



**Salud**  
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA  
EXTERNA**



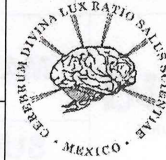
Página  
1 de 197

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA  
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA**

8

0

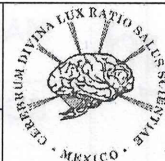
@



## CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN.....	3
2.	OBJETIVO DEL MANUAL.....	4
3.	MARCO JURÍDICO.....	5
4.	PROCEDIMIENTOS.....	18
4.1	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN INICIAL PRESENCIAL (FILTRO PRESENCIAL).....	19
4.2	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN INICIAL NO PRESENCIAL (POR CORREO ELECTRÓNICO).....	38
4.3	PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE EVALUACIÓN INICIAL DE PACIENTES SUBROGADOS (POR CORREO ELECTRÓNICO).....	56
4.4	PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR LA PRECONSULTA.....	73
4.5.	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES QUE AMERITEN HISTORIA CLÍNICA 111	
4.6.	PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR CONSULTA MÉDICA (REVISIÓN, INTERCONSULTA, SUBSECUENTE, ETC.).....	148
4.7.	PROCEDIMIENTO PARA EL ALTA MÉDICA INSTITUCIONAL (BAJA DEL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ).....	180

*[Handwritten signatures and marks in blue ink]*



## 1. INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 19 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y el artículo 16, fracción XIV, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, se ha elaborado el presente manual de procedimientos de la Subdirección de Consulta Externa 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.

Este manual está diseñado como un instrumento de consulta para las personas servidoras públicas de la Subdirección de Consulta Externa del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, interesadas en los procedimientos que ejecuta esta área para brindar atención a las personas usuarias.

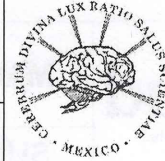
La descripción de los procedimientos que se llevan a cabo en el presente manual coadyuva permanentemente para que el personal adscrito a esta Subdirección conozca e identifique en forma sistemática y estandarizada el conjunto de actividades que se realizan durante el control y la operación de sus funciones.

La difusión del manual se realizará por medio de correo electrónico al personal adscrito a la Subdirección de Consulta Externa y estará disponible para su consulta permanente en la página de la normateca institucional:

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

Asimismo, las personas servidoras públicas que laboran en el Instituto serán responsables de garantizar y supervisar su correcta aplicación.

En este contexto, el manual constituye un instrumento administrativo que servirá como guía metodológica para el desempeño de las funciones asignadas. Su actualización y mejora continua favorecerán la eficiencia y calidad de los servicios prestados por el área.





## 2. OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer los procedimientos, políticas y normas esenciales para guiar y agilizar el desarrollo de las actividades encomendadas. Asimismo, servir como instrumento de consulta para las personas servidoras públicas, proporcionando una guía detallada sobre los pasos a seguir y las áreas involucradas en cada una de las actividades llevadas a cabo por la Subdirección de Consulta Externa para brindar atención médica ambulatoria al paciente con patología compleja del sistema nervioso.

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Página 5 de 197
	<b>SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA</b>		

### 3. MARCO JURÍDICO<sup>1</sup>

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

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



DOF 04/01/2000

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

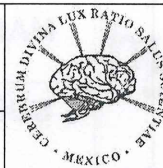
Ley Federal de Protección al Consumidor



**Salud**  
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA  
EXTERNA**



Página  
7 de 197

DOF 24/12/1992

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

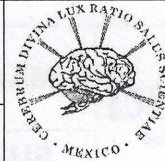
Ley General de Contabilidad Gubernamental  
DOF 31/12/2008

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  
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

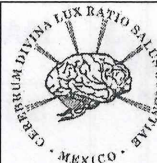
Código de Comercio



**Salud**  
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA  
EXTERNA**



Página  
9 de 197

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

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

 <p><b>Salud</b> Secretaría de Salud</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p> <hr/> <p><b>SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA</b></p>		<p>Página 10 de 197</p>
---	---	--	-----------------------------

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

*Handwritten signatures and marks in blue ink.*



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

 <p><b>Salud</b> Secretaría de Salud</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p> <hr/> <p><b>SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA</b></p>		<p>Página 12 de 197</p>
---	---	--	-----------------------------

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

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

*[Handwritten signatures in blue ink]*



**Salud**  
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA  
EXTERNA**



Página  
13 de 197

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

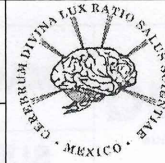
Lineamientos para la Aplicación de Recursos Autogenerados y/o Ingresos Propios del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez  
DOF 23/03/2018

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

J

Q

0



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  
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  
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

*o*

*y*

*e*

*9*

*Q*

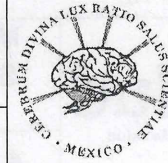


**4.1 Procedimiento de evaluación inicial  
presencial (filtro presencial)**

**4.1 PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN INICIAL PRESENCIAL (FILTRO PRESENCIAL)**

8

8



#### **4.1.1 PROPÓSITO**

Seleccionar al paciente ambulatorio con padecimientos del sistema nervioso que ha sido previamente evaluado, estudiado y diagnosticado en hospitales generales (segundo nivel de atención), por médicos especialistas y/o por otro instituto nacional de salud, y cuyo padecimiento no se puede resolver en ningún otro establecimiento de atención médica del país.

#### **4.1.2 ALCANCE**

4.1.2.1 Alcance Interno: Participa el personal médico de la Subdirección de Consulta Externa quien realiza la evaluación inicial y el personal del Departamento de Comunicación Social del Centro Integral de Servicios (CIS) y del módulo de informes de consulta externa quienes reciben, registran y orientan a la persona solicitante.

4.1.2.2 Alcance Externo: No aplica.

#### **4.1.3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS**

4.1.3.1 La evaluación inicial es realizada exclusivamente por la persona titular de la Subdirección de Consulta Externa y/o el personal médico asignado por ésta para tal efecto, en el horario previamente establecido para este trámite, para determinar si la persona solicitante es candidata a preconsulta por su padecimiento y complejidad o si debe ser referida o contra referida a otra institución de salud para que reciba la atención médica adecuada.


4.1.3.2 Ningún personal médico adscrito de este Instituto podrá hacer desde su práctica privada evaluaciones iniciales, preconsultas o historias clínicas de pacientes referidos para evitar caer en conflicto de interés.

4.1.3.3 Los requisitos para solicitar evaluación inicial son:

- Tener al menos 18 años cumplidos.
- Presentar una referencia médica expedida por un hospital general, instituto nacional de salud o médico particular, con vigencia no mayor a 3 meses, dirigida al servicio de Consulta Externa del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, especificando claramente el padecimiento y el motivo por el que debe ser atendido en este Instituto. Este documento debe cumplir con los requisitos señalados en la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.
- Tener algún padecimiento del sistema nervioso central ya sea neurológico, neuroquirúrgico y/o psiquiátrico, previamente abordado, estudiado y diagnosticado y que, por su complejidad, no haya sido resuelto en otra unidad de atención médica del país.

4.1.3.4 Toda persona solicitante cuya referencia indique claramente atención urgente o atención en el servicio de Urgencias será canalizada de manera inmediata a dicho servicio, omitiendo la realización de este procedimiento debido a la urgencia de su padecimiento.

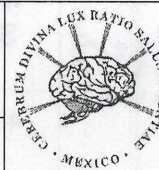
4.1.3.5 Se dará preferencia a la persona que no cuente con alguna afiliación a otros servicios de salud públicos o privados y a personas con enfermedades incluidas en el manual de criterios de aceptación establecidos por las diferentes clínicas del Instituto.

 <p><b>Salud</b> Secretaría de Salud</p>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA</b>		Página 21 de 197
<b>4.1 Procedimiento de evaluación inicial presencial (filtro presencial)</b>			

- 4.1.3.6 El personal del Departamento de Comunicación Social en el Centro Integral de Servicios (CIS) es responsable de iniciar el procedimiento, recibir a la persona solicitante, revisar que se cumplan los requisitos para evaluación inicial (4.1.3.3). Capturar de forma correcta y completa los datos personales de la persona solicitante en el formato SINBA electrónico.
- 4.1.3.7 El personal del Departamento de Comunicación Social en el CIS es responsable de verificar en el sistema electrónico institucional si la persona que solicita la evaluación inicial cuenta con algún número de registro previo para evitar la generación de registros innecesarios o duplicados.
- 4.1.3.8 El personal del Departamento de Comunicación Social en el CIS es responsable de verificar en la plataforma AAMATES que los datos proporcionados por la persona solicitante sean correctos y deberá anotar su nombre y firma autógrafa como validación de la verificación.
- 4.1.3.9 El personal del Departamento de Comunicación Social en el CIS es responsable de verificar en la plataforma AAMATES el estado de derechohabencia de la persona solicitante ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado (ISSSTE); basándose en esta verificación, deberá anotar en el formato SINBA la palabra GRATUIDAD o NO GRATUIDAD, así como su nombre y firma autógrafa como encargado de la verificación.
- 4.1.3.10 El personal del Departamento de Comunicación Social en el CIS es responsable de recabar la firma autógrafa de la persona solicitante en el formato SINBA:
- Como manifiesto bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en el formato SINBA son correctos y verdaderos.
  - De conformidad con el estado de derechohabencia y la clasificación de "GRATUIDAD" o "NO GRATUIDAD".
  - Por comprometerse a dar aviso inmediato al INNNMVS sobre cualquier cambio o modificación de sus datos personales y situación de derechohabencia.
  - Por reconocer y aceptar, en caso de no contar con derecho a Gratuidad, realizar los pagos de cuotas de recuperación por los servicios médicos que reciba a partir de la fecha de su afiliación/reingreso y hasta su alta del Instituto.
- 4.1.3.11 Si la persona solicitante ya cuenta con expediente en el Instituto, se respetará una antigüedad de 5 años. En caso de que hayan pasado 5 años o más de no acudir a consulta o evaluación, se considerará como paciente nuevo, conservando el número de registro que tenía asignado previamente para la realización de los nuevos trámites.
- 4.1.3.12 El personal médico que realice la evaluación inicial es responsable de elaborar el formato Descripción de la evaluación inicial, el cual deberá contener todos los datos personales previamente capturados en el formato SINBA electrónico, indicando si se autoriza la preconsulta o si la persona solicitante es referida o contra referida a otra institución de salud y los motivos de esta decisión.
- 4.1.3.13 El personal del Departamento de Comunicación Social en el módulo de informes de Consulta Externa es responsable de entregar al paciente o demandante el original del formato Descripción de la Evaluación Inicial, recabar su firma de conformidad por la decisión determinada en el mismo y resguardar la copia firmada como acuse.



- 4.1.3.14 El personal médico de consulta externa asignado para evaluación inicial es responsable de brindar una explicación más detallada y los motivos de la referencia o contrarreferencia, en caso de que la persona solicitante no esté de acuerdo con la decisión.
- 4.1.3.15 El acuse del formato Descripción de la Evaluación Inicial y la hoja de referencia original de la persona solicitante se conservará en el archivo físico del Departamento de Control y Referencia de Pacientes durante un periodo no menor de 6 meses, conforme al listado de documentos de comprobación administrativa inmediata validado por el Archivo General de la Nación (AGN). Posterior a este plazo, se realizará el trámite de baja documental.



**4.1.4 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal del Departamento de Comunicación Social en el Centro Integral de Servicios (CIS).	1	<p>Recibe a la persona solicitante, le solicita su referencia médica y verifica que sea adecuada, que cumpla con los requisitos (4.1.3.3) y que la fecha de expedición no sea mayor a 3 meses.</p> <p><b>¿La hoja de referencia cumple con los criterios establecidos (4.1.3.3)?</b></p> <p><b>No.</b> Indica a la persona solicitante los criterios y documentos necesarios para solicitar el trámite de evaluación inicial y le solicita que regrese cuando cuente con ellos. <b>TERMINA</b></p> <p><b>Si.</b> Proporciona a la persona solicitante el formato SINBA para que registre sus datos personales. Pasa a la actividad 2.</p>	• Formato SINBA
Personal del Departamento de Comunicación Social en el CIS.	2	<p>Recibe el formato de datos personales y verifica que esté debidamente requisitado. Registra la información en el sistema electrónico, obtiene el número de registro provisional y lo anota en el Formato SINBA.</p>	• Formato SINBA
Personal del Departamento de Comunicación Social en el CIS.	3	<p>Ingresa al sistema Ambiente para la Administración y Manejo de Atenciones en Salud (AAMATES), ingresa la Clave Única de Registro Poblacional (CURP) de la persona solicitante para corroborar los datos personales y consultar si el paciente 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).</p> <p><b>¿La persona solicitante cuenta con derechohabiencia del IMSS y/o del ISSSTE?</b></p> <p><b>No.</b> Coloca el sello con la leyenda "GRATUIDAD" en el formato SINBA. Pasa a la actividad 4.</p> <p><b>Si.</b> Coloca el sello con la leyenda "No Gratuidad" en el formato SINBA. Pasa a la actividad 4.</p>	• Formato SINBA
Personal del Departamento de Comunicación Social en el CIS.	4	<p>Entrega a la persona solicitante el formato SINBA sellado y le solicita su firma autógrafa de aceptación de la clasificación, manifestando bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en el formato SINBA son correctos y verdaderos, comprometiéndose a dar aviso inmediato sobre</p>	• Formato SINBA

g

e

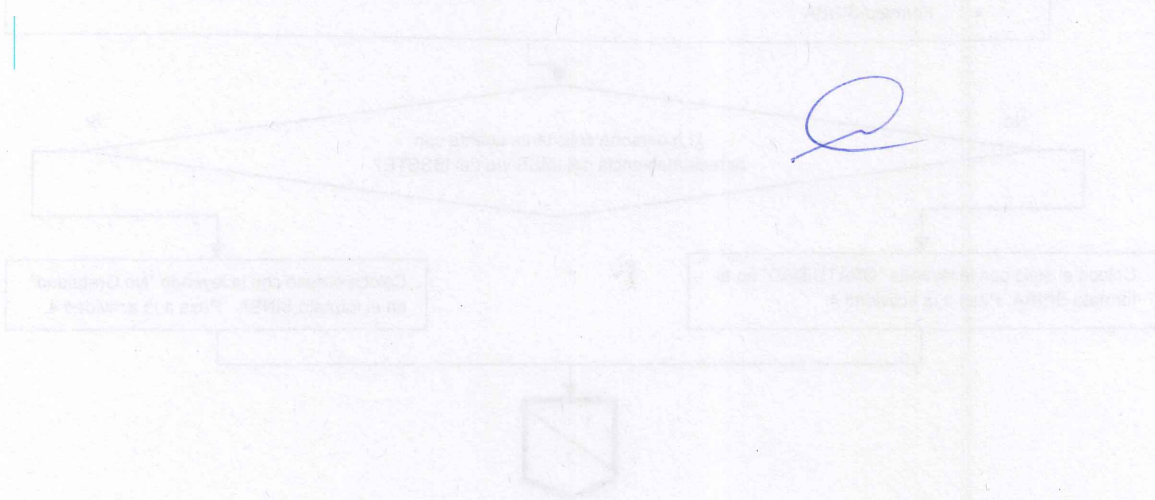
o

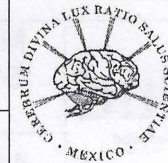


Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
		cualquier cambio o modificación, reconociendo y aceptando realizar el pago de las cuotas de recuperación por los servicios médicos que reciba hasta su alta del Instituto.	
Personal del Departamento de Comunicación Social en el CIS.	5	Entrega a la persona solicitante la referencia médica y el formato SINBA sellado y firmado, y le indica se dirija al módulo de informes del edificio de Consulta Externa para la evaluación inicial del médico asignado.	• Formato SINBA
Personal del Departamento de Comunicación Social en el módulo de informes de consulta externa.	6	Recibe a la persona solicitante, le pide el formato SINBA sellado y firmado y la referencia médica, posteriormente le indica pase a la sala de espera hasta ser llamado nuevamente. Entrega los documentos al personal médico de consulta externa encargado de la evaluación inicial.	• Formato SINBA
Personal médico de consulta externa encargado de la evaluación inicial.	7	<p>Recibe la referencia médica y formato SINBA y evalúa el caso.</p> <p><b>¿Considera que la persona solicitante debe pasar a preconsulta?</b></p> <p><b>No.</b> Refiere a la persona solicitante a otra unidad médica o lo contrarrefieren al sitio de envío y lo plasma por escrito con su nombre y firma autógrafa en el formato SINBA. Elabora y completa en el sistema electrónico el formato Descripción de la Evaluación Inicial, indicando los motivos por los que no fue candidato a preconsulta e imprime 2 originales, los sella y firma y entrega con documentos de la persona solicitante al personal de Comunicación Social del módulo de informes de la consulta externa. Pasa a la actividad 8.</p> <p><b>Si.</b> Autoriza la preconsulta y/o la evaluación médica en el servicio correspondiente, lo plasma por escrito con nombre y firma autógrafa en el formato SINBA. Elabora y completa en el sistema electrónico institucional el formato Descripción de la Evaluación Inicial y entrega con documentos de la persona solicitante al personal de Comunicación Social del módulo de informes de la consulta externa. Pasa a la actividad 8.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato SINBA</li> <li>• Formato Descripción de la Evaluación Inicial</li> </ul>
Personal del Departamento de Comunicación Social en el módulo de	8	Recibe el formato Descripción de Evaluación Inicial y los documentos de la persona solicitante, le llama y le informa verbalmente la decisión del médico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato Descripción de la Evaluación Inicial</li> <li>• Formato SINBA</li> </ul>

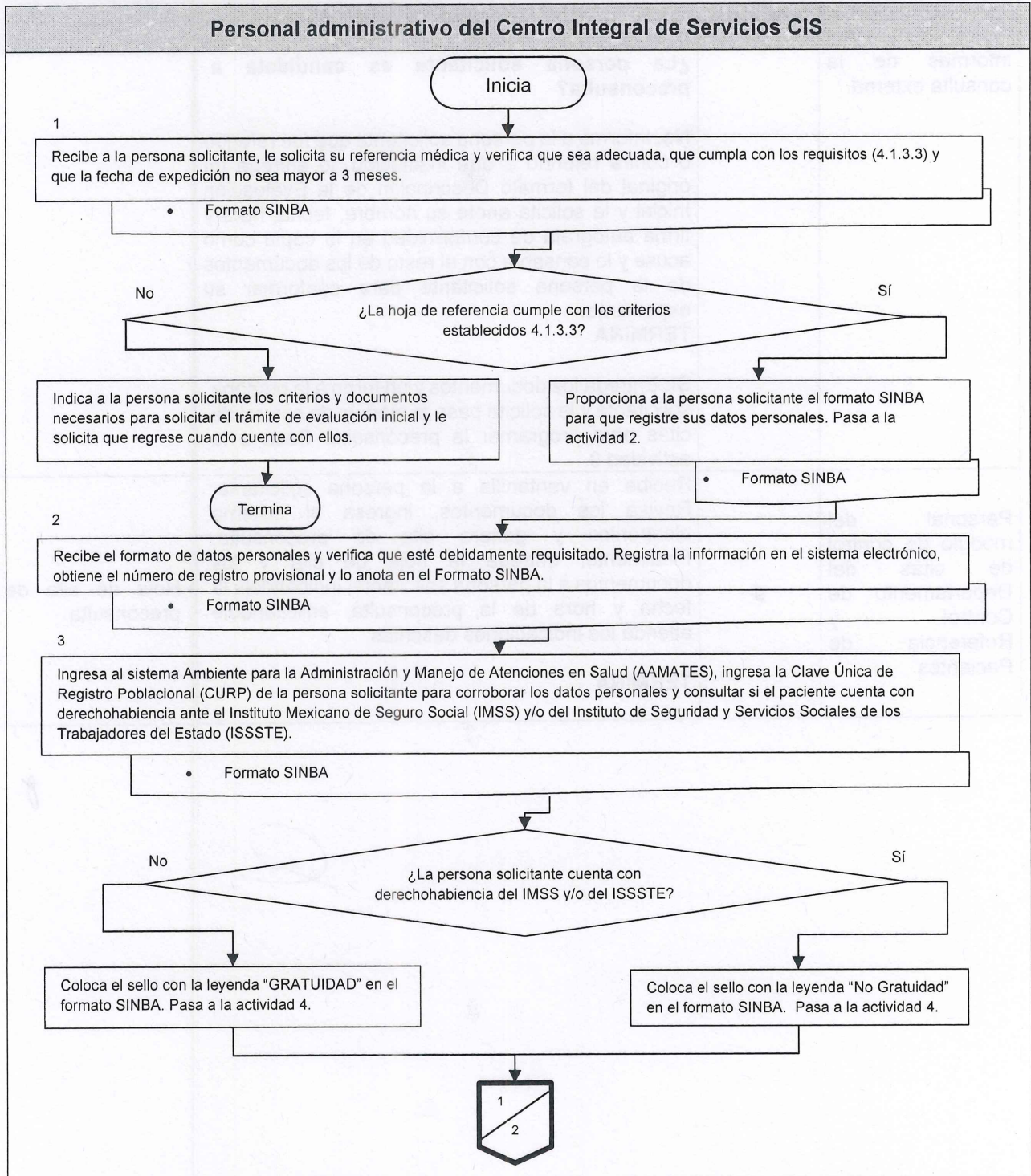


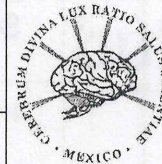
Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
informes de la consulta externa.		<p><b>¿La persona solicitante es candidata a preconsulta?</b></p> <p><b>No.</b> Informa a la persona solicitante que fue referido o contra referido a otra institución, le entrega un original del formato Descripción de la Evaluación Inicial y le solicita anote su nombre, fecha, hora y firma autógrafa de conformidad en la copia como acuse y lo conserva con el resto de los documentos de la persona solicitante para conformar su expediente. <b>TERMINA</b></p> <p><b>Si:</b> Entrega los documentos y un turno a la persona solicitante y le solicita pase al módulo de control de citas para programar la preconsulta. Pasa a la actividad 9.</p>	
Personal del módulo de control de citas del Departamento de Control y Referencia de Pacientes	9	<p>Recibe en ventanilla a la persona solicitante. Revisa los documentos, ingresa al sistema electrónico y genera cita de preconsulta. Finalmente, entrega la hoja de cita y los documentos a la persona solicitante, indicándole la fecha y hora de la preconsulta, solicitándole atienda las indicaciones descritas.</p> <p><b>TERMINA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de cita de preconsulta</li> </ul>



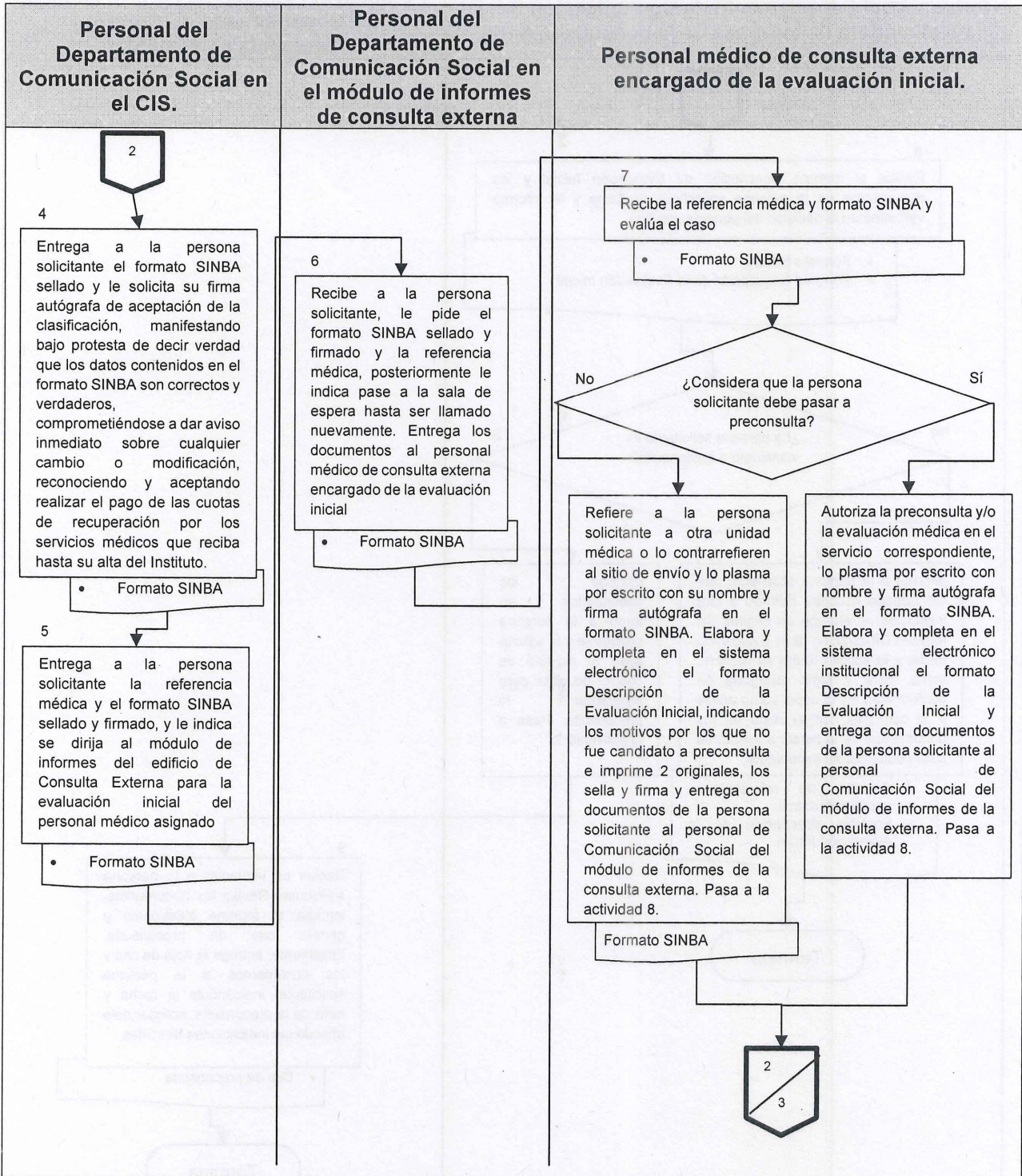


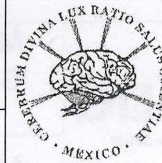
**4.1.5 DIAGRAMA DE FLUJO**





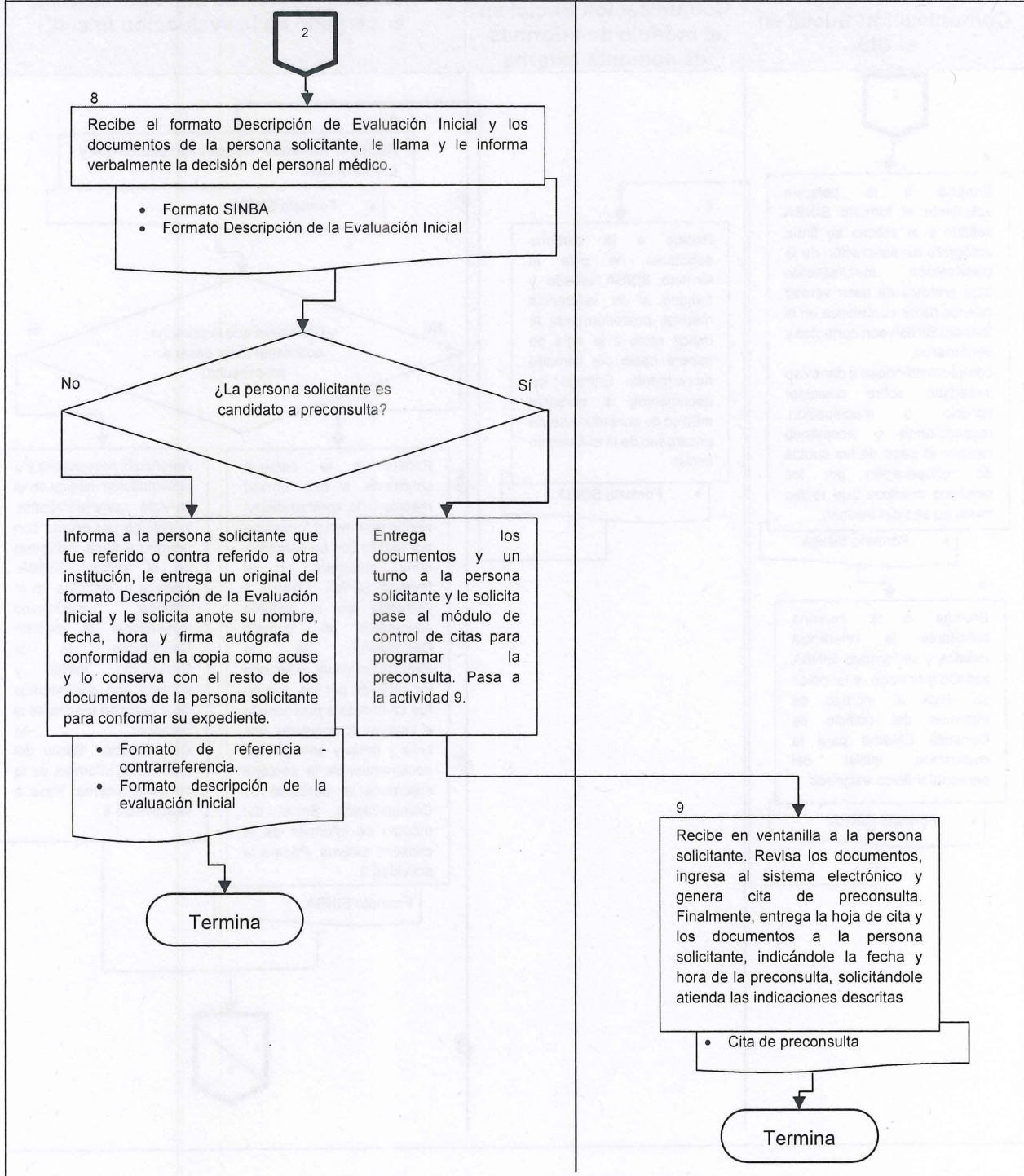
**4.1 Procedimiento de evaluación inicial  
presencial (filtro presencial)**







