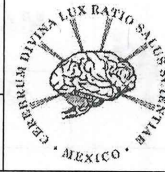




Salud
Secretaría de Salud

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

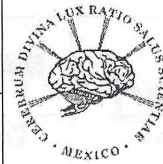
**DEPARTAMENTO DE NEURO-
OFTALMOLOGÍA**



Página
1 de 146

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE NEURO-
OFTALMOLOGÍA**


FEBRERO, 2026



CONTENIDO

1 INTRODUCCIÓN 3

2 OBJETIVO DEL MANUAL 4

3 MARCO JURÍDICO 5

4 PROCEDIMIENTOS 18

4.1. PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR PRECONSULTA NEURO-OFTALMOLÓGICA 19



4.2 PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA A PACIENTES ADMITIDOS PARA ATENCIÓN MÉDICA DE NEURO-OFTALMOLOGÍA..... 43

4.3 PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR CITA MÉDICA SUBSECUENTE..... 72

4.4 PROCEDIMIENTO PARA LA PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA DE NEURO-OFTALMOLOGÍA 103

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE NEURO-OFTALMOLOGÍA

[Handwritten signatures in blue ink]

 Salud Secretaría de Salud	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE NEURO- OFTALMOLOGÍA		Página 3 de 146
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	--------------------

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 Neuro-Oftalmología 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 está diseñado como un instrumento de consulta para las personas servidoras públicas del Departamento de Neuro-Oftalmología del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, interesadas 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.

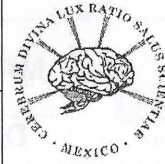
La difusión del manual se realizará por medio de correo electrónico al personal adscrito al Departamento de Neuro-Oftalmología y estará disponible para su consulta permanente en la página de la normateca institucional:

<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.





2 OBJETIVO DEL MANUAL

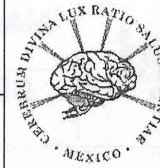
Establecer los procedimientos, políticas y normas necesarios para orientar y facilitar el desarrollo de las actividades encomendadas y servir como instrumento de consulta para los servidores públicos con relación a cada uno de los pasos que deben seguirse y las áreas que participan en cada una de las actividades desarrolladas por el Departamento de Neuro-Oftalmología para brindar atención oportuna al paciente con enfermedades visuales relacionadas con las neurociencias.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



3 MARCO JURÍDICO¹

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

Leyes

Ley de Adquisiciones, Arrendamiento y Servicios del Sector Público
DOF 16/04/2025

Ley de Amparo
DOF 02/04/2013

Ley de Asistencia Social
DOF 02/09/2004

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

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 Ingresos de la Federación para el ejercicio Fiscal de 2026
DOF 07/11/2025

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

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

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores
DOF 25/06/2002

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

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

Ley de Migración
DOF 25/05/2011

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

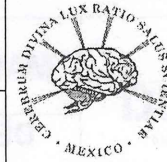
¹ Última actualización en la siguiente página: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley.htm>



Salud
Secretaría de Salud

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**DEPARTAMENTO DE NEURO-
OFTALMOLOGÍA**



Página
6 de 146

Ley de Planeación
DOF 05/01/1983

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 Federal contra la Delincuencia Organizada
DOF 07/11/1996

Ley Federal de Austeridad Republicana
DOF 19/11/2019

Ley Federal de Derechos
DOF 31/12/1981

Ley Federal de Deuda Pública
DOF 31/12/1976

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

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

Ley Federal de Procedimiento Administrativo
DOF 04/08/1994

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

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

[Handwritten signature and initials in blue ink]



Salud
Secretaría de Salud

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**DEPARTAMENTO DE NEURO-
OFTALMOLOGÍA**



Página
7 de 146

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

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

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública
DOF 20/03/2025

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

Ley Federal del Trabajo
DOF 01/04/1970

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado
DOF 28/12/1963

Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público
DOF 19/12/2002

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

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

Ley General de Desarrollo Social
DOF 20/01/2004

Ley General de Educación
DOF 30/09/2019

Ley General de Protección Civil
DOF 06/06/2012

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados
DOF 20/03/2025

Ley General de Responsabilidades Administrativas



Salud
Secretaría de Salud

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**DEPARTAMENTO DE NEURO-
OFTALMOLOGÍA**



Página
8 de 146

DOF 18/07/2016

Ley General de Salud
DOF 07/02/1984

Ley General de Sociedades Mercantiles
DOF 04/08/1934

Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito
DOF 27/08/1932

Ley General de Víctimas
DOF 09/01/2013

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

Ley de Gestión Integral de Riesgos y Protección Civil de la CDMX
G.O.C.D.M.X 05/06/2019

Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el DF
DOF 29/01/2004
REF 17/12/2019

Ley de Protección a los Animales de la CDMX
G.O.C.D.M.X 26/02/2002

Ley de Reconocimiento de los Derechos de las Personas Mayores (CDMX)
G.O.C.D.M.X 15/01/2021

Ley de Residuos Sólidos del DF
DOF 22/04/2003

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

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



Códigos

Código Civil Federal
DOF 26/05/1928

Código Civil para el Distrito Federal
DOF 26/05/1928, 14/07/1928, 03/08/1928, 31/08/1928

Código de Comercio
DOF del 07/10 al 13/12/1889

Código de Ética e Integridad para un Buen Gobierno en la Administración Pública Federal
DOF 18/11/2025

 Salud Secretaría de Salud	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Página 9 de 146
	DEPARTAMENTO DE NEURO-OFTALMOLOGÍA		

Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal
 G.O.C.D.M.X. del 01/09/1932 al 21/09/1932

Código Fiscal de la Ciudad de México
 DOF 29/12/2009

Código Fiscal de la Federación
 DOF 31/12/1981

Código Nacional de Procedimientos Penales
 DOF 05/03/2014

Código Penal Federal
 DOF 14/08/1931

Código Penal para el Distrito Federal
 G.O.C.D.M.X 16/07/2002

Disposiciones internacionales

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

Principios Rectores de la Organización Mundial de la Salud sobre Donación de Células, Tejidos y Órganos Aprobados en la 63ª Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2010, en su resolución WHA63.22

Declaración de Estambul sobre el tráfico de órganos y el turismo de Trasplantes
 Aprobada del 30/04 al 02/05/2008 en la Cumbre internacional sobre turismo de Donación y tráfico de órganos.

Declaratoria de rechazo al turismo de donación en Latinoamérica
 Aprobada en el marco de una reunión de la Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (RCIDT), el 06/12/2008.

Reglamentos

Reglamento de Construcciones para el Distrito Federal
 G.O.C.D.M.X 29/01/2004

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

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
 DOF 18/12/2025

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

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 al Valor Agregado
DOF 04/12/2006

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

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

Reglamento de la Ley Federal de Archivos
DOF 13/05/2014

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales
DOF 26/01/1990
REF 23/11/2010

Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
DOF 28/06/2006

Reglamento de la Ley Federal de Protección al Consumidor
DOF 19/12/2019

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

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 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 Control Sanitario de la Disposición de Órganos,
Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos
DOF 20/02/1985

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 Prestación de Servicios de Atención Médica
DOF 14/05/1986

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional
DOF 18/05/1985

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

Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad
DOF 30/11/2012

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

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

Reglamento Sanitario Internacional
Aprobado por la 58ª Asamblea Mundial de la Salud en 2005 mediante la resolución WHA58.3

Acuerdos


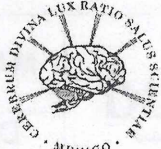
Acuerdo que tiene por objeto emitir las disposiciones generales en las materias de archivos y de Gobierno Abierto para la Administración Pública Federal y su anexo único
DOF 15/05/2017

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 por el que se modifica el diverso por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Financieros
DOF 15/07/2010

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 número CSNAIP/2ord/03/05-12-2025, Emitido por el Consejo del Sistema Nacional de Acceso a la Información Pública en su Segunda Sesión Ordinaria Celebrada El 05 de diciembre de 2025, por el que se aprueban los Lineamientos Técnicos Generales para la Publicación, Homologación y Estandarización de la Información de las Obligaciones de Transparencia y sus anexos
DOF 30/12/2025

 <p>Salud Secretaría de Salud</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <hr/> <p>DEPARTAMENTO DE NEURO-OFTALMOLOGÍA</p>		<p>Página 12 de 146</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

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
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 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
DOF 24/01/2022

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 08/05/2014

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
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

Acuerdo por el que se reforma y adiciona el Manual de Contabilidad Gubernamental
DOF 04/07/2024

Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para la operación de los Comités de Ética de la Administración Pública Federal
DOF 18/11/2025

Documentos normativos administrativos institucionales

Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
DOF 17/06/2025

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

Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público
DOF 19/12/2017

Políticas de Transferencia de Tecnología del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
DOF 23/03/2018

Programa Institucional 2026-2030, del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
DOF 19/11/2020

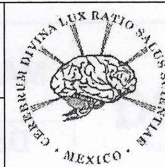
Reglas de Propiedad Intelectual del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
DOF 14/05/2018

Relación Única de la Normativa del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
DOF 10/09/2010

(ANEXO) Relación Única de la Normativa del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
DOF 22/06/2011

Otras disposiciones

Programa Sectorial de Salud 2025-2030



DOF 04/09/2025

Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030

DOF 15/04/2025

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

Septiembre 2013

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

Septiembre 2013

Normas Oficiales Mexicanas

NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud

DOF 2012/11/30

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-SSA1-2020, 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-002-SSA3-2017, para la organización y funcionamiento de los servicios de radioterapia

DOF 20/02/2024.

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

NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SE-2021, Sistema General de Unidades de Medida

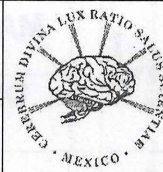
DOF 29/12/2023

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 21/08/1996

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 24/05/1994

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

NORMA Oficial Mexicana NOM-033-SAG-ZOO-2014, Métodos para dar muerte a los animales domésticos y silvestres
DOF 26/08/2015

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

NORMA Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención

 <p>Salud Secretaría de Salud</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <hr/> <p>DEPARTAMENTO DE NEURO-OFTALMOLOGÍA</p>		<p>Página 16 de 146</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

DOF 16/04/2009

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



 <p>Salud Secretaría de Salud</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <hr/> <p>DEPARTAMENTO DE NEURO-OFTALMOLOGÍA</p>		<p>Página 17 de 146</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

DOF 26/01/2011

NORMA Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia
DOF 19/07/2017

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 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 07/08/2014

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

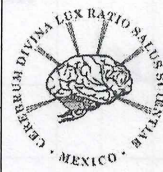
NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios
DOF 09/07/2020

El presente marco normativo está actualizado a febrero de 2026, 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 otorgar
preconsulta neuro-oftalmológica**

**4.1. PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR PRECONSULTA NEURO-
OFTALMOLÓGICA**

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



4.1.1. PROPÓSITO

Otorgar preconsulta a pacientes con alteraciones oftalmológicas secundarias a patología neurológica con involucro de la vía visual, para valorarlo y determinar si es candidato a admisión para ser tratado en el servicio de Neuro-oftalmología o si debe ser canalizado a otro servicio médico.

4.1.2. ALCANCE

4.1.2.1 Alcance Interno: Participa el personal de salud del Departamento de Neuro-Oftalmología, responsable de la valoración clínica de los pacientes; el personal del Departamento de Comunicación Social, encargado de proporcionar información a pacientes y acompañantes; el personal administrativo de recepción de Neuro-Oftalmología, que recibe la documentación del paciente y programa preconsultas, citas y estudios; el personal de enfermería, quien realiza la toma de signos vitales y brinda apoyo durante la valoración médica; así como el personal del Departamento de Trabajo Social, que ofrece apoyo tanto a pacientes como a sus acompañantes.

4.1.2.2 Alcance Externo: No aplica.

4.1.3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

4.1.3.1 El Departamento de Neuro-Oftalmología brinda el servicio de preconsulta de lunes a viernes, en un horario de 08:00 a 18:00 horas, excluyendo los días feriados oficiales y aquellos considerados no laborables conforme al calendario institucional.

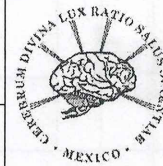
4.1.3.2 La persona titular del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de planear y coordinar las actividades del servicio para otorgar atención médica.

4.1.3.3 Los requisitos para preconsulta del Departamento de Neuro-Oftalmología son:

- Tener al menos 18 años cumplidos.
- Contar con referencia médica dirigida al Departamento de Neuro-Oftalmología, de algún personal médico oftalmólogo general o de alguna institución de salud oftalmológica pública o privada, que incluya un resumen clínico que especifique la valoración clínica previa y las causas por las que es referido.
- Ser referido por el servicio de Urgencias del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.
- Presentar alguna afección que involucre la vía visual relacionada con un padecimiento neurológico.
- Presentar identificación oficial original y vigente.
- En caso excepcional de pacientes menores de 18 años, tener algún padecimiento que sea necesario atender por no poder ser tratado en otra institución de salud y por interés institucional.
- Presentarse con una persona acompañante.

4.1.3.4 El personal administrativo del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de verificar que todo paciente que acude a preconsulta cumpla con los requisitos establecidos (4.1.3.3).

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

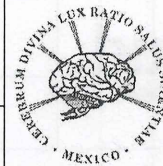


- 4.1.3.5 El personal médico adscrito del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de valorar la solicitud de preconsulta para determinar la urgencia y el día de su programación. Todas las preconsultas serán programadas dentro de los 5 días posteriores a su solicitud.
- 4.1.3.6 El personal administrativo del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de programar la cita de preconsulta y de informar a la persona solicitante que deberá acudir al Departamento de Trabajo Social para realizar la verificación para que le otorgue la gratuidad o una clave provisional para que realice el pago.
- 4.1.3.7 El personal administrativo del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de solicitar el recibo de gratuidad o de pago expedido por la caja por el concepto de preconsulta a todos los pacientes que acuden a su cita de preconsulta programada.
- 4.1.3.8 El personal médico del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de otorgar la preconsulta y de llenar el formato hoja de preconsulta en el expediente clínico electrónico de forma completa y correcta, así como registrar su nombre completo, cédula profesional y firma.
- 4.1.3.9 El personal médico adscrito del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de verificar el correcto llenado de los formatos del expediente clínico electrónico y registrar su nombre completo, cédula profesional y firma.
- 4.1.3.10 La persona titular del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de tramitar los accesos al sistema electrónico del personal de nuevo ingreso al servicio y de solicitar las bajas al efecto, ante el Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones.



4.1.4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

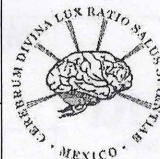
Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal del Departamento de Comunicación Social en el CIS	1	Recibe a la persona solicitante que acude por primera vez al Instituto. Solicita la referencia médica y verifica que esté dirigida correctamente a esta institución. Posteriormente entrega el formato SINBA para que registre sus datos personales y, finalmente le indica los pasos a seguir.	• Formato SINBA
Personal del Departamento de Comunicación Social en el CIS	2	Consulta el sistema Ambiente para la Administración y Manejo de Atenciones en Salud (AAMATES) para corroborar datos personales, Clave Única de Registro Poblacional (CURP) y si la persona solicitante cuenta con derechohabiencia ante el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) y/o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). ¿La persona solicitante cuenta con derechohabiencia del IMSS y/o del ISSSTE? No. Anota la leyenda "GRATUIDAD" en el formato SINBA. Pasa a la actividad 3. Si. Anota la leyenda "No Gratuidad" en el formato SINBA. Pasa a la actividad 3.	• Formato SINBA
Personal del Departamento de Comunicación Social en el CIS	3	Da de alta a la persona solicitante en el sistema electrónico institucional y anota el número de registro provisional en el formato SINBA.	• Formato SINBA
Personal del Departamento de Comunicación Social en el CIS.	4	Entrega el formato SINBA a la persona solicitante, le solicita corrobore sus datos y su firma autógrafa (manifestando bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos son correctos y verdaderos y de su condición de Gratuidad o No Gratuidad). ¿La persona solicitante acepta? No. Informa a la persona solicitante y termina procedimiento. TERMINA Si. Recibe el formato debidamente firmado. Pasa a la actividad 5.	• Formato SINBA
Personal del Departamento de Comunicación Social en el	5	Entrega a la persona solicitante la referencia médica y el formato SINBA sellado y firmado con número de registro provisional, y finalmente le indica se dirija al módulo del edificio de Consulta Externa.	• Formato SINBA



**4.1. Procedimiento para otorgar
preconsulta neuro-oftalmológica**

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
CIS.			
Personal del módulo de informes de Consulta Externa	6	Recibe en módulo de informes a la persona solicitante y le indica que acuda al Departamento de Neuro-Oftalmología para solicitar la evaluación inicial para la programación de su preconsulta.	
Personal administrativo del Departamento de Neuro-Oftalmología	7	Recibe en ventanilla a la persona solicitante, le solicita la referencia médica y la presenta al personal médico del servicio para su valoración. ¿El personal médico autoriza la preconsulta? No: Informa a la persona solicitante el motivo por el cual no es candidato a preconsulta. TERMINA Sí: Programa la cita de preconsulta en el sistema electrónico institucional. Pasa a la actividad 8.	• Cita de preconsulta de
Personal administrativo del Departamento de Neuro-Oftalmología	8	Entrega la cita de preconsulta a la persona solicitante y a su acompañante, informándole la fecha y hora programados y las indicaciones que debe seguir para presentarse el día de su cita. Finalmente le pide que previo a su preconsulta pase a la caja por su recibo de gratuidad o de pago según corresponda.	• Cita de preconsulta de
Personal administrativo del Departamento de Neuro-Oftalmología	9	Recibe en ventanilla de recepción a la persona solicitante y a su acompañante el día programado de preconsulta, le solicita la cita de preconsulta y el recibo de caja de gratuidad o de pago, según corresponda. ¿La persona solicitante presenta recibo de caja de gratuidad o de pago? No: Solicita a la persona solicitante y/ o acompañante acuda a la caja para solicitar el recibo de gratuidad o, en su caso, el recibo del pago correspondiente y regrese. Regresa a la actividad 9. Si: Recoge el recibo de caja de gratuidad o de pago, conserva la copia amarilla y devuelve la blanca a la persona solicitante o acompañante; le solicita espere en la sala a que sea llamado. Posteriormente coloca la hoja de cita en el estante de enfermería para que el personal de enfermería llame al paciente de acuerdo con la programación. Pasa a la actividad 10.	• Cita de preconsulta de
Personal de enfermería asignado a	10	Llama a la persona solicitante, la pasa al servicio y verifica su identidad conforme a la Acción Esencial de Seguridad del Paciente No. 1: <i>Identificación Correcta del Paciente</i> . Posteriormente, toma sus signos vitales	• Cita de preconsulta de

Handwritten signature and initials in blue ink.

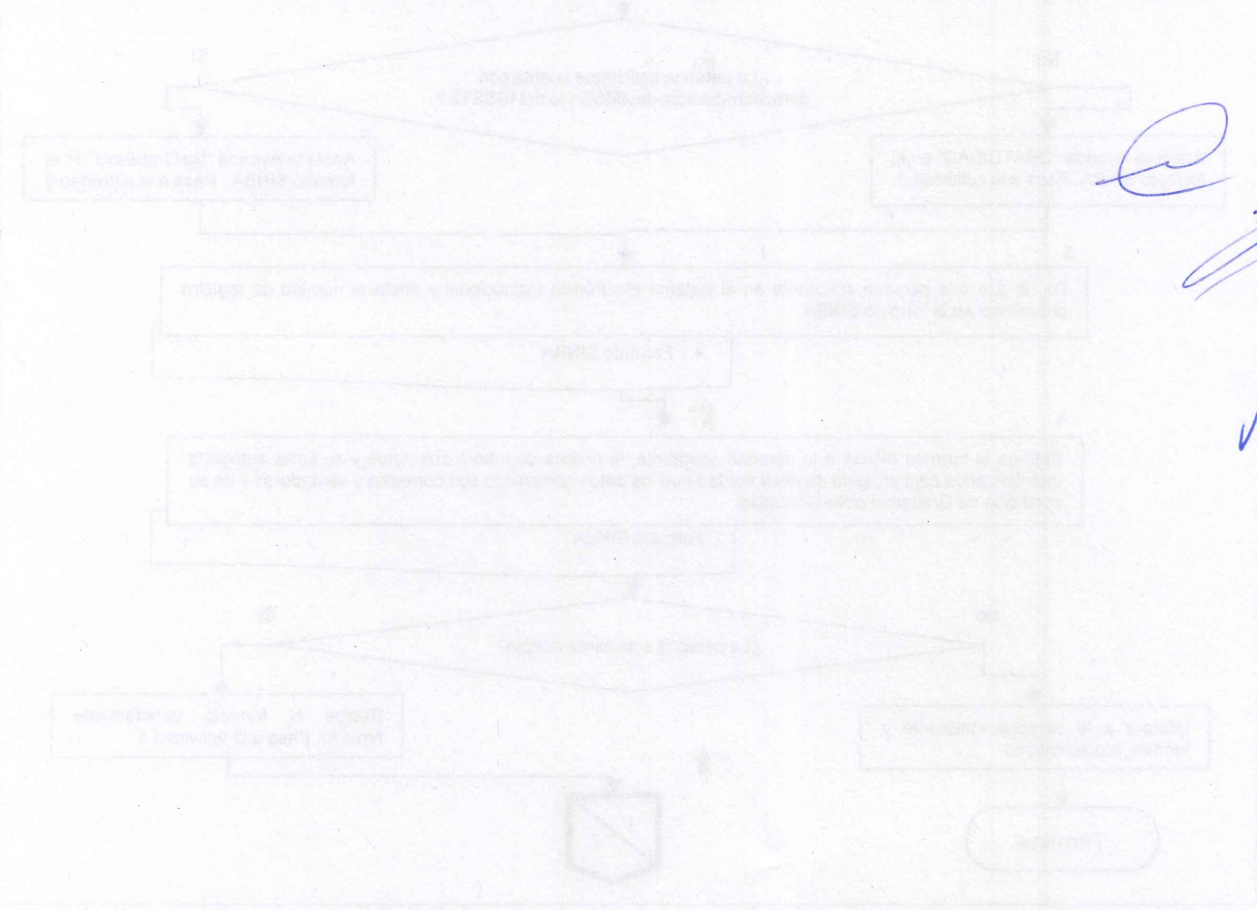


Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Neuro-Oftalmología		y registra los datos en la hoja de cita de preconsulta. Finalmente, le indica espere en la sala hasta ser llamado por el personal médico.	
Personal médico de Neuro-Oftalmología	11	<p>Pasa a la persona solicitante y a su acompañante al consultorio, se presenta, realiza las preguntas correspondientes, posteriormente hace la exploración física. Requisita la nota de preconsulta de neuro-oftalmología y determina:</p> <p>¿Requiere estudio de campimetría visual?</p> <p>No. Continúa valoración. Pasa a la actividad 13.</p> <p>Si. Pide a la persona solicitante espere en la sala a ser llamado y solicita al personal técnico de neuro-oftalmología la realización del estudio. Pasa a la actividad 12.</p>	
Personal técnico de Neuro-Oftalmología	12	Llama a la persona solicitante, lo pasa al cubículo de campimetría y verifica su identidad conforme a la Acción Esencial de Seguridad del Paciente No. 1: <i>Identificación Correcta del Paciente</i> . Realiza estudio de campimetría visual; posteriormente lo acompaña a la sala de espera y le pide espere a ser llamado nuevamente. Finalmente entrega resultados al personal médico tratante.	
Personal médico de Neuro-Oftalmología	13	<p>Continúa la valoración y determina:</p> <p>¿Se apertura expediente clínico?</p> <p>No: Informa a la persona solicitante sobre su padecimiento y los motivos por los cuales no es candidato para recibir atención en este Instituto. Captura el alta en la hoja de preconsulta en el sistema electrónico institucional. Elabora referencia médica para que, de acuerdo con su padecimiento, reciba atención médica en la institución de salud correspondiente.</p> <p>TERMINA</p> <p>Si: Informa a la persona solicitante sobre su padecimiento y que se le abrirá expediente para ser tratado como paciente en el Instituto. Pasa a la actividad 14.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de preconsulta • Formato hoja de referencia y contrarreferencia
Personal médico de Neuro-Oftalmología	14	Completa la hoja de preconsulta en el sistema electrónico institucional, elabora las solicitudes de estudio oftalmológico y lo acompaña con el personal administrativo de Neuro-Oftalmología para la	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de preconsulta

[Handwritten signatures and marks]

**4.1. Procedimiento para otorgar
preconsulta neuro-oftalmológica**

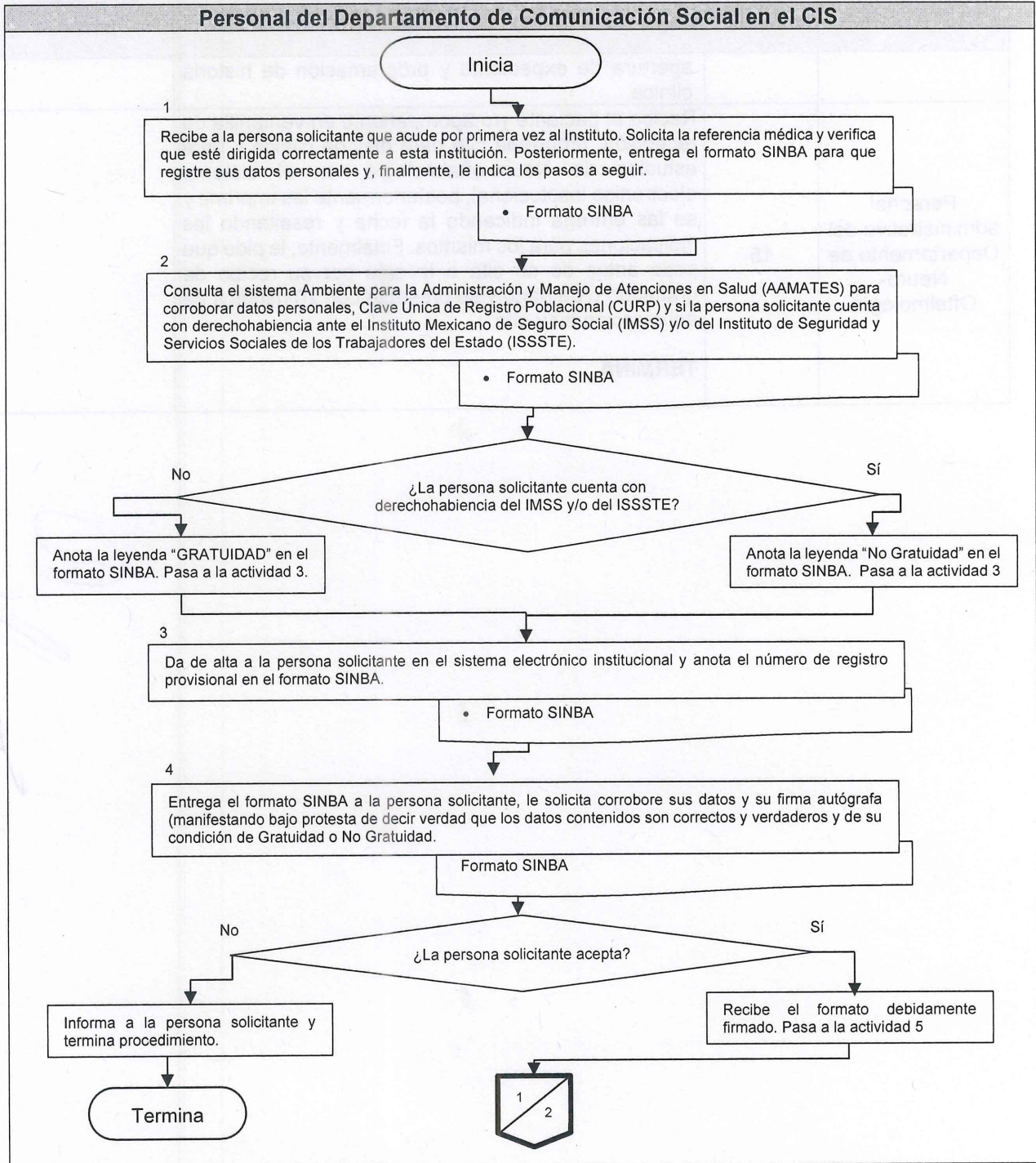
Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
		apertura de expediente y programación de historia clínica.	
Personal administrativo del Departamento de Neuro-Oftalmología	15	<p>Recibe al paciente y/o acompañante en ventanilla de recepción, programa cita para historia clínica y para estudios de Neuro-oftalmología, en el sistema electrónico institucional, posteriormente las imprime y se las entrega indicando la fecha y resaltando las indicaciones para los mismos. Finalmente, le pide que pase antes de su cita a la caja por su recibo de gratuidad o de pago y se presente con 20 minutos de anticipación a su cita.</p> <p>TERMINA</p>	



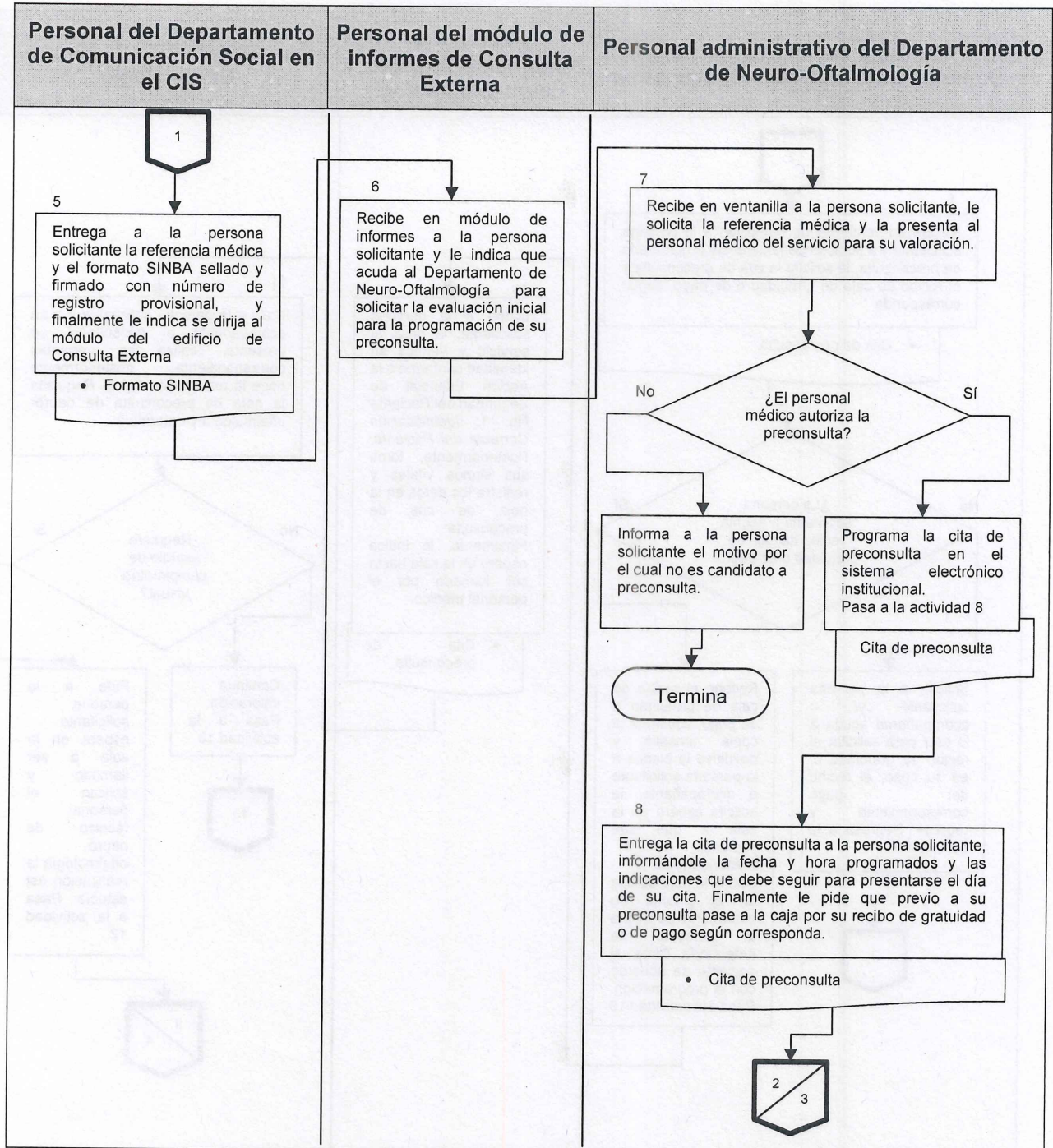
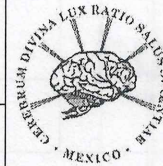
Handwritten blue ink marks and signatures on the right side of the page, including a large stylized signature and several scribbles.

