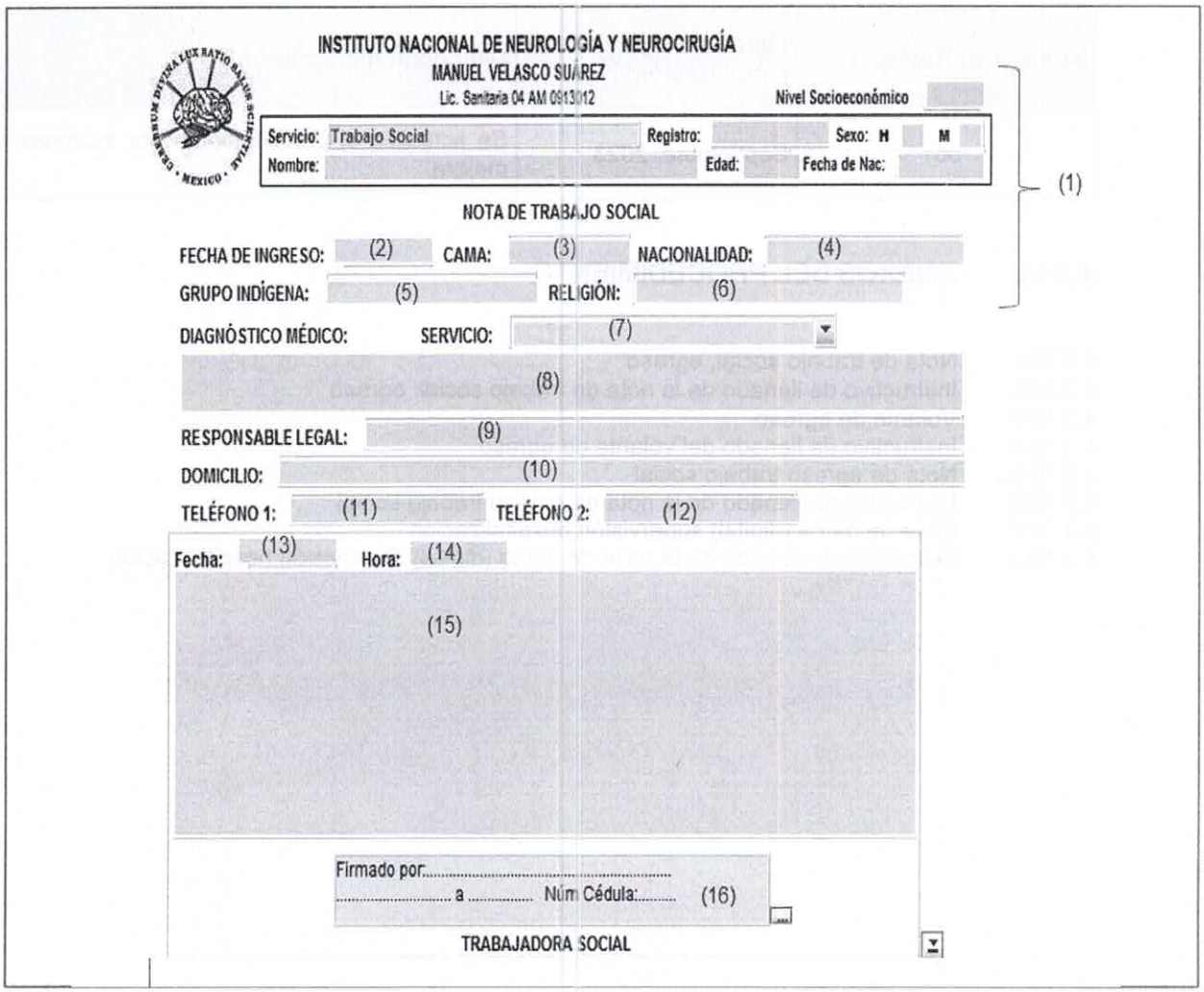
4.3.9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
06	Septiembre, 2023	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora.

4.3.10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

4.3.10.1 Nota de trabajo social, egreso
4.3.10.2 Instructivo de llenado de la nota de trabajo social, egreso
4.3.10.3 Volante de egreso
4.3.10.4 Instructivo de llenado del volante de egreso
4.3.10.5 Nota de egreso trabajo social
4.3.10.6 Instructivo de llenado de la nota de egreso trabajo social
4.3.10.7 Base de datos (digital) supervisión hospitalización
4.3.10.8 Instructivo de llenado de la base de datos (digital) supervisión hospitalización

4.3.10.1 Nota de trabajo social.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
Lic. Sanitaria 04 AM 0913012

Nivel Socioeconómico

Servicio: Trabajo Social Registro: Sexo: H M
Nombre: Edad: Fecha de Nac:

(1)

NOTA DE TRABAJO SOCIAL

FECHA DE INGRESO: (2) CAMA: (3) NACIONALIDAD: (4)
GRUPO INDÍGENA: (5) RELIGIÓN: (6)
DIAGNÓSTICO MÉDICO: SERVICIO: (7)
(8)
RESPONSABLE LEGAL: (9)
DOMICILIO: (10)
TELÉFONO 1: (11) TELÉFONO 2: (12)
Fecha: (13) Hora: (14)
(15)
Firmado por:.....
..... a ..... Núm Cédula:..... (16)
TRABAJADORA SOCIAL

4.3.10.2 Instructivo de llenado de la nota de trabajo social, egreso.

(1) Información prellenada por admisión hospitalaria.

(2) **Fecha de ingreso**: Día, mes y año en que se realiza la nota de trabajo social en el primer internamiento del paciente, se llena por única ocasión, en formato (dd/mm/aaaa), Ej. 22/12/2023.

(3) **Cama:** Número de cama destinada a la atención de la persona paciente durante la hospitalización (prellenada por admisión hospitalaria).

(4) **Nacionalidad:** Nombre de país que reconoce a una persona la pertenencia a un estado o una nación (prellenada por admisión hospitalaria).

(5) **Grupo Indígena:** Nombre del grupo social y cultural distintos con el que comparten vínculos ancestrales colectivos con las tierras y los recursos naturales dónde viven, información prellenada por admisión y editable en caso de error.

(6) **Religión:** Nombre de la doctrina religiosa que profesa la persona paciente o si no profesa ninguna. Prellenada por admisión y editable en caso de error.

(7) **Servicio:** Nombre de la especialidad en la que se encuentra atendido el o la paciente.

a) Estancia Corta,
b) Neurología,
c) Neurocirugía,
d) Psiquiatría,
e) Terapia Endovascular,
f) Radio Neurocirugía,
g) Unidad de Cuidados Intermedios,
h) Unidad de Terapia Intensiva,
i) Urgencias,
j) 4º y 2º Piso.

(8) **Diagnóstico médico:** Nombre del problema médico por el que se atiende en el Instituto (prellenado y editable en caso de que falte).

(9) **Responsable legal:** Nombre completo y apellidos de la persona legalmente responsable asignada por el o la paciente, que tiene o no vínculos de parentesco (prellenado por admisión).

(10) **Domicilio:** Anotar la dirección completa del lugar en el que vive la persona paciente, incluyendo:

a) Calle,
b) Número exterior e interior,
c) Colonia,
d) Localidad,
e) Código postal,
f) Estado,
g) País,
h) Número telefónico con lada,

i) Cualquier otra referencia relevante para la localización de la vivienda.

(11) **Número telefónico 1:** Número de teléfono con lada del domicilio a dónde se le puede localizar a la persona paciente y la persona legalmente responsable.

(12) **Número telefónico 2:** Número teléfono de celular del domicilio a dónde se le puede localizar a la persona paciente y la persona legalmente responsable.

(13) **Fecha:** Colocar en formato día, mes y año (dd/mm/aaaa), Ej. 20/12/2023 del día que se realiza la nota de trabajo social y la intervención profesional.

(14) **Hora:** Colocar en hora y minutos (hh/mm) ej. 10:12 del día que se realiza la nota de trabajo social acorde al momento que se realizó la intervención.

(15) **Descripción** cronológica de las acciones realizadas por trabajo social de acuerdo a las siguientes características:

Nota de seguimiento al alta:

a) Describir si hay condiciones especiales para traslados, casos médicos legales, situaciones familiares.

Nota de egreso o cierre:

a) Indicar motivo de egreso:
   - Alta programada,
   - Alta voluntaria,
   - Alta por traslado a otra institución,
   - Alta por defunción.

b) Nombre con apellidos y parentesco de la persona que realiza el trámite de egreso.
c) Resumir si se requirió algún apoyo hospitalario durante el internamiento, reclasificación, carta compromiso, referencias a albergues, apoyo de asociaciones civiles o gubernamentales.
d) Describir si egresa con gratuidad o cubre cuotas de recuperación y número de recibo de pago del adeudo.
e) Especificar si quedan pendientes por cubrir, donaciones de sangre, entrega de documentos, conclusión de cartas compromiso y fechas programadas para la entrega,
f) En caso de defunción poner el folio del certificado de defunción.

(16) **Firmado por:** Nombre completo y apellidos de la persona profesional de trabajo social responsable de la nota, día, mes y año en formato (dd/mm/aaaa) ej. 22/12/2023 y número de cédula profesional de la persona profesional de trabajo social que realiza la nota.

Nota: En caso de realizar notas pasantes o estudiantes, colocar nombre completo y fecha de quién lo realiza en el campo de diagnóstico.

4.3.10.3 Volante de egreso

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
VOLANTE DE EGRESO

NOMBRE (1) REGISTRO (2)

SERVICIO (3) CAMA (4)

CLAVE SOCIOECONÓMICA (5) RECIBO DE PAGO (6)

MOTIVO DEL EGRESO (7)

OBSERVACIONES:

(8)

FECHA (9) HORA (10)

FIRMA

Firmado por:.....
..... a (11) Núm Cédula:.....

Vo. Bo.

(12)

CUENTA CORRIENTE/CAJA

4.3.10.4 Instructivo de llenado del volante de egreso

(1) **Nombre:** Nombre completo y apellidos completos de la persona paciente, tal como está registrado en su acta de nacimiento o en ausencia: CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).

(2) **Registro**: Es el número de registro o folio consecutivo que se le asigna a la persona paciente en el Instituto cuando ingresa a la institución.

(3) **Servicio:** Especialidad dónde se encuentra hospitalizado la persona paciente.

(4) **Cama:** Número de cama que ocupa la persona paciente de acuerdo con la especialidad dónde esté hospitalizado.

(5) **Clave socioeconómica**: Clasificación numérica ascendente del 1x al 6 (Criterio establecido por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, CCINSHAE) que se asigna a la persona paciente por su condición social y económica o política dentro del Instituto.

(6) **Recibo de pago:** Número de recibo de pago o de carta compromiso cuando se cubren cuotas de recuperación, asignado por el Departamento de Tesorería poner gratuidad o subrogación cuándo sea el caso.

(7) **Motivo de egreso:** Razón por la que la persona paciente se va de alta: alta programada, alta voluntaria, defunción, traslado a otra institución.

(8) **Observaciones:** Descripción de la situación administrativa al momento del egreso: con gratuidad, carta compromiso, subrogación, pago de cuotas de recuperación.

(9) **Fecha:** Fecha de elaboración del volante y egreso hospitalario de la persona paciente en formato dd/mm/aaaa. Ej. 15/04/2023.

(10) **Hora:** minutos y segundos del momento de elaboración del volante de egreso, en formato hh:mm, ej. 09:49.

(11) **Firmado por:** Nombre y apellidos de la persona profesional de trabajo social que emite y entrega el documento incluye rúbrica y sello del departamento.

(12) **Cuentas corrientes/caja:** Rúbrica de la persona adscrita a la caja que valida y recibe volante de egreso original que se obtiene en el área de cajas.

4.310.5 Base de datos (digital) supervisión hospitalización.

Número	Turno	Fecha	Registro hospitalario	Nombre del Paciente	Procedimiento	Estudio Socioeconómico
1	2	3	4	5	6	7
					Egreso	Completo
					Estudio Socioeconómico	Incompleto
					Gestiones	
					Ingreso	
					Interconsultas	
					Nota	
					Solicitud de carta compromiso	
					Traslados	
					Visita domiciliaria	

Observaciones							
Egreso	Gestiones	Ingreso	Interconsultas	Nota	Solicitud de carta compromiso	Traslados	Visita domiciliaria
8	9	10	11	12	13	14	15

Tipo de notificación	Nó. de oficio	Supervisora (or)	Fecha de corrección
16	17	18	19
Verbal			
Libreta de enlace			
Oficio			

4.3.10.5 Instructivo de llenado de la base de datos (digital) supervisión hospitalización.

(1) **Número:** Número consecutivo con respecto a la observación en orden ascendente.

(2) **Turno:** Jornada laboral en el que fue atendido el o la paciente:

a) Matutino,
b) Vespertino,
c) Nocturno,
d) Especial.

(3) **Fecha.** Del día de la acción realizada por el profesional de trabajo social expresada en día, mes y año en formato (dd/mm/aaaa), Ej. 14/05/2023.

(4) **Registro hospitalario:** Número consecutivo con el que se identifica el expediente de la persona paciente asignado por el Instituto.

(5) **Nombre del paciente:** Nombre y apellidos completos de la persona paciente, tal como está registrado en su acta de nacimiento o en ausencia: CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).

(6) **Procedimiento:** Identificación del procedimiento a evaluar.

a) Egreso,
b) Estudio socioeconómico,
c) Gestiones,
d) Ingresos,
e) Interconsultas,
f) Notas,
g) Solicitud de carta compromiso,
h) Traslados,
i) Visita domiciliaria.

(7) **Estudio socioeconómico:** Registrar si está completo e incompleto, la evaluación del estudio debe ser registrada en la base de datos del estudio socioeconómico.

(8) **Egreso:** Registrar comentario de la supervisión con respecto al procedimientos de egreso si existen errores o comentarios en caso no tenerlos poner la leyenda "completo".

(9) **Gestiones:** Registrar comentario de la supervisión con respecto a gestiones realizadas con asociaciones de la sociedad civil, gubernamentales, si existen errores o comentarios en caso no tenerlos poner la leyenda "completo".

(10) **Ingreso:** Registrar comentario de la supervisión del procedimiento de ingreso conforme al procedimiento si tiene errores o comentarios en caso no tener cometarios poner la leyenda "completo".

(11) **Interconsultas:** Registrar comentario de la supervisión de las interconsultas conforme al procedimiento si tiene errores o comentarios en caso no tener cometarios poner la leyenda "completo".

(12) **Notas:** Registrar comentario de la supervisión de las notas que registren errores o comentarios en caso no tener cometarios poner la leyenda "completo".

(13) **Solicitud de carta compromiso:** Registrar comentario de la supervisión de las solicitudes y cartas compromiso conforme al procedimiento si tiene errores o comentarios en caso no tener cometarios poner la leyenda "completo".

(14) **Traslados:** Registrar comentario de la supervisión de los registros de traslados conforme al procedimiento si tiene errores o comentarios en caso no tener cometarios poner la leyenda "completo".

(15) **Visita domiciliaria:** Registrar comentario de la supervisión de los registros de traslados conforme al procedimiento si tiene errores o comentarios en caso no tener cometarios poner la leyenda "completo".

(16) **Tipo de notificación:** Registrar si la notificación de errores se realiza al personal operativo de manera verbal o en la libreta de enlace o mediante oficio.

(17) **No. De oficio:** Poner número de oficio consecutivo conforme al orden del del departamento entregado a las y los profesionales de trabajo social operativos.

(18) **Supervisora (or):** Grado, nombre completo y apellidos de la persona que supervisa.

(19) **Fecha de corrección:** Fecha en días, mes y año, (dd/mm/aaaa), Ej. 15/04/20233 de la entrega de las observaciones solicitadas.

4.4. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE CARTA COMPROMISO

4.4.1. PROPÓSITO

Proporcionar apoyo institucional en los casos que el responsable legal y/o paciente no cuente con gratuidad y declare insolvencia económica para cubrir los gastos por la atención médica al momento de su alta médica.

4.4.2. ALCANCE

4.4.2.1 Alcance Interno: El personal del Departamento de Trabajo Social elabora la solicitud de carta compromiso, el personal de la dirección médica autoriza si es procedente y el personal de la tesorería elabora y formaliza la carta compromiso mediante la firma del responsable legal y/o de la persona paciente.

4.4.2.2 Alcance Externo: No aplica.

4.4.3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

4.4.3.1 Las personas sin gratuidad que se declaren con insolvencia económica para cubrir los gastos de la atención médica proporcionada podrán acceder a la solicitud de la carta compromiso.

4.4.3.2 Es responsabilidad del personal profesional de trabajo social elaborar la solicitud de carta compromiso e integrar los siguientes documentos: copia de identificación de la persona paciente e identificación y comprobante de domicilio de la persona que se compromete a realizar el pago de las cuotas de recuperación faltantes, acordar el tiempo de liquidación conforme al plazo máximo de seis meses.

4.4.3.3 Es responsabilidad del personal profesional de trabajo social referir a la persona que se compromete a realizar el pago con solicitud de carta compromiso al Departamento de Tesorería para su formalización con la documentación correspondiente en un lapso no mayor a 24 horas.

4.4.3.4 Es responsabilidad del personal profesional de trabajo social, localizar de manera exhaustiva vía telefónica a la persona que se compromete a realizar el pago en los casos de solicitudes de carta compromiso que no hayan sido formalizados en el lapso estipulado en la política 4.4.3.3 posterior a tres llamadas telefónicas sin respuesta, se elaborará una nota informativa a la persona titular del Departamento de Trabajo Social.

4.4.3.5 Es responsabilidad del profesional de trabajo social informar al responsable legal que, si durante el internamiento adquiere la seguridad social, deberá realizar el pago correspondiente y en caso de ser no derechohabiente, deberá cubrir las cuotas de recuperación por la atención médica hasta que se realice el PROCEDIMIENTO PARA LA RECLASIFICACIÓN SOCIECONÓMICA. 4.5

4.4.3.6 Es responsabilidad del personal profesional de trabajo social cancelar la solicitud de carta compromiso previa a su formalización cuando el paciente o responsable legal entregue alguno de los siguientes documentos vigentes:

a) copia de comprobante de pago del adeudo por los servicios de atención médica,
b) oficio de subrogación que cubra el periodo de hospitalización desde el ingreso,
c) oficio con instrucción superior.

d) por qué difiere el alta.

4.4.3.7 Es responsabilidad del personal profesional de trabajo social en los casos de cambio o cancelación de la solicitud de carta compromiso, registrar el motivo de cancelación, realizar nota y notificar a la persona titular del Departamento de Trabajo Social.

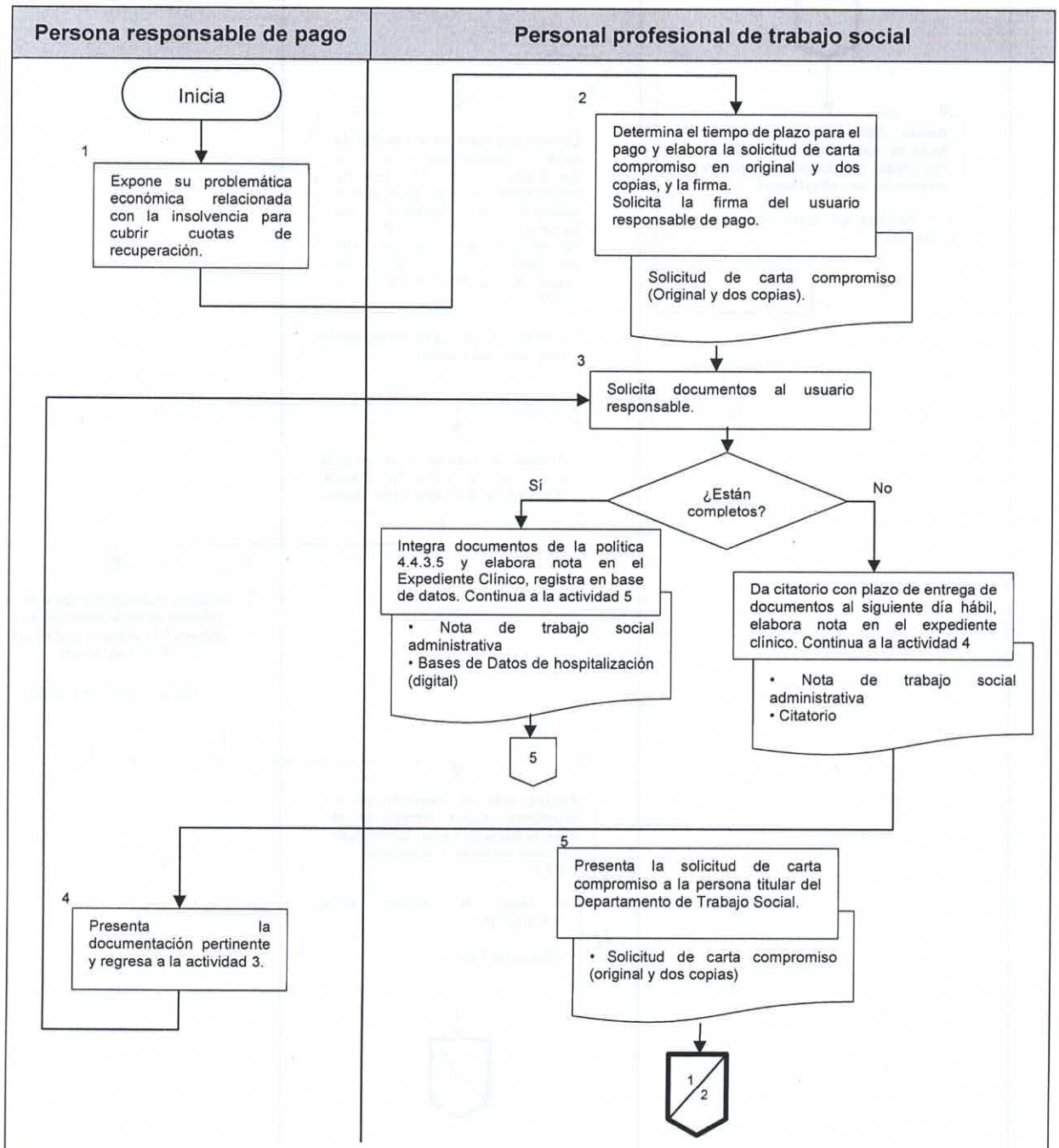
4.4.3.8 Es responsabilidad del personal profesional de trabajo social que elabora la solicitud de carta compromiso, archivar una copia al expediente clínico físico y una más en la carpeta de archivo del Departamento de Trabajo Social con la carta compromiso formalizada por el personal del Departamento de Tesorería, así como registrar en la base de datos digital de acuerdo al folio consecutivo.