**Personal del Departamento de Comunicación Social  
en el módulo de informes de la consulta externa**

**Personal del módulo de control de citas  
del Departamento de Control y  
Referencia de Pacientes**



 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS          SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA          EXTERNA</b>		Página 29 de 197
	<b>4.1 Procedimiento de evaluación inicial          presencial (filtro presencial)</b>		

#### 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	No aplica
4.1.6.2	Manual de Organización de la Subdirección de Consulta Externa del INNNMVS, vigente.	No aplica
4.1.6.3	Ley General de Salud	No aplica
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.	No aplica

#### 4.1.7 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.1.7.1 Formato SINBA	No Aplica	Subdirección de Consulta Externa (Departamento de Control y Referencia de Pacientes)	No Aplica
4.1.7.2 Formato Descripción de la Evaluación Inicial	6 meses	Subdirección de Consulta Externa (Departamento de Control y Referencia de Pacientes)	No Aplica
4.1.7.3 Formato cita de preconsulta	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica

#### 4.1.8 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

4.1.8.1	<b>Atención médica:</b> Servicio que se proporciona a una persona con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.
4.1.8.2	<b>CIS:</b> Centro Integral de Servicios del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.
4.1.8.3	<b>Evaluación inicial:</b> Referencia médica y en caso de existir, exámenes paraclínicos; diseñado para seleccionar al paciente ambulatorio que más se beneficiará de la atención en el Instituto. Se utilizan criterios médicos estrictos establecidos por las diferentes clínicas del Instituto.
4.1.8.4	<b>Médico encargado de la evaluación Inicial:</b> Personal médico adscrito al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y personal médico especialistas en formación que sean designados directamente por la subdirección de consulta externa para este propósito.
4.1.8.5	<b>Número de registro:</b> Consecutivo numérico único de identificación (NOM-004-SSA3-2012 asignado de forma automática por el sistema del expediente electrónico institucional (SIGMA) a cada persona con base en las metas internacionales de seguridad del paciente. Es provisional antes de que el usuario sea aceptado para su atención en el Instituto, y es considerado definitivo una vez que ya se aceptó al usuario como paciente Institucional.
4.1.8.6	<b>Paciente:</b> Persona usuaria 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 directo de la atención médica (de acuerdo a la NOM-004-SSA3-2012).
4.1.8.7	<b>Paciente ambulatorio:</b> Toda persona usuaria de servicios de atención médica que no necesita hospitalización (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).
4.1.8.8	<b>Persona solicitante:</b> Persona que acude al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez para solicitar para sí misma o para otra, una valoración de preconsulta o la prestación de un servicio de atención médica.
4.1.8.9	<b>Referencia-contrarreferencia:</b> Procedimiento médico-administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el fin de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.
4.1.8.10	<b>Usuario:</b> Persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica. (de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012 y al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).

#### 4.1.9 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Diciembre, 2021.	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora.
02	Febrero, 2023.	Se actualiza el procedimiento para mejorar el control de pacientes con y sin derechohabiencia y mejorar control y trazabilidad de programa de Gratuidad.
03	Febrero, 2026.	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora



#### **4.1.10 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO**

- 4.1.10.1 Formato de datos personales SINBA.
- 4.1.10.2 Instructivo de llenado del formato de datos personales SINBA.
- 4.1.10.3 Formato descripción de la evaluación inicial.
- 4.1.10.4 Instructivo de llenado del formato descripción de la evaluación inicial.
- 4.1.10.5 Formato cita de preconsulta.
- 4.1.10.6 Instructivo de llenado del formato de cita de preconsulta.



4.1.10.1 Formato SINBA.

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

FORMATO DE DATOS PERSONALES SINBA (15.03.2023)

LICENCIA SANITARIA N°: 04-AM-0913012  
SINBA-SEUL-14-P-DG68  
CM-SC-E-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 Dobe mencionar Estado y Localidad o en su caso Municipio y/o Alcaldía

CURP: (5) \_\_\_\_\_ SEXO: (H) (6) (M) \_\_\_\_\_

AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: (7) \_\_\_\_\_

CANDIDATO A GRATUIDAD: (8) SI  NO  VERIFICADO EN PLATAFORMA AAMATES POR: (9) \_\_\_\_\_  
Firmado por: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ 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 MÉDICO 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: \_\_\_\_\_





4.1.10.2 Instructivo de llenado del formato SINBA.

<b>General</b>	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)	<b>Numero de registro:</b> Anotar el número de expediente que se encuentra en el carnet del paciente.
(2)	<b>Nombre:</b> Anotar el nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(3)	<b>Fecha de nacimiento:</b> 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)	<b>Lugar de nacimiento:</b> Anotar el estado y localidad o en su caso municipio y/o alcaldía de la persona solicitante.
(5)	<b>CURP:</b> Anotar la CURP de la persona solicitante.
(6)	<b>Sexo:</b> 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)	<b>Afiliación a los servicios de salud:</b> Anotar si la persona solicitante cuenta con algún servicio de salud.
(8)	<b>Candidato a gratuidad:</b> se indica sí o no cuenta con la gratuidad por no tener derechohabencia del IMSS o del ISSSTE.
(9)	<b>Verificado en plataforma AAMATES por:</b> Anotar firma, fecha y número de cédula profesional del personal que hace la revisión de derechohabencia del paciente en la plataforma AAMATES.
(10)	<b>Referido por:</b> Anotar el nombre de la institución de salud que refiere a la persona solicitante a esta institución.
(11)	<b>En caso de ser médico particular número de cédula profesional:</b> Anotar el número de cédula profesional.
(12)	<b>Se considera indígena:</b> Seleccionar si o no.
(13)	<b>Habla alguna lengua indígena:</b> Seleccionar si o no.
(14)	<b>Estado civil:</b> Anotar el estado civil de la persona solicitante.
(15)	<b>Ocupación:</b> Anotar la ocupación de la persona solicitante.
(16)	<b>Escolaridad:</b> Anotar la escolaridad de la persona solicitante.
(17)	<b>Religión:</b> Anotar la religión de la persona solicitante.
(18)	<b>Teléfono:</b> Anotar el teléfono de la persona solicitante.
(19)	<b>Diagnóstico de envío:</b> Se indica el padecimiento por el cual fue referido a esta institución.
(20)	<b>Domicilio:</b> 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)	<b>Nombre de la persona responsable legal:</b> 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 descripción de la evaluación inicial

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA</b>			Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000
	<b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> Lic. Sanitaria 04 AM 0913012			Hora de elaboración: (2)
Servicio: (4)	Registro: (5)	Tipo de Paciente: (3)		
Nombre: (7)	Edad: (8)	Sexo: H (9) M	Fecha de Nac: (6) 00/00/0000	
<b>Descripción de la Evaluación Inicial</b>				
Presencial <input type="checkbox"/> (11)    Consejo electrónico <input type="checkbox"/>				
Referido por: (12)				
Diagnóstico de referencia: (13)				
Diagnóstico CIE 10 (14)				
Descripción (15)				
<p>Al ser un centro de atención terciaria (Tercer nivel de atención, altamente especializado) se atienden aquí únicamente a pacientes con padecimientos graves o enfermedades raras que han sido previamente evaluados, estudiados y diagnosticados en Hospitales Generales (Segundo nivel de atención). La característica más importante para ser aceptado como paciente del Instituto es que en ningún otro centro se pueda controlar y dar seguimiento a la enfermedad por la que se presenta.</p>				
Se envía a: (16)				
Detalles (17)				
<p><b>*NO CONTRARREFERIR. (LLAMAR ANTES DE ACUDIR)</b>  <b>*En caso de ser Derechohabiente (IMSS, ISSSTE) acudir a unidad de adscripción correspondiente.</b></p> <p>Se otorga el presente documento para garantizar la continuidad de su atención</p>				
Nombre del médico, cédula y firma (18)				
Firmado por: .....				
..... a ..... Núm Cédula: .....				
www.innms.salud.gob.mx			Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama 14269, México, Ciudad de México Tel: (55) 5658-3822 ext. 2024	
			Pág. 1	

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS          SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA          EXTERNA</b>		Página <b>35 de 197</b>
	<b>4.1 Procedimiento de evaluación inicial          presencial (filtro presencial)</b>		

4.1.10.4 Instructivo de llenado del formato descripción de la evaluación inicial.

<b>General</b>	Este formato debe ser llenado de forma completa y correcta por el personal médico asignado para realizar evaluación inicial, en formato electrónico, evitando el uso de abreviaturas. En caso de no haber sido aceptada la persona solicitante, se deberá imprimir este formato en dos copias, una para la persona solicitante y otra como acuse de que se le entregó.
(1)	<b>Fecha de elaboración:</b> Se refiere a la fecha en la que se realiza la evaluación, dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa), ej. 06/02/2024.
(2)	<b>Hora de elaboración:</b> Se refiere la hora en la que se realiza la evaluación en horas y minutos en formato de 24 horas, ej. 13:11.
(3)	<b>Nivel socioeconómico:</b> 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)	<b>Servicio:</b> Se refiere al área en la que es atendida la persona solicitante.
(5)	<b>Registro:</b> Se refiere al número de expediente provisional que se otorga a la persona solicitante.
(6)	<b>Tipo de paciente:</b> 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)	<b>Nombre:</b> Se refiere al nombre completo de la persona solicitante empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	<b>Edad:</b> Se refiere a la edad de la persona solicitante.
(9)	<b>Sexo:</b> Marcar con una X si es hombre o mujer la persona solicitante.
(10)	<b>Fecha de nacimiento:</b> Se refiere a la fecha de nacimiento la persona solicitante, dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa), ej. 06/02/2024.
(11)	<b>Presencial – Correo electrónico:</b> Marcar la casilla correspondiente si la referencia se recibió de forma presencial o por correo electrónico institucional.
(12)	<b>Referido por:</b> Elegir el nombre de la institución de salud que elabora la hoja de referencia recibida escogiendo alguna de las opciones del menú desplegable, en caso de elegir otro, especificar.
(13)	<b>Diagnóstico de referencia:</b> Indicar de forma textual el diagnóstico de referencia, tal cual lo estipula el personal médico que envía y como aparece en la hoja de referencia recibida de la persona solicitante, en caso de haber marcado Otro en el campo de "Referido por:" especificar en esta casilla quien refiere a la persona solicitante.
(14)	<b>Diagnóstico CIE 10:</b> Registrar el diagnóstico según el Catálogo Internacional de enfermedades en su décima versión (CIE-10), en caso de no coincidir con el diagnóstico de referencia marcado por el médico que envía, escoger el que más se aproxime a éste.
(15)	<b>Descripción:</b> Registrar mediante texto libre detalles acerca de la decisión tomada en caso de aceptar o no la persona solicitante.
(16)	<b>Se envía a:</b> Indicar a donde se envía al paciente/usuario, ya sea a las diferentes consultas dentro del Instituto o a otro centro hospitalario.
(17)	<b>Detalles:</b> Registrar mediante texto libre detalles acerca de la decisión tomada en caso de aceptar o no al paciente/usuario y las alternativas de diferentes centros hospitalarios a los que puede acudir la persona solicitante en caso de no haber sido aceptado como paciente Institucional, tomando en cuenta el lugar de origen de la persona solicitante.
(18)	<b>Nombre del médico, cédula y firma:</b> Registrar nombre, cédula profesional y firma del personal médico que realiza la evaluación inicial y elabora el formato.



**4.1 Procedimiento de evaluación inicial  
presencial (filtro presencial)**

4.1.10.5 Formato cita de preconsulta

	<b>DATOS DEL PACIENTE</b>
	Sr./Sra.: (1) Fecha de Nac.: (2)      Edad(3)      Sexo: (4) No. de Expediente: (5) COBERTURA PAGO PACIENTE (CAJA) / N3
<b>CITA</b> <b>RESIDENTE3 (6)</b> <b>NeuroOftalmología Cex(7)</b> <b>Preconsulta (8)</b> <b>Remitido por: NeuroOftalmología Cex / RESIDENTE3(9)</b>	
Fecha: (10)      Hora: (11)      Consultorio:	
<b>Recomendaciones/Preparación previa:</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2) Para la toma de signos vitales, presentarse aseado y con ropa cómoda (blusa o playera de manga corta)</li> <li>3) Por las características de la enfermedad neurológica, psiquiátrica y/o quirúrgica del(a) paciente, es necesario acudir con un familiar mayor de edad que funja como responsable legal.</li> <li>4) No es necesario que acuda en ayunas, no se permite consumir alimentos dentro de las instalaciones de consulta externa.</li> <li>5) No traer menores de 15 años, no se les permite la entrada.</li> <li>6) Si cuenta con estudios realizados como: Tomografía, Electroencefalograma, Laboratorios, Resonancia magnética, etc. debe traerlos el día de su consulta.</li> <li>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.</li> </ol> <p><b>*** DOCUMENTOS CON LOS QUE DEBE ACUDIR EL DIA DE SU CONSULTA ***</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Original y copia del acta de nacimiento del paciente</li> <li>2. Original y copia de la credencial de elector del Paciente y Responsable Legal.</li> <li>3. CURP del paciente</li> <li>4. Copia del comprobante de domicilio donde vive el paciente: recibo de renta, luz, agua, teléfono o predial.</li> <li>5. Copia del último comprobante de ingresos del paciente, responsable legal o del proveedor económico (recibo de nomina, recibo de honorarios).</li> <li>6. Comprobar que no cuenta con servicios médicos del IMSS e ISSSTE. Sus comprobantes puede obtenerlos por internet en los siguientes enlaces:</li> </ol> <p>(IMSS) <a href="http://imss.gob.mx/constancia-no-derechohabencia">imss.gob.mx/constancia-no-derechohabencia</a>          (ISSSTE) <a href="http://oficinavirtual.issste.gob.mx/Servicios/Acreditacion-de-No-Afiliacion">oficinavirtual.issste.gob.mx/Servicios/Acreditacion-de-No-Afiliacion</a>  <b>NOTA: SI TIENE ALGUNA DUDA DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, PASAR A TRABAJO SOCIAL.</b>  <b>EN CASO DE NO CUMPLIR CON TODOS LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, NO PODRA CONTINUAR SUS TRAMITES.</b></p>	
<b>Nota Médica:</b>	
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) 5606-3822	
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA «MANUEL VELASCO SUÁREZ» - Lic.Sanitaria INNN 04 AM 0912012	

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*



4.1.10.6 Instructivo de llenado del formato cita de preconsulta.

<b>General</b>	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)	<b>Sr. o Sra.:</b> Anotar el nombre completo de la persona solicitante empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(2)	<b>Fecha de nacimiento:</b> 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.
(3)	<b>Edad:</b> Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(4)	<b>Sexo:</b> Seleccionar el género con el que se identifica el paciente seleccionando uno de los dos recuadros de manera excluyente. Considerando H = Hombre, M = Mujer.
(5)	<b>Número de expediente:</b> Número de registro provisional.
(6)	<b>Nombre del Médico:</b> Anotar el nombre completo del personal médico que realiza la solicitud.
(7)	<b>Área:</b> Anotar el servicio o área que otorga la preconsulta.
(8)	<b>Tipo de cita:</b> Anotar preconsulta.
(9)	<b>Remitido por:</b> Anotar el nombre completo del personal médico solicitante.
(10)	<b>Fecha:</b> Anotar 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. 06/02/2026.
(11)	<b>Hora:</b> Anotar la hora de la cita en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11)

EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN INICIAL NO PRESENCIAL (POR COMEDIO EL ELECTRÓNICO)

8

P

Q



**4.2 Procedimiento de evaluación inicial no presencial (por correo electrónico)**



General	
(1)	
(2)	
(3)	
(4)	
(5)	
(6)	
(7)	
(8)	
(9)	
(10)	
(11)	

**4.2 PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN INICIAL NO PRESENCIAL (POR CORREO ELECTRÓNICO)**

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS          SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA          EXTERNA</b>		Página <b>39 de 197</b>
	<b>4.2 Procedimiento de evaluación inicial no          presencial (por correo electrónico)</b>		

#### 4.2.1 PROPÓSITO

Seleccionar al paciente ambulatorio con padecimiento del sistema nervioso que ha sido previamente evaluado, estudiado y diagnosticado en hospitales generales (segundo nivel de atención), en otro instituto nacional de salud o por médicos especialistas, cuyo padecimiento no se puede resolver en otro establecimiento de atención médica del país. Es una alternativa para que el solicitante no tenga que acudir de forma presencial para la realización del trámite, ahorrando recursos para el paciente y su familia.

#### 4.2.2 ALCANCE

4.2.2.1 Alcance Interno: Participa el personal del Departamento de Control y Referencia de Pacientes quien recibe por correo electrónico la solicitud de evaluación inicial y la gestiona, y el personal médico de la Subdirección de Consulta Externa quien realiza la evaluación inicial.

4.2.2.2 Alcance Externo: No aplica.

#### 4.2.3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

4.2.3.1 La evaluación inicial es realizada exclusivamente por la persona titular de la Subdirección de Consulta Externa y el personal médico asignado por ésta para tal efecto, en el horario previamente establecido para este trámite, para determinar si la persona solicitante es candidata a preconsulta por su padecimiento y complejidad o si debe ser referido o contra referido a otra institución de salud para que reciba la atención médica adecuada.

4.2.3.2 Ningún personal médico adscrito de este Instituto podrá hacer desde su práctica privada evaluaciones iniciales, preconsultas o historias clínicas de pacientes referidos para evitar caer en conflicto de interés.

4.2.3.3 Los requisitos para solicitar evaluación inicial son:

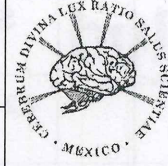
- Tener al menos 18 años cumplidos.
- Presentar una referencia médica expedida por un hospital general, instituto nacional de salud o médico particular, con vigencia no mayor a 3 meses, dirigida al servicio de Consulta Externa del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, especificando claramente el padecimiento y el motivo por el que debe ser atendido en este Instituto. Este documento debe cumplir con los requisitos señalados en la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.
- Tener algún padecimiento del sistema nervioso central ya sea neurológico, neuroquirúrgico y/o psiquiátrico, previamente abordado, estudiado y diagnosticado y que, por su complejidad, no haya sido resuelto en otra unidad de atención médica del país.

4.2.3.4 El correo electrónico institucional [evaluacioninicial@innn.edu.mx](mailto:evaluacioninicial@innn.edu.mx) es exclusivamente para el manejo de documentos que contengan datos personales y sensibles de pacientes y/o solicitantes. Dicho correo será operado por personal adscrito al Departamento de Control y Referencia de Pacientes asignado a esta actividad.

4.2.3.5 Todos los documentos enviados y recibidos de forma electrónica entre el solicitante y el Instituto deberán estar en formato PDF de preferencia.



- 4.2.3.6 Todo paciente cuya referencia indique claramente atención urgente o atención en el servicio de Urgencias será canalizado de forma inmediata a dicho servicio, omitiendo la realización de este procedimiento debido a la urgencia de su padecimiento.
- 4.2.3.7 Se dará preferencia al paciente ambulatorio que no cuente con alguna afiliación a otros servicios de salud públicos o privados y a pacientes con enfermedades incluidas en el manual de criterios de aceptación establecidos por las diferentes clínicas del Instituto.
- 4.2.3.8 El personal del Departamento de Control y Referencia de Pacientes es responsable de revisar diariamente el correo electrónico y dar inicio al procedimiento, revisar que se cumplan los requisitos para evaluación inicial (4.2.3.3). Responder el correo del solicitante adjuntando el formato SINBA para que el paciente y/o demandante capture los datos personales de forma completa y correcta.
- 4.2.3.9 El personal del Departamento de Control y Referencia de Pacientes una vez que recibe la respuesta del solicitante y el formato SINBA, es responsable de verificar si el paciente que solicita la evaluación inicial cuenta con algún número de registro previo para evitar la generación de registros innecesarios o duplicados.
- 4.2.3.10 El personal del Departamento de Control y Referencia de pacientes asignado es responsable de verificar en la plataforma AAMATES que los datos proporcionados por el paciente y/o demandante en el formato SINBA sean correctos, principalmente la Clave Única de Registro Poblacional (CURP) y deberá anotar su nombre y firma autógrafa como validación de la verificación.
- 4.2.3.11 El personal del Departamento de Control y Referencia de pacientes asignado es responsable de verificar en la plataforma AAMATES el estado de derechohabencia del paciente y/o demandante ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado (ISSSTE), basándose en esta verificación deberá anotar en el formato SINBA la palabra GRATUIDAD o NO GRATUIDAD, así como su nombre y firma autógrafa como encargada de esta verificación.
- 4.2.3.12 El personal del Departamento de Control y Referencia de pacientes asignado es responsable de recabar la firma autógrafa del paciente y/o demandante en el formato SINBA:
- Como manifiesto bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en el formato SINBA son correctos y verdaderos.
  - Por conformidad con el estado de derechohabencia y la clasificación de "GRATUIDAD" o "NO GRATUIDAD".
  - Por comprometerse a dar aviso inmediato al INNNMVS sobre cualquier cambio o modificación de sus datos personales y situación de derechohabencia.
  - Por reconocer y aceptar, en caso de no contar con derecho a Gratuidad, realizar los pagos de cuotas de recuperación por los servicios médicos que reciba a partir de la fecha de su afiliación/reingreso y hasta su alta del Instituto.
- 4.2.3.13 Si el paciente ya cuenta con expediente en el Instituto, se respetará una antigüedad de 5 años. En caso de que hayan pasado 5 años o más de no acudir a consulta o evaluación, se considerará como paciente nuevo, conservando el número de registro que tenía asignado previamente para la realización del trámite.
- 4.2.3.14 El personal médico que realice la evaluación inicial es responsable de elaborar el formato Descripción de la evaluación inicial, el cual deberá contener todos los datos personales



**4.2 Procedimiento de evaluación inicial no presencial (por correo electrónico)**

previamente capturados en el formato SINBA electrónico, indicando si se autoriza la preconsulta o si el paciente es referido o contra referido a otra institución de salud y los motivos de esta decisión.

- 4.2.3.15 El personal del Departamento de Control y Referencia de Pacientes asignado para la atención de solicitudes de evaluación inicial por correo electrónico es responsable de enviar por este mismo medio al paciente o demandante, la decisión del personal médico que hizo la evaluación inicial y adjuntar el formato Descripción de la Evaluación Inicial, entregar el original al paciente o demandante y resguardar la copia como acuse.
- 4.2.3.16 El personal médico de Consulta Externa asignado para evaluación inicial es responsable de brindar una explicación más detallada y los motivos de la referencia o contrarreferencia, en caso de que el paciente o demandante no esté de acuerdo con la decisión.
- 4.2.3.17 El acuse del formato Descripción de la Evaluación Inicial y la hoja de referencia original del paciente se conservará en el archivo físico del Departamento de Control y Referencia de Pacientes, durante un periodo no menor de 6 meses, conforme al listado de documentos de comprobación administrativa inmediata validado por el Archivo General de la Nación (AGN). Posterior a este plazo, se realizará el trámite de baja documental.