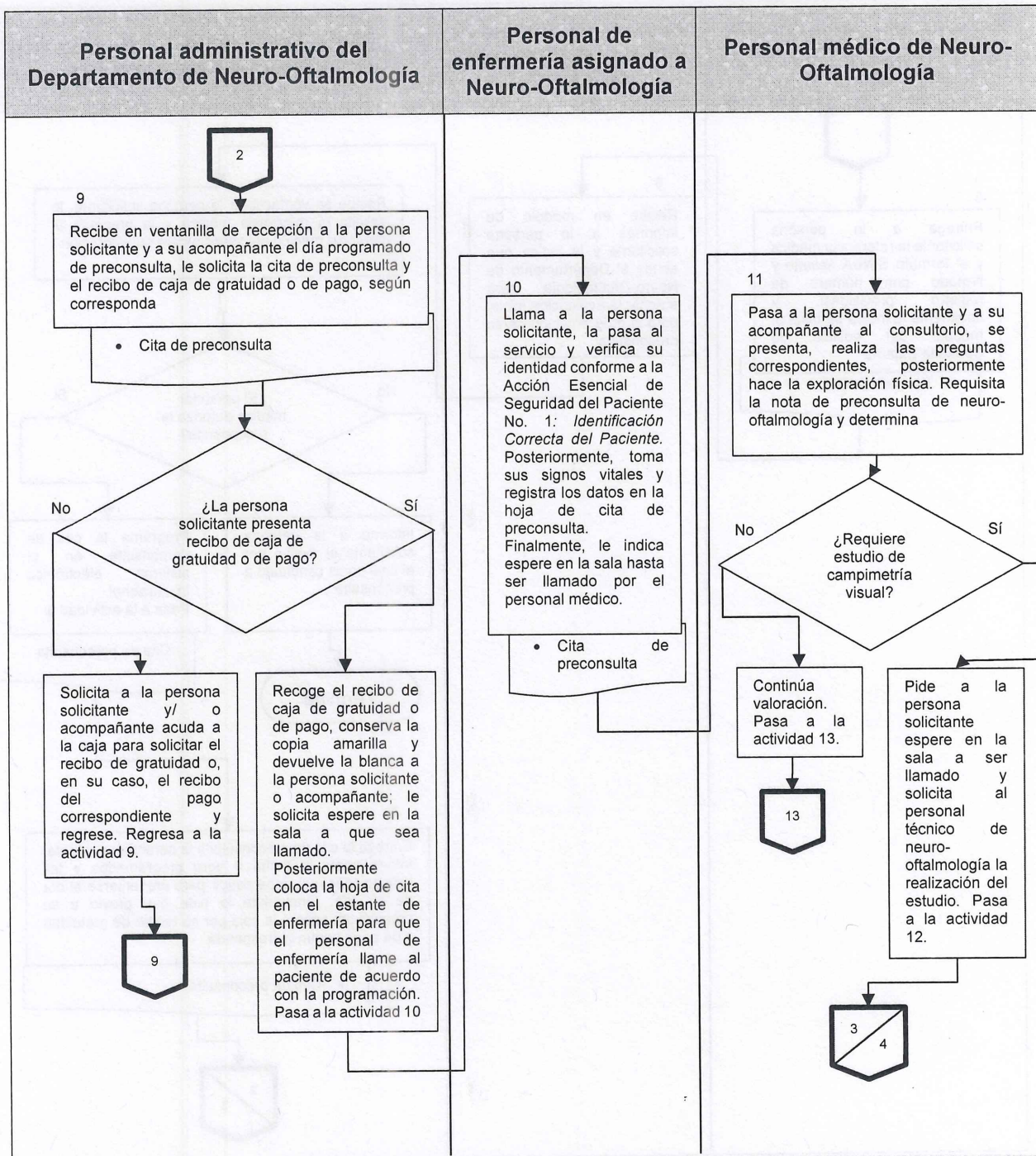


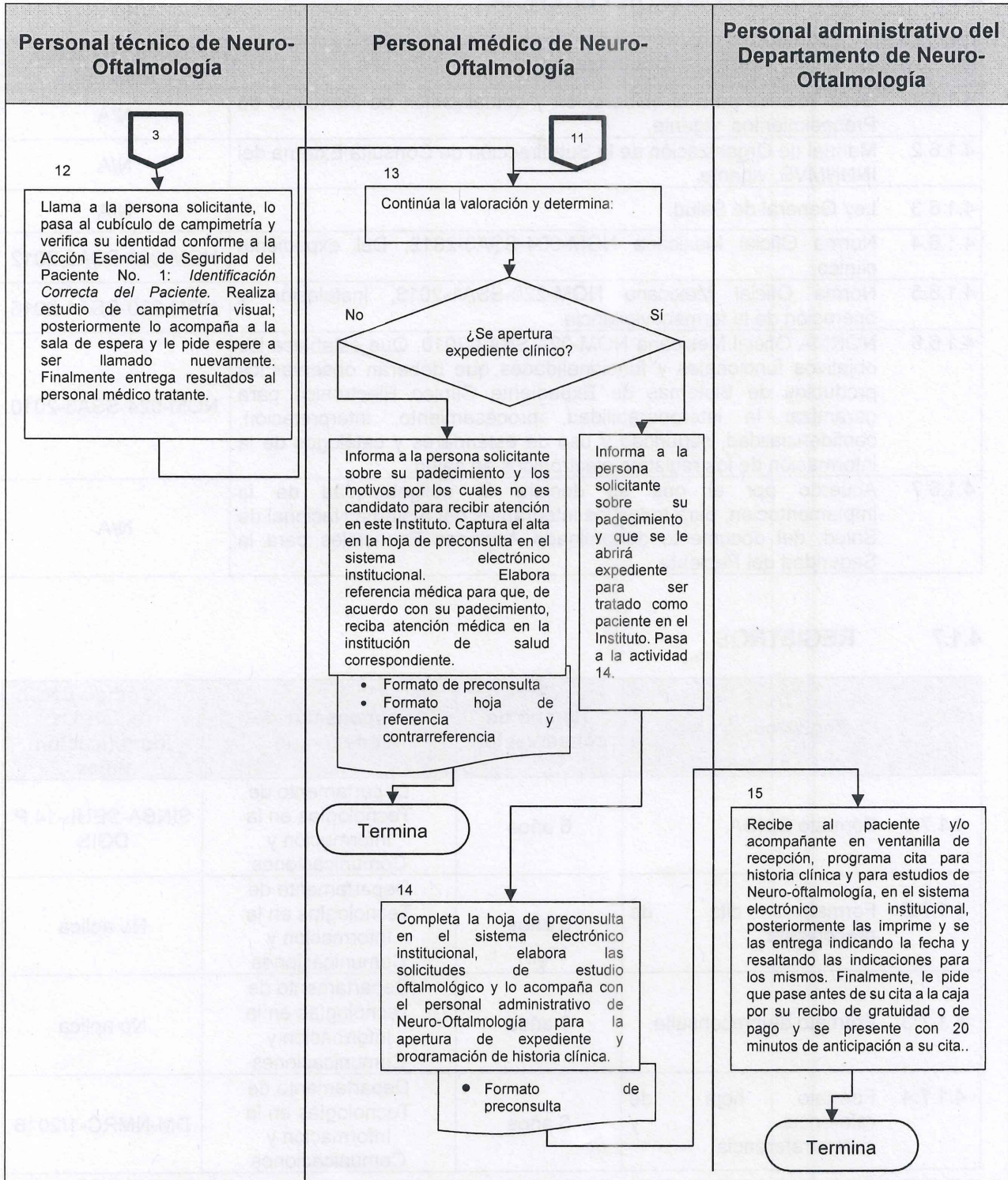
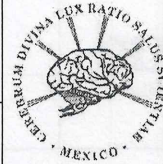
4.1.5. DIAGRAMA DE FLUJO



[Handwritten signatures and initials in blue ink]







4.1.6 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos		Código (cuando aplique)
4.1.6.1	Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos, vigente.	N/A
4.1.6.2	Manual de Organización de la Subdirección de Consulta Externa del INNNMVS, vigente.	N/A
4.1.6.3	Ley General de Salud.	N/A
4.1.6.4	Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	NOM-004-SSA3-2012
4.1.6.5	Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia.	NOM-220-SSA1-2016
4.1.6.6	NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010, Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud.	NOM-024-SSA3-2010
4.1.6.7	Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.	N/A

4.1.7 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.1.7.1 Formato SINBA.	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	SINBA-SEUL-14.P DGIS
4.1.7.2 Formato cita de preconsulta.	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica
4.1.7.3 Formato de preconsulta.	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica
4.1.7.4 Formato hoja de referencia y contrarreferencia.	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	DM-NMRC-1/2016

4.1.8 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

4.1.8.1	Acompañante: Persona que acude con el paciente y permanece con él durante su estancia en el Instituto, pudiendo o no ser familiar. Apoya al paciente con trámites de programación de citas y/o estudios y solicitud de recibos de caja.
4.1.8.2	Campimetría visual: Prueba oftalmológica que mide el campo visual, es decir, la extensión de lo que una persona puede ver sin mover los ojos. Se utiliza para detectar problemas visuales, como el glaucoma, y evaluar la salud del nervio óptico.
4.1.8.3	CIS: Centro Integral de Servicios del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.
4.1.8.4	Contrarreferencia: Procedimiento administrativo que se da cuando el personal médico tratante devuelve la responsabilidad de la atención médica de un paciente al centro de origen.
4.1.8.5	Expediente clínico: Conjunto de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, ópticos o magneto ópticos, en el cual, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias aplicables.
4.1.8.6	Hoja de preconsulta: Documento médico administrativo que el médico requisita al interrogar y explorar al paciente para determinar su estado de salud.
4.1.8.7	Hoja de referencia y contrarreferencia: Procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar en envío – referencia - regreso de pacientes con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad de acuerdo con su padecimiento y complejidad.
4.1.8.8	Paciente: Persona que recibe atención a la salud (de acuerdo con el glosario de términos aplicados a la seguridad del paciente de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud). Beneficiario(a) directo de la atención médica (de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012).
4.1.8.9	Persona solicitante: Persona que acude por primera vez al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez a solicitar una valoración de preconsulta.
4.1.8.10	Referencia: Procedimiento mediante el cual una vez resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento se retorna al paciente a la unidad operativa que lo refirió con el fin de que se lleve a cabo el control o seguimiento y continuar con la atención integral.

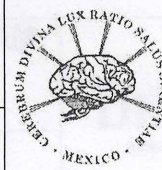
4.1.9 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
00	Febrero, 2026	Se crea el procedimiento por acciones de mejora.

✓

8

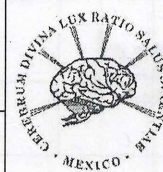
[Handwritten signature]




4.1.10 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 4.1.10.1 Formato SINBA.
- 4.1.10.2 Instructivo de llenado del formato SINBA.
- 4.1.10.3 Formato cita de preconsulta
- 4.1.10.4 Instructivo de llenado del formato cita de preconsulta
- 4.1.10.5 Formato de preconsulta
- 4.1.10.6 Instructivo de llenado de la hoja de preconsulta
- 4.1.10.7 Formato hoja de referencia y contrarreferencia
- 4.1.10.8 Instructivo de llenado del formato hoja de referencia y contrarreferencia

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



4.1.10.1 Formato SINBA



**INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y
NEUROCIROLOGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA**

FORMATO DE DATOS PERSONALES SINBA (15.03.2023)

LICENCIA SANITARIA N.º 04 AM/09/2012
SINBA-SEUL-14-P DC/8
DM-SCE-SINBA-1-2023

NÚMERO DE REGISTRO ⁽¹⁾ (Si cuenta con Carnet de este Instituto): _____

NOMBRE: _____ ⁽²⁾

FECHA DE NACIMIENTO ⁽³⁾ DD/MM/AAAA LUGAR DE NACIMIENTO: _____ ⁽⁴⁾
Día/Mes/Año Debe mencionar Estado y Localidad o en su caso Municipio y/o Alcaldía

CURP: _____ ⁽⁵⁾ SEXO: (H) ⁽⁶⁾ (M)

AFLIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: _____ ⁽⁷⁾

CANDIDATO A GRATUIDAD: ⁽⁸⁾ SI NO VERIFICADO EN PLATAFORMA AAMATES POR: _____ ⁽⁹⁾
Firmado por: _____ Núm Cédula: _____

REFERIDO POR: ⁽¹⁰⁾

RED DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA _____

INSTITUCIÓN PARTICULAR _____

OTROS CENTROS Y ASOCIACIONES _____

INSTITUTO/ EMPRESA CON CONVENIO (SUBROGADOS): _____

SIN REFERENCIA _____

EN CASO DE SER MEDICO PARTICULAR NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL: _____ ⁽¹¹⁾

¿SE CONSIDERA INDÍGENA? ⁽¹²⁾ ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ⁽¹³⁾ ¿CUÁL? _____

ESTADO CIVIL: _____ ⁽¹⁴⁾ OCUPACIÓN: _____ ⁽¹⁵⁾ ESCOLARIDAD: _____ ⁽¹⁶⁾

RELIGIÓN: _____ ⁽¹⁷⁾ TELÉFONO (1): _____ ⁽¹⁸⁾ TELÉFONO (2): _____

DIAGNÓSTICO DE ENVÍO: _____ ⁽¹⁹⁾

⁽²⁰⁾ TIPO DE LA VIALIDAD: _____ NOMBRE DE LA VIALIDAD: _____

NÚM. EXT.: _____ NÚM. INT.: _____ TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____

NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO O ALCALDÍA: _____

ENTIDAD FEDERATIVA: _____

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE LEGAL: _____ ⁽²¹⁾

FECHA DE NACIMIENTO: _____ TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ PARENTESCO: _____

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

4.1.10.2 Instructivo de llenado del formato SINBA

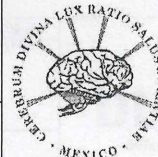
General	Este formato se debe llenar en el Expediente Clínico Electrónico por parte del personal administrativo que hace el registro de la persona solicitante. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Numero de registro: Anotar el número de expediente que se encuentra en el carnet del paciente.
(2)	Nombre: Anotar el nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(3)	Fecha de nacimiento: Anotar la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2026.
(4)	Lugar de nacimiento: Anotar el estado y localidad o en su caso municipio y/o alcaldía de la persona solicitante.
(5)	CURP: Anotar la CURP de la persona solicitante.
(6)	Sexo: Seleccionar el género con el que se identifica el paciente seleccionando uno de los dos recuadros de manera excluyente. Considerando H = Hombre, M = Mujer.
(7)	Afiliación a los servicios de salud: Anotar si la persona solicitante cuenta con algún servicio de salud.
(8)	Candidato a gratuidad: Seleccionar si o no cuenta con la gratuidad.
(9)	Verificado en plataforma AAMATES por: Anotar firma, fecha y número de cédula profesional del personal que hace la revisión de derechohabencia del paciente en la plataforma AAMATES.
(10)	Referido por: Anotar el nombre de la institución de salud que refiere a la persona solicitante a esta institución.
(11)	En caso de ser médico particular número de cédula profesional: Anotar el número de cédula profesional.
(12)	Se considera indígena: Seleccionar si o no.
(13)	Habla alguna lengua indígena: Seleccionar si o no.
(14)	Estado civil: Anotar el estado civil de la persona solicitante.
(15)	Ocupación: Anotar la ocupación de la persona solicitante.
(16)	Escolaridad: Anotar la escolaridad de la persona solicitante.
(17)	Religión: Anotar la religión de la persona solicitante.
(18)	Teléfono: Anotar el teléfono de la persona solicitante.
(19)	Diagnóstico de envío: Se indica el padecimiento por el cual fue referido a esta institución.
(20)	Domicilio: Anotar tipo de vialidad, nombre de la vialidad, numero exterior e interior, tipo de asentamiento, nombre del asentamiento, C.P., localidad, municipio o alcaldía, entidad federativa.
(21)	Nombre de la persona responsable legal: Anotar el nombre completo de la persona legalmente responsable del paciente, empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres, fecha de nacimiento, teléfono. Correo electrónico y parentesco con el paciente.



4.1.10.3 **Formato cita de preconsulta**

	DATOS DEL PACIENTE
	Sr./Sra.: (1) Fecha de Nac.: (2) Edad: (3) Sexo: (4) No. de Expediente: (5) COBERTURA PAGO PACIENTE (CAJA) / N3
CITA	RESIDENTE3 (6) NeuroOftalmología Cex(7) Preconsulta (8) Remitido por: NeuroOftalmología Cex / RESIDENTE3(9)
Fecha: (10)	Hora: (11) Consultorio:
Recomendaciones/Preparación previa:	
<ol style="list-style-type: none"> 1) Para confirmar su asistencia, debe presentar este comprobante de cita en el módulo de control de citas de consulta externa. Avisar si el paciente acude en silla de ruedas o camilla. 2) Para la toma de signos vitales, presentarse aseado y con ropa cómoda (blusa o playera de manga corta) 3) Por las características de la enfermedad neurológica, psiquiátrica y/o quirúrgica del(ia) paciente, es necesario acudir con un familiar mayor de edad que funja como responsable legal. 4) No es necesario que acuda en ayunas, no se permite consumir alimentos dentro de las instalaciones de consulta externa. 5) No traer menores de 15 años, no se les permite la entrada. 6) Si cuenta con estudios realizados como: Tomografía, Electroencefalograma, Laboratorios, Resonancia magnética, etc. debe traerlos el día de su consulta. 7) Debe acudir con disponibilidad de tiempo. Se sugiere NO hacer otro compromiso el día de su consulta debido a que realizará, trámites administrativos, consulta médica, otros. <p>*** DOCUMENTOS CON LOS QUE DEBE ACUDIR EL DIA DE SU CONSULTA ***</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Original y copia del acta de nacimiento del paciente 2. Original y copia de la credencial de elector del Paciente y Responsable Legal. 3. CURP del paciente 4. Copia del comprobante de domicilio donde vive el paciente: recibo de renta, luz, agua, teléfono o predial. 5. Copia del último comprobante de ingresos del paciente, responsable legal o del proveedor económico (recibo de nomina, recibo de honorarios). 6. Comprobar que no cuenta con servicios médicos del IMSS e ISSSTE. <p>Sus comprobantes puede obtenerlos por internet en los siguientes enlaces:</p> <p>(IMSS) imss.gob.mx/constancia-no-derechohabiencia (ISSSTE) oficinavirtual.issste.gob.mx/Servicios/Acreditacion-de-No-Afiliacion N O T A : SI TIENE ALGUNA DUDA DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, PASAR A TRABAJO SOCIAL. EN CASO DE NO CUMPLIR CON TODOS LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, NO PODRA CONTINUAR SUS TRAMITES.</p>	
Nota Médica:	
Verificar el nombre del paciente y la cita programada. Llegar 20 minutos antes de su cita (tenga en cuenta el tráfico en la CDMX). En caso de no llegar en el horario programado o no disponer de su recibo de pago, se cancelará su consulta. Acudir con un familiar. Si desea cambiar su cita, llame al teléfono (55) 5606-3622	
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA <MANUEL VELASCO SUÁREZ> - Lic. Sanitaria INNN 04 AM 0913012	

Handwritten signatures in blue ink.




4.1.10.4 **Instructivo de llenado del formato cita de preconsulta**


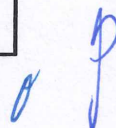
General	Este formato se debe llenar en el sistema electrónico por el personal administrativo que programa la cita. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables
(1)	Sr. o Sra.: Se refiere al nombre de la persona solicitante empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(2)	Fecha de nacimiento: Se refiere a la fecha de nacimiento de la persona solicitante en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(3)	Edad: Se refiere la edad de la persona solicitante en años cumplidos.
(4)	Sexo: Se marcar con una X si es hombre o mujer.
(5)	Número de expediente: Número de registro provisional.
(6)	Nombre del médico: Se anota el nombre completo del médico que realiza la solicitud.
(7)	Área: Servicio o área que otorga la preconsulta.
(8)	Tipo de cita: Preconsulta.
(9)	Remitido por: Se anota el nombre del médico solicitante.
(10)	Fecha: Se anota la fecha del día de la cita en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(11)	Hora: Se refiere la hora de la cita en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11)

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



4.1.10.5 Formato de preconsulta

	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04-AM 0913012	Fecha de elaboración: (1) 19/08/2025 Hora de elaboración: (2) 10:55 Nivel Socioeconómico: 6 (3)																																																
	Servicio: (4) NeuroOftalmología Cex Registro: 275647 (5) Tipo de Paciente: GRT (6) Nombre: (7) CABALLERO DOMINGUEZ MARIA GUAD Edad: 30 (8) Sexo: H (9) M X Fecha de Nac: (10) 12/12/1994																																																	
NEUROOFTALMOLOGÍA: PRE-CONSULTA Cama:																																																		
Procedencia: (11)																																																		
Solicita:																																																		
PA:																																																		
Antecedentes: (12) AHP: APNP: APP:																																																		
OFTALMOLOGICOS: (13)																																																		
Otros: (14)																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Agudez</td> <td>OD</td> <td><input type="text"/></td> <td>/</td> <td><input type="text"/></td> <td>cc</td> <td><input type="text"/></td> <td>/</td> <td><input type="text"/></td> <td>Reflejo corneal:</td> <td>OD</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Visual: (AV)</td> <td>OI</td> <td><input type="text"/></td> <td>/</td> <td><input type="text"/></td> <td>cc</td> <td><input type="text"/></td> <td>/</td> <td><input type="text"/></td> <td>V1</td> <td>OI</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Reflejos</td> <td>OD</td> <td><input type="text"/></td> <td></td> <td>PSC</td> <td>OD</td> <td><input type="text"/></td> <td>/</td> <td><input type="text"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>pupilares</td> <td>OI</td> <td><input type="text"/></td> <td></td> <td>(Ishihara)</td> <td>OI</td> <td><input type="text"/></td> <td>/</td> <td><input type="text"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Agudez	OD	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	cc	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Reflejo corneal:	OD	<input type="text"/>	Visual: (AV)	OI	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	cc	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	V1	OI	<input type="text"/>		Reflejos	OD	<input type="text"/>		PSC	OD	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>				pupilares	OI	<input type="text"/>		(Ishihara)	OI	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>		
Agudez	OD	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	cc	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Reflejo corneal:	OD	<input type="text"/>																																							
Visual: (AV)	OI	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	cc	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	V1	OI	<input type="text"/>																																							
	Reflejos	OD	<input type="text"/>		PSC	OD	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>																																									
	pupilares	OI	<input type="text"/>		(Ishihara)	OI	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>																																									
MOVILIDAD OCULAR: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																																																		
Fenómeno de Bell: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																																																		
PÁRPADOS Y ANEXOS: (15)																																																		
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																																																		
Exoftalmometría: Base: <input type="text"/> OD: <input type="text"/> OI: <input type="text"/>																																																		
www.inmusalud.gob.mx Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama 14269, México, Ciudad de México Tel. (55) 5606-3825 ext. 5004 Pág. 1																																																		



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

Fecha de elaboración: 19/08/2025
Hora de elaboración: 10:55
Nivel Socioeconómico: 6

Servicio: NeuroOftalmología Cex Registro: 275647 Tipo de Paciente: GRT
Nombre: CABALLERO DOMINGUEZ MARIA GUAD Edad: 30 Sexo: H M X Fecha de Nac: 02/12/1994

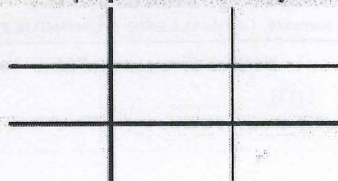
NISTAGMUS

Nistagmus Optokinético (NOK):

Reflejo Oculocefálico:

Signo de la desviación conjugada horizontal:

Prueba de Diptopia con lente Rojo en O.D.:



Presión intraocular: OD mm Hg
(PIO) OI mm Hg

ANGULO IRIDOCORNEAL:

SEGMENTO ANTERIOR: (16)

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

POLO POSTERIOR: (17)

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

FONDO DE OJO: (Midriasis)

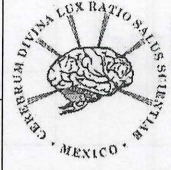
CAMPOS VISUALES

OD:

OI:

Dx campimétrico:

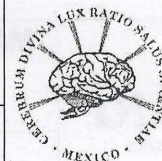
Handwritten signatures and initials in blue ink.



	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA		Fecha de elaboración: 19/08/2025
	MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Hora de elaboración: 10:55
Servicio: NeuroOftalmología Cex		Registro: 275647	Nivel Socioeconómico: 6
Nombre: CABALLERO DOMINGUEZ MARIA GUAD		Edad: 30	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		Fecha de Nac: 02/12/1994	Tipo de Paciente: GRT
INFORMACIÓN ADICIONAL: (18)		GLOSARIO DE ABREVIATURAS PA: padecimiento actual AHF: Heredo familiares APNP: Personales no patológicos APP: Personales patológicos AGO: gineco/obstétricos OD: Ojo Derecho OI: Ojo izquierdo AO: Ambos Ojos PSC: Prueba de sensibilidad color PIO: Presión intra ocular CAF: Camara anterior formada QPS: Queratopatía punteada Superficial TRL: Tiempo ruptura película Lagrimal FO: Fondo de Ojo Exc: Excavación NO: Nervio Óptico XT: Exotropia ET: Endotropia HIT: Hipertropia HT: Hipotropia ADD: Aducción ABD: Adducción FE: Función del elevador párpado AP: Apertura palpebral MRTI: Distancia margen reflejo	
DIAGNÓSTICO NEUROLÓGICO: (19)			
DIAGNOSTICO NEUROOFTALMOLÓGICO: (20)			
PLAN TERAPEUTICO Y COMENTARIOS: (21)			
MÉDICO QUE ELABORÓ (22)			
Firmado por: GONZALEZ OLHOVICH, IRENE 3182524 Ciudad de México, a 19/08/2025		MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO (23)	
		MÉDICO QUE SUPERVISO	
		Firmado por: GONZALEZ OLHOVICH, IRENE 3182524 Ciudad de México, a 19/08/2025	

P

[Handwritten signature]



4.1.10.6 **Instructivo de llenado de la hoja de preconsulta**

General	Este formato se debe llenar en el sistema electrónico por el personal médico que hace la valoración de preconsulta. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Fecha de elaboración: Se refiere a la fecha en la que se realiza la valoración de preconsulta, en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(2)	Hora de elaboración: Se refiere la hora en la que se realiza la valoración de preconsulta, en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11)
(3)	Nivel socioeconómico: Clave socioeconómica del 1 al 6 asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con el puntaje que arroja la entrevista del estudio socioeconómico.
(4)	Servicio: Se refiere al servicio que realiza la preconsulta.
(5)	Registro: Número de registro institucional con el que se identifica de la persona solicitante y su expediente clínico.
(6)	Tipo de paciente: Gratuidad o no gratuidad asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con la revisión de su derechohabencia en la plataforma AAMATES.
(7)	Nombre: Nombre completo de la persona solicitante empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres
(8)	Edad: Se refiere a la edad de la persona solicitante.
(9)	Sexo: Marcar con una X si es hombre o mujer la persona solicitante.
(10)	Fecha de nacimiento: Anotar la fecha de nacimiento de la persona solicitante en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa), ej. 06/02/2024
(11)	Procedencia: Nombre del servicio que refiere de la persona solicitante.
(12)	Antecedentes: Se anota el resumen de los antecedentes médicos y los estudios previos de la persona solicitante
(13)	Oftalmológicos: Antecedentes oftalmológicos familiares.
(14)	Otros: Incluir antecedentes de enfermedades sistémicas.
(15)	Párpados y anexos: Descripción de hallazgos en exploración.
(16)	Segmento anterior: Descripción de hallazgos en exploración.
(17)	Polo posterior: Descripción de hallazgos en exploración.
(18)	Información adicional: Anotar cualquier otra información que se considere importante sobre su padecimiento.
(19)	Diagnóstico neurológico: Anotar la patología neurológica por la que es paciente del Instituto.
(20)	Diagnóstico Neuro oftalmológico: Describir el diagnóstico por el que se está tratando en el departamento de Neuro-oftalmología.
(21)	Plan terapéutico y comentarios: Anotar el tratamiento y frecuencia de seguimiento que se le dará la persona solicitante.
(22)	Médico que elaboró: Se anota el nombre del personal médico que realiza la valoración de la persona solicitante en preconsulta.
(23)	Médico que supervisó: Nombre y firma del personal médico adscrito que supervisa la actividad médica de la persona solicitante.

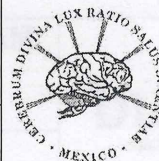
[Handwritten signatures and initials in blue ink]



4.1.10.7 Formato hoja de referencia y contrarreferencia

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA	
MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012	
(1) Nivel Socioeconómico <input type="text" value="1"/>	
Servicio: <input type="text" value="Cognición y Conducta Cex"/>	Registro: <input type="text" value="110029"/>
Nombre: <input type="text" value="PULIDO ZEPEDA MARIA GUADALUPE"/>	Edad: <input type="text" value="61"/> Fecha de Nac: <input type="text" value="01/01/1960"/>
Sexo: <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X	
Teléfono 1: <input type="text" value="5553412572"/>	Teléfono 2: <input type="text" value="54455673"/>
DM-NMRC-1/2016	
REFERENCIA - CONTRARREFERENCIA DE PACIENTE	
(2) Marque con una "X" si se trata de: Referencia <input type="checkbox"/> Contrarreferencia <input type="checkbox"/>	
DATOS DE LA UNIDAD DE REFERENCIA O CONTRARREFERENCIA	
Tipo de unidad Médica: Privada <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> SSA <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	
(3) Institución: <input type="text" value="FUNDACIÓN BEST A.C."/>	
Dirección: (4) <input type="text" value="DIR: Alemania numero 10 Col. Independencia, Del. Benito Juárez, Ciudad de México., C.P. 03630"/>	
<input type="text" value="TEL: 01 800 911 6666"/>	
MOTIVO DE ENVÍO	
Motivo del envío (5) <input type="text" value="Alta Médica Institucional"/>	
Especificar: (6) <input type="text" value="VZXVZX"/>	
(7) RESUMEN CLÍNICO (SIN ABREVIATURAS)	
Padecimiento actual, estudios de laboratorio y gabinete, imagenología, diagnóstico, tratamiento, evolución pronóstico y seguimiento	
<input type="text" value="ZVZCV"/>	
(8) El caso es urgente: <input type="text" value="SI"/>	
OBSERVACIONES: (9) <input type="text" value="XC<ZCZXC"/>	
Firmado por: <input type="text" value="SM SM SM"/> Ciudad de México a <input type="text" value="15/05/2021"/>	MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO
(10) Nombre completo del médico, cédula y firma ELABORÓ	Firmado por: a Núm Cédula: (11)
	Nombre completo del médico, cédula y firma AUTORIZÓ
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

Handwritten signatures and initials in blue ink.