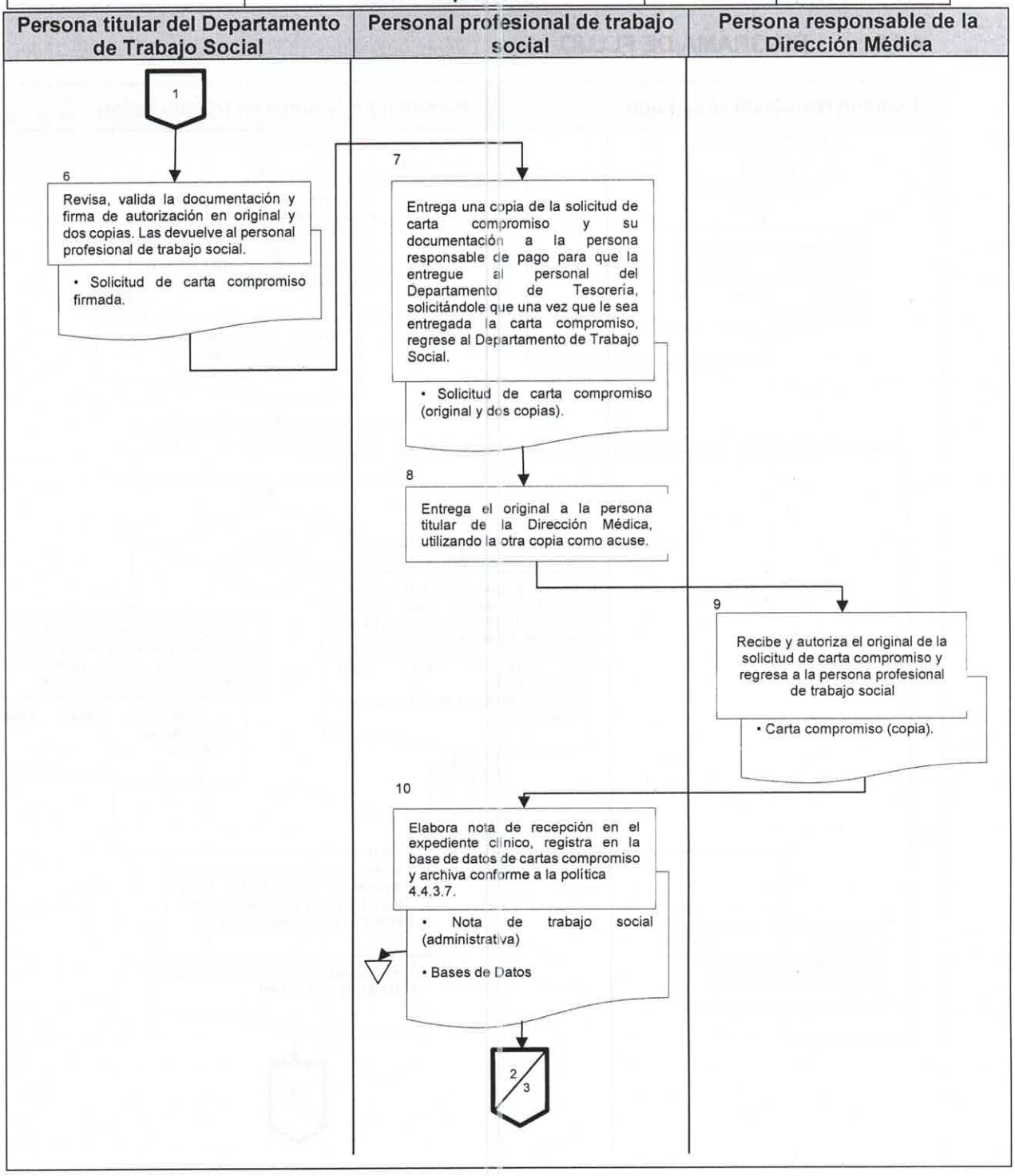
4.4.4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Persona responsable de pago	1	Expone al personal profesional de trabajo social su problemática económica relacionada con la insolvencia para cubrir cuotas de recuperación.	
Personal profesional de trabajo social	2	Determina el tiempo de plazo para el pago y elabora la solicitud de carta compromiso en original y dos copias, y la firma. Solicita la firma del usuario responsable de pago.	• Solicitud de carta compromiso (Original y dos copias).
Personal profesional de trabajo social	3	Solicita documentos al usuario responsable. **¿La persona responsable de pago cuenta con documentación completa?** **Sí**: Integra documentos de la política 4.4.3.2 y elabora nota en el Expediente Clínico, registra en base de datos. Continua a la actividad 5 **No**: Da citatorio con plazo de entrega de documentos al siguiente día hábil, elabora nota en el Expediente Clínico electrónico. Continua a la actividad 4	• Nota de trabajo social administrativa • Bases de datos de hospitalización (digital) • Citatorio
Persona responsable de pago	4	Presenta la documentación pertinente y regresa a la actividad 3.	
Personal profesional de trabajo social	5	Presenta la solicitud de carta compromiso a la persona titular del Departamento de Trabajo Social.	• Solicitud de carta compromiso (original y dos copias)
Persona titular del Departamento de Trabajo Social	6	Revisa, valida la documentación y firma de autorización en original y dos copias. Las devuelve al personal profesional de trabajo social.	• Solicitud de carta compromiso firmada.
Personal profesional de trabajo social	7	Entrega una copia de la solicitud de carta compromiso y su documentación a la persona responsable de pago para que la entregue al personal del Departamento de Tesorería, solicitándole que una vez que le sea entregada la carta compromiso, regrese al Departamento de Trabajo Social, pasa a la actividad 10	• Solicitud de carta compromiso (original y dos copias)

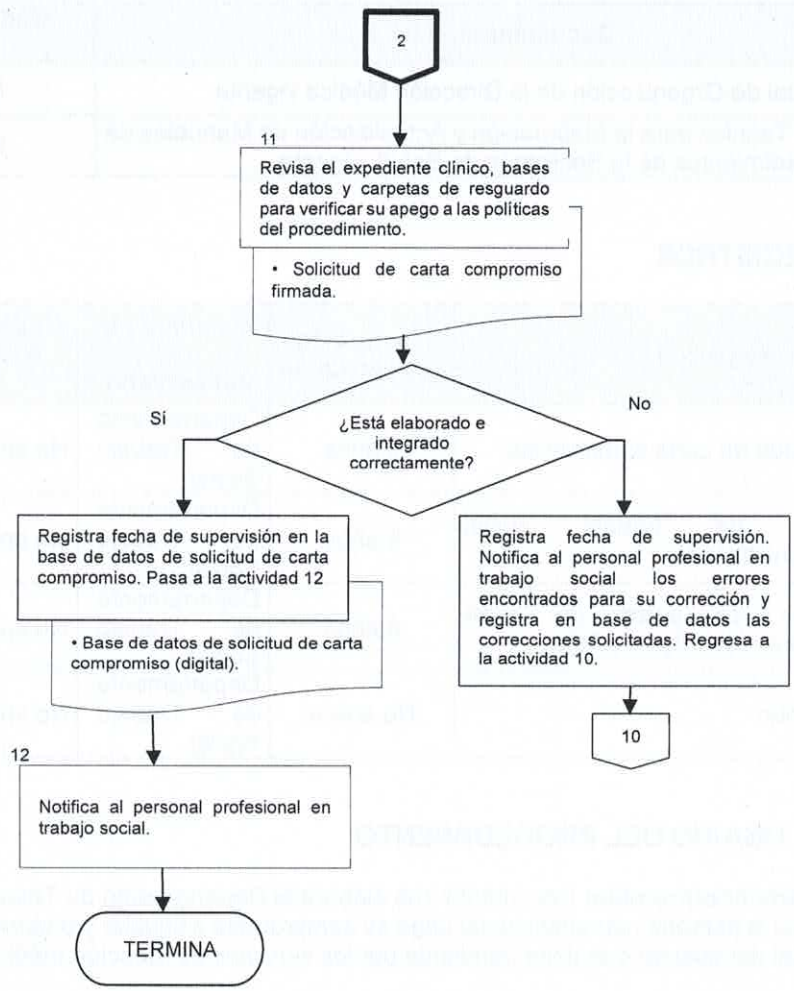
Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal profesional de trabajo social	8	Entrega el original a la persona titular de la Dirección Médica, utilizando la otra copia como acuse.	Solicitud de carta compromiso.
Persona responsable de la Dirección Médica	9	Recibe y autoriza el original de la solicitud de carta compromiso y regresa a la persona profesional de trabajo social y pasa a la actividad 10	• Carta compromiso (copia)
Personal profesional de trabajo social	10	Recibe original de solicitud de carta compromiso firmada por la persona responsable de la Dirección Médica, y hace entrega al personal del Departamento de Tesorería. Elabora nota de recepción en el Expediente Clínico electrónico, registra en la base de datos de cartas compromiso y archiva conforme a la política 4.4.3.8.	• Nota de trabajo social (administrativa) • Bases de datos copia de carta compromiso (archivo)
Persona profesional supervisora en trabajo social	11	Revisa el expediente clínico, bases de datos y carpetas de resguardo para verificar su apego a las políticas del procedimiento. **¿Está elaborado e integrado correctamente?** **Sí**: Registra fecha de supervisión en la base de datos de solicitud de carta compromiso. Pasa a la actividad 13 **No**: Registra fecha de supervisión. Notifica al personal profesional en trabajo social los errores encontrados para su corrección y registra en base de datos las correcciones solicitadas. Regresa a la actividad 10.	• Base de datos de solicitud de carta compromiso (digital).
Persona profesional supervisora en trabajo social	12	Notifica al personal profesional en trabajo social. **TERMINA**	•

4.4.5. DIAGRAMA DE FLUJO




Persona titular del Departamento de Trabajo Social
Personal profesional de trabajo social
Persona responsable de la Dirección Médica
1
6
Revisa, valida la documentación y firma de autorización en original y dos copias. Las devuelve al personal profesional de trabajo social.
• Solicitud de carta compromiso firmada.
7
Entrega una copia de la solicitud de carta compromiso y su documentación a la persona responsable de pago para que la entregue al personal del Departamento de Tesorería, solicitándole que una vez que le sea entregada la carta compromiso, regrese al Departamento de Trabajo Social.
• Solicitud de carta compromiso (original y dos copias).
8
Entrega el original a la persona titular de la Dirección Médica, utilizando la otra copia como acuse.
9
Recibe y autoriza el original de la solicitud de carta compromiso y regresa a la persona profesional de trabajo social
• Carta compromiso (copia).
10
Elabora nota de recepción en el expediente clínico, registra en la base de datos de cartas compromiso y archiva conforme a la política 4.4.3.7.
• Nota de trabajo social (administrativa)
• Bases de Datos
2/3

Persona profesional supervisora en trabajo social



4.4.6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

	Documentos	Código (cuando aplique)
4.4.6.1	Manual de Organización de la Dirección Médica vigente	No aplica
4.4.6.2	Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, vigente.	No aplica

4.4.7. REGISTROS

	Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.4.7.1	Solicitud de carta compromiso.	6 años	Departamento de Trabajo Social.	No aplica
4.4.7.2	Nota de trabajo social (administrativa)	6 años	Departamento de Trabajo Social.	No aplica
4.4.7.3	Bases de datos de carta compromiso (digital y física)	6 años	Departamento de Trabajo Social.	No aplica
4.4.7.4	Citatorio	No aplica	Departamento de Trabajo Social.	No aplica

4.4.8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

4.4.8.1 **Carta compromiso:** Documento que elabora el Departamento de Tesorería mediante el cual la persona responsable del pago se compromete a liquidar y/o abonar hasta cubrir el total del adeudo que tiene pendiente por los servicios de atención médica.

4.4.8.2 **Citatorio:** Documento que indica fecha y hora que debe presentarse el paciente o responsable legal a trabajo social para seguimiento de caso.

4.4.8.3 **Nota de trabajo social administrativa:** Descripción que integra elementos sobre documentos recibidos, integrados o notificaciones al familiar, solicitudes del equipo de salud, elaboración de reclasificaciones, interconsultas, traslados por estudios a otra institución.

4.4.8.4 **Persona responsable de pago:** Cualquier persona que se comprometa a cubrir las cuotas de recuperación pendientes por los servicios de atención médica, que se identifique con documento oficial.

4.4.8.5 **Solicitud de carta compromiso:** Documento de solicitud para el Departamento de Tesorería que permite se elabore y formalice la carta compromiso, mediante el cual la persona responsable del pago se compromete a pagar el adeudo que tiene pendiente por los servicios de atención médica.

4.4.9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Septiembre, 2023	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora.

4.4.10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

4.4.10.1 Solicitud de carta compromiso
4.4.10.2 Instructivo de llenado de solicitud de carta compromiso
4.4.10.3 Nota administrativa de trabajo social
4.4.10.4 Instructivo de llenado de la nota administrativa de trabajo social
4.4.10.5 Base de datos de cartas compromiso (digital)
4.4.10.6 Instructivo de llenado de base de datos de cartas compromiso (digital)
4.4.10.7 Citatorio
4.4.10.8 Instructivo de llenado citatorio

4.4.10.1 Solicitud de Carta Compromiso

Nombre (1) a (2) Fecha y hora de elaboración: 09/11/2022 15:31

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

MANUEL VELASCO SUÁREZ **No. Folio** (3)

Licencia Sanitaria 04AM0913012

SOLICITUD DE FORMATO DE CARTA COMPROMISO

(4)

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T E.

NOMBRE: (5) **No. EXP.** (6)

SERVICIO: (7) **CAMA:** (8)

NIVEL SOCIOECONÓMICO (9)

ANTE MI IMPOSIBILIDAD ECONÓMICA ATENTAMENTE SOLICITO ME SEA PROPORCIONADO UNA FORMA DE CARTA COMPROMISO A FIN DE CUBRIR EN EL TÉRMINO QUE SE ME AUTORICE EL ADEUDO QUE POR LA CANTIDAD DE: $ (10) ,

((11) **M.N)**

TENGO CON ESTA INSTITUCIÓN.

NOMBRE Y FIRMA (12)

Domicilio: (13)

Teléfono 1 (14) **Teléfono 2** (15)

Teléfono 3 (16)

Correo del Responsble legal: (17)

No. Folio

POR ESTE MEDIO SOLICITO SU AUTORIZACIÓN PARA EFECTUAR CARTA COMPROMISO, POR LA CANTIDAD DE: ((18) **M.N.)**

EN UN PLAZO DE (19) , A PARTIR DE LA FECHA DE ELABORACIÓN, DEBIDO A QUE EL RESPONSABLE LEGAL NO CUENTA CON EL RECURSO PARA LIQUIDAR EL ADEUDO QUE CON LA INSTITUCIÓN TIENE.

ATENTAMENTE

Firmado por:..... (20)
..... a ..... Núm Cédula:.....

TRABAJADORA SOCIAL

Vo. Bo.

(21) (22)

DIRECTOR MÉDICO **JEFA DEL DEPTO DE TRABAJO SOCIAL**

Motivo de cancelación:

- Por pago
- Por que difiere el alta
- Por error en datos
- Por cambio de familiar Responsable legal
- No se realizó el procedimiento
- No derechohabiente

4.4.10.2 Instructivo de llenado Solicitud de Carta Compromiso

(1) **Nombre:** Nombre y apellidos completos de la persona paciente, tal como está registrado en su acta de nacimiento o en ausencia: CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s). (prellenado por admisión).

(2) **Registro:** Es el número consecutivo que asigna el Instituto a la persona paciente cuando ingresa a la institución.

(3) **Número de folio:** Número consecutivo del documento generado, (prellenado por el sistema)

(4) **Fecha:** día, mes y año en que se realiza la solicitud de carta compromiso en formato dd/mm/aaaa. Ej. 24/08/2023.

(5) **Nombre:** Nombre y apellidos completos de la persona paciente, tal como está registrado en su acta de nacimiento o en ausencia: CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).

(6) **No. de expediente:** Es el número consecutivo que se le asigna el Instituto a la persona paciente cuando ingresa a la institución.

(7) **Servicio:** Especialidad o clínica que atiende al paciente:

a) Estancia Corta,
b) Neurología,
c) Neurocirugía,
d) Atención Médica Continua,
e) Unidad de Terapia Intensiva,
f) Unidad de Cuidados Intermedios,
g) Psiquiatría,
h) Radioneurocirugía.
i) Terapia Endovascular.

(8) **Cama:** Número de la cama dónde se encuentra físicamente el o la paciente conforme a la especialidad que atiende.

(9) **Nivel socioeconómico:** Clasificación numérica ascendente del 1x al 6 (Criterio establecido por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, CCINSHAE) que se asigna a la persona paciente por su condición social y económica o política dentro del Instituto.

(10) **Cantidad:** Descripción numérica expresado en pesos que se adeuda por los servicios médicos, incluye centavos.

(11) Descripción de la cantidad adeudada en letras sin abreviaturas.

(12) **Nombre y firma:** Nombre y apellidos completos de la persona responsable que firma la carta, tal como está registrado en su identificación oficial preferentemente el INE.

(13) **Domicilio del responsable**: Anotar la dirección completa del lugar en el que vive la persona que se compromete al pago, incluyendo:

a) Calle,
b) Número exterior e interior,
c) Colonia,
d) Localidad,
e) Código postal,
f) Estado,
g) País,
h) Número telefónico con lada,
i) Cualquier otra referencia relevante para la localización de la vivienda.

(14) **Telefónico 1:** Número de teléfono con lada del domicilio a dónde se le puede localizar a la persona paciente y la persona legalmente responsable.

(15) **Telefónico 2:** Número de teléfono con lada del domicilio a dónde se le puede localizar a la persona paciente y la persona legalmente responsable.

(16) **Correo del responsable legal:** Correo electrónico que permita establecer comunicación con la persona responsable que firma la carta y se compromete al pago a través de medios electrónicos.

(17) Descripción de la cantidad adeudada en letras sin abreviaturas incluyendo centavos.

(18) Colocar el número de días o meses en los que se compromete la persona en cubrir el pago con plazo mínimo de un día y máximo de 6 meses.

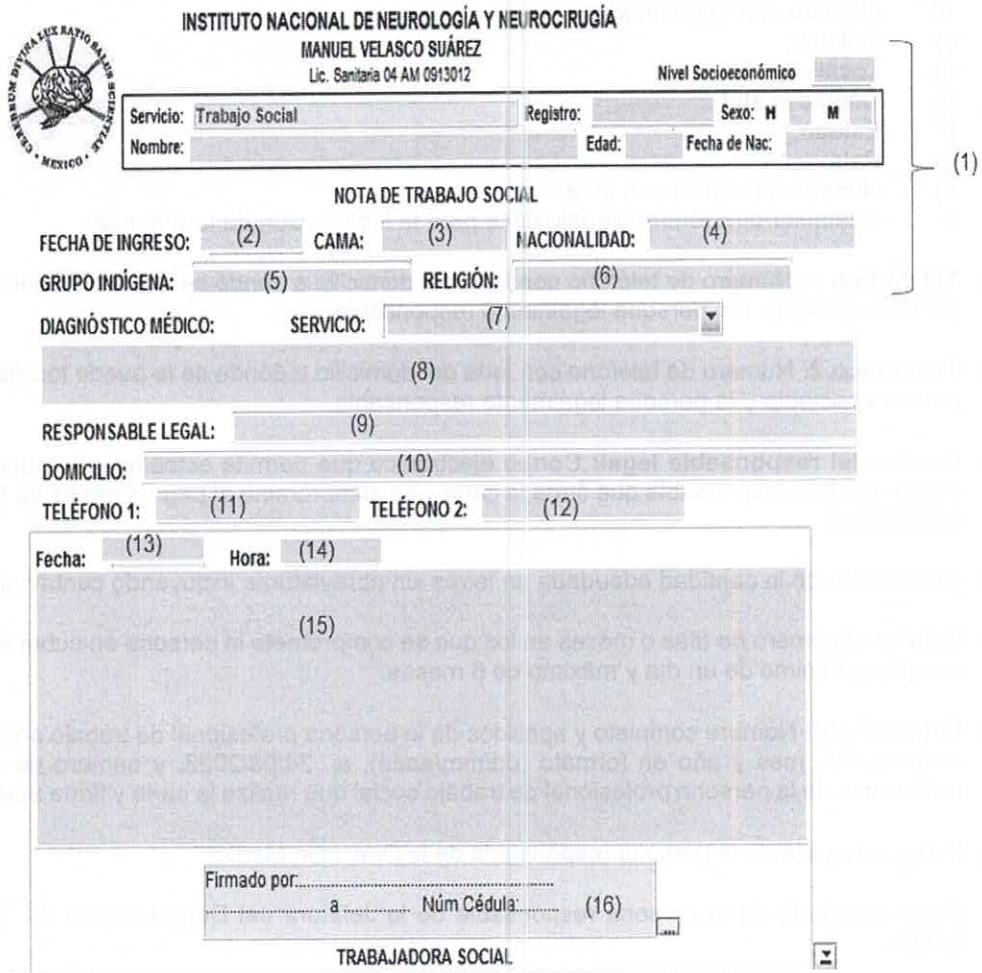
(19) **Firmado por:** Nombre completo y apellidos de la persona profesional de trabajo social que elabora, día, mes y año en formato (dd/mm/aaaa), ej. 24/08/2023, y número de cédula profesional de la persona profesional de trabajo social que realiza la carta y firma autógrafa.

(20) Firma autógrafa de la persona responsable de la Dirección Médica.

(21) Firma autógrafa de la persona responsable de la Jefatura del Departamento de Trabajo Social.

(22) Elegir Motivo de cancelación.

4.4.10.3 Nota de trabajo social administrativa.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
Lic. Sanitaria 04 AM 0913012

Nivel Socioeconómico

Servicio: Trabajo Social Registro: Sexo: H M
Nombre: Edad: Fecha de Nac:

(1)

NOTA DE TRABAJO SOCIAL

FECHA DE INGRESO: (2) CAMA: (3) NACIONALIDAD: (4)
GRUPO INDÍGENA: (5) RELIGIÓN: (6)
DIAGNÓSTICO MÉDICO: SERVICIO: (7)
(8)
RESPONSABLE LEGAL: (9)
DOMICILIO: (10)
TELÉFONO 1: (11) TELÉFONO 2: (12)

Fecha: (13) Hora: (14)
(15)

Firmado por:.....
..... a ..... Núm Cédula:..... (16)
TRABAJADORA SOCIAL

4.4.10.4 Instructivo de llenado de la nota de trabajo social administrativa.

(1) Información prellenada por admisión hospitalaria.

(2) **Fecha de ingreso**: Día, mes y año en que se realiza la nota de trabajo social en el primer internamiento del paciente, se llena por única ocasión, en formato (dd/mm/aaaa), ej. 18/06/2023.

(3) **Cama:** Número de cama destinada a la atención de la persona paciente durante la hospitalización (prellenada por admisión hospitalaria).

(4) **Nacionalidad:** Nombre de país que reconoce a una persona la pertenencia a un estado o una nación (prellenada por admisión hospitalaria).

(5) **Grupo indígena:** Nombre del grupo social y cultural distintos con el que comparten vínculos ancestrales colectivos con las tierras y los recursos naturales dónde viven, información prellenada por admisión y editable en caso de error.

(6) **Religión:** Nombre de la doctrina religiosa que profesa la persona paciente o si no profesa ninguna. Prellenada por admisión y editable en caso de error.

(7) **Servicio:** Nombre de la especialidad en la que se encuentra atendido el o la paciente.

a) Estancia Corta,
b) Neurología,
c) Neurocirugía,
d) Psiquiatría,
e) Terapia Endovascular,
f) Radio Neurocirugía,
g) Unidad de Cuidados Intermedios,
h) Unidad de Terapia Intensiva,
i) Urgencias,
j) 4° y 2° Piso.

(8) **Diagnóstico médico:** Nombre del problema médico por el que se atiende en el Instituto (prellenado y editable en caso de que falte).

(9) **Responsable legal:** Nombre completo y apellidos de la persona legalmente responsable asignada por el o la paciente, que tiene o no vínculos de parentesco (prellenado por admisión).

(10) **Domicilio:** Anotar la dirección completa del lugar en el que vive la persona paciente, incluyendo:

k) Calle,
l) Número exterior e interior,
m) Colonia,
n) Localidad,
o) Código postal,
p) Estado,
q) País,
r) Número telefónico con lada,
s) Cualquier otra referencia relevante para la localización de la vivienda.

(11) **Número telefónico 1:** Número de teléfono con lada del domicilio a dónde se le puede localizar a la persona paciente y la persona legalmente responsable.

(12) **Número telefónico 2:** Número teléfono de celular del domicilio a dónde se le puede localizar a la persona paciente y la persona legalmente responsable.

(13) **Fecha:** Colocar en formato día, mes y año (dd/mm/aaaa), Ej. 24/08/2023 del día que se realiza la nota de trabajo social y la intervención profesional.

(14) **Hora:** Colocar en hora y minutos (hh/mm), Ej. 14:30 del día que se realiza la nota de trabajo social acorde al momento que se realizó la intervención.

(15) Descripción cronológica de las acciones realizadas por trabajo social de acuerdo a las siguientes características:

Notas administrativas:

Integrar el nombre completo y apellidos de la persona que firma la solicitud de carta, número de folio, documentos que se integran, si se formaliza en el Departamento de Tesorería, en caso de no ser así fecha de cita para la conclusión de la misma, datos de consulta y teléfonos de contacto en caso de ser diferentes a los que están registrados previamente.

(16) **Firmado por**: Nombre completo y apellidos de la persona profesional de trabajo social responsable de la nota, día, mes y año en formato (dd/mm/aaaa), Ej. 14/06/2023 y número de cédula profesional de la persona profesional de trabajo social que realiza la nota.

Nota: En caso de realizar notas pasantes o estudiantes, colocar nombre completo y fecha de quién lo realiza en el campo de diagnóstico.

4.4.10.5 Base de datos de cartas compromiso (digital).

NO.	FECHA	REGISTRO	NIVEL	NOMBRE DEL O LA PACIENTE	SERVICIO
1	2	3	4	5	6
	dd/mm/aaaa		1		Neurocirugía
			2		Neurología
			3		Psiquiatría
			4		Radioneurocirugía
			5		Terapia endovascular
			6		Terapia intensiva
					Urgencias

T.S. QUE ELABORA	NO. DE FOLIO, CARTA COMPROMISO	SALDO FINAL	OBSERVACIONES	ESTATUS	OBSERVACIONES DE SUPERVISIÓN	SUPERVISOR (A)	FECHA DE SUPERVISIÓN
7	8	9	10	11	12	13	14

4.4.10.6 Instructivo de base de llenado base de datos cartas compromiso (digital).

(1) **N°.** Colocar el número consecutivo del registro.

(2) **Fecha:** Colocar en formato día, mes y año (dd/mm/aaaa), ej. 24/08/2023 del día que se realiza la nota de trabajo social y la intervención profesional.

(3) **Registro:** Es el número consecutivo que se le asigna el Instituto a la persona paciente cuando ingresa a la institución.

(4) **Nivel:** Clasificación numérica ascendente del 1x al 6 (Criterio establecido por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, CCINSHAE) que se asigna a la persona paciente por su condición social y económica o política dentro del Instituto.

(5) **Nombre de la persona paciente:** Nombre y apellidos completos de la persona paciente, tal como está registrado en su acta de nacimiento o en ausencia: CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s). (prellenado por admisión).

(6) **Servicio:** Especialidad o clínica que atiende al paciente:

a) Estancia Corta,
b) Neurología,
c) Neurocirugía,
d) Urgencias,
e) Unidad de Terapia Intensiva,
f) Unidad de Cuidados Intermedios,
g) Psiquiatría,
h) Terapia Endovascular.

(7) **T.S. que elabora:** Grado, nombre completo y apellidos de la persona profesional de trabajo social que elabora la solicitud de la carta.

(8) **No. de folio de carta compromiso:** Número consecutivo de la carta compromiso generado por el expediente electrónico.

(9) **Saldo final:** Cantidad expresada en número con pesos y centavos el adeudo hospitalario, registrado en la solicitud de carta compromiso.

(10) **Observaciones:** Describir si existen faltantes de documentos, citatorios, llamadas telefónicas o situaciones especiales que requieran registro del caso.

(11) **Estatus:** Describe si está concluida y archivada o en trámite.

(12) **Observaciones de supervisión:** Registro de faltantes en cuanto a documentos, seguimiento del caso o alguna situación que requiera revisión.

(13) **Supervisor (a)** Grado, nombre completo y apellidos de la persona profesional de trabajo social que supervisa.

(14) **Fecha de supervisión:** Colocar en formato día, mes y año (dd/mm/aaaa), Ej. 24/08/2023 del día que se realiza la supervisión del documento.

4.4.10.7 Citatorio

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

CITATORIO

(1)

AL RESPONSABLE DEL / LA PACIENTE: (2)

REGISTRO (3) .

AGRADECEREMOS SU PRESENCIA EN ESTE INSTITUTO EN EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL, CON LA TRABAJADORA SOCIAL ---------- (4)

NOTA:

(5)

ATENTAMENTE

(6)

TRABAJADORA SOCIAL

4.4.10.8 Instructivo de llenado citatorio.

(1) **Fecha:** Colocar en formato día, mes y año (dd/mm/aaaa), Ej. 24/08/2023 del día que se realiza la nota de trabajo social y la intervención profesional.

(2) **Nombre de la persona paciente:** Nombre y apellidos completos de la persona paciente, tal como está registrado en su acta de nacimiento o en ausencia: CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s). (prellenado por admisión).

(3) **Registro:** Es el número consecutivo que se le asigna el Instituto a la persona paciente cuando ingresa a la institución.

(4) **Trabajadora (or) social:** Nombre completo y apellidos de la persona profesional de trabajo social con quién debe presentarse el familiar.