*(Handwritten mark)*

*(Handwritten mark)*

*(Handwritten mark)*

*(Handwritten mark)*

*(Handwritten mark)*



**4.2.4 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal del Departamento de Control y Referencia de Pacientes	1	<p>Revisa diariamente el correo electrónico <a href="mailto:evaluacioninicial@innn.edu.mx">evaluacioninicial@innn.edu.mx</a>. Recibe las solicitudes de evaluación inicial por primera vez y verifica que cuenten con referencia médica adecuada.</p> <p><b>¿Cuenta con referencia médica adecuada?</b></p> <p><b>No.</b> Envía respuesta por correo electrónico a la persona solicitante con los requisitos y documentos necesarios para solicitar el trámite de evaluación inicial, indicándole que cuando cumpla con los mismo, envíe nuevamente la solicitud.</p> <p><b>TERMINA</b></p> <p><b>Sí.</b> Envía por correo electrónico el formato SINBA a la persona solicitante para que registre de forma completa sus datos personales, solicitándole que una vez llenado lo envíe por el mismo medio. Pasa a la actividad 2.</p>	• Formato SINBA
Personal del Departamento de Control y Referencia de Pacientes	2	<p>Consulta el correo de evaluación inicial, descarga el formato de datos personales SINBA, verifica que esté debidamente requisitado, posteriormente vacía la información en el formato SINBA electrónico, obtiene el número de registro provisional y lo anota en el formato SINBA.</p>	• Formato SINBA
Personal del Departamento de Control y Referencia de Pacientes	3	<p>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 el estado de derechohabencia del paciente ante el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).</p> <p><b>¿La persona solicitante cuenta con afiliación al IMSS o ISSSTE?</b></p> <p><b>No.</b> Coloca el sello con la leyenda "GRATUIDAD" en el formato SINBA. Pasa a la actividad 4.</p> <p><b>Si.</b> Coloca el sello con la leyenda "NO GRATUIDAD" en el formato SINBA. Pasa a la actividad 4.</p>	• Formato SINBA
Personal del Departamento de Control y Referencia de Pacientes	4	<p>Envía por correo electrónico a la persona solicitante el formato SINBA sellado, solicitándole que lo revise, imprima y lo firme de forma autógrafa como manifiesto de que los datos son correctos y verdaderos, como aceptación del sello de clasificación, por comprometerse a dar aviso inmediato al Instituto sobre</p>	• Formato SINBA

*[Handwritten signature and initials]*



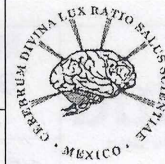
**4.2 Procedimiento de evaluación inicial no presencial (por correo electrónico)**

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
		cualquier cambio o modificación en los mismos y por aceptar realizar el pago (en caso de no gratuidad) de las cuotas de recuperación por los servicios médicos que reciba a partir de la fecha de su afiliación/reingreso y hasta su alta del Instituto.	
Personal del Departamento de Control y Referencia de Pacientes	5	Consulta el correo de evaluación inicial, descarga e imprime el formato SINBA firmado por la persona solicitante, lo firma de forma autógrafa y lo entrega junto con la referencia y, en su caso, otros documentos al personal médico encargado de la evaluación inicial.	• Formato SINBA
Personal médico asignado a Evaluación Inicial	6	<p>Recibe la referencia médica y formato SINBA de la persona solicitante y evalúa el caso:</p> <p><b>¿La persona solicitante es candidata a preconsulta?</b></p> <p><b>No.</b> Requisita en el sistema electrónico el formato Descripción de la Evaluación Inicial, indicando los motivos por lo que no es candidato a preconsulta, lo imprime en dos tantos, los firma y sella y entrega con demás documentos al personal del Departamento de Control y Referencia de Pacientes. Pasa a la actividad 7.</p> <p><b>Si.</b> Autoriza la programación de la preconsulta en el servicio correspondiente y lo anota con nombre y firma autógrafa en el formato SINBA. Elabora y completa en el sistema electrónico el formato Descripción de la Evaluación Inicial. Entrega documentos al personal del Departamento de Control y Referencia de Pacientes Pasa a la actividad 7.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato SINBA</li> <li>• Formato Descripción de la evaluación inicial.</li> </ul>
Personal del Departamento de Control y Referencia de Pacientes	7	<p>Recibe los documentos evaluados por el personal médico encargado.</p> <p><b>¿La persona solicitante es candidata a preconsulta?</b></p> <p><b>No.</b> Envía respuesta por correo electrónico a la persona solicitante, adjuntando el formato Descripción de la Evaluación Inicial en formato PDF y le informa los motivos por los que es referido a otra institución de salud para recibir la atención médica adecuada. Integra los documentos en el expediente de la persona solicitante. <b>TERMINA</b></p> <p><b>Si.</b> Otorga cita de preconsulta de acuerdo con la disponibilidad. Envía respuesta por correo electrónico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato Descripción de la evaluación inicial.</li> <li>• Hoja de cita de preconsulta</li> </ul>

*e*

*g*

*p*



**4.2 Procedimiento de evaluación inicial no presencial (por correo electrónico)**

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
		<p>a la persona solicitante, adjuntando la hoja de cita de preconsulta confirmada con fecha y hora programadas.</p> <p><b>TERMINA</b></p>	

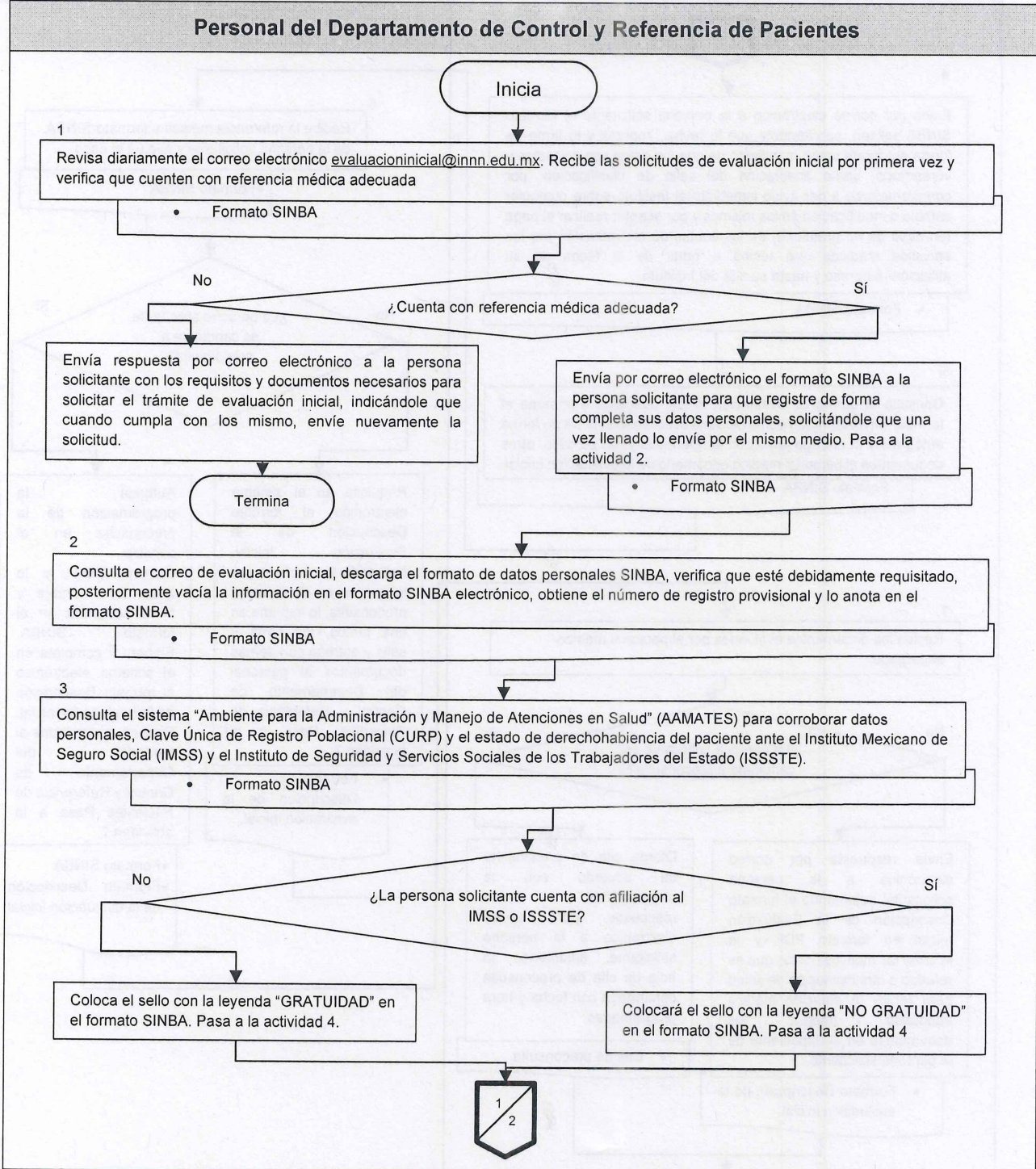
*[Handwritten mark]*

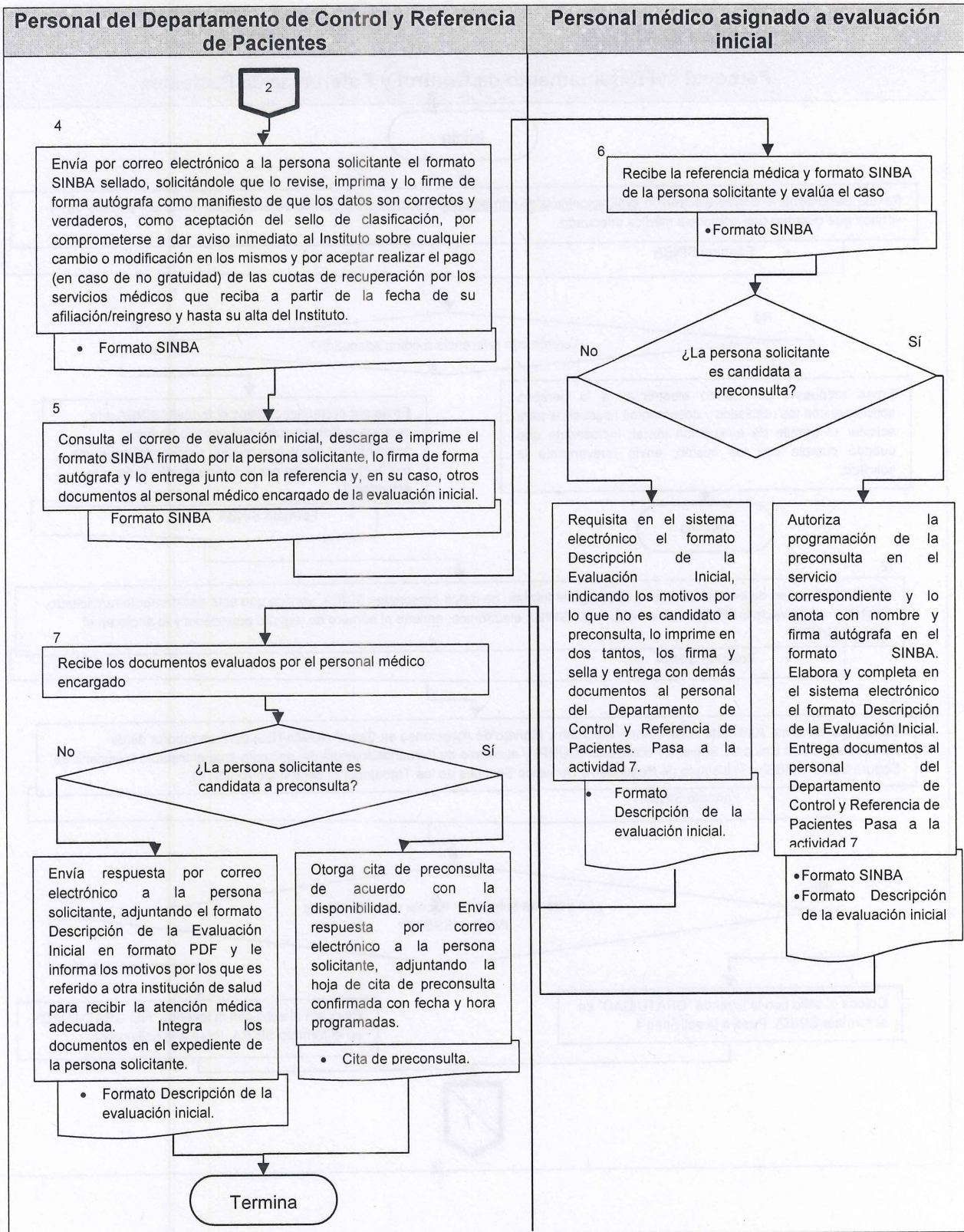
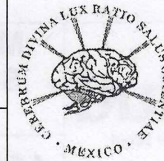
*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*



**4.2.5 DIAGRAMA DE FLUJO**





*Handwritten signatures and marks 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	No aplica
4.2.6.2	Manual de Organización de la Subdirección de Consulta Externa del INNNMVS, vigente.	No aplica
4.2.6.3	Ley General de Salud	No aplica
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.	No aplica

#### 4.2.7 REGISTROS

	Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.2.7.1	Formato SINBA	No Aplica	Subdirección de Consulta Externa, Departamento de Control y Referencia de Pacientes	No Aplica
4.2.7.2	Formato Descripción de la Evaluación Inicial	6 meses	Subdirección de Consulta Externa, Departamento de Control y Referencia de Pacientes.	No Aplica
4.2.7.3	Formato cita de preconsulta.	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica



## 4.2.8 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

4.3.8.1	<b>Atención médica:</b> Servicio que se proporciona a la persona usuaria, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.
4.3.8.2	<b>Evaluación Inicial:</b> Referencia médica y en caso de existir, exámenes paraclínicos; diseñado para seleccionar al paciente ambulatorio que más se beneficiará de la atención en el Instituto. Se utilizan criterios médicos estrictos establecidos por las diferentes clínicas del Instituto.
4.3.8.3	<b>Expediente Clínico Electrónico:</b> Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra en todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables (de acuerdo a la NOM 004).
4.3.8.4	<b>Médico encargado de la evaluación inicial:</b> Personal médico adscrito al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y personal médico especialistas en formación que sean designados directamente por la subdirección de consulta externa para este propósito.
4.3.8.5	<b>Número de registro:</b> Consecutivo numérico único de identificación (NOM-004-SSA3-2012 asignado de forma automática por el sistema del expediente electrónico institucional (SIGMA) a cada persona con base en las metas internacionales de seguridad del paciente. Es provisional antes de que el usuario sea aceptado para su atención en el Instituto, y es considerado definitivo una vez que ya se aceptó al usuario como paciente Institucional.
4.3.8.6	<b>Paciente:</b> Persona usuaria 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 directo de la atención médica (de acuerdo a la NOM-004-SSA3-2012).
4.3.8.7	<b>Paciente ambulatorio:</b> Toda persona usuaria de servicios de atención médica que no necesita hospitalización (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).
4.3.8.8	<b>Persona solicitante:</b> Persona que acude al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez para solicitar para sí misma o para otra, una valoración de preconsulta de preconsulta o la prestación de un servicio de atención médica.
4.3.8.9	<b>Referencia-contrarreferencia:</b> Procedimiento médico-administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el fin de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.
4.3.8.10	<b>Usuario:</b> Persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica. (de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012 y al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*



### 4.2.9 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Diciembre, 2021.	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora.
02	Febrero, 2023.	Se actualiza el procedimiento para mejorar el control de pacientes con y sin derechohabencia y mejorar control y trazabilidad de programa de Gratuidad.
03	Febrero, 2026.	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora.

### 4.2.10 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 4.2.10.1 Formato de datos personales SINBA.
- 4.2.10.2 Instructivo de llenado del formato de datos personales SINBA.
- 4.2.10.3 Formato descripción de la evaluación inicial.
- 4.2.10.4 Instructivo de llenado del formato descripción de la evaluación inicial.
- 4.2.10.5 Formato cita de preconsulta.
- 4.2.10.6 Instructivo de llenado del formato cita de preconsulta.


o

y

Q



4.2.10.1 Formato de datos personales 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-0913012  
SINBA-SEUL-14-P-DC#S  
CMI-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) \_\_\_\_\_

AFILIACIÓN 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 MÉDICO 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: \_\_\_\_\_

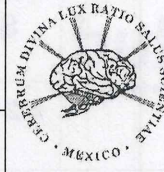
LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO O ALCALDÍA: \_\_\_\_\_

ENTIDAD FEDERATIVA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE LEGAL: (21) \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_




**4.2 Procedimiento de evaluación inicial no presencial (por correo electrónico)**

4.2.10.2 Instructivo de llenado del formato de datos personales SINBA.

<b>General</b>	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)	<b>Numero de registro:</b> Anotar el número de expediente que se encuentra en el carnet del paciente.
(2)	<b>Nombre:</b> Anotar el nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(3)	<b>Fecha de nacimiento:</b> 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)	<b>Lugar de nacimiento:</b> Anotar el estado y localidad o en su caso municipio y/o alcaldía de la persona solicitante.
(5)	<b>CURP:</b> Anotar la CURP de la persona solicitante.
(6)	<b>Sexo:</b> 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)	<b>Afiliación a los servicios de salud:</b> Anotar si la persona solicitante cuenta con algún servicio de salud.
(8)	<b>Candidato a gratuidad:</b> se indica sí o no cuenta con la gratuidad por no tener derechohabencia del IMSS o del ISSSTE.
(9)	<b>Verificado en plataforma AAMATES por:</b> Anotar firma, fecha y número de cédula profesional del personal que hace la revisión de derechohabencia del paciente en la plataforma AAMATES.
(10)	<b>Referido por:</b> Anotar el nombre de la institución de salud que refiere a la persona solicitante a esta institución.
(11)	<b>En caso de ser médico particular número de cédula profesional:</b> Anotar el número de cédula profesional.
(12)	<b>Se considera indígena:</b> Seleccionar si o no.
(13)	<b>Habla alguna lengua indígena:</b> Seleccionar si o no.
(14)	<b>Estado civil:</b> Anotar el estado civil de la persona solicitante.
(15)	<b>Ocupación:</b> Anotar la ocupación de la persona solicitante.
(16)	<b>Escolaridad:</b> Anotar la escolaridad de la persona solicitante.
(17)	<b>Religión:</b> Anotar la religión de la persona solicitante.
(18)	<b>Teléfono:</b> Anotar el teléfono de la persona solicitante.
(19)	<b>Diagnóstico de envío:</b> Se indica el padecimiento por el cual fue referido a esta institución.
(20)	<b>Domicilio:</b> 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)	<b>Nombre de la persona responsable legal:</b> 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.



4.2.10.3 Formato descripción de la evaluación inicial.

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

**Descripción de la Evaluación Inicial**

Presencial  (11) Correo electrónico

Referido por: (12) \_\_\_\_\_

Diagnóstico de referencia: (13) \_\_\_\_\_

Diagnóstico CIE 10 (14) \_\_\_\_\_

Descripción (15) \_\_\_\_\_

Al ser un centro de atención terciaria (Tercer nivel de atención, altamente especializado) se atienden aquí únicamente a pacientes con padecimientos graves o enfermedades raras que han sido previamente evaluados, estudiados y diagnosticados en Hospitales Generales (Segundo nivel de atención). La característica más importante para ser aceptado como paciente del Instituto es que en ningún otro centro se pueda controlar y dar seguimiento a la enfermedad por la que se presenta.

Se envía a: (16) \_\_\_\_\_

Detalles (17) \_\_\_\_\_

**\*NO CONTRARREFERIR. (LLAMAR ANTES DE ACUDIR)**  
**\*En caso de ser Derechohabiente (IMSS, ISSSTE) acudir a unidad de adscripción correspondiente.**

**Se otorga el presente documento para garantizar la continuidad de su atención**

Nombre del médico, cédula y firma (18)

Firmado por: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Núm Cédula: \_\_\_\_\_

www.inn.salud.gob.mx      Inaugurado GuH0817, Col. La Fama 14269, México, Ciudad de México Tel: (55) 5608-3922 ext. 2024      Pág. 1

Q

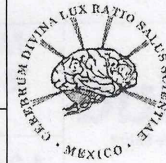
P




**4.2 Procedimiento de evaluación inicial no presencial (por correo electrónico)**

4.2.10.4 Instructivo de llenado del formato descripción de la evaluación inicial.

<b>General</b>	Este formato debe ser llenado de forma completa y correcta por el personal médico asignado para realizar evaluación inicial, en formato electrónico, evitando el uso de abreviaturas. En caso de no haber sido aceptada la persona solicitante, se deberá imprimir este formato en dos copias, una para la persona solicitante y otra como acuse de que se le entregó.
(1)	<b>Fecha de elaboración:</b> Se refiere a la fecha en la que se realiza la evaluación, dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa), ej. 06/02/2024.
(2)	<b>Hora de elaboración:</b> Se refiere la hora en la que se realiza la evaluación en horas y minutos en formato de 24 horas, ej. 13:11.
(3)	<b>Nivel socioeconómico:</b> 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)	<b>Servicio:</b> Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	<b>Registro:</b> Se refiere al número de expediente que se encuentra en el carnet del paciente.
(6)	<b>Tipo de paciente:</b> 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)	<b>Nombre:</b> Se refiere al nombre completo de la persona solicitante empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	<b>Edad:</b> Se refiere a la edad de la persona solicitante.
(9)	<b>Sexo:</b> Marcar con una X si es hombre o mujer la persona solicitante.
(10)	<b>Fecha de nacimiento:</b> Se refiere a la fecha de nacimiento la persona solicitante, dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa), ej. 06/02/2024.
(11)	<b>Presencial – Correo electrónico:</b> Marcar la casilla correspondiente si la referencia se recibió de forma presencial o por correo electrónico institucional.
(12)	<b>Referido por:</b> Elegir el nombre de la institución de salud que elabora la hoja de referencia recibida escogiendo alguna de las opciones del menú desplegable, en caso de elegir otro, especificar.
(13)	<b>Diagnóstico de referencia:</b> Indicar de forma textual el diagnóstico de referencia, tal cual lo estipula el personal médico que envía y como aparece en la hoja de referencia recibida de la persona solicitante, en caso de haber marcado Otro en el campo de "Referido por:" especificar en esta casilla quien refiere a la persona solicitante.
(14)	<b>Diagnóstico CIE 10:</b> Registrar el diagnóstico según el Catálogo Internacional de enfermedades en su décima versión (CIE-10), en caso de no coincidir con el diagnóstico de referencia marcado por el personal médico que envía, escoger el que más se aproxime a éste.
(15)	<b>Descripción:</b> Registrar mediante texto libre detalles acerca de la decisión tomada en caso de aceptar o no la persona solicitante.
(16)	<b>Se envía a:</b> Indicar a donde se envía al paciente/usuario, ya sea a las diferentes consultas dentro del Instituto o a otro centro hospitalario.
(17)	<b>Detalles:</b> Registrar mediante texto libre detalles acerca de la decisión tomada en caso de aceptar o no al paciente/usuario y las alternativas de diferentes centros hospitalarios a los que puede acudir la persona solicitante en caso de no haber sido aceptado como paciente Institucional, tomando en cuenta el lugar de origen de la persona solicitante.
(18)	<b>Nombre del médico, cédula y firma:</b> Registrar nombre, cédula profesional y firma del personal médico que realiza la evaluación inicial y elabora el formato.



4.2.10.5 Formato cita de preconsulta

	<p align="center"><b>DATOS DEL PACIENTE</b></p> <p>Sr./Sra.: (1)</p> <p>Fecha de Nac.: (2)      Edad:(3)      Sexo: (4)</p> <p>No. de Expediente: (5)</p> <p align="center">COBERTURA</p> <p align="center">PAGO PACIENTE (CAJA) / N3</p>
<p><b>CITA</b></p> <p><b>RESIDENTE3 (6)</b>  <b>NeuroOftalmología Cex(7)</b>  <b>Preconsulta (8)</b>  Remitido por: NeuroOftalmología Cex / RESIDENTE3(9)</p> <p>Fecha: (10)      Hora: (11)      Consultorio:</p> <p>Recomendaciones/Preparación previa:</p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2) Para la toma de signos vitales, presentarse aseado y con ropa cómoda (blusa o playera de manga corta)</li> <li>3) Por las características de la enfermedad neurológica, psiquiátrica y/o quirúrgica del(a) paciente, es necesario acudir con un familiar mayor de edad que funja como responsable legal.</li> <li>4) No es necesario que acuda en ayunas, no se permite consumir alimentos dentro de las instalaciones de consulta externa.</li> <li>5) No traer menores de 15 años, no se les permite la entrada.</li> <li>6) Si cuenta con estudios realizados como: Tomografía, Electroencefalogramas, Laboratorios, Resonancia magnética, etc. debe traerlos el día de su consulta.</li> <li>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.</li> </ol> <p><b>*** DOCUMENTOS CON LOS QUE DEBE ACUDIR EL DIA DE SU CONSULTA ***</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Original y copia del acta de nacimiento del paciente</li> <li>2. Original y copia de la credencial de elector del Paciente y Responsable Legal.</li> <li>3. C U R P del paciente</li> <li>4. Copia del comprobante de domicilio donde vive el paciente: recibo de renta, luz, agua, teléfono o predial.</li> <li>5. Copia del último comprobante de ingresos del paciente, responsable legal o del proveedor económico (recibo de nomina, recibo de honorarios.</li> <li>6. Comprobar que no cuenta con servicios médicos del IMSS e ISSSTE. Sus comprobantes puede obtenerlos por internet en los siguientes enlaces:</li> </ol> <p>(IMSS) <a href="http://imss.gob.mx/constancia-no-derechohabiencia">imss.gob.mx/constancia-no-derechohabiencia</a>  (ISSSTE) <a href="http://oficinavirtual.issste.gob.mx/Servicios/Acreditacion-de-No-Afiliacion">oficinavirtual.issste.gob.mx/Servicios/Acreditacion-de-No-Afiliacion</a>  <b>N O T A : SI TIENE ALGUNA DUDA DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, PASAR A TRABAJO SOCIAL.</b>  <b>EN CASO DE NO CUMPLIR CON TODOS LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, NO PODRA CONTINUAR SUS TRAMITES.</b></p>	
<p><b>Nota Médica:</b></p> <hr/> <p>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</p> <p>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURGÍA &lt;MANUEL VELASCO SUÁREZ&gt; - Lic Sanitaria INNN 04 AM 0913012</p>	

*Handwritten signature in blue ink*



4.2.10.6 Instructivo de llenado del formato cita de preconsulta.

<b>General</b>	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)	<b>Sr. o Sra.:</b> Anotar el nombre completo de la persona solicitante empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(2)	<b>Fecha de nacimiento:</b> 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.
(3)	<b>Edad:</b> Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(4)	<b>Sexo:</b> Seleccionar el género con el que se identifica el paciente seleccionando uno de los dos recuadros de manera excluyente. Considerando H = Hombre, M = Mujer.
(5)	<b>Número de expediente:</b> Número de registro provisional.
(6)	<b>Nombre del Médico:</b> Anotar el nombre completo del personal médico que realiza la solicitud.
(7)	<b>Área:</b> Anotar el servicio o área que otorga la preconsulta.
(8)	<b>Tipo de cita:</b> Anotar preconsulta.
(9)	<b>Remitido por:</b> Anotar el nombre completo del personal médico solicitante.
(10)	<b>Fecha:</b> 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. 06/02/2026.
(11)	<b>Hora:</b> Anotar la hora de la cita en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11)

0

e

P



**Salud**  
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA  
EXTERNA**

**4.3 Procedimiento de solicitud de  
evaluación inicial de pacientes subrogados  
(por correo electrónico)**



Página  
56 de 197

*(Faint, illegible table content)*

**4.3 PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE EVALUACIÓN INICIAL DE  
PACIENTES SUBROGADOS (POR CORREO ELECTRÓNICO)**

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS          SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA          EXTERNA</b>		Página 57 de 197
	<b>4.3 Procedimiento de solicitud de          evaluación inicial de pacientes subrogados          (por correo electrónico)</b>		

### 4.3.1 PROPÓSITO

Seleccionar al paciente ambulatorio con padecimiento del sistema nervioso que proviene de instituciones con las cuales se tiene contrato de subrogación, que ha sido previamente evaluado, estudiado y diagnosticado en algún hospital general (segundo nivel de atención), médicos especialistas y otros Institutos Nacionales de Salud, y cuyo padecimiento no se puede resolver en ningún otro establecimiento de Atención Médica del país.

### 4.3.2 ALCANCE

4.3.2.1 Alcance Interno: Participa el personal del Departamento de Control y Referencia de Pacientes quien recibe por correo electrónico la solicitud de evaluación inicial de paciente subrogado y la gestiona, y el personal médico de la Subdirección de Consulta Externa quien realiza la evaluación inicial.

4.3.2.2 Alcance Externo: No aplica.

### 4.3.3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

4.3.3.1 La evaluación inicial es realizada exclusivamente por la persona titular de la Subdirección de Consulta Externa y el personal médico asignado por ésta para tal efecto, en el horario previamente establecido para este trámite, para determinar si el paciente subrogado es candidato a preconsulta por su padecimiento y complejidad o si debe ser referido o contra referido a otra institución de salud para que reciba la atención médica adecuada.

4.3.3.2 Ningún personal médico adscrito de este Instituto podrá hacer desde su práctica privada evaluaciones iniciales, preconsultas o historias clínicas de pacientes referidos para evitar caer en conflicto de interés.

4.3.3.3 Los requisitos para solicitar evaluación inicial son:

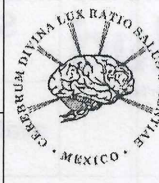
- Tener al menos 18 años cumplidos.
- Contar con referencia médica de alguna institución que tenga contrato de subrogación para la prestación de servicios de atención médica con vigencia no mayor a 3 meses, dirigida al servicio de consulta externa del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, especificando el padecimiento y motivo por el cual debe ser atendido en este Instituto.
- Tener algún padecimiento del sistema nervioso central, ya sea neurológico, neuroquirúrgico y/o psiquiátrico, previamente abordado, estudiado y diagnosticado y que, por su complejidad, no haya sido resuelto en otra unidad de atención médica del país y que cumpla con los requisitos señalados en la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.
- Oficio de contrato/canalización, expedido por la institución demandante con contrato vigente.

4.3.3.4 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros mantener informado oportunamente al Departamento de Control y Referencia de Pacientes sobre los contratos de subrogación para la prestación de servicios de salud y su vigencia. Enviar el listado actualizado de las instituciones con contrato vigente de forma al menos trimestral y cuando

 <p><b>Salud</b> Secretaría de Salud</p>	<p align="center"><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA</b></p> <p align="center"><b>4.3 Procedimiento de solicitud de evaluación inicial de pacientes subrogados (por correo electrónico)</b></p>		<p align="right">Página 58 de 197</p>
---	---	--	---

el departamento de Control y Referencia lo solicite, así como cuando se firme un nuevo contrato, renovación y/o cambio.