4.1.10.8 **Instructivo de llenado del formato hoja de referencia y contrarreferencia**

General	Este formato debe ser llenado de forma completa y correcta por el personal médico en el sistema electrónico institucional, evitando el uso de abreviaturas. Se imprime en original y copia, el original para el paciente y la copia para la unidad médica a la que se envía la referencia. El documento queda archivado en el expediente clínico electrónico del paciente en este Instituto.
(1)	Nivel socioeconómico, Servicio, Registro, Sexo, Nombre, Edad, Fecha de Nacimiento, Teléfono 1, Teléfono 2: Estos campos se llenan de forma automática por el sistema al ingresar el número de registro del paciente. Verificar que sea el paciente correcto.
(2)	Marque con una "X" si se trata de: Marcar el campo correspondiente a la institución que se refiere al paciente de acuerdo con su patología.
(3)	Institución: Seleccionar de la lista desplegable la más cercana al domicilio del paciente. En caso de no encontrar disponible una opción, seleccionar "Otras Unidades Médicas".
(4)	Dirección: Se completará de forma automática con la dirección de la institución seleccionada, en caso de no completarse, rellenar el espacio con la dirección de la unidad correspondiente.
(5)	Motivo del Envío: Seleccionar de las opciones desplegables la que corresponda al paciente en específico.
(6)	Especificar: Especificar porqué se refiere.
(7)	Resumen clínico: Elaborar resumen del caso en cuestión con los lineamientos mínimos que marca la NOM-004 del expediente clínico.
(8)	El caso es Urgente: Seleccionar la opción SI o NO.
(9)	Observaciones: Incluir cualquier observación pertinente.
(10)	Nombre completo del médico, cédula y firma elaboró: Nombre completo, número de cédula profesional y al momento de imprimir el formato, la firma autógrafa del personal médico que elabora la referencia.
(11)	Nombre completo del médico, cédula y firma autorizó: Debe ser firmado de manera autógrafa por el Titular de la Subdirección de Consulta Externa, personal jefe de servicio, encargado, equivalente o superior jerárquico.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]



Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
NEURO-OFTALMOLOGÍA**

**4.2. Procedimiento para la realización de
historia clínica a pacientes admitidos
para atención médica de Neuro-
Oftalmología**



Página
43 de 146

**4.2 PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA A
PACIENTES ADMITIDOS PARA ATENCIÓN MÉDICA DE NEURO-
OFTALMOLOGÍA**

 <p>Salud Secretaría de Salud</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE NEURO-OFTALMOLOGÍA</p> <p align="center">4.2. Procedimiento para la realización de historia clínica a pacientes admitidos para atención médica de Neuro- Oftalmología</p>		<p align="right">Página 44 de 146</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

4.2.1. PROPÓSITO

Realizar la historia clínica para la apertura de expediente de pacientes admitidos para recibir atención médica de Neuro-Oftalmología.

4.2.2. ALCANCE

4.2.2.1 Alcance Interno: Participa el personal de salud del Departamento de Neuro-Oftalmología responsable de la realización de la historia clínica de los pacientes; el personal administrativo de recepción de Neuro-Oftalmología que recibe al paciente, programa historias clínicas, citas y estudios; el personal del Departamento de Control y Referencia de Pacientes que programa citas y estudios; los Departamentos de Archivo Clínico y de Tecnologías en la Información y Comunicaciones en el control y resguardo de los expedientes clínicos.

4.2.2.2 Alcance Externo: No aplica.

4.2.3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

4.2.3.1. El Departamento de Neuro-Oftalmología realizará historias clínicas de martes a viernes dentro del horario estipulado en la agenda anual, exceptuando los días feriados oficiales y los días no laborales del Instituto.

4.2.3.2. La persona titular del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de planear y coordinar en conjunto con la persona titular de la Subdirección de Consulta Externa, las actividades para otorgar atención médica de Neuro-Oftalmología.

4.2.3.3. Los requisitos para la realización de historia clínica por el Departamento de Neuro-Oftalmología son:

- Contar con la hoja de preconsulta con valoración inicial del Departamento de Neuro-Oftalmología.
- Presentar el recibo de caja de gratuidad o de pago por el concepto de historia clínica.
- Acudir con un acompañante.

4.2.3.4. El personal administrativo del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de verificar que el paciente cumpla con los requisitos 4.2.3.3 para realizar la historia clínica o, en caso contrario, reprogramar la cita.

4.2.3.5. El personal médico del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable hacer el correcto llenado del formato de historia clínica en el expediente clínico electrónico, registrar su nombre completo, cédula profesional y firma electrónica.

4.2.3.6. El personal médico del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de informar de forma clara al paciente y acompañante sobre su diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento y cuidados en el hogar.

4.2.3.7. El personal médico del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de elaborar la receta médica con las características y elementos que indica la normativa, explicar al

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



paciente y acompañante las indicaciones del tratamiento como dosis, horarios y fecha de inicio y término.

4.2.3.8. El personal médico adscrito del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de verificar el correcto llenado de los formatos del expediente clínico electrónico y registrar su nombre completo, cédula profesional y firma electrónica.

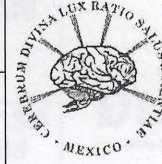
4.2.3.9. El personal administrativo del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de entregar al término de la consulta, el expediente clínico al Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística.

o

o

o

p



4.2.4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal del Departamento de Comunicación Social asignado al módulo de informes de Consulta Externa	1	Recibe al paciente y al acompañante en el módulo de informes de consulta externa, les indica se dirijan a la recepción de Neuro-Oftalmología en el primer piso del edificio de consulta externa.	
Personal administrativo del Departamento de Neuro-Oftalmología	2	Recibe al paciente y acompañante, le solicita su cita de historia clínica y la verifica en el sistema electrónico institucional.	• Cita de historia clínica
Personal administrativo del Departamento de Neuro-Oftalmología	3	Solicita el recibo de caja por concepto de historia clínica. ¿El paciente presenta el recibo de caja por concepto de historia clínica? No. Entrega hoja de cita de historia clínica al acompañante y le pide acuda a caja a solicitar su recibo de gratuidad o de pago y regrese. Pasa a la actividad 4. Si. Conserva la copia del recibo de caja. Pasa a la actividad 4.	• Cita de historia clínica
Personal administrativo del Departamento de Neuro-Oftalmología	4	Solicita al paciente y acompañante esperen en la sala a ser llamados. Posteriormente coloca la hoja de cita en el estante de enfermería para que el personal de enfermería llame al paciente de acuerdo con la programación.	
Personal de enfermería asignado al Departamento de Neuro-Oftalmología	5	Llama al paciente, lo pasa al servicio y verifica su identidad conforme a la Acción Esencial de Seguridad del Paciente No. 1: <i>Identificación Correcta del Paciente</i> . Posteriormente, toma sus signos vitales y registra los datos en la hoja de cita de historia clínica. Finalmente, le indica espere en la sala hasta ser llamado por el personal médico.	• Cita de historia clínica
Personal médico del Departamento de Neuro-Oftalmología	6	Pasa al paciente y acompañante al consultorio, realiza las preguntas correspondientes, la exploración física y elabora la historia clínica. Posteriormente elabora la receta médica y explica al paciente sobre su padecimiento y el plan de tratamiento.	• Historia clínica • Receta médica

(Handwritten blue ink marks and signatures)



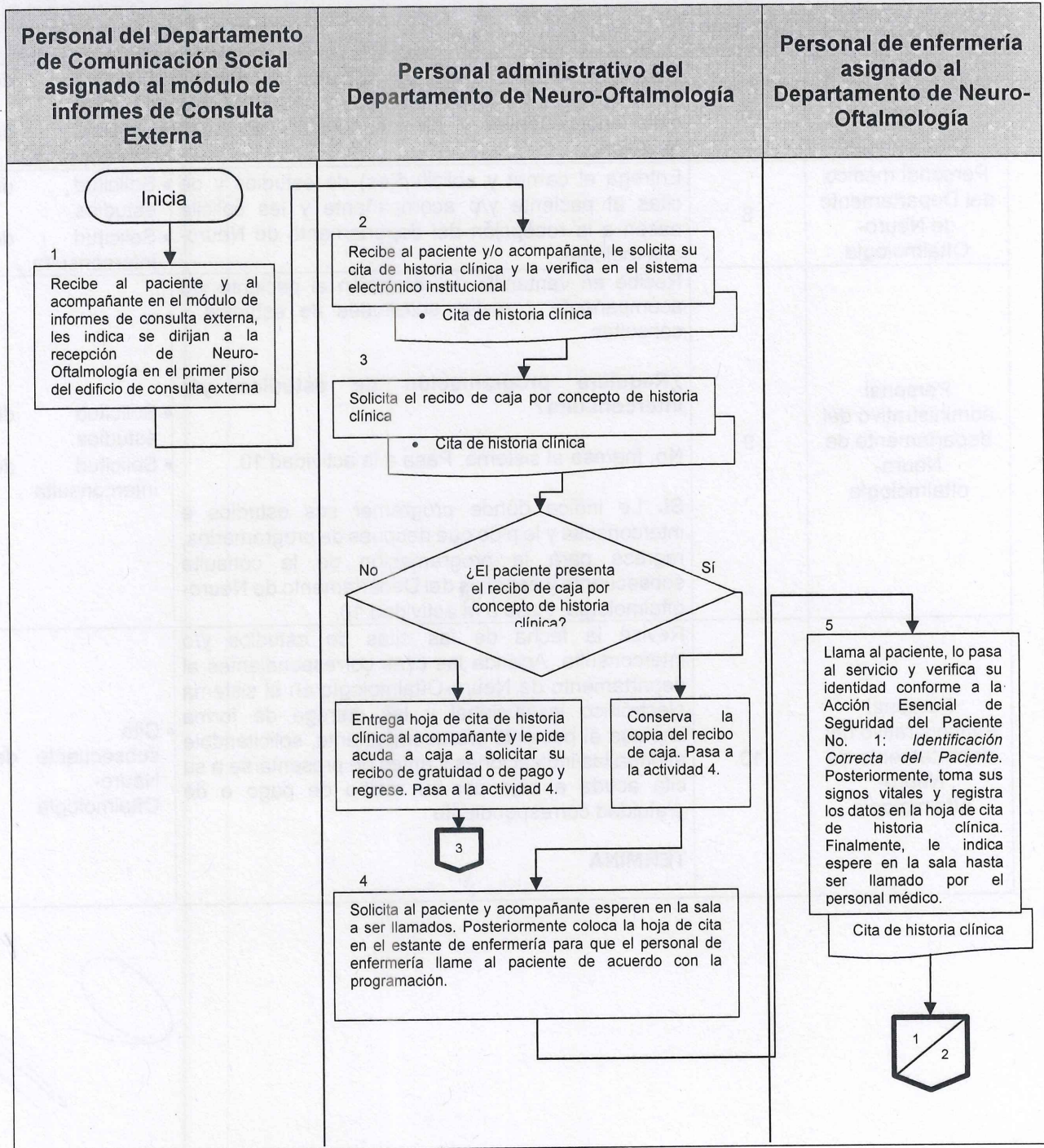
Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal médico del Departamento de Neuro-Oftalmología	7	Requisita las solicitudes de estudios necesarios como apoyo al diagnóstico, anota en carnet la o las citas subsecuentes y de interconsulta en caso necesario.	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de estudios. • Solicitud de interconsulta
Personal médico del Departamento de Neuro-Oftalmología	8	Entrega el carnet y solicitud(es) de estudios y de citas al paciente y/o acompañante y les solicita pasen a la recepción del departamento de Neuro-oftalmología.	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de estudios. • Solicitud de interconsulta.
Personal administrativo del departamento de Neuro-oftalmología	9	<p>Recibe en ventanilla de recepción al paciente y/o acompañante y revisa solicitudes de estudios y consultas.</p> <p>¿Requiere programación de estudios y/o interconsulta?</p> <p>No. Ingresa al sistema. Pasa a la actividad 10.</p> <p>Si. Le indica dónde programar sus estudios e interconsulta y le pide que después de programarlos, regrese para la programación de la consulta subsecuente y estudios del Departamento de Neuro-oftalmología. Pasa a la actividad 10.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de estudios. • Solicitud de interconsulta
Personal administrativo del departamento de Neuro-oftalmología	10	<p>Revisa la fecha de las citas de estudios y/o interconsulta. Agenda las citas correspondientes al departamento de Neuro-Oftalmología en el sistema electrónico institucional y las entrega de forma impresa al paciente y/o acompañante, solicitándole atienda las indicaciones y antes de presentarse a su cita acuda a caja por su recibo de pago o de gratuidad correspondiente.</p> <p>TERMINA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cita subsecuente de Neuro-Oftalmología

↓

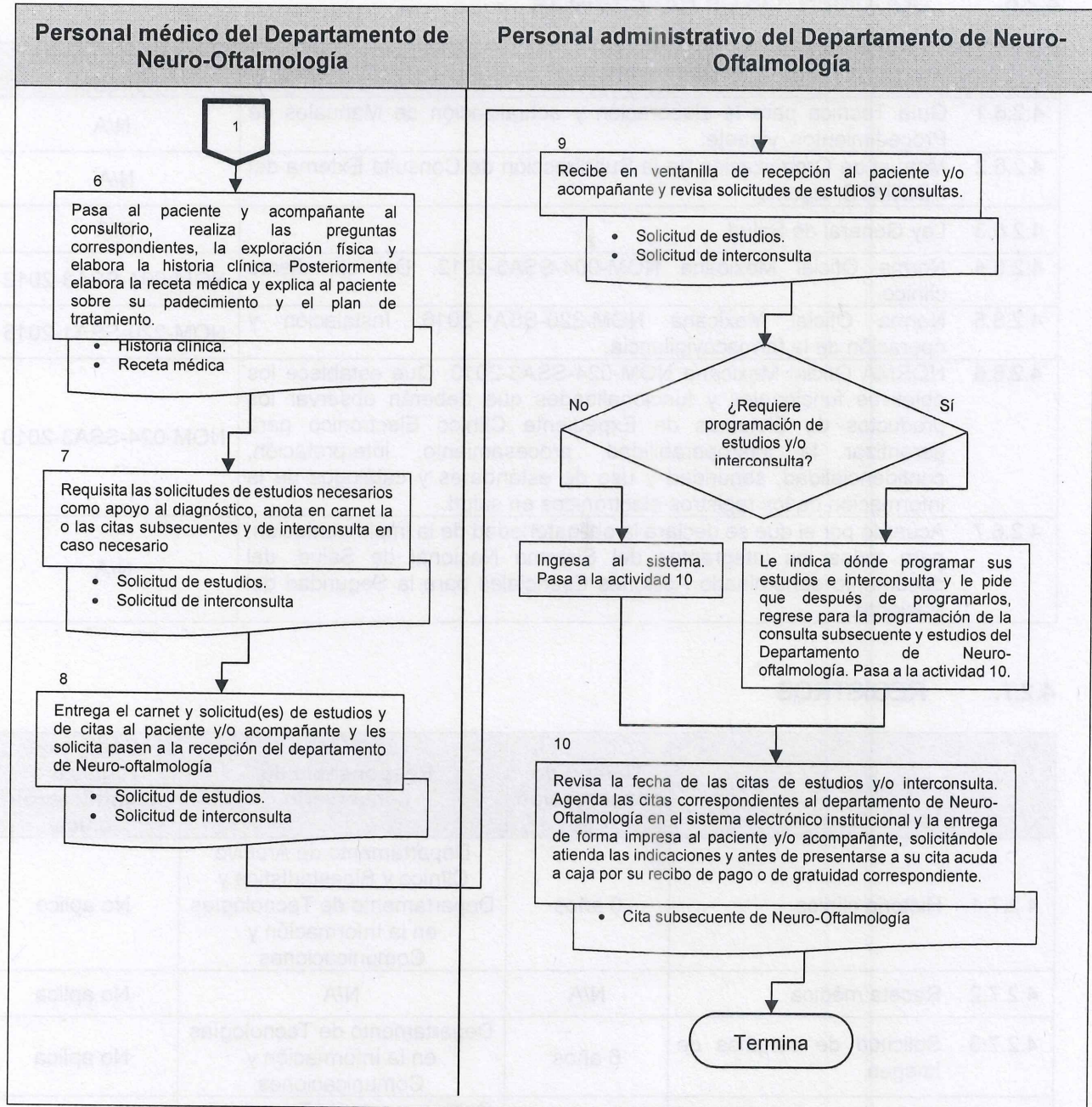
[Handwritten signature]



4.2.5. DIAGRAMA DE FLUJO



Handwritten signatures and initials in blue ink.




4.2.6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
4.2.6.1 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos, vigente.	N/A
4.2.6.2 Manual de Organización de la Subdirección de Consulta Externa del INNNMVS, vigente.	N/A
4.2.6.3 Ley General de Salud.	N/A
4.2.6.4 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	NOM-004-SSA3-2012
4.2.6.5 Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia.	NOM-220-SSA1-2016
4.2.6.6 NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010, Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud.	NOM-024-SSA3-2010
4.2.6.7 Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.	N/A

4.2.7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.2.7.1 Historia clínica	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística y Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica
4.2.7.2 Receta médica	N/A	N/A	No aplica
4.2.7.3 Solicitud de estudios de imagen	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica
4.2.7.4 Solicitud de estudios de laboratorio	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica
4.2.7.5 Solicitud de interconsulta	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica



Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.2.7.6 Cita de consulta de subsecuente	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica

4.2.8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

4.2.8.1	Acompañante: Persona que acompaña al paciente durante su estancia en el Instituto, pudiendo o no ser familiar. Apoya al paciente en trámites de programación de citas y estudios y solicitud de recibos de caja.
4.2.8.2	Historia clínica: Documento médico administrativo que el médico requisita al interrogar y explorar al paciente para determinar su estado de salud.
4.2.8.3	Paciente: Persona que recibe atención a la salud (de acuerdo con el glosario de términos aplicados a la seguridad del paciente de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud). Beneficiario(a) directo de la atención médica (de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012).
4.2.8.4	Persona 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 apoya en la toma de decisiones en beneficio del paciente.
4.2.8.5	Personal médico: Profesional de la salud con categoría de médico especialista que durante las horas de jornada laboral tiene bajo su responsabilidad el diagnóstico, tratamiento y prevención del daño de los pacientes a su cargo.
4.2.8.6	Prueba de agudeza visual: Examen que se realiza para conocer la capacidad visual del paciente.

4.2.9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Febrero, 2026	Se crea el procedimiento por acciones de mejora.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



4.2.10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 4.2.10.1 Formato de historia clínica.
- 4.2.10.2 Instructivo de llenado del formato de historia clínica.
- 4.2.10.3 Formato de receta médica.
- 4.2.10.4 Instructivo de llenado del formato de receta médica.
- 4.2.10.5 Formato de solicitud de estudios de imagen.
- 4.2.10.6 Instructivo de llenado del formato solicitud de estudios de imagen.
- 4.2.10.7 Formato solicitud de estudios de laboratorio.
- 4.2.10.8 Instructivo de llenado del formato solicitud de estudios de laboratorio.
- 4.2.10.9 Formato de solicitud de interconsulta.
- 4.2.10.10 Instructivo de llenado del formato de solicitud de interconsulta.
- 4.2.10.11 Formato cita de consulta subsecuente.
- 4.2.10.12 Instructivo de llenado del formato cita de consulta subsecuente.

4.2.10.1	Formato de historia clínica.	
4.2.10.2	Instructivo de llenado del formato de historia clínica.	
4.2.10.3	Formato de receta médica.	
4.2.10.4	Instructivo de llenado del formato de receta médica.	
4.2.10.5	Formato de solicitud de estudios de imagen.	
4.2.10.6	Instructivo de llenado del formato solicitud de estudios de imagen.	
4.2.10.7	Formato solicitud de estudios de laboratorio.	
4.2.10.8	Instructivo de llenado del formato solicitud de estudios de laboratorio.	
4.2.10.9	Formato de solicitud de interconsulta.	
4.2.10.10	Instructivo de llenado del formato de solicitud de interconsulta.	
4.2.10.11	Formato cita de consulta subsecuente.	
4.2.10.12	Instructivo de llenado del formato cita de consulta subsecuente.	

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

CARGOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO		



Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
NEURO-OFTALMOLOGÍA**

**4.2. Procedimiento para la realización de
historia clínica a pacientes admitidos
para atención médica de Neuro-
Oftalmología**



Página
53 de 146

4.2.10.1 Formato de historia clínica

	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012	Fecha de elaboración: (1) <input type="text" value="19/08/2025"/> Hora de elaboración: (2) <input type="text" value="10:55"/> Nivel Socioeconómico: <input type="text" value="6"/> (3)																																																
	Servicio(4) <input type="text" value="NeuroOftalmología Cex"/> Registro: <input type="text" value="5275647"/> Nombre(7) <input type="text" value="CABALLERO DOMINGUEZ MARIA GUAD"/> Edad: <input type="text" value="30"/> (8) Sexo: <input type="checkbox"/> H (9) <input checked="" type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> X Fecha de Nac: <input type="text" value="02/12/1994"/> (10)	Tipo de Paciente: <input type="text" value="GRT"/> (6)																																																
NEUROOFTALMOLOGÍA: <input type="text" value="HISTORIA CLÍNICA"/> Cama: <input type="text"/>																																																		
Procedencia: (11) <input type="text"/>																																																		
Solicita: <input type="text"/>																																																		
PA: <input type="text"/>																																																		
Antecedentes: (12)																																																		
AHP: <input type="text"/>																																																		
APNP: <input type="text"/>																																																		
APP: <input type="text"/>																																																		
OFTALMOLOGICOS: (13) <input type="text"/>																																																		
Otros: (14) <input type="text"/>																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Agudez</td> <td style="width: 5%;">OD</td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 5%;">/</td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 5%;">cc</td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 5%;">/</td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 20%;">Reflejo corneal:</td> <td style="width: 5%;">OD</td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Visual: (AV)</td> <td>OI</td> <td><input type="text"/></td> <td>/</td> <td><input type="text"/></td> <td>cc</td> <td><input type="text"/></td> <td>/</td> <td><input type="text"/></td> <td>V1</td> <td>OI</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Reflejos</td> <td>OD</td> <td><input type="text"/></td> <td colspan="2">PSC</td> <td>OD</td> <td><input type="text"/></td> <td>/</td> <td><input type="text"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">pupilares</td> <td>OI</td> <td><input type="text"/></td> <td colspan="2">(Ishihara)</td> <td>OI</td> <td><input type="text"/></td> <td>/</td> <td><input type="text"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			Agudez	OD	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	cc	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Reflejo corneal:	OD	<input type="text"/>	Visual: (AV)	OI	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	cc	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	V1	OI	<input type="text"/>	Reflejos		OD	<input type="text"/>	PSC		OD	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>			pupilares		OI	<input type="text"/>	(Ishihara)		OI	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>		
Agudez	OD	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	cc	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Reflejo corneal:	OD	<input type="text"/>																																							
Visual: (AV)	OI	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	cc	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	V1	OI	<input type="text"/>																																							
Reflejos		OD	<input type="text"/>	PSC		OD	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>																																									
pupilares		OI	<input type="text"/>	(Ishihara)		OI	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>																																									
MOVILIDAD OCULAR: <input type="text"/> Fenómeno de Bell: <input type="text"/>																																																		
PÁRPADOS Y ANEXOS (15) <input type="text"/>																																																		
Exoftalmometría: Base: <input type="text"/> OD: <input type="text"/> OI: <input type="text"/>																																																		

P

[Handwritten signature]



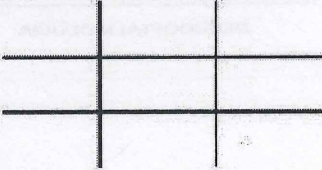
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
 Lic. Sanitaria 04 AM 0913012

Fecha de elaboración: 19/08/2025
 Hora de elaboración: 10:55
 Nivel Socioeconómico: 6

Servicio: NeuroOftalmología Cex Registro: 275647 Tipo de Paciente: GRT
 Nombre: CABALLERO DOMINGUEZ MARIA GUAD/Edad: 30 Sexo: H M X Fecha de Nac: 02/12/1994

NISTAGMUS
 Nistagmus Optokinético (NOK): _____
 Reflejo Oculocefálico: _____
 Signo de la desviación conjugada horizontal: _____

Prueba de Diplopia con lente Rojo en O.D.:



ANGULO IRIDOCORNEAL: _____

Presión intraocular: OD _____ m m Hg
 (P I O) OI _____ m m Hg

SEGMENTO ANTERIOR: (16)
 OJO DERECHO _____ OJO IZQUIERDO _____

POLO POSTERIOR: (17)
 OJO DERECHO _____ OJO IZQUIERDO _____

FONDO DE OJO: (Midriasis) --- _____

CAMPOS VISUALES (19)
 OD: _____
 OI: _____
 Dx campimétrico: _____

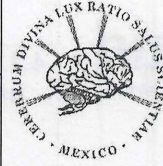
www.inn.salud.gob.mx Inaugurado Sur-39877, Col. La Fama 14259, México, Ciudad de México Tel. (55) 5006-3602 ext. 2004 Pág. 2



Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
NEURO-OFTALMOLOGÍA**


**4.2. Procedimiento para la realización de
historia clínica a pacientes admitidos
para atención médica de Neuro-
Oftalmología**



Página
55 de 146

	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA		Fecha de elaboración: 19/08/2025
	MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Hora de elaboración: 10:55
Servicio: NeuroOftalmología Cex		Registro: 275647	Nivel Socioeconómico: 6
Nombre: CABALLERO DOMINGUEZ MARIA GUAD		Edad: 30	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X
		Fecha de Nac: 02/12/1994	Tipo de Paciente: GRT
INFORMACIÓN ADICIONAL: (20)		GLOSARIO DE ABREVIATURAS PA: padecimiento actual AHF: Heredo familiares APNP: Personales no patológicos APP: Personales patológicos AGO: ginecolobstétricos OD: Ojo Derecho OI: Ojo izquierdo AO: Ambos Ojos PSC: Prueba de sensibilidad color PIO: Presión intra ocular CAF: Cam ara anterior formada QPS: Queratopatía punteada Superficial TRL: Tiempo ruptura película Lagrimal FO: Fondo de Ojo Exc: Excavación NO: Nervio Óptico XT: Exotropía ET: Endotropía HIT: Hipertropía HT: Hipotropía ADD: Aducción ABD: Aducción FE: Función del elevador párpado AP: Apertura palpebral MRTI: Distancia margen reflejo	
DIAGNÓSTICO NEUROLÓGICO: (21)			
DIAGNOSTICO NEUROOFTALMOLÓGICO: (22)			
PLAN TERAPEUTICO Y COMENTARIOS: (23)			
MÉDICO QUE ELABORÓ (24)			
Firmado por: GONZALEZ OLHOVICH, IRENE 3182524 Ciudad de México, a 19/08/2025		MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO	
		MÉDICO QUE SUPERVISÓ (25)	
		Firmado por: GONZALEZ OLHOVICH, IRENE 3182524 Ciudad de México, a 19/08/2025	
www.inn.salud.gob.mx		Inauguradas Sur 33877, Col. La Fama 14259, México, Ciudad de México Tel. (55) 5000-3822 ext. 2004	
		Pag. 3	

[Handwritten signatures and initials in blue ink]




 <p>Salud Secretaría de Salud</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE NEURO-OFTALMOLOGÍA</p> <p align="center">4.2. Procedimiento para la realización de historia clínica a pacientes admitidos para atención médica de Neuro- Oftalmología</p>		<p align="right">Página 56 de 146</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

4.2.10.2 Instructivo de llenado del formato historia clínica

General	Este formato se debe llenar en el sistema electrónico por el personal médico. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Fecha de elaboración: Se refiere a la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(2)	Hora de elaboración: Se refiere la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11)
(3)	Nivel socioeconómico: Clave socioeconómica del 1 al 6 asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con el puntaje que arroja la entrevista del estudio socioeconómico.
(4)	Servicio: Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	Registro: Número de registro institucional con el que se identifica al paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet
(6)	Tipo de paciente: Gratuidad o no gratuidad asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con la revisión de su derechohabencia en la plataforma AAMATES.
(7)	Nombre: Nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres
(8)	Edad: Se refiere a la edad del paciente.
(9)	Sexo: Marcar con una X si es hombre o mujer el paciente
(10)	Fecha de nacimiento: Anotar la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa), ej. 06/02/2024.
(11)	Procedencia: Nombre del servicio que refiere al paciente.
(12)	Antecedentes: Se anota el resumen de la historia clínica y los estudios previos del paciente
(13)	Oftalmológicos: Antecedentes oftalmológicos familiares.
(14)	Otros: Incluir antecedentes de enfermedades sistémicas.
(15)	Párpados y anexos: Descripción de hallazgos en exploración de la zona.
(16)	Segmento anterior: Descripción de hallazgos en exploración de la zona.
(17)	Polo posterior: Descripción de hallazgos en exploración de la zona.
(18)	Información adicional: Anotar cualquier otra información que se considere importante sobre su padecimiento.
(19)	Campos visuales: Resultado de estudio de campimetría.
(20)	Información adicional: Espacio para anotar información relevante.
(21)	Diagnóstico neurológico: Anotar la patología neurológica por la que es paciente del Instituto.
(22)	Diagnóstico Neuro oftalmológico: Describir el diagnóstico por el que se está tratando en el departamento de Neuro-oftalmología.
(23)	Plan terapéutico y comentarios: Anotar el tratamiento y frecuencia de seguimiento que se le dará al paciente.
(24)	Médico que elaboró: Se anota el nombre del personal médico que realiza la valoración del paciente en preconsulta.
(25)	Médico que supervisó: Nombre y firma del personal médico adscrito que supervisa la actividad del personal médico.

 <p>Salud Secretaría de Salud</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE NEURO-OFTALMOLOGÍA</p> <p align="center">4.2. Procedimiento para la realización de historia clínica a pacientes admitidos para atención médica de Neuro- Oftalmología</p>		<p align="right">Página 57 de 146</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

4.2.10.3 Formato de receta médica

	<p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>		<p>Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez</p>
<p align="center">LIC. SANITARIA 04 AM 0913012 y 09 014 09 0023</p>			
<p>Nombre: (1) _____</p>		<p>Folio: (3) 198099</p>	
<p>Indicaciones Médicas: (2) _____</p>		<p>Fecha: (4) _____</p>	
 <p>(9)</p> <p>Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"</p> <p>Subdirección de Consulta Externa</p>			
<p>Nombre del Médico: (5) _____</p>			
<p>Universidad: (6) _____</p>		<p>Céd. Prof. (7) _____</p>	
<p align="right">_____ (8) Firma</p>			
<p>Insurgentes Sur No. 3877, Col. La Fama C.P. 14269, Tlalpan Ciudad de México Tel: 55 5606 3822 www.gob.mx/salud/innn</p>			

Handwritten signatures in blue ink.