(5) **Nota:** Descripción del motivo por el que se cita a la persona y documentos que requiere integrar si es necesario.

(6) **Trabajadora (or) social:** Nombre completo y apellidos de la persona profesional de trabajo social que elabora el citatorio.

4.5. PROCEDIMIENTO PARA LA RECLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA

4.5.1. PROPÓSITO

Proporcionar clasificación socioeconómica diferente a la asignada en el estudio socioeconómico considerando algunos criterios entre ellos: contar o no con servicios de gratuidad, condiciones de vulnerabilidad o indicación superior.

4.5.2. ALCANCE

4.5.2.1 Alcance Interno: El personal del Departamento de Trabajo Social elabora la solicitud de reclasificación, el personal de la Dirección Médica autoriza si es procedente o no.

4.5.2.2 Alcance Externo: No aplica.

4.5.3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

4.5.3.1 La reclasificación socioeconómica puede ser ascendente o descendente conforme a los niveles socioeconómicos o mantener el mismo nivel socioeconómico con estatus de pago o gratuidad conforme a las políticas del procedimiento ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO 4.1

4.5.3.2 El personal profesional de trabajo social será responsable de realizar la entrevista para verificar los ingresos, egresos, ocupación del paciente o las personas proveedoras económicas de la familia para determinar el nivel socioeconómico de la reclasificación conforme a las políticas del procedimiento ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO 4.1

4.5.3.3 El personal profesional de trabajo social será responsable de realizar la solicitud de reclasificación socioeconómica cuando las circunstancias del paciente cambien conforme a las políticas del procedimiento ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO 4.1

4.5.3.4 El profesional responsable de trabajo social podrá realizar visitas domiciliarias en la Ciudad de México o solicitarlas a los Estados, conforme al procedimiento 4.6 PROCEDIMIENTO PARA VISITA DOMICILIARIA.

4.5.3.5 Toda reclasificación socioeconómica debe ser autorizada por la persona titular de la Dirección Médica mediante documento de solicitud de reclasificación con firma electrónica en el expediente clínico electrónico.

4.5.3.6 Es responsabilidad de la persona profesional de trabajo social dar seguimiento a la solicitud de reclasificación socioeconómica autorizada o no.

4.5.3.7 Es responsabilidad de la persona profesional de trabajo social realizar este procedimiento en un tiempo máximo de 24 horas a partir de la entrega de la documentación probatoria.

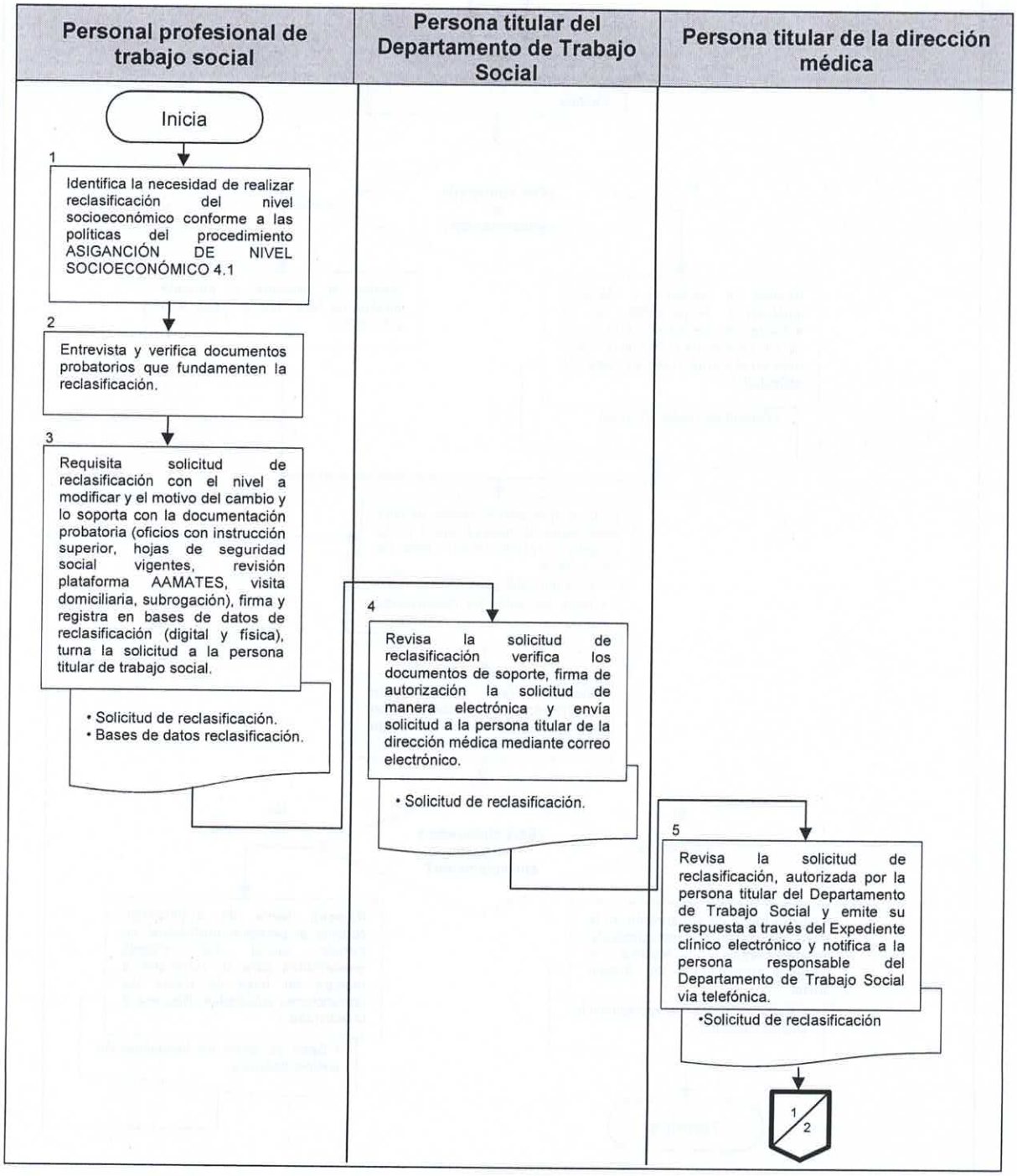
4.5.3.8 Toda reclasificación autorizada tendrá vigencia de tres años a partir de la fecha que fue autorizada, a menos que sea exclusiva para hospitalización, tratamiento, por indicación superior o por cumplir con alguno de los criterios del procedimiento ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO 4.1

4.5.4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

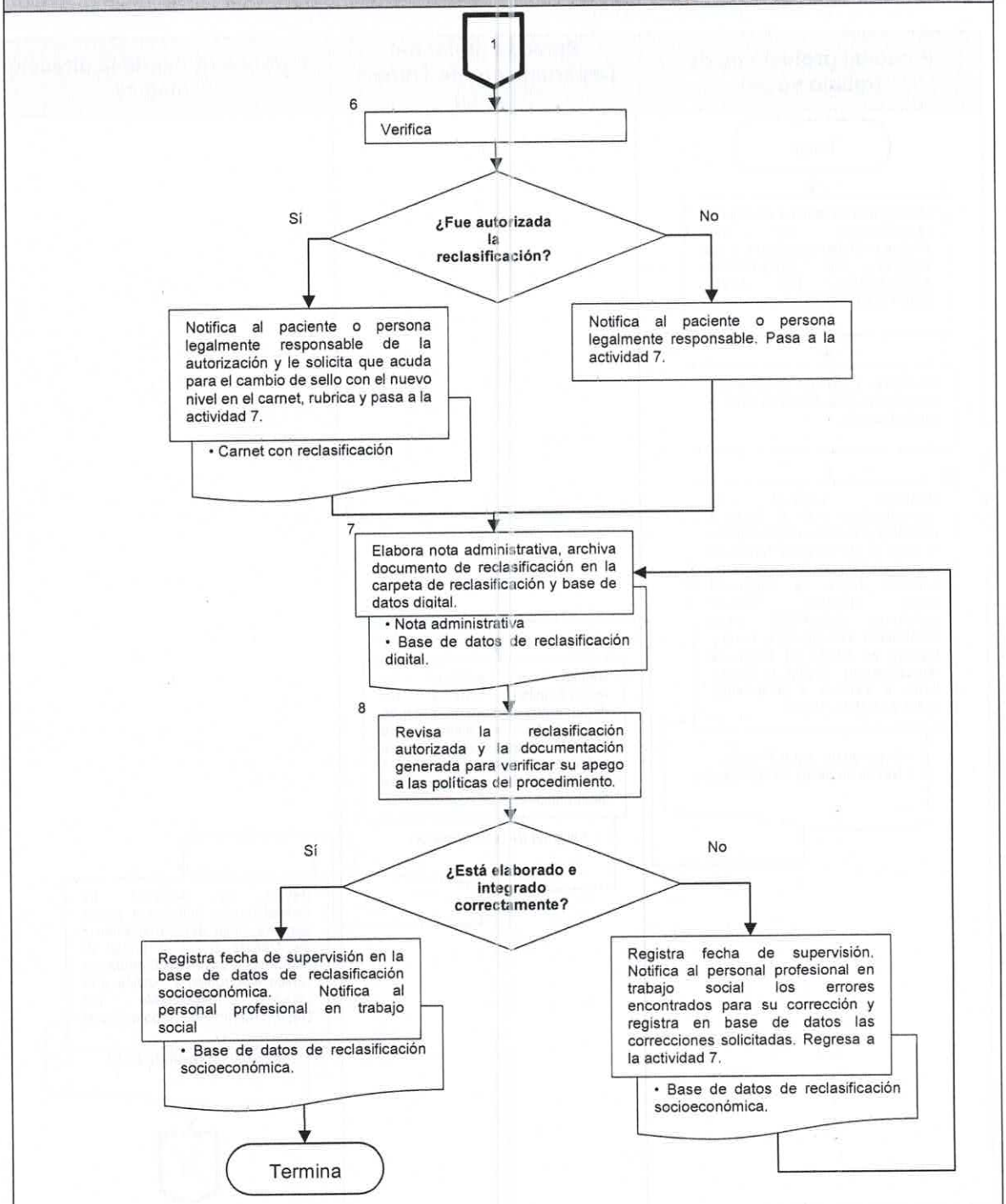
Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal profesional de trabajo social	1	Identifica la necesidad de realizar reclasificación del nivel socioeconómico conforme a los criterios de designación de nivel socioeconómico del procedimiento de ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO 4.1	
Personal profesional de trabajo social	2	Entrevista y verifica documentos probatorios que fundamenten la reclasificación conforme a la política 4.5.3.2	
Personal profesional de trabajo social	3	Requisita solicitud de reclasificación con el nivel a modificar y el motivo del cambio y lo soporta con la documentación probatoria (oficios con instrucción superior, hojas de seguridad social vigentes, revisión plataforma AAMATES, visita domiciliaria, subrogación), firma y registra en bases de datos de reclasificación y turna la solicitud a la persona titular de trabajo social, elabora nota de seguimiento.	• Solicitud de reclasificación. • Bases de datos reclasificación (electrónica y física).
Persona titular del Departamento de Trabajo Social	4	Revisa la solicitud de reclasificación verifica los documentos de soporte, firma de autorización la solicitud de manera electrónica y envía solicitud a la persona titular de la dirección médica mediante correo electrónico.	• Solicitud de reclasificación.
Persona titular de la dirección médica	5	Revisa la solicitud de reclasificación, autorizada por la persona titular del Departamento de Trabajo Social y emite su respuesta a través del expediente clínico electrónico y notifica a la persona responsable del Departamento de Trabajo Social vía telefónica.	• Solicitud de reclasificación.
Personal profesional de trabajo social	6	Verifica **¿Fue autorizada la reclasificación?** **Sí:** Notifica al paciente o persona legalmente responsable de la autorización y le solicita que acuda para el cambio de sello con el nuevo nivel en el carnet, rubrica y pasa a la actividad 7.	• Carnet con reclasificación.

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
		No: Notifica al paciente o persona legalmente responsable. Pasa a la actividad 7.	
Personal profesional de trabajo social	7	Elabora nota administrativa, archiva documento de reclasificación en la carpeta de reclasificaciones y registra base de datos.	• Nota administrativa • Base de datos de reclasificación (digital).
Persona supervisora en trabajo social	8	Revisa la reclasificación autorizada y la documentación generada para verificar su apego a las políticas del procedimiento. **¿Está elaborado e integrado correctamente?** **Sí**: Registra fecha de supervisión en la base de datos de reclasificación socioeconómica. Notifica al personal profesional en trabajo social. **TERMINA** **No**: Registra fecha de supervisión. Notifica al personal profesional en trabajo social los errores encontrados para su corrección y registra en base de datos las correcciones solicitadas. Regresa a la actividad 7.	• Base de datos de reclasificación socioeconómica.

4.5.5. DIAGRAMA DE FLUJO



Personal profesional de trabajo social



4.5.6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos		Código (cuando aplique)
4.5.6.1	Manual de Organización de la Dirección Médica vigente	No aplica
4.5.6.2	Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, vigente.	No aplica

4.5.7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.5.7.1. Solicitud de reclasificación	6 años	Departamento de Trabajo Social	No aplica
4.5.7.2. Nota de trabajo social (administrativa)	6 años	Departamento de Trabajo Social	No aplica
4.5.7.3. Bases de datos reclasificación	1 año	Departamento de Trabajo Social	No aplica

4.5.8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

4.5.8.1. **Nivel socioeconómico:** Criterio establecido por la Coordinación General de Institutos Nacionales de Salud que determina una clasificación en 7 niveles 1x a 6 de acuerdo al estudio socioeconómico.

4.5.8.2. **Nota de trabajo social administrativa:** Documento donde se registra las acciones realizadas para realizar la reclasificación.

4.5.8.3. **Reclasificación:** Proceso para disminuir o aumentar el nivel socioeconómico o cambiar de estatus de gratuidad o con pago, de acuerdo con las políticas de asignación de nivel socioeconómico.

4.5.8.4. **Visita domiciliaria:** Herramienta de intervención social que mediante el contacto directo con el usuario en el domicilio se utilizan técnicas como la entrevista y la observación para realizar investigación social con fines de asistencia, seguimiento, planeación y asesoramiento social.

4.5.9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
06	Septiembre, 2023	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora.

4.5.10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

4.5.10.1 Solicitud de reclasificación
4.5.10.2 Guía de llenado de solicitud de reclasificación
4.5.10.3 Nota de trabajo social administrativa
4.5.10.4 Guía de llenado de nota de trabajo social administrativa
4.5.10.5 Base de datos reclasificación
4.5.10.6 Guía de llenado de base de datos reclasificación (digital)
4.5.10.7 Guía de llenado de base de datos reclasificación (física)

4.5.10.1. Solicitud de reclasificación.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Licencia Sanitaria 04AM0013012
SOLICITUD DE RECLASIFICACIÓN

(1)

NOMBRE: (2) REGISTRO: (3)

NIVEL SOCIOECONÓMICO ACTUAL (4) A (5)

SERVICIO: (6) CAMA: (7)

DIAGNÓSTICO MÉDICO: (8)

DOMICILIO (9)

SE ANEXA: (10)

MOTIVO

ELIGE UN MOTIVO... (11)

OBSERVACIONES:

(12)

ATENTAMENTE

Firmado por: (13) a Núm Cédula:

TRABAJADOR (A) SOCIAL

Vo. Bo.

Firmado por: (14) a Núm Cédula:

JEFATURA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIZÓ

Firmado por: (15) a Núm Cédula:

DIRECTOR MÉDICO

4.5.10.2. Instructivo de llenado de solicitud de reclasificación.

(1) **Fecha:** Colocar en formato día, mes y año (dd/mm/aaaa), ej. 24/08/2023, del día que se realiza la nota de trabajo social y la intervención profesional.

(2) **Nombre de la persona paciente:** Nombre y apellidos completos de la persona paciente, tal como está registrado en su acta de nacimiento o en ausencia: CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s). (prellenado por admisión).

(3) **Registro:** Es el número consecutivo que se le asigna el Instituto a la persona paciente cuando ingresa a la institución.

(4) **Nivel socioeconómico actual:** Criterio establecido por la Coordinación General de Institutos Nacionales de Salud que determina una clasificación en 7 niveles 1x a 6 de acuerdo al estudio socioeconómico.

(5) **Nivel socioeconómico:** Criterio establecido por la Coordinación General de Institutos Nacionales de Salud que determina una clasificación en 7 niveles 1x a 6 de acuerdo al estudio socioeconómico y será modificado con la reclasificación una vez autorizada.

(6) **Servicio:** Especialidad o clínica que atiende al paciente:

a) Consulta Externa,
b) Estancia Corta,
c) Neurología,
d) Neurocirugía,
e) Urgencias,
f) Unidad de Terapia Intensiva,
g) Unidad de Cuidados Intermedios,
h) Psiquiatría,
i) Terapia Endovascular.

(7) **Cama:** Número de cama destinada a la atención de la persona paciente durante la hospitalización (prellenada por admisión hospitalaria).

(8) **Diagnóstico médico:** Nombre del problema médico por el que se atiende en el Instituto (prellenado y editable en caso de que falte).

(9) **Domicilio permanente (del paciente)**: Anotar la dirección completa del lugar en el que vive la persona paciente, incluyendo:

a) Calle,
b) Número exterior e interior,
c) Colonia,
d) Localidad,
e) Código postal,
f) Estado,
g) País,
h) Número telefónico con lada,
i) Cualquier otra referencia relevante para la localización de la vivienda.

(10) **Se anexa:** Poner documento que se integra como comprobante y soporte para la validación.

a) Reporte de visita domiciliaria,
b) Estudio social,
c) Constancia de bajos recursos,
d) Constancias de no derechohabiencia,
e) Otro. (registro de AAMATES, hojas de seguridad social con vigencia, baja laboral o escolar).

(11) **Motivo:** Identificar el motivo por el que se solicita la reclasificación.

a) Tratamiento costoso,
b) Tratamiento prolongado,
c) Ingresos hospitalarios frecuentes,
d) Problemática socioeconómica,
e) Presentación de documento oficial,
f) Alta de protocolo de investigación,
g) Por instrucción superior,
h) Ingreso Voluntario al 4º piso,
i) Con seguridad social.
j) Sin seguridad social

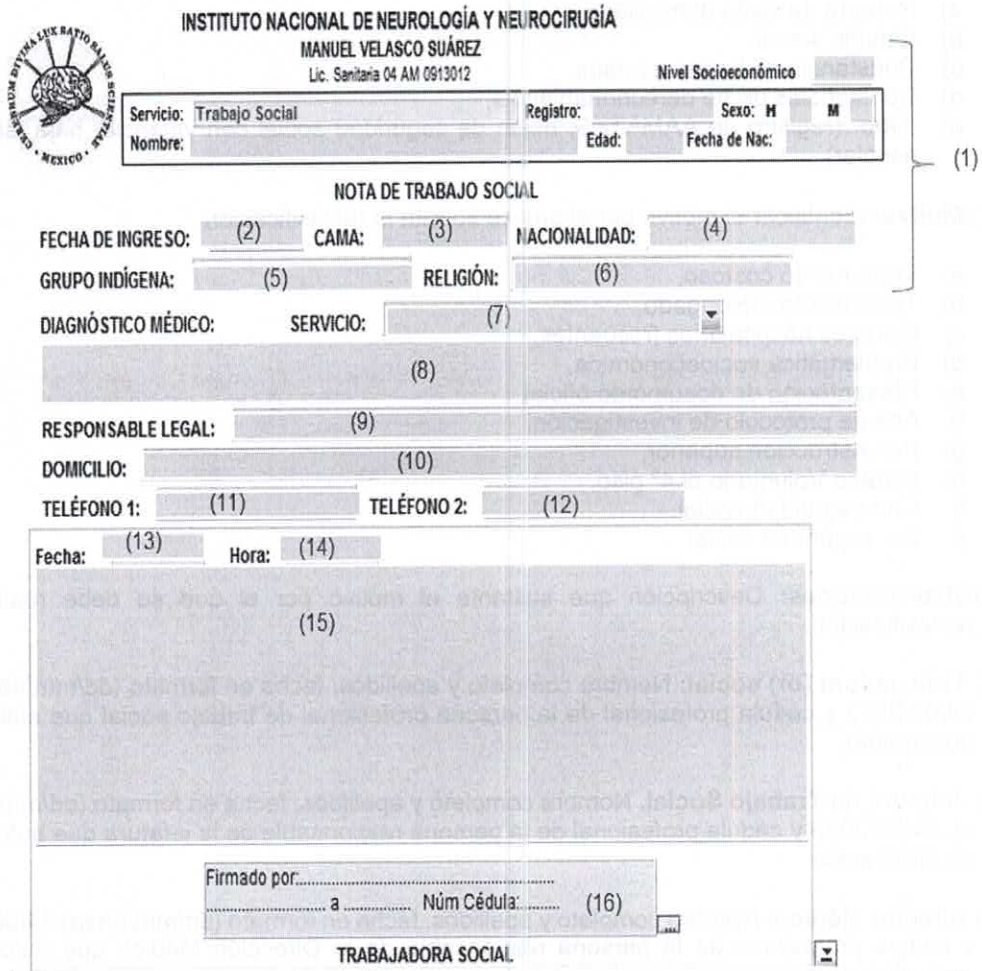
(12)**Observaciones:** Descripción que sustente el motivo por el que se debe realizar la reclasificación.

(13) **Trabajadora (or) social:** Nombre completo y apellidos, fecha en formato (dd/mm/aaaa) ej. 24/08/2023 y cédula profesional de la persona profesional de trabajo social que elabora el documento.

(14) **Jefatura de Trabajo Social.** Nombre completo y apellidos, fecha en formato (dd/mm/aaaa) ej. 24/08/2023 y cédula profesional de la persona responsable de la jefatura que autoriza la reclasificación.

(15) **Director Médico:** Nombre completo y apellidos, fecha en formato (dd/mm/aaaa) 24/08/2023 y cédula profesional de la persona responsable de la Dirección Médica que autoriza la reclasificación.

4.5.10.3. Nota de trabajo social administrativa.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
Lic. Sanitaria 04 AM 0913012

Nivel Socioeconómico

Servicio: Trabajo Social | Registro: | Sexo: H M
Nombre: | Edad: | Fecha de Nac:

(1)

NOTA DE TRABAJO SOCIAL

FECHA DE INGRESO: (2) CAMA: (3) NACIONALIDAD: (4)

GRUPO INDÍGENA: (5) RELIGIÓN: (6)

DIAGNÓSTICO MÉDICO: SERVICIO: (7)

(8)

RESPONSABLE LEGAL: (9)

DOMICILIO: (10)

TELÉFONO 1: (11) TELÉFONO 2: (12)

Fecha: (13) Hora: (14)

(15)

Firmado por:.....
..... a ..... Núm Cédula: ..... (16)

TRABAJADORA SOCIAL

4.5.10.4. Instructivo de llenado de nota de trabajo social administrativa.

(1) Información prellenada por admisión hospitalaria.

(2) **Fecha de ingreso**: Día, mes y año en que se realiza la nota de trabajo social en el primer internamiento del paciente, se llena por única ocasión, en formato (dd/mm/aaaa), ej. 24/08/2023.

(3) **Cama:** Número de cama destinada a la atención de la persona paciente durante la hospitalización (prellenada por admisión hospitalaria).

(4) **Nacionalidad:** Nombre de país que reconoce a una persona la pertenencia a un estado o una nación (prellenada por admisión hospitalaria).

(5) **Grupo Indígena:** Nombre del grupo social y cultural distintos con el que comparten vínculos ancestrales colectivos con las tierras y los recursos naturales dónde viven, información prellenada por admisión y editable en caso de error.

(6) **Religión:** Nombre de la doctrina religiosa que profesa la persona paciente o si no profesa ninguna. Prellenada por admisión y editable en caso de error.

(7) **Servicio:** Nombre de la especialidad en la que se encuentra atendido el o la paciente.

a) Consulta Externa,
b) Estancia Corta,
c) Neurología,
d) Neurocirugía,
e) Psiquiatría,
f) Terapia Endovascular,
g) Radio Neurocirugía,
h) Unidad de Cuidados Intermedios,
i) Unidad de Terapia Intensiva,
j) Urgencias,
k) 4º y 2º Piso.

(8) **Diagnóstico médico:** Nombre del problema médico por el que se atiende en el Instituto (prellenado y editable en caso de que falte).

(9) **Responsable legal:** Nombre completo y apellidos de la persona legalmente responsable asignada por el o la paciente, que tiene o no vínculos de parentesco (prellenado por admisión).

(10) **Domicilio:** Anotar la dirección completa del lugar en el que vive la persona paciente, incluyendo:

a) Calle,
b) Número exterior e interior,
c) Colonia,
d) Localidad,
e) Código postal,
f) Estado,
g) País,

h) Número telefónico con lada,
i) Cualquier otra referencia relevante para la localización de la vivienda.

(11) **Número telefónico 1:** Número de teléfono con lada del domicilio a dónde se le puede localizar a la persona paciente y la persona legalmente responsable.

(12) **Número telefónico 2:** Número teléfono de celular del domicilio a dónde se le puede localizar a la persona paciente y la persona legalmente responsable.

(13) **Fecha:** Colocar en formato día, mes y año (dd/mm/aaaa), ej. 24/08/2023 del día que se realiza la nota de trabajo social y la intervención profesional.

(14) **Hora:** Colocar en hora y minutos (hh:mm) ej. 11:02 del día que se realiza la nota de trabajo social acorde al momento que se realizó la intervención.

(15) Descripción cronológica de las acciones realizadas por trabajo social de acuerdo a las siguientes características:

Notas administrativas:

Integrar el nombre completo y apellidos de la persona que solicita la reclasificación en caso de ser solicitada, número de folio de la reclasificación, documentos que se integran, si se autoriza o no, teléfonos de contacto en caso de ser diferentes a los que están registrados previamente, notificación al familiar del resultado y cambio de nivel en el carnet con sello, periodicidad, fecha en formato (dd/mm/aaaa) ej. 24/08/2023 y firma en el carnet.

(16)**Firmado por**: Nombre completo y apellidos de la persona profesional de trabajo social responsable de la nota, día, mes y año en formato (dd/mm/aaaa) ej. 24/08/2023 y número de cédula profesional de la persona profesional de trabajo social que realiza la nota.