- 4.3.3.5 El correo electrónico institucional [subrogados@innn.edu.mx](mailto:subrogados@innn.edu.mx) es exclusivamente para el manejo de los documentos que contengan datos personales y sensibles de los pacientes subrogados solicitantes. Este correo será operado por el personal adscrito a la oficina de subrogados del Departamento de Control y Referencia de Pacientes.
- 4.3.3.6 Se brindará atención por este correo única y exclusivamente a la población derechohabiente de las instituciones con las cuales se cuente con contrato de subrogación vigente, sean públicas o privadas.
- 4.3.3.7 Todos los documentos enviados y recibidos de forma electrónica deberán estar en formato PDF de preferencia.
- 4.3.3.8 Todo paciente subrogado solicitante cuya referencia indique claramente atención Urgente y/o en el servicio de Urgencias será canalizado de forma inmediata a dicho servicio, omitiendo la realización de este procedimiento debido a la urgencia de su padecimiento.
- 4.3.3.9 Independientemente del contrato de subrogación, se dará atención únicamente a personas con enfermedades incluidas en el manual de criterios de aceptación establecidos por las diferentes clínicas del Instituto.
- 4.3.3.10 El personal de la oficina de subrogados del Departamento de Control y Referencia de Pacientes es responsable de revisar diariamente el correo electrónico y de iniciar este procedimiento. Revisar que todas las solicitudes cumplan los requisitos para evaluación inicial (4.3.3.3). Responder el correo electrónico solicitante adjuntando el formato SINBA para la captura de los datos personales del paciente subrogado solicitante de forma completa y correcta.
- 4.3.3.11 El personal de la oficina de subrogados del Departamento de Control y Referencia de Pacientes es responsable de verificar si el paciente subrogado que solicita la evaluación inicial cuenta con algún número de registro previamente asignado, para evitar la generación de registros innecesarios o duplicados.
- 4.3.3.12 El personal de la oficina de subrogados del Departamento de Control y Referencia de Pacientes es responsable de verificar en la plataforma AAMATES que los datos llenados por el paciente subrogado solicitante en el formato SINBA sean correctos, principalmente la Clave Única de Registro Poblacional (CURP) y deberá anotar su nombre y firma autógrafa como validación de la verificación.
- 4.3.3.13 El personal de la oficina de subrogados del Departamento de Control y Referencia de Pacientes asignará desde el primer contacto del paciente subrogado solicitante la clasificación de SUBROGADO y deberá anotar su nombre y firma autógrafa como encargado de esta verificación.
- 4.3.3.14 El personal de la oficina de subrogados del Departamento de Control y Referencia de pacientes es responsable de recabar la firma autógrafa del paciente subrogado solicitante en el formato SINBA:
- Como manifiesto bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en el formato SINBA son correctos y verdaderos.



- Por conformidad con la clasificación de "SUBROGADO".
- Por comprometerse a dar aviso inmediato al Instituto sobre cualquier cambio o modificación de sus datos personales y situación de derechohabencia.
- Por reconocer y aceptar que como no cuenta con derecho a Gratuidad, deberá realizar los pagos de cuotas de recuperación por los servicios médicos que reciba.

- 4.3.3.15 Si el paciente subrogado solicitante ya cuenta con expediente en el Instituto, se respetará una antigüedad de 5 años. En caso de que hayan pasado 5 años o más de no acudir a consulta o evaluación, se considerará como paciente nuevo, conservando el número de registro que tenía asignado previamente para la realización del trámite.
- 4.3.3.16 El personal médico que realice la evaluación inicial es responsable de elaborar el formato Descripción de la evaluación inicial, el cual deberá contener todos los datos personales previamente capturados en el formato SINBA electrónico, indicando si fue autorizada la preconsulta o si el paciente fue referido o contra referido a otra institución de salud y los motivos de esta decisión.
- 4.3.3.17 El personal de la oficina de subrogados del Departamento de Control y Referencia de Pacientes es responsable de enviar por correo electrónico al paciente subrogado solicitante, la decisión del personal médico que hizo la evaluación inicial y adjuntar el formato Descripción de la Evaluación Inicial, entregar el original al solicitante y resguardar la copia firmada como acuse.
- 4.3.3.18 El paciente subrogado debe de acatar todos los lineamientos, procesos y procedimientos institucionales de la misma forma que el resto de la población No-Subrogada, sin excepción alguna. Atenerse a los tiempos de programación de citas, estudios, procedimientos, etc.
- 4.3.3.19 El acuse del formato Descripción de la Evaluación Inicial y la hoja de referencia original se conservará en el archivo físico de la oficina de subrogados durante un periodo no menor de 6 meses, conforme al listado de documentos de comprobación administrativa inmediata validado por el Archivo General de la Nación (AGN). Posterior a este plazo, se realizará el trámite de baja documental.

0

Q

P



### 4.3.4 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal de la oficina de subrogados del Departamento de Control y Referencia de Pacientes	1	<p>Revisa diariamente el correo electrónico <a href="mailto:subrogados@innn.edu.mx">subrogados@innn.edu.mx</a> recibe las solicitudes de evaluación inicial por primera vez y verifica que cumplan los requisitos (4.3.3.3) y con referencia médica adecuada.</p> <p><b>¿Cumple la hoja de referencia y la documentación de subrogados?</b></p> <p><b>No.</b> Responde por correo electrónico al paciente subrogado solicitante, informando los requisitos y documentos necesarios para solicitar el trámite de evaluación inicial de paciente subrogado, indicando que cuando cumpla con éstos, envíe nuevamente la solicitud.</p> <p><b>TERMINA</b></p> <p><b>Sí.</b> Responde el correo electrónico, adjuntando el formato SINBA, solicitando registre de forma completa los datos personales de la persona que requiere evaluación inicial. Pasa a la actividad 2.</p>	• Formato SINBA
Personal de la oficina de subrogados del Departamento de Control y Referencia de Pacientes	2	<p>Recibe por correo electrónico el formato de datos personales debidamente requisitado, captura la información en el formato SINBA electrónico, obtiene el número de registro provisional y lo anota en el formato SINBA.</p>	• Formato SINBA
Personal de la oficina de subrogados del Departamento de Control y Referencia de Pacientes	3	<p>Consulta el sistema "Ambiente para la Administración y Manejo de Atenciones en Salud" (AAMATES) para corroborar datos personales con la Clave Única de Registro Poblacional (CURP). Coloca el sello con la leyenda "SUBROGADO" en el formato SINBA.</p>	• Formato SINBA
Personal de la oficina de subrogados del Departamento de Control y Referencia de Pacientes	4	<p>Envía por correo electrónico al paciente subrogado solicitante el formato SINBA sellado, solicitándole que lo revise, lo imprima y lo firme de forma autógrafa como manifiesto de que los datos son correctos y verdaderos, como aceptación del sello de clasificación, por comprometerse a dar aviso inmediato al Instituto sobre cualquier cambio o modificación de los mismos y por aceptar realizar el pago de cuotas de recuperación por los servicios médicos que reciba.</p>	• Formato SINBA

*[Handwritten signature]*

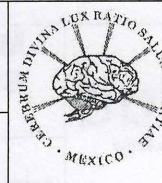


Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal de la oficina de subrogados del Departamento de Control y Referencia de Pacientes	5	Recibe por correo electrónico el formato SINBA firmado por el paciente subrogado solicitante, lo imprime, lo firma de forma autógrafa y lo entrega junto con la referencia y, en su caso, otros documentos al médico encargado de la evaluación inicial.	• Formato SINBA
Personal médico asignado a Evaluación Inicial	6	<p>Recibe la referencia médica y formato SINBA y evalúa el caso:</p> <p><b>¿El paciente subrogado solicitante es candidato a preconsulta?</b></p> <p><b>No.</b> Requisita en el sistema electrónico el formato Descripción de la Evaluación Inicial, indicando el o los motivos por los que no es candidato a preconsulta, lo imprime en dos tantos, los firma, sella y entrega con demás documentos al personal de la oficina de subrogados del Departamento de Control y Referencia de Pacientes. Pasa a la actividad 7.</p> <p><b>Si.</b> Autoriza la programación de la preconsulta en el servicio correspondiente y lo anota con nombre y firma autógrafa en el formato SINBA. Elabora y completa en el sistema electrónico el formato Descripción de la Evaluación Inicial. Entrega documentos al personal de la oficina de subrogados del Departamento de Control y Referencia de Pacientes Pasa a la actividad 7.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato SINBA</li> <li>• Formato Descripción de la evaluación inicial.</li> </ul>
Personal de la oficina de subrogados del Departamento de Control y Referencia de Pacientes	7	<p>Recibe documentos evaluados por el médico.</p> <p><b>¿El paciente subrogado solicitante es candidato a preconsulta?</b></p> <p><b>No.</b> Envía respuesta por correo electrónico al paciente subrogado solicitante, adjunta el formato Descripción de la Evaluación Inicial en formato PDF y le informa los motivos por los que es referido a otra institución de salud para recibir la atención médica adecuada. Integra los documentos en el expediente del paciente.</p> <p><b>TERMINA</b></p> <p><b>Si.</b> Otorga cita de preconsulta de acuerdo con la disponibilidad. Envía respuesta por correo electrónico al paciente subrogado solicitante, adjuntando la hoja de cita con fecha y hora programadas, confirmando la Preconsulta.</p> <p><b>TERMINA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato Descripción de la evaluación inicial.</li> <li>• Cita de preconsulta.</li> </ul>

*[Handwritten signature]*

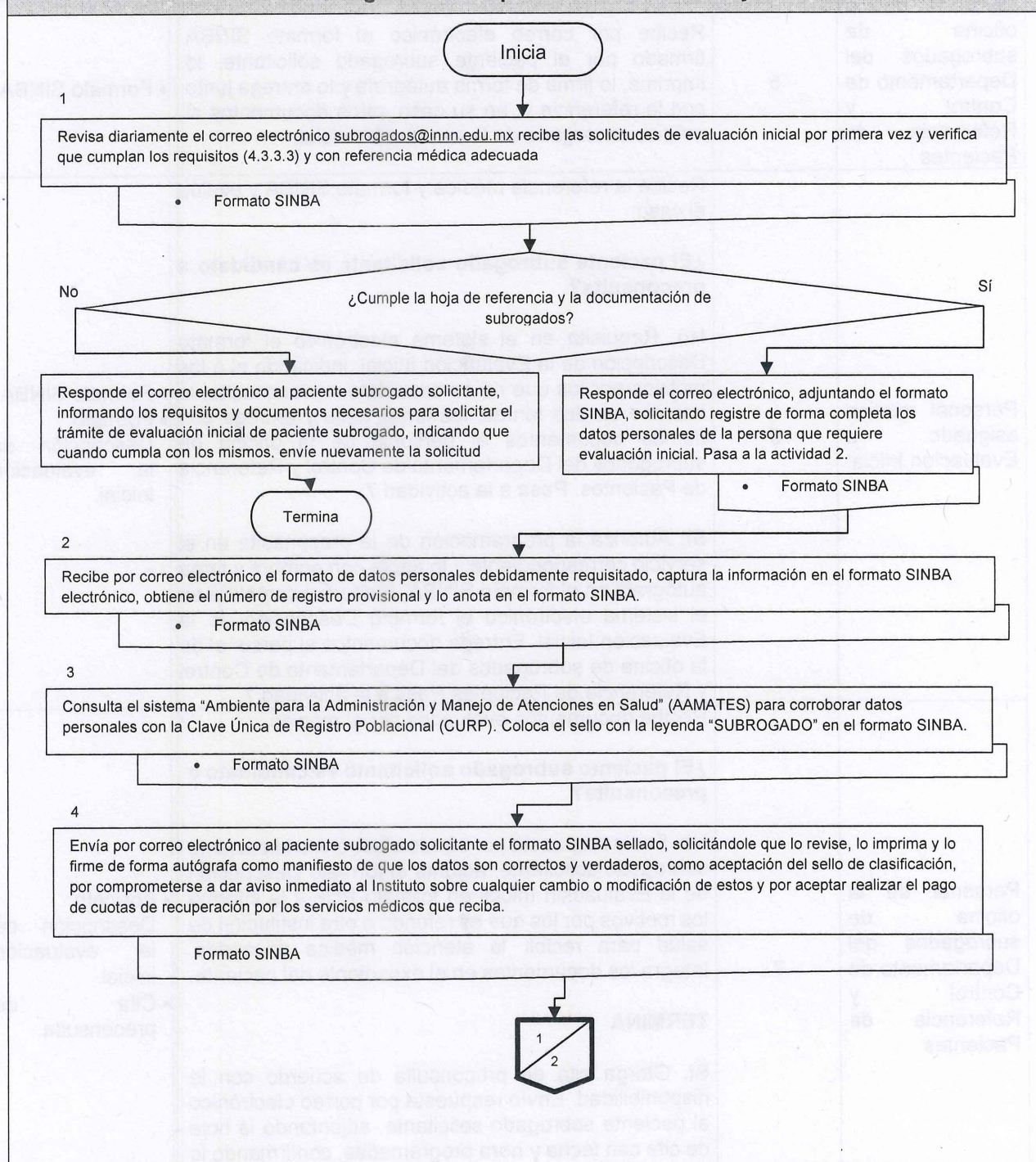
*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*



**4.3.5 DIAGRAMA DE FLUJO**

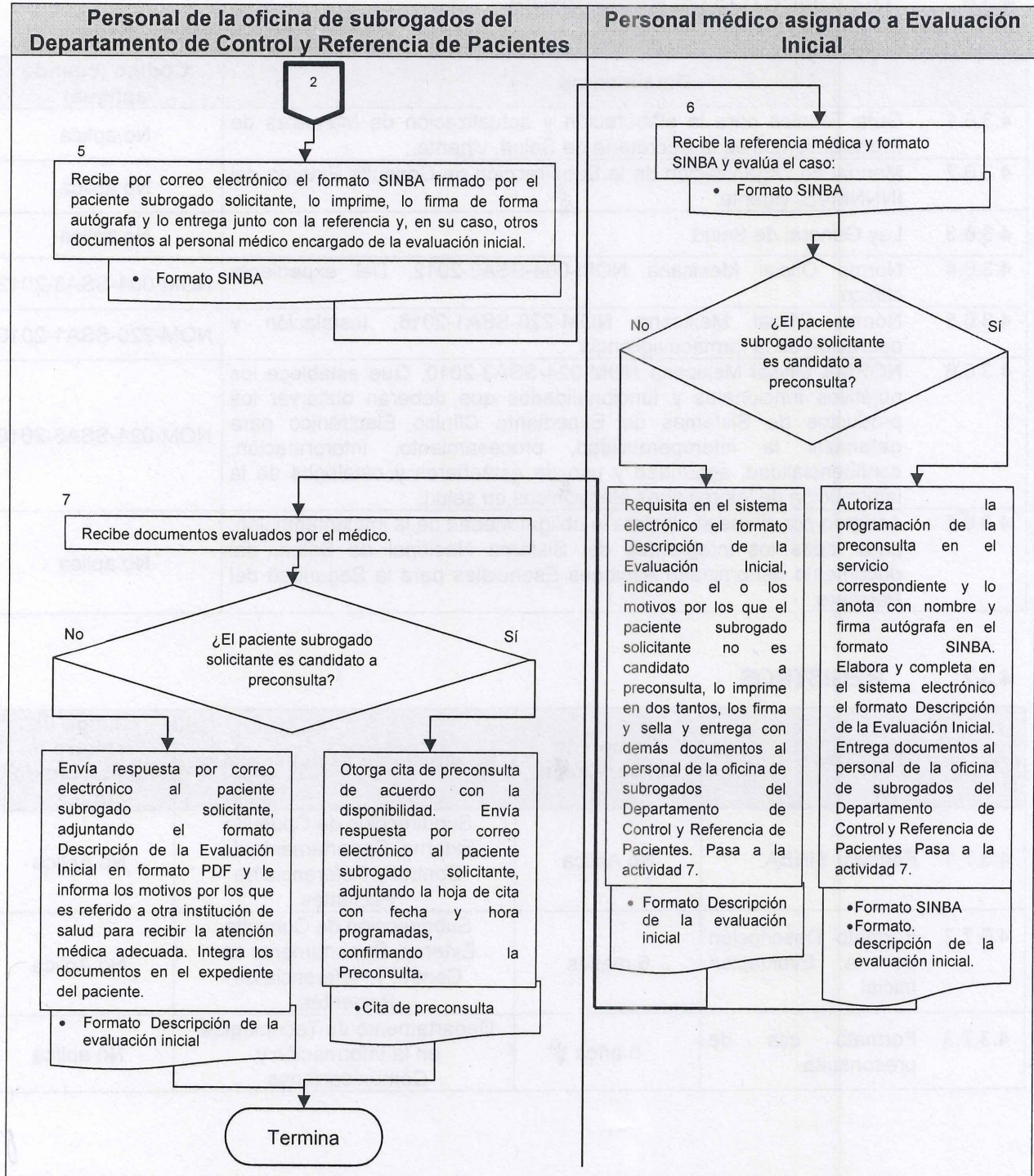
**Personal de la oficina de subrogados del Departamento de Control y Referencia de Pacientes**

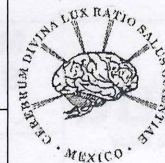


9

Q

1





### 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 de la Secretaría de Salud, vigente.	No aplica
4.3.6.2	Manual de Organización de la Subdirección de Consulta Externa del INNNMVS, vigente.	No aplica
4.3.6.3	Ley General de Salud	No aplica
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.	No aplica

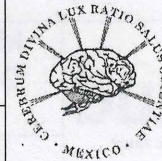
### 4.3.7 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.3.7.1 Formato SINBA	No Aplica	Subdirección de Consulta Externa, Departamento de Control y Referencia de Pacientes	No Aplica
4.3.7.2 Formato Descripción de la Evaluación Inicial	6 meses	Subdirección de Consulta Externa, Departamento de Control y Referencia de Pacientes	No Aplica
4.3.7.3 Formato cita de preconsulta	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica



### 4.3.8 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

4.3.8.1	<b>Atención médica:</b> Servicio que se proporciona a la persona usuaria, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.
4.3.8.2	<b>Evaluación Inicial:</b> Referencia médica y en caso de existir, exámenes paraclínicos; diseñado para seleccionar al paciente ambulatorio que más se beneficiará de la atención en el Instituto. Se utilizan criterios médicos estrictos establecidos por las diferentes clínicas del Instituto.
4.3.8.3	<b>Expediente Clínico Electrónico:</b> Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra en todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables (de acuerdo a la NOM 004).
4.3.8.4	<b>Personal médico encargado de la Evaluación Inicial:</b> Personal médico adscrito al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y personal médico especialista en formación que sea designado directamente por la persona titular de la subdirección de consulta externa para este propósito.
4.3.8.5	<b>Número de Registro:</b> Consecutivo numérico único de identificación (NOM-004-SSA3-2012 asignado de forma automática por el sistema del expediente electrónico institucional (SIGMA) a cada persona con base en las metas internacionales de seguridad del paciente. Es provisional antes de que el usuario sea aceptado para su atención en el Instituto, y es considerado definitivo una vez que ya se aceptó al usuario como paciente Institucional.
4.3.8.6	<b>Paciente:</b> Persona usuaria 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 directo de la atención médica (de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012).
4.3.8.7	<b>Paciente ambulatorio:</b> Toda persona usuaria de servicios de atención médica que no necesita hospitalización (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).
4.3.8.8	<b>Paciente subrogado:</b> Personas referidas por instituciones con las cuales se tiene contrato vigente para la prestación de servicios de atención médica, siendo esa institución la responsable del pago de los servicios proporcionados al paciente referido.
4.3.8.9	<b>Referencia-contrarreferencia:</b> Procedimiento médico-administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el fin de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.
4.3.8.10	<b>Usuario:</b> Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica (de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012 y al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).



### 4.3.9 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
00	Febrero, 2023.	Se crea el procedimiento.
01	Febrero, 2026.	Se realizan acciones de mejora.

### 4.3.10 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 4.3.10.1 Formato de datos personales SINBA.
- 4.3.10.2 Instructivo de llenado del formato de datos personales SINBA.
- 4.3.10.3 Formato descripción de la evaluación inicial.
- 4.3.10.4 Instructivo de llenado del formato descripción de la evaluación inicial.
- 4.3.10.5 Formato cita de preconsulta.
- 4.3.10.6 Instructivo de llenado del formato cita de preconsulta


*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten signature]*



4.3.10.1 Formato de datos personales 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/09/3012  
SINBA-SEUL-14-P DGF/S  
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) \_\_\_\_\_

AFILIACIÓN 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 MÉDICO 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: \_\_\_\_\_

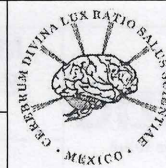
LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO O ALCALDÍA: \_\_\_\_\_

ENTIDAD FEDERATIVA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE LEGAL: (21) \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_



4.3.10.2 Instructivo de llenado del formato de datos personales SINBA.

<b>General</b>	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)	<b>Numero de registro:</b> Anotar el número de expediente que se encuentra en el carnet del paciente.
(2)	<b>Nombre:</b> Anotar el nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(3)	<b>Fecha de nacimiento:</b> 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)	<b>Lugar de nacimiento:</b> Anotar el estado y localidad o en su caso municipio y/o alcaldía de la persona solicitante.
(5)	<b>CURP:</b> Anotar la CURP de la persona solicitante.
(6)	<b>Sexo:</b> 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)	<b>Afiliación a los servicios de salud:</b> Anotar si la persona solicitante cuenta con algún servicio de salud.
(8)	<b>Candidato a gratuidad:</b> se indica sí o no cuenta con la gratuidad por no tener derechohabencia del IMSS o del ISSSTE.
(9)	<b>Verificado en plataforma AAMATES por:</b> Anotar firma, fecha y número de cédula profesional del personal que hace la revisión de derechohabencia del paciente en la plataforma AAMATES.
(10)	<b>Referido por:</b> Anotar el nombre de la institución de salud que refiere a la persona solicitante a esta institución.
(11)	<b>En caso de ser médico particular número de cédula profesional:</b> Anotar el número de cédula profesional.
(12)	<b>Se considera indígena:</b> Seleccionar si o no.
(13)	<b>Habla alguna lengua indígena:</b> Seleccionar si o no.
(14)	<b>Estado civil:</b> Anotar el estado civil de la persona solicitante.
(15)	<b>Ocupación:</b> Anotar la ocupación de la persona solicitante.
(16)	<b>Escolaridad:</b> Anotar la escolaridad de la persona solicitante.
(17)	<b>Religión:</b> Anotar la religión de la persona solicitante.
(18)	<b>Teléfono:</b> Anotar el teléfono de la persona solicitante.
(19)	<b>Diagnóstico de envío:</b> Se indica el padecimiento por el cual fue referido a esta institución.
(20)	<b>Domicilio:</b> 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)	<b>Nombre de la persona responsable legal:</b> 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.



4.3.10.3 Formato descripción de la evaluación inicial.

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA</b>		Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000
	<b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> 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: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> (9)	Fecha de Nac: 00/00/0000 (10)

**Descripción de la Evaluación Inicial**

Presencial  (1) Correo electrónico

Referido por: (12) \_\_\_\_\_

Diagnóstico de referencia. (13) \_\_\_\_\_

Diagnóstico CIE 10 (14) \_\_\_\_\_

Descripción (15) \_\_\_\_\_

Al ser un centro de atención terciaria (Tercer nivel de atención, altamente especializado) se atienden aquí únicamente a pacientes con padecimientos graves o enfermedades raras que han sido previamente evaluados, estudiados y diagnosticados en Hospitales Generales (Segundo nivel de atención). La característica más importante para ser aceptado como paciente del Instituto es que en ningún otro centro se pueda controlar y dar seguimiento a la enfermedad por la que se presenta.

Se envía a: (16) \_\_\_\_\_

Detalles (17) \_\_\_\_\_

**\*NO CONTRARREFERIR. (LLAMAR ANTES DE ACUDIR)**  
\*En caso de ser Derechohabiente (IMSS, ISSSTE) acudir a unidad de adscripción correspondiente.

**Se otorga el presente documento para garantizar la continuidad de su atención**

Nombre del médico, cédula y firma (18)

Firmado por: \_\_\_\_\_  
..... a ..... Núm Cédula: \_\_\_\_\_

www.innn.salud.gob.mx      Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama 14260, México, Ciudad de México Tel (55) 5600-3622 ext. 3324      Pág. 1

4.3.10.4 Instructivo de llenado del formato descripción de la evaluación inicial.

<b>General</b>	Este formato debe ser llenado de forma completa y correcta por el personal médico asignado para realizar evaluación inicial, en formato electrónico, evitando el uso de abreviaturas. En caso de no haber sido aceptada la persona solicitante, se deberá imprimir este formato en dos copias, una para la persona solicitante y otra como acuse de que se le entregó.
(1)	<b>Fecha de elaboración:</b> Se refiere a la fecha en la que se realiza la evaluación, dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa), ej. 06/02/2024.
(2)	<b>Hora de elaboración:</b> Se refiere la hora en la que se realiza la evaluación en horas y minutos en formato de 24 horas, ej. 13:11.
(3)	<b>Nivel socioeconómico:</b> 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)	<b>Servicio:</b> Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	<b>Registro:</b> Se refiere al número de expediente que se encuentra en el carnet del paciente.
(6)	<b>Tipo de paciente:</b> 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)	<b>Nombre:</b> Se refiere al nombre completo de la persona solicitante empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	<b>Edad:</b> Se refiere a la edad de la persona solicitante.
(9)	<b>Sexo:</b> Marcar con una X si es hombre o mujer la persona solicitante.
(10)	<b>Fecha de nacimiento:</b> Se refiere a la fecha de nacimiento la persona solicitante, dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa), ej. 06/02/2024.
(11)	<b>Presencial – Correo electrónico:</b> Marcar la casilla correspondiente si la referencia se recibió de forma presencial o por correo electrónico institucional.
(12)	<b>Referido por:</b> Elegir el nombre de la institución de salud que elabora la hoja de referencia recibida escogiendo alguna de las opciones del menú desplegable, en caso de elegir otro, especificar.
(13)	<b>Diagnóstico de referencia:</b> Indicar de forma textual el diagnóstico de referencia, tal cual lo estipula el personal médico que envía y como aparece en la hoja de referencia recibida de la persona solicitante, en caso de haber marcado Otro en el campo de "Referido por:" especificar en esta casilla quien refiere a la persona solicitante.
(14)	<b>Diagnóstico CIE 10:</b> Registrar el diagnóstico según el Catálogo Internacional de enfermedades en su décima versión (CIE-10), en caso de no coincidir con el diagnóstico de referencia marcado por el personal médico que envía, escoger el que más se aproxime a éste.
(15)	<b>Descripción:</b> Registrar mediante texto libre detalles acerca de la decisión tomada en caso de aceptar o no la persona solicitante.
(16)	<b>Se envía a:</b> Indicar a donde se envía al paciente/usuario, ya sea a las diferentes consultas dentro del Instituto o a otro centro hospitalario.
(17)	<b>Detalles:</b> Registrar mediante texto libre detalles acerca de la decisión tomada en caso de aceptar o no al paciente/usuario y las alternativas de diferentes centros hospitalarios a los que puede acudir la persona solicitante en caso de no haber sido aceptado como paciente Institucional, tomando en cuenta el lugar de origen de la persona solicitante.
(18)	<b>Nombre del médico, cédula y firma:</b> Registrar nombre, cédula profesional y firma del personal médico que realiza la evaluación inicial y elabora el formato.