4.2.10.4 Instructivo de llenado del formato de receta médica

General	Este formato se debe llenar por el personal de salud. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Nombre: Se debe poner el nombre completo del paciente al que se le expide la receta.
(2)	Indicaciones médicas: Espacio para anotar el nombre del tratamiento, la forma farmacéutica, presentación, dosis, frecuencia, vía de administración, duración e indicaciones.
(3)	Folio: Número consecutivo impreso.
(4)	Fecha: Día, mes y año en que se elabora la receta.
(5)	Nombre del médico: Se debe poner el nombre completo del médico que genera la receta, con su sello.
(6)	Universidad: Indicar la universidad de egreso del personal médico que genera la receta.
(7)	Céd. Prof.: Colocar el valor numérico de la cédula profesional del personal médico que genera la receta.
(8)	Firma: El personal médico que genera la receta deberá firmar la receta médica.
(9)	Sello: La receta deberá llevar el sello de la Subdirección de Consulta Externa del Instituto.

0

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]



Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
NEURO-OFTALMOLOGÍA**

**4.2. Procedimiento para la realización de
historia clínica a pacientes admitidos
para atención médica de Neuro-
Oftalmología**



Página
59 de 146

4.2.10.5 Formato de solicitud de estudios de imagen

a) Formato de solicitud de resonancia magnética

	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCI... MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Fecha de Elaboración: (1)
			Hora de Elabora... (2) Nivel Socioeconómico (3)
Servicio: (4)	Registro: (5)	Sexo: H (6) M	
Nombre: (7)	Edad: (8)	Fecha de Nac: (9)	
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEPARTAMENTO DE NEUROIMAGEN UNIDAD DE RESONANCIA MAGNÉTICA SOLICITUD			
1. DATOS GENERALES (10)			
NOMBRE (10.1)		No. EXP. (10.2)	
EDAD (10.3)	GÉNERO F (10.4) H	PROCEDENCIA (10.5)	
FECHA (10.6)	MÉDICO SOLICITANTE (10.7)		
TÉCNICO RADIOLÓGO (10.8)			
IMPRESIÓN: PLACA <input type="checkbox"/>	PAPEL <input type="checkbox"/>	NÚMERO DE IMPRESIONES	No. DE COPIAS (10.9)
EQUIPO: 3 TESLAS <input type="checkbox"/> 5 TESLAS <input type="checkbox"/>			
2. ANTECEDENTES (11)			
RESUMEN HISTORIA CLÍNICA			
(11.1)			
DIAGNOSTICO CLÍNICO FINAL			
(11.2)			
(11.3)			
ESTUDIOS PREVI... RX <input type="checkbox"/> ANGIO <input type="checkbox"/> MIELO <input type="checkbox"/> VENTRICULOS <input type="checkbox"/> TC <input checked="" type="checkbox"/> MIELO TC <input type="checkbox"/> MN <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/>			
OTRO (S) (11.2)			
DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO FINAL			
(11.3)			
MANEJO PREVIO			
(11.4) MÉDICO <input type="checkbox"/>	QUIMIOTERAPIA <input type="checkbox"/>	RADIOTERAPIA <input type="checkbox"/>	QUIRÚRGICO <input type="checkbox"/>
3. CRITERIO DE SELECCIÓN (12)			
IMPLANTES		TIPO	
(12.1)		(12.2)	
OTROS TIPO (S): (12.3)			
ESPECIFIQUE NOMBRE, DÍA, MES Y AÑO DE COLOCACIÓN Y MATERIALES EMPLEADOS EN SU CONFIGURACIÓN			
(12.4)			

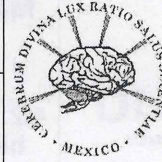
Handwritten signatures and initials in blue ink.



Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
NEURO-OFTALMOLOGÍA**

**4.2. Procedimiento para la realización de
historia clínica a pacientes admitidos
para atención médica de Neuro-
Oftalmología**



Página
60 de 146

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

Fecha de Elaboración:
Hora de Elabora...
Nivel Socioeconómico

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

4. ESTUDIOS SOLICITADOS (13)

ÓRGANO A EXPLORAR

5. MATERIAL Y MÉTODOS (14)

CONTRASTE TIPO CANTIDAD

ANESTESIA

Parámetros para Resonancia Magnética funcional (15)
Área Básica

Motora Lenguaje Sensitiva Visual

Áreas Específicas

Paradigmas Propuestos

Paradigmas Realizados

Motivo de la realización de Resonancia Magnética funcional

INSTRUC TIVO

EXTERNOS

PACIENTES QUE COOPERAN

1. Confirmar su cita 1 día antes vía telefónica al 56 06 38 22 a la ext. 1067.
2. Presentarse a la Resonancia Magnética 15 MIN. ANTES DE SU CITA, SI NO LLEGA A TIEMPO tendrá la opción de cambiar su cita o esperar a que falte algún paciente y podrá entonces realizarse su estudio.
3. Presentarse bñado, con cabello limpio y sin maquillaje, si su estudio es de cráneo.
4. Avisar si existe prótesis al personal que realiza su estudio.
5. Queda estrictamente prohibido enviar pacientes con marcapasos, implantes o prótesis.
6. Si usted sufre de CLAUSTRFOBIA (miedo a lugares cerrados) favor de avisar ya que será necesario programarlo para SEDACIÓN.
7. Para poder realizar estudio usted debe pesar menos de 110 Kg. Si se entre 111 y 120 Kg. Se hará una prueba.
8. Si cuenta con estudios previos de imagen favor de traerlos consigo el día de su estudio.

PACIENTES QUE NO COOPERAN Y/O NIÑOS

1. Las mismas indicaciones que lo anterior.
2. Ayuno y seguir las indicaciones del médico anestesiólogo.

NOTA: EN PACIENTES REFERIDOS POR OTRAS INSTITUCIONES QUE REQUIERAN SEDACIÓN DEBERÁN SER ACOMPAÑADOS POR SU ANESTESIÓLOGO EQUIPO Y MATERIAL PARA LA ANESTESIA.

www.inn.salud.gob.mx Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama, 14269, México D.F. Tel. (55) 5606-3822 ex... Pág. 2

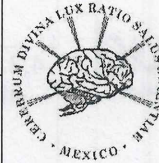
Handwritten signatures and initials in blue ink.



Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
NEURO-OFTALMOLOGÍA**

**4.2. Procedimiento para la realización de
historia clínica a pacientes admitidos
para atención médica de Neuro-
Oftalmología**



Página
61 de 146

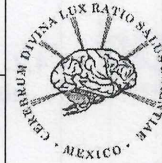
b) Formato de solicitud de tomografía computada

	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA		Fecha de Elaboración: (1)
	MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Hora de Elaboración: (2)
Servicio: (4)		Registro: (5)	Nivel Socioeconómico (3)
Nombre: (7)		Edad: (8)	Sexo: H(6) M
Fecha de Nac: (9)			
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEPARTAMENTO DE NEUROIMAGEN UNIDAD DE TOMOGRAFÍA COMPUTADA SOLICITUD			
1. DATOS GENERALES (10)			
NOMBRE (10.1)		No. EXP. (10.2)	
EDAD (10.3)	GÉNERO (10.4) M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Procedencia (10.5)	
FECHA (10.6)	MÉDICO SOLICITANTE (10.7)		
2. ANTECEDENTES (11)			
RESUMEN HISTORIA CLÍNICA (11.1)			
ESTUDIOS PREVIOS (11.2)			
3. ESTUDIOS SOLICITADOS (12)			
T.C. REGIÓN			
<input checked="" type="checkbox"/>	CRÁNEO	<input type="checkbox"/>	CERVICAL
<input type="checkbox"/>	SILLA TURCA	<input type="checkbox"/>	DORSAL
<input type="checkbox"/>	OÍDOS	<input type="checkbox"/>	LUMBOSACRAL
<input type="checkbox"/>	SEÑOS PARANASALES		
<input type="checkbox"/>	COLUMNA VERTEBRAL		
4. MATERIAL Y MÉTODO (13)			
CONTRASTE (13.1)	TIPO (13.2)	CANTIDAD (13.3)	
5. DIAGNÓSTICOS (14)			
CLÍNICO (14.1)			
RADIOLÓGICO (14.2)			
DEFINITIVO (14.3)			
OBSERVACIONES (14.4)			
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE (15)			

4.2.10.6 Instructivo de llenado del formato solicitud de estudios de imagen

a) Instructivo de llenado del formato de solicitud de resonancia magnética.

General	Este formato se debe llenar en el Expediente Clínico Electrónico por el personal médico. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Fecha de elaboración: Anotar la fecha en la que se realiza la solicitud de estudios en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año, separados con símbolos de diagonal (dd/mm/aaaa).
(2)	Hora de elaboración: Anotar la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).
(3)	Nivel socioeconómico: Clave socioeconómica del 1 al 6 asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con el puntaje que arroja la entrevista del estudio socioeconómico.
(4)	Servicio: Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	Registro: Anotar el número de expediente del paciente.
(6)	Sexo: Seleccionar el género con el que se identifica el paciente seleccionando uno de los dos recuadros de manera excluyente. Considerando H = Hombre, M = Mujer.
(7)	Nombre: Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	Edad: Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(9)	Fecha de nacimiento: Anotar la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2026.
(10)	Datos Generales.
(10.1.)	Nombre: Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(10.2.)	No. EXP.: Anotar el número de expediente del paciente.
(10.3.)	Edad: Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(10.4)	Género: Seleccionar el género con el que se identifica el paciente seleccionando uno de los dos recuadros de manera excluyente. Considerando H = Hombre, M = Mujer.
(10.5)	Procedencia: Colocar la ubicación del hospital de donde viene el paciente.
(10.6)	Fecha: Anotar la fecha en la que se realiza la solicitud de estudios en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año, separados con símbolos de diagonal (dd/mm/aaaa).
(10.7)	Médico solicitante: Nombre completo del personal médico que está solicitando el estudio.
(10.8)	Técnico radiólogo: Colocar el nombre completo del personal técnico radiólogo que realizará el estudio.
(10.9)	Impresión: Actualmente, ya no se coloca nada en esta casilla, ya que ninguna de los estudios que se realizan en este Instituto se imprimen.
(10.10)	Equipo: Colocar en cuál de los dos equipos, en el de 3 Teslas o 1.5 Teslas, se va a realizar el estudio.
(11)	Antecedentes
(11.1)	Resumen de historia clínica: Colocar los antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos, personales patológicos, signos vitales y los datos más relevantes del padecimiento actual.
(11.2.)	Diagnóstico clínico final: Colocar el diagnóstico sindromático final con el que cuenta el paciente.



(11.3)	Estudios previos: Colocar los estudios de laboratorio y gabinete que tenga previamente el paciente.
(11.3)	Diagnóstico radiológico final: Colocar el diagnóstico sindromático final con el que cuenta el paciente.
(11.4)	Manejo previo: Colocar cuáles son los medicamentos o terapias que se encuentra tomando la persona paciente.
(12)	Criterios de selección.
(12.1)	Implantes: Colocar si el paciente tiene algún implante o si no lo tiene.
(12.2)	Tipo: Implante que se le colocó al paciente: ortopédico y de qué material, marcapasos, etc.
(12.3)	Otros tipos: Colocar algún otro tipo de implante que se le haya colocado a la persona paciente.
(12.4)	Especifique nombre, día, mes y año de colocación y materiales empleados en su configuración: Colocar las características técnicas del dispositivo implantado junto con el año de colocación.
(13)	Estudios solicitados: Anotar que región y que órgano del cuerpo es la que quiere realizar en el estudio de resonancia magnética.
(14)	Material y métodos.
(14.1)	Contraste: Anotar la palabra Sí, en caso de que el estudio requiera medio de contraste y No, en caso de que no lo requiera.
(14.2)	Tipo: Colocar el tipo de contraste que se utilizará para el estudio diagnóstico, si es yodado o gadolinio, en caso necesario.
(14.3)	Cantidad: El personal técnico que va a realizar ese estudio deberá anotar la cantidad de contraste que se requiere para el estudio en específico.
(14.4)	Anestesia: Colocar si el paciente tiene la necesidad de realizarse el estudio bajo sedación o intubación.
(15)	Parámetros para resonancia magnética funcional: En caso de que el estudio que se va a realizar sea resonancia magnética funcional, colocar el área básica que se quiere estudiar: Motora, Lenguaje, Sensitiva, Visual.
(15.1)	Áreas específicas: En caso de que el estudio que se va a realizar sea resonancia magnética funcional, colocar el área del sistema nervioso que se requiere estudiar.
(15.2)	Paradigmas propuestos: En caso de que el estudio que se va a realizar sea resonancia magnética funcional, anotar que paradigmas se están proponiendo para información del personal técnico radiólogo.
(15.3)	Paradigmas realizados: En caso de que el estudio que se va a realizar sea resonancia magnética funcional, anotar que paradigmas se realizaron en el estudio.
(15.4)	Motivo de la realización de resonancia magnética funcional: En caso de que el estudio que se va a realizar sea resonancia magnética funcional, anotar la razón por la cual se está realizando.

J

[Handwritten signature]

a) Instructivo de llenado del formato de solicitud de tomografía computada

General	Este formato se debe llenar en el Expediente Clínico Electrónico por el personal médico. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Fecha de elaboración: Anotar la fecha en la que se realiza la solicitud de estudios en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año, separados con símbolos de diagonal (dd/mm/aaaa).
(2)	Hora de elaboración: Anotar la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).
(3)	Nivel socioeconómico Clave socioeconómica del 1 al 6 asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con el puntaje que arroja la entrevista del estudio socioeconómico.
(4)	Servicio: Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	Registro: Anotar el número de expediente del paciente.
(6)	Sexo: Seleccionar el género con el que se identifica el paciente seleccionando uno de los dos recuadros de manera excluyente. Considerando H = Hombre M = Mujer.
(7)	Nombre: Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	Edad: Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(9)	Fecha de nacimiento: Anotar la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2026.
(10)	Datos generales
(10.1.)	Nombre: Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(10.2.)	No. EXP.: Anotar el número de expediente del paciente.
(10.3.)	Edad: Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(10.4)	Género: Seleccionar el género con el que se identifica el paciente seleccionando uno de los dos recuadros de manera excluyente. Considerando H = Hombre M = Mujer.
(10.5)	Procedencia: Colocar la ubicación del hospital de donde viene el paciente.
(10.6)	Fecha Anotar la fecha en la que se realiza la solicitud de estudios en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año, separados con símbolos de diagonal (dd/mm/aaaa).
(10.7)	Médico solicitante: Nombre completo del personal médico que está solicitando el estudio.
(11)	Antecedentes
(11.1)	Resumen de historia clínica: Colocar los antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos, personales patológicos, signos vitales y los datos más relevantes del padecimiento actual.
(11.2.)	Estudios previos: Colocar los estudios de laboratorio y gabinete que tenga previamente el paciente.
(12)	Estudios solicitados: Colocar digitalmente cuál de los estudios es el que quiere que se le realice al paciente.
(13)	Material y método.
(13.1)	Contraste: Anotar la palabra Sí, en caso de que el estudio requiera medio de contraste y No, en caso de que no lo requiera.
(13.2)	Tipo: Colocar el tipo de contraste que se utilizará para el estudio diagnóstico, si es yodado o gadolinio, en caso necesario.
(13.3)	Cantidad: El personal técnico que va a realizar ese estudio deberá anotar la cantidad de contraste que se requiere para el estudio en específico.



Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
NEURO-OFTALMOLOGÍA**

**4.2. Procedimiento para la realización de
historia clínica a pacientes admitidos
para atención médica de Neuro-
Oftalmología**



Página
65 de 146

(14)	Diagnósticos
(14.1)	Clínico: Colocar el síndrome neurológico que tiene el paciente.
(14.2)	Radiológico: En caso de que el paciente tenga un estudio radiológico previo, el personal médico que solicita el estudio deberá anotar los diagnósticos presuntivos con los que cuenta la persona paciente.
(14.3)	Definitivo: Colocar el diagnóstico definitivo del paciente, con base en el diagnóstico clínico y radiológico).
(14.4)	Observaciones. En caso necesario anotar datos que se consideren importantes para la realización del estudio.
(15)	Nombre y firma del médico responsable: Colocar el nombre completo del personal médico que elabora comenzando con el apellido paterno, apellido materno y nombres, número de cédula profesional y firma.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



4.2.10.7 Formato solicitud de estudios de laboratorio

	PETICIÓN DE ANALÍTICA Ref. Lab:	Nº de petición: : Fecha de solicitud: (1) Fecha de extracción (P): Ámbito: Consultas Externas (2) Episodio:
Solicitante: (3) Servicio: (4) Remitir a: Diagnóstico: (5) Microbiología: Compañía: Comentarios / Ubicación:	NHC: Paciente: (6) Nº Cama:	F. Nac.: (7) Sexo: (8)
Pruebas solicitadas (9)		

- * Lab. Clínico
- Perfiles
 - Funcionamiento hepático
- Hematología
 - Biometría Hemática
- Química clínica
 - Electrolitos Séricos 6 (Na, K, Cl, Ca, Mg, P)
 - Química sanguínea 6(Q. 4+ colesterol + triglicéridos)
- Perfiles hormonales
 - Evaluación inicial (femenino)
 - Perfil tiroideo (T-Uptake, T4T, ITL, T4L, T3T, T3L, TSH)
- Niveles séricos de antiepilépticos
 - Valproato

Datos Clínicos:

Materiales: Tubo azul(1); Tubo lila(1); Tubo Oro(1); Tubo rojo(1)

[Handwritten signatures in blue ink]



4.2.10.8 Instructivo de llenado del formato solicitud de estudios de laboratorio

General	Este formato se debe llenar en el Expediente Clínico Electrónico por el personal médico solicitante. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Fecha de solicitud: Anotar la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2026.
(2)	Ambito: Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(3)	Solicitante: Anotar el nombre completo del personal médico que solicita empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(4)	Servicio: Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	Diagnóstico: Anotar el diagnóstico registrado por el personal médico responsable, en relación con el cuadro clínico y los hallazgos radiológicos del paciente.
(6)	Paciente: Anotar el nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(7)	F. Nac: Anotar la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2026.
(8)	Sexo: Seleccionar el género con el que se identifica el paciente seleccionando uno de los dos recuadros de manera excluyente. Considerando H = Hombre M = Mujer.
(9)	Pruebas solicitadas: Seleccionar los estudios de laboratorio que se requieren.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
NEURO-OFTALMOLOGÍA**

**4.2. Procedimiento para la realización de
historia clínica a pacientes admitidos
para atención médica de Neuro-
Oftalmología**



Página
68 de 146

4.2.10.9 Formato de solicitud de interconsulta

	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA		Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000
	MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Hora de elaboración: (2) -
Servicio: (4)		Registro: (5)	Tipo de Paciente: (6)
Nombre: (7)		Edad: (8)	Nivel Socioeconómico: (3)
		Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nac: (10) 00/00/0000
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA			
SOLICITUD DE INTERCONSULTA			
Nombre: (12)		Edad: (13)	REG. NUM: (11)
		Género: (14) <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
SOLICITA A: (15)		Cama: (16)	
PROCEDENCIA: (17)			
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO / O SINTOMAS: (18)			
		Fecha: (19) 00/00/0000	Hora: (20) 00:00
Firmado por: (21)			
(22)		a Núm Cédula: (23)	
MÉDICO SOLICITANTE, FIRMA: (24)			
Insurgentes Sur No. 3877, C.P. 14269, México D.F. Tel: 56 06 38 22			

Q

[Handwritten signature]

P

 Salud Secretaría de Salud	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE NEURO-OFTALMOLOGÍA		Página 69 de 146
	4.2. Procedimiento para la realización de historia clínica a pacientes admitidos para atención médica de Neuro- Oftalmología		

4.2.10.10 Instructivo de llenado del formato de solicitud de interconsulta

General	Este formato se debe llenar en el ECE por parte del personal de salud solicitante de la interconsulta. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Fecha de elaboración: Se refiere a la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(2)	Hora de elaboración: Se refiere la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11)
(3)	Nivel socioeconómico: Clave socioeconómica del 1 al 6 asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con el puntaje que arroja la entrevista del estudio socioeconómico.
(4)	Servicio: Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	Registro: Se refiere al número de expediente que está en el carnet del paciente.
(6)	Tipo de paciente: Gratuidad o no gratuidad asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con la revisión de su derechohabencia en la plataforma AAMATES.
(7)	Nombre: Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	Edad: Se refiere a la edad del paciente.
(9)	Sexo: Marcar con una X si es hombre o mujer el paciente.
(10)	Fecha de nacimiento: Se refiere a la fecha de nacimiento del paciente, en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(11)	REG NUM (Número de registro): Se refiere al número de expediente que aparece en el carnet del paciente.
(12)	Nombre: Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(13)	Edad: Se refiere a la edad del paciente.
(14)	Género: Marcar con una X si es hombre o mujer el paciente.
(15)	Solicita a: Se refiere al área o servicio al que se le está solicitando la interconsulta.
(16)	Cama: Se refiere al número de cama en donde está hospitalizado el paciente.
(17)	Procedencia: Se refiere al área o servicio donde se está atendiendo el paciente.
(18)	Diagnóstico presuntivo / o síntomas: El médico tratante emite un diagnóstico provisional o los síntomas que presenta en el momento de la revisión.
(19)	Fecha: Colocar la fecha en la que se realiza la interconsulta en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(20)	Hora: Anotar la hora en la que se realiza la interconsulta en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).
(21)	Firmado por: Se anota el nombre completo del personal médico.
(22)	Fecha: Colocar la fecha en la que se realiza la interconsulta en formato anotar lugar "Ciudad de México" y posteriormente la fecha a dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(23)	Núm. Cédula: Se anota el número de la cédula profesional del personal médico.
(24)	Médico solicitante, firma: Se anota el nombre del personal médico interconsultante y firma.





Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
NEURO-OFTALMOLOGÍA**

**4.2. Procedimiento para la realización de
historia clínica a pacientes admitidos
para atención médica de Neuro-
Oftalmología**



Página
70 de 146

4.2.10.11 Formato cita de consulta subsecuente

	DATOS DEL PACIENTE		
	Sr./Sra.: (1)	Edad (3)	Sexo (4)
	Fecha de Nac (2)		
	No. de Expediente (5)		
	COBERTURA		
	PAGO PACIENTE (CAJA) / N5		

CITA

(6)

(7)

(8)

(9) Remitido por:

Fecha: (10) Hora: (11) Consultorio: (12)

Recomendaciones/Preparación previa:

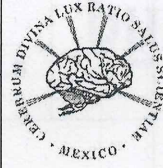
1. Verificar que este comprobante de cita cuente con el nombre correcto de el o la paciente.
 2. Sea puntual a su cita programada, tenga en cuenta el tráfico en la CDMX.
 3. Por las características de la enfermedad neurológica, psiquiátrica y/o quirúrgica del paciente, es necesario que acuda con un familiar mayor de edad que funja como responsable legal.
 4. Debe presentar este comprobante de cita en el módulo de control de citas de consulta externa para confirmar su asistencia.
 5. Si el paciente acude en Silla de Ruedas o Camilla debe avisar, en el momento que confirma su asistencia.
 6. Si su número telefónico ha cambiado, favor de pasar al módulo de control de cita para realizar la modificación del nuevo número en el sistema.
 7. Presentarse aseado y con ropa cómoda (blusa o playera de manga corta para facilitar la toma de signos vitales).
 8. No es necesario que acuda en ayunas, no se permite consumir alimentos dentro de las instalaciones de consulta externa.
- * * * INDICACIONES PARA SIGNOS VITALES * * *
- a. Presentarse con ropa cómoda (blusa o playera de manga corta)
 - b. Presentarse aseado.
 - c. Retirar chamarra o suéter antes de pasar al área de signos vitales.
 - d. presentarse con carnet en mano.

Nota Médica:

Verificar el nombre del paciente y la cita programada. Llegar 20 minutos antes de su cita (tenga en cuenta el tráfico en la CDMX). En caso de no llegar en el horario programado o no disponer de su recibo de pago, se cancelará su consulta. Acudir con un familiar. Si desea cambiar su cita, llame al teléfono (55) 5606-3622

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "MANUEL VELASCO SUÁREZ" - Lic. Sanitana INN 04 AM 0913012

(Handwritten signatures and initials in blue ink)



4.2.10.12 Instructivo de llenado del formato cita de consulta subsecuente



General	Este formato se debe llenar en el Expediente Clínico Electrónico por parte del personal administrativo que programa las citas. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Sr. o Sra.: Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(2)	Fecha de nacimiento: Se refiere a la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(3)	Edad: Se refiere la edad del paciente en años cumplidos.
(4)	Sexo: Se marcar con una X si es hombre o mujer el paciente.
(5)	Número de expediente: Se anota el número de registro que está en el carnet del paciente.
(6)	Nombre del Médico: Se anota el nombre del personal médico.
(7)	Área de consulta: Se anota el área de la consulta.
(8)	Tipo de consulta: Indica tipo de consulta.
(9)	Remitido por: Se anota el nombre del médico solicitante.
(10)	Fecha de consulta: Se anota la fecha del día de la consulta en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024
(11)	Hora de consulta: En formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024
(12)	Consultorio: Se especifica el edificio y consultorio en donde se le atenderá al paciente.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



4.3	PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR CITA MÉDICA SUBSECUENTE
-----	-----------------------------------------------------------

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

 <p>Salud Secretaría de Salud</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE NEURO-OFTALMOLOGÍA</p> <p>4.3. Procedimiento para la otorgar cita médica subsecuente.</p>		<p>Página 73 de 146</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

4.3.1 PROPÓSITO

Brindar consulta médica subsecuente y/o de revisión para el seguimiento y control de la patología neuro-oftalmológica del paciente ambulatorio y/o postquirúrgico.

4.3.2 ALCANCE

4.3.2.1. Alcance Interno: Participa el personal de salud del Departamento de Neuro-Oftalmología, responsable de brindar atención médica en consulta subsecuente para seguimiento del paciente; el personal administrativo del departamento de Neuro-Oftalmología que recibe, registra y orienta al paciente, programa citas subsecuentes y estudios.

4.3.2.2. Alcance Externo: No aplica.

4.3.3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

4.3.3.1. El departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de brindar consulta subsecuente a pacientes para seguimiento y control de la patología neuro-oftalmológica.

4.3.3.2. La persona titular del Departamento de Neuro-Oftalmología en conjunto con la persona titular de la Subdirección de Consulta externa, es responsable de planear y coordinar todas las actividades para proporcionar la consulta subsecuente al paciente.

4.3.3.3. Los requisitos para la recibir atención médica mediante consulta subsecuente:

- Presentarse con al menos 10 minutos de anticipación a la hora programada.
- Presentar el recibo de caja de gratuidad o de pago por concepto de consulta subsecuente.
- Presentar el recibo de caja de gratuidad o de pago por concepto de estudios oftalmológicos programados para su evaluación.
- Acudir con un acompañante.

4.3.3.4. El personal de recepción del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de verificar que el paciente cumpla con los requisitos de consulta subsecuente (4.3.3.3) o, en caso contrario, reprogramar la cita.

4.3.3.5. El personal médico adscrito del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de realizar la valoración neuro-oftalmológica completa y determinar los estudios complementarios para el correcto diagnóstico y el tratamiento oportuno.

4.3.3.6. El personal médico del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de mantener informado al paciente y acompañante sobre la patología, el pronóstico, el tratamiento y el seguimiento que se le brindará.

4.3.3.7. El personal médico del Departamento de Neuro-Oftalmología que otorga la consulta subsecuente es responsable de hacer el correcto llenado de la nota de evolución en el expediente clínico del paciente.

4.3.3.8. El personal médico adscrito del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de elaborar la receta médica con las características y elementos que indica la normativa,

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



explicar al paciente y acompañante las indicaciones del tratamiento como dosis, horarios y fecha de inicio y término

- 4.3.3.9. El personal médico adscrito del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de verificar el correcto llenado de los formatos del expediente clínico electrónico y registrar su nombre completo, cédula profesional y firma.
- 4.3.3.10. El personal administrativo del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de entregar los expedientes clínicos al término de la consulta, al Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística.