Nota: En caso de realizar notas pasantes o estudiantes, colocar nombre completo y fecha de quién lo realiza en el campo de diagnóstico.

4.5.10.5. Base de datos reclasificaciones (digital).

NO.	FECHA	REGISTRO	NOMBRE DEL O LA PACIENTE	MOTIVO	NIVEL ACTUAL	NIVEL SOCIOECONÓMICO A RECLASIFICAR	TRABAJADORA (OR) SOCIAL	FECHA DE AUTORIZACIÓN	FECHA DE ARCHIVO EN CARPETA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	dd/mm/aaaa				1	1		dd/mm/aaaa	
					2	2			
					3	3			
					4	4			
					5	5			
					6	6			

4.5.10.6. Guía de llenado, base de datos reclasificaciones (digital).

(1) **N°** Colocar el número consecutivo del registro.

(2) **Fecha:** Colocar en formato día, mes y año (dd/mm/aaaa) ej. 24/08/2023, del día que se realiza la reclasificación.

(3) **Registro:** Es el número consecutivo que se le asigna el Instituto a la persona paciente cuando ingresa a la institución.

(4) **Nombre de la persona paciente:** Nombre y apellidos completos de la persona paciente, tal como está registrado en su acta de nacimiento o en ausencia: CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s). (prellenado por admisión).

(5) **Motivo:** Identificar el motivo por el que se solicita la reclasificación.

a) Tratamiento costoso,
b) Tratamiento prolongado,
c) Ingresos hospitalarios frecuentes,
d) Problemática socioeconómica,
e) Presentación de documento oficial,
f) Alta de protocolo de investigación,
g) Por instrucción superior,
h) Ingreso Voluntario al 4° piso,
i) Seguridad social.

(6) **Nivel actual:** Criterio establecido por la Coordinación General de Institutos Nacionales de Salud que determina una clasificación en 7 niveles 1x a 6 de acuerdo al estudio socioeconómico.

(7) **Nivel socioeconómico a reclasificar:** Criterio establecido por la Coordinación General de Institutos Nacionales de Salud que determina una clasificación en 7 niveles 1x a 6 de acuerdo al estudio socioeconómico y será modificará con la reclasificación una vez autorizada.

(8) **Trabajadora (or) Social:** Grado, nombre completo y apellidos de la persona profesional de trabajo social que elabora la reclasificación.

(9) **Fecha de autorización:** Fecha del día que se autoriza por la persona responsable de la Jefatura del Departamento de Trabajo Social y por la persona responsable de la Dirección Médica.

(10) **Fecha de archivo en carpeta:** Fecha del día que se archiva la impresión de reclasificación en físico junto con los soportes en la carpeta documental del departamento.

4.5.10.7 Base de datos reclasificaciones (física).

RECLASIFICACIONES

No	FECHA	REGISTRO	PACIENTE	GRATUIDAD O PAGO	NIVEL A MODIFICAR	PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL QUE REALIZA
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

4.5.10.8 Guía de base de datos reclasificaciones (física).

(1) **N°** Colocar el número consecutivo del registro.
(2) **Fecha:** Colocar en formato día, mes y año (dd/mm/aaaa) ej. 24/08/2023, del día que se realiza la reclasificación.
(3) **Registro:** Es el número consecutivo que se le asigna el Instituto a la persona paciente cuando ingresa a la institución.
(4) **Paciente:** Nombre completo con apellidos de la persona paciente, tal como están registrados en su acta de nacimiento o, en ausencia, CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).
(5) **Gratuidad o pago:** El estatus al que pasa el paciente.
(6) **Nivel a modificar:** Registro numérico del nivel socioeconómico anterior del 1 al 6 al nivel socioeconómico de reclasificación numérico del 1 al 6 actual.
(7) **Profesional de trabajo social que realiza:** Nombre y primer apellido.

4.6. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE VISITA DOMICILIARIA

4.6.1. PROPÓSITO

Realizar la visita domiciliaria al paciente con el fin de valorar profesionalmente la situación socioeconómica, familiar y contextual que le permita determinar al personal profesional de trabajo social el tipo de seguimiento e intervención institucional que requiera la persona paciente.

4.6.2. ALCANCE

4.6.2.1 Alcance Interno: Involucra al personal profesional en trabajo social quien notifica al familiar o persona legalmente responsable de la necesitad y realiza la valoración social en el domicilio. Involucra también al personal del Departamento de Servicios de Apoyo quien realiza la transportación del personal profesional de trabajo social entre el Instituto y el domicilio del paciente dentro de la Ciudad de México y zona conurbada.

4.6.2.2 Alcance Externo: No aplica

4.6.3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

4.6.3.1 El personal profesional en trabajo social será responsable de realizar visitas domiciliarias en los siguientes casos:

a) Seguimiento del caso por condiciones sociales o familiares adversas, abandono, violencias.
b) Detección de inconsistencia en la documentación y/o información proporcionada durante la entrevista.
c) Valoración de la vivienda para el traslado del paciente a su domicilio,
d) Reclasificación de nivel socioeconómico por tratamiento costoso

4.6.3.2 El personal profesional en trabajo social será responsable de solicitar o realizar la visita domiciliaria para aquellos pacientes residentes de la Ciudad de México y zona conurbada.

4.6.3.3 El personal profesional en trabajo social será responsable de solicitar la visita domiciliaria a los centros de salud, Sistema Integral para la Familia (DIF), Asociaciones Civiles y/u otras instancias estatales que cuenten con personal profesional de trabajo social, en aquellos casos en los que él o la paciente no radique en la Ciudad de México o zona conurbada, mediante oficio de solicitud de visita domiciliaria.

4.6.3.4 El personal profesional en trabajo social será responsable de solicitar al Departamento de Servicios de Apoyo, el transporte institucional para el traslado a través de los canales oficiales.

4.6.3.5 El personal profesional en trabajo social será responsable de elaborar el reporte de visita domiciliaria en el expediente social electrónico en un plazo máximo de 48 horas posteriores a la realización de la visita.

4.6.3.6 La calendarización de las visitas domiciliarias debe ser preferentemente acordada con él o la paciente o la persona legalmente responsable a excepción de los casos que ameriten la visita domiciliaria sin notificación.

4.6.3.7 En los casos en que el personal de servicios de apoyo no pueda brindar el servicio de traslado para visita domiciliaria en la fecha y hora programada, es responsabilidad del profesional de trabajo social realizar los trámites necesarios para el cambio de fecha.

4.6.3.8 La entrevista en el domicilio puede ser realizada con personas mayores de edad que formen parte del grupo familiar.

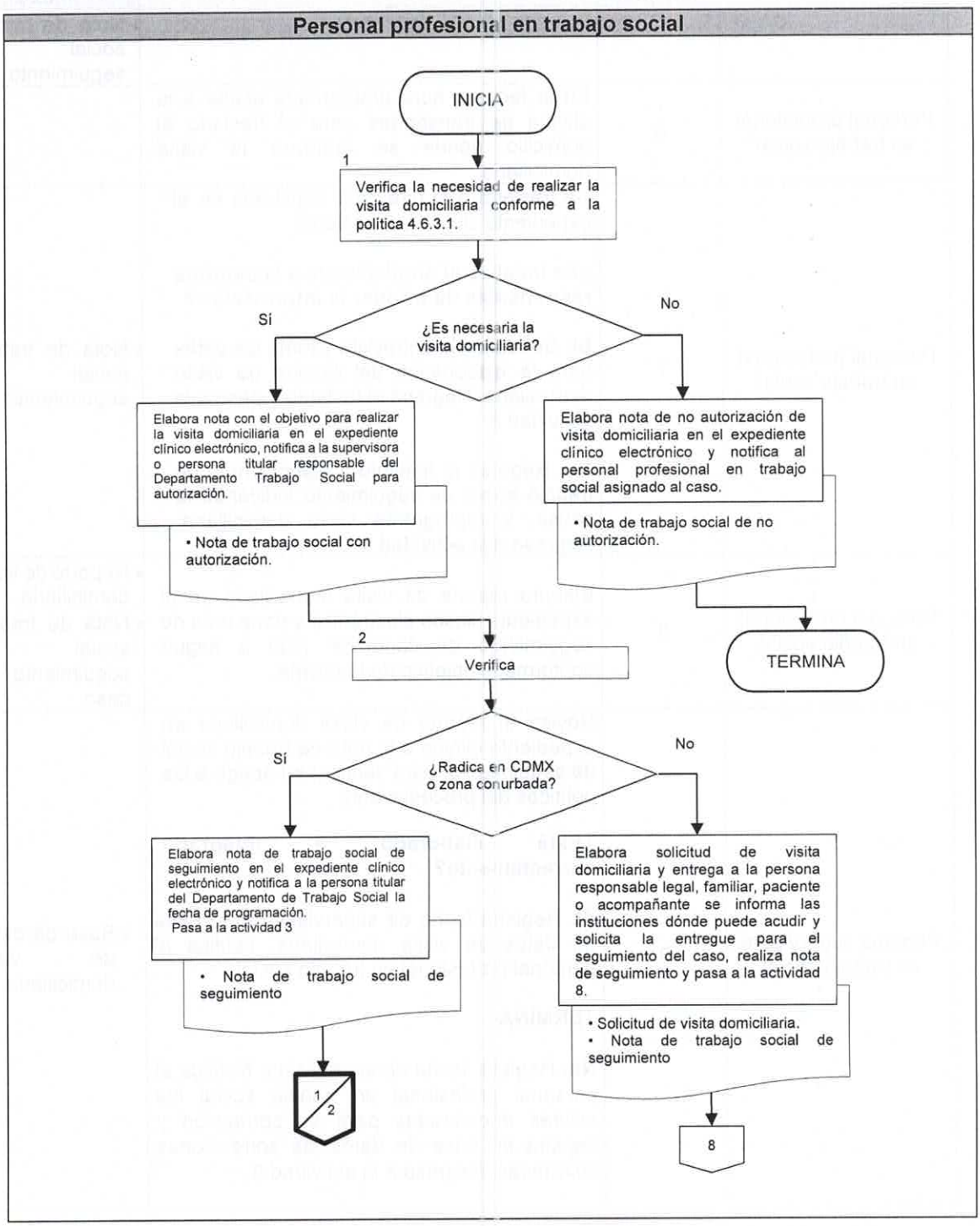
4.6.3.9 El personal profesional de trabajo social que realice la visita domiciliaria no puede fungir como su propio supervisor, la supervisión debe realizarse mediante la metodología de evaluación entre pares.

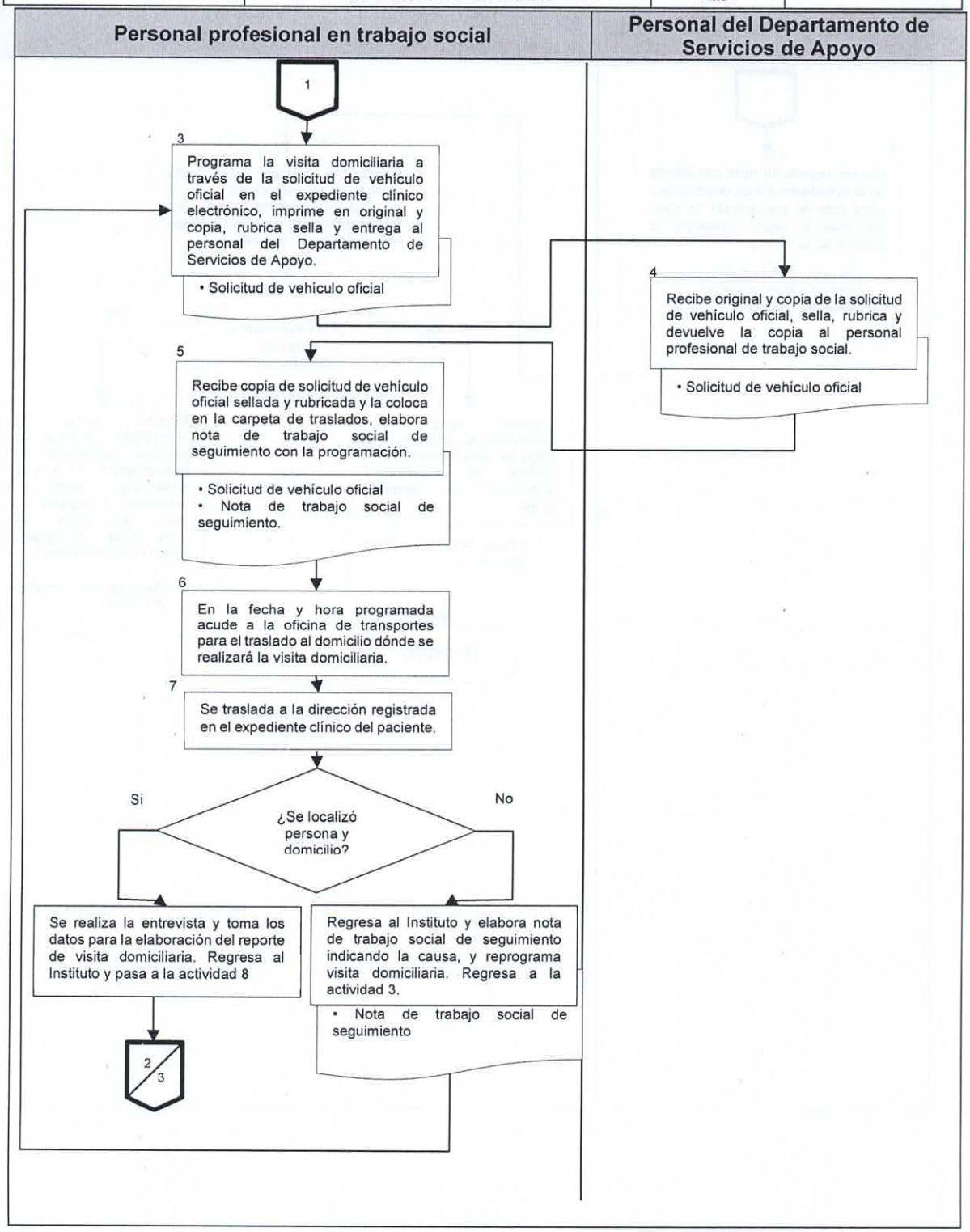
4.6.4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

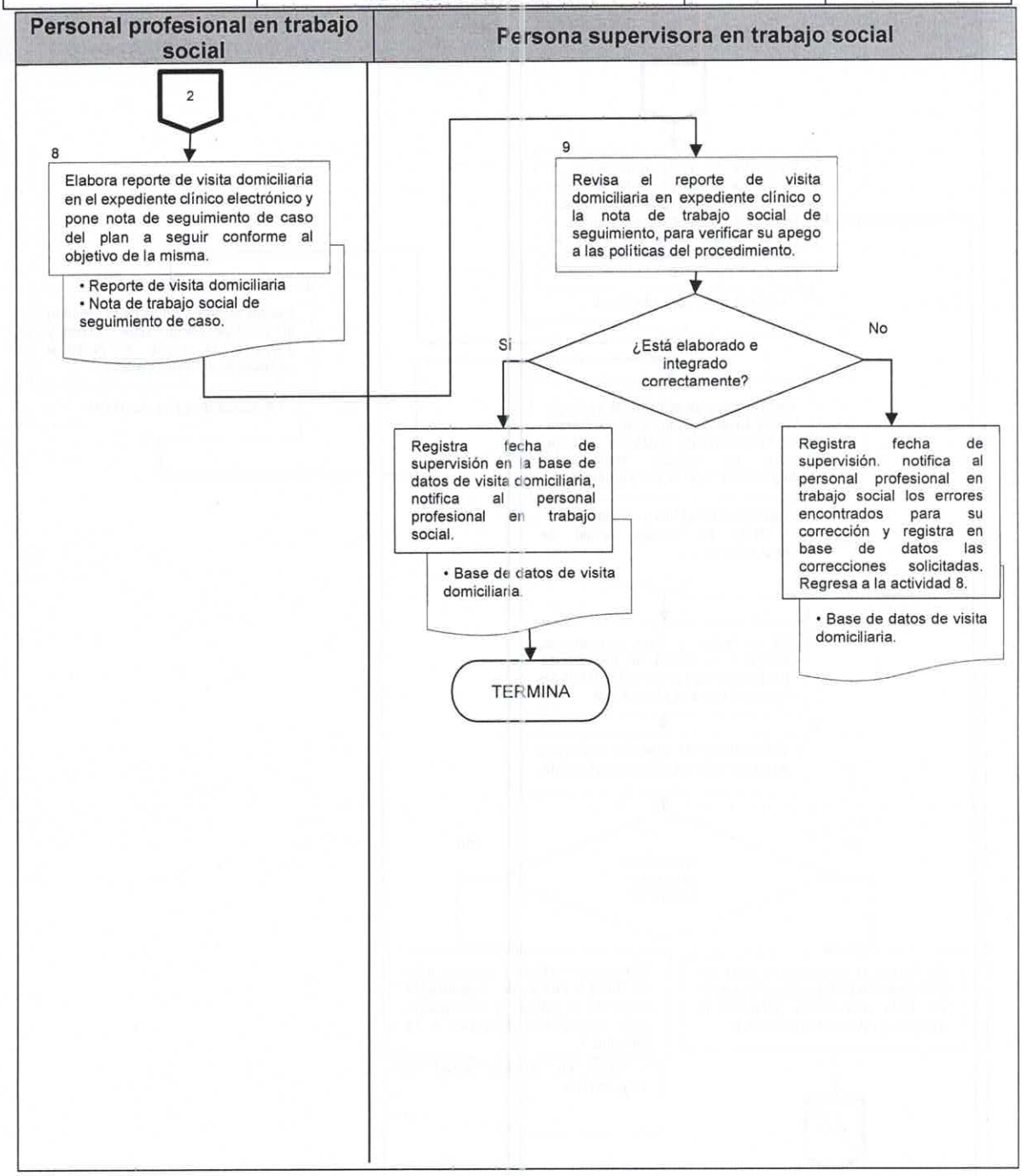
Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal profesional en trabajo social	1	Verifica la necesidad de realizar la visita domiciliaria conforme a la política 4.6.3.1. **¿Es necesaria la visita domiciliaria?** **Sí**: Elabora nota con el objetivo para realizar la visita domiciliaria en el expediente clínico electrónico y notifica a la supervisora o persona titular responsable del Departamento de Trabajo Social para autorización. Pasa a la actividad 3. **No**: Elabora nota de no autorización de visita domiciliaria en el expediente clínico electrónico. **TERMINA**	• Nota de trabajo social con autorización.
Personal profesional en trabajo social	2	Verifica **¿El o la paciente radica en la Ciudad de México o zona conurbada?** **Sí**: Elabora nota de trabajo social de seguimiento en el expediente clínico electrónico y notifica a la persona titular del Departamento de Trabajo Social la fecha de programación. Pasa a la actividad 3 **No:** Elabora solicitud de visita domiciliaria y entrega a la persona responsable legal, familiar, paciente o acompañante se informa las instituciones dónde puede acudir y solicita la entregue para el seguimiento del caso, realiza nota de seguimiento. Pasa a la actividad 8.	• Solicitud de visita domiciliaria. • Nota de trabajo social de seguimiento
Personal profesional en trabajo social	3	Programa la visita domiciliaria a través de la solicitud de vehículo oficial en el expediente clínico electrónico, imprime en original y copia, rubrica sella y entrega al personal del Departamento de Servicios de Apoyo.	• Solicitud de vehículo oficial
Personal del Departamento de Servicios de Apoyo	4	Recibe original y copia de la solicitud de vehículo oficial, sella, rubrica y devuelve la copia al personal profesional de trabajo social.	• Solicitud de vehículo oficial
Personal profesional en trabajo social	5	Recibe copia de solicitud de vehículo oficial sellada y rubricada y la coloca en la carpeta de traslados, elabora nota de trabajo social de seguimiento con la programación.	• Solicitud de vehículo oficial

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
			• Nota de trabajo social de seguimiento.
Personal profesional en trabajo social	6	En la fecha y hora programada acude a la oficina de transportes para el traslado al domicilio dónde se realizará la visita domiciliaria.	
Personal profesional en trabajo social	7	Se traslada a la dirección registrada en el expediente clínico del paciente. **¿Se localizó el domicilio y/o a la persona responsable de brindar la información?** **Si:** Se realiza la entrevista y toma los datos para la elaboración del reporte de visita domiciliaria. Regresa al Instituto y pasa a la actividad 8 **No**: Regresa al Instituto y elabora nota de trabajo social de seguimiento indicando la causa, y reprograma visita domiciliaria. Regresa a la actividad 3.	• Nota de trabajo social de seguimiento.
Personal profesional en trabajo social	8	Elabora reporte de visita domiciliaria en el expediente clínico electrónico y pone nota de seguimiento de caso del plan a seguir conforme al objetivo de la misma.	• Reporte de visita domiciliaria • Nota de trabajo social de seguimiento de caso.
Persona supervisora en trabajo social	9	Revisa el reporte de visita domiciliaria en expediente clínico o la nota de trabajo social de seguimiento, para verificar su apego a las políticas del procedimiento. **¿Está elaborado e integrado correctamente?** **Sí**: Registra fecha de supervisión en la base de datos de visita domiciliaria, notifica al personal profesional en trabajo social. **TERMINA** **No**: Registra fecha de supervisión. Notifica al personal profesional en trabajo social los errores encontrados para su corrección y registra en base de datos las correcciones solicitadas. Regresa a la actividad 8.	• Base de datos de visita domiciliaria.

4.6.5. DIAGRAMA DE FLUJO




Personal profesional en trabajo social
Personal del Departamento de Servicios de Apoyo
1
3
Programa la visita domiciliaria a través de la solicitud de vehículo oficial en el expediente clínico electrónico, imprime en original y copia, rubrica sella y entrega al personal del Departamento de Servicios de Apoyo.
• Solicitud de vehículo oficial
4
Recibe original y copia de la solicitud de vehículo oficial, sella, rubrica y devuelve la copia al personal profesional de trabajo social.
• Solicitud de vehículo oficial
5
Recibe copia de solicitud de vehículo oficial sellada y rubricada y la coloca en la carpeta de traslados, elabora nota de trabajo social de seguimiento con la programación.
• Solicitud de vehículo oficial
• Nota de trabajo social de seguimiento.
6
En la fecha y hora programada acude a la oficina de transportes para el traslado al domicilio dónde se realizará la visita domiciliaria.
7
Se traslada a la dirección registrada en el expediente clínico del paciente.
¿Se localizó persona y domicilio?
Si
No
Se realiza la entrevista y toma los datos para la elaboración del reporte de visita domiciliaria. Regresa al Instituto y pasa a la actividad 8
Regresa al Instituto y elabora nota de trabajo social de seguimiento indicando la causa, y reprograma visita domiciliaria. Regresa a la actividad 3.
• Nota de trabajo social de seguimiento
2/3


Personal profesional en trabajo social
Persona supervisora en trabajo social
2
8
Elabora reporte de visita domiciliaria en el expediente clínico electrónico y pone nota de seguimiento de caso del plan a seguir conforme al objetivo de la misma.
• Reporte de visita domiciliaria
• Nota de trabajo social de seguimiento de caso.
9
Revisa el reporte de visita domiciliaria en expediente clínico o la nota de trabajo social de seguimiento, para verificar su apego a las políticas del procedimiento.
¿Está elaborado e integrado correctamente?
Si
No
Registra fecha de supervisión en la base de datos de visita domiciliaria, notifica al personal profesional en trabajo social.
• Base de datos de visita domiciliaria.
TERMINA
Registra fecha de supervisión, notifica al personal profesional en trabajo social los errores encontrados para su corrección y registra en base de datos las correcciones solicitadas. Regresa a la actividad 8.
• Base de datos de visita domiciliaria.

4.6.6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos		Código (cuando aplique)
4.6.6.1	Manual de Organización de la Dirección Médica vigente	No aplica
4.6.6.2	Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, vigente.	No aplica

4.6.7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.6.7.1. Reporte de visita domiciliaria	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
4.6.7.2. Nota de trabajo social de seguimiento	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
4.6.7.3. Solicitud de vehículo oficial	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
4.6.7.4. Solicitud de visita domiciliaria	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica

4.6.8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

4.6.8.1. **Carpeta de traslados:** Folder dónde se resguarda la solicitud de vehículo oficial, sellado y firmado por el personal involucrado.

4.6.8.2. **Grupo familiar:** Conjunto de personas que reside en el mismo domicilio del o la paciente.

4.6.8.3. **Nota de autorización:** Descripción realizada por la persona responsable de la Jefatura de Trabajo Social dónde autoriza o no que se realice la visita domiciliaria.

4.6.8.4. **Nota de seguimiento:** Descripción que integra elementos concernientes a la situación social de la persona paciente relacionados con el problema de salud existente y plan de intervención y seguimiento.

4.6.8.5. **Solicitud de visita domiciliaria:** Documento membretado que se entrega a la persona responsable legal, paciente, acompañante o familiar con el domicilio donde radica el o la paciente solicitando se realice la visita.

4.6.8.6. **Traslado:** Acción que realiza el Departamento de Tesorería en vehículo institucional para transportar al personal profesional o paciente que requiere acudir a alguna institución vivienda para objetivos específicos y regresa a la institución en el mismo vehículo.

4.6.8.7. **Visita Domiciliaria:** Herramienta de evaluación que se realiza en el domicilio de la persona paciente con la intención de aplicar una estrategia de intervención social mediante técnicas de observación y entrevista, para registrar la realidad social y contextual, con fines de investigación, planeación, apoyo o asesoramiento social o de seguimiento de caso.

4.6.9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
06	Septiembre, 2023	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora.

4.6.10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

4.6.10.1 Solicitud de visita domiciliaria
4.6.10.2 Guía de llenado de solicitud de visita domiciliaria
4.6.10.3 Solicitud de vehículo oficial
4.6.10.4 Guía de llenado de vehículo oficial
4.6.10.5 Nota de trabajo social de seguimiento y autorización
4.6.10.6 Guía de llenado de nota de trabajo social de seguimiento y autorización
4.6.10.7 Reporte de visita domiciliaria
4.6.10.8 Guía de llenado de reporte de visita domiciliaria

4.6.10.1 Solicitud de visita domiciliaria.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

(1)

A QUIEN CORRESPONDA

P R E S E N T E

Con el fin de dar seguimiento social de (2)
paciente atendido en este instituto, en el servicio (3)

Solicito a usted, de la manera más atenta su intervención, cuyo objetivo es ampliar la información socioeconómica, familiar, redes de apoyo, características de la vivienda y del entorno donde vive el / la paciente motivo de estudio.