P

*[Handwritten signature]*



**Salud**  
Secretaría de Salud


**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA  
EXTERNA**

**4.3 Procedimiento de solicitud de  
evaluación inicial de pacientes subrogados  
(por correo electrónico)**



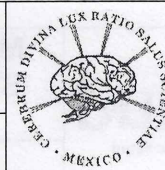
Página  
71 de 197

4.3.10.5 Formato cita de preconsulta.

	<p align="center"><b>DATOS DEL PACIENTE</b></p> <p>Sr./Sra.: (1)</p> <p>Fecha de Nac.: (2)      Edad:(3)      Sexo: (4)</p> <p>No. de Expediente: (5)</p> <p align="center">COBERTURA</p> <p align="center">PAGO PACIENTE (CAJA) / N3</p>
<p><b>CITA</b></p> <p><b>RESIDENTE3 (6)</b></p> <p><b>NeuroOftalmología Cex(7)</b></p> <p><b>Preconsulta (8)</b></p> <p>Remitido por: NeuroOftalmología Cex / RESIDENTE3(9)</p> <p>Fecha: (10)      Hora: (11)      Consultorio:</p>	
<p><b>Recomendaciones/Preparación previa:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2) Para la toma de signos vitales, presentarse aseado y con ropa cómoda (blusa o playera de manga corta)</li> <li>3) Por las características de la enfermedad neurológica, psiquiátrica y/o quirúrgica del(la) paciente, es necesario acudir con un familiar mayor de edad que funja como responsable legal.</li> <li>4) No es necesario que acuda en ayunas, no se permite consumir alimentos dentro de las instalaciones de consulta externa.</li> <li>5) No traer menores de 15 años, no se les permite la entrada.</li> <li>6) Si cuenta con estudios realizados como: Tomografía, Electroencefalogramas, Laboratorios, Resonancia magnética, etc. debe traerlos el día de su consulta.</li> <li>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.</li> </ol> <p><b>*** DOCUMENTOS CON LOS QUE DEBE ACUDIR EL DIA DE SU CONSULTA ***</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Original y copia del acta de nacimiento del paciente</li> <li>2. Original y copia de la credencial de elector del Paciente y Responsable Legal.</li> <li>3. C U R P del paciente</li> <li>4. Copia del comprobante de domicilio donde vive el paciente: recibo de renta, luz, agua, teléfono o predial.</li> <li>5. Copia del último comprobante de ingresos del paciente, responsable legal o del proveedor económico (recibo de nomina, recibo de honorarios.</li> <li>6. Comprobar que no cuenta con servicios médicos del IMSS e ISSSTE. Sus comprobantes puede obtenerlos por internet en los siguientes enlaces: (IMSS) <a href="http://imss.gob.mx/constancia-no-derechohabiencia">imss.gob.mx/constancia-no-derechohabiencia</a> (ISSSTE) <a href="http://oficinavirtual.issste.gob.mx/Servicios/Acreditacion-de-No-Afiliacion">oficinavirtual.issste.gob.mx/Servicios/Acreditacion-de-No-Afiliacion</a></li> </ol> <p><b>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.</b></p>	
<p><b>Nota Médica:</b></p>	
<p>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) 5606-3922</p> <p align="center">INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURGÍA «MANUEL VELASCO SUÁREZ» - Lic. Sanitaria INN 04 AM 0913012</p>	

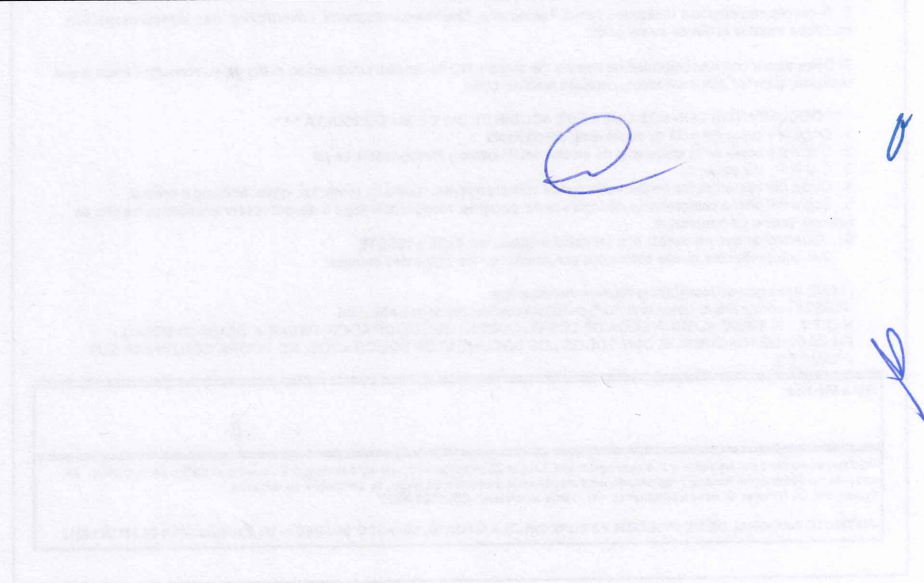
*Handwritten signature*

*Handwritten mark*



4.3.10.6 Instructivo de llenado del formato cita de preconsulta.

<b>General</b>	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)	<b>Sr. o Sra.:</b> Anotar el nombre completo de la persona solicitante empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(2)	<b>Fecha de nacimiento:</b> 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.
(3)	<b>Edad:</b> Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(4)	<b>Sexo:</b> Seleccionar el género con el que se identifica el paciente seleccionando uno de los dos recuadros de manera excluyente. Considerando H = Hombre, M = Mujer.
(5)	<b>Número de expediente:</b> Número de registro provisional.
(6)	<b>Nombre del Médico:</b> Anotar el nombre completo del personal médico que realiza la solicitud.
(7)	<b>Área:</b> Anotar el servicio o área que otorga la preconsulta.
(8)	<b>Tipo de cita:</b> Anotar preconsulta.
(9)	<b>Remitido por:</b> Anotar el nombre completo del personal médico solicitante.
(10)	<b>Fecha:</b> Anotar 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. 06/02/2026.
(11)	<b>Hora:</b> Anotar la hora de la cita en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11)





**4.4 Procedimiento para otorgar la  
preconsulta**

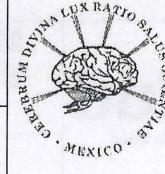
**4.4 PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR LA PRECONSULTA**

g

y

Q

Q



#### **4.4.1 PROPÓSITO**

Proporcionar atención médica de preconsulta a personas con patología compleja del área de neurociencias, para realizar una valoración médica inicial y determinar si es candidata para su admisión como paciente o si es canalizado a otro servicio médico.

#### **4.4.2 ALCANCE**

4.4.2.1 Alcance Interno: Participa el personal médico de consulta externa quien proporciona la preconsulta y determina si la persona es candidata para apertura de expediente clínico en este Instituto; personal del Departamento de Control y Referencia de Pacientes quien programa las citas, recibe y registra a los pacientes el día programado.

4.4.2.2 Alcance Externo: No aplica.

#### **4.4.3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS**

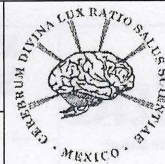
4.4.3.1 La Subdirección de Consulta Externa a través del Departamento de Control y Referencia Pacientes es responsable de planear y coordinar todas las actividades para otorgar la atención médica de preconsulta.

4.4.3.2 Los requisitos para la realización de Preconsulta en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez son:

- Contar con alguno de los siguientes formatos con firma autógrafa o facsímil de la persona titular de la Subdirección de Consulta Externa o del personal médico designado por ésta, autorizando la cita de preconsulta (original o copia): formato SINBA debidamente requisitado o solicitud de interconsulta CEx o Triage del servicio de Urgencias del INNNMVS o receta del INNNMVS.
- Presentar la hoja de cita de preconsulta emitida por el INNNMVS con fecha y hora programadas.
- Identificación oficial vigente con fotografía en original del paciente y de su responsable legal o acompañante.
- 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.
- Traer reportes físicos o en dispositivos de almacenamiento electrónico (CD, USB) los estudios paraclínicos realizados previamente como: tomografía, electroencefalograma, laboratorios, resonancia magnética, etc.
- Original y copia del acta de nacimiento del paciente.
- CURP del paciente.
- Copia del comprobante de domicilio donde vive el paciente: recibo de renta, luz, agua, teléfono o predial.
- Copia del último comprobante de ingresos del paciente, responsable legal o del proveedor económico (recibo de nómina, recibo de honorarios).
- El paciente deberá acudir con un acompañante.
- Presentar el recibo de caja por concepto de preconsulta.



- 4.4.3.3 El personal del Departamento de Control y Referencia de Pacientes asignado es responsable de verificar que todo paciente que acuda a preconsulta cumpla con los requisitos establecidos por el Instituto (4.4.3.2).
- 4.4.3.4 El personal del Departamento de Control y Referencia de Pacientes asignado es responsable de verificar en el sistema electrónico institucional el correcto registro de los datos del paciente: apellidos paterno, materno y nombre(s), edad, sexo, estado civil, religión, lugar y fecha de nacimiento, RFC, CURP, ocupación, escolaridad, domicilio, C. P., estado, teléfono (al menos dos), nombre completo del responsable legal, referido y motivo de la consulta y, en los casos que se cuente con correo electrónico, deberá registrarlo.
- 4.4.3.5 A solicitud de la Subdirección de Recursos Financieros, el personal de control y referencia de pacientes del módulo de control de citas solicitará el recibo expedido por la caja. Sin embargo, para salvaguardar el derecho a la protección de la salud de los pacientes (Art. 4° constitucional), se dará prioridad a la atención médica y consultas en cualquiera de sus modalidades, sobre la captación de estos recibos.
- 4.4.3.6 La Subdirección de Consulta Externa es responsable de supervisar los siguientes puntos:
- Que el formato de preconsulta y su llenado cumpla con la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
  - La implementación y correcta realización de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente aplicables en el área.
- 4.4.3.7 Queda a discreción del personal médico que realiza la preconsulta la decisión de apertura de expediente o contrarreferencia del paciente, basándose en la *Lex Artis* médica vigente.
- 4.4.3.8 En caso de que el diagnóstico del paciente no se encuentre dentro del catálogo de servicios que se ofertan en el Instituto o que haya otra institución en la que se considere que puede recibir una mejor atención médica, el personal médico que toma la decisión es responsable de elaborar un formato de referencia adecuado cumpliendo con lo estipulado en la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico
- 4.4.3.9 En caso de que exista la duda sobre el diagnóstico preciso del paciente y se requieran de estudios paraclínicos específicos para tomar la decisión, el personal médico que toma la decisión es responsable de elaborar las solicitudes correspondientes. Una vez realizados los estudios, el personal de Control y Referencia de Pacientes será responsable de otorgarle cita en la consulta de REVISIÓN DE ESTUDIOS Y TRATAMIENTO para su seguimiento.
- 4.4.3.10 En caso de que se decida apertura de expediente, el personal médico que toma la decisión es responsable de elaborar tanto el formato correspondiente de preconsulta como el formato de historia clínica cumpliendo con lo estipulado en la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. La historia clínica es el primer requisito para la apertura de expediente del paciente, así como todos los formatos, solicitudes y documentos de índole médica que se requieran para el abordaje del paciente según sea el caso.
- 4.4.3.11 En caso de que se decida apertura de expediente y elaboración de historia clínica, se procederá a marcar la casilla "Paciente cuyo abordaje diagnóstico amerita apertura de expediente y carnet, ..." en el formato de preconsulta en el sistema electrónico y llenar la información médica en el formato de Historia clínica únicamente.



**4.4.4 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 candidata a preconsulta, verifica que cuente con hoja de cita de preconsulta del día y le indica se dirija a la caja para obtener su recibo y posteriormente al edificio de consulta externa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato SINBA</li> <li>• Formato cita de preconsulta.</li> </ul>
Personal del Departamento de Comunicación Social en módulo de informes en consulta externa	2	Recibe a la persona solicitante en el módulo de informes de consulta externa, verifica que cuente con la hoja de cita de preconsulta y recibo de caja y le pide pase a la ventanilla correspondiente del módulo de control de citas para que registre su horario de llegada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato cita de preconsulta.</li> </ul>
Personal del módulo de control de citas del Departamento de Control y Referencia de Pacientes	3	Ingresa con su clave personal al sistema de citas. Recibe a la persona solicitante y/o acompañante, solicita el recibo de caja, hoja de citas, verifica que sus datos personales y números telefónicos estén correctos y registra su hora de llegada. Le indica el número del consultorio donde será llamado para la preconsulta y le pide que previamente pase al cubículo de toma de signos vitales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato cita de preconsulta.</li> </ul>
Personal de enfermería asignado a la toma de signos vitales	4	<p>Llama a la persona solicitante, y verifica su identidad conforme a la Acción Esencial de Seguridad del Paciente No. 1: Identificación Correcta del Paciente. Posteriormente realiza la toma de signos vitales.</p> <p><b>¿Detecta que el paciente tiene presión alta?</b></p> <p><b>Si.</b> Activa el código de respuesta rápida. Da aviso al personal médico tratante para que le dé prioridad de atención al paciente, o en caso necesario, avisa a la Jefatura de enfermería y a la subdirección de Consulta Externa y con el personal médico tratante acompaña al paciente al servicio de urgencias. <b>TERMINA</b></p> <p><b>No.</b> Registra los datos en el expediente clínico electrónico del paciente y los anota en la hoja de cita. Finalmente, le indica espere en la sala a ser llamado por el personal médico. Pasa a la actividad 5.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato cita de preconsulta</li> </ul>
Personal médico asignado a preconsulta	5	<p>Llama a la persona solicitante, realiza la preconsulta, captura el formato de preconsulta y determina:</p> <p><b>¿Requiere de estudios para mejor valoración de su padecimiento?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato preconsulta de</li> <li>• Solicitud de estudios de laboratorio y/o gabinete</li> </ul>



**4.4 Procedimiento para otorgar la  
preconsulta**

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
		<p><b>No.</b> Continúa la valoración. Pasa a la actividad 8.</p> <p><b>Si.</b> Realiza solicitud de estudios necesarios para mejor valoración. Le informa a la persona solicitante sobre su padecimiento, le entrega las solicitudes y finalmente le solicita pase al módulo de informes de consulta externa para que le orienten sobre la programación. Pasa a la actividad 6.</p>	
Personal del Departamento de Comunicación Social en módulo de informes en consulta externa	6	Recibe a la persona solicitante y/o acompañante, revisa las solicitudes de estudios y le orienta para la programación de éstos, indicándole que posteriormente regrese al módulo de control de citas del Departamento de Control y Referencia de Pacientes para la programación de la cita de revisión de estudios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitud de estudios de laboratorio y/o gabinete</li> </ul>
Personal del módulo de control de citas del Departamento de Control y Referencia de Pacientes	7	Recibe de la persona solicitante o acompañante las solicitudes, programa en el sistema electrónico institucional los estudios de laboratorio y/o de gabinete y la cita de revisión de estudios, imprime y entrega al paciente con las indicaciones que debe seguir para los estudios. <b>TERMINA</b> <b>Se conecta con el procedimiento 4.6 Para otorgar consulta médica subsecuente, de revisión o interconsulta.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitud de estudios de laboratorio y/o gabinete.</li> <li>Solicitud de cita.</li> </ul>
Personal médico asignado a preconsulta	8	<p>Continúa la valoración y determina:</p> <p><b>¿La persona solicitante es candidata a apertura de expediente para ser atendida en este Instituto?</b></p> <p><b>No.</b> Informa a la persona solicitante sobre su enfermedad y los motivos por los que no puede ser atendido en esta Institución. Elabora en la hoja de preconsulta en el sistema electrónico institucional el alta y la hoja de referencia y contrarreferencia para la institución de salud correspondiente y la entrega al paciente. <b>TERMINA</b></p> <p><b>Si.</b> 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 9.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formato de preconsulta</li> <li>Formato de referencia y contrarreferencia</li> </ul>
Personal médico asignado a preconsulta	9	Completa la hoja de preconsulta y el formato de historia clínica en el sistema electrónico institucional, imprime la hoja de preconsulta y acude con la persona titular de la Consulta Externa para solicitar su firma/facsímil autorizando la	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitud de estudios de laboratorio y/o gabinete.</li> </ul>

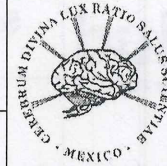


Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
		apertura del expediente y la asignación de medico revisor del caso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato de preconsulta</li> <li>• Formato de Historia Clínica</li> </ul>
Personal médico asignado a preconsulta	10	<p>Elabora e imprime las solicitudes de estudios necesarios y las entrega con la hoja de preconsulta autorizada, y le indica que pase al módulo de informes de consulta externa para que le orienten para la apertura de su expediente</p> <p><b>TERMINA</b></p> <p><b>Se conecta con el Procedimiento 4.5 Para la atención de pacientes que ameriten Historia Clínica.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de estudios de laboratorio y/o gabinete.</li> <li>• Formato de preconsulta</li> </ul>

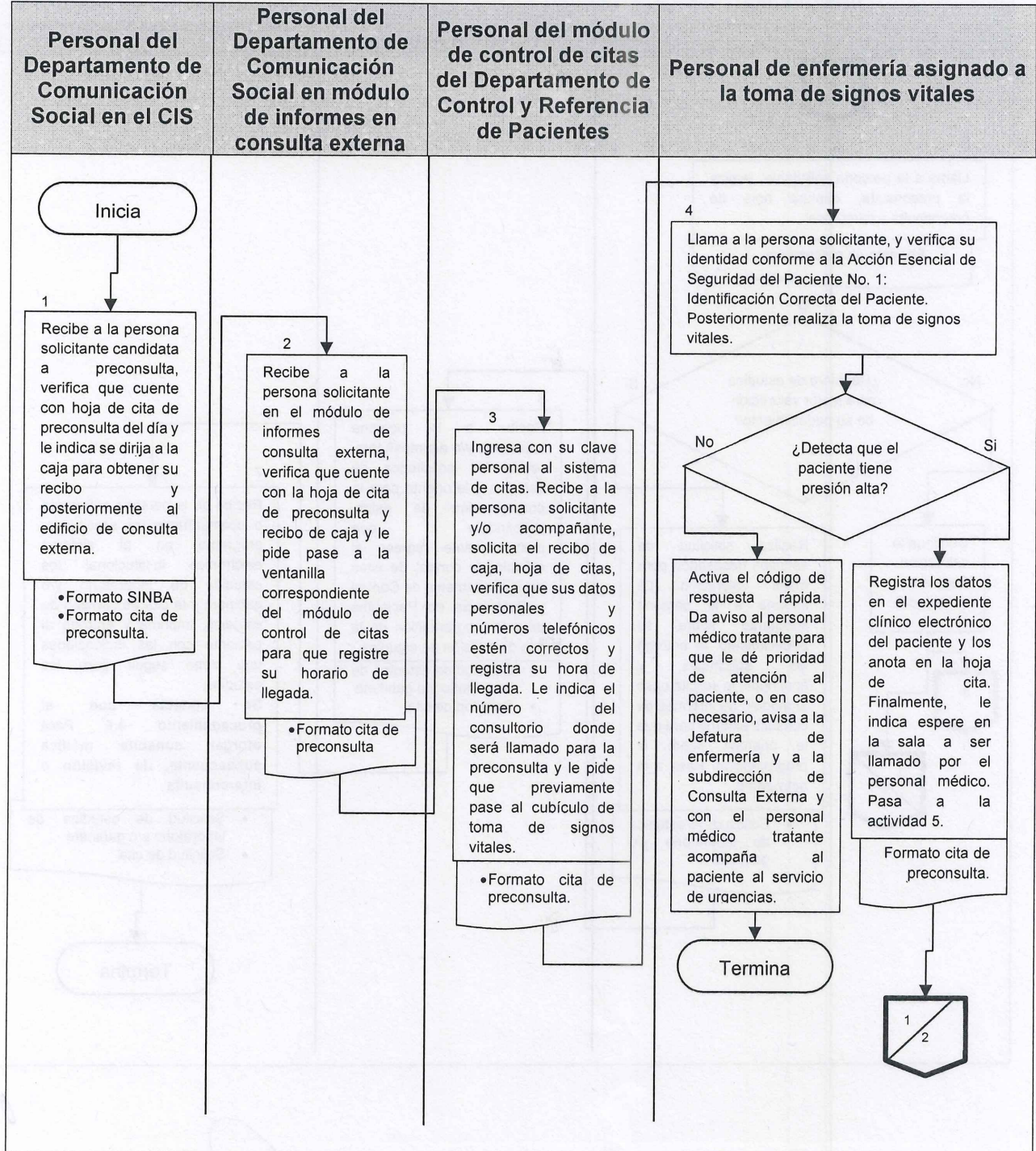
*Q*

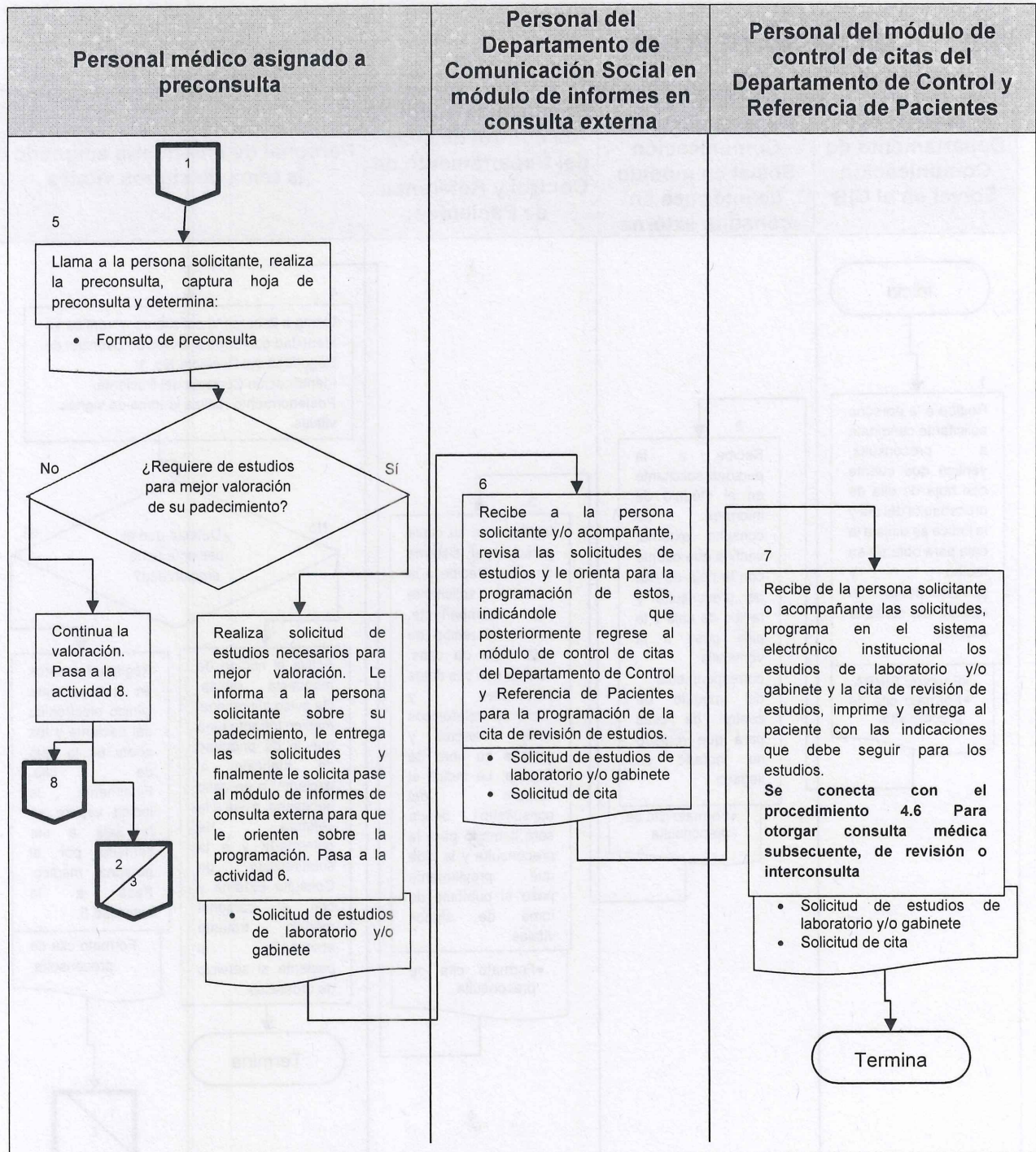
*0*

*0*



**4.4.5 DIAGRAMA DE FLUJO**

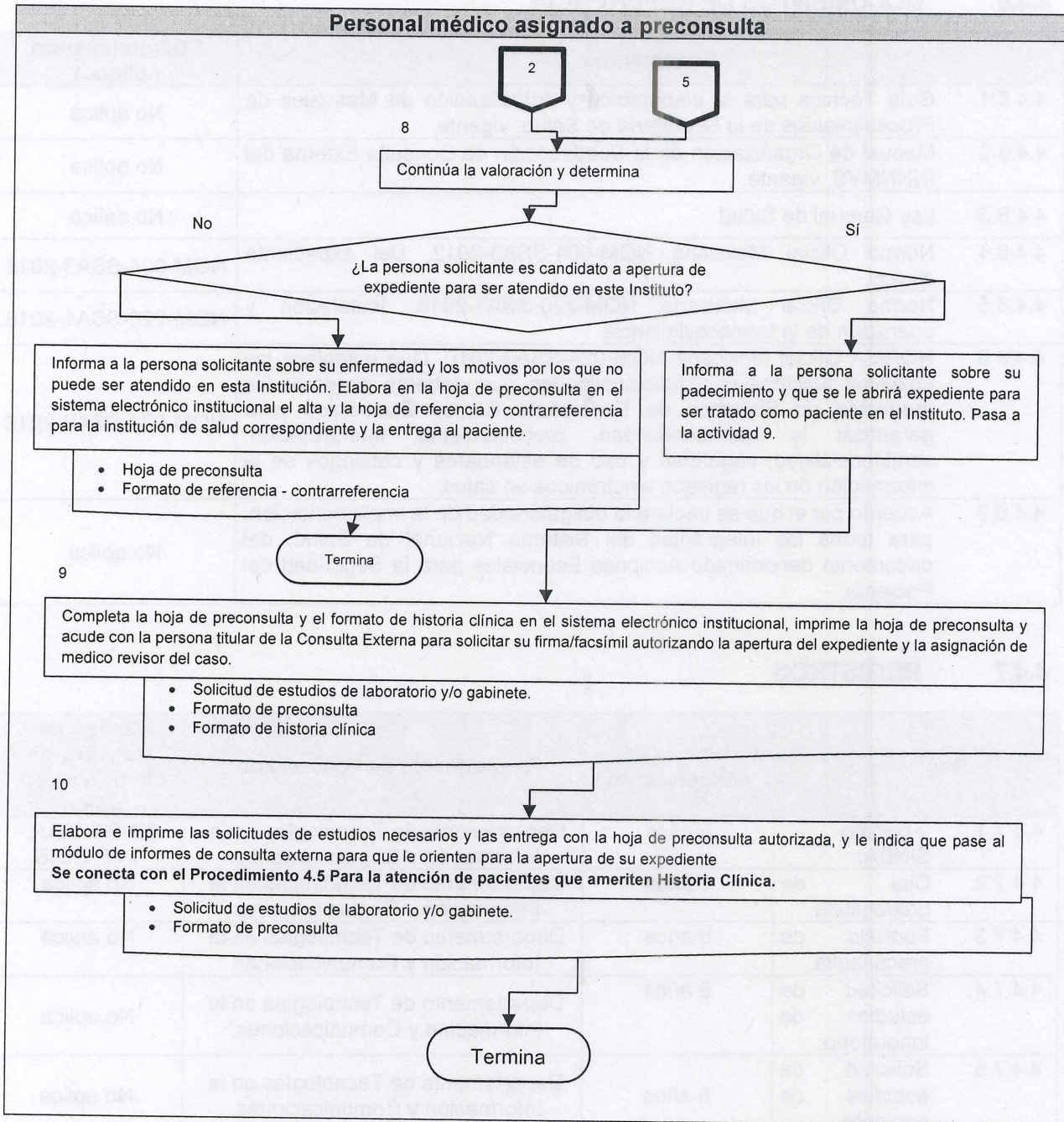






**4.4 Procedimiento para otorgar la  
preconsulta**

**Personal médico asignado a preconsulta**



*MS*

*e*

*o*

#### 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 de la Secretaría de Salud, vigente.	No aplica
4.4.6.2	Manual de Organización de la Subdirección de Consulta Externa del INNNMVS, vigente.	No aplica
4.4.6.3	Ley General de Salud	No aplica
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.	No aplica

#### 4.4.7 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.4.7.1. Formato SINBA.	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	SINBA-SEUL-14.P DGIS
4.4.7.2. Cita de preconsulta.	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica
4.4.7.3. Formato de preconsulta.	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 estudios de gabinete.	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones.	No aplica
4.4.7.6. Formato de referencia y contrarreferencia.	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	DM-NMRC-1/2016
4.4.7.7. Formato de Historia Clínica	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica



#### 4.4.8 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

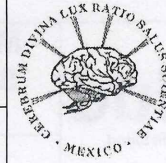
4.4.8.1	<b>Expediente Clínico Electrónico:</b> Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra en todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables (de acuerdo a la NOM 004).
4.4.8.2	<b>Hoja de preconsulta:</b> Documento médico administrativo que el personal médico requisita al interrogar y explorar al paciente para determinar su estado de salud.
4.4.8.3	<b>Hoja de referencia y contrarreferencia:</b> Documento 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.
4.4.8.4	<b>Hoja del ISSSTE:</b> Documento donde la institución determina si el paciente que solicita consulta al Instituto cuenta con esta prestación.
4.4.8.5	<b>Hoja de IMSS:</b> Documento donde la institución determina si el paciente que solicita consulta al Instituto cuenta con esta prestación.