4.3.4 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal del Departamento de Comunicación Social asignado al módulo de informes de consulta externa	1	Recibe en el módulo de informes al paciente y/o acompañante el día programado de la consulta subsecuente. Verifica fecha y hora programados, le indica se dirijan a la recepción del Departamento de Neuro-Oftalmología.	
Personal administrativo del departamento de Neuro-oftalmología	2	Recibe en ventanilla de recepción al paciente y acompañante, le solicita su carnet, la hoja de cita de consulta subsecuente y de estudio de campimetría y el comprobante de caja de gratuidad o de pago por concepto de consulta y estudio. ¿El paciente presenta recibo(s) de caja? No. Entrega las hojas de cita y estudio al paciente o acompañante y le pide acuda a la caja por el recibo de gratuidad o recibo de pago y posteriormente regrese. Pasa a la actividad 2. Si. Conserva copia del o los recibos de caja. Pasa a la actividad 3.	• Cita subsecuente
Personal administrativo del Departamento de Neuro-oftalmología	3	Solicita al paciente y familiar espere en la sala a ser llamado. Posteriormente coloca la hoja de cita en el estante de enfermería para que el personal de enfermería llame al paciente de acuerdo con la programación.	• Cita subsecuente
Personal de enfermería asignado al Departamento de Neuro-oftalmología	4	Llama al paciente de acuerdo con la programación, lo pasa al servicio y verifica su identidad conforme a la Acción Esencial de Seguridad del Paciente No. 1: <i>Identificación correcta del paciente</i> . Posteriormente toma sus signos vitales y registra los datos en la hoja de cita de historia clínica. Finalmente le indica espere en la sala hasta ser llamado por el personal médico.	• Cita subsecuente
Personal médico del departamento de Neuro-oftalmología	5	Pasa al paciente y acompañante al consultorio, se presenta. A continuación, realiza las preguntas correspondientes. Posteriormente hace la exploración física. Finalmente les pide pasen a la sala de espera hasta ser llamado para estudio de campimetría visual.	
Personal técnico del departamento	6	Llama al paciente, lo pasa al cubículo de campimetría y verifica su identidad conforme a la Acción Esencial de Seguridad del Paciente No. 1: <i>Identificación correcta del paciente</i> . Realiza estudio	

Y

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
de Neuro-oftalmología		de campimetría visual, acompaña al paciente a la sala de espera y pide espere a ser llamado nuevamente. Finalmente entrega resultados al personal médico tratante.	
Personal médico del departamento de Neuro-oftalmología	7	<p>Pasa nuevamente al paciente y acompañante al consultorio. Revisa resultados del estudio de campimetría, elabora la nota en la hoja de evolución de neurooftalmología en el expediente clínico electrónico.</p> <p>¿Requiere interconsulta?</p> <p>No. Continúa valoración. Pasa a la actividad 8</p> <p>Si. Elabora la solicitud de interconsulta y estudios de laboratorio o gabinete que se requieran. Pasa a la actividad 8.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nota de evolución neurooftalmología • Estudios de laboratorio o gabinete • Interconsulta
Personal médico del departamento de Neuro-oftalmología	8	<p>Continúa valoración.</p> <p>¿Requiere cirugía?</p> <p>No. Continúa valoración. Pasa a la actividad 9.</p> <p>Si. Explica al paciente y acompañante la necesidad del procedimiento quirúrgico. Pasa al procedimiento 4.4 Para la programación de cirugía de Neuro-Oftalmología.</p> <p>TERMINA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento informado.
Personal médico del departamento de Neuro-oftalmología	9	<p>Confirma o modifica tratamiento, elabora receta médica, da indicaciones al paciente y acompañante. Posteriormente anota en el carnet la cita subsecuente Finalmente entrega al paciente y/o acompañante y les solicita pasen a la recepción del Departamento de Neuro-oftalmología.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Receta médica
Personal administrativo del departamento de Neuro-oftalmología	10	<p>Recibe en ventanilla de recepción al paciente.</p> <p>¿El paciente requiere programar interconsulta o estudios diagnósticos?</p> <p>No. Programa las citas de consulta y estudios del departamento de Neuro-oftalmología y le entrega citas impresas solicitándole atienda las indicaciones para el día de su cita y que pase previamente a caja por su recibo de gratuidad o pago.</p> <p>TERMINA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cita subsecuente de Neuro-Oftalmología

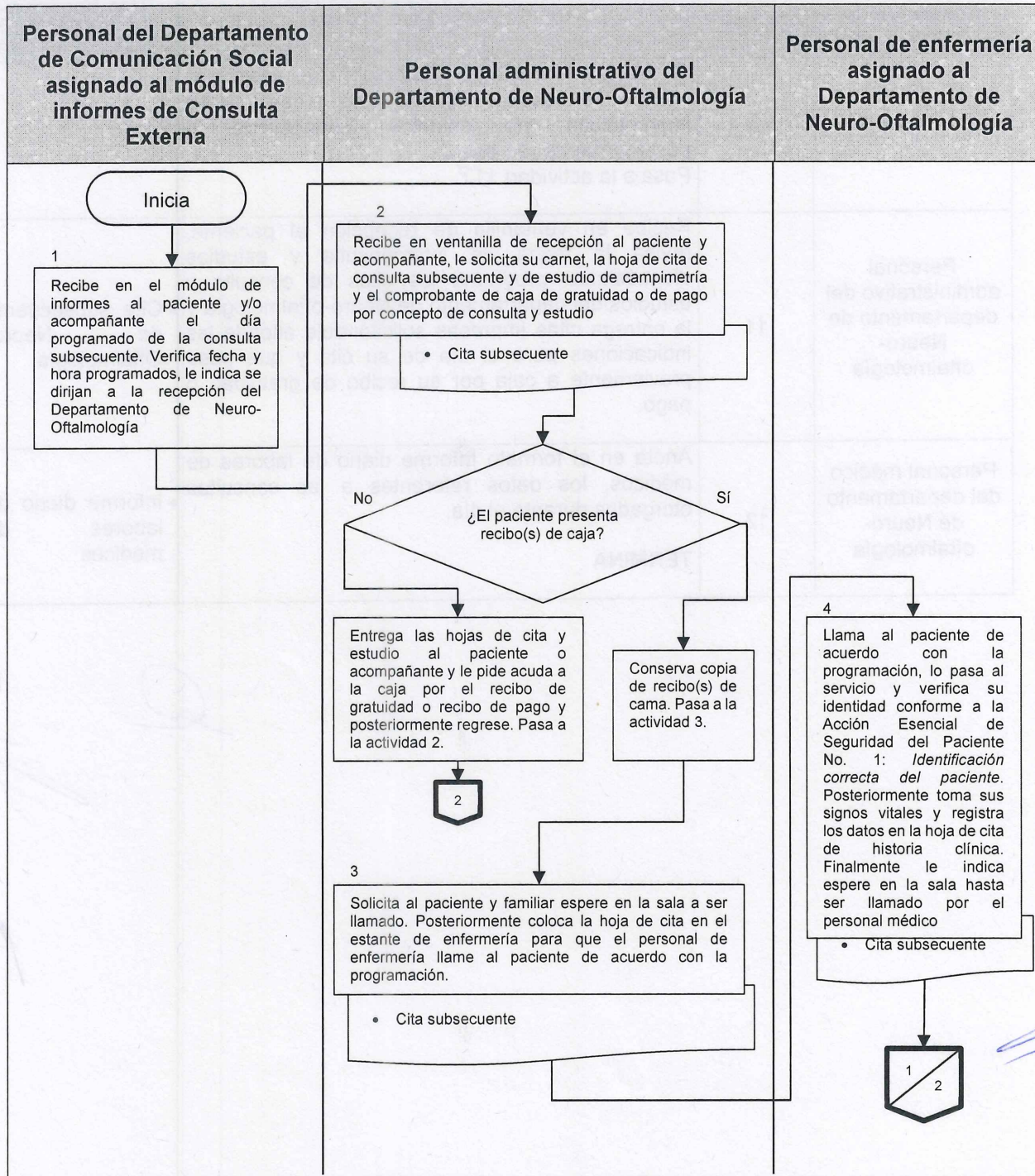


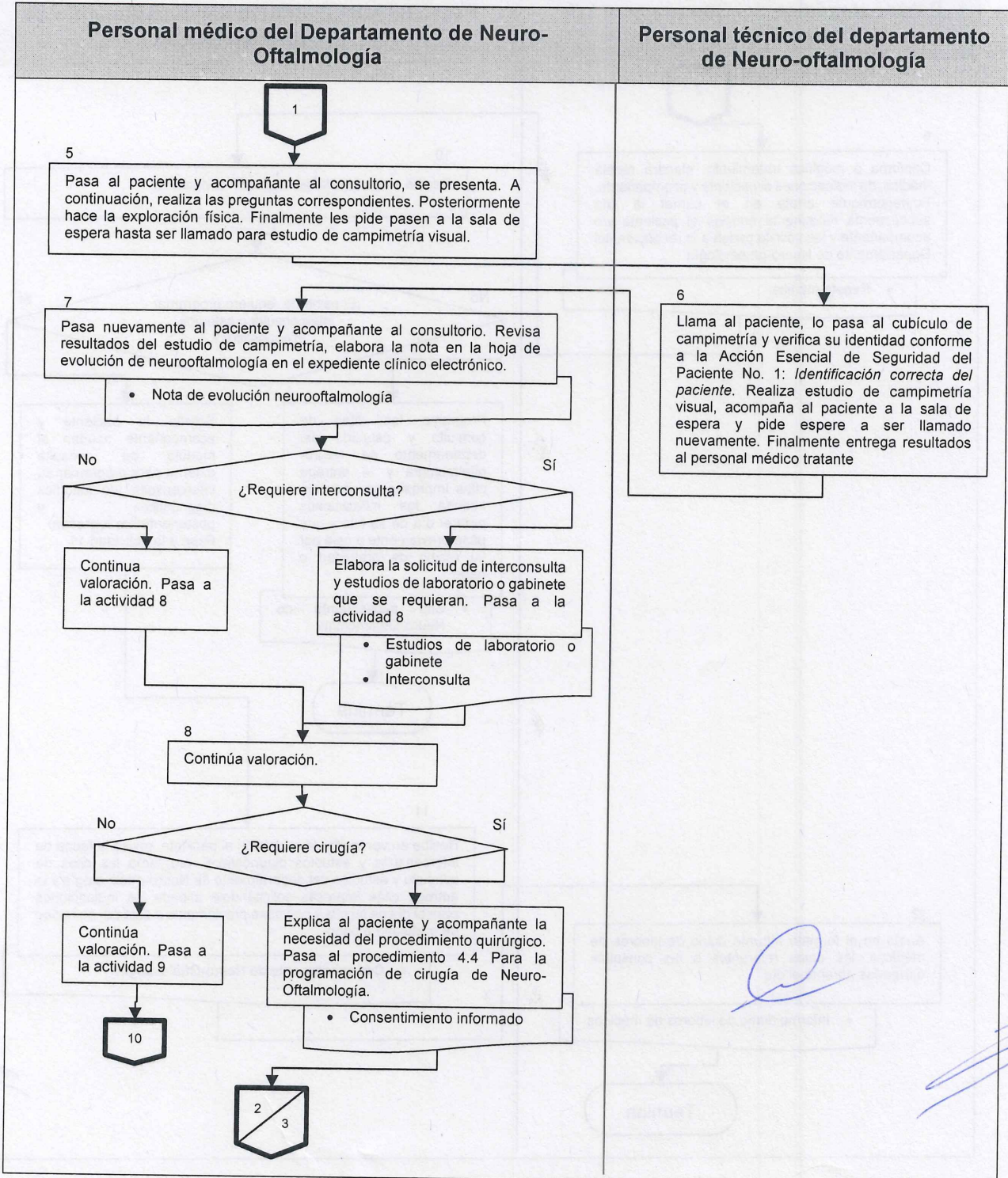
Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
		Si. Solicita la paciente y acompañante acudan al módulo de consulta externa para programar su interconsulta y/o estudios diagnósticos, y posteriormente regresen. Pasa a la actividad 11.	
Personal administrativo del departamento de Neuro-oftalmología	11	Recibe en ventanilla de recepción al paciente, revisa la fecha de interconsulta y estudios diagnósticos, programa las citas de consulta y estudios del departamento de Neuro-oftalmología y le entrega citas impresas solicitándole atienda las indicaciones para el día de su cita y que pase previamente a caja por su recibo de gratuidad o pago.	• Cita subsecuente de Neuro-Oftalmología
Personal médico del departamento de Neuro-oftalmología	12	Anota en el formato Informe diario de labores de médicos, los datos referentes a las consultas otorgadas durante el día. TERMINA	• Informe diario de labores de médicos

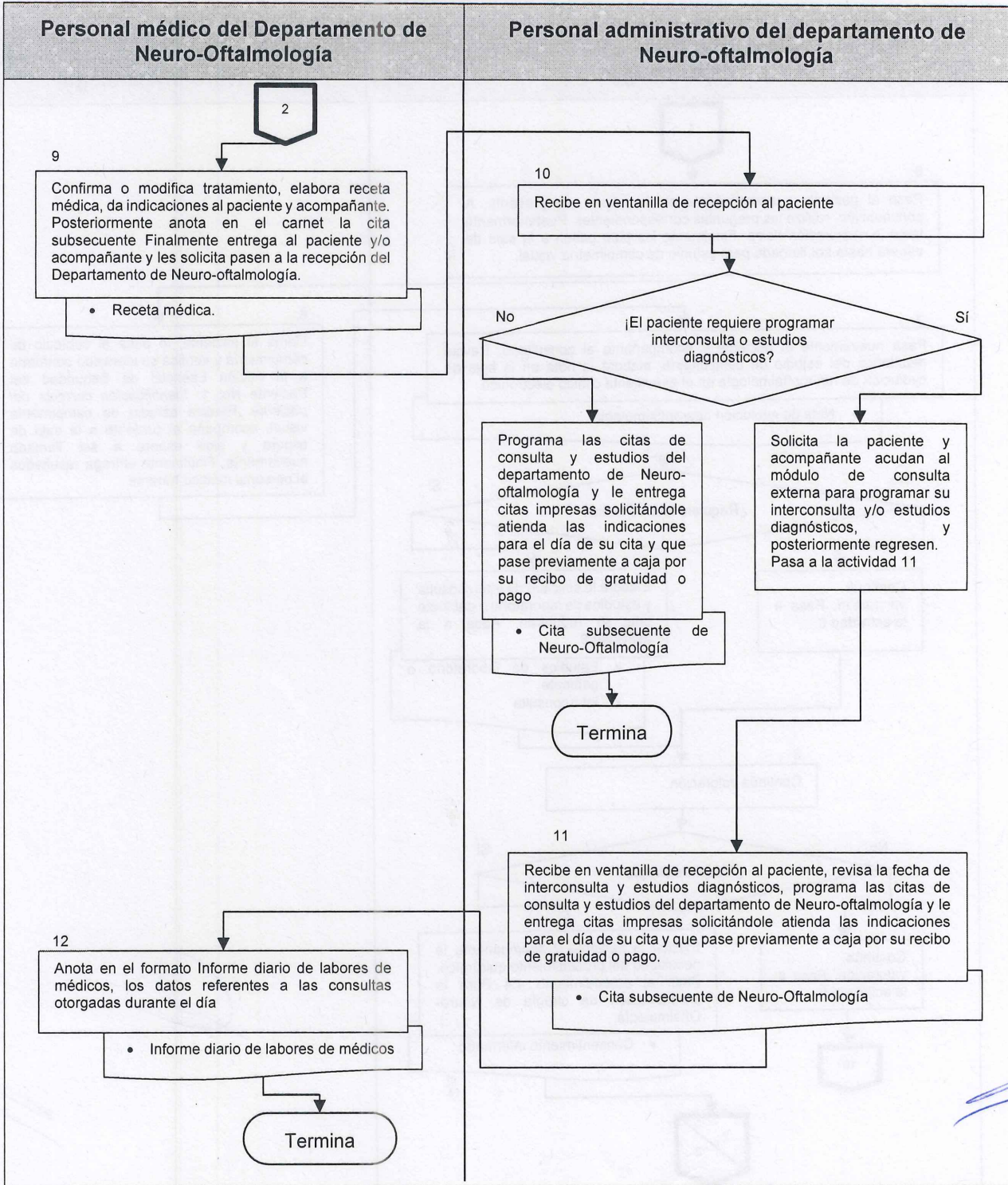
Handwritten signatures and initials in blue ink.



4.3.5 DIAGRAMA DE FLUJO







Handwritten signatures and initials in blue ink.

4.3.6 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos		Código (cuando aplique)
4.3.6.1.	Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos, vigente.	N/A
4.3.6.2.	Manual de Organización de la Subdirección de Consulta Externa del INNNMVS, vigente.	N/A
4.3.6.3.	Ley General de Salud.	N/A
4.3.6.4.	Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	NOM-004-SSA3-2012
4.3.6.5.	Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia.	NOM-220-SSA1-2016
4.3.6.6.	NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010, Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud.	NOM-024-SSA3-2010
4.3.6.7.	Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.	N/A

4.3.7 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.3.7.1 Cita de consulta subsecuente.	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica
4.3.7.2 Nota de evolución neurooftalmología.	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica
4.3.7.3 Solicitud de estudios.	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica
4.3.7.4 Solicitud de interconsulta.	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica
4.3.7.5 Receta médica.	N/A	N/A	No aplica
4.3.7.6 Informe diario de labores de médicos.	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica

4.3.8 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



4.3.8.1	Acompañante: Persona que acompaña al paciente durante su estancia en el Instituto, pudiendo o no ser familiar. Apoya al paciente en trámites de programación de citas y estudios y solicitud de recibos de caja.
4.3.8.2	Consulta subsecuente: Consulta que sigue inmediatamente a otra para evaluar el tratamiento y brindar seguimiento médico al paciente.
4.3.8.3	Campimetría visual: Estudio oftalmológica que mide la extensión de lo que una persona puede ver sin mover la cabeza, es decir, su visión periférica y central.
4.3.8.4	Interconsulta: Enviar al paciente con otro profesional sanitario para ofrecerle una atención integral y complementaria para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
4.3.8.5	Optotipos: Figuras, letras, números o símbolos estandarizados que se usan en las pruebas de agudeza visual para medir la capacidad del ojo de distinguir detalles finos a una distancia específica.
4.3.8.6	Paciente: Persona que recibe atención a la salud (de acuerdo con el glosario de términos aplicados a la seguridad del paciente de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud). Beneficiario(a) directo de la atención médica (de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012).

4.3.9 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
00	Febrero, 2026	Se crea el procedimiento por acciones de mejora.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and several initials.



4.3.10 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 4.3.10.1 Formato cita de consulta subsecuente.
- 4.3.10.2 Instructivo de llenado del formato cita de consulta subsecuente.
- 4.3.10.3 Formato nota de evolución neurooftalmología.
- 4.3.10.4 Instructivo de llenado del formato nota de evolución neurooftalmología.
- 4.3.10.5 Formato de solicitud de estudios.
- 4.3.10.6 Instructivo de llenado del formato de solicitud de estudios.
- 4.3.10.7 Formato de solicitud de interconsulta.
- 4.3.10.8 Instructivo de llenado del formato solicitud de interconsulta.
- 4.3.10.9 Formato de receta médica.
- 4.3.10.10 Instructivo de llenado del formato de receta médica.
- 4.3.10.11 Formato de informe diario de labores de médicos.
- 4.3.10.12 Instructivo de llenado del formato de informe diario de labores de médicos.

[Handwritten signature]


[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



4.3.10.1 Formato cita de consulta subsecuente.

	DATOS DEL PACIENTE		
	Sr./Sra.: (1) _____ Fecha de Nac. (2) _____ Edad (3) _____ Sexo (4) _____ No. de Expediente: (5) _____ <p style="text-align: center;">COBERTURA</p> PAGO PACIENTE (CAJA) / NS _____		
(6) _____ (7) _____ CITA (8) _____ (9) Remitido por: _____			
Fecha: (10) _____ Hora: (11) _____ Consultorio: (12) _____ Recomendaciones/Preparación previa:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar que este comprobante de cita cuente con el nombre correcto de el o la paciente. 2. Sea puntual a su cita programada, tenga en cuenta el tráfico en la CDMX. 3. Por las características de la enfermedad neurológica, psiquiátrica y/o quirúrgica del paciente, es necesario que acuda con un familiar mayor de edad que funja como responsable legal. 4. Debe presentar este comprobante de cita en el módulo de control de citas de consulta externa para confirmar su asistencia. 5. Si el paciente acuda en Silla de Ruedas o Camilla debe avisar, en el momento que confirma su asistencia. 6. Si su número telefónico ha cambiado, favor de pasar al módulo de control de cita para realizar la modificación del nuevo número en el sistema. 7. Presentarse aseado y con ropa cómoda (blusa o playera de manga corta para facilitar la toma de signos vitales). 8. No es necesario que acuda en ayunas, no se permite consumir alimentos dentro de las instalaciones de consulta externa. <p style="text-align: center;">* * * INDICACIONES PARA SIGNOS VITALES * * *</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Presentarse con ropa cómoda (blusa o playera de manga corta) b. Presentarse aseado c. Retirar chaqueta o suéter antes de pasar al área de signos vitales. d. presentarse con carnet en mano. 			
Nota Médica: Verificar el nombre del paciente y la cita programada. Llegar 20 minutos antes de su cita (tenga en cuenta el tráfico en la CDMX). En caso de no llegar en el horario programado o no disponer de su recibo de pago, se cancelará su consulta. Acudir con un familiar. Si desea cambiar su cita, llame al teléfono (55) 5000-3922. INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA <MANUEL VELASCO SUÁREZ> - Lic.Sanitaria INNN 04 AM 0913012			







4.3.10.2 Instructivo de llenado del formato cita de consulta subsecuente.

General	Este formato se debe llenar en el Expediente Clínico Electrónico por parte del personal administrativo que programa las citas. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Sr. o Sra.: Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(2)	Fecha de nacimiento: Se refiere a la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(3)	Edad: Se refiere la edad del paciente en años cumplidos.
(4)	Sexo: Se marcar con una X si es hombre o mujer el paciente.
(5)	Número de expediente: Se anota el número de registro que está en el carnet del paciente.
(6)	Nombre del Médico: Se anota el nombre del personal médico.
(7)	Área de consulta: Se anota el área de la consulta.
(8)	Tipo de consulta: Indica tipo de consulta.
(9)	Remitido por: Se anota el nombre del médico solicitante.
(10)	Fecha de consulta: Se anota la fecha del día de la consulta en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024
(11)	Hora de consulta: En formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024
(12)	Consultorio: Se especifica el edificio y consultorio en donde se le atenderá al paciente.

[Handwritten signature and initials in blue ink]



4.3.10.3 Formato nota de evolución neurooftalmología.

	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012	Fecha de elaboración: (1) <input type="text" value="19/08/2025"/> Hora de elaboración: (2) <input type="text" value="10:58"/> Nivel Socioeconómico: 6 (3)									
	Servicio (4) <input type="text" value="NeuroOftalmología Cex"/> Registró (5) <input type="text" value="275647"/> Nombre (7) <input type="text" value="CABALLERO DOMINGUEZ MARIA GUAD"/> Edad: <input type="text" value="30 (8)"/> Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> H (9) <input checked="" type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> X Fecha de Nac: <input type="text" value="02/12/1994"/> (10)	Tipo de Paciente: <input type="text" value="GRT (6)"/> Cama: <input type="text"/>									
NOTA DE EVOLUCIÓN NEUROOFTALMOLOGÍA											
Procedencia: <input type="text" value="(11)"/>		Solicita: <input type="text" value="(12)"/>									
PA: <input type="text"/>											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"> Agudez (13) OD <input type="text"/> / <input type="text"/> cc <input type="text"/> / <input type="text"/> Visual: (AV) OI <input type="text"/> / <input type="text"/> cc <input type="text"/> / <input type="text"/> </td> <td style="width: 30%;"> Reflejo corneal: OD <input type="text"/> V1 OI <input type="text"/> </td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td> Reflejos OD <input type="text"/> pupilares OI <input type="text"/> </td> <td> PSC OD <input type="text"/> / <input type="text"/> (shihara) OI <input type="text"/> / <input type="text"/> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> MOVILIDAD OCULAR: <input type="text"/> </td> <td> Fenómeno de Bell: <input type="text"/> </td> </tr> </table>			Agudez (13) OD <input type="text"/> / <input type="text"/> cc <input type="text"/> / <input type="text"/> Visual: (AV) OI <input type="text"/> / <input type="text"/> cc <input type="text"/> / <input type="text"/>	Reflejo corneal: OD <input type="text"/> V1 OI <input type="text"/>		Reflejos OD <input type="text"/> pupilares OI <input type="text"/>	PSC OD <input type="text"/> / <input type="text"/> (shihara) OI <input type="text"/> / <input type="text"/>		MOVILIDAD OCULAR: <input type="text"/>		Fenómeno de Bell: <input type="text"/>
Agudez (13) OD <input type="text"/> / <input type="text"/> cc <input type="text"/> / <input type="text"/> Visual: (AV) OI <input type="text"/> / <input type="text"/> cc <input type="text"/> / <input type="text"/>	Reflejo corneal: OD <input type="text"/> V1 OI <input type="text"/>										
Reflejos OD <input type="text"/> pupilares OI <input type="text"/>	PSC OD <input type="text"/> / <input type="text"/> (shihara) OI <input type="text"/> / <input type="text"/>										
MOVILIDAD OCULAR: <input type="text"/>		Fenómeno de Bell: <input type="text"/>									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>(14) <input type="text"/> kg</td> <td>Pulsaciones <input type="text"/> / min</td> <td>Respiración <input type="text"/> / min</td> <td>Temperatura <input type="text"/> °C</td> </tr> <tr> <td>Talla <input type="text"/></td> <td>T.A. <input type="text"/> / <input type="text"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			(14) <input type="text"/> kg	Pulsaciones <input type="text"/> / min	Respiración <input type="text"/> / min	Temperatura <input type="text"/> °C	Talla <input type="text"/>	T.A. <input type="text"/> / <input type="text"/>			
(14) <input type="text"/> kg	Pulsaciones <input type="text"/> / min	Respiración <input type="text"/> / min	Temperatura <input type="text"/> °C								
Talla <input type="text"/>	T.A. <input type="text"/> / <input type="text"/>										
PARPADOS Y ANEXOS: <input type="text"/> (15)											
Exoftalmometría: Base: <input type="text"/> OD: <input type="text"/> OI: <input type="text"/>											
NISTAGMUS Nistagmus Optokinético (NOK): <input type="text"/> Reflejo Oculocefálico: <input type="text"/> Signo de la desviación conjugada horizontal: <input type="text"/>		Prueba de Diplopia con lente Rojo en O.D.: <table border="1" style="width: 100px; height: 100px; border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr><td style="width: 50px; height: 50px;"></td><td style="width: 50px; height: 50px;"></td></tr> <tr><td style="width: 50px; height: 50px;"></td><td style="width: 50px; height: 50px;"></td></tr> <tr><td style="width: 50px; height: 50px;"></td><td style="width: 50px; height: 50px;"></td></tr> </table>									
Presión intraocular: OD <input type="text"/> mm Hg (PIO) OI <input type="text"/> mm Hg		ANGULO IRIDOCORNEAL: <input type="text"/>									
<p style="font-size: small;">www.innn.salud.gob.mx Inauguradas Sur #3877, Col. La Fama 14259, México, Ciudad de México TEL (55) 5056-3822 ext. 2024 Pág. 1</p>											

e

p



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

Fecha de elaboración: 19/08/2025
 Hora de elaboración: 10:58
 Nivel Socioeconómico: 6

Servicio: NeuroOftalmología Cex Registro: 275647 Tipo de Paciente: GRT
 Nombre: CABALLERO DOMINGUEZ MARIA GUAD. Edad: 30 Sexo: H M X Fecha de Nac: 02/12/1994

SEGMENTO ANTERIOR: (16)

OJO DERECHO OJO IZQUIERDO

POLO POSTERIOR: (17)

OJO DERECHO OJO IZQUIERDO

FONDO DE OJO: (Midrias: ---)

CAMPOS VISUALES (18)

OD:
 OI:
 Dx campimetrico:

INFORMACIÓN ADICIONAL: (19)

DIAGNÓSTICO NEUROLÓGICO: (20)

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

PA: padecimiento actual
 AHF: Heredo familiares
 APNP: Personales no patológicos
 APP: Personales patológicos
 AGO: gineco/obstétricos
 OD: Ojo Derecho
 OI: Ojo Izquierdo
 AO: Ambos Ojos
 PSC: Prueba de sensibilidad color
 PIO: Presión intra ocular
 CAF: Camara anterior formada
 QPS: Queratopatía punteada Superficial
 TRL: Tiempo ruptura película Lagrimal
 FO: Fondo de Ojo
 Exc: Excavación
 NO: Nervio Óptico
 XT: Exotropía
 ET: Endotropía
 HIT: Hipertropía
 HT: Hipotropía
 ADD: Aducción
 ABD: Adducción
 FE: Función del elevador párpado
 AP: Apertura palpebral
 MRT1: Distancia margen reflejo

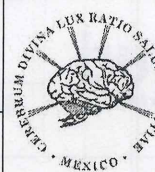
www.inn.salud.gob.mx Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama 14259, México, Ciudad de México Tel (55) 5030-3822 ext. 2024 Pág. 2

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA		Fecha de elaboración: 19/08/2025
	MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Hora de elaboración: 10:58
Servicio: NeuroOftalmología Cex		Registro: 275647	Nivel Socioeconómico: 6
Nombre: CABALLERO DOMINGUEZ MARIA GUAD		Edad: 30	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X
		Fecha de Nac: 02/12/1994	Tipo de Paciente: GRT
DIAGNOSTICO NEUROOFTALMOLÓGICO: (21)			
PLAN TERAPEUTICO Y COMENTARIOS:			
MÉDICO QUE ELABORÓ (22)		MÉDICO ADSCRITO A SIGNADO	
Firmado por: GONZALEZ OLHOVICH, IRENE 3182524 Ciudad de México, a 19/08/2025		Firmado por: GONZALEZ OLHOVICH, IRENE 3182524 Ciudad de México, a 19/08/2025	
www.inn.salud.gob.mx		Institutos Sur#3877, Col. La Fama 14269, México, Ciudad de México Tel: (55) 5606-3822 ext. 2024	
		Pag. 3	

Handwritten signature in blue ink



4.3.10.4 Instructivo de llenado del formato nota de evolución neurooftalmología.

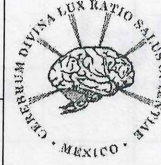
General	Este formato se debe llenar en el Expediente Clínico Electrónico por el personal médico del Departamento de Neuro-oftalmología. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Fecha de elaboración: Se refiere a la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(2)	Hora de elaboración: Se refiere la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11)
(3)	Nivel socioeconómico: Clave socioeconómica del 1 al 6 asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con el puntaje que arroja la entrevista del estudio socioeconómico.
(4)	Servicio: Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	Registro: Se refiere al número de expediente que se encuentra en el carnet del paciente
(6)	Tipo de paciente: Gratuidad o no gratuidad asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con la revisión de su derechohabiencia en la plataforma AAMATES.
(7)	Nombre: Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres
(8)	Edad: Se refiere a la edad del paciente
(9)	Sexo: Se indica si es hombre o mujer según sea el caso del paciente.
(10)	Fecha de nacimiento: Se refiere a la fecha de nacimiento del paciente, en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(11)	Procedencia: Nombre del servicio que refiere al paciente a Neuro-oftalmología.
(12)	Solicita: Nombre del personal médico del servicio que refiere al paciente.
(13)	Agudeza visual: Capacidad del sistema visual del paciente para ver detalles nítidos y distinguir entre dos puntos cercanos. Se mide con optotipos.
(14)	Peso: Peso en kilogramos del paciente.
(15)	Párpados y anexos: Descripción de hallazgos en exploración de la zona.
(16)	Segmento anterior: Descripción de hallazgos en exploración de la zona.
(17)	Polo posterior: Descripción de hallazgos en exploración de la zona.
(18)	Campos visuales: Resultado del estudio de campimetría.
(19)	Información adicional: Anotar cualquier otra información que se considere importante sobre su padecimiento.
(20)	Diagnóstico neurológico: Anotar la patología neurológica por la que es paciente del Instituto.
(21)	Diagnóstico Neuro oftalmológico: Describir el diagnóstico por el que se está tratando en el departamento de Neuro-oftalmología.
(22)	Médico que elaboró: Nombre completo del personal médico que elabora la nota médica.
(23)	Médico que supervisó: Nombre completo del personal médico adscrito que supervisa.



4.3.10.5 Formato de solicitud de estudios de imagen.

a) Formato de solicitud de resonancia magnética.

	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIENCIAS		Fecha de Elaboración: (1)
	MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Hora de Elaboración: (2)
Servicio: (4)		Registro: (5)	Sexo: H (6) M (7)
Nombre: (7)		Edad: (8)	Fecha de Nac: (9)
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEPARTAMENTO DE NEUROIMAGEN UNIDAD DE RESONANCIA MAGNÉTICA SOLICITUD			
1. DATOS GENERALES (10)			
NOMBRE (10.1)		No. EXP. (10.2)	
EDAD (10.3)	GÉNERO F (10.4) H (10.5)	PROCEDENCIA (10.5)	
FECHA (10.6)	MÉDICO SOLICITANTE (10.7)		
TÉCNICO RADIÓLOGO (10.8)			
IM PRESIÓN: PLACA <input type="checkbox"/> PAPEL <input type="checkbox"/>		NÚMERO DE IMPRESIONES	No. DE COPIAS (10.9)
EQUIPO: 3 TESLAS <input type="checkbox"/> 5 TESLAS <input type="checkbox"/>			
2. ANTECEDENTES (11)			
RESUMEN HISTORIA CLÍNICA			
(11.1)			
DIAGNOSTICO CLÍNICO FINAL			
(11.2)			
(11.3)			
ESTUDIOS PREVIOS: RX <input type="checkbox"/> ANGIO <input type="checkbox"/> MIELO <input type="checkbox"/> VENTRICULOS <input type="checkbox"/> TC <input checked="" type="checkbox"/> MIELO TC <input type="checkbox"/> MN <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/>			
OTRO(S) (11.2)			
DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO FINAL			
(11.3)			
MANEJO PREVIO			
(11.4) MÉDICO <input type="checkbox"/>	QUIMIOTERAPIA <input type="checkbox"/>	RA DIOTERAPIA <input type="checkbox"/>	QUIRÚRGICO <input type="checkbox"/>
3. CRITERIO DE SELECCIÓN (12)			
IM PLANT ES		TIPO	
(12.1)		(12.2)	
OTROS TIPO(S): (12.3)			
ESPECIFIQUE NOMBRE, DÍA, MES Y AÑO DE COLOCACIÓN Y MATERIALES EMPLEADOS EN SU CONFIGURACIÓN			
			(12.4)



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

Fecha de Elaboración:
Hora de Elabora...
Nivel Socioeconómico

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

4. ESTUDIOS SOLICITADOS (13)

ÓRGANO A EXPLORAR
(13.1)

5. MATERIAL Y MÉTODOS (14)

CONTRASTE (14.1) TIPO (14.2) CANTIDAD (14.3)

ANESTESIA (14.4)

Parámetros para Resonancia Magnética funcional (15)
Área Básica

Motora Lenguaje Sensitiva Visual

Áreas Específicas
(15.1)

Paradigmas Propuestos
(15.2)

Paradigmas Realizados
(15.3)

Motivo de la realización de Resonancia Magnética funcional
(15.4)

INSTRUC TIVO

EXTERNOS

PACIENTES QUE COOPERAN

1. Confirmar su cita 1 día antes vía telefónica al 56 06 38 22 a la ext. 1067.
2. Presentarse a la Resonancia Magnética 15 MIN. ANTES DE SU CITA, SI NO LLEGA A TIEMPO tendrá la opción de cambiar su cita o esperar a que falte algún paciente y podrá entonces realizarse su estudio.
3. Presentarse bñado, con cabello limpio y sin maquillaje, si su estudio es de cráneo.
4. Avisar si existe prótesis al personal que realiza su estudio.
5. Queda estrictamente prohibido enviar pacientes con marcapasos, implantes o prótesis.
6. Si usted sufre de CLAUSTRÓFOBIA (miedo a lugares cerrados) favor de avisar ya que será necesario programarlo para SEDACIÓN.
7. Para poder realizar estudio usted debe pesar menos de 110 Kg. Si se entre 111 y 120 Kg. Se hará una prueba.
8. Si cuenta con estudios previos de imagen favor de traerlos consigo el día de su estudio.