La dirección es: (4)

Por lo que mucho agradeceré envíe el reporte de estudio socioeconómico o reporte de visita domiciliaria o informe de situación social, en un sobre cerrado con el familiar o vía fax a los teléfonos: 56-06-61-20 ó 56-06-49-07 ó vía electrónica al correo: trabajosocial@innn.edu.mx

Agradeciendo de antemano la atención a la presente, le envío un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E.

Firmado por:.....
..... a ..... Núm Cédula:..... (5)

TRABAJO SOCIAL

4.6.10.2 Instructivo de llenado de solicitud de visita domiciliaria.

(1) **Fecha**: Ciudad, día, mes y año en que se solicita la visita domiciliaria.

(2) **Nombre:** Nombre completo con apellidos de la persona paciente, tal como están registrados en su acta de nacimiento o, en ausencia, CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).

(3) **Servicio:** Especialidad o clínica que atiende al paciente:

1) Consulta Externa,
2) Estancia Corta,
3) Neurología,
4) Neurocirugía,
5) Urgencias,
6) Unidad de Terapia Intensiva,
7) Unidad de Cuidados Intermedios,
8) Psiquiatría,
9) Terapia Endovascular.

(4) **Domicilio:** Anotar la dirección completa del lugar en el que vive la persona paciente, incluyendo:

a) Calle,
b) Número exterior e interior,
c) Colonia,
d) Localidad,
e) Código postal,
f) Estado,
g) País,
h) Número telefónico con lada,
i) Cualquier otra referencia relevante para la localización de la vivienda.

(5) **Nombre completo cargo y firma de la persona profesional en trabajo social**: Nombre y apellidos de la persona adscrita al Departamento de Trabajo Social que emite y entrega el documento, incluye cédula profesional sello y rúbrica.

4.6.10.3 Solicitud de vehículo oficial.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

SOLICITUD DE VEHÍCULO OFICIAL

FECHA: (1)

INSTITUCIÓN Y/O LUGAR: (2)

MOTIVO: (3)

PACIENTE: (4) REGISTRO (5)

DOMICILIO: (6)

CAMA (7) TELÉFONO: (8) (9)

OBSERVACIONES:

(10)

FECHA: (11) HORA: SALIDA (12) REGRESO: (13)

ATENTAMENTE

Firmado por:.....

(14)

TRABAJO SOCIAL

RECIBIÓ:

(15)

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES

4.6.10.4 Guía de llenado de vehículo oficial.

(1) **Fecha**: Ciudad, día, mes y año en que se realiza la solicitud de vehículo.

(2) **Institución y/o lugar:** Colocar nombres o siglas de la institución o lugar a dónde se solicita la visita y existan trabajadores sociales que puedan realizar la evaluación conforma al lugar del origen del paciente y las redes terciarias con las que cuenta como:

1) Centros de salud,
2) Jurisdicciones sanitarias,
3) Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la familia (DIF),
4) Presidencias municipales,
5) Centros comunitarios,
6) A quien corresponda.

(3) **Motivo:** Objetivo específico por el que se solicita la visita.

1) Verificación de información,
2) Seguimiento de caso,
3) Análisis de las condiciones socioeconómicas,
4) Diagnóstico de la dinámica familiar.

(4) **Paciente:** Nombre completo con apellidos de la persona paciente, tal como están registrados en su acta de nacimiento o, en ausencia, CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).

(5) **Registro:** Es el número consecutivo que se le asigna en admisión a la persona paciente cuando ingresa a la institución.

(6) **Domicilio:** Anotar la dirección completa del lugar en el que vive la persona paciente, incluyendo:

a) Calle,
b) Número exterior e interior,
c) Colonia,
d) Localidad,
e) Código postal,
f) Estado,
g) País,
h) Número telefónico con lada,
i) Cualquier otra referencia relevante para la localización de la vivienda.

(7) **Cama:** Número de cama asignado dentro del Instituto a la persona paciente hospitalizado.

(8) **Teléfono 1:** Número de teléfono con lada del domicilio a dónde se le puede localizar a la persona paciente y la persona legalmente responsable.

(9) **Teléfono 2:** Número de teléfono con lada del domicilio a dónde se le puede localizar a la persona paciente o persona que será entrevistada si se conoce.

(10) **Observaciones:** Describir si hay alguna especificación que deba conocer el personal de transporte.

a) Número de personas que acuden a la visita,
b) Datos que permitan identificar la vivienda.

(11) **Fecha:** Día en el que se solicitará la visita domiciliaria, en formato (dd/mm/aaaa), ej. 24/08/2023.

(12) **Hora de salida:** Horario en el que se programa la salida del Instituto para realizar el traslado al domicilio en formato (hh/mm). ej. 14:30.

(13) **Regreso:** Horario en el que se considera el regreso al Instituto posterior a realizar la visita domiciliaria, se integra una vez estando en el Instituto, en formato (hh/mm). ej. 14:30.

(14) **Firmado por:** Nombre y apellidos de la persona adscrita al Departamento de Trabajo Social que emite y entrega el documento, incluye cédula profesional sello y rúbrica.

(15) **Departamento de transportes:** Rúbrica y sello del personal de transportes que recibe.

4.6.10.5 Nota de trabajo social de seguimiento y autorización.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
Lic. Sanitaria 04 AM 0913012

Nivel Socioeconómico

Servicio: Trabajo Social | Registro: | Sexo: H M
Nombre: | Edad: | Fecha de Nac:

(1)

NOTA DE TRABAJO SOCIAL

FECHA DE INGRESO: (2) CAMA: (3) NACIONALIDAD: (4)

GRUPO INDÍGENA: (5) RELIGIÓN: (6)

DIAGNÓSTICO MÉDICO: SERVICIO: (7)

(8)

RESPONSABLE LEGAL: (9)

DOMICILIO: (10)

TELÉFONO 1: (11) TELÉFONO 2: (12)

Fecha: (13) Hora: (14)

(15)

Firmado por:.....
..... a ..... Núm Cédula:..... (16)

TRABAJADORA SOCIAL

4.6.10.6 Instructivo de llenado de nota de trabajo social de seguimiento y autorización.

(1) Información prellenada por admisión hospitalaria.

(2) **Fecha de ingreso**: Día, mes y año en que se realiza la nota de trabajo social en el primer internamiento del paciente, se llena por única ocasión, en formato (DD/MM/AAAA)

(3) **Cama:** Número de cama destinada a la atención de la persona paciente durante la hospitalización (prellenada por admisión hospitalaria).

(4) **Nacionalidad:** Nombre de país que reconoce a una persona la pertenencia a un estado o una nación (prellenada por admisión hospitalaria).

(5) **Grupo indígena:** Nombre del grupo social y cultural distintos con el que comparten vínculos ancestrales colectivos con las tierras y los recursos naturales dónde viven, información prellenada por admisión y editable en caso de error.

(6) **Religión:** Nombre de la doctrina religiosa que profesa la persona paciente o si no profesa ninguna. prellenada por admisión y editable en caso de error.

(7) **Servicio:** Nombre de la especialidad en la que se encuentra atendido el o la paciente.

a) Consulta Externa,
b) Estancia Corta,
c) Neurología,
d) Neurocirugía,
e) Psiquiatría,
f) Terapia Endovascular,
g) Radio Neurocirugía,
h) Unidad de Cuidados Intermedios,
i) Unidad de Terapia Intensiva,
j) Urgencias,
k) 4° y 2° Piso,

(8) **Diagnóstico médico:** Nombre del problema médico por el que se atiende en el Instituto (prellenado y editable en caso de que falte).

(9) **Responsable legal:** Nombre completo y apellidos de la persona legalmente responsable asignada por el o la paciente, que tiene o no vínculos de parentesco (prellenado por admisión).

(10) **Domicilio:** Anotar la dirección completa del lugar en el que vive la persona paciente, incluyendo:

a) Calle,
b) Número exterior e interior,
c) Colonia,
d) Localidad,
e) Código postal,
f) Estado,
g) País,
h) Número telefónico con lada,
i) Cualquier otra referencia relevante para la localización de la vivienda.

(11) **Número telefónico 1:** Número de teléfono con lada del domicilio a dónde se le puede localizar a la persona paciente y la persona legalmente responsable.

(12) **Número telefónico 2:** Número teléfono de celular del domicilio a dónde se le puede localizar a la persona paciente y la persona legalmente responsable.

(13) **Fecha:** Colocar en formato día, mes y año (DD/MM/AAAA), del día que se realiza la nota de trabajo social y la intervención profesional.

(14) **Hora:** Colocar en hora y minutos (HH/MM) del día que se realiza la nota de trabajo social acorde al momento que se realizó la intervención.

(15) Descripción cronológica de las acciones realizadas por trabajo social de acuerdo a las siguientes características:

Nota de seguimiento:

a) Acciones sociales realizadas para el seguimiento social del caso, objetivo de la visita domiciliaria,
b) Anotar nombre completo de la persona que otorga el consentimiento informado para realizar la visita domiciliaria, fecha y hora programada,
c) Acciones a realizar notificación a la persona responsable de la jefatura para validación, elaboración y notificación de solicitud de vehículo oficial.

Nota de autorización: Notificación de autorización o no para realizar la visita domiciliaria firmada por la persona responsable del Departamento de Trabajo Social.

4.6.10.7 Reporte de visita domiciliaria.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
Lic. Sanitaria 04 AM 0913012

Fecha de Elaboracion: (1)
Hora de Elaboración: (2)
Nivel Socioeconómico (3)

Servicio: (4) Registro: (5) Sexo: H (6) M
Nombre: (7) Edad: (8) Fecha de Nac: (9)

REPORTE DE VISITA DOMICILIARIA

DATOS GENERALES

Diagnóstico Médico: (10)

Domicilio: (11)

II OBJETIVO DE LA VISITA:

(12)

III ANTECEDENTES DEL CASO:

(13)

IV CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

(14)

4.1 Zona de Ubicación

(15)

4.2 Datos de la vivienda

(16)

V ESTRUCTURA Y ECONOMÍA FAMILIAR:

(17)

VI ECONOMÍA FAMILIAR:

(18)

VII DINÁMICA FAMILIAR:

(19)

VIII DIAGNÓSTICO SOCIAL:

(20)

X OBSERVACIONES:

(21)

FECHA DE LA VISITA: 00/00/0000 (22)

TIEMPO DE RECORRIDO: (23)

TIEMPO DE LA ENTREVISTA: (24)

VISITA DOMICILIARIA

I.- DATOS GENERALES

EDO. CIVIL: (25) **ESCOLARIDAD:** (26)

OCUPACIÓN: (27)

DIAGNÓSTICO MÉDICO: (28)

INFORMANTE: (29)

CALLE, NÚMERO Y COLONIA (30)

DELEGACIÓN: (31) **ESTADO:** (32) **C.P.** (33)

1.- SE LOCALIZÓ EL DOMICILIO:

(34) **1) SI** ☐ **2) NO** ☐ **¿POR QUÉ?** --- (35)

II.- OBJETIVO DE LA VISITA:

1.- ¿CUÁL ES OBJETIVO DE LA VISITA DOMICILIARIA?

--- (36) (37)

III.-ESTRUCTURA Y ECONOMÍA FAMILIAR

3.1. PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	INGRESO MENSUAL	APORTACIÓN AL HOGAR
(38)	(39)	(40)	(41)	(42)	(43)	(44) ,	(45) ,
					TOTAL	(46) ,	(47) ,

3.2. PROVEEDORES ECONÓMICOS QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	INGRESO MENSUAL	APORTACIÓN AL HOGAR
(48)	(49)	(50)	(51)	(52)	(53)	(54) ,	(55) ,
--- (56)					TOTAL	(57) ,	(58) ,

3.3. OTRAS FUENTES DE INGRESO: ¿CUÁL?

--- (59) (60)

3.4. SI EL PACIENTE O PRINCIPAL PROVEEDOR ECONÓMICO ES DESEMPLEADO, INDICAR DESDE CUÁNDO:

--- (61)

3.5 EGRESOS MENSUALES:

ALIMENTACIÓN/DESPENSA	,
RENTA/HIPOTECA/PREDIO	,
AGUA	,
LUZ	,
GAS	,
TELÉFONO	,
GASTOS ESCOLARES	,
GASTOS EN SALUD	,
TRANSPORTE	,
SERVICIO DOMÉSTICO	,
CONSUMOS ADICIONALES	,
TOTAL EGRESOS	(62) ,

3.6. ENTREGÓ COMPROBANTES

--- (63)

3.7. EN EL CASO DE DÉFICIT EN EL INGRESO, INDICAR CÓMO SE CUBRE:

--- (64) (65)

IV.- ESTADO DE SALUD FAMILIAR

4.1 SERVICIO MÉDICO DEL PACIENTE:

--- (66)

4.2. INSTITUCIONES DONDE SE HA ATENDIDO ANTERIORMENTE

--- (67) (68)

4.3. FRECUENCIA CON LA QUE ASISTE AL INNN

--- (69) (70)

4.4. ¿HA FALTADO A ALGUNAS DE SUS CITAS EN EL INNN?

--- (71)

4.5. ¿CUÁL FUE EL MOTIVO?

--- (72) (73)

4.6. ADEMÁS DEL PACIENTE ¿EXISTEN OTROS ENFERMOS EN LA FAMILIA?

--- (74)

4.6.1. PARENTESCO

--- (75)

4.6.3. RECIBE ATENCIÓN MÉDICA EN:

--- (76)

5.1. ZONA DE UBICACIÓN

--- (77)

TIPO DE VIVIENDA:

--- (78)

5.2. TENENCIA

--- (79) (80)

5.3. MATERIAL PREDOMINANTE EN:

MUROS

--- (81) (82)

5.4. TECHOS

--- (83) (84)

5.5. PISOS

--- (85) (86)

5.6. NÚMERO DE HABITACIONES

(87)

DORMITORIOS	
COCINA	
BAÑOS	
SALA	
SALA-COMEDOR	
COMEDOR	
CUARTO DE SERVICIO	
OTROS	

5.7. ¿TIENE?

--- (88) ... (89)

5.8. EL MANTENIMIENTO DE LA CASA ES:

--- (90)

5.9. ILUMINACIÓN

--- (91)

5.10. VENTILACIÓN

--- (92)

5.11. HIGIENE

--- (93)

5.12. MOBILIARIO

--- (94)

5.13. CONDICIONES DEL MOBILIARIO

--- (95)

5.14. ¿CUENTA CON AUTOMÓVIL?

--- (96) ¿CUÁNTOS? (97)

V1.- ACTITUD DEL ENTREVISTADO

6.1. ¿CUÁL FUE LA ACTITUD DEL ENTREVISTADO?

--- (98)

VII. CONCLUSIONES

7.1. AMERITA

--- (99)

7.2. MOTIVO:

– (100)

7.3. TIPO DE RECLASIFICACIÓN

--- (101)

TRABAJADORA SOCIAL

Firmado por:..... ..... a ..... Núm Cédula:..... (102)

TIEMPO DE RECORRIDO (103)

TIEMPO DE ENTREVISTA (104)

Fecha (105)

4.6.10.8 Instructivo de llenado de reporte de visita domiciliaria.

(1) **Fecha de elaboración:** Día en el que se realiza el reporte en formato (dd/mm/aaaa), ej. 15/06/2023.

(2) **Hora de elaboración:** Minutos y segundos en el que se realiza el reporta en formato (hh/mm), 13:50

(3) **Nivel Socioeconómico:** Es el nivel de socioeconómico que corresponde al total de puntos obtenidos de acuerdo con la información proporcionada de la persona paciente y/o familiar.

(4) **Servicio:** Nombre de la especialidad en la que se encuentra atendido el o la paciente.

a) Consulta Externa
b) Estancia Corta
c) Neurología
d) Neurocirugía
e) Psiquiatría
f) Terapia Endovascular
g) Radio Neurocirugía
h) Unidad de Cuidados Intermedios
i) Unidad de Terapia Intensiva
j) Urgencias
k) 4º y 2º Piso

(5) **Registro:** Es el número de expediente o folio consecutivo que se le asigna a la persona paciente cuando ingresa a la institución.

(6) **Sexo:** Condición orgánica que distingue hombres de mujeres, tachar la que corresponde a él o la paciente.

(7) **Nombre**: Nombre completo con apellidos de la persona paciente, tal como están registrados en su acta de nacimiento o, en ausencia, CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).

(8) **Edad:** Tiempo vivido desde su nacimiento de la persona paciente se expresa en números enteros.

(9) **Fecha de nacimiento:** Día, mes y año en que nació la persona paciente en formato (dd/mm/aaaa), ej. 29/05/2022.

(10) **Diagnóstico Médico**: Se refiere al diagnóstico médico del paciente determinado por el médico tratante y el expediente clínico.

(11) **Domicilio:** Anotar la dirección completa del lugar en el que vive la persona paciente, incluyendo:

a) Calle,
b) Número exterior e interior,
c) Colonia,
d) Localidad,
e) Código postal,

f) Estado,
g) País,
h) Número telefónico con lada,
i) Cualquier otra referencia relevante para la localización de la vivienda.

(12) **Objetivo de la Visita:** Describir el o los motivos por los que se requiere acudir al domicilio de la persona paciente, se describen en infinitivo, puede ser uno o varios objetivos que requieren la visita, de acuerdo con los siguientes rubros:

a) Exento,
b) Apoyo institucional,
c) Carta compromiso,
d) Reclasificación,
e) Verificación de información,
f) Localización y/o rescate de pacientes,
g) Investigar condiciones socioambientales,
h) Seguimiento de paciente,
i) Otros (en este caso aclarar cuáles).

(13) **Antecedentes del caso:** Descripción detallada que indica la intervención social y hospitalaria recibida por el paciente en el Instituto y otras instancias que permiten comprender el estado del arte e itinerario terapéutico de la situación vivida, puede retomar datos cualitativos, cuantitativos.

(14) **Condiciones de la vivienda:** Descripción detallada conforme a lo observado durante la estancia en el domicilio que permitan identificar el contexto de la misma, material de construcción, distribución, condiciones de estructura y el entorno.

(15) **Zona de ubicación:** Descripción de la regionalización de la vivienda y la tipología de la zona (urbana, suburbana, rural), descripción de vialidades y vías de acceso.

(16) **Datos de la vivienda:** Descripción detallada del interior de la vivienda, número de habitaciones, distribución, suficiencia o no en mobiliario, limpieza, organización, datos simbólicos que permitan la relación del paciente con la familia.

(17) **Estructura y economía familiar:** Descripción detallada de la estructura organizacional de la familia por subsistemas, así como la descripción de ingresos con los que cuenta la familia y egresos para cubrir los costos de la cotidianeidad en la que se organizan.

(18) **Economía familiar**: Descripción detallada de ingresos familiares y egresos, junto con la descripción de documentos que avalen o no la información proporcionada.

(19) **Dinámica familiar**: Descripción detallada del manejo de interacciones y relaciones de la familia que incluye comunicación, roles, normas, límites, relaciones afectivas y la relación con el problema de salud atendido en el Instituto.

(20) **Diagnóstico social**: Interpretación posterior a la realización de la visita domiciliaria que busca identificar, conocer, comprender, describir, evaluar las necesidades sociales del paciente y la familia con respecto al problema de salud, prioriza y determina el plan a seguir, debe describir las problemáticas y necesidades sociales identificadas y ponderarlas conforme a los objetivos planteados y el problema de salud.

(21) **Observaciones:** Describir situaciones que requieran atención específica y que no se consideran en el instrumento.

(22) **Fecha de la visita:** Día en el que se realizó la visita domiciliaria en formato (dd/mm/aaaa) Ej. 23/04/2023.

(23) **Tiempo de recorrido:** Registro del tiempo para llegar al domicilio desde el Instituto en formato (hh:mm), 12:30.

(24) **Tiempo de la entrevista:** Registro del tiempo que duró la entrevista en el domicilio en formato (hh:mm), 12:30.

(25) **Estado civil:** Colocar la situación legal de la persona paciente anotando alguna de las opciones que aparecen a continuación (de manera enunciativa más no limitativa).

a) Soltero/a,
b) Casado/a,
c) Unión libre o unión de hecho,
d) Separado/a,
e) Divorciado/a,
f) Viudo/a.

(26) **Escolaridad**: Año escolar que la persona paciente está cursando o su grado máximo de estudios anotando alguna de las opciones que aparecen a continuación (de manera enunciativa más no limitativa).

a) No sabe leer ni escribir,
b) Sabe leer y escribir,
c) Primaria incompleta,
d) Primaria completa,
e) Carrera comercial después de la primaria,
f) Secundaria incompleta,
g) Secundaria completa,
h) Carrera técnica después de la secundaria,
i) Preparatoria incompleta,
j) Preparatoria completa,
k) Licenciatura,
l) Especialidad,
m) Maestría,
n) Doctorado,
o) Pues doctorado.

(27) Nombre de la actividad que desempeña actualmente la persona paciente (oficio, profesión u otra, de acuerdo con la Clasificación internacional Uniforme de Ocupaciones de la OIT.

(28) **Diagnóstico médico:** Se refiere al diagnóstico médico probable y/o inicial que la persona paciente tiene registrado en su expediente por el médico tratante.

(29) **Informante:** Nombre completo y apellidos de la persona a la que se le realiza la entrevista y proporciona la información solicitada.

(30) **Calle, número y colonia:** Anotar el nombre de la calle, número exterior e interior si lo hay, junto con el nombre completo de la colonia.

(31) **Delegación:** Anotar el nombre de la alcaldía dónde se ubica el domicilio si es en la Ciudad de México, municipio si es en los estados de la República Mexicana.

(32) **Estado:** Anotar el nombre del estado de la República Mexicana dónde vive el paciente.

(33) **Código Postal:** Colocar el número que se utiliza el Servicio Postal Mexicano dónde se encuentra el domicilio.

(34) **Localización de domicilio:** Tachar con una "X" si se encontró o no el domicilio al que se fue a realizar la visita, en caso de no ser encontrado identificar el motivo.

(35) **¿Por qué?:** Elegir el motivo por el que no fue localizado el paciente:

1) No existe la calle,
2) No existe el número,
3) Domicilio falso,
4) El Domicilio es de familiares (no vive ahí el paciente),
5) Domicilio incompleto.

(36) **¿Cuál es el objetivo de la visita?** Colocar el objetivo por el que se realiza la visita conforme a los siguientes indicadores:

a) Exento,
b) Apoyo institucional,
c) Carta compromiso,
d) Reclasificación,
e) Verificación de información,
f) Localización y/o rescate de pacientes,
g) Investigar condiciones socioambientales,
h) Seguimiento de paciente,
i) Otros (en este caso aclarar cuáles).

(37) Describir en caso de que el objetivo de la visita sea distinto a los especificados en el numeral 36 de este manual.

(38) **Nombre**: Colocar el nombre completo con apellidos tal y como están registrados en su acta de nacimiento o, en ausencia, CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s). de cada una de las personas que viven con él o la paciente en el mismo domicilio y forman parte del grupo familiar. (se pueden anexar filas en la flecha hacia abajo que se encuentra en el sistema.

(39) **Parentesco:** Colocar el vínculo o lazo de unión existente entre el paciente y la persona ya sea consanguíneo, conyugal, de afinidad, legal o de costumbre.

(40) **Edad:** Tiempo vivido desde su nacimiento de la persona que vive con la persona paciente, se expresa en números enteros.

(41) **Estado civil:** Colocar la situación legal de la persona que vive con la persona paciente, anotando alguna de las opciones que aparecen a continuación (de manera enunciativa más no limitativa).

a) Soltero/a,
b) Casado/a,
c) Unión libre o unión de hecho,
d) Separado/a,
e) Divorciado/a,
f) Viudo/a.

(42) **Escolaridad:** Año escolar de la persona que vive con él o la paciente y está cursando o su grado máximo de estudios anotando alguna de las opciones que aparecen a continuación (de manera enunciativa más no limitativa).

1) No sabe leer ni escribir,
2) Sabe leer y escribir,
3) Primaria incompleta,
4) Primaria completa,
5) Carrera comercial después de la primaria,
6) Secundaria incompleta,
7) Secundaria completa,
8) Carrera técnica después de la secundaria,
9) Preparatoria incompleta,
10) Preparatoria completa,
11) Licenciatura,
12) Especialidad,
13) Maestría,
14) Doctorado,
15) Post Doctorado.

(43) **Ocupación:** Nombre de la actividad que desempeña actualmente la persona paciente (oficio, profesión u otra, de acuerdo con la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones de la OIT.

(44) **Ingreso mensual:** Total de ingresos mensuales que percibe la persona que vive con él o la paciente expresado en números.

(45) **Aportación al hogar:** Total de ingresos mensuales que aporta al hogar la persona que vive con él o la paciente expresado en números.

(46) **Total de ingreso mensual:** Suma de los ingresos mensuales de las personas que viven con él o la paciente y tienen ingresos expresado en números (suma de manera automática el sistema).

(47) **Aportación al hogar:** Suma de la aportación mensual de las personas que viven con él o la paciente y tienen ingresos expresado en números (suma de manera automática el sistema).

(48) **Nombre**: Colocar el nombre completo con apellidos tal y como están registrados en su acta de nacimiento o, en ausencia, CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s). de cada una de las personas que no viven en el domicilio del paciente y que aportan a la economía familiar.

(49) **Parentesco:** Colocar el vínculo o lazo de unión existente entre el paciente y la persona ya sea consanguíneo, conyugal, de afinidad, legal o de costumbre que provee económicamente para el ingreso familiar y no vive con en el mismo domicilio.

(50) **Edad:** Tiempo vivido desde su nacimiento de la persona que no vive con él o la paciente y aporta al ingreso familiar, se expresa en números enteros.

(51) **Estado civil:** Colocar la situación legal de la persona que vive con él o la paciente anotando alguna de las opciones que aparecen a continuación (de manera enunciativa más no limitativa).