#### 4.4.9 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO


Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Diciembre, 2021	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora.
02	Febrero, 2026	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora.

#### 4.4.10 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 4.4.10.1 Formato SINBA
- 4.4.10.2 Instructivo de llenado del formato SINBA
- 4.4.10.3 Formato cita de preconsulta
- 4.4.10.4 Instructivo de llenado del formato cita de preconsulta
- 4.4.10.5 Formato de preconsulta
- 4.4.10.6 Instructivo de llenado del formato de preconsulta
- 4.4.10.7 Formato de solicitud de estudios de laboratorio.
- 4.4.10.8 Instructivo de llenado del formato de solicitud de estudios de laboratorio.
- 4.4.10.9 Formato de solicitud de estudios de gabinete.
- 4.4.10.10 Instructivo de llenado del formato de solicitud de estudios de gabinete.
- 4.4.10.11 Formato de referencia – contrarreferencia de paciente.
- 4.4.10.12 Instructivo de llenado del formato de referencia – contrarreferencia de paciente.
- 4.4.10.13 Formato de historia clínica.
- 4.4.10.14 Instructivo de llenado del formato de historia clínica.



4.4.10.1 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 0913012  
SINBA-SEUL-14-P DCIS  
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) \_\_\_\_\_

AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: (7) \_\_\_\_\_

CANDIDATO A GRATUIDAD: (8) SI  NO  VERIFICADO EN PLATAFORMA AAMATES POR: (9) \_\_\_\_\_  
 Firmado por: \_\_\_\_\_  
 a \_\_\_\_\_ 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 MÉDICO 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) \_\_\_\_\_

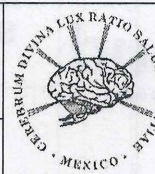
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

B

*[Handwritten signature]*

o




4.4.10.2 Instructivo de llenado del formato SINBA.

<b>General</b>	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)	<b>Numero de registro:</b> Anotar el número de expediente que se encuentra en el carnet del paciente.
(2)	<b>Nombre:</b> Anotar el nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(3)	<b>Fecha de nacimiento:</b> 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)	<b>Lugar de nacimiento:</b> Anotar el estado y localidad o en su caso municipio y/o alcaldía de la persona solicitante.
(5)	<b>CURP:</b> Anotar la CURP de la persona solicitante.
(6)	<b>Sexo:</b> 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)	<b>Afiliación a los servicios de salud:</b> Anotar si la persona solicitante cuenta con algún servicio de salud.
(8)	<b>Candidato a gratuidad:</b> se indica sí o no cuenta con la gratuidad por no tener derechohabencia del IMSS o del ISSSTE.
(9)	<b>Verificado en plataforma AAMATES por:</b> Anotar firma, fecha y número de cédula profesional del personal que hace la revisión de derechohabencia del paciente en la plataforma AAMATES.
(10)	<b>Referido por:</b> Anotar el nombre de la institución de salud que refiere a la persona solicitante a esta institución.
(11)	<b>En caso de ser médico particular número de cédula profesional:</b> Anotar el número de cédula profesional.
(12)	<b>Se considera indígena:</b> Seleccionar si o no.
(13)	<b>Habla alguna lengua indígena:</b> Seleccionar si o no.
(14)	<b>Estado civil:</b> Anotar el estado civil de la persona solicitante.
(15)	<b>Ocupación:</b> Anotar la ocupación de la persona solicitante.
(16)	<b>Escolaridad:</b> Anotar la escolaridad de la persona solicitante.
(17)	<b>Religión:</b> Anotar la religión de la persona solicitante.
(18)	<b>Teléfono:</b> Anotar el teléfono de la persona solicitante.
(19)	<b>Diagnóstico de envío:</b> Se indica el padecimiento por el cual fue referido a esta institución.
(20)	<b>Domicilio:</b> 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)	<b>Nombre de la persona responsable legal:</b> 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.



**4.4 Procedimiento para otorgar la  
preconsulta**

4.4.10.3 Formato cita de preconsulta.

	<p style="text-align: center;"><b>DATOS DEL PACIENTE</b></p> <p>Sr./Sra.: (1)</p> <p>Fecha de Nac.: (2)      Edad: (3)      Sexo: (4)</p> <p>No. de Expediente: (5)</p> <p style="text-align: center;">COBERTURA</p> <p style="text-align: center;">PAGO PACIENTE (CAJA) / N3</p>
<p style="text-align: center;"><b>CITA</b></p> <p style="text-align: center;">RESIDENTE3 (6) NeuroOftalmología Cex(7) Preconsulta (8) Remitido por: NeuroOftalmología Cex / RESIDENTE3(9)</p> <p>Fecha: (10)      Hora: (11)      Consultorio:</p> <p>Recomendaciones/Preparación previa:</p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2) Para la toma de signos vitales, presentarse aseado y con ropa cómoda (blusa o playera de manga corta)</li> <li>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.</li> <li>4) No es necesario que acuda en ayunas, no se permite consumir alimentos dentro de las instalaciones de consulta externa.</li> <li>5) No traer menores de 15 años, no se les permite la entrada.</li> <li>6) Si cuenta con estudios realizados como: Tomografía, Electroencefalograma, Laboratorios, Resonancia magnética, etc. debe traerlos el día de su consulta.</li> <li>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.</li> </ol> <p style="text-align: center;">*** DOCUMENTOS CON LOS QUE DEBE ACUDIR EL DIA DE SU CONSULTA ***</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Original y copia del acta de nacimiento del paciente</li> <li>2. Original y copia de la credencial de elector del Paciente y Responsable Legal.</li> <li>3. CURP del paciente</li> <li>4. Copia del comprobante de domicilio donde vive el paciente: recibo de renta, luz, agua, teléfono o predial.</li> <li>5. Copia del último comprobante de ingresos del paciente, responsable legal o del proveedor económico (recibo de nomina, recibo de honorarios).</li> <li>6. Comprobar que no cuenta con servicios médicos del IMSS e ISSSTE. Sus comprobantes puede obtenerlos por internet en los siguientes enlaces:  (IMSS) <a href="http://imss.gob.mx/constancia-no-derechohabiliencia">imss.gob.mx/constancia-no-derechohabiliencia</a> (ISSSTE) <a href="http://oficinavirtual.issste.gob.mx/Servicios/Acreditacion-de-No-Afiliacion">oficinavirtual.issste.gob.mx/Servicios/Acreditacion-de-No-Afiliacion</a></li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>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.</b></p>	
<p>Nota Médica:</p> <hr/> <p>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) 5606-3822</p> <p style="text-align: center;">INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA &lt;MANUEL VELASCO SUÁREZ&gt; - Lic.Sanitaria INNN 04 AM 0913012</p>	

*(Handwritten signatures)*

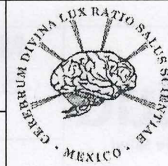


4.4.10.4 Instructivo de llenado del formato cita de preconsulta.

<b>General</b>	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)	<b>Sr. o Sra.:</b> Se refiere al nombre de la persona solicitante empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(2)	<b>Fecha de nacimiento:</b> 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)	<b>Edad:</b> Se refiere la edad de la persona solicitante en años cumplidos.
(4)	<b>Sexo:</b> Se marcar con una X si es hombre o mujer.
(5)	<b>Número de expediente:</b> Número de registro provisional.
(6)	<b>Nombre del Médico:</b> Se anota el nombre completo del personal médico que realiza la solicitud.
(7)	<b>Área:</b> Servicio o área que otorga la preconsulta.
(8)	<b>Tipo de cita:</b> Preconsulta.
(9)	<b>Remitido por:</b> Se anota el nombre del personal médico solicitante.
(10)	<b>Fecha:</b> 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)	<b>Hora:</b> Se refiere la hora de la cita en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11)

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



4.4.10.5 Formato de preconsulta.

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA</b>		Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000
	<b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Hora de elaboración: (2) _____
Servicio: (4) _____		Registro: (5) _____	Nivel Socioeconómico: (3) _____
Nombre: (7) _____		Edad: (8) _____	Tipo de Paciente: (6) _____
		Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F (9)	Fecha de Nac: 00/00/0000 (10)
<b>PRE-CONSULTA</b>			
<b>1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (11)</b>			
Religión: _____	Lugar de Nacimiento: _____	Estado civil: _____	
Ocupación: _____	Escolaridad: _____		
Dirección: _____			
Responsable legal: _____		Teléfono: _____	
Referido por: _____			
<input type="checkbox"/> "Paciente cuyo abordaje diagnóstico amerita apertura de expediente y carnet, por lo que la información clínica obtenida se encuentra en el formato de Historia Clínica de acuerdo a la NOM-004-SSA3-2012".			
Motivo de la Consulta: _____			
<b>2. ANTECEDENTES (12)</b>			
<b>3. PADECIMIENTO ACTUAL (13)</b>			
<b>4. EXPLORACIÓN (14)</b>			
A: Exploración Física General		Lateridad: D <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	
Cabeza	_____		
Cuello	_____		
Tórax:	_____		
Abdomen:	_____		
Extremidades:	_____		
Peso actual: _____ kg.	Peso anterior: _____ kg.	Fecha: 00/00/0000	F.C. _____ / min.
T.A. _____ / _____ mmHg.	F.R.: _____ / min.	Talla: _____ mts.	Temp. _____ °C
B. Examen Neurológico			
1) Estado Mental			
_____			
www.inn.salud.gob.mx		Instituto de Salud Pública, Col: La Fama 14269, México, Ciudad de México Tel: (55) 5626-3822 ext. 2024	
		Pág. 1	

*Handwritten signature and initials in blue ink.*



**4.4 Procedimiento para otorgar la  
preconsulta**

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

Fecha de elaboración: 00/00/0000  
 Hora de elaboración: :  
 Nivel Socioeconómico:

Servicio:  Registro:   
 Nombre:  Edad:  Sexo:  H  M Tipo de Paciente:   
 Fecha de Nac: 00/00/0000

2) Nervios del Cráneo  
 3) Fuerza

4) Tono y Trofismo

5) Reflejos patológicos y atáxicos

6) Cerebelo

7) Movimientos anormales

8) Marcha

9. Meningeos

10. Carótidas y otras arterias

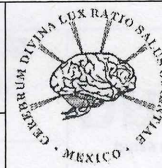
www.inn.salud.gob.mx      Investigación Sur #3877, Col. La Fama 14269, México, Ciudad de México Tel. (55) 5056-3821 ext. 2104      Pág. 2



**Salud**  
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA  
EXTERNA**

**4.4 Procedimiento para otorgar la  
preconsulta**



Página  
90 de 197

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

Fecha de elaboración: 00/00/0000  
 Hora de elaboración: : :  
 Nivel Socioeconómico: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Tipo de Paciente: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  H  M Fecha de Nac: 00/00/0000

11) Soplos

SENSIBILIDAD

Nivel Medular: \_\_\_\_\_

Palrestesia:

REFLEJOS

www.salud.gob.mx      Insurgencias Sur #3677, Cal. La Fama 14269, México, Ciudad de México Tel. (55) 5626-3822 ext. 2004      Pág. 3

*Handwritten signature and initials in blue ink.*



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

Fecha de elaboración: 00/00/0000  
 Hora de elaboración: :  
 Nivel Socioeconómico: :

Servicio: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Tipo de Paciente: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  H  M Fecha de Nac: 00/00/0000

**5. TRATAMIENTOS Y EXAMENES PREVIOS (15)**

---

**6. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (16)**

Diagnóstico ICD 10

---

**7. RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS (17)**

---

Referido a:

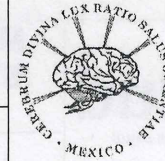
www.inn.salud.gob.mx      Urgencias: Ext #3977, Cui La Fama 14269, México, Ciudad de México Tel: (56) 5636-3832 ext. 2624      Pág. 4

y

e

o

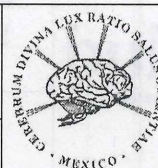
p



	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA</b>		Fecha de elaboración:	DD/00/0000
	<b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b>		Hora de elaboración:	
	Lic. Sanitana 04 AM 0913012		Nivel Socioeconómico:	
Servicio:	Registro:	Tipo de Paciente:		
Nombre:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nac:	00/00/0000
<b>MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO</b>				
Firmado por: .....		Firmado por: .....		
a ..... Núm Cédula: .....		a ..... Núm Cédula: .....		
<b>NOMBRE Y FIRMA (ELABORÓ) (18)</b>		<b>NOMBRE Y FIRMA (SUPERVISÓ) (19)</b>		
Firmado por: .....				
a ..... Núm Cédula: .....				
<b>NOMBRE Y FIRMA Vo. Bo.</b>				
<p>www.insn.salud.gob.mx      Insurgentes Sur #1877, Col La Fama 14280, México, Ciudad de México Tel: (55) 5604-3823 ext. 3634      Pág. 5</p>				

*Q*

*P*



4.4.10.6 Instructivo de llenado del formato preconsulta.

<b>General</b>	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)	<b>Fecha de elaboración:</b> 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)	<b>Hora de elaboración:</b> 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)	<b>Nivel socioeconómico:</b> 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)	<b>Servicio:</b> Se refiere al servicio que realiza la preconsulta.
(5)	<b>Registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica de la persona solicitante y su expediente clínico.
(6)	<b>Tipo de paciente:</b> 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)	<b>Nombre:</b> Nombre completo de la persona solicitante empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres
(8)	<b>Edad:</b> Se refiere a la edad de la persona solicitante.
(9)	<b>Sexo:</b> Marcar con una X si es hombre o mujer la persona solicitante.
(10)	<b>Fecha de nacimiento:</b> 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)	<b>Identificación del paciente:</b> Se anota religión, lugar de nacimiento, estado civil, ocupación, escolaridad, dirección completa, nombre completo del responsable legal y número telefónico de la persona solicitante.
(12)	<b>Antecedentes:</b> Se anota el resumen de los antecedentes médicos y los estudios previos de la persona solicitante.
(13)	<b>Padecimiento actual:</b> Se indica el trastorno o dolencia que afecta la salud de la persona, por el que está recibiendo atención médica.
(14)	<b>Exploración:</b> Se anota la exploración física general: signos vitales, temperatura, talla y peso.
(15)	<b>Tratamientos y exámenes previos:</b> Narrativa sobre el conjunto de medidas, procedimientos y medicamentos indicados para tratar el padecimiento del paciente. Incluir los hallazgos en estudios diagnósticos realizados.
(16)	<b>Impresión diagnóstica:</b> Evaluación inicial realizada antes del diagnóstico definitivo, opinión profesional sobre la condición de un paciente, establece un plan de acción inicial.
(17)	<b>Recomendaciones terapéuticas:</b> Indicaciones para el manejo de la enfermedad en base a la impresión diagnóstica.
(18)	<b>Nombre y firma elaboró y visto bueno:</b> Se anota el nombre completo, número de cédula profesional y firma del personal médico que realiza la valoración de la persona solicitante en preconsulta y de quien supervisa.
(19)	<b>Nombre y firma supervisó:</b> Nombre completo, número de cédula profesional y firma del personal médico adscrito que supervisa la actividad médica de la persona solicitante.



**4.4 Procedimiento para otorgar la  
preconsulta**

4.4.10.7 Formato de solicitud de estudios de laboratorio.

	<b>PETICIÓN DE ANALÍTICA</b>	<b>Nº de petición:</b> :
	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:		
<b>Pruebas solicitadas (9)</b>		

\* 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.

<b>General</b>	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)	<b>Fecha de solicitud:</b> 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)	<b>Ámbito:</b> Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(3)	<b>Solicitante:</b> Anotar el nombre completo del personal médico que solicita empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(4)	<b>Servicio:</b> Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	<b>Diagnóstico:</b> Anotar el diagnóstico registrado por el personal médico responsable, en relación con el cuadro clínico y los hallazgos radiológicos del paciente.
(6)	<b>Paciente:</b> Anotar el nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(7)	<b>F. Nac:</b> 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)	<b>Sexo:</b> 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)	<b>Pruebas solicitadas:</b> Seleccionar los estudios de laboratorio que se requieren.



4.4.10.9 Formato de solicitud de estudios de gabinete.

a) Formato de solicitud de resonancia magnética.

	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROC...		Fecha de Elaboración: (1)
	MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		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			
<b>1. DATOS GENERALES (10)</b>			
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 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"/>			
<b>2. ANTECEDENTES (11)</b>			
RESUMEN HISTORIA CLÍNICA			
(11.1)			
DIAGNOSTICO CLÍNICO FINAL			
(11.2)			
(11.3)			
ESTUDIOS PREVL. 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"/>	QUIMIOTERA PIA <input type="checkbox"/>	RA DIOTERA PIA <input type="checkbox"/>	QUIRÚRGICO <input type="checkbox"/>
<b>3. CRITERIO DE SELECCIÓN (12)</b>			
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)			

*[Handwritten signature and scribbles]*



4.4 Procedimiento para otorgar la  
preconsulta

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)

INSTRUCIONES

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.

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



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) 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 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)			



4.4.10.10 Instructivo de llenado del formato de solicitud de estudios de gabinete.

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

<b>General</b>	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)	<b>Fecha de elaboración:</b> 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)	<b>Hora de elaboración:</b> Anotar la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).
(3)	<b>Nivel socioeconómico:</b> 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)	<b>Servicio:</b> Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	<b>Registro:</b> Anotar el número de expediente del paciente.
(6)	<b>Sexo:</b> 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)	<b>Nombre:</b> Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	<b>Edad:</b> Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(9)	<b>Fecha de nacimiento:</b> 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)	<b>Datos Generales.</b>
(10.1.)	<b>Nombre:</b> Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(10.2.)	<b>No. EXP.:</b> Anotar el número de expediente del paciente.
(10.3.)	<b>Edad:</b> Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(10.4)	<b>Género:</b> 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)	<b>Procedencia:</b> Colocar la ubicación del hospital de donde viene el paciente.
(10.6)	<b>Fecha:</b> 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)	<b>Médico Solicitante:</b> Nombre completo del personal médico que está solicitando el estudio.
(10.8)	<b>Técnico radiólogo:</b> Colocar el nombre completo del personal técnico radiólogo que realizará el estudio.
(10.9)	<b>Impresión:</b> 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)	<b>Equipo:</b> Colocar en cuál de los dos equipos, en el de 3 Teslas o 1.5 Teslas, se va a realizar el estudio.
(11)	<b>Antecedentes</b>
(11.1)	<b>Resumen de historia clínica:</b> Colocar los antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos, personales patológicos, signos vitales y los datos más relevantes del padecimiento actual.
(11.2.)	<b>Diagnóstico Clínico final:</b> Colocar el diagnóstico sindromático final con el que cuenta el paciente.
(11.3)	<b>Estudios previos:</b> Colocar los estudios de laboratorio y gabinete que tenga previamente el paciente.



(11.3)	<b>Diagnóstico Radiológico final:</b> Colocar el diagnóstico sindromático final con el que cuenta el paciente.
(11.4)	<b>Manejo previo:</b> Colocar cuáles son los medicamentos o terapias que se encuentra tomando la persona paciente.
(12)	<b>Criterios de selección.</b>
(12.1)	<b>Implantes:</b> Colocar si el paciente tiene algún implante o si no lo tiene.
(12.2)	<b>Tipo:</b> Implante que se le colocó al paciente: ortopédico y de qué material, marcapasos, etc.
(12.3)	<b>Otros tipos:</b> Colocar algún otro tipo de implante que se le haya colocado a la persona paciente.
(12.4)	<b>Especifique nombre, día, mes y año de colocación y materiales empleados en su configuración:</b> Colocar las características técnicas del dispositivo implantado junto con el año de colocación.
(13)	<b>Estudios solicitados:</b> Anotar que región y que órgano del cuerpo es la que quiere realizar en el estudio de resonancia magnética.
(14)	<b>Material y Métodos.</b>
(14.1)	<b>Contraste:</b> 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)	<b>Tipo:</b> Colocar el tipo de contraste que se utilizará para el estudio diagnóstico, si es yodado o gadolinio, en caso necesario.
(14.3)	<b>Cantidad:</b> 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)	<b>Anestesia:</b> Colocar si el paciente tiene la necesidad de realizarse el estudio bajo sedación o intubación.
(15)	<b>Parámetros para resonancia magnética funcional:</b> 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)	<b>Áreas Específicas:</b> 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)	<b>Paradigmas propuestos:</b> 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)	<b>Paradigmas realizados:</b> 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)	<b>Motivo de la realización de resonancia magnética funcional:</b> En caso de que el estudio que se va a realizar sea resonancia magnética funcional, anotar la razón por la cual se está realizando.

*e*

*a*

*p*



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

<b>General</b>	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)	<b>Fecha de elaboración:</b> 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)	<b>Hora de elaboración:</b> Anotar la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).
(3)	<b>Nivel socioeconómico</b> 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)	<b>Servicio:</b> Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	<b>Registro:</b> Anotar el número de expediente del paciente.
(6)	<b>Sexo:</b> 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)	<b>Nombre:</b> Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	<b>Edad:</b> Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(9)	<b>Fecha de nacimiento:</b> 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)	<b>Datos generales</b>
(10.1.)	<b>Nombre:</b> Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(10.2.)	<b>No. EXP.:</b> Anotar el número de expediente del paciente.
(10.3.)	<b>Edad:</b> Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(10.4)	<b>Género:</b> 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)	<b>Procedencia:</b> Colocar la ubicación del hospital de donde viene el paciente.
(10.6)	<b>Fecha</b> 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)	<b>Médico solicitante:</b> Nombre completo del personal médico que está solicitando el estudio.
(11)	<b>Antecedentes</b>
(11.1)	<b>Resumen de historia clínica:</b> Colocar los antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos, personales patológicos, signos vitales y los datos más relevantes del padecimiento actual.
(11.2.)	<b>Estudios previos:</b> Colocar los estudios de laboratorio y gabinete que tenga previamente el paciente.
(12)	<b>Estudios solicitados:</b> Colocar digitalmente cuál de los estudios es el que quiere que se le realice al paciente.
(13)	<b>Material y método.</b>
(13.1)	<b>Contraste:</b> 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)	<b>Tipo:</b> Colocar el tipo de contraste que se utilizará para el estudio diagnóstico, si es yodado o gadolinio, en caso necesario.
(13.3)	<b>Cantidad:</b> El personal técnico que va a realizar ese estudio deberá anotar la cantidad de contraste que se requiere para el estudio en específico.




**4.4 Procedimiento para otorgar la  
preconsulta**

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

Blank form area with faint grid lines and handwritten blue marks (circles and lines) on the right side.



4.4.10.11 Formato de referencia y contrarreferencia de paciente.

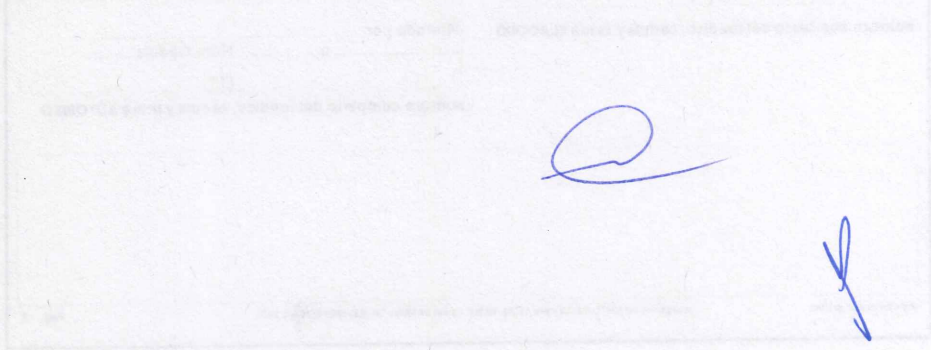
 <b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA</b> MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		(1) Nivel Socioeconómico <input type="text" value="1"/>
Servicio: <input type="text" value="Cognición y Conducta Cex"/>	Registro: <input type="text" value="110029"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> M
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"/>
Teléfono 1: <input type="text" value="5553412572"/>	Teléfono 2: <input type="text" value="54455673"/>	DM-NMRC-1/2016
<b>REFERENCIA - CONTRARREFERENCIA DE PACIENTE</b>		
(2) Marque con una "X" si se trata de: Referencia <input type="checkbox"/> Contrarreferencia <input type="checkbox"/>		
<b>DATOS DE LA UNIDAD DE REFERENCIA O CONTRARREFERENCIA</b>		
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"/>		
<b>MOTIVO DE ENVÍO</b>		
(5) Motivo del envío: <input type="text" value="Alta Médica Institucional"/>		
Especificar: (6) <input type="text" value="XVZXVZX"/>		
(7) RESUMEN CLÍNICO (SIN ABREVIATURAS)		
Padecimiento actual, estudios de laboratorio y gabinete, imagenología, diagnóstico, tratamiento, evolución pronóstico y seguimiento <input type="text" value="ZXVZXV"/>		
(8) El caso es urgente: <input type="text" value="SI"/>		
OBSERVACIONES: (9) <input type="text" value="XC-ZZXZXC"/>		
Firmado por: <input type="text" value="SM SM SM"/> Ciudad de México a <input type="text" value="15/05/2021"/> (10)	<b>MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO</b>	
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"/>		
<small>www.inn.salud.gob.mx Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama 14260, México, Ciudad de México Tel: (52) 5609-3802 ext. 2024 Pág. 1</small>		

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

4.4.10.12 Instructivo de llenado del formato de referencia y contrarreferencia de paciente.

<b>General</b>	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)	<b>Nivel socioeconómico, Servicio, Registro, Sexo, Nombre, Edad, Fecha de Nacimiento, Teléfono 1, Teléfono 2:</b> 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)	<b>Marque con una "X" si se trata de:</b> Marcar el campo correspondiente a la institución que se refiere al paciente de acuerdo con su patología.
(3)	<b>Institución:</b> 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)	<b>Dirección:</b> 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)	<b>Motivo del envío:</b> Seleccionar de las opciones desplegables la que corresponda al paciente en específico.
(6)	<b>Especificar:</b> Especificar por qué se refiere.
(7)	<b>Resumen Clínico:</b> Elaborar resumen del caso en cuestión con los lineamientos mínimos que marca la NOM-004 del expediente clínico.
(8)	<b>El caso es urgente:</b> Seleccionar la opción SI o NO.
(9)	<b>Observaciones:</b> Incluir cualquier observación pertinente.
(10)	<b>Nombre completo del médico, cédula y firma elaboró:</b> Nombre completo, número de cédula profesional y al momento de imprimir el formato, la firma autógrafa del personal médico que elabora la referencia.
(11)	<b>Nombre completo del médico, cédula y firma autorizó:</b> Debe ser firmado de manera autógrafa por el Titular de la Subdirección de Consulta Externa, personal jefe de servicio, encargado, equivalente o superior jerárquico.