PACIENTES QUE NO COOPERAN Y/O NIÑOS

1. Las mismas indicaciones que lo anterior.
2. Ayuno y seguir las indicaciones del médico anestesiólogo.

NOTA: EN PACIENTES REFERIDOS POR OTRAS INSTITUCIONES QUE REQUIERAN SEDACIÓN DEBERÁN SER ACOMPAÑADOS POR SU ANESTESIÓLOGO EQUIPO Y MATERIAL PARA LA ANESTESIA.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



b) Formato de solicitud de tomografía computada.

	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA		Fecha de Elaboración: (1)
	MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Hora de Elaboración: (2)
Servicio: (4)		Registro: (5)	Sexo: H(6) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nombre: (7)		Edad: (8)	Fecha de Nac: (9)
Nivel Socioeconómico (3)			
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEPARTAMENTO DE NEUROIMAGEN UNIDAD DE TOMOGRAFÍA COMPUTADA SOLICITUD			
1. DATOS GENERALES (10)			
NOMBRE (10.1)		No. EXP. (10.2)	
EDAD (10.3)	GÉNERO (10.4) M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Procedencia (10.5)	
FECHA (10.6)	MÉDICO SOLICITANTE (10.7)		
2. ANTECEDENTES (11)			
RESUMEN HISTORIA CLÍNICA			
(11.1)			
ESTUDIOS PREVIOS			
(11.2)			
3. ESTUDIOS SOLICITADOS (12)			
T.C. REGIÓN			
<input checked="" type="checkbox"/>	CRÁNEO	<input type="checkbox"/>	CERVICAL
<input type="checkbox"/>	SILLA TURCA	<input type="checkbox"/>	DORSAL
<input type="checkbox"/>	OÍDOS	<input type="checkbox"/>	LUMBO-SACRA
<input type="checkbox"/>	SEÑOS PARANASALES		
<input type="checkbox"/>	COLUMNA VERTEBRAL		
4. MATERIAL Y MÉTODO (13)			
CONTRASTE (13.1)	TIPO (13.2)	CANTIDAD (13.3)	
5. DIAGNÓSTICOS (14)			
CLÍNICO (14.1)			
RADIOLÓGICO			
(14.2)			
DEFINITIVO			
(14.3)			
OBSERVACIONES			
(14.4)			
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE			(15)
www.inmn.salud.gob.mx			
Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama, 14269, México D.F. Tel. (55) 5606-3822 ext. 2024			
Pág. 1			

Handwritten signature and initials in blue ink.

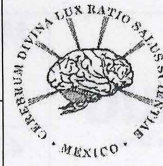


4.3.10.6 Instructivo de llenado del formato solicitud de estudios de imagen.

a) Instructivo de llenado del formato de solicitud de resonancia magnética.

General	Este formato se debe llenar en el Expediente Clínico Electrónico por el personal médico. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Fecha de elaboración: Anotar la fecha en la que se realiza la solicitud de estudios en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año, separados con símbolos de diagonal (dd/mm/aaaa).
(2)	Hora de elaboración: Anotar la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).
(3)	Nivel socioeconómico: Clave socioeconómica del 1 al 6 asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con el puntaje que arroja la entrevista del estudio socioeconómico.
(4)	Servicio: Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	Registro: Anotar el número de expediente del paciente.
(6)	Sexo: Seleccionar el género con el que se identifica el paciente seleccionando uno de los dos recuadros de manera excluyente. Considerando H = Hombre, M = Mujer.
(7)	Nombre: Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	Edad: Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(9)	Fecha de nacimiento: Anotar la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2026.
(10)	Datos generales.
(10.1.)	Nombre: Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(10.2.)	No. EXP.: Anotar el número de expediente del paciente.
(10.3.)	Edad: Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(10.4)	Género: Seleccionar el género con el que se identifica el paciente seleccionando uno de los dos recuadros de manera excluyente. Considerando H = Hombre, M = Mujer.
(10.5)	Procedencia: Colocar la ubicación del hospital de donde viene el paciente.
(10.6)	Fecha: Anotar la fecha en la que se realiza la solicitud de estudios en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año, separados con símbolos de diagonal (dd/mm/aaaa).
(10.7)	Médico solicitante: Nombre completo del personal médico que está solicitando el estudio.
(10.8)	Técnico radiólogo: Colocar el nombre completo del personal técnico radiólogo que realizará el estudio.
(10.9)	Impresión: Actualmente, ya no se coloca nada en esta casilla, ya que ninguna de los estudios que se realizan en este Instituto se imprimen.
(10.10)	Equipo: Colocar en cuál de los dos equipos, en el de 3 Teslas o 1.5 Teslas, se va a realizar el estudio.
(11)	Antecedentes
(11.1)	Resumen de historia clínica: Colocar los antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos, personales patológicos, signos vitales y los datos más relevantes del padecimiento actual.
(11.2.)	Diagnóstico clínico final: Colocar el diagnóstico sindromático final con el que cuenta el paciente.
(11.3)	Estudios previos: Colocar los estudios de laboratorio y gabinete que tenga previamente el paciente.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



(11.3)	Diagnóstico radiológico final: Colocar el diagnóstico sindromático final con el que cuenta el paciente.
(11.4)	Manejo previo: Colocar cuáles son los medicamentos o terapias que se encuentra tomando la persona paciente.
(12)	Criterios de selección.
(12.1)	Implantes: Colocar si el paciente tiene algún implante o si no lo tiene.
(12.2)	Tipo: Implante que se le colocó al paciente: ortopédico y de qué material, marcapasos, etc.
(12.3)	Otros tipos: Colocar algún otro tipo de implante que se le haya colocado a la persona paciente.
(12.4)	Especifique nombre, día, mes y año de colocación y materiales empleados en su configuración: Colocar las características técnicas del dispositivo implantado junto con el año de colocación.
(13)	Estudios solicitados: Anotar que región y que órgano del cuerpo es la que quiere realizar en el estudio de resonancia magnética.
(14)	Material y métodos.
(14.1)	Contraste: Anotar la palabra Sí, en caso de que el estudio requiera medio de contraste y No, en caso de que no lo requiera.
(14.2)	Tipo: Colocar el tipo de contraste que se utilizará para el estudio diagnóstico, si es yodado o gadolinio, en caso necesario.
(14.3)	Cantidad: El personal técnico que va a realizar ese estudio deberá anotar la cantidad de contraste que se requiere para el estudio en específico.
(14.4)	Anestesia: Colocar si el paciente tiene la necesidad de realizarse el estudio bajo sedación o intubación.
(15)	Parámetros para resonancia magnética funcional: En caso de que el estudio que se va a realizar sea resonancia magnética funcional, colocar el área básica que se quiere estudiar: Motora, Lenguaje, Sensitiva, Visual.
(15.1)	Áreas específicas: En caso de que el estudio que se va a realizar sea resonancia magnética funcional, colocar el área del sistema nervioso que se requiere estudiar.
(15.2)	Paradigmas Propuestos: En caso de que el estudio que se va a realizar sea resonancia magnética funcional, anotar que paradigmas se están proponiendo para información del personal técnico radiólogo.
(15.3)	Paradigmas realizados: En caso de que el estudio que se va a realizar sea resonancia magnética funcional, anotar que paradigmas se realizaron en el estudio.
(15.4)	Motivo de la realización de resonancia magnética funcional: En caso de que el estudio que se va a realizar sea resonancia magnética funcional, anotar la razón por la cual se está realizando.

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]



b) Instructivo de llenado del formato de solicitud de tomografía computada.

General	Este formato se debe llenar en el Expediente Clínico Electrónico por el personal médico. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Fecha de elaboración: Anotar la fecha en la que se realiza la solicitud de estudios en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año, separados con símbolos de diagonal (dd/mm/aaaa).
(2)	Hora de elaboración: Anotar la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).
(3)	Nivel socioeconómico Clave socioeconómica del 1 al 6 asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con el puntaje que arroja la entrevista del estudio socioeconómico.
(4)	Servicio: Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	Registro: Anotar el número de expediente del paciente.
(6)	Sexo: Seleccionar el género con el que se identifica el paciente seleccionando uno de los dos recuadros de manera excluyente. Considerando H = Hombre M = Mujer.
(7)	Nombre: Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	Edad: Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(9)	Fecha de nacimiento: Anotar la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2026.
(10)	Datos generales
(10.1.)	Nombre: Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(10.2.)	No. EXP.: Anotar el número de expediente del paciente.
(10.3.)	Edad: Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(10.4)	Género: Seleccionar el género con el que se identifica el paciente seleccionando uno de los dos recuadros de manera excluyente. Considerando H = Hombre M = Mujer.
(10.5)	Procedencia: Colocar la ubicación del hospital de donde viene el paciente.
(10.6)	Fecha Anotar la fecha en la que se realiza la solicitud de estudios en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año, separados con símbolos de diagonal (dd/mm/aaaa).
(10.7)	Médico solicitante: Nombre completo del personal médico que está solicitando el estudio.
(11)	Antecedentes
(11.1)	Resumen de historia clínica: Colocar los antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos, personales patológicos, signos vitales y los datos más relevantes del padecimiento actual.
(11.2.)	Estudios previos: Colocar los estudios de laboratorio y gabinete que tenga previamente el paciente.
(12)	Estudios solicitados: Colocar digitalmente cuál de los estudios es el que quiere que se le realice al paciente.
(13)	Material y método.
(13.1)	Contraste: Anotar la palabra Sí, en caso de que el estudio requiera medio de contraste y No, en caso de que no lo requiera.
(13.2)	Tipo: Colocar el tipo de contraste que se utilizará para el estudio diagnóstico, si es yodado o gadolinio, en caso necesario.
(13.3)	Cantidad: El personal técnico que va a realizar ese estudio deberá anotar la cantidad de contraste que se requiere para el estudio en específico.
(14)	Diagnósticos
(14.1)	Clínico: Colocar el síndrome neurológico que tiene el paciente.

[Handwritten signatures and initials]



(14.2)	Radiológico: En caso de que el paciente tenga un estudio radiológico previo, el personal médico que solicita el estudio deberá anotar los diagnósticos presuntivos con los que cuenta la persona paciente.
(14.3)	Definitivo: Colocar el diagnóstico definitivo del paciente, con base en el diagnóstico clínico y radiológico).
(14.4)	Observaciones. En caso necesario anotar datos que se consideren importantes para la realización del estudio.
(15)	Nombre y firma del médico responsable: Colocar el nombre completo del personal médico que elabora comenzando con el apellido paterno, apellido materno y nombres, número de cédula profesional y firma.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



4.3.10.7. Formado de solicitud de interconsulta.

	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA		Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000
	MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Hora de elaboración: (2) .
Servicio: (4)		Registro: (5)	Tipo de Paciente: (6)
Nombre: (7)		Edad: (8)	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Fecha de Nac: (10) 00/00/0000
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA			Nivel Socioeconómico: (3)
SOLICITUD DE INTERCONSULTA			REG. NUM: (11)
Nombre: (12)		Edad: (13)	Género: (14) <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
SOLICITA A: (15)		Cama: (16)	
PROCEDENCIA: (17)			
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO / O SINTOMAS: (18)			
Fecha: (19) 00/00/0000		Hora: (20) 00:00	
Firmado por: (21) a Núm Cédula:			
MÉDICO SOLICITANTE, FIRMA: (22)			
Insurgentes Sur No. 3877, C.P. 14269, México D.F. Tel: 56 06 38 22			





[Handwritten signatures and initials in blue ink]

4.3.10.8. Instructivo de llenado del formato solicitud de interconsulta.

General	Este formato se debe llenar en el ECE por el personal médico solicitante de la interconsulta. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Fecha de elaboración: Se refiere a la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024
(2)	Hora de elaboración: Se refiere la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).
(3)	Nivel socioeconómico: Clave socioeconómica del 1 al 6 asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con el puntaje que arroja la entrevista del estudio socioeconómico.
(4)	Servicio: Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	Registro: Se refiere al número de expediente, se encuentra en el carnet del paciente.
(6)	Tipo de paciente: Gratuidad o no gratuidad asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con la revisión de su derechohabencia en la plataforma AAMATES.
(7)	Nombre: Se refiere al nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	Edad: Se refiere a la edad en años cumplidos del paciente
(9)	Sexo: Género del paciente
(10)	Fecha de nacimiento: Se refiere a la fecha de nacimiento del paciente, en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(11)	REG NUM (Número de registro): Se refiere al número de expediente que aparece en el carnet del paciente
(12)	Nombre: Se refiere al nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
(13)	Edad: Se refiere a la edad del paciente.
(14)	Género: Marcar con una X si es hombre o mujer el paciente.
(15)	Solicita a: Se refiere al área o servicio al que se le está solicitando la interconsulta.
(16)	Cama: Se refiere al número de cama en caso de estar hospitalizado el paciente.
(17)	Procedencia: Se refiere al área o servicio que está atendiendo al paciente y solicita la interconsulta.
(18)	Diagnóstico presuntivo / o síntomas: El personal médico tratante emite un diagnóstico provisional o los síntomas que presenta en el momento de la revisión.
(19)	Fecha: Colocar la fecha en la que se realiza la interconsulta en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(20)	Hora: Anotar la hora en la que se realiza la interconsulta en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11)
(21)	Firmado por: Nombre completo, fecha, número de cédula profesional del personal médico que solicita la interconsulta.
(22)	Médico solicitante, firma: Firma autógrafa del personal médico que elabora la solicitud.



4.3.10.9. Formato de receta médica.

	<p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>		<p>Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez</p>
<p>LIC. SANITARIA 04 AM 0913012 y 09 014 09 0023</p>			
<p>Nombre: (1) _____</p>	<p>Folio: (3) 198099</p>		
<p>Indicaciones Médicas: (2) _____</p>	<p>Fecha: (4) _____</p>		
 <p>(9)</p> <p> Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"</p> <p>Subdirección de Consulta Externa</p>			
<p>Nombre del Médico: (5) _____</p>			
<p>Universidad: (6) _____</p>		<p>Céd. Prof. (7) _____</p>	
<p>(8) _____ Firma</p>			
<p>Insurgentes Sur No. 3877, Col. La Fama C.P. 14269, Tlalpan Ciudad de México Tel: 55 5606 3822 www.gob.mx/salud/innn</p>			

Handwritten signatures in blue ink.




4.3.10.10. Instructivo de llenado del formato de receta médica.

General	Este formato se debe llenar por el personal médico. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Nombre: Se debe poner el nombre completo del paciente al que se le expide la receta.
(2)	Indicaciones médicas: Espacio para anotar el nombre del tratamiento, la forma farmacéutica, presentación, dosis, frecuencia, vía de administración, duración e indicaciones.
(3)	Folio: Número consecutivo impreso.
(4)	Fecha: Día, mes y año en que se elabora la receta.
(5)	Nombre del médico: Se debe poner el nombre completo del personal médico que genera la receta, con su sello.
(6)	Universidad: Indicar la universidad de egreso del personal médico que genera la receta.
(7)	Céd. Prof.: Colocar el valor numérico de la cédula profesional del personal médico que genera la receta.
(8)	Firma: El personal médico que genera la receta deberá firmar la receta médica.
(9)	Sello: La receta deberá llevar el sello de la Subdirección de Consulta Externa del Instituto.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



4.3.10.11. Formato de informe diario de labores de médicos.

 INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIROGIA
INFORME DIARIO DE LABORES DE MEDICOS

Servicio : (1) _____

Nombre y firma del Medico : (2) _____

Clinica y/o Especialidad : (3) _____

Adscrito: SI NO (4) _____ Residente: (5) SI NO _____

Hora	Tipo Consulta	Expediente	Folio	Recibo	Paciente	Edad	Genero	Diagnostico	La Vez	Sub	Alta
(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)			

(15) _____ (16) _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA

(Handwritten signatures and initials in blue ink)



4.3.10.12. Instructivo de llenado del formato de informe diario de labores de médicos.

General	Este formato se debe llenar por el personal médico diariamente al término de la consulta. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Servicio: Se refiere al servicio en el que se atiende al paciente.
(2)	Nombre y firma del médico: Se anota el nombre completo del personal médico encargado de la consulta.
(3)	Clínica y/o especialidad: Especificar en cual especialidad se atiende al paciente.
(4)	Adscrito: Se anota una X si es personal médico adscrito o no.
(5)	Residente: Se anota una X si es personal médico residente o no.
(6)	Hora: Se anota la hora de la cita.
(7)	Tipo consulta: Indicar si es preconsulta, primera vez o subsecuente.
(8)	Expediente: Se anota el número de expediente del paciente.
(9)	Folio: Se anota el folio del recibo de pago o gratuidad del paciente.
(10)	Recibo: Se anota el número del recibo de pago o gratuidad del paciente.
(11)	Paciente: Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(12)	Edad: Se refiere a la edad del paciente.
(13)	Género: Se anota si es hombre o mujer según sea el caso del paciente.
(14)	Diagnóstico: Patología neuro oftalmológica del paciente.
(15)	Nombre y firma del médico: Firma del personal médico encargado de la consulta.
(16)	Nombre y firma de la enfermera: Nombre completo y firma del personal de enfermería.

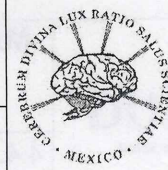
[Handwritten signatures and initials in blue ink]



**4.4. Procedimiento para la programación
de cirugía de neuro-oftalmología**

4.4 PROCEDIMIENTO PARA LA PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA DE NEURO-OFTALMOLOGÍA

[Handwritten signature and initials in blue ink]



4.4.1 PROPÓSITO

Brindar atención médica quirúrgica electiva o urgente al paciente con patología neuro-oftalmológica, mediante la adecuada selección del paciente candidato a cirugía y la programación de la cirugía en función de la urgencia de su padecimiento, de la lista de espera y de los tiempos de quirófano; con el fin de optimizar recursos, reducir tiempos de espera y mejorar la calidad de la atención.

4.4.2 ALCANCE

4.4.2.1. Alcance Interno: Participa el personal de salud del Departamento de Neuro-Oftalmología, responsable de la valoración clínica, programar la cirugía y dar seguimiento postquirúrgico a los pacientes; el personal administrativo del departamento de Neuro-Oftalmología que recibe, registra y orienta al paciente, programa citas y estudios; así como el personal de Trabajo Social que verifica la condición de gratuidad o derechohabencia del paciente y ofrece apoyo tanto a pacientes como a sus acompañantes.

4.4.2.2. Alcance Externo: No aplica.

4.4.3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

4.4.3.1 El personal médico que determine la necesidad quirúrgica de un paciente se apegará a los siguientes requisitos para la programación y realización de cirugía de Neuro-oftalmología:

- Sólo serán incluidos aquellos pacientes que tengan patología neuro-oftalmológica.
- Deberá contar con la autorización del jefe de servicio y/o personal médico adscrito para valorar y realizar el plan quirúrgico.
- Contar con la carta de consentimiento informado debidamente requisitada y firmada por el paciente y la persona legalmente responsable.
- Que el paciente cuente con la valoración anestésica previa a la cirugía.
- Que el paciente cuente con los estudios preoperatorios realizados previo a la cirugía.

4.4.3.2 El personal médico adscrito del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de seleccionar al paciente candidato a cirugía posterior a la valoración neuro-oftalmológica completa con apoyo en los estudios complementarios para el correcto diagnóstico.

4.4.3.3 El personal médico adscrito del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de determinar la prioridad quirúrgica con base en la urgencia del padecimiento del paciente y en la lista de espera.

4.4.3.4 El personal médico del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de explicar al paciente y acompañante las razones por las que requiere un procedimiento quirúrgico, pronóstico y cuidados prequirúrgicos y postquirúrgicos que deberá seguir.

4.4.3.5 El personal médico del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de tramitar el consentimiento informado, explicando al paciente los riesgos y beneficios de la cirugía, para obtener la firma del paciente y de la persona legalmente responsable.

4.4.3.6 El personal médico del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable hacer el correcto llenado de la nota de evolución, las solicitudes de admisión hospitalaria,



interconsulta para valoración de anestesia, estudios prequirúrgicos de laboratorio y gabinete, etc., en el expediente clínico del paciente.

- 4.4.3.7 El personal médico del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de elaborar la receta médica con las características y elementos que indica la normativa, explicar al paciente y acompañante las indicaciones del tratamiento como dosis, horarios y fecha de inicio y término y las indicaciones que debe seguir pre y post quirúrgicos.
- 4.4.3.8 El personal médico del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de informar al paciente y acompañante sobre el desarrollo de la cirugía y si hubo alguna complicación.
- 4.4.3.9 El personal médico del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de dar seguimiento a los pacientes preoperatorios y postoperatorios, con una valoración neuro-oftalmológica completa que incluya campimetría visual.
- 4.4.3.10 El personal médico del Departamento de Neuro-Oftalmología es responsable de programar al paciente una consulta previa a su cirugía, la cual será el viernes anterior al lunes de quirúrgico, para:
- Verificar que cuente con estudios preoperatorios completos.
 - Verificar valoración por anestesiología.
 - Determinar el plan quirúrgico.
 - Verificación por el Departamento de Trabajo Social.



4.4.4 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal médico del Departamento de Neuro-oftalmología	1	<p>Informa al paciente y acompañante sobre su padecimiento y la necesidad de cirugía, explica el procedimiento a realizar y los cuidados pre y post quirúrgicos. Explica los riesgos y beneficios de la cirugía. Imprime la hoja de consentimiento informado y la entrega al paciente y acompañante, les pide la lean detenidamente y si están de acuerdo anoten su nombre y firma.</p> <p>¿El paciente otorga su consentimiento para la cirugía?</p> <p>No. Confirma o modifica tratamiento y anota en carnet cita subsecuente. Le solicita pase a recepción del Departamento de Neuro-oftalmología para su programación. TERMINA</p> <p>Si. Verifica que el consentimiento informado esté firmado por ambos, anota su nombre y firma y recaba la firma de un testigo. Pasa a la actividad 2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento informado
Personal médico del Departamento de Neuro-oftalmología	2	<p>Elabora solicitud de ingreso hospitalario, solicitud de interconsulta para valoración preanestésica y solicitudes de estudios preoperatorios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de ingreso hospitalario • Solicitud de interconsulta • Solicitud de estudios de laboratorio • Solicitud de placas simples
Personal médico del Departamento de Neuro-oftalmología	3	<p>Revisa la lista de espera de pacientes para cirugía, fija fecha y hora de cirugía. Anota en el carnet del paciente la cita para el viernes anterior al procedimiento. Le solicita pase a recepción de Departamento de Neuro-oftalmología para la programación de cita previa y orientación para el trámite administrativo para cirugía.</p>	
Personal administrativo del Departamento de Neuro-oftalmología	4	<p>Recibe en ventanilla de recepción al paciente o acompañante, programa cita previa a cirugía y le orienta sobre la programación de estudios prequirúrgicos y admisión hospitalaria.</p>	
Personal administrativo del Departamento de	5	<p>Recibe en ventanilla de recepción al paciente y acompañante el viernes previo a la cirugía, le solicita espere en la sala a ser llamado. Posteriormente</p>	

[Handwritten signature and initials in blue ink]



**4.4. Procedimiento para la programación
de cirugía de neuro-oftalmología**

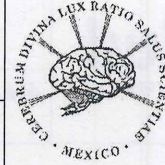
Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Neuro-oftalmología		coloca la hoja de cita en el estante de enfermería para que el personal de enfermería llame al paciente de acuerdo con la programación.	
Personal de enfermería asignado al Departamento de Neuro-oftalmología	6	Llama al paciente, lo pasa al servicio y verifica su identidad conforme a la Acción Esencial de Seguridad del Paciente No. 1: <i>Identificación Correcta del Paciente</i> . Posteriormente, toma sus signos vitales y registra los datos en la hoja de cita. Finalmente, le indica espere en la sala hasta ser llamado por el personal médico.	
Personal médico del Departamento de Neuro-oftalmología	7	Llama al paciente y acompañante, hace la valoración del paciente y se determina el plan quirúrgico a seguir.	
Personal médico del Departamento de Neuro-oftalmología	8	<p>Revisa en el expediente clínico electrónico del paciente que cuente con la valoración anestésica y resultados de estudios preoperatorios.</p> <p>¿Cuenta con valoración anestésica y resultados de estudios preoperatorios?</p> <p>No. Reprograma la cirugía. Regresa a la actividad 4.</p> <p>Si. Realiza la nota preoperatoria en el expediente clínico del paciente. Da indicaciones prequirúrgicas al paciente y acompañante y les solicita acudir a Trabajo Social para iniciar su trámite de ingreso hospitalario. Pasa a la actividad 9.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nota preoperatoria
Personal médico del Departamento de Neuro-oftalmología	9	<p>Se presenta en el quirófano una hora antes de la cirugía, verifica el equipo quirúrgico presente, que la sala de cirugía cuente con el instrumental y el material para el procedimiento quirúrgico en específico y que el paciente esté en condiciones óptimas de salud.</p> <p>¿El paciente está en condiciones óptimas para cirugía?</p> <p>No. Cancela la cirugía. Explica al paciente el motivo de la cancelación y le programa consulta subsecuente nuevamente. Anota en la libreta de cirugías el motivo de la cancelación.</p> <p>TERMINA</p> <p>Si. Realiza la cirugía. Elabora nota postoperatoria e indicaciones médicas en el expediente clínico del paciente. Pasa a la actividad 10.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nota postoperatoria • libreta de programación