(52) **Escolaridad:** Año escolar de la persona que no vive con él o la paciente y aporta al ingreso familiar y está cursando o su grado máximo de estudios anotando alguna de las opciones que aparecen a continuación (de manera enunciativa más no limitativa).

1) No sabe leer ni escribir,
2) Sabe leer y escribir,
3) Primaria incompleta,
4) Primaria completa,
5) Carrera comercial después de la primaria,
6) Secundaria incompleta,
7) Secundaria completa,
8) Carrera técnica después de la secundaria,
9) Preparatoria incompleta,
10) Preparatoria completa,
11) Licenciatura,
12) Especialidad,
13) Maestría,
14) Doctorado,
15) Post Doctorado.

(53) **Ocupación:** Nombre de la actividad que desempeña actualmente la persona que no vive con él la paciente (oficio, profesión u otra, de acuerdo con la Clasificación internacional Uniforme de Ocupaciones de la OIT y que contribuye al ingreso familiar.

(54) **Ingreso mensual:** Total de ingresos mensuales que percibe la persona que no vive con él o la paciente expresado en números y que contribuye al ingreso familiar.

(55) **Aportación al hogar:** Suma de la aportación mensual de las personas que no viven con él o la paciente y aportan a la economía familiar, expresado en números (suma de manera automática el sistema).

(56) **Otras fuentes de ingreso:** Elegir sin existen otras fuentes de ingreso que pueden ser económica, en especie o ambas, como becas, apoyos gubernamentales, herencias.

(57) **Total de ingreso mensual:** Suma de los ingresos mensuales de las personas que no viven con él o la paciente y aportan al ingreso familiar expresado en números (suma de manera automática el sistema).

(58) **Aportación al hogar:** Suma de la aportación mensual de las personas que no viven con él o la paciente y aportan al ingreso familiar expresado en números (suma de manera automática el sistema).

(59) **Otras fuentes de ingreso: ¿Cuál?:** Elegir si hay otras fuentes de ingreso para la familia cómo: Intereses bancarios, arrendamientos, apoyos institucionales, otros (describir cuáles)

(60) **Otros:** Describir si existen otras fuentes de ingresos además de las ya consideradas previamente.

(61) **Si el paciente o principal proveedor económico es desempleado desde cuándo:** Identificar la temporalidad a partir de las siguientes opciones:

a) Hasta un mes,
b) De 1 a 3 meses,
c) De 4 a 6 meses,

d) Más de 6 meses.

(62) **Egreso Mensual**: Colocar el desglose de los egresos mensuales referidos en los diferentes rubros de acuerdo con el promedio mínimo estimado, de la vivienda donde habita el o la paciente.

a) Alimentación/ Despensa: Egreso mensual del total de gastos en alimentos, artículos de aseo personal y limpieza.
b) Renta/hipoteca/predio: Cantidad de pago mensual por el uso o derecho de la vivienda.
c) Agua: Cantidad de pago mensual por el uso o derecho del servicio de agua.
d) Luz: Cantidad de pago mensual por el uso o derecho de luz, en caso de que el pago sea por porcentaje (por realizarlo más de una familia), colocar la parte de pago proporcional.
e) Gas: Cantidad de pago mensual por el uso de gas.
f) Teléfono: Cantidad de pago mensual integrado por teléfono local, celulares, paquetes de internet, televisión de paga de todos los miembros del grupo familiar.
g) Gastos escolares: Cantidad de pago mensual por colegiatura, cooperación anual de escuelas públicas, dinero para compra de alimentos dentro de la escuela, papelería.
h) Gastos en salud: Cantidad de pago mensual por consultas, medicamentos, estudios de laboratorio, imagen, tratamientos.
i) Transporte: Cantidad de gastos mensuales, en pasajes de transporte público, gasolina, transporte escolar.
j) Servicios domésticos: Cantidad mensual de pagos por limpieza del domicilio, servicios de mantenimiento, cuidadores formales e informales.
k) Consumos adicionales: Cantidad mensual utilizada para pago de deudas, préstamos, financiamientos, seguros de autos, de vida, reparaciones de casas y autos, viajes, ropa y calzado, recreación, certificaciones profesionales, casas de cuidados prolongados, gimnasio, contribuciones religiosas.

La sumatoria final se genera de manera automática en el expediente clínico electrónico.

(63) **Entregó comprobantes:** Identificar de la lista desplegable si entregó o no comprobantes de gastos, ingresos.

(64) **En el caso de déficit en el ingreso, indicar cómo se cubre:** Elegir las opciones que sean necesarias conforme a la situación de la o él paciente:
a) Préstamos de familiares,
b) Préstamos bancarios,
c) Tarjetas de crédito,
d) Venta de muebles,
e) Venta de automóviles o inmuebles,
f) Ahorros,
g) Otros. (en caso de haber describir).

(65) Otros: en caso de existir déficit las formas de cubrirlo sean distinta al numeral 64 de este instructivo, redactar cuál.

(66) **Servicios médicos del paciente:** Elegir de las opciones los servicios médicos a los que puede acceder el paciente de acuerdo a la siguiente lista:
a) IMSS,
b) ISSSTE,
c) Seguro de gastos médicos,
d) Centro de salud.

(67) **Instituciones dónde se ha atendido anteriormente:** Elegir de las opciones los servicios médicos a los que puede acceder el paciente de acuerdo a la siguiente lista:

a) Institución privada,
b) Institución pública,
c) Médico particular,
d) Ninguna,
e) Otros.

(68) Describir si hay otras instituciones de salud dónde se ha atendo el o la paciente además de las mencionadas en el numeral 67.

(69) **Frecuencia con la que asiste al INNNMVS.** Elegir el periodo de tiempo que indica la frecuencia de asistencia al Instituto conforme a los siguientes indicadores:

a) Cada 6 meses,
b) Cada 3 meses,
c) Cada mes,
d) Más de dos meses al mes.

(70) En caso de que la temporalidad de la frecuencia sea distinta a lo especificado en el numeral 69 describir el periodo de tiempo de asistencia con número.

(71) **¿ha faltado a algunas de sus citas en el INNNMVS?** Señalar una de las dos opciones de la lista "SI" o "No".

(72) **¿Cuál fue el motivo?** Cuando él o la paciente ha faltado alguna de sus citas, identificar el motivo de acuerdo con los siguientes indicadores.

a) Problemas económicos,
b) No hubo familiares que lo acompañaran,
c) No hay transporte accesible,
d) Se le olvidó su cita,
e) Adeudos pendientes,
f) Se atendió en otra institución,
g) Otros.

(73) Describir si hay otro motivo distinto a los indicados en el numeral (72)

(74) **Además del paciente ¿Existen otros enfermos en la familia?** Elegir de las opciones: "SI" o "No".

(75) **Parentesco**: Identificar el parentesco de otras personas enfermas que viven con él o la paciente conforme a la siguiente relación.

a) Cónyuge,
b) Padre,
c) Madre,
d) Hijos,
e) Otros familiares.

(76) **Recibe atención médica en:** Identificar el tipo de servicios de salud dónde se atienden las personas enfermas además del paciente y que viven en el mismo domicilio, elegir una de las tres opciones si son varios pacientes o servicios de salud, el que se ocupe con mayor frecuencia.

a) Institución oficial,
b) Institución privada,
c) Médico particular.

(77) **Zona de ubicación:** Elegir las características de la vivienda conforme a la zona de ubicación.

a) Urbana,
b) Suburbana,
c) Rural.

(78) **Tipo de vivienda:** Identificar el tipo de vivienda conforme a las siguientes características.
(79)

a) Cuarto redondo,
b) Cueva,
c) Choza,
d) Barranca,
e) Tugurio,
f) Vecindad,
g) Departamento o casa popular,
h) Departamento residencial,
i) Casa sola,
j) Internado,
k) Casa rural,
l) Cuarto de servicio,
m) Casa proletaria.

(80) **Tenencia:** Identificar el régimen de propiedad de la vivienda, con respecto al paciente y su grupo familiar.

a) Propia,
b) Rentada,
c) Prestada,
d) Hipotecada,
e) Otros.

(81) En caso de que en tenencia familiar se elija otros, describir el tipo de tenencia o condición, por ejemplo: Asentamientos irregulares.

(82) **Material predominante en muros:** Elegir el material de construcción de la que está construida la vivienda predominantemente.

a) Embarro o palma,
b) Adobe,
c) Lámina de cartón, asbesto o similares,
d) Madera,
e) Tabique,
f) Ladrillo o block,
g) Otros.

(83) En caso de que el material de construcción predominante en muros sea de otro material describirlo.

(84) **Techos:** Elegir el material de construcción de la que está construida la vivienda predominantemente.

a) Paja, palma o similares,
b) Lámina de cartón,
c) Madera,
d) Teja,
e) Concreto, loza,
f) Otros.

(85) En caso de que el material de construcción predominante en techos sea de otro material describirlo.

(86) **Pisos:** Elegir el material de construcción de la que está construida la vivienda predominantemente.

a) Tierra,
b) Cemento,
c) Mosaico o loseta,
d) Madera,
e) Alfombra,
f) Otros.

(87) En caso de que el material de construcción predominante en pisos sea de otro material describirlo.

(88) Poner en números sin decimales el número de habitaciones con el que cuenta la vivienda.

(89) **¿Tiene?:** Elegir las opciones que tenga la vivienda conforme a los siguientes indicadores:

a) Jardín,
b) Patio,
c) Cochera,
d) Otros,
e) Número de niveles de construcción.

(90) En el caso de que la construcción tenga otra característica distinta a la especificada en el numeral (88) describir.

(91) **El mantenimiento de la casa es:** Elegir de alguna de las siguientes opciones conforme a las características predominantes:

a) Adecuado,
b) Regular,
c) Deficiente,
d) No evaluable.

(92) **Iluminación:** Elegir de alguna de las siguientes opciones conforme a las características predominantes:

a) Adecuada,
b) Regular,
c) Deficiente,
d) No evaluable.

(93) **Ventilación:** Elegir de alguna de las siguientes opciones conforme a las características predominantes:

a) Adecuada
b) Regular
c) Deficiente
d) No evaluable

(94) **Higiene:** Elegir de alguna de las siguientes opciones conforme a las características predominantes:

a) Adecuada,
b) Regular,
c) Deficiente,
d) No evaluable.

(95) **Mobiliario:** Elegir de alguna de las siguientes opciones conforme a las características predominantes:

a) Adecuada,
b) Regular,
c) Deficiente,
d) No evaluable.

(96) **Condiciones del mobiliario.** Elegir de alguna de las siguientes opciones conforme a las características predominantes:

1) Adecuado,
2) Regular,
3) Deficiente.

(97) **¿Cuenta con automóvil?** Elegir una de las dos opciones "Si" o "No".

(98) **¿Cuántos?** Poner con número la cantidad de autos con que se cuente en la vivienda

(99) **¿Cuál fue la actitud del entrevistado (a)?** Elegir de la lista conforme a la totalidad de la entrevista.

a) Cooperador (a),
b) Poco cooperador (a),
c) Manipulador,
d) Negó información,
e) Desconoce la información,
f) No evaluable.

(100) **Amerita:** Elegir conforme a la conclusión diagnóstica.

a) Apoyo institucional,

b) Reclasificación,
c) Carta compromiso,
d) Exento,
e) No requiere apoyo.

(101) **Motivo:** Elegir el motivo que fundamenta lo que amerita el paciente conforme a la elección del numeral (99)

a) Situación económica,
b) Condiciones de vivienda,
c) Tipo de padecimiento y diagnóstico médico,
d) Compra de implementos médicos,
e) Hospitalizaciones frecuentes,
f) Cirugías u hospitalización próximas,
g) Se negaron a dar la información,
h) Falseo de información,
i) Otros.

(102) **Tipo de reclasificación.** En caso de que el objetivo de la visita domiciliaria sea reclasificar y/o la conclusión diagnóstica lo requiera elegir de las opciones

a) Definitiva,
b) Para hospitalización,
c) Para estudios de costo elevado,
d) Temporal.

(103) **Trabajadora Social:** Nombre y apellidos de la persona adscrita al Departamento de Trabajo Social que emite y entrega el documento, incluye cédula profesional.

(104) **Tiempo de recorrido:** Registro del tiempo para llegar al domicilio desde el Instituto en formato hh:mm. Ej. 13:30

(105) **Tiempo de entrevista:** Registro del tiempo que duró la entrevista en el domicilio en formato (hh:mm). Ej. 16:30

(106) **Fecha:** Día de la elaboración del reporte de visita domiciliaria, expresado en (dd/mm/aaaa) Ej. 15/03/2023

4.7. PROCEDIMIENTO PARA LA PROMOCIÓN DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

4.7.1. PROPÓSITO

Establecer mecanismos para promover la cultura de donación de órganos y tejidos.

4.7.2. ALCANCE

4.7.2.1 Alcance Interno: El personal profesional de trabajo social difunde la cultura de la donación de órganos y tejidos en colaboración con los comités de medicina transfusional y de donación de órganos.

4.7.2.2 Alcance Externo: No aplica.

4.7.3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

4.7.3.1 Es responsabilidad de la persona titular del Departamento de Trabajo Social, en coordinación con el Comité Intrahospitalario de Donación de Órganos y Tejidos y el Comité de medicina transfusional determinar la necesidad y periodicidad de difusión para la donación de órganos y tejidos.

4.7.3.2 Es responsabilidad de la persona titular del Departamento de Trabajo Social autorizar el calendario de sesiones de difusión de la cultura de la donación de órganos y tejidos y de instruir al personal profesional de trabajo social para llevar a cabo las sesiones.

4.7.3.3 El personal profesional de trabajo social es responsable de llevar a cabo las sesiones informativas para los familiares y pacientes que acuden al Instituto que fortalezca la cultura de la donación de órganos y tejidos conforme al calendario autorizado.

4.7.3.4 Es responsabilidad de la persona titular del Departamento de Trabajo Social coordinar con las personas profesionales de trabajo social la elaboración de material didáctico, que fortalezca la cultura de la donación.

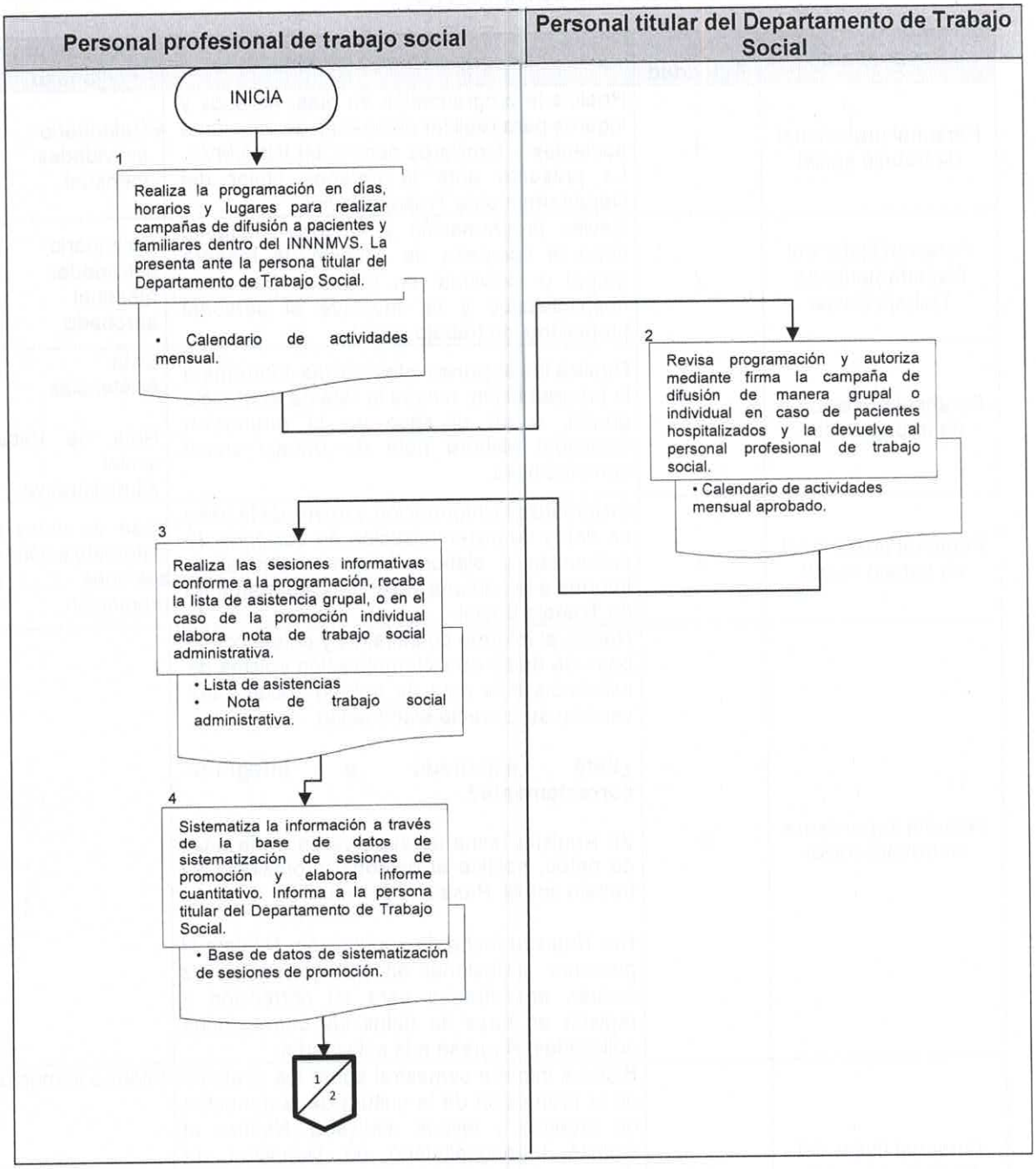
4.7.3.5 Es responsabilidad del profesional de trabajo social de informar sobre lineamientos del banco de sangre en la solicitud de dos donadores a toda persona paciente que se hospitalice en el Instituto al momento del ingreso, reforzando la importancia de la donación de sangre.

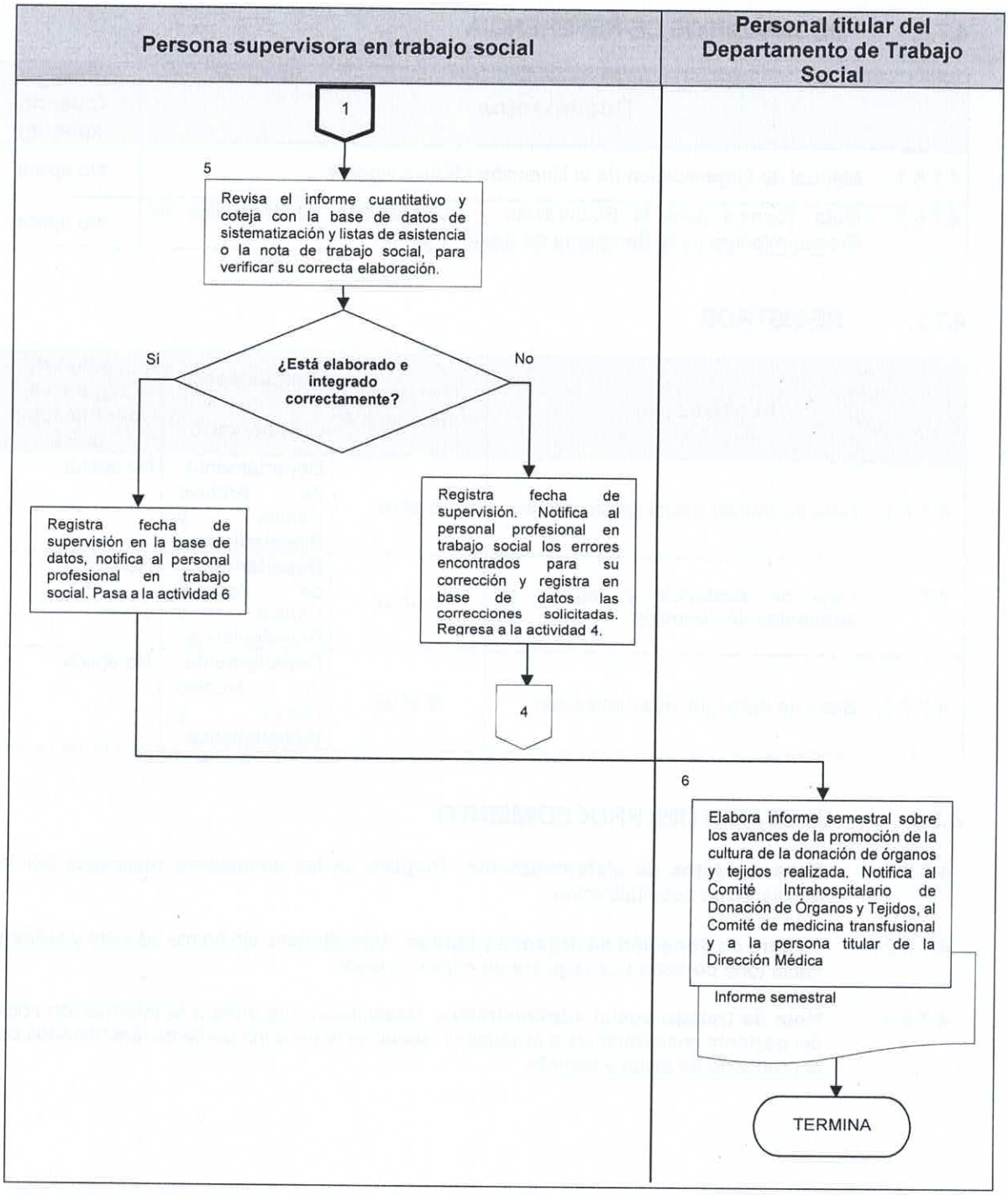
4.7.3.6 Es responsabilidad del personal profesional de trabajo social referir al Comité Intrahospitalario de Donación de Órganos y Tejidos, cuando los familiares manifiesten interés por la donación de órganos.

4.7.4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal profesional de trabajo social	1	Realiza la programación en días, horarios y lugares para realizar campañas de difusión a pacientes y familiares dentro del INNNMVS. La presenta ante la persona titular del Departamento de Trabajo Social.	• Calendario de actividades mensual.
Personal titular del Departamento de Trabajo Social	2	Revisa programación y autoriza mediante firma la campaña de difusión de manera grupal o individual en caso de pacientes hospitalizados y la devuelve al personal profesional de trabajo social.	Calendario de actividades mensual aprobado.
Personal profesional de trabajo social	3	Realiza las sesiones informativas conforme a la programación, recaba la lista de asistencia grupal, o en el caso de la promoción individual elabora nota de trabajo social administrativa.	Lista de asistencias Nota de trabajo social administrativa.
Personal profesional de trabajo social	4	Sistematiza la información a través de la base de datos de sistematización de sesiones de promoción y elabora informe cuantitativo. Informa a la persona titular del Departamento de Trabajo Social.	Base de datos de sistematización de sesiones de promoción.
Persona supervisora en trabajo social	5	Revisa el informe cuantitativo y coteja con la base de datos de sistematización y listas de asistencia o la nota de trabajo social, para verificar su correcta elaboración. **¿Está elaborado e integrado correctamente?** **Sí**: Registra fecha de supervisión en la base de datos, notifica al personal profesional en trabajo social. Pasa a la actividad 6 **No**: Registra fecha de supervisión. Notifica al personal profesional en trabajo social los errores encontrados para su corrección y registra en base de datos las correcciones solicitadas. Regresa a la actividad 4.	
Personal titular del Departamento de Trabajo Social	6	Elabora informe semestral sobre los avances de la promoción de la cultura de la donación de órganos y tejidos realizada. Notifica al Comité Intrahospitalario de Donación de Órganos y Tejidos, al Comité de medicina transfusional y a la persona titular de la Dirección Médica **TERMINA**	Informe semestral

4.7.5. DIAGRAMA DE FLUJO




Persona supervisora en trabajo social
Personal titular del Departamento de Trabajo Social
1
5
Revisa el informe cuantitativo y coteja con la base de datos de sistematización y listas de asistencia o la nota de trabajo social, para verificar su correcta elaboración.
¿Está elaborado e integrado correctamente?
Si
No
Registra fecha de supervisión en la base de datos, notifica al personal profesional en trabajo social. Pasa a la actividad 6
Registra fecha de supervisión. Notifica al personal profesional en trabajo social los errores encontrados para su corrección y registra en base de datos las correcciones solicitadas. Regresa a la actividad 4.
4
6
Elabora informe semestral sobre los avances de la promoción de la cultura de la donación de órganos y tejidos realizada. Notifica al Comité Intrahospitalario de Donación de Órganos y Tejidos, al Comité de medicina transfusional y a la persona titular de la Dirección Médica
Informe semestral
TERMINA

4.7.6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos		Código (cuando aplique)
4.7.6.1.	Manual de Organización de la Dirección Médica vigente	No aplica
4.7.6.2.	Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, vigente.	No aplica

4.7.7. REGISTROS

Registros		Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.7.7.1.	Nota de trabajo social administrativa	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
4.7.7.2.	Lista de asistencia y registro de solicitudes de donación	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
4.7.7.3.	Base de datos de sistematización	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica

4.7.8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

4.7.8.1. **Base de datos de sistematización:** Registro de las donaciones realizadas por los familiares de hospitalización.

4.7.8.2. **Cultura de donación de órganos y tejidos:** Acto altruista, sin ánimo de lucro y solidario hacia toda persona que requiera un órgano o tejido.

4.7.8.3. **Nota de trabajo social administrativa:** Descripción que integra la información social del paciente concernientes a la situación social de la persona paciente relacionados con el problema de salud existente.