4.4.10.13 Formato de historia clínica.

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA</b>		Fecha de Elaboración: (1) 00/00/0000
	MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Hora de Elaboración: (2) :
Servicio: (4)	Registro: (5)	Sexo: H (6) M	Nivel Socioeconómico (3)
Nombre: (7)	Edad: (8)	Fecha de Nac(9) 00/00/0000	
<b>HISTORIA CLÍNICA</b>			DM/HC/001/2015
<b>A. FICHA DE IDENTIFICACIÓN (10)</b>			
Religión:	Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:	00/00/0000
Ocupación:	Escolaridad:	Lateridad: D <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	
Dirección:	Estado civil:	Teléfono:	
<b>B. ANTECEDENTES FAMILIARES (11)</b>			
<b>C. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS (12)</b>			
<b>D. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS (13)</b>			
Gestas	Paras	Abortos	Cesáreas
		FUR: 00/00/0000	FUP: 00/00/0000
<b>E. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (14)</b>			
www.inn.salud.gob.mx		Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama, 14200, Ciudad de México Tel. (55) 5505-3622 ext. 2024	
		Pág. 1	

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

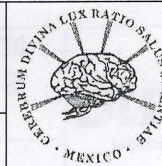
*[Handwritten mark]*



**Salud**  
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA  
EXTERNA**

**4.4 Procedimiento para otorgar la  
preconsulta**



Página  
106 de 197

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA</b>		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	
<b>F. PADECIMIENTO ACTUAL (15)</b>			
<b>G. TRATAMIENTOS Y EXÁMENES PREVIOS, TRATAMIENTO ACTUAL (CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS) (16)</b>			
<b>H. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS (17)</b>			
www.innna.salud.gob.mx		Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama, 14269, Ciudad de México Tel. (55) 5606-2822 ext. 2024	
		Págu: 2	

*(Handwritten signatures and marks)*



**Salud**  
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA  
EXTERNA**

**4.4 Procedimiento para otorgar la  
preconsulta**



Página  
107 de 197

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

Fecha de Elaboración: 00/00/0000  
Hora de Elaboración: :  
Nivel Socioeconómico:

Servicio: Registro: Sexo:  H  M  
Nombre: Edad: Fecha de Nac: 00/00/0000

**I. EXPLORACIÓN FÍSICA GENERAL (18)**

Peso actual: kg. Peso anterior: kg. Fecha: 00/00/0000 F.C. / min.  
T.A. mmHg. F.R.: / min. Talla: cm. Temp. °C

**J. EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA (19)**

a. Funciones mentales

b. Nervios craneales

Ojo Derecho Ojo Izquierdo

SISTEMA MOTOR (20)

c. Fuerza muscular (escala 0 a 5)

d. Reflejos de estiramiento muscular (0 a 4)


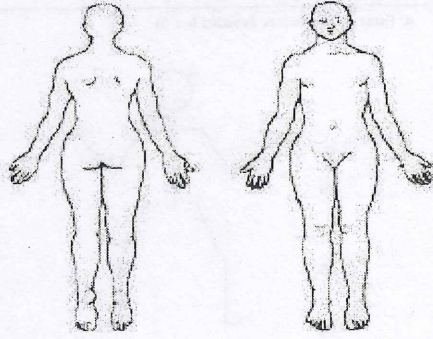
www.immns.salud.gob.mx Inaugurantes Sur #0877, Col. La Fama, 14200, Ciudad de México Tel: (55) 5006-2822 ext. 2024 Pág. 3



*e*

*o*

*p*



	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA</b>		Fecha de Elaboración: 00/00/0000	
	<b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> 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	
Comentarios				
e. Tono y trófimo				
f. Reflejos patológicos y atávicos				
g. Movimientos anormales				
h. Marcha				
<b>SISTEMA SENSITIVO (21)</b>				
i. Sensibilidad				
				
<small>www.inn.n.salud.gob.mx      Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama, 14260, Ciudad de México Tel: (55) 9505-3822 ext. 2024      Pág. 4</small>				



	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA</b> MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012	Fecha de Elaboración: 00/00/0000 Hora de Elaboración: : Nivel Socioeconómico:
Servicio: _____	Registro: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Nombre: _____	Edad: _____	Fecha de Nac: 00/00/0000
j. Funciones cerebelosas		
k. Signos meníngeos		
l. Sistema nervioso autónomo		
<b>K. DIAGNÓSTICOS (22)</b>		
1. Sindromático		
2. Topográfico		
3. Etiológico / Nosológico		
Diagnóstico ICD 10:		
Firmado por: _____ a _____ Núm Cédula: _____		<b>MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO</b>
(23) Nombre del médico, cédula y firma ELABORÓ		Firmado por: _____ a _____ Núm Cédula: _____
		(24) Nombre del médico revisor, cédula y firma REVISÓ
<p style="font-size: small;">www.inm.salud.gob.mx      Inaugurados Sur #3877, Col. La Fama, 14269, Ciudad de México Tel. (55) 5608-3622 ext. 2024      Pág. 5</p>		

*e*

*o*

*p*



4.4.10.14 Instructivo de llenado del formato historia clínica.

<b>General</b>	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)	<b>Fecha de elaboración:</b> Anotar la fecha en la que se realiza la nota en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa).
(2)	<b>Hora de elaboración:</b> Anotar la hora en la que se realiza la nota en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11)
(3)	<b>Nivel socioeconómico:</b> 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)	<b>Servicio:</b> Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	<b>Registro:</b> Anotar el número de expediente que se encuentra en el carnet del paciente.
(6)	<b>Sexo:</b> 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)	<b>Nombre:</b> Anotar el nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	<b>Edad:</b> Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(9)	<b>Fecha de nacimiento:</b> 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)	<b>Ficha de identificación:</b> Se agrega en automático al ingresar el número de expediente.
(11)	<b>Antecedentes familiares:</b> Enfermedades en la familia.
(12)	<b>Antecedentes familiares no patológicos:</b> Contexto familiar y de entorno.
(13)	<b>Antecedentes gineco-obstétricos:</b> En caso de ser mujer, los datos ginecológicos.
(14)	<b>Antecedentes personales patológicos:</b> Historia médica del paciente.
(15)	<b>Padecimiento actual:</b> Enfermedad motivo de la consulta.
(16)	<b>Tramites y exámenes previos, tratamiento actual:</b> Antecedentes de manejo médico.
(17)	<b>Interrogatorio por aparatos y sistemas:</b> Exploración de salud en general.
(18)	<b>Exploración física general:</b> Hallazgos de estado corporal.
(19)	<b>Exploración neurológica:</b> Evaluación de la integridad del sistema nervioso.
(20)	<b>Sistema motor:</b> Evaluación de la integridad del sistema motor.
(21)	<b>Sistema sensitivo:</b> Evaluación de la integridad del sistema sensitivo.
(22)	<b>Diagnósticos:</b> Describir el diagnóstico por el que se está tratando en el Departamento de Otoneurología.
(23)	<b>Nombre del médico, cédula y firma elaboró:</b> Anotar el nombre completo del personal médico que elabora el formato empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres, firma, fecha y número de cédula profesional.
(24)	<b>Nombre del médico revisor, cédula y firma revisó:</b> Anotar el nombre completo del personal médico que revisó empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres, firma, fecha y número de cédula profesional.



**4.5 Procedimiento para la atención de  
pacientes que ameriten Historia Clínica**

**4.5. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES QUE AMERITEN  
HISTORIA CLÍNICA**



*Handwritten mark*

*Handwritten signature*

*Handwritten mark*

*Handwritten mark*

*Handwritten mark*

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS          SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA          EXTERNA</b>		Página 112 de 197
	<b>4.5 Procedimiento para la atención de          pacientes que ameriten Historia Clínica</b>		

#### 4.5.1. PROPÓSITO

Realizar la historia clínica para la apertura de expediente a pacientes admitidos para atención médica de las especialidades de neurología, neurocirugía o psiquiatría.

#### 4.5.2. ALCANCE

4.5.2.1. Alcance Interno: Interviene el personal médico de consulta externa que realiza la historia clínica del paciente de nuevo ingreso y el personal del Departamento de Control y Referencia de Pacientes quien programa las citas, recibe y registra a los pacientes el día programado.

4.5.2.2. Alcance Externo: No aplica.

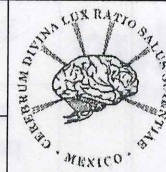
#### 4.5.3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

4.5.3.1. La persona titular de la Subdirección de Consulta Externa es responsable a través del Departamento de Control y Referencia de Pacientes de planear y coordinar todas las actividades para la elaboración de la historia clínica.

4.5.3.2. Los requisitos para la realización de historia clínica en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez son:

- Contar con alguno de los siguientes formatos en los cuales se encuentre la firma autógrafa o facsímil de la persona titular de la Subdirección de Consulta Externa, o en su defecto, el médico designado por ésta, autorizando la cita de HISTORIA CLINICA (Original o Copia) y designando al médico revisor del caso: formato SINBA debidamente requisitado, Solicitud de Interconsulta CEx, Triage del servicio de Urgencias INNNMVS, Receta del INNNMVS.
- Presentar la hoja de cita de Historia Clínica con fecha y hora programadas.
- Presentar identificación oficial con fotografía original y vigente del paciente y su responsable legal o acompañante.
- 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.
- Traer reportes físicos o en dispositivos de almacenamiento electrónico (CD, USB) los estudios paraclínicos realizados previamente como: Tomografía, Electroencefalograma, Laboratorios, Resonancia magnética, etc.
- Original y copia del acta de nacimiento del paciente
- CURP del paciente
- Copia del comprobante de domicilio donde vive el paciente: recibo de renta, luz, agua, teléfono o predial.
- Copia del último comprobante de ingresos del paciente, responsable legal o del proveedor económico (recibo de nómina, recibo de honorarios).
- El paciente deberá acudir con un acompañante.
- Contar con el formato de preconsulta debidamente requisitado.
- Contar con recibo de caja por concepto de historia clínica.

4.5.3.3. El personal del Departamento de Control y Referencia de Pacientes asignado es responsable de revisar, modificar y, en su caso, registrar en el sistema electrónico institucional los datos



del paciente como son: apellidos paterno, materno y nombre(s), edad, sexo, estado civil, religión, lugar y fecha de nacimiento, RFC, CURP, ocupación, escolaridad, domicilio, C. P., estado, teléfono, nombre completo del responsable legal, referido y motivo de la consulta.

- 4.5.3.4. El personal administrativo de control de citas del Departamento de Control y Referencia de Pacientes es responsable de verificar que todo paciente que acuda a historia clínica cumpla con los requisitos 4.5.3.2 o, en caso contrario, deberá reprogramar la cita.
- 4.5.3.5. A solicitud de la Subdirección de Recursos Financieros, el personal de control y referencia de pacientes del módulo de control de citas solicitará el recibo expedido por la caja. Sin embargo, para salvaguardar el derecho a la protección de la salud de los pacientes (Art. 4° constitucional), se dará prioridad a la atención médica y consultas en cualquiera de sus modalidades, sobre la captación de estos recibos.
- 4.5.3.6. La Subdirección de Consulta Externa es responsable de supervisar los siguientes puntos:
- Que el formato de Historia Clínica y su llenado cumpla con la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA<sup>3</sup>-1998, Del expediente clínico.
  - La implementación y correcta realización de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente aplicables en el área.
- 4.5.3.7. Queda a discreción del personal médico que realiza la Historia Clínica la toma de decisiones respecto al diagnóstico (definitivo o presuntivo), abordaje y tratamiento, basándose en la *Lex Artis* médica vigente.
- 4.5.3.8. En caso de que se decida apertura de expediente, el personal médico que toma la decisión es responsable de elaborar el formato correspondiente de historia clínica y de verificar que se cuente con el formato de preconsulta o el Triage del servicio de urgencias, cumpliendo con lo estipulado en la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. La historia clínica es el primer requisito para la apertura de expediente del paciente, así como todos los formatos, solicitudes y documentos de índole médica que se requieran para el abordaje del paciente, según sea el caso.
- 4.5.3.9. El personal médico revisor asignado a cada paciente deberá ser personal médico adscrito del Instituto. En ningún caso podrá ser personal en formación de las distintas subespecialidades, fellowships o cursos de especialidad ofrecidos.
- 4.5.3.10. La persona titular de la Subdirección de Consulta Externa es responsable de vigilar que el personal médico que realice la historia clínica anote la fecha, su nombre completo y su firma.



**4.5.4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal del Departamento de Comunicación Social del módulo de informes de Consulta Externa	1	Recibe al paciente y acompañante en el módulo de informes de consulta externa, verifica que cuenten con el formato que tenga la firma/facsímil de la persona titular de la Subdirección de Consulta Externa o del personal médico designado por ésta (4.5.3.2), le entrega turno para solicitar la cita de historia clínica y comunica al paciente y/o familiar espere en la sala hasta ser llamado a la ventanilla correspondiente del módulo de control de citas del Departamento de Control y Referencia de Pacientes.	
Personal del módulo de control de citas del Departamento de Control y Referencia de Pacientes	2	Ingresa con su clave personal al sistema de citas, llama al turno consecutivo y le solicita al paciente y/o acompañante la solicitud para cita de historia clínica y sus documentos.	• Cita de historia clínica
Personal del módulo de control de citas del Departamento de Control y Referencia de Pacientes	3	<p>Verifica que cuente con las cartas de no afiliación al ISSSTE e IMSS y adicionalmente verifica en el sistema AAMATES la situación de no derechohabencia.</p> <p><b>¿El paciente presenta las cartas de No afiliación al ISSSTE e IMSS?</b></p> <p><b>No.</b> Solicitan al paciente y/o acompañante obtengan las cartas de no afiliación y una vez que las tengan regresen a la ventanilla. Regresa a la actividad 1.</p> <p><b>Si.</b> Envía al paciente a la caja para que obtenga su recibo por concepto de historia clínica y posteriormente regrese al módulo de control de citas. Pasa a la actividad 4.</p>	
Personal del módulo de control de citas del Departamento de Control y Referencia de Pacientes	4	<p>Recibe al paciente y/o acompañante, le solicita el recibo de caja, verifica que el paciente cuente con la documentación completa mencionada por escrito en la hoja de cita, corrobora que los datos de la hoja SINBA correspondan con los registrados en el expediente electrónico.</p> <p><b>¿Los datos registrados en el sistema electrónico son correctos?</b></p>	• Formato de consentimiento informado

*P*  
*e o*



**4.5 Procedimiento para la atención de  
pacientes que ameriten Historia Clínica**

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
		<p><b>No.</b> Realiza la corrección en el sistema electrónico institucional de acuerdo con los documentos presentados. Imprime la hoja frontal del expediente clínico físico y el formato de consentimiento informado con los datos del paciente. Pasa a la actividad 5.</p> <p><b>Si.</b> Imprime la hoja frontal del expediente clínico físico, y el formato de consentimiento informado con los datos del paciente. Pasa a la actividad 5.</p>	
Personal del módulo de control de citas del Departamento de Control y Referencia de Pacientes	5	Entrega el formato de consentimiento informado al paciente y acompañante, les solicita que lo lean detenidamente, lo requisiere y lo firmen. Posteriormente elabora el carnet, lo entrega al paciente y/o acompañante y les solicita acudir al Departamento de Trabajo Social y que cuando concluyan, regresen a la ventanilla correspondiente del módulo de control de citas para continuar con el trámite. <b>Se conecta con el Procedimiento 1.- para la asignación del nivel socioeconómico del Departamento de Trabajo Social. Pasa a la actividad 6.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formato de consentimiento informado</li> <li>Carnet</li> </ul>
Personal del módulo de control de citas del Departamento de Control y Referencia de Pacientes	6	<p>Recibe nuevamente al paciente y/o acompañante,</p> <p><b>¿El paciente cuenta con historia clínica realizada durante la preconsulta?</b></p> <p><b>No.</b> Le solicita la hoja de cita para historia clínica y le indica el número de consultorio donde será llamado para su atención. Pasa a la actividad 7.</p> <p><b>Si.</b> Revisa las solicitudes de estudios del paciente, y le solicita que primero programe los estudios requeridos y que posteriormente regrese al módulo de control de citas para la programación de sus consultas. Pasa a la actividad 11.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cita de historia clínica.</li> </ul>
Personal médico de la Subdirección de Consulta Externa asignado a historia clínica	7	Recibe al paciente y acompañante, le solicita el carnet, lo interroga, explora y elabora historia clínica. Explica al paciente sobre su padecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Historia clínica.</li> </ul>
Personal médico de la Subdirección de Consulta Externa asignado a historia clínica	8	Requisita las solicitudes de estudios de laboratorio y/o gabinete necesarios como apoyo al diagnóstico, anota en carnet la o las citas (subsecuente y/o revisión y/o interconsulta) y/o solicitud de ingreso hospitalario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitud de estudios de laboratorio y/o gabinete.</li> <li>Solicitud de interconsulta</li> <li>Solicitud de ingreso hospitalario.</li> </ul>

*e*

*a*

*P*

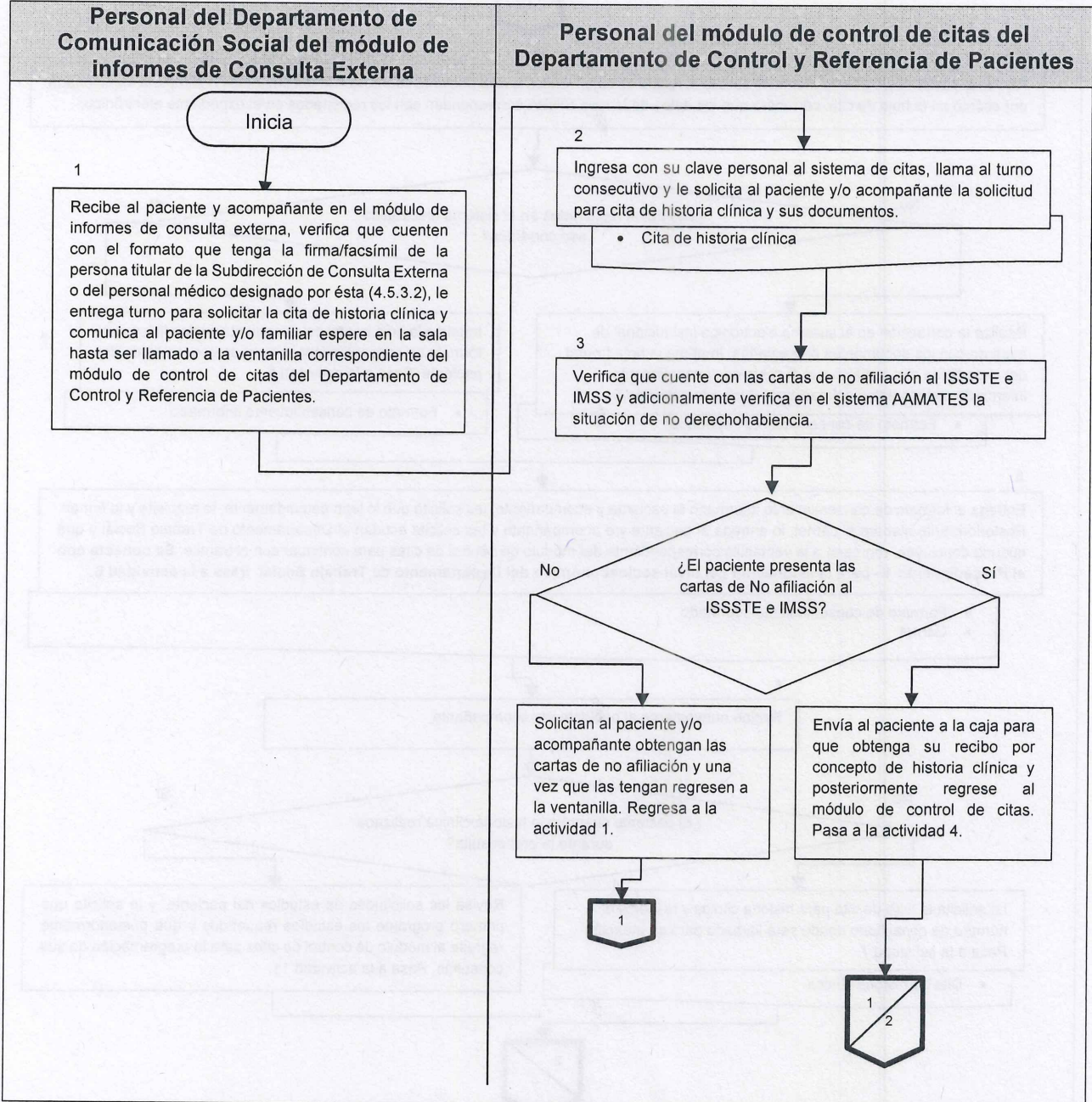


Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal médico de la Subdirección de Consulta Externa asignado a historia clínica	9	Entrega carnet y solicitud(es) de estudios y de citas al paciente y/o acompañante y les solicita pasen al módulo de informes de Consulta Externa para que les orienten para su programación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de estudios de laboratorio y/o gabinete.</li> <li>• Solicitud de interconsulta</li> <li>• Solicitud de ingreso hospitalario.</li> </ul>
Personal del Departamento de Comunicación Social del módulo de informes de consulta externa.	10	Recibe al paciente y/o acompañante, revisa las solicitudes de estudios y de citas y les orienta dónde programar primero sus estudios de imagen y les pide una vez programados regresen al módulo de informes de consulta externa.	
Personal del Departamento de Comunicación Social del módulo de informes de consulta externa.	11	Recibe nuevamente al paciente y/o acompañante, revisa que hayan programado los estudios y le entrega un turno para la programación de consultas o, en su caso, el ingreso a hospitalización.	
Personal del módulo de control de citas del Departamento de Control y Referencia de Pacientes	12	Recibe al paciente y/o acompañante, recibe los documentos, revisa la fecha de programación de los estudios, revisa la agenda de consulta y programa las consultas subsecuentes. Posteriormente las imprime y las entrega al paciente y/o acompañante, pidiendo que atiendan las indicaciones en el formato, para recibir la consulta.  <b>TERMINA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cita de consulta subsecuente, revisión y/o interconsulta</li> </ul>

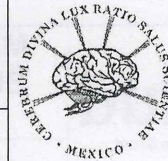
*[Handwritten signature and initials in blue ink]*



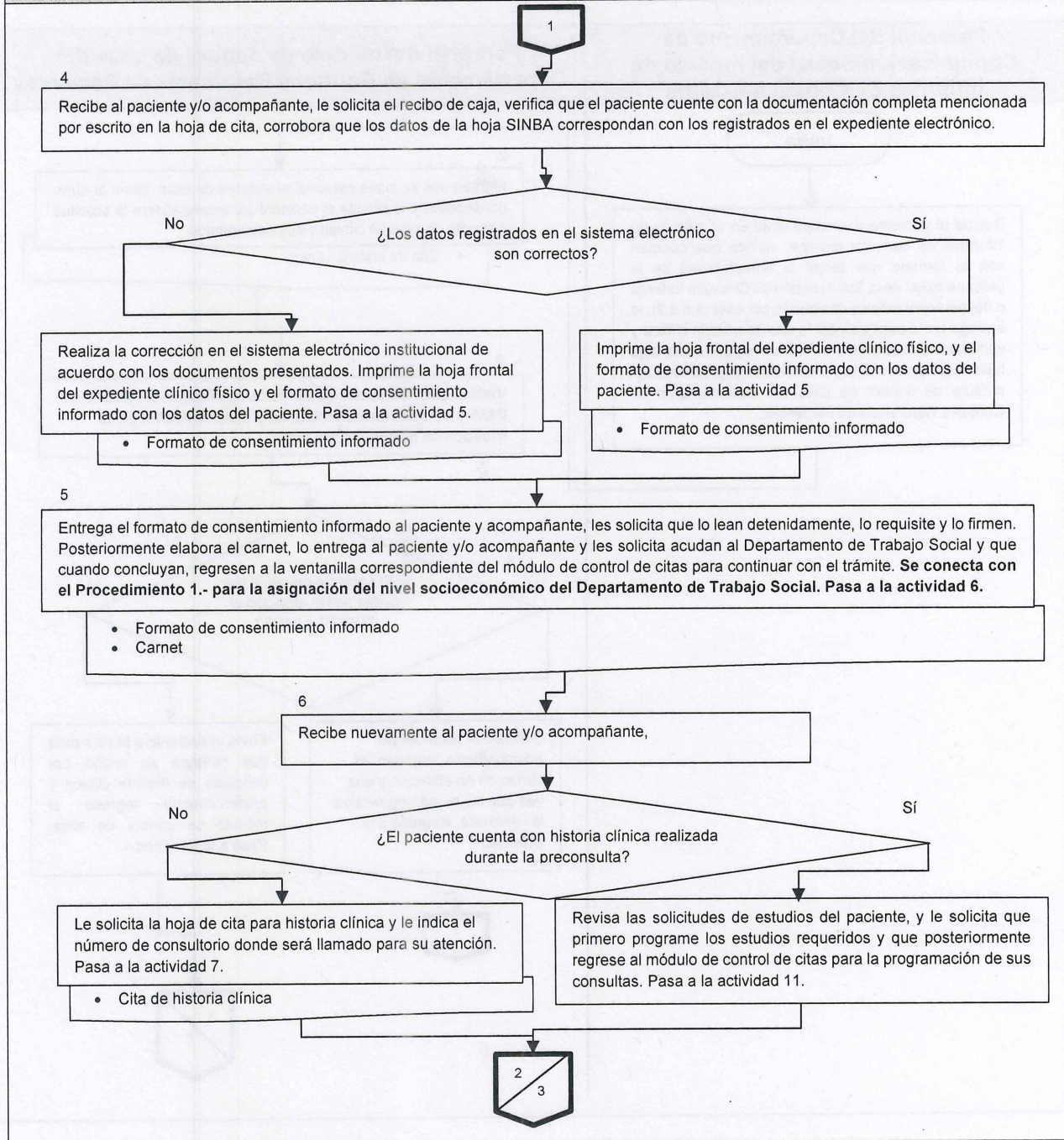
**4.5.5. DIAGRAMA DE FLUJO**



*Handwritten signatures and initials in blue ink.*



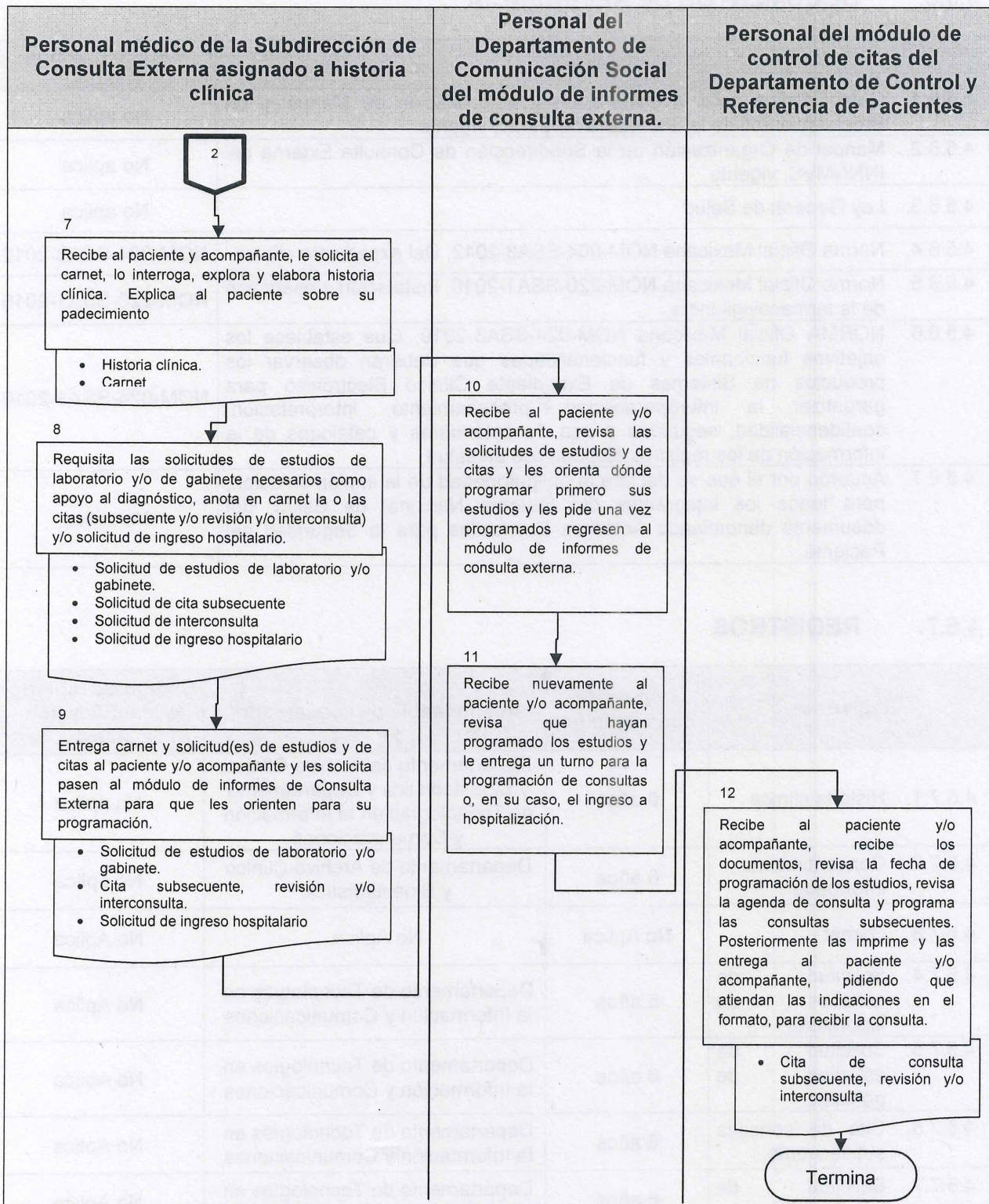
**Personal del módulo de control de citas del Departamento de Control y Referencia de Pacientes**