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

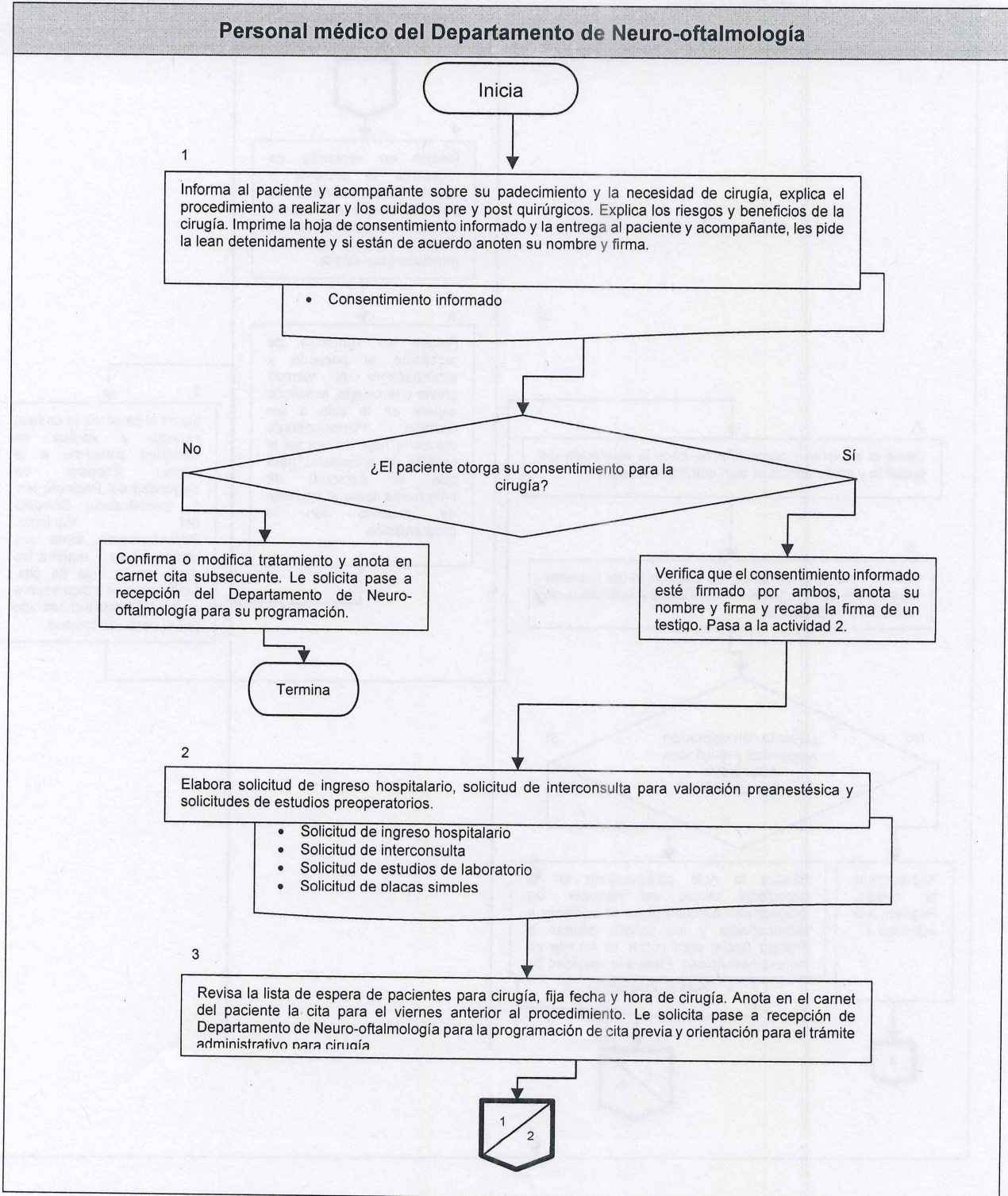


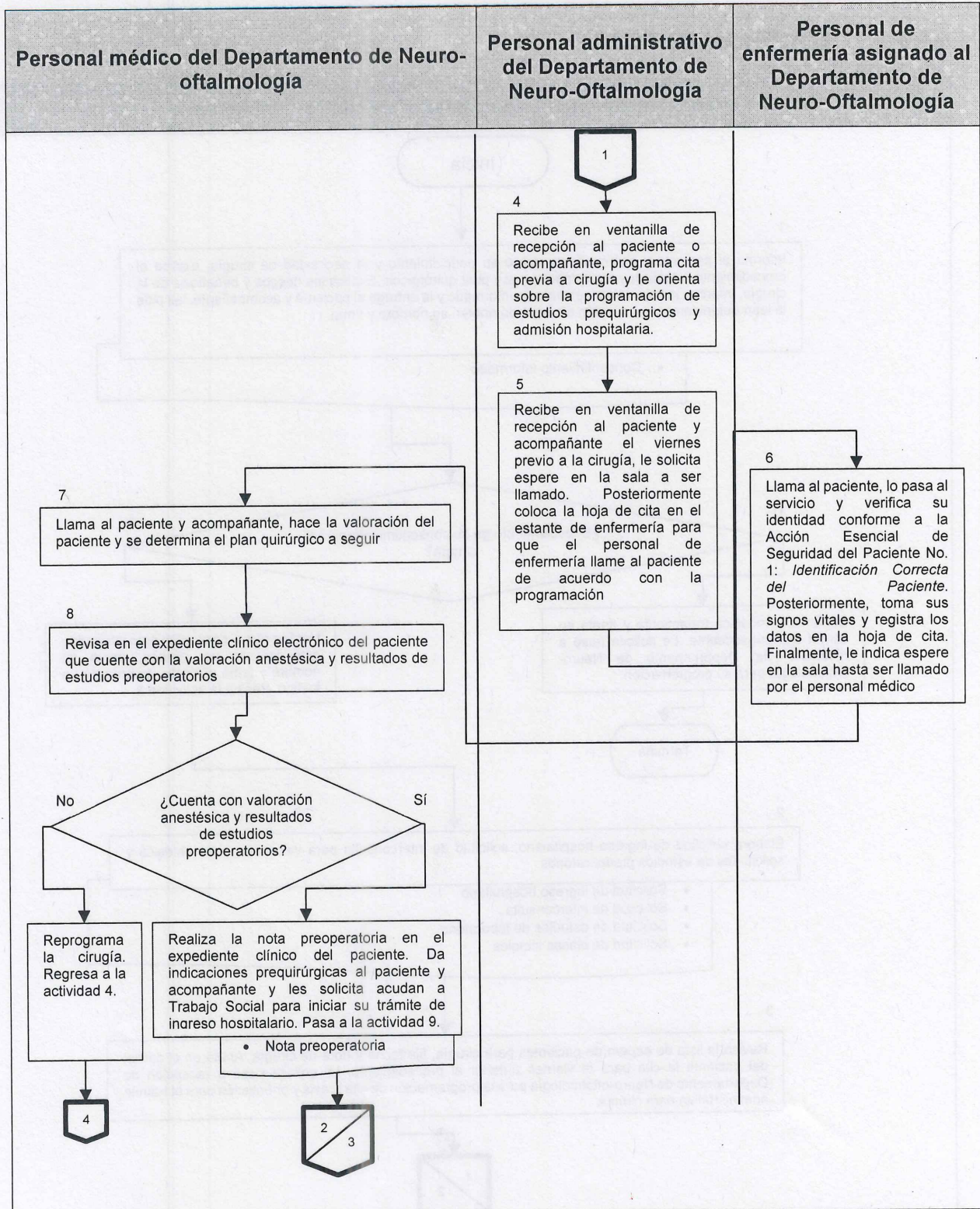
Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal médico del Departamento de Neuro-oftalmología	10	Da informes al acompañante al término de la cirugía y las indicaciones de cuidados postquirúrgicos del paciente.	
Personal médico del Departamento de Neuro-oftalmología	11	<p>Evalúa la condición del paciente para darlo de alta.</p> <p>¿El paciente está en condición óptima para ser dado de alta?</p> <p>No. Anota las indicaciones médicas en expediente clínico del paciente para permanecer otro día hospitalizado. Regresa a la actividad 11.</p> <p>Si. Requisita la nota de egreso hospitalario en el expediente clínico electrónico del paciente. Finalmente da de alta al paciente y lo cita para valoración postquirúrgica al día siguiente. Pasa a la actividad 12.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Egreso hospitalario
Personal administrativo del departamento de Neuro-oftalmología	12	Recibe al paciente y acompañante al día siguiente de su cirugía o egreso hospitalario. Les solicita esperen en la sala a ser llamado. Informa al personal médico que el paciente ya llegó y espera en la sala.	
Personal médico del Departamento de Neuro-oftalmología	13	Pasa al paciente y acompañante al consultorio, evalúa al paciente y realiza nota médica de evolución en el expediente clínico electrónico. Posteriormente le da indicaciones médicas, le entrega receta médica y anota en el carnet la fecha de la consulta subsecuente. Finalmente les pide acudir a la recepción a programar su cita.	<ul style="list-style-type: none"> Nota médica de evolución Receta médica
Personal administrativo del departamento de Neuro-oftalmología	14	Recibe al paciente y acompañante en la recepción y programa la cita subsecuente. Le pide lean las indicaciones para su cita. Finalmente, le solicita pase previamente a caja a por su recibo de gratuidad o de pago por consulta subsecuente y se presente 10 minutos antes de la hora programada.	<ul style="list-style-type: none"> Cita subsecuente.
		TERMINA	

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

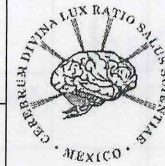


4.4.5 DIAGRAMA DE FLUJO

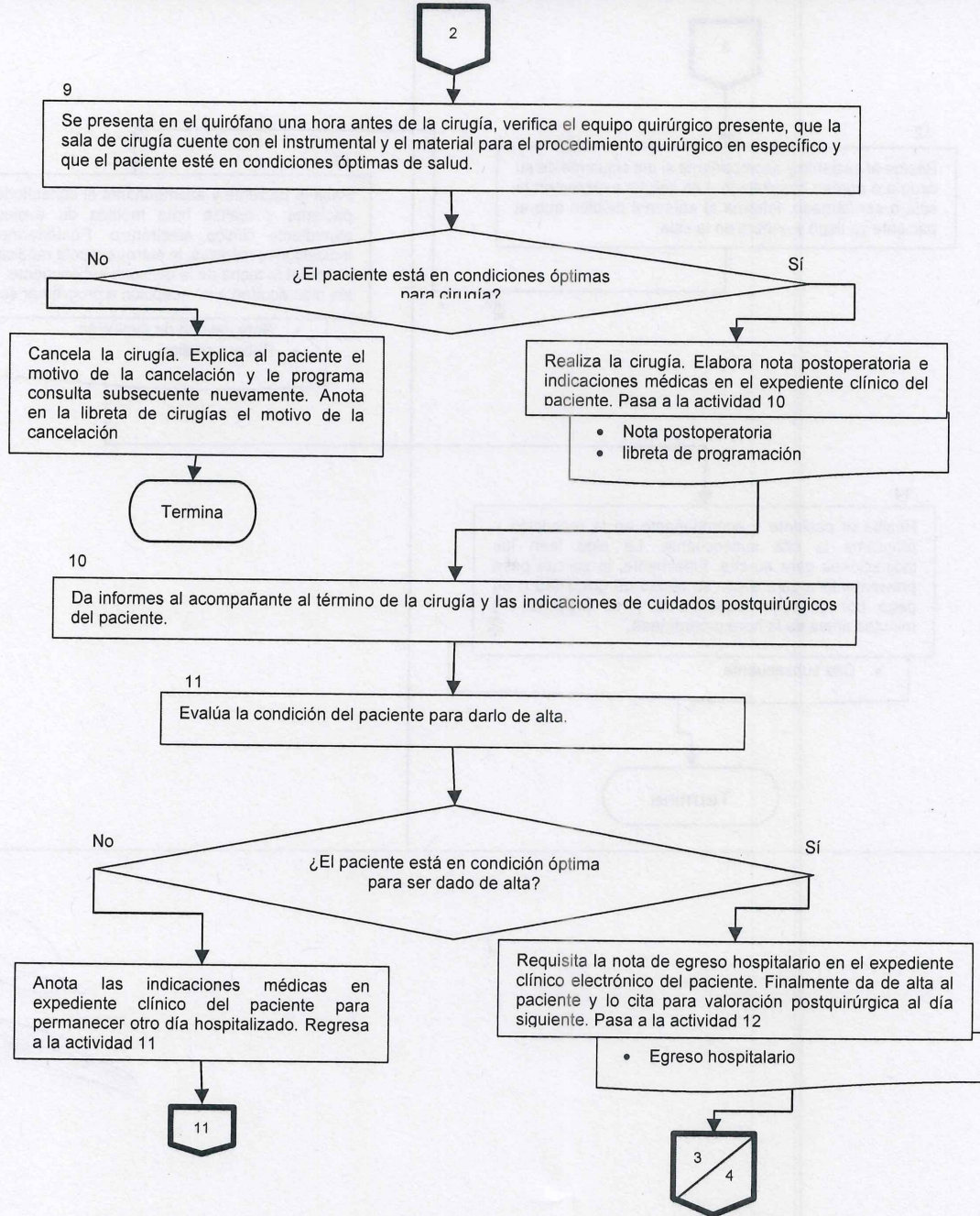




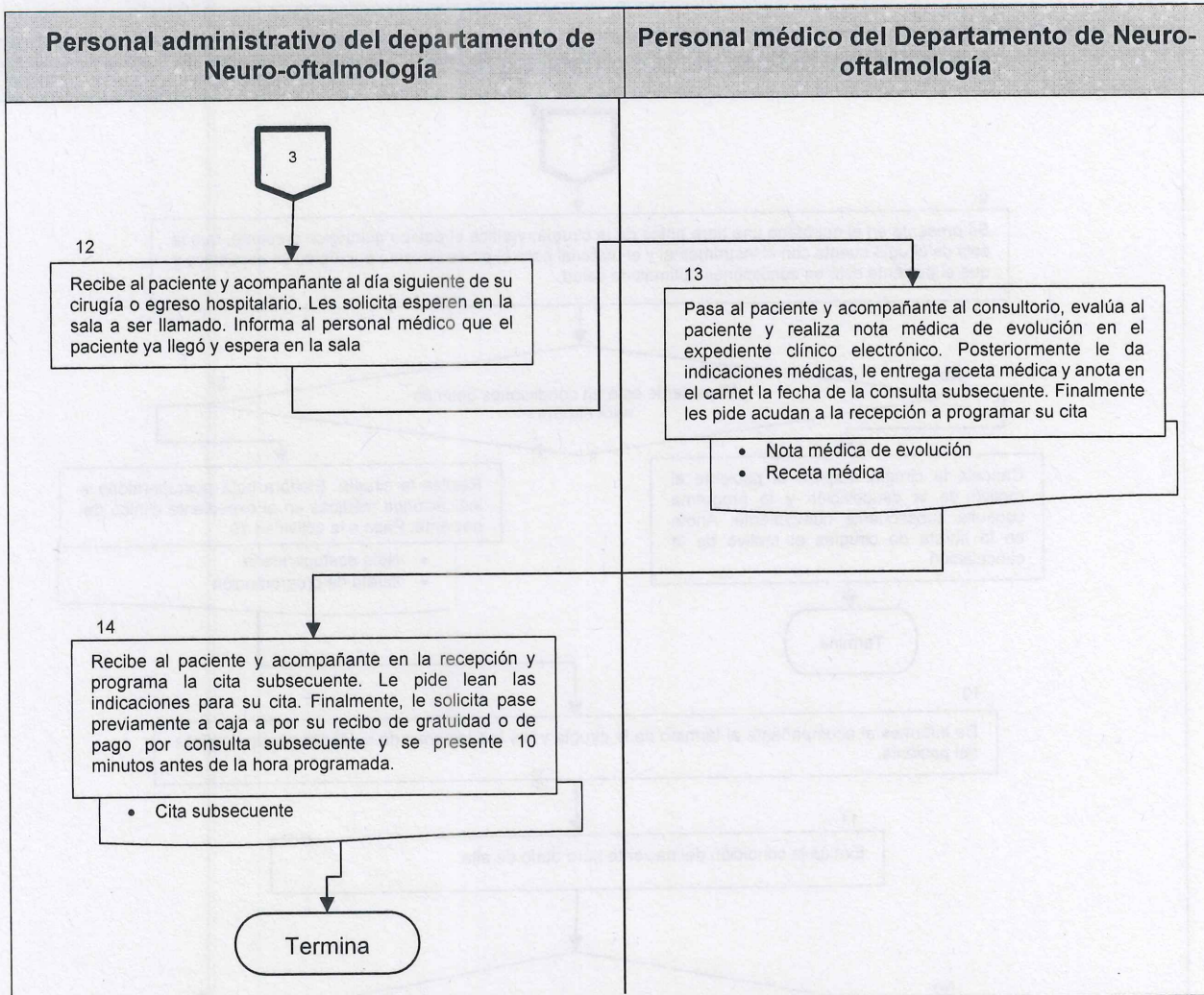
[Handwritten signatures and initials in blue ink]



Personal médico del Departamento de Neuro-Oftalmología



Handwritten signatures and initials in blue ink.



[Handwritten signatures and initials in blue ink]



4.4.6 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos		Código (cuando aplique)
4.4.6.1	Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos, vigente.	N/A
4.4.6.2	Manual de Organización de la Subdirección de Consulta Externa del INNNMVS, vigente.	N/A
4.4.6.3	Ley General de Salud.	N/A
4.4.6.4	Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	NOM-004-SSA3-2012
4.4.6.5	Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia.	NOM-220-SSA1-2016
4.4.6.6	NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010, Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud.	NOM-024-SSA3-2010
4.4.6.7	Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.	N/A

4.4.7 REGISTROS



Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.4.7.1 Consentimiento informado.	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
4.4.7.2 Solicitud de ingreso hospitalario.	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica
4.4.7.3 Solicitud de interconsulta.	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica
4.4.7.4 Solicitud de estudios de laboratorio	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica
4.4.7.5 Solicitud de placas simples.	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica

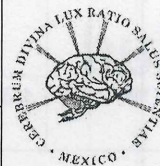
[Handwritten signature]

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.4.7.6 Nota preoperatoria	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica
4.4.7.7 Nota postoperatoria	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica
4.4.7.8 Libreta de programación.	6 años	Departamento de Neuro-oftalmología	No aplica
4.4.7.9 Egreso hospitalario	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica
4.4.7.10 Nota médica de evolución.	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica
4.4.7.11 Receta médica	N/A	N/A	No aplica

4.4.8 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

4.4.8.1	Acompañante: Persona que acompaña al paciente durante su estancia en el Instituto, pudiendo o no ser familiar. Apoya al paciente en trámites de programación de citas y estudios y solicitud de recibos de caja.
4.4.8.2	Equipo médico: Personal médico adscrito y residentes del Departamento de Neuro-oftalmología, titular del departamento de Neuro-oftalmología, quienes en conjunto determinan el procedimiento a realizar y participan en la cirugía.
4.4.8.3	Estudios prequirúrgicos: Pruebas y análisis médicos que se realizan antes de una cirugía para evaluar el estado de salud del paciente y asegurar que está listo para la intervención.
4.4.8.4	Paciente: Persona que recibe atención a la salud (de acuerdo con el glosario de términos aplicados a la seguridad del paciente de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud). Beneficiario(a) directo de la atención médica (de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012).
4.4.8.5	Valoración preanestésica: Revisión por el personal médico del departamento de anestesiología para determinar si el paciente está en condiciones de salud óptimas para el procedimiento.



4.4.9 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
00	Marzo, 2026	Se crea el procedimiento por acciones de mejora.

4.4.10 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 4.4.10.1 Formato hoja de consentimiento informado.
- 4.4.10.2 Instructivo de llenado del formato hoja de consentimiento informado.
- 4.4.10.3 Formato solicitud de ingreso hospitalario.
- 4.4.10.4 Instructivo de llenado del formato solicitud de ingreso hospitalario.
- 4.4.10.5 Formato solicitud de interconsulta.
- 4.4.10.6 Instructivo de llenado del formato solicitud de interconsulta.
- 4.4.10.7 Formato solicitud de estudios de laboratorio.
- 4.4.10.8 Instructivo de llenado del formato solicitud de estudios de laboratorio
- 4.4.10.9 Formato solicitud de placas simples.
- 4.4.10.10 Instructivo de llenado del formato solicitud de placas simples.
- 4.4.10.11 Formato de nota preoperatoria
- 4.4.10.12 Instructivo de llenado del formato de nota preoperatoria
- 4.4.10.13 Formato de nota postoperatoria
- 4.4.10.14 Instructivo de llenado del formato de nota postoperatoria.
- 4.4.10.15 Formato solicitud de libreta de programación
- 4.4.10.16 Instructivo de llenado del formato de libreta de programación.
- 4.4.10.17 Formato de egreso hospitalario.
- 4.4.10.18 Instructivo de llenado del formato de egreso hospitalario
- 4.4.10.19 Formato de nota médica de evolución
- 4.4.10.20 Instructivo de llenado del formato de nota médica de evolución
- 4.4.10.21 Formato de receta médica
- 4.4.10.22 Instructivo de llenado del formato de receta médica.



4.4.10.1 Formato hoja de consentimiento informado

	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA		Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000
	MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Hora de elaboración: (2) _____ Nivel Socioeconómico: (3) _____
Servicio: (4) _____	Registro: (5) _____	Tipo de Paciente: (6) _____	
Nombre: (7) _____	Edad: (8) _____	Sexo: H (9) M _____	Fecha de Nac: (10) 00/00/0000

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL/TUTOR/FAMILIAR MÁS CERCANO EN VÍNCULO
(11) _____ PARENTESCO (12) _____

Yo, (13) _____ 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 NCM-004-S5A3-2012 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 pronóstico, 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, consiento 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.

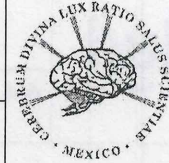
**DIRECCIÓN MÉDICA
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL**

DM-TS-IR-CI-1/2016

Firmado por: (14) _____ a _____ Núm Cédula: _____	(15) _____
NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA DE QUIEN OBTIENE EL CONSENTIMIENTO	NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL/TUTOR/FAMILIAR MÁS CERCANO EN VÍNCULO
(16) _____ NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1	(17) _____ NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2

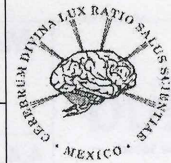
www.innm.salud.gob.mx Inaugurados Cu-03877, Col. La Fama 54266, México, Ciudad de México Tel: (55) 5606-2622 ext. 2024 Pág. 1

Handwritten signatures in blue ink at the bottom of the page.



4.4.10.2 Instructivo de llenado del formato hoja de consentimiento informado.

General	Llenar en el Expediente Clínico Electrónico por parte del personal de salud solicitante. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Fecha de elaboración: Colocar la fecha en la que se realiza el consentimiento en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(2)	Hora de elaboración: Anotar la hora en la que se realiza el consentimiento en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11)
(3)	Nivel socioeconómico: Clave socioeconómica del 1 al 6 asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con el puntaje que arroja la entrevista del estudio socioeconómico.
(4)	Servicio: Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	Registro: Anotar el número de expediente que se encuentra en el carnet del paciente.
(6)	Tipo de paciente: Gratuidad o no gratuidad asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con la revisión de su derechohabencia en la plataforma AAMATES.
(7)	Nombre: Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	Edad: Anotar la edad del paciente.
(9)	Sexo: Marcar con una cruz si es hombre o mujer el paciente.
(10)	Fecha de nacimiento: Anotar la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(11)	Nombre del representante legal/familiar: Anotar el nombre del representante legal o familiar empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(12)	Parentesco: Se anota el parentesco con el paciente.
(13)	Yo: Nombre completo del paciente o representante legal, tutor o familiar más cercano.
(14)	Nombre completo, cargo y firma de quien obtiene el consentimiento informado: El personal médico tratante deberá anotar su nombre completo, cargo y firma.
(15)	Nombre y firma de paciente o representante legal: Nombre completo del paciente o de su representante legal que otorga el consentimiento,
(16)	Nombre y firma del testigo 1: Deberá anotar nombre y firma de una persona que testifiquen el consentimiento informado.
(17)	Nombre y firma del testigo 2: Deberá anotar nombre y firma de una segunda persona que testifiquen el consentimiento informado.



4.4.10.3 Formato solicitud de ingreso hospitalario.

	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA			Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000
	MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitara 04 AM 0913012			Hora de elaboración: (2)
Servicio: (4)		Registro: (5)	Tipo de Paciente: (6)	
Nombre: (7)		Edad: (8)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F (9)	Fecha de Nac: 00/00/0000 (10)
SOLICITUD INGRESO HOSPITALARIO				
DATOS PROPORCIONADOS POR EL MÉDICO (11)				
DIAGNOSTICO (S)				
ESPECIALIDAD: NEUROLOGÍA <input type="checkbox"/> PSIQUIATRÍA <input type="checkbox"/>				
MÉDICO SOLICITANTE				
INTERNAMIENTO URGENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
PACIENTE CON RIESGO DE ALERGIAS SI <input type="checkbox"/> A QUÉ: BRAZALETE ROJO				
PACIENTE CON RIESGO DE CAIDAS SI <input type="checkbox"/> BRAZALETE AZUL				
INFORMACIÓN OBTENIDA POR ADMISIÓN HOSPITALARIA (12)				
FECHA DE SOLICITUD: _____				
NOMBRE DEL PACIENTE: _____				
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)				
GÉNERO: FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> EDAD _____ años				
REGISTRO _____ CAMA _____ FECHA DE INGRESO 00/00/0000				
TELÉFONO 1 _____ TELÉFONO 2 _____				
TELÉFONO 3 _____				
Firmado por: _____ a _____ Núm Cédula: _____				
NOMBRE Y FIRMA DE QUIÉN AUTORIZA EL INGRESO (13)				



4.4.10.4 Instructivo de llenado del formato solicitud de ingreso hospitalario.

General	Este formato se debe llenar en el ECE por el personal médico tratante. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Fecha de elaboración: Se refiere a la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024
(2)	Hora de elaboración: Se refiere la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11)
(3)	Nivel socioeconómico: Clave socioeconómica del 1 al 6 asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con el puntaje que arroja la entrevista del estudio socioeconómico.
(4)	Servicio: Se refiere al servicio en el que será atendido el paciente
(5)	Registro: Se refiere al número de expediente que está en el carnet del paciente
(6)	Tipo de paciente: Gratuidad o no gratuidad asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con la revisión de su derechohabencia en la plataforma AAMATES.
(7)	Nombre: Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres
(8)	Edad: Se refiere a la edad del paciente
(9)	Sexo: Colocar el sexo del paciente usando la palabra hombre, mujer u otro
(10)	Fecha de nacimiento: Se refiere a la fecha de nacimiento del paciente, en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024
(11)	Datos proporcionados por el médico: Se anota el diagnóstico, especialidad, nombre del personal médico solicitante.
(12)	Información obtenida por admisión hospitalaria: Se anota la fecha de solicitud, nombre del paciente, género, edad, registro, cama, fecha de ingreso y 2 teléfonos.
(13)	Nombre y firma de quien autoriza el ingreso: Nombre completo del personal médico responsable.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



4.4.10.5. Formato de solicitud de interconsulta

	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA		Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000
	MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Hora de elaboración: (2)
Servicio: (4)		Registro: (5)	Tipo de Paciente: (6)
Nombre: (7)		Edad: (8)	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M Fecha de Nac: 00/00/0000
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA			Nivel Socioeconómico: (3)
SOLICITUD DE INTERCONSULTA			REG. NUM: (11)
Nombre: (12)	Edad: (13)	Género: <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M (14)	
SOLICITA A: (15)	Cama: (16)		
PROCEDENCIA: (17)			
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO / O SINTOMAS: (18)			
Fecha: (19) 00/00/0000		Hora: (20) 00:00	
Firmado por: (21)			
(22) a NÚM Cédula: (23)			
MÉDICO SOLICITANTE, FIRMA: (24)			
Insurgentes Sur No. 3877, C.P. 14269, México D.F. Tel: 56 06 38 22			

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



4.4.10.6 Instructivo de llenado del formato de solicitud de interconsulta

General	Este formato se debe llenar en el sistema electrónico por parte del personal médico. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Fecha de elaboración: Se refiere a la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa).
(2)	Hora de elaboración: Se refiere la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas, ej. 13:11.
(3)	Nivel socioeconómico: Clave socioeconómica del 1 al 6 asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con el puntaje que arroja la entrevista del estudio socioeconómico.
(4)	Servicio: Se refiere al área donde está siendo atendido el paciente.
(5)	Registro: Número de registro institucional con el que se identifica al paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.
(6)	Tipo de paciente: Gratuidad o no gratuidad asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con la revisión de su derechohabencia en la plataforma AAMATES.
(7)	Nombre: Se refiere al nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres (se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente).
(8)	Edad: Se refiere a la edad del paciente.
(9)	Sexo: Marcar con una X si es hombre o mujer el paciente.
(10)	Fecha de nacimiento: Se refiere a la fecha de nacimiento del paciente, en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa), ej. 06/02/2024.
(11)	REG NUM (Número de registro): Se refiere al número de expediente que aparece en el carnet del paciente (se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente).
(12)	Nombre: Se refiere al nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres (se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente).
(13)	Edad: Se refiere a la edad del paciente (se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente).
(14)	Género: Marcar con una X si es hombre o mujer el paciente (se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente).
(15)	Solicita a: Se refiere al área o servicio al que se solicita la interconsulta.
(16)	Cama: Se refiere al número de cama en donde está hospitalizado el paciente.
(17)	Procedencia: Se refiere al área o servicio donde se está atendiendo al paciente.
(18)	Diagnóstico presuntivo / o síntomas: El personal médico tratante emite un diagnóstico provisional o los síntomas que presenta en el momento de la revisión.
(19)	Fecha: Colocar la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa), ej. 06/02/2024.
(20)	Hora: Anotar la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).
(21)	Firmado por: Se anota el nombre completo del personal médico que realiza la solicitud.
(22)	Fecha: Colocar la fecha en la que se realiza la solicitud en formato lugar "Ciudad de México" y posteriormente la fecha a dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa), ej. 06/02/2024.
(23)	Núm. Cédula: Se anota el número de cédula profesional del personal médico solicitante.
(24)	Médico Solicitante, Firma: Firma del personal médico solicitante.

p *[Signature]* *[Signature]* *[Signature]*



4.4.10.7 Formato solicitud de estudios de laboratorio.

	PETICIÓN DE ANALÍTICA	Nº de petición: *
	Ref. Lab:	Fecha de solicitud: (1) Fecha de extracción (P): Ámbito: Consultas Externas (2) Episodio:
Solicitante: (3)	NHC:	F. Nac.: (7)
Servicio: (4)	Paciente: (6)	
Remitir a:	Nº Cama:	Sexo: (8)
Diagnóstico: (5)		
Microbiología:		
Compañía:		
Comentarios / Ubicación:		
Pruebas solicitadas (9)		

- * Lab. Clínico
- Perfiles
 - Funcionamiento hepático
- Hematología
 - Biometría Hemática
- Química clínica
 - Electrolitos Séricos 6 (Na, K, Cl, Ca, Mg, P)
 - Química sanguínea 6(Q. 4+ colesterol + triglicéridos)
- Perfiles hormonales
 - Evaluación inicial (femenino)
 - Perfil tiroideo (T-Uptake, T4T, ITL, T4L, T3T, T3L, TSH)
- Niveles séricos de antiepilépticos
 - Valproato

Datos Clínicos:

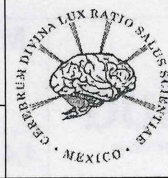
Material: Tubo azul(1); Tubo lila(1); Tubo Oro(1); Tubo rojo(1)

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

4.4.10.8 Instructivo de llenado del formato solicitud de estudios de laboratorio.

General	Este formato se debe llenar en el Expediente Clínico Electrónico por el personal médico. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Fecha de solicitud: Anotar la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2026.
(2)	Ámbito: Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(3)	Solicitante: Anotar el nombre completo del personal médico que solicita empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(4)	Servicio: Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	Diagnóstico: Anotar el diagnóstico registrado por el personal médico responsable, en relación con el cuadro clínico y los hallazgos radiológicos del paciente.
(6)	Paciente: Anotar el nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(7)	F. Nac: Anotar la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2026.
(8)	Sexo: Seleccionar el género con el que se identifica el paciente seleccionando uno de los dos recuadros de manera excluyente. Considerando H = Hombre M = Mujer.
(9)	Pruebas solicitadas: Seleccionar los estudios de laboratorio que se requieren.

(Faint grid lines and handwritten marks are visible on the page, including a large blue scribble on the right side and a signature-like mark at the bottom center.)



4.4.10.9 Formato de solicitud de estudios de placas simples.

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

Fecha de Elaboración: (1) 00/00/0000
 Hora de Elaboración: (2) :
 Nivel Socioeconómico (3)

Servicio: (4) Registro: (5) Sexo: H (6) M
 Nombre: (7) Edad: (8) Fecha de Nac: (9) 00/00/0000

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DEPARTAMENTO DE NEUROIMAGEN
UNIDAD DE RADIOLOGÍA Y ESTUDIOS ESPECIALES
SOLICITUD

1. DATOS GENERALES (10)

Procedencia: _____
 FECHA 00/00/0000 MÉDICO SOLICITANTE _____

2. ANTECEDENTES (11)

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

 ESTUDIOS PREVIOS

3. ESTUDIOS SOLICITADOS (12)

RADIOLÓGICO SIMPLE _____
 ANGIOGRAFÍA
 PANANGIOGRAFÍA CEREBRAL ANGIOGRAFÍA CAROTIDEA
 ANGIOGRAFÍA 1 VASO (CEREBRAL) PROTOCOLO VASCULAR
 OTRAS REGIONES: _____
 MIELOGRAFÍA: _____

4. MATERIAL Y MÉTODO (13)

CONTRASTE _____ TIPO _____ CANTIDAD _____
 - VÍA - VENOSA CAROTIDEA HUMERAL FEMORAL SUBARACNOIDEA

5. DIAGNÓSTICOS (14)

CLÍNICO
 RADIOLOGICO

 DEFINITIVO

(15) Firmado por: _____ N.º Cédula: _____
 NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE

www.inm.salud.gob.mx Inmoplatas Sur 151877, Col. La Fama, 14264, Ciudad de México Tel. (55) 5900-1422 ext. 2324 Pág. 1

Handwritten signatures in blue ink.