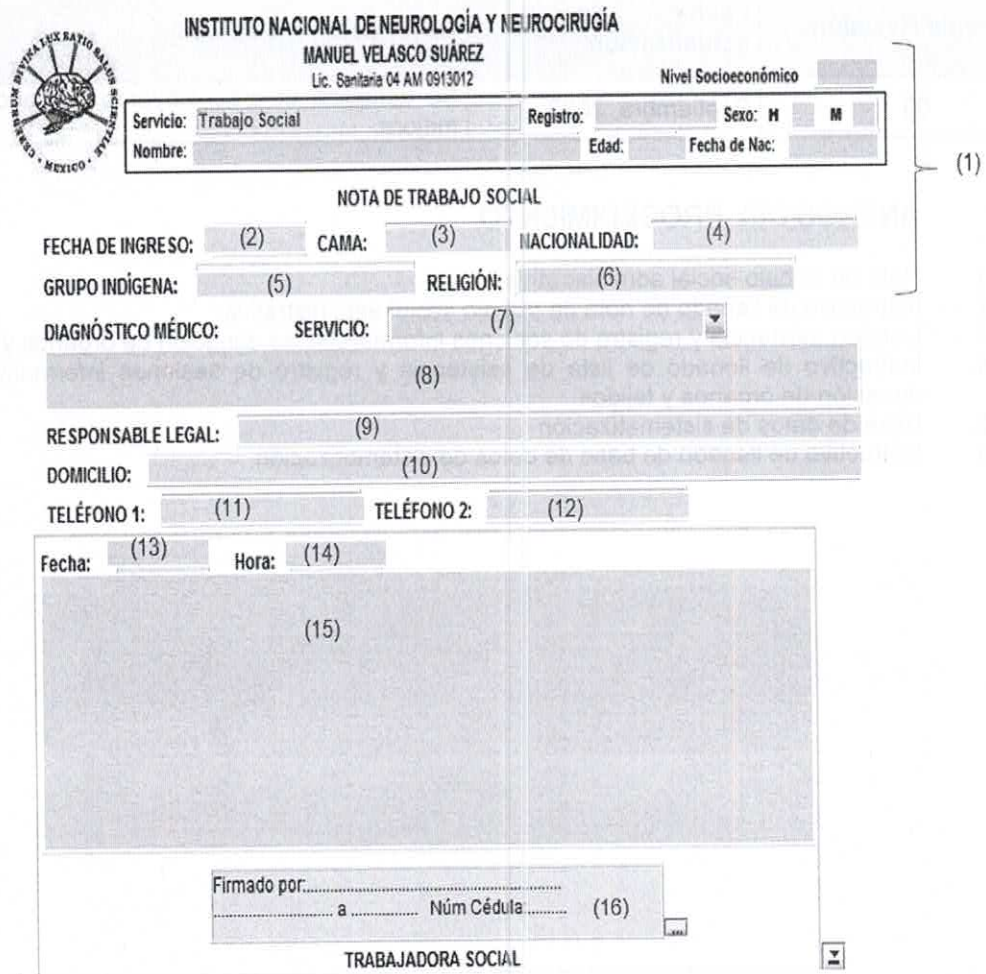
4.7.9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
06	Septiembre, 2023	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora.

4.7.10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

4.7.10.1. Nota de trabajo social administrativa
4.7.10.2. Instructivo de llenado de nota de trabajo social administrativa
4.7.10.3. Lista de asistencia y registro de sesiones informativas de donación de órganos y tejidos
4.7.10.4. Instructivo de llenado de lista de asistencia y registro de sesiones informativas de la donación de órganos y tejidos.
4.7.10.5. Base de datos de sistematización
4.7.10.6. Instructivo de llenado de base de datos de sistematización

4.7.10.1. Nota de trabajo social administrativa



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
Lic. Sanitaria 04 AM 0913012

Nivel Socioeconómico

Servicio: Trabajo Social Registro: Sexo: H M
Nombre: Edad: Fecha de Nac:

(1)

NOTA DE TRABAJO SOCIAL

FECHA DE INGRESO: (2) CAMA: (3) NACIONALIDAD: (4)

GRUPO INDÍGENA: (5) RELIGIÓN: (6)

DIAGNÓSTICO MÉDICO: SERVICIO: (7)

(8)

RESPONSABLE LEGAL: (9)

DOMICILIO: (10)

TELÉFONO 1: (11) TELÉFONO 2: (12)

Fecha: (13) Hora: (14)

(15)

Firmado por:.....
..... a ..... Núm Cédula ..... (16)

TRABAJADORA SOCIAL

4.7.10.2. Instructivo de notas de trabajo social administrativa.

(1) Información prellenada por admisión hospitalaria.

(2) **Fecha de ingreso**: Día, mes y año en que se realiza la nota de trabajo social en el primer internamiento del paciente, se llena por única ocasión, en formato (DD/MM/AAAA).

(3) **Cama:** Número de cama destinada a la atención de la persona paciente durante la hospitalización (prellenada por admisión hospitalaria).

(4) **Nacionalidad:** Nombre de país que reconoce a una persona la pertenencia a un estado o una nación (prellenada por admisión hospitalaria).

(5) **Grupo Indígena:** Nombre del grupo social y cultural distintos con el que comparten vínculos ancestrales colectivos con las tierras y los recursos naturales dónde viven, información prellenada por admisión y editable en caso de error.

(6) **Religión:** Nombre de la doctrina religiosa que profesa la persona paciente o si no profesa ninguna. Prellenada por admisión y editable en caso de error.

(7) **Servicio:** Nombre de la especialidad en la que se encuentra atendido el o la paciente.

a) Estancia Corta
b) Neurología
c) Neurocirugía
d) Psiquiatría
e) Terapia Endovascular
f) Radio Neurocirugía
g) Unidad de Cuidados Intermedios
h) Unidad de Terapia Intensiva
i) Urgencias
j) 4° y 2° Piso

(8) **Diagnóstico médico:** Nombre del problema médico por el que se atiende en el Instituto (prellenado y editable en caso de que falte).

(9) **Responsable legal:** Nombre completo y apellidos de la persona legalmente responsable asignada por el o la paciente, que tiene o no vínculos de parentesco (prellenado por admisión).

(10) **Domicilio:** Anotar la dirección completa del lugar en el que vive la persona paciente, incluyendo:

a) Calle,
b) Número exterior e interior,
c) Colonia,
d) Localidad,
e) Código postal,
f) Estado,
t) País,
u) Número telefónico con lada,
v) Cualquier otra referencia relevante para la localización de la vivienda.

(11) **Número telefónico 1:** Número de teléfono con lada del domicilio a dónde se le puede localizar a la persona paciente y la persona legalmente responsable.

(12) **Número telefónico 2:** Número teléfono de celular del domicilio a dónde se le puede localizar a la persona paciente y la persona legalmente responsable.

(13) **Fecha:** Colocar en formato día, mes y año (DD/MM/AAAA), del día que se realiza la nota de trabajo social y la intervención profesional.

(14) **Hora:** Colocar en hora y minutos (HH/MM) del día que se realiza la nota de trabajo social acorde al momento que se realizó la intervención.

(15) Descripción cronológica de las acciones realizadas por trabajo social de acuerdo a las siguientes características:

Notas administrativas:

Integrar el nombre completo y apellidos de la persona a la que se le solicita la donación de sangre, o se le llama para que acuda con personal especializado del Comité para la Donación de órganos.

(16) **Firmado por**: Nombre completo y apellidos de la persona profesional de trabajo social responsable de la nota, día, mes y año en formato DD/MM/AAAA y número de cédula profesional de la persona profesional de trabajo social que realiza la nota.

Nota: En caso de realizar notas pasantes o estudiantes, colocar nombre completo y fecha de quién lo realiza en el campo de diagnóstico.

4.7.10.3. Lista de asistencia de sesiones informativas de donación de órganos y tejidos.

LISTA DE ASISTENCIA SESIONES INFORMATIVAS, DONACIÓN DE _____ (1)

FECHA: (2)

T.S. responsable de la coordinación: (3)

No. Consecutivo	NOMBRE PACIENTE (4)	REGISTRO DE PACIENTE (5)	NOMBRE DEL FAMILIAR (6)	PARENTESCO (7)	FIRMA (8)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Nombre de supervisor (a) de proyecto: _____ (9)

4.7.10.4. Instructivo de llenado de lista de asistencia y registro de sesiones informativas de la donación de órganos y tejidos.

(1) **Lista de asistencia de sesiones informativas donación de:** Colocar el tipo de sesión, de órganos o sangre.

(2) **Fecha:** Día en el que se realiza el reporte en formato dd/mm/aaaa.

(3) **T.S. responsable de la coordinación:** Nombre completo y apellido de la persona profesional de trabajo social que coordina la sesión.

(4) **Nombre del paciente:** Nombre completo con apellidos de la persona paciente, tal como están registrados en su acta de nacimiento o, en ausencia, CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).

(5) **Registro de paciente:** Colocar el número de expediente clínico del paciente.

(6) **Nombre del familiar:** Nombre completo con apellidos de la persona paciente, tal como están registrados en su acta de nacimiento o, en ausencia, CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).

(7) **Parentesco:** Colocar el vínculo o lazo de unión existente entre el paciente y la persona ya sea consanguíneo, conyugal, de afinidad, legal o de costumbre.

(8) **Firma:** Signo o escritura manuscrita de la persona que asiste a la sesión.

(9) **Nombre del supervisor (a) de proyecto:** Nombre completo y apellido de la persona profesional de trabajo social que supervisa la sesión.

4.7.10.5. Base de datos de sistematización.

Base de datos donación de sangre (sesiones informativas)						
No.	Fecha	Nombre del paciente	Registro	Nombre del familiar	Parentesco	Coordinador(a)
1	2	3	4	5	6	7

4.7.10.6. Instructivo de llenado de base de datos de sistematización.

(1) **No.** Número consecutivo ascendente.

(2) **Fecha:** Colocar en formato día, mes y año (dd/mm/aaaa), del día que se realiza la nota de trabajo social y la intervención profesional.

(3) **Nombre del paciente:** Colocar el nombre completo con apellidos tal y como están registrados en su acta de nacimiento o, en ausencia, CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).

(4) **Registro:** Es el número de expediente o folio consecutivo que se le asigna a la persona paciente cuando ingresa a la institución.

(5) **Nombre del familiar:** Colocar el nombre completo con apellidos tal y como están registrados en su acta de nacimiento o, en ausencia, CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s). del familiar o acompañante que acude a la sesión.

(6) **Parentesco:** Colocar el vínculo o lazo de unión existente entre el paciente y la persona ya sea consanguíneo, conyugal, de afinidad, legal o de costumbre, en caso de no tener parentesco poner ninguno.

(7) **Coordinador (a).** Persona que realiza la sesión informativa.

4.8. PROCEDIMIENTO PARA LA COORDINACIÓN CON INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL

4.8.1. PROPÓSITO

Desarrollar mecanismos de coordinación de primer contacto entre él o la paciente (familiar y/o persona legalmente responsable) con instituciones de asistencia social que permitan generar beneficios asistenciales.

4.8.2. ALCANCE

4.8.2.1. Alcance Interno: El personal profesional de trabajo social coordina con las instituciones de asistencia social la gestión de beneficios para él o la paciente, coordina la integración de las solicitudes de apoyo y documentos requeridos de las distintas áreas del Instituto.

4.8.2.2. Alcance Externo: Instituciones de asistencia social dan apoyo en conformidad con sus objetivos particulares.

4.8.3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

4.8.3.1. El personal profesional de trabajo social será responsable de identificar los casos en el que se requieran gestiones de asistencia social por las condiciones de vulnerabilidad de acuerdo a las necesidades de cada persona paciente.

4.8.3.2. El personal profesional de trabajo social será responsable de integrar la solicitud de apoyo conforme lo soliciten las instituciones de asistencia social, coordinando a las diferentes áreas institucionales que deban intervenir.

4.8.3.3. El personal profesional de trabajo social será responsable de buscar instituciones de asistencia social de manera exhaustiva cuándo la situación del paciente lo requiera para seguimiento del caso.

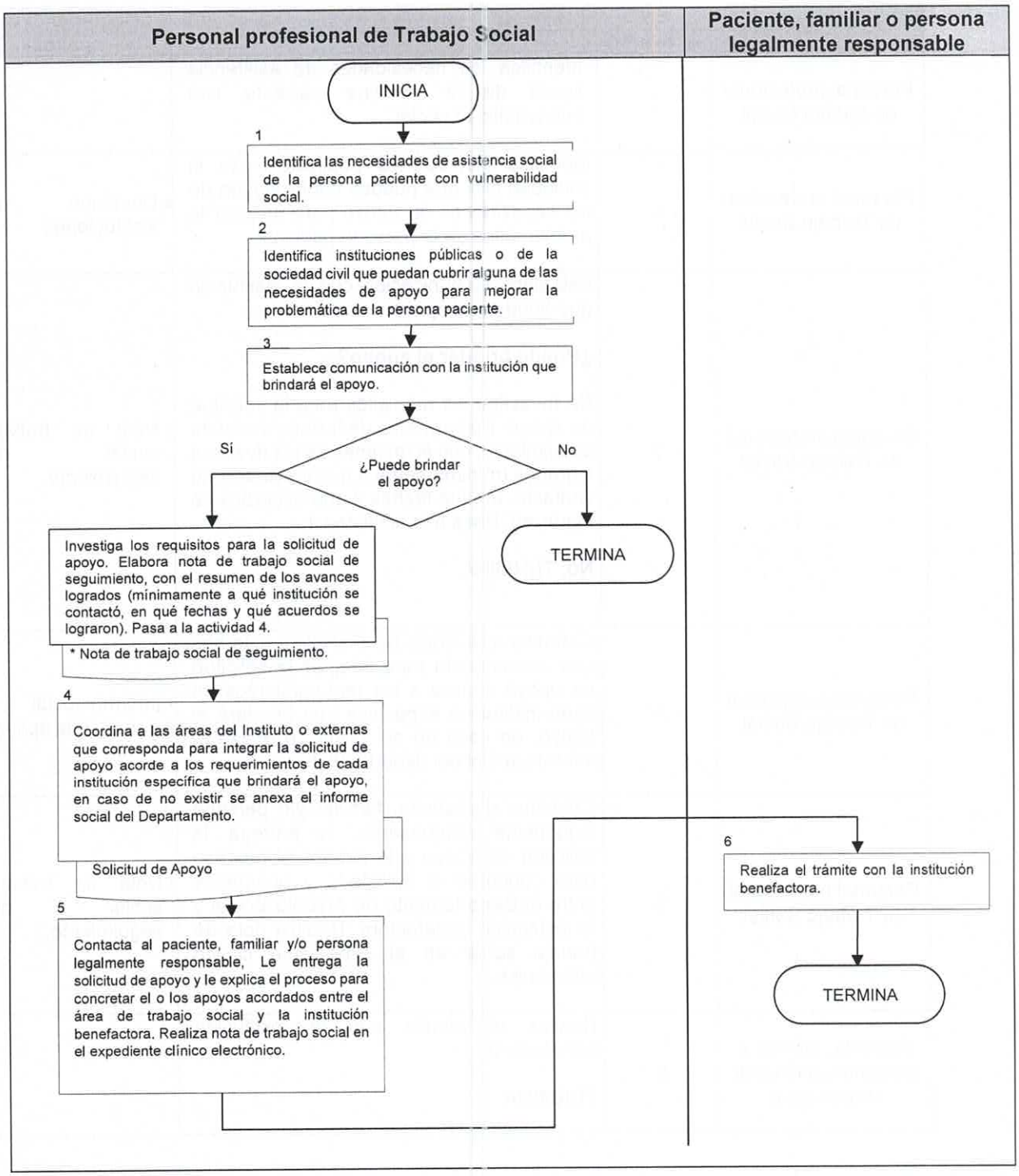
4.8.3.4. El personal profesional de trabajo social consultará en primera instancia el Directorio de instituciones de asistencia social con el que cuenta en el departamento y en caso de no encontrar en él las instituciones que ayuden a cubrir la necesidad del paciente, podrá integrar al directorio nuevas instituciones o asociaciones.

4.8.3.5. El personal profesional de trabajo social será responsable de informar y orientar al paciente o familiares sobre las gestiones a realizar conforme a las indicaciones de las instituciones de asistencia social.

4.8.4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal profesional de trabajo Social	1	Identifica las necesidades de asistencia social de la persona paciente con vulnerabilidad social.	
Personal profesional de Trabajo Social	2	Identifica instituciones públicas o de la sociedad civil que puedan cubrir alguna de las necesidades de apoyo para mejorar la problemática de la persona paciente.	• Directorio de instituciones
Personal profesional de Trabajo Social	3	Establece comunicación con la institución que brindará el apoyo. **¿Puede brindar el apoyo?** **Sí:** Investiga los requisitos para la solicitud de apoyo. Elabora nota de trabajo social de seguimiento, con el resumen de los avances logrados (mínimamente a qué institución se contactó, en qué fechas y qué acuerdos se lograron). Pasa a la actividad 4. **No**: TERMINA	• Nota de trabajo social de seguimiento.
Personal profesional de Trabajo Social	4	Coordina a las áreas del Instituto o externas que corresponda para integrar la solicitud de apoyo acorde a los requerimientos de cada institución específica que brindará el apoyo, en caso de no existir se anexa el informe social del departamento.	• Informe social • Solicitud de apoyo.
Personal profesional de Trabajo Social	5	Contacta al paciente, familiar y/o persona legalmente responsable, le entrega la solicitud de apoyo y le explica el proceso para concretar lo solicitado y acordados entre el Departamento de Trabajo Social y la institución benefactora. Realiza nota de trabajo social en el expediente clínico electrónico.	• Nota de trabajo social de seguimiento.
Paciente, familiar o persona legalmente responsable	6	Realiza el trámite con la institución benefactora. **TERMINA**	

4.8.5. DIAGRAMA DE FLUJO



4.8.6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
4.8.6.1. Manual de Organización de la Dirección Médica vigente	No aplica
4.8.6.2. Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, vigente.	No aplica
4.8.6.3. Directorio de instituciones	No aplica

4.8.7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.8.7.1. Nota de trabajo social de seguimiento	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
4.8.7.2. Solicitud de apoyo	1 año	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
4.8.7.3. Informe social	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica

4.8.8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

4.8.8.1. **Institución benefactora:** Asociación de personas con fines solidarios sociales, culturales, que puede ser pública o privada con fines de ayuda que permite mejorar las condiciones de vida una persona, familia y comunidades.

4.8.8.2. **Institución de asistencia social:** Asociación que tiene entre sus objetivos solucionar problemas de diversa índole, proporciona ayuda, soporte, auxilio y busca mejorar las condiciones de vida de las personas, pueden ser gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil.

4.8.8.3. **Informe social:** Documento que resume la situación social y económica del o la paciente que requiere apoyo.

4.8.8.4. **Solicitud de apoyo:** Documento membretado o no, dónde se solicita de manera formal la ayuda económica o en especie, el formato puede ser proporcionado por la institución asistencial o benefactora y en caso contrario referir con el formato de informe social.

4.8.9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
06	Septiembre, 2023	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora.

4.8.10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

4.8.10.1. Nota de trabajo social de seguimiento.
4.8.10.2. Instructivo de llenado de nota de trabajo social de seguimiento.
4.8.10.3. Informe Social
4.8.10.4. Instructivo de llenado de informe social.

4.8.10.1. Nota de trabajo social de seguimiento

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
Lic. Sanitaria 04 AM 0913012

Nivel Socioeconómico

Servicio: Trabajo Social | Registro: | Sexo: H M
Nombre: | Edad: | Fecha de Nac:

(1)

NOTA DE TRABAJO SOCIAL

FECHA DE INGRESO: (2) CAMA: (3) NACIONALIDAD: (4)
GRUPO INDÍGENA: (5) RELIGIÓN: (6)
DIAGNÓSTICO MÉDICO: SERVICIO: (7)
(8)
RESPONSABLE LEGAL: (9)
DOMICILIO: (10)
TELÉFONO 1: (11) TELÉFONO 2: (12)

Fecha: (13) Hora: (14)
(15)

Firmado por:.....
..... a ..... Núm Cédula:..... (16)

TRABAJADORA SOCIAL

4.8.10.2. Instructivo de llenado nota de trabajo social de seguimiento.

(1) Información prellenada por admisión hospitalaria.

(2) **Fecha de ingreso**: Día, mes y año en que se realiza la nota de trabajo social en el primer internamiento del paciente, se llena por única ocasión, en formato (DD/MM/AAAA).

(3) **Cama:** Número de cama destinada a la atención de la persona paciente durante la hospitalización (prellenada por admisión hospitalaria).

(4) **Nacionalidad:** Nombre de país que reconoce a una persona la pertenencia a un estado o una nación (prellenada por admisión hospitalaria).

(5) **Grupo indígena:** Nombre del grupo social y cultural distintos con el que comparten vínculos ancestrales colectivos con las tierras y los recursos naturales dónde viven, información prellenada por admisión y editable en caso de error.

(6) **Religión:** Nombre de la doctrina religiosa que profesa la persona paciente o si no profesa ninguna. Prellenada por admisión y editable en caso de error.

(7) **Servicio:** Nombre de la especialidad en la que se encuentra atendido el o la paciente.

a) Consulta Externa
b) Estancia Corta
c) Neurología
d) Neurocirugía
e) Psiquiatría
f) Terapia Endovascular
g) Radio Neurocirugía
h) Unidad de Cuidados Intermedios
i) Unidad de Terapia Intensiva
j) Urgencias
k) 4° y 2° Piso

(8) **Diagnóstico médico:** Nombre del problema médico por el que se atiende en el Instituto (prellenado y editable en caso de que falte).

(9) **Responsable legal:** Nombre completo y apellidos de la persona legalmente responsable asignada por el o la paciente, que tiene o no vínculos de parentesco (prellenado por admisión).

(10) **Domicilio:** Anotar la dirección completa del lugar en el que vive la persona paciente, incluyendo:

a) Calle,
b) Número exterior e interior,
c) Colonia,
d) Localidad,
e) Código postal,
f) Estado,
g) País,
h) Número telefónico con lada,

i) Cualquier otra referencia relevante para la localización de la vivienda.

(11) **Número telefónico 1:** Número de teléfono con lada del domicilio a dónde se le puede localizar a la persona paciente y la persona legalmente responsable.

(12) **Número telefónico 2:** Número teléfono de celular del domicilio a dónde se le puede localizar a la persona paciente y la persona legalmente responsable.

(13) **Fecha:** Colocar en formato día, mes y año (DD/MM/AAAA), del día que se realiza la nota de trabajo social y la intervención profesional.

(14) **Hora:** Colocar en hora y minutos (HH/MM) del día que se realiza la nota de trabajo social acorde al momento que se realizó la intervención.

(15) Descripción cronológica de las acciones realizadas por trabajo social de acuerdo a las siguientes características:

Nota de seguimiento:

a) Acciones sociales realizadas para el seguimiento social del caso,
b) Anotar nombre completo de la o las personas con quién se realizan las gestiones, incluir número telefónico.
c) Nombre completo con apellido de la persona responsable legal, familiar, o acompañante a quién se le da la información y realiza los trámites de ayuda.

4.8.10.3. Informe social

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

(1)

(2)

Presente

Por este medio informo a usted el caso de el/la paciente (3)
con número de registro (4) y nivel socioeconómico (5) quien ingreso al servicio de
(6) , cama (7) , el día (8) del año en curso con
diagnóstico de: (9)

(10)

La distribución de los egresos es la siguiente:

Personas que aportan:	$ Ingreso Mensual	Desglose de Gastos	$ Egreso Mensual
Jefe de familia	,	Alimentación/Despensa	,
Esposo (a)	,	Renta/Hipoteca/Predio	,
Hijo (a)	,	Agua	,
Otros	,	Luz	,
Total	(11) ,	Gas	,
		Telefono	,
		Gastos Escolares	,
		Gastos en Salud	,
		Transporte	,
		Servicios domésticos	,
		Consumos adicionales	,
		Total	(12) ,

FAMILIOGRAMA

(13)

(14)

ATENTAMENTE

Firmado por:.....

(15)

TRABAJO SOCIAL

4.8.10.4. Instructivo de llenado de informe social.

(1) **Fecha:** Colocar Ciudad, día, mes y año en formato día, mes y año (dd/mm/aaaa).

(2) Colocar el grado escolar (cuándo el caso lo requiera) nombre completo con apellidos del destinatario, junto con el cargo que ocupa en la institución a la que se solicita.

(3) **Nombre del paciente:** Colocar el nombre completo con apellidos tal y como están registrados en su acta de nacimiento o, en ausencia, CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).

(4) **Registro:** Es el número de expediente o folio consecutivo que se le asigna a la persona paciente cuando ingresa a la institución.

(5) **Nivel de socioeconómico**: Colocar el número del 1x al 6 que corresponde al total de puntos obtenidos en el estudio socioeconómicos de acuerdo con la información proporcionada de la persona paciente y/o familiar.

(6) **Servicio:** Especialidad o clínica dónde atiende la persona paciente.

a) Consulta Externa
b) Estancia Corta
c) Neurología
d) Neurocirugía
e) Psiquiatría
f) Unidad de Cuidados Intermedios
g) Unidad de Terapia Intensiva
h) 4° y 2° Piso

(7) **Cama:** Número de cama que asigna la institución cuándo se encuentra el o la paciente hospitalizado.

(8) **Día:** Colocar el día del ingreso de la persona paciente en caso de estar hospitalizado (a) en formato (dd/mm/aaaa), ej. 124/11/2023.

(9) **Diagnóstico:** Nombre del diagnóstico médico que integra el médico o médica tratante durante la atención médica.

(10) **Descripción de situación social:** Descripción detallada de la situación personal, social, familiar del paciente que requiere ayuda o asistencia que motiven y justifiquen la solicitud.

(11) **Ingreso mensual**: Colocar el desglose o el total de los ingresos mensuales de las personas que aportan regularmente al gasto familiar.

a) Jefe de familia: Persona que contribuye con la mayor cantidad económica y que responde de la dirección material o moral de la familia, puede ser hombre o mujer, puede vivir o no en el mismo domicilio, puede tener o no parentesco.
b) Esposa o esposo: Persona que tiene unión de carácter legal o moral con la persona paciente, puede incluir relaciones de concubinato o amasiato.
c) Hijo o Hija: Persona que tiene relación consanguínea directa, legal e hijos e hijas de familias reconstruidas.

d) Otros: ingresos mensuales obtenidos por ahorros, préstamos bancarios, donaciones de grupos religiosos, asociaciones civiles, personas de la comunidad, rifas, sorteos o en especie.