4.4.10.10 Instructivo de llenado del formato de solicitud de estudios de placas simples.

General	Este formato se debe llenar en el Expediente Clínico Electrónico por el personal médico solicitante. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Fecha de elaboración: Se refiere a la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(2)	Hora de elaboración: Se refiere la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11)
(3)	Nivel socioeconómico: Clave socioeconómica del 1 al 6 asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con el puntaje que arroja la entrevista del estudio socioeconómico.
(4)	Servicio: Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	Registro: Número de registro institucional con el que se identifica al paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet
(6)	Nombre: Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(7)	Edad: Se refiere a la edad del paciente.
(8)	Sexo: Se indica si es hombre o mujer según sea el caso del paciente.
(9)	Fecha de nacimiento: Se refiere a la fecha de nacimiento del paciente, en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(10)	Datos generales: sé anotan los datos generales del paciente, así como las especificaciones del estudio requerido,
(11)	Antecedentes: Se anota el resumen clínico, diagnóstico, antecedentes quirúrgicos y estudios previos.
(12)	Estudios Solicitados: Se indica cuáles son los estudios que requiere el paciente.
(13)	Material y método: Se indica si se requiere algún material en específico para dichos estudios y si tiene alguna indicación para poder realizarlos.
(14)	Diagnósticos: Se anota la o las patologías de los resultados y observaciones de los estudios realizados al paciente.
(15)	Nombre y firma del médico responsable: Se anota el nombre completo, número de cédula profesional y firma del personal médico que solicita los estudios.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



4.4.10.11 Formato de nota preoperatoria.

	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Fecha de Elaboración: (1) 00/00/0000 Hora de Elaboración: (2) : : Nivel Socioeconómico (3) ()
	Servicio: (4) () Registro: (5) () Sexo: H (6) M () Nombre: (7) () Edad: (8) () Fecha de Nac: (9) 00/00/0000		
NOTA PREOPERATORIA			DM/INPrO-1/2016
TA: () / () (10) T°: () °C FC: () FR: () Quirófano ()			
Resumen de Evolución: Anamnesis, exploración física y resultados de servicios auxiliares (11)			
Diagnósticos Probables (12)			
Plan (13)	FECHA DE LA CIRUGIA A REALIZAR	00/00/0000	
Incisión, Posición y Lateralidad (14)			
Abordaje (15)			
Material Requerido (16)			
Hemoderivados requeridos (17)			
Técnica Quirúrgica (18)			
www.innss.salud.gob.mx		Insurgentes Sur #38177, Col. La Fama, 14269, Ciudad de México Tel (55) 5600-3822 ext. 2024	
		Pág. 1	

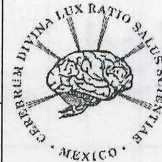
P



Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
NEURO-OFTALMOLOGÍA**

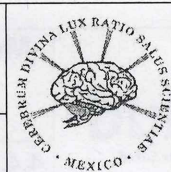
**4.4. Procedimiento para la programación
de cirugía de neuro-oftalmología**



Página
127 de 146

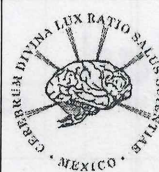
	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA		Fecha de Elaboración: 00/00/0000
	MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sarriana 04 AM 0913012		Hora de Elaboración: _____
Servicio: _____	Registro: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Nivel Socioeconómico: _____
Nombre: _____	Edad: _____	Fecha de Nac: 00/00/0000	
Riesgos quirúrgicos (19)			
<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>			
Pronóstico (20)			
<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>			
Cuidados y Plan Terapéutico Pre-operatorio (21)			
<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>			
Médico que Elaboró la nota (22)		MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO	
Firmado por: _____		Firmado por: _____	
a _____ Núm Cédula: _____		a _____ Núm Cédula: _____	
Médico que Revisó la nota (23)			
<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>			

[Handwritten signatures in blue ink]



4.4.10.12 Instructivo de llenado del formato de nota preoperatoria.

General	Este formato se debe llenar en el sistema electrónico por el personal médico. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Fecha de elaboración: Se refiere a la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(2)	Hora de elaboración: Se refiere la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).
(3)	Nivel socioeconómico: Clave socioeconómica del 1 al 6 asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con el puntaje que arroja la entrevista del estudio socioeconómico.
(4)	Servicio: Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	Registro: Número de registro institucional con el que se identifica al paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.
(6)	Sexo: Marcar con una X si es hombre o mujer el paciente
(7)	Nombre: Nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	Edad: Se refiere a la edad del paciente.
(9)	Fecha de nacimiento: Anotar la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa), ej. 06/02/2024
(10)	Signos vitales: Anotar peso, talla tensión arterial, frecuencia cardiaca, escala de dolor, frecuencia respiratoria, temperatura del paciente
(11)	Resumen de evolución: Resumen de la evolución clínica: anamnesis (historia y síntomas del paciente), exploración física (hallazgos objetivos del examen) y resultados de los estudios auxiliares que se le realizaron (laboratorio, imagenología, etc.).
(12)	Diagnósticos probables: Anotar la o las enfermedades probables del paciente por sus signos y síntomas, después de recopilar información sobre su historial médico y resultados de un examen físico.
(13)	Plan: Planificación de la intervención quirúrgica.
(14)	Incisión, posición y lateralidad: Se indica la forma, postura, el lugar y el lado del cuerpo donde se realizará el procedimiento quirúrgico.
(15)	Abordaje: Estrategia o método más seguro y eficaz para el procedimiento quirúrgico.
(16)	Material requerido: Instrumental y equipo médico, insumos y material complementario según el procedimiento a realizar.
(17)	Hemoderivados requeridos: En caso necesario, se especifica el tipo de hemoderivados que se requieren durante la cirugía con base en la condición del paciente.
(18)	Técnica quirúrgica: Método específico que se emplea durante la cirugía.
(19)	Riesgos quirúrgicos: Anotar complicaciones probables que pueda presentar el paciente durante o después de la intervención quirúrgica, que pueden variar desde problemas menores hasta eventos graves.
(20)	Pronóstico: Posibilidad de recuperación del padecimiento motivo de la cirugía.
(21)	Cuidados y plan terapéutico preoperatorio: Se anotan los cuidados y monitoreo para la preparación del paciente antes de la cirugía.
(22)	Médico que elabora la nota: Se anota el nombre completo, número de cédula profesional y firma del personal médico que elabora el formato.
(23)	Médico que revisó la nota: Nombre completo, número de cédula profesional y firma del personal médico adscrito.



4.4.10.13 Formato de nota postoperatoria.

	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA		Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000
	MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AIM 0913012		Hora de elaboración: (2) : : Nivel Socioeconómico (3)
Servicio: (4)	Registro: (5)	Sexo: H (6) M	
Nombre: (7)	Edad: (8)	Fecha de Nac: (9) 00/00/0000	
QUIRÓFANOS		DM/NPO-1/2016	
NOTA POST-OPERATORIA			
SERVICIO DE PROCEDENCIA: (10)			QUIRÓFANO: (11)
DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO (12)			
DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO (13)			
OPERACIÓN PLANEADA (14)		OPERACIÓN PROGRAMADA (15)	
OPERACIÓN REALIZADA (16)			
FECHA Y HORA DE INICIO (17) 00/00/0000 : :		FECHA Y HORA DE TÉRMINO (18) 00/00/0000 : :	
CIRUJANOS (19)			
ANESTESIOLOGOS (20)			
DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA (21)			
ESTUDIOS DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTOS TRANSOPERATORIOS (22)			

p *e*



	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA		Fecha de elaboración: 00/00/0000
	MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Hora de elaboración: 0
Servicio: _____	Registro: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Nivel Socioeconómico _____
Nombre: _____	Edad: _____	Fecha de Nac: 00/00/0000	
HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS (23)			
CUANTIFICACIÓN DE GASAS, COMPRESAS Y COTONOIDES (24)			
INCIDENTES Y ACCIDENTES (25)			
CUANTIFICACIÓN DE SANGRADO Y TRANSFUSIONES (26)			
NOMBRE DE INSTRUMENTISTAS, CIRCULANTE Y OTROS MEDICOS PARTICIPANTES (27)			
ESTADO POST-OPERATORIO INMEDIATO (28)			
PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO POSTOPERATORIO INMEDIATO (29)			
PRONÓSTICO (30)			
RIESGOS POSTQUIRÚRGICOS (31)			
www.inn.salud.gob.mx		Inauguradas Sur#3877, Col. La Fama 14259, México, Ciudad de México Tel. (55) 5606-3822 ext. 2024	
		Pág. 2	

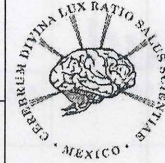
P



Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
NEURO-OFTALMOLOGÍA**

**4.4. Procedimiento para la programación
de cirugía de neuro-oftalmología**



Página
131 de 146

	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA		Fecha de elaboración: 00/00/0000
	MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Hora de elaboración: _____
Servicio: _____	Registro: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Nivel Socioeconómico: _____
Nombre: _____	Edad: _____	Fecha de Nac: 00/00/0000	
ESTADO POST-OPERATORIO INMEDIATO (32)			
PIEZAS O BIOPSIAS QUIRÚRGICAS (33)			
OTROS HALLAZGOS IMPORTANTES PARA EL PACIENTE (34)			
MÉDICO QUE ELABORÓ LA NOTA POST-OPERATORIA (35)		MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO (36)	
Firmado por: _____ a _____ Núm Cédula: _____		Firmado por: _____ a _____ Núm Cédula: _____	
MÉDICO QUE REVISÓ LA NOTA POST-OPERATORIA			
www.innva.salud.gob.mx		Incorporados Sur#3877, Col. La Fama 14259, México, Ciudad de México Tel (55) 5606-3822 ext. 2004	
		Pág. 3	



4.4.10.14 Instructivo de llenado del formato de nota postoperatoria.

General	Este formato se debe llenar en el sistema electrónico por el personal médico. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Fecha de elaboración: Se refiere a la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(2)	Hora de elaboración: Se refiere la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).
(3)	Nivel socioeconómico: Clave socioeconómica del 1 al 6 asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con el puntaje que arroja la entrevista del estudio socioeconómico.
(4)	Servicio: Se refiere al servicio en el que se realizaran los estudios al paciente.
(5)	Registro: Número de registro institucional con el que se identifica al paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.
(6)	Sexo: Marcar con una X si es hombre o mujer el paciente
(7)	Nombre: Nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	Edad: Se refiere a la edad del paciente.
(9)	Fecha de nacimiento: Anotar la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa), ej. 06/02/2024
(10)	Servicio de procedencia: Nombre del servicio que realiza la cirugía.
(11)	Quirófano: Número de sala de cirugía.
(12)	Diagnóstico preoperatorio: Patología del paciente motivo de la cirugía.
(13)	Diagnóstico postoperatorio: Confirmar o actualizar la patología del paciente.
(14)	Operación planeada: Tipo de cirugía a realizar.
(15)	Operación programada: Seleccionar del listado desplegable la cirugía a realizar.
(16)	Operación realizada: Indicar la cirugía que se realizó.
(17)	Fecha y hora de inicio: Horario de inicio de cirugía.
(18)	Fecha y hora de término: Horario en que finaliza la cirugía.
(19)	Cirujanos: Nombre del personal médico cirujano a cargo de la cirugía.
(20)	Anestesiólogos: Nombre del personal médico de anestesiología en la cirugía.
(21)	Descripción de la técnica quirúrgica: Método quirúrgico empleado.
(22)	Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamientos transoperatorios: Registrar los estudios y tratamientos realizados durante la cirugía para diagnóstico rápido y toma de decisiones quirúrgicas, definición de márgenes.
(23)	Hallazgos transoperatorios: Observaciones e información relevante obtenida durante un procedimiento quirúrgico.
(24)	Quantificación de gases, compresas y cotonoides: Es un protocolo de seguridad quirúrgica para prevenir que material se quede olvidado en el paciente.
(25)	Incidentes y accidentes: eventos no intencionados ocurridos durante la cirugía que pueden causar daño al paciente o ponerlo en riesgo.
(26)	Quantificación de sangrado y transfusiones: Registrar la cantidad de pérdida de sangre durante la cirugía y si se realizó, la cantidad de transfusión sanguínea.
(27)	Nombre de instrumentistas, circulante y otros médicos participantes: Anotar el nombre completo del personal de salud que participó en la cirugía.
(28)	Estado postoperatorio inmediato: Evaluación de la condición del paciente justo al término de la cirugía.
(29)	Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato: Cuidados, medicación y monitoreo posterior a cirugía para estabilización del paciente.

Handwritten mark

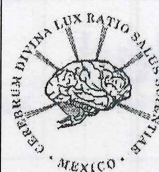
Handwritten signature



Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
NEURO-OFTALMOLOGÍA**

**4.4. Procedimiento para la programación
de cirugía de neuro-oftalmología**



Página
133 de 146

(30)	Pronóstico: Posibilidad de recuperación posterior a la cirugía.
(31)	Riesgos postquirúrgicos: Complicaciones que pueda presentar el paciente después de la intervención quirúrgica.
(32)	Estado postoperatorio inmediato: Evaluación de la condición del paciente justo al término de la cirugía.
(33)	Piezas y biopsias quirúrgicas: Muestras de tejido extraídas durante la cirugía para análisis patológico.
(34)	Otros hallazgos importantes para el paciente: Espacio para incluir información relevante sobre lo observado en la cirugía.
(35)	Médico que elaboró la nota postoperatoria: Se anota el nombre completo y número de cédula profesional del personal médico que elabora el formato.
(36)	Médico que revisó la nota postoperatoria: Nombre completo, número de cédula profesional y firma del personal médico adscrito.

4

Q

B



4.4.10.15 Formato de libreta de programación.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA

MANUEL VELASCO SUÁREZ

NEURO - OFTALMOLOGÍA

CIRUGÍAS 2021

FECHA: (1) DÍA _____ MES _____

NOMBRE DEL PACIENTE: (2)	REGISTRO: (7)
DIAGNOSTICO: (3)	LABORATORIO (8) <input type="checkbox"/>
MÉDICO: (4)	EKG (9) <input type="checkbox"/>
PROCEDIMIENTO: (5)	TAC DE TÓRAX: (10) <input type="checkbox"/>
TELÉFONOS DE CONTACTO Y OBSERVACIONES: (6)	

NOMBRE DEL PACIENTE:	REGISTRO:
DIAGNOSTICO:	LABORATORIO <input type="checkbox"/>
MÉDICO:	EKG <input type="checkbox"/>
PROCEDIMIENTO:	TAC DE TÓRAX: <input type="checkbox"/>
TELÉFONOS DE CONTACTO Y OBSERVACIONES:	

NOMBRE DEL PACIENTE:	REGISTRO:
DIAGNOSTICO:	LABORATORIO <input type="checkbox"/>
MÉDICO:	EKG <input type="checkbox"/>
PROCEDIMIENTO:	TAC DE TÓRAX: <input type="checkbox"/>
TELÉFONOS DE CONTACTO Y OBSERVACIONES:	

P

[Handwritten signature]

8

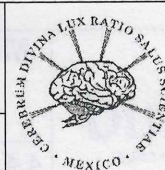


4.4.10.16 Instructivo de llenado del formato de libreta de programación.

General	Este formato se debe llenar por el personal médico tratante. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Fecha: Se refiere a la fecha en la que se realiza la programación en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(2)	Nombre del paciente: Nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(3)	Diagnóstico: Describir el diagnóstico por el que se está tratando en el departamento de Neuro-oftalmología.
(4)	Médico: Se anota el nombre del personal médico que realiza la valoración del paciente.
(5)	Procedimiento: Especificar el procedimiento que se le va a realizar al paciente.
(6)	Teléfono de contacto y observaciones: Números de teléfono del paciente.
(7)	Registro: Número de registro institucional con el que se identifica al paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.
(8)	Laboratorio: Se coloca una X si se solicita.
(9)	EKG: Se coloca una X si se solicita.
(10)	TAC de tórax: Se coloca una X si se solicita.

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]



4.4.10.17 Formato de egreso hospitalario.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
Licencia Sanitaria 04 AM 09 13012
CLUES : DFSSA004060
NOTA DE EGRESO HOSPITALARIO

DM/NEH-1/2017
Fecha(1) 00/00/0000
Hora (2) :
FOLIO:

DATOS DEL PACIENTE (3) Gratuidad: Nivel TS Registro

Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

C.U.R.P. Fecha Nacimiento Entidad de Nacimiento:
Edad Cumplida años meses Sexo M F Estado Conyugal
Ocupación Escolaridad
AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: Número de afiliación:

¿SE CONSIDERA INDÍGENA? ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ¿CUÁL?

Domicilio Tipo de la Vialidad Nombre de la Vialidad
No. Exterior No. Interior Código postal Localidad
Municipio ó Delegación Entidad País
Teléfono Nom. del Asent. Hum: Tipo de Asent. Hum:

Datos de Responsable Legal Responsable Legal
Parentesco Edad del Responsable.

ESTANCIA (4) Unidad de Procedencia INNN MVS DFSSA004060
INGRESO Fecha Ingreso 00/00/0000 (dd/mm/aaaa) **EGRESO** Fecha Egreso 00/00/0000 (dd/mm/aaaa)
Hora Ingreso (hh:mm) Hora Egreso (hh:mm)
Días de estancia Tipo de Servicio:

Servicio de Ingreso: **NOTA: * LLENAR SI EL PACIENTE ES MUJER**
Motivo de Ingreso: **MUJER EN EDAD FÉRTIL:**
CE-10:

PROCEDENCIA Unidad Médica
Servicio al Egreso: Especialidad:
MOTIVO DEL EGRESO Unidad Médica (* a llenar solo si la opción es "Traslado a otro Hospital)

Defunción MINISTERIO PÚBLICO: **NOTA: * A llenar si el motivo del egreso es "Defunción"**
Fecha de defunción: 00/00/0000 (dd/mm/aaaa) Hora de defunción: (hh:mm)
Causa Básica de la Defunción: Días Folio del Certificado:

CE-10

Handwritten signatures in blue ink.



**4.4. Procedimiento para la programación
de cirugía de neuro-oftalmología**

AFECCIONES TRATADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL EGRESO) (5)

AFECCIÓN PRINCIPAL CIE-10
Tipo de Ingreso:

COMORBILIDADES

1.- CIE-10
2.- CIE-10
3.- CIE-10
4.- CIE-10
5.- CIE-10
6.- CIE-10

RESELECCIÓN A.F.P.
CIE-10
Código adicional
CIE-10
Sólo para tumores
Morfológico

CAUSA EXTERNA (En caso de lesión especifique los acontecimientos, circunstancias y condiciones que la causan)

CIE-10

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPEÚTICOS Y QUIRÚRGICOS (6) Infecciones Intrahospitalaria:
Procedimiento CIE-9
 Tipo Anestesia
Quirófano **Tiempo:** **Fecha** **Médico**
Cateter **Violencia y/o lesión:** **Folio Hoja de Lesiones:**

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS (7)
HOSPITAL CONTINUO: **HOSPITAL PARCIAL:**
UNIDAD DE CUIDADOS ESP:

[Handwritten signatures and marks in blue ink]



ATENCIÓN OBSTÉTRICA (8)

HISTORIA GINECOBSTÉTRICA: Gestas Abortos Partos Cesáreas

SIGNOS VITALES

Peso: ⁽⁹⁾ kg. Talla: mts. Tensión arterial: / mmHg Temperatura: °C
Frecuencia cardíaca: Escala de dolor: / 10 Frecuencia respiratoria: / min

RESUMEN CLÍNICO (10)

RESULTADO DE LABORATORIO Y GABINETE (11)

TRATAMIENTO EMPLEADO (12)

PRONÓSTICO (13)

RECOMENDACIONES (14)

PLAN DE EGRESO (15)

MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO

Firmado por: a Núm Cédula:

Firmado por: a Núm Cédula:

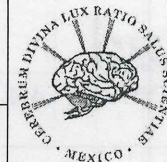
CURP
Nombre del médico, cédula y firma Elaboró (16)

Nombre del médico, cédula y firma Revisó (18)

Firmado por: a Núm Cédula:

Nombre del médico, cédula y firma JEFE DE SERVICIO (17)

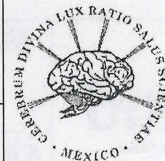
(Handwritten signatures and initials in blue ink)



4.4.10.18 Instructivo de llenado del formato de egreso hospitalario.

General	Este formato se debe llenar en el sistema electrónico por el personal médico. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Fecha: Se refiere a la fecha en la que se realiza el egreso hospitalario en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(2)	Hora de elaboración: Se refiere la hora en la que se realiza el egreso hospitalario en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).
(3)	Datos del paciente: Se anota el nombre completo del paciente y los datos personales generales del paciente.
(4)	Estancia: Fecha y hora de ingreso y egreso, servicio de hospitalización.
(5)	Afecciones tratadas (diagnósticos finales al egreso): Enfermedad motivo de la hospitalización confirmada al egreso del paciente y comorbilidades.
(6)	Procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos: Se registran el abordaje médico, estudios y resultados y procedimientos realizados durante la estancia hospitalaria del paciente.
(7)	Hospitales psiquiátricos: Solo llenar en caso de paciente con trastorno psiquiátrico.
(8)	Atención obstétrica: Datos ginecoobstétricos de paciente femenina.
(9)	Signos vitales: Anotar peso, talla tensión arterial, frecuencia cardiaca, escala de dolor, frecuencia respiratoria, temperatura del paciente.
(10)	Resumen clínico: Síntesis de la información relevante de paciente, incluye padecimiento, comorbilidades, evolución, pronóstico, estudios y tratamientos.
(11)	Resultados de laboratorio y gabinete: Resultados de los servicios auxiliares de diagnóstico.
(12)	Tratamiento empleado: Abordaje médico hospitalario, incluye medicación, tratamiento, cuidados, etc.
(13)	Pronóstico: Probable estado de salud y recuperación de un paciente al momento de ser dado de alta, considerando su estado, la intervención recibida y los factores que influyen en su evolución.
(14)	Recomendaciones: Indicaciones y plan de cuidados a seguir en el hogar.
(15)	Plan de egreso: Estrategia a seguir en el hogar para la evolución del paciente.
(16)	Nombre del médico, cédula y firma elaboró: Se anota el nombre completo y número de cédula profesional del personal médico que elabora la nota de egreso.
(17)	Nombre del médico, cédula y firma jefe de servicio: Se anota el nombre completo y número de cédula profesional del personal médico a cargo del servicio hospitalario.
(18)	Nombre del médico, cédula y firma revisó: Nombre completo, número de cédula profesional y firma del personal médico adscrito.

p



4.4.10.19 Formato de nota de evolución neurooftalmología.

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

Fecha de elaboración: (1) 19/06/2025
 Hora de elaboración: (2) 10:58
 Nivel Socioeconómico: 6 (3)

Servicio (4) NeuroOftalmología Cex Registró (5) 275647 Tipo de Paciente: GRT (6)
 Nombre (7) CABALLERO DOMINGUEZ MARIA GUADALUPE Edad: 30 (8) Sexo: H (9) M X Fecha de Nac: 02/12/1994 (10)

NOTA DE EVOLUCIÓN NEUROOFTALMOLOGÍA Cama: _____

Procedencia: (11) _____
 Solicita: (12) _____
 PA: _____

Agudez (13) OD	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	cc	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Reflejo corneal: OD	<input type="text"/>
Visual: (AV) OI	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	cc	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	V1 OI	<input type="text"/>
Reflejos OD	<input type="text"/>			PSC OD	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>		
pupilares OI	<input type="text"/>			(shihara) OI	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>		

MOVILIDAD OCULAR: _____ Fenómeno de Bell: _____

(14) Peso: _____ kg Pulsaciones: _____ / min Respiración: _____ / min Temperatura: _____ °C
 Talla: _____ T.A.: _____ / _____

PARPADOS Y ANEXOS:
 (15) _____

Exoftalmometría: Base: _____ OD: _____ OI: _____

NISTAGMUS
 Nistagmus Optokinético (NOK): _____
 Reflejo Oculocefálico: _____
 Signo de la desviación conjugada horizontal: _____

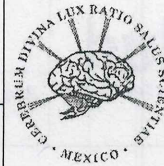
Prueba de Diiptopia con lente Rojo en O.D.:

ANGULO IRIDOCORNEAL:

Presión intraocular: OD mmHg
 (PIO) OI mmHg

www.innns.salud.gob.mx Inaugurantes Sur #28177, Col. La Fama 14259, México, Ciudad de México Tel. (55) 5006-3622 ext. 2024 Pág. 1

Handwritten signatures and initials in blue ink.



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

Fecha de elaboración: 19/08/2025
 Hora de elaboración: 10:58
 Nivel Socioeconómico: 6

Servicio: NeuroOftalmología Cex Registro: 275647 Tipo de Paciente: GRT
 Nombre: CABALLERO DOMINGUEZ MARIA GUADALUPE Edad: 30 Sexo: H M X Fecha de Nac: 02/12/1994

SEGMENTO ANTERIOR: (16)
 OJO DERECHO OJO IZQUIERDO

POLO POSTERIOR: (17)
 OJO DERECHO OJO IZQUIERDO

FONDO DE OJO: (Midrias)

CAMPOS VISUALES (18)
 OD:
 OI:
 Dx campimetrico:

INFORMACIÓN ADICIONAL: (19)

DIAGNÓSTICO NEUROLÓGICO: (20)

GLOSARIO DE ABREVIATURAS
 PA: padecimiento actual
 AHF: Heredo familiares
 APNP: Personales no patológicos
 APP: Personales patológicos
 AGO: gineco/obstétricos
 OD: Ojo Derecho
 OI: Ojo izquierdo
 AO: Ambos Ojos
 PSC: Prueba de sensibilidad color
 PIO: Presión intra ocular
 CAF: Camara anterior formada
 QPS: Queratopatía punteada Superficial
 TRL: Tiempo ruptura película Lagrimal
 FO: Fondo de Ojo
 Exc: Excavación
 NO: Nervio Óptico
 XT: Exotropía
 ET: Endotropía
 HIT: Hipertropía
 HT: Hipotropía
 ADD: Aducción
 ABD: Adducción
 FE: Función del elevador párpado
 AP: Apertura palpebral
 MRT1: Distancia margen reflejo

www.inn.salud.gob.mx Inaugurado Sur#33877, Col. La Fama 14259, México, Ciudad de México Tel (55) 5600-3622 ext. 2004 Pág. 2

Handwritten mark

Handwritten signature



Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
NEURO-OFTALMOLOGÍA**

**4.4. Procedimiento para la programación
de cirugía de neuro-oftalmología**



Página
142 de 146

	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA		Fecha de elaboración:	19/08/2025
	MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Hora de elaboración:	10:58
Servicio: NeuroOftalmología Cex		Registro: 275647	Tipo de Paciente: GRT	
Nombre: CABALLERO DOMINGUEZ MARIA GUAD		Edad: 30	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> X	Fecha de Nac: 02/12/1994
Nivel Socioeconómico: 6				
DIAGNOSTICO NEUROOFTALMOLÓGICO: (21)				
PLAN TERAPEUTICO Y COMENTARIOS:				
MÉDICO QUE ELABORÓ (22)		MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO		
Firmado por: GONZALEZ OLHOVICH, IRENE 3182524 Ciudad de México, a 19/08/2025		Firmado por: GONZALEZ OLHOVICH, IRENE 3182524 Ciudad de México, a 19/08/2025		
<p>www.inn.salud.gob.mx Inaugurado Sur#3877, Col. La Fama 14259, México, Ciudad de México Tel (55) 5906-9822 ext. 2024 Pág. 3</p>				

(Handwritten signatures in blue ink)




4.4.10.20 Instructivo de llenado del formato de nota de evolución neurooftalmología.

General	Este formato se debe llenar en el Expediente Clínico Electrónico por el personal médico del Departamento de Neuro-oftalmología. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Fecha de elaboración: Se refiere a la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(2)	Hora de elaboración: Se refiere la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11)
(3)	Nivel socioeconómico: Clave socioeconómica del 1 al 6 asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con el puntaje que arroja la entrevista del estudio socioeconómico.
(4)	Servicio: Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	Registro: Se refiere al número de expediente que se encuentra en el carnet del paciente.
(6)	Tipo de paciente: Gratuidad o no gratuidad asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con la revisión de su derechohabiencia en la plataforma AAMATES.
(7)	Nombre: Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	Edad: Se refiere a la edad del paciente.
(9)	Sexo: Se indica si es hombre o mujer según sea el caso del paciente.
(10)	Fecha de nacimiento: Se refiere a la fecha de nacimiento del paciente, en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(11)	Procedencia: Nombre del servicio que refiere al paciente a Neuro-oftalmología.
(12)	Solicita: Nombre del personal médico del servicio que refiere al paciente.
(13)	Agudeza visual: Capacidad del sistema visual del paciente para ver detalles nítidos y distinguir entre dos puntos cercanos. Se mide con optotipos.
(14)	Signos vitales: Registrar los signos vitales que presenta el paciente en la valoración.
(15)	Párpados y anexos: Descripción de hallazgos en exploración de la zona.
(16)	Segmento anterior: Descripción de hallazgos en exploración de la zona.
(17)	Polo posterior: Descripción de hallazgos en exploración de la zona.
(18)	Campos visuales: Resultado del estudio de campimetría.
(19)	Información adicional: Anotar cualquier otra información que se considere importante sobre su padecimiento.
(20)	Diagnóstico neurológico: Anotar la patología neurológica por la que es paciente del Instituto.
(21)	Diagnóstico Neuro oftalmológico: Describir el diagnóstico por el que se está tratando en el departamento de Neuro-oftalmología.
(22)	Médico que elaboró: Nombre completo del personal médico que elabora la nota médica.
(23)	Médico que revisó: Nombre completo del personal médico adscrito que supervisa.

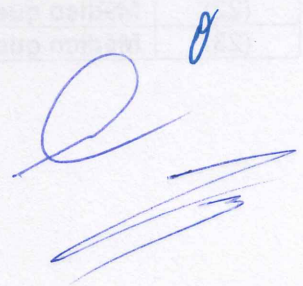
P

[Handwritten signature]

4.4.10.21 Formato de receta médica.

	<p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>		<p>Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez</p>
<p align="center">LIC. SANITARIA 04 AM 0913012 y 09 014 09 0023</p>			
<p>Nombre: ⁽¹⁾ _____</p>		<p>Folio: ⁽³⁾ <u>198099</u></p>	
<p>Indicaciones Médicas: ⁽²⁾ _____</p>		<p>Fecha: ⁽⁴⁾ _____</p>	
 <p>⁽⁹⁾</p> <p>Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"</p> <p>Subdirección de Consulta Externa</p>			
<p>Nombre del Médico: ⁽⁵⁾ _____</p>			
<p>Universidad: ⁽⁶⁾ _____</p>		<p>Céd. Prof. ⁽⁷⁾ _____</p>	
<p align="right">⁽⁸⁾ Firma _____</p>			
<p>Insurgentes Sur No. 3877, Col. La Fama C.P. 14269, Tlalpan Ciudad de México Tel: 55 5606 3822 www.gob.mx/salud/innn</p>			

p y





4.4.10.22 Instructivo de llenado del formato receta médica.

General	Este formato se debe llenar por parte del personal de salud solicitante. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	Nombre: Se debe poner el nombre completo del paciente al que se le expide la receta.
(2)	Indicaciones médicas: Espacio para anotar el nombre del tratamiento, la forma farmacéutica, presentación, dosis, frecuencia, vía de administración, duración e indicaciones.
(3)	Folio: Número consecutivo impreso.
(4)	Fecha: Día, mes y año en que se elabora la receta.
(5)	Nombre del médico: Se debe poner el nombre completo del personal médico que genera la receta, con su sello.
(6)	Universidad: Indicar la universidad de egreso del personal médico que genera la receta.
(7)	Céd. Prof.: Colocar el valor numérico de la cédula profesional del personal médico que genera la receta.
(8)	Firma: El personal médico que genera la receta deberá firmar la receta médica.
(9)	Sello: La receta deberá llevar el sello de la Subdirección de Consulta Externa del Instituto.

SECRETARÍA DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA

SECRETARÍA DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA
MÉDICO
VERA
SECRETARÍA DE SALUD

[Handwritten signature]

SECRETARÍA DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



HOJA DE AUTORIZACIÓN

ELABORÓ

**DR. JORGE CÁRDENAS BELAUNZARÁN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE NEURO-
OFTALMOLOGÍA**

REVISÓ

**DR. MANUEL ALEJANDRO DEL RÍO QUIÑONES
SUBDIRECTOR DE CONSULTA EXTERNA**

APROBÓ

**DR. EDGAR NATHAL VERA
DIRECTOR MÉDICO**

SANCIONÓ

**LCDA. DIANA PATRICIA LÓPEZ ROLDÁN
JEFA DE LA UNIDAD DE PLANEACIÓN**

Fecha de aprobación: 20/02/2026