(12) **Egreso Mensual**: Colocar el desglose de los egresos mensuales referidos en los diferentes rubros de acuerdo con el promedio mínimo estimado.

a) Alimentación/ Despensa: Egreso mensual del total de gastos en alimentos, artículos de aseo personal y limpieza.
b) Renta/hipoteca/predio: Cantidad de pago mensual por el uso o derecho de la vivienda.
c) Agua: Cantidad de pago mensual por el uso o derecho del servicio de agua.
d) Luz: Cantidad de pago mensual por el uso o derecho de luz, en caso de que el pago sea por porcentaje (por realizarlo más de una familia), colocar la parte de pago proporcional.
e) Gas: Cantidad de pago mensual por el uso de gas.
f) Teléfono: Cantidad de pago mensual integrado por teléfono local, celulares, paquetes de internet, televisión de paga de todos los miembros del grupo familiar.
g) Gastos escolares: Cantidad de pago mensual por colegiatura, cooperación anual de escuelas públicas, dinero para compra de alimentos dentro de la escuela, papelería.
h) Gastos en salud: Cantidad de pago mensual por consultas, medicamentos, estudios de laboratorio, imagen, tratamientos.
i) Transporte: Cantidad de gastos mensuales, en pasajes de transporte público, gasolina, transporte escolar.
j) Servicios domésticos: Cantidad mensual de pagos por limpieza del domicilio, servicios de mantenimiento, cuidadores formales e informales.
k) Consumos adicionales: Cantidad mensual utilizada para pago de deudas, préstamos, financiamientos, seguros de autos, de vida, reparaciones de casas y autos, viajes, ropa y calzado, recreación, certificaciones profesionales, casas de cuidados prolongados, gimnasio, contribuciones religiosas.

(13) **Familiograma**: Diagrama de la composición familiar que permite identificar las generaciones, líneas de parentesco, edad, sexo, escolaridad y ocupación, principalmente de los integrantes de la familia, diagnóstico médico del paciente, marcando dentro de un círculo a las personas que cohabitan. (Se elaboran en hoja anexa, si fuera necesario como en los siguientes casos: pacientes hospitalizados, casos especiales, o con extrema vulnerabilidad)

(14) **Descripción de la vivienda:** Describir la situación social de la vivienda con respecto a región, tipo de propiedad, estructura y condiciones de la misma que motiven y justifiquen el apoyo solicitado.

(15) **Firmado por:** Anotar el nombre completo y apellidos de la persona profesional de trabajo social que realizó el estudio socioeconómico, tal como están registrados en su cédula profesional, empezando por apellido paterno, materno y nombre (s) así como número de la cédula profesional.

4.9. PROCEDIMIENTO PARA LA EDUCACIÓN CONTINUA EN TRABAJO SOCIAL

4.9.1. PROPÓSITO

Fortalecer la enseñanza mediante la educación continua y capacitación para profesionales en trabajo social que laboran en el departamento, así como la formación del estudiantado de pregrado y posgrado de nivel técnico hasta doctorado en Trabajo Social.

4.9.2. ALCANCE

4.9.2.1. Alcance Interno: La persona titular del Departamento de Trabajo Social con la participación del personal profesional de trabajo social, diseña, ejecuta y evalúa necesidades de capacitación y formación académica para el personal adscrito y estudiantado de trabajo social.

4.9.2.2. Alcance Externo: No aplica

4.9.3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

4.9.3.1. Es responsabilidad de la persona titular del Departamento de Trabajo Social elaborar el plan anual de capacitación a partir de las necesidades del personal adscrito al departamento identificado en juntas de trabajo, así como la programación de cursos, talleres, seminarios, foros y congresos que favorezcan la enseñanza y educación continua del personal y estudiantes de pre y posgrado.

4.9.3.2. Es responsabilidad de la persona titular del Departamento de Trabajo Social la generación y formalización de convenios interinstitucionales con las escuelas, institutos y universidades que permitan el desarrollo profesional de trabajadoras y trabajadores sociales de pre y posgrado que acuden a realizar prácticas escolares, servicio social, tesis y estancias de investigación en el Departamento de Trabajo Social.

4.9.3.3. La persona titular del Departamento de Trabajo Social será responsable de designar al personal adscrito al departamento para realizar funciones de enseñanza, capacitación y tutoría del alumnado dentro del Instituto.

4.9.3.4. Es responsabilidad del titular del Departamento de Trabajo Social en coordinación con la persona profesional designada a la enseñanza, el determinar el número de estudiantes aceptados para participar en programas de pre y posgrado, días y horarios de asistencia para prácticas, profesionales, escolares y servicio social, acorde a los lineamientos establecidos por la Dirección de Enseñanza.

4.9.3.5. Es responsabilidad de la persona titular del Departamento de Trabajo Social de programar, promover y proporcionar los cursos de capacitación y actualización anuales presenciales o híbridos, con proyección a profesionales en trabajo social y el área de la salud de otras instituciones interesadas en el tema.

La persona profesional designada a la enseñanza en coordinación con la persona encargada del Departamento de Trabajo Social es responsable de verificar que se cumpla con los Procedimientos y Políticas Institucionales que determine la Dirección de Enseñanza para que pueda contar con aval académico el acto académico.

4.9.3.6. Es responsabilidad de la persona profesional designada a la enseñanza en coordinación con la persona encargada del Departamento de Trabajo Social, identificar, invitar y gestionar la asistencia de las y los profesores, ponentes, con la especialidad o *expertise* académica que se requiera para los actos académicos programados.

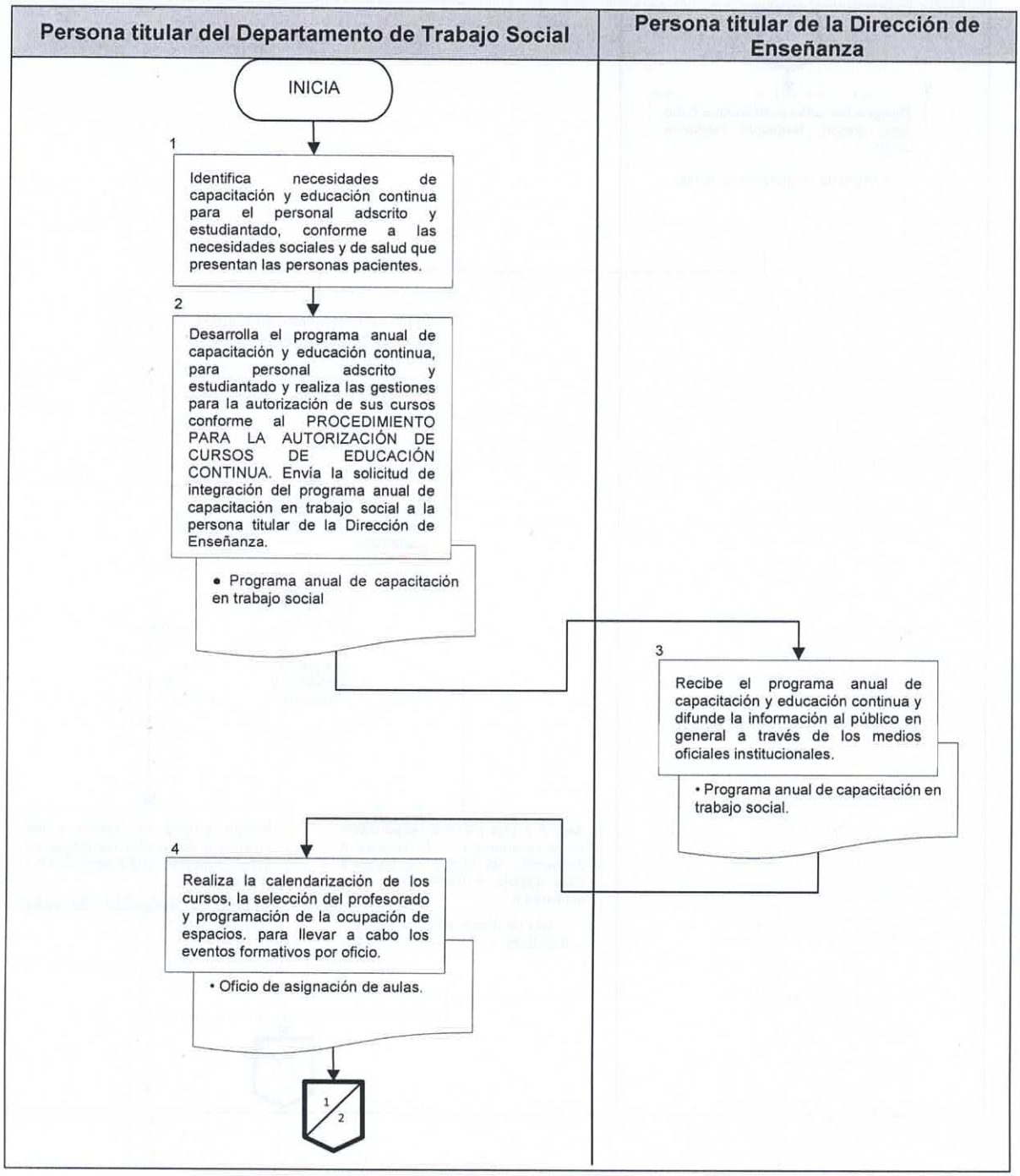
4.9.3.7. Es responsabilidad de la persona profesional designada a la enseñanza concentrar las evidencias de evaluación de la acreditación o no del acto académico programado, respetando la libertad de cátedra y criterios de evaluación que determine la o el profesor, ponente o especialista.

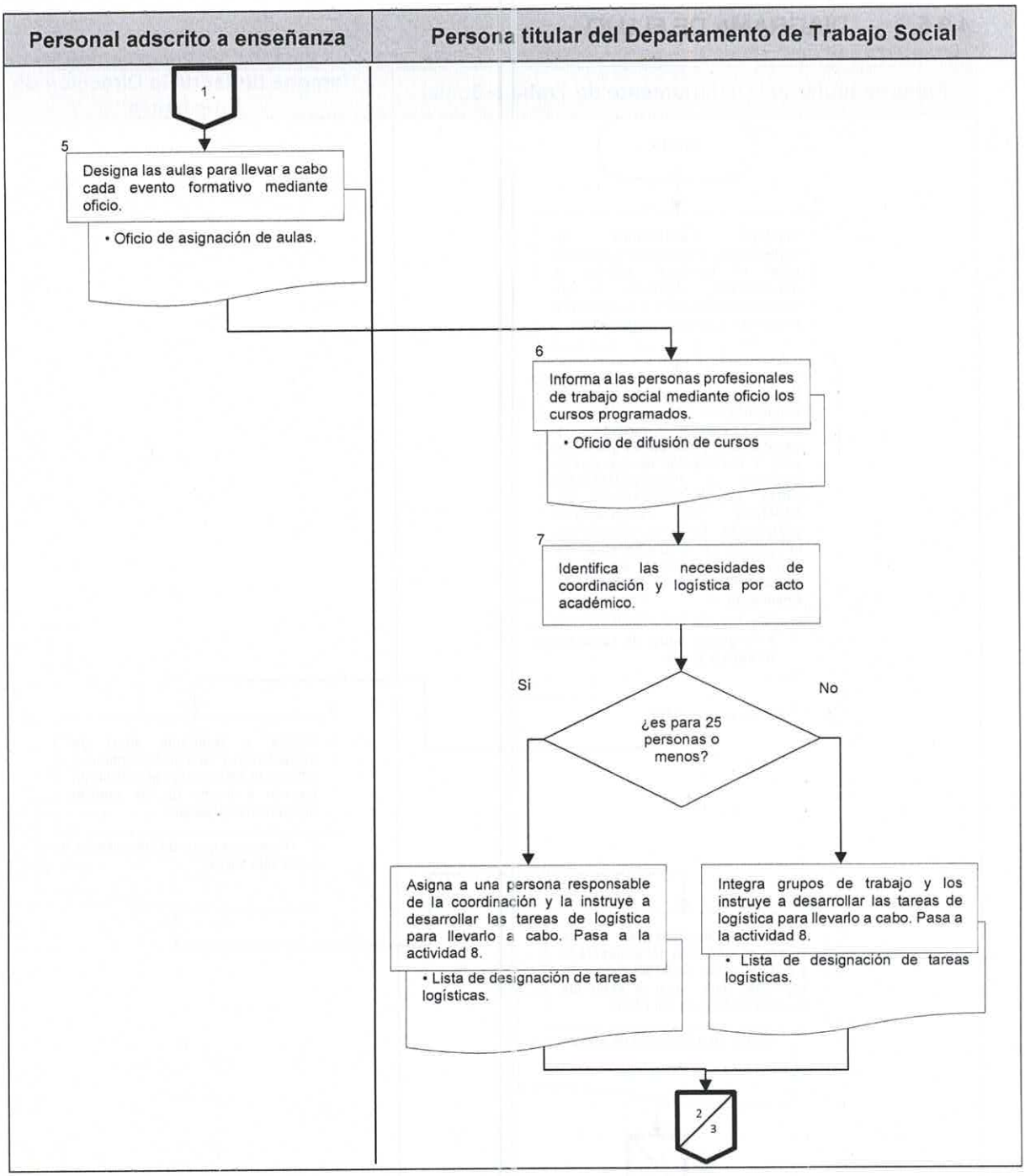
4.9.4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

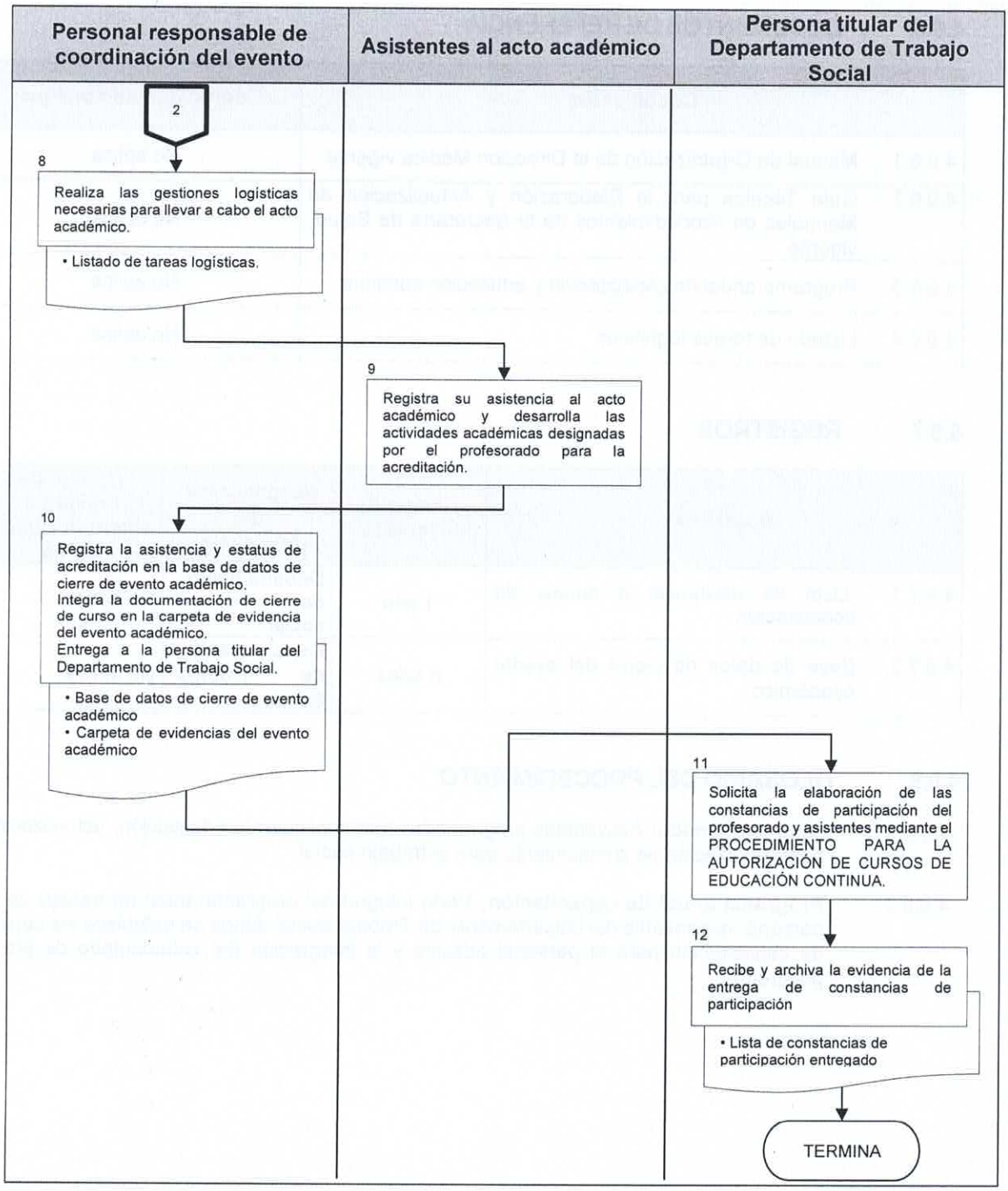
Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Persona titular del Departamento de Trabajo Social	1	Identifica necesidades de capacitación y educación continua para el personal adscrito y estudiantado, conforme a las necesidades sociales y de salud que presentan las personas pacientes.	
Persona titular del Departamento de Trabajo Social	2	Desarrolla el programa anual de capacitación y educación continua, para personal adscrito y estudiantado y realiza las gestiones para la autorización de sus cursos conforme al procedimiento para la autorización de cursos de educación continua. Envía la solicitud de integración del programa anual de capacitación en trabajo social a la persona titular de la Dirección de Enseñanza	• Programa anual de capacitación en trabajo social.
Persona titular de la Dirección de Enseñanza	3	Recibe el programa anual de capacitación y educación continua y difunde la información al público en general a través de los medios oficiales institucionales.	• Programa anual de capacitación en trabajo social.
Persona titular del Departamento de Trabajo Social	4	Realiza la calendarización de los cursos, la selección del profesorado y programación de la ocupación de espacios. para llevar a cabo los eventos formativos por oficio.	• Oficio de asignación de aulas.
Personal adscrito a enseñanza	5	Designa las aulas para llevar a cabo cada evento formativo mediante oficio.	• Oficio de asignación de aulas.
Persona titular del Departamento de Trabajo Social	6	Informa a las personas profesionales de trabajo social mediante oficio los cursos programados.	• Oficio de difusión de cursos

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Persona titular del Departamento de Trabajo Social	7	Identifica las necesidades de coordinación y logística por acto académico. **¿El acto académico está planeado para 25 personas o menos?** **Sí:** Asigna a una persona responsable de la coordinación y la instruye a desarrollar las tareas de logística para llevarlo a cabo. Pasa a la actividad 8. **No:** Integra grupos de trabajo y los instruye a desarrollar las tareas de logística para llevarlo a cabo. Pasa a la actividad 8.	• Lista de designación de tareas logísticas.
Personal responsable de coordinación del evento	8	Realiza las gestiones logísticas necesarias para llevar a cabo el acto académico.	• Listado de tareas logísticas.
Asistentes al acto académico	9	Registra su asistencia al acto académico y desarrolla las actividades académicas designadas por el profesorado para la acreditación.	• Lista de asistencia
Personal responsable de coordinación del evento	10	Registra la asistencia y estatus de acreditación en la base de datos de cierre de evento académico. Integra la documentación de cierre de curso en la carpeta de evidencia del evento académico. Entrega a la persona titular del Departamento de Trabajo Social.	• Base de datos de cierre de evento académico • Carpeta de evidencias del evento académico.
Persona titular del Departamento de Trabajo Social	11	Solicita la elaboración de las constancias de participación del profesorado y asistentes mediante el PROCEDIMIENTO PARA LA AUTORIZACIÓN DE CURSOS DE EDUCACIÓN CONTINUA.	
Persona titular del Departamento de Trabajo Social	12	Recibe y archiva la evidencia de la entrega de constancias de participación. **TERMINA**	• Lista de constancias de participación entregado.

4.9.5. DIAGRAMA DE FLUJO




Personal adscrito a enseñanza
Persona titular del Departamento de Trabajo Social
1
5
Designa las aulas para llevar a cabo cada evento formativo mediante oficio.
• Oficio de asignación de aulas.
6
Informa a las personas profesionales de trabajo social mediante oficio los cursos programados.
• Oficio de difusión de cursos
7
Identifica las necesidades de coordinación y logística por acto académico.
Si
No
¿es para 25 personas o menos?
Asigna a una persona responsable de la coordinación y la instruye a desarrollar las tareas de logística para llevarlo a cabo. Pasa a la actividad 8.
• Lista de designación de tareas logísticas.
Integra grupos de trabajo y los instruye a desarrollar las tareas de logística para llevarlo a cabo. Pasa a la actividad 8.
• Lista de designación de tareas logísticas.
2/3


Personal responsable de coordinación del evento
Asistentes al acto académico
Persona titular del Departamento de Trabajo Social
2
8
Realiza las gestiones logísticas necesarias para llevar a cabo el acto académico.
• Listado de tareas logísticas.
9
Registra su asistencia al acto académico y desarrolla las actividades académicas designadas por el profesorado para la acreditación.
10
Registra la asistencia y estatus de acreditación en la base de datos de cierre de evento académico.
Integra la documentación de cierre de curso en la carpeta de evidencia del evento académico.
Entrega a la persona titular del Departamento de Trabajo Social.
• Base de datos de cierre de evento académico
• Carpeta de evidencias del evento académico
11
Solicita la elaboración de las constancias de participación del profesorado y asistentes mediante el PROCEDIMIENTO PARA LA AUTORIZACIÓN DE CURSOS DE EDUCACIÓN CONTINUA.
12
Recibe y archiva la evidencia de la entrega de constancias de participación
• Lista de constancias de participación entregado
TERMINA

4.9.6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

	Documentos	Código (cuando aplique)
4.9.6.1.	Manual de Organización de la Dirección Médica vigente	No aplica
4.9.6.2.	Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, vigente.	No aplica
4.9.6.3.	Programa anual de capacitación y educación continua	No aplica
4.9.6.4.	Listado de tareas logísticas	No aplica

4.9.7. REGISTROS

	Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.9.7.1.	Lista de asistencia a cursos de capacitación	1 año	Departamento de Trabajo social	No aplica
4.9.7.2.	Base de datos de cierre del evento académico	6 años	Departamento de Trabajo Social	No aplica

4.9.8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

4.9.8.1. **Acto académico:** Actividades programadas que impliquen la adquisición, actualización o profundización de conocimiento para el trabajo social.

4.9.8.2. **Programa anual de capacitación:** Parte integral del programa anual de trabajo de la persona responsable del Departamento de Trabajo Social dónde se establece los cursos de capacitación para el personal adscrito y la integración del estudiantado de pre y posgrado.

4.9.9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
06	Septiembre, 2023	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora.

4.9.10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

4.9.10.1. Lista de asistencia a cursos de capacitación.
4.9.10.2. Instructivo de llenado de lista de asistencia a cursos de capacitación.
4.9.10.3. Base de datos de cierre del evento académico.
4.9.10.4. Instructivo de llenado de base de datos de cierre del evento académico.

4.9.10.1. Lista de asistencia a cursos de capacitación.

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

FORMATO PARA EL REGISTRO DE ASISTENTES.

Curso: 1

Coordina: 2

Fechas: 3

			FECHAS					
No.	**NOMBRE**	**APELLIDOS**						**CORREO**
4	5	6	7					8

4.9.10.2. Instructivo de llenado de lista de asistencia a cursos de capacitación.

(1) **Curso:** Colocar el nombre del curso que se impartirá en negritas.

(2) **Coordinador (a): grado**, nombre completo y apellidos del o la persona encargada de la coordinación del curso.

(3) **Fechas:** Poner con números en formato (dd/mm/aaaa) ej. 16/05/1975, y meses cuando sea necesario de las fechas en que se impartirá el curso.

(4) **No.** Colocar el número consecutivo de las personas inscritas en el curso.

(5) **Nombre:** Colocar el nombre completo tal y como están registrados en su acta de nacimiento o, en ausencia, CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, como se requiere que aparezca en la constancia de acreditación.

(6) **Apellidos:** Colocar ambos apellidos iniciando por el paterno tal y como están registrados en su acta de nacimiento o, en ausencia, CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, como se requiere que aparezca en la constancia de acreditación.

(7) **Fechas:** Colocar en número los días en lo que se impartirá el evento académico.

(8) **Correo:** Colocar el correo electrónico al que se enviará la constancia en caso de acreditar el acto académico.

4.9.10.3. Base de datos de cierre del evento académico.

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

BASE DE DATOS CIERRE ACTO ACADEMICO.

Fecha	Nombre del curso	Coordinador (a)	Nombre del asistente	Apellidos del asistente	Calificación	Acreditación	CORREO
1	2	3	4	5	6	7	8

4.9.10.4. Instructivo de llenado de base de datos de cierre del evento académico.

(1) **Fechas:** Poner con números en formato (dd/mm/aaaa) ej. 22/12/2023, la fecha de cierre del curso.

(2) **Nombre del curso:** Colocar el nombre del curso impartido.

(3) **Coordinador (a):** Grado, nombre completo y apellidos del o la persona encargada de la coordinación del curso.

(4) **Nombre de asistente:** Colocar el nombre completo tal y como están registrados en su acta de nacimiento o, en ausencia, CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, como se requiere que aparezca en la constancia de acreditación.

(5) **Apellidos del asistente:** Colocar ambos apellidos iniciando por el paterno tal y como están registrados en su acta de nacimiento o, en ausencia, CURP, acta de matrimonio, fe de bautizo o credencial de elector, como se requiere que aparezca en la constancia de acreditación.

(6) **Calificación:** Poner en número de la evaluación en escala de 0 a 10 que indica la calificación del profesor o profesora.

(7) **Acreditación:** Colocar si el paciente tiene calificación aprobatoria con escala mínima de 7 acreditado, menor a 7 no acreditado.

(8) **Correo electrónico:** Colocar el correo electrónico al que se enviará la constancia en caso de acreditar el acto académico.

HOJA DE AUTORIZACIÓN

ELABORÓ

DRA. ALICIA CAMPOS HERNÁNDEZ
JEFA DE DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

SANCIONÓ

LCDA. DIANA PATRICIA LÓPEZ ROLDÁN
JEFA DE LA UNIDAD DE PLANEACIÓN

AUTORIZÓ

DR. EDGAR NATHAL VERA
DIRECTOR MÉDICO