*Handwritten signatures and initials in blue ink.*



**4.5 Procedimiento para la atención de  
pacientes que ameriten Historia Clínica**



#### 4.5.6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
4.5.6.1. Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, vigente.	No aplica
4.5.6.2. Manual de Organización de la Subdirección de Consulta Externa del INNNMVS, vigente.	No aplica
4.5.6.3. Ley General de Salud	No aplica
4.5.6.4. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	NOM-004-SSA3-2012
4.5.6.5. Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia.	NOM-220-SSA1-2016
4.5.6.6. 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
4.5.6.7. 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.	No aplica

#### 4.5.7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.5.7.1. Historia clínica	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística y Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica
4.5.7.2. Consentimiento informado	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
4.5.7.3. Carnet	No Aplica	No Aplica	No Aplica
4.5.7.4. Solicitud de estudios de laboratorio	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No Aplica
4.5.7.5. Solicitud de estudios de gabinete	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No Aplica
4.5.7.6. Cita de consulta subsecuente	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No Aplica
4.5.7.7. 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
4.5.7.8. Solicitud de ingreso hospitalario	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No Aplica

#### 4.5.8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

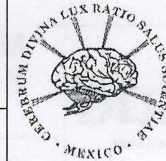
4.5.8.1.	<b>Historia Clínica:</b> Documento médico administrativo que el personal médico requisita al interrogar y explorar al paciente para determinar su estado de salud.
4.5.8.2.	<b>Expediente Clínico:</b> Conjunto de documentos escritos, gráficos, imagenología o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud hace registros, anotaciones y arreglos a las disposiciones sanitarias.
4.5.8.3.	<b>Hoja del ISSSTE:</b> Documento donde la institución determina si el paciente que solicita consulta al Instituto cuenta con esta prestación.
4.5.8.4.	<b>Hoja de IMSS:</b> Documento donde la institución determina si el paciente que solicita consulta al Instituto cuenta con esta prestación.
4.5.8.5.	<b>Formato de consentimiento informado:</b> Documento de decisión libre y voluntaria realizado por una persona competente, por el cual acepta las acciones diagnósticas o terapéuticas sugeridas por el personal médico, fundado en la comprensión de la información relevada respecto a los riesgos y beneficios que le pueden ocasionar.

#### 4.5.9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Diciembre, 2021	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora.
02	Febrero, 2026.	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora.

*e*

*p*



**4.5.10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO**

- 4.5.10.1. Formato de historia clínica.
- 4.5.10.2. Instructivo de llenado del formato de historia clínica.
- 4.5.10.3. Formato de consentimiento informado.
- 4.5.10.4. Instructivo de llenado del formato de consentimiento informado.
- 4.5.10.5. Formato de carnet.
- 4.5.10.6. Instructivo de llenado del formato de carnet.
- 4.5.10.7. Formato de solicitud de estudios de laboratorio.
- 4.5.10.8. Instructivo de llenado del formato de solicitud de estudios de laboratorio.
- 4.5.10.9. Formato de solicitud de estudios de gabinete.
- 4.5.10.10. Instructivo de llenado del formato de solicitud de estudios de gabinete.
- 4.5.10.11. Formato cita de consulta subsecuente.
- 4.5.10.12. Instructivo de llenado del formato cita de consulta subsecuente.
- 4.5.10.13. Formato solicitud de solicitud de interconsulta
- 4.5.10.14. Instructivo de llenado del formato de solicitud de interconsulta
- 4.5.10.15. Formato de solicitud de ingreso hospitalario.
- 4.5.10.16. Instructivo de llenado del formato solicitud de ingreso hospitalario.






**Salud**  
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA  
EXTERNA**

**4.5 Procedimiento para la atención de  
pacientes que ameriten Historia Clínica**



Página  
124 de 197

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA</b> <b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Fecha de Elaboración: 00/00/0000 Hora de Elaboración: : Nivel Socioeconómico:
	Servicio: <input type="text"/> Nombre: <input type="text"/>	Registro: <input type="text"/> Edad: <input type="text"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M Fecha de Nac: 00/00/0000
<b>F. PADECIMIENTO ACTUAL (15)</b>			
<b>G. TRATAMIENTOS Y EXÁMENES PREVIOS, TRATAMIENTO ACTUAL (CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS) (16)</b>			
<b>H. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS (17)</b>			
www.innss.salud.gob.mx		Inauguradas Cur #3877, Col. La Ferre, 14269, Ciudad de México Tel. (55) 5605-3822 ext. 2004	
		Pág. 2	

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*





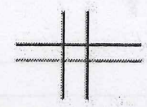
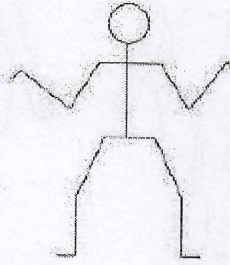
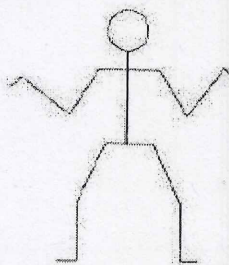
**Salud**  
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA  
EXTERNA**

**4.5 Procedimiento para la atención de  
pacientes que ameriten Historia Clínica**


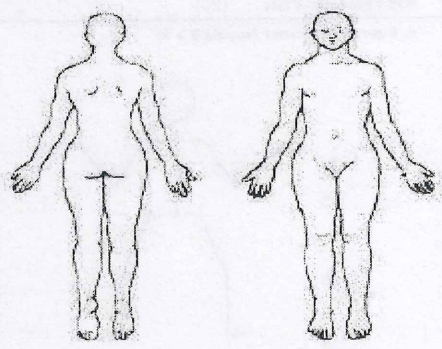


Página  
125 de 197

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURGÍA</b> <b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> Lic. Sanitaria 04 AM 0913012	Fecha de Elaboración: 00/00/0000 Hora de Elaboración: : Nivel Socioeconómico:
Servicio: <input type="text"/> Registro: <input type="text"/> Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M Nombre: <input type="text"/> Edad: <input type="text"/> Fecha de Nac: 00/00/0000		
<b>I. EXPLORACIÓN FÍSICA GENERAL (18)</b>		
Peso actual: <input type="text"/> kg. Peso anterior: <input type="text"/> kg. Fecha: 00/00/0000 F.C. <input type="text"/> / min. T.A. <input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg. F.R.: <input type="text"/> / min. Talla: <input type="text"/> cm. Temp. <input type="text"/> °C		
<b>J. EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA (19)</b>		
<b>a. Funciones mentales</b> <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>		
<b>b. Nervios craneales</b> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Ojo Derecho                      Ojo Izquierdo  		
<b>SISTEMA MOTOR (20)</b>		
<b>c. Fuerza muscular (escala 0 a 5)</b>		
		
<input type="text"/> /5 <input type="text"/> /5 <input type="text"/> /5 <input type="text"/> /5	<input type="text"/> /5 <input type="text"/> /5 <input type="text"/> /5 <input type="text"/> /5	
<b>d. Reflejos de estiramiento muscular (0 a 4)</b>		
		
<input type="text"/> + <input type="text"/> +	<input type="text"/> + <input type="text"/> +	<input type="text"/> + <input type="text"/> +
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
<small>www.inm.salud.gob.mx                      Insurgentes Sur #3877, Col. La Ferre, 14209, Ciudad de México Tel: (55) 5000-3822 ext. 2024                      Pág. 3</small>		


  
  




	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA</b> <b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Fecha de Elaboración: 00/00/0000 Hora de Elaboración: : : Nivel Socioeconómico:
	Servicio: _____ Nombre: _____	Registro: _____ Edad: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M Fecha de Nac: 00/00/0000
<b>Comentarios</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>			
<b>e. Tono y trofismo</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>			
<b>f. Reflejos patológicos y atáxicos</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>			
<b>g. Movimientos anormales</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>			
<b>h. Marcha</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>			
<b>SISTEMA SENSITIVO (21)</b>			
<b>i. Sensibilidad</b>			
<div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>			
<a href="http://www.innvn.salud.gob.mx">www.innvn.salud.gob.mx</a>		Insurgentes Sur #5877, Col. La Fama, 14260, Ciudad de México Tel: (55) 5509-3822 ext. 2024	
		Pág. 4	




	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA</b> MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Fecha de Elaboración: 00/00/0000 Hora de Elaboración: : Nivel Socioeconómico:
	Servicio: _____ Nombre: _____	Registro: _____ Edad: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
<p><b>j. Funciones cerebrales</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
<p><b>k. Signos meníngeos</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
<p><b>l. Sistema nervioso autónomo</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
<p><b>K. DIAGNÓSTICOS (22)</b></p>			
<p><b>1. Sindromático</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
<p><b>2. Topográfico</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
<p><b>3. Etiológico / Nosológico</b></p> <p>Diagnóstico ICD 10:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Firmado por: _____ _____ (23) <b>Nombre del médico, cédula y firma ELABORÓ</b>		<b>MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
		Firmado por: _____ _____ (24) <b>Nombre del médico revisor, cédula y firma REVISÓ</b>	
<p>www.inn.salud.gob.mx <span style="float: right;">Pág. 5</span></p>			

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*



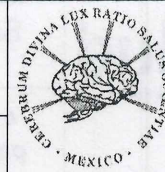
4.5.10.2 Instructivo de llenado del formato historia clínica.

<b>General</b>	Este formato se debe llenar en el sistema electrónico por el personal médico que realiza la historia clínica. 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)	<b>Fecha de elaboración:</b> Se refiere a la fecha en la que se realiza la historia clínica 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)	<b>Hora de elaboración:</b> Se refiere la hora en la que se realiza la historia clínica en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11)
(3)	<b>Nivel socioeconómico:</b> 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)	<b>Servicio:</b> Se refiere al servicio en el que se realiza la historia clínica al paciente.
(5)	<b>Registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica al paciente y su expediente clínico físico y electrónico. Se localiza en el carnet.
(6)	<b>Sexo:</b> Marcar con una X si es hombre o mujer el paciente.
(7)	<b>Nombre:</b> Nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	<b>Edad:</b> Se refiere a la edad del paciente.
(9)	<b>Fecha de nacimiento:</b> 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)	<b>Ficha de identificación:</b> Se agrega en automático al ingresar el número de expediente.
(11)	<b>Antecedentes familiares:</b> Enfermedades en la familia.
(12)	<b>Antecedentes familiares no patológicos:</b> Contexto familiar y de entorno.
(13)	<b>Antecedentes gineco-obstétricos:</b> En caso de ser mujer, los datos ginecológicos.
(14)	<b>Antecedentes personales patológicos:</b> Historia médica del paciente.
(15)	<b>Padecimiento actual:</b> Enfermedad motivo de la consulta.
(16)	<b>Trámites y exámenes previos, tratamiento actual:</b> Antecedentes de manejo médico.
(17)	<b>Interrogatorio por aparatos y sistemas:</b> Exploración de salud en general.
(18)	<b>Exploración física general:</b> Hallazgos de estado corporal.
(19)	<b>Exploración neurológica:</b> Resultado de la evaluación de la integridad del sistema nervioso.
(20)	<b>Sistema motor:</b> Resultado de la evaluación de la integridad del sistema motor.
(21)	<b>Sistema sensitivo:</b> Resultado de la evaluación de la integridad del sistema sensitivo.
(22)	<b>Diagnósticos:</b> Registrar la o las patologías que presenta el paciente.
(23)	<b>Nombre del médico, cédula y firma elaboró:</b> Nombre completo, número de cédula profesional y firma del personal médico que elabora el formato.
(24)	<b>Nombre del médico, cédula y firma revisó:</b> Nombre completo, número de cédula profesional y firma del personal médico adscrito.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*



4.5 Procedimiento para la atención de  
pacientes que ameriten Historia Clínica

4.5.10.3 Formato de consentimiento informado.

**INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA**  
**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)  Tipo de Paciente: (6)   
Nombre: (7)  Edad: (8)  Sexo: H (9) M  Fecha de Nac: 00/00/0000 (10)

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 NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico; manifiesto mi consentimiento expreso para que el personal médico y paramédico del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía realice los procedimientos que permitan un mejor diagnóstico y 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 esta 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-IH-CI-1/2016

Firmado por: (14)   
a  Núm Cédula:

NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA DE QUIEN OBTIENE EL CONSENTIMIENTO  (15)   
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL/ TUTOR/ FAMILIAR MÁS CERCANO EN VÍNCULO

(16)  (17)   
NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1 NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2

www.inns.salud.gob.mx Inaugurados Surp3877, Col. La Fama 14200, México, Ciudad de México Tel: (55) 5600-3822 ext. 2024 Pág. 1



4.5.10.4 Instructivo de llenado del formato de consentimiento informado.

<b>General</b>	Este formato se debe llenar en el Expediente Clínico Electrónico 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)	<b>Fecha de elaboración:</b> Colocar la fecha en la que se realiza el consentimiento 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)	<b>Hora de elaboración:</b> Anotar la hora en la que se realiza el consentimiento en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11)
(3)	<b>Nivel socioeconómico:</b> 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)	<b>Servicio:</b> Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	<b>Registro:</b> Anotar el número de expediente del paciente.
(6)	<b>Tipo de paciente:</b> 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)	<b>Nombre:</b> Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	<b>Edad:</b> Anotar la edad del paciente.
(9)	<b>Sexo:</b> Marcar con una cruz si es hombre o mujer el paciente.
(10)	<b>Fecha de nacimiento:</b> 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)	<b>Nombre del representante legal/familiar:</b> Anotar el nombre del representante legal o familiar empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(12)	<b>Parentesco:</b> Se anota el parentesco del representante legal/familiar con el paciente.
(13)	<b>Nombre del paciente, representante legal o familiar:</b> el paciente o representante legal deberá anotar su nombre completo empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(14)	<b>Nombre completo, cargo y firma de quien obtiene el consentimiento informado:</b> Se registra el nombre completo, cargo, número de cédula y firma del personal médico que obtiene el consentimiento informado.
(15)	<b>Nombre y firma del paciente y/o representante legal:</b> nombre completo del paciente y/o su representante legal, tutor o familiar que otorga el consentimiento informado.
(16)	<b>Nombre y firma del testigo 1:</b> Deberá anotar nombre y firma de una persona que testifiquen el consentimiento informado.
(17)	<b>Nombre y firma del testigo 2:</b> Deberá anotar nombre y firma de una segunda persona que testifiquen el consentimiento informado.

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*



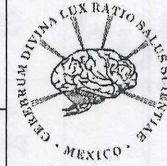


4.5.10.6 Instructivo de llenado del carnet de citas.


<b>General</b>	Este formato se debe llenar a mano por parte del personal de consulta externa encargada de dar las citas para interconsultas. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas.
(1)	<b>No de registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica al paciente
(2)	<b>Clave:</b> Se refiere al nivel socioeconómico.
(3)	<b>Nombre:</b> Nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres
(4)	<b>Fecha:</b> Se anota la fecha en la que se realiza la interconsulta 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.
(5)	<b>Hora:</b> Se anota la hora en la que se realiza la interconsulta en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11)
(6)	<b>Cita a:</b> Se anota el área donde se hará la interconsulta.
(7)	<b>Firma:</b> Firmara el personal médico que otorga la cita

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*



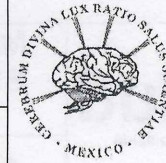
4.5.10.7 Formato de solicitud de estudios de laboratorio

	<p><b>PETICIÓN DE ANALÍTICA</b></p> <p>Ref. Lab: .....</p>	<p><b>N° de petición:</b> .....</p> <p>Fecha de solicitud: (1) .....</p> <p>Fecha de extracción (P): .....</p> <p>Ámbito: Consultas Externas (2) .....</p> <p>Episodio: .....</p>
<p>Solicitante: (3) .....</p> <p>Servicio: (4) .....</p> <p>Remitir a: .....</p> <p>Diagnóstico: (5) .....</p> <p>Microbiología: .....</p> <p>Compañía: .....</p> <p>Comentarios / Ubicación: .....</p>		
<p><b>Pruebas solicitadas (9)</b></p>		

- \* Lab. Clínico
  - Perfiles
    - Funcionamiento hepático
  - Hematología
    - Biometría Hemática
  - Química clínica
    - Electrolitos Séricos 5 (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 antiépilépticos
    - Valproato

**Datos Clínicos:**

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



4.5.10.8 Instructivo de llenado del formato de solicitud de estudios de laboratorio

<b>General</b>	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)	<b>Fecha de solicitud:</b> 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)	<b>Ámbito:</b> Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(3)	<b>Solicitante:</b> Anotar el nombre completo del personal médico que solicita empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(4)	<b>Servicio:</b> Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	<b>Diagnóstico:</b> Anotar el diagnóstico registrado por el personal médico responsable, en relación con el cuadro clínico y los hallazgos radiológicos del paciente.
(6)	<b>Paciente:</b> Anotar el nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres
(7)	<b>F. Nac:</b> 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)	<b>Sexo:</b> 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)	<b>Pruebas solicitadas:</b> Seleccionar los estudios de laboratorio que se requieren

o

o

p



4.5 Procedimiento para la atención de  
pacientes que ameriten Historia Clínica


4.5.10.9 Formato de solicitud de estudios de gabinete.

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) 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			
<b>1. DATOS GENERALES (10)</b>			
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)			
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"/>			
<b>2. ANTECEDENTES (11)</b>			
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"/>
<b>3. CRITERIO DE SELECCIÓN (12)</b>			
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)			

*Handwritten signature and initials in blue ink.*





**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 SEDACCIÓN.
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

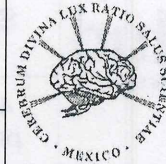
1. Las mismas indicaciones que lo anterior.
2. Ayuno y seguir las indicaciones del médico anestesiólogo.

**NOTA: EN PACIENTES REFERIDOS POR OTRAS INSTITUCIONES QUE REQUIERAN SEDACCIÓN 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



b) Formato de solicitud de tomografía computada.

	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA		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 (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"/>	OIDOS	<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)			

*Handwritten signatures and initials in blue ink.*

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS          SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA          EXTERNA</b>		Página 138 de 197
	<b>4.5 Procedimiento para la atención de          pacientes que ameriten Historia Clínica</b>		

4.5.10.10 Instructivo de llenado del formato solicitud de estudios de gabinete.

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

<b>General</b>	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)	<b>Fecha de elaboración:</b> 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)	<b>Hora de elaboración:</b> Anotar la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).
(3)	<b>Nivel socioeconómico:</b> 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)	<b>Servicio:</b> Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	<b>Registro:</b> Anotar el número de expediente del paciente.
(6)	<b>Sexo:</b> 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)	<b>Nombre:</b> Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	<b>Edad:</b> Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(9)	<b>Fecha de nacimiento:</b> 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)	<b>Datos Generales.</b>
(10.1.)	<b>Nombre:</b> Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(10.2.)	<b>No. EXP.:</b> Anotar el número de expediente del paciente.
(10.3.)	<b>Edad:</b> Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(10.4)	<b>Género:</b> 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)	<b>Procedencia:</b> Colocar la ubicación del hospital de donde viene el paciente.
(10.6)	<b>Fecha:</b> 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)	<b>Médico solicitante:</b> Nombre completo del personal médico que está solicitando el estudio.
(10.8)	<b>Técnico radiólogo:</b> Colocar el nombre completo del personal técnico radiólogo que realizará el estudio.
(10.9)	<b>Impresión:</b> 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)	<b>Equipo:</b> Colocar en cuál de los dos equipos, en el de 3 Teslas o 1.5 Teslas, se va a realizar el estudio.
(11)	<b>Antecedentes</b>
(11.1)	<b>Resumen de historia clínica:</b> Colocar los antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos, personales patológicos, signos vitales y los datos más relevantes del padecimiento actual.
(11.2.)	<b>Diagnóstico Clínico final:</b> Colocar el diagnóstico sindromático final con el que cuenta el paciente.
(11.3)	<b>Estudios previos:</b> Colocar los estudios de laboratorio y gabinete que tenga previamente el paciente.



(11.3)	<b>Diagnóstico radiológico final:</b> Colocar el diagnóstico sindromático final con el que cuenta el paciente.
(11.4)	<b>Manejo previo:</b> Colocar cuáles son los medicamentos o terapias que se encuentra tomando la persona paciente.
(12)	<b>Criterios de selección.</b>
(12.1)	<b>Implantes:</b> Colocar si el paciente tiene algún implante o si no lo tiene.
(12.2)	<b>Tipo:</b> Implante que se le colocó al paciente: ortopédico y de qué material, marcapasos, etc.
(12.3)	<b>Otros tipos:</b> Colocar algún otro tipo de implante que se le haya colocado a la persona paciente.
(12.4)	<b>Especifique nombre, día, mes y año de colocación y materiales empleados en su configuración:</b> Colocar las características técnicas del dispositivo implantado junto con el año de colocación.
(13)	<b>Estudios solicitados:</b> Anotar que región y que órgano del cuerpo es la que quiere realizar en el estudio de resonancia magnética.
(14)	<b>Material y métodos.</b>
(14.1)	<b>Contraste:</b> 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)	<b>Tipo:</b> Colocar el tipo de contraste que se utilizará para el estudio diagnóstico, si es yodado o gadolinio, en caso necesario.
(14.3)	<b>Cantidad:</b> 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)	<b>Anestesia:</b> Colocar si el paciente tiene la necesidad de realizarse el estudio bajo sedación o intubación.
(15)	<b>Parámetros para resonancia magnética funcional:</b> 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)	<b>Áreas específicas:</b> 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)	<b>Paradigmas propuestos:</b> 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)	<b>Paradigmas Realizados:</b> 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)	<b>Motivo de la realización de resonancia magnética funcional:</b> 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]*

*[Handwritten mark]*



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

<b>General</b>	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)	<b>Fecha de elaboración:</b> 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)	<b>Hora de elaboración:</b> Anotar la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).
(3)	<b>Nivel socioeconómico</b> 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)	<b>Servicio:</b> Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	<b>Registro:</b> Anotar el número de expediente del paciente.
(6)	<b>Sexo:</b> 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)	<b>Nombre:</b> Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	<b>Edad:</b> Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(9)	<b>Fecha de nacimiento:</b> 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)	<b>Datos generales</b>
(10.1.)	<b>Nombre:</b> Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(10.2.)	<b>No. EXP.:</b> Anotar el número de expediente del paciente.
(10.3.)	<b>Edad:</b> Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(10.4)	<b>Género:</b> 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)	<b>Procedencia:</b> Colocar la ubicación del hospital de donde viene el paciente.
(10.6)	<b>Fecha</b> 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)	<b>Médico solicitante:</b> Nombre completo del personal médico que está solicitando el estudio.
(11)	<b>Antecedentes</b>
(11.1)	<b>Resumen de historia clínica:</b> Colocar los antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos, personales patológicos, signos vitales y los datos más relevantes del padecimiento actual.
(11.2.)	<b>Estudios previos:</b> Colocar los estudios de laboratorio y gabinete que tenga previamente el paciente.
(12)	<b>Estudios solicitados:</b> Colocar digitalmente cuál de los estudios es el que quiere que se le realice al paciente.
(13)	<b>Material y método.</b>
(13.1)	<b>Contraste:</b> 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)	<b>Tipo:</b> Colocar el tipo de contraste que se utilizará para el estudio diagnóstico, si es yodado o gadolinio, en caso necesario.
(13.3)	<b>Cantidad:</b> El personal técnico que va a realizar ese estudio deberá anotar la cantidad de contraste que se requiere para el estudio en específico.



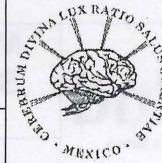
**4.5 Procedimiento para la atención de  
pacientes que ameriten Historia Clínica**

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


g

e

p



4.5.10.11 Formato cita de consulta subsecuente.

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

(6) \_\_\_\_\_  
 (7) \_\_\_\_\_  
**CITA** (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 confirme 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 ó no disponer de su recibo de pago, se cancelará su consulta. Acudir con un familiar. Si desea cambiar su cita, llamo al teléfono (55) 6506-3622

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA <MANUEL VELASCO SUÁREZ> - Lic.Sanitaria INNN 04 AM 0013012

*(Handwritten signatures and initials in blue ink)*



4.5.10.12 Instructivo de llenado del formato cita de consulta subsecuente.

<b>General</b>	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)	<b>Sr. o Sra.:</b> Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(2)	<b>Fecha de nacimiento:</b> 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.
(3)	<b>Edad:</b> Se refiere la edad del paciente en años cumplidos.
(4)	<b>Sexo:</b> Se marcar con una X si es hombre o mujer el paciente.
(5)	<b>Número de expediente:</b> Se anota el número de registro que está en el carnet del paciente.
(6)	<b>Nombre del médico:</b> Se anota el nombre del personal médico.
(7)	<b>Área de consulta:</b> Se anota el área de la consulta.
(8)	<b>Tipo de consulta:</b> Indica tipo de consulta.
(9)	<b>Remitido por:</b> Se anota el nombre del personal médico solicitante.
(10)	<b>Fecha de consulta:</b> Se anota la fecha del día de la consulta 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)	<b>Hora de consulta:</b> 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
(12)	<b>Consultorio:</b> Se especifica el edificio y consultorio en donde se le atenderá al paciente.



4.5.10.13 Formato solicitud de solicitud de interconsulta.

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURUGÍA</b>		Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000
	<b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> 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: <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nac: (10) 00/00/0000
<b>SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA</b>			
<b>SOLICITUD DE INTERCONSULTA</b>			
Nombre: (12)	Edad: (13)	Género: (14) <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	REG. NUM: (11)
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 blue marks and scribbles on the page.*



4.5.10.14 Instructivo de llenado del formato solicitud de interconsulta.

<b>General</b>	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)	<b>Fecha de elaboración:</b> 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)	<b>Hora de elaboración:</b> 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)	<b>Nivel socioeconómico:</b> 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)	<b>Servicio:</b> Se refiere al servicio que realiza la preconsulta.
(5)	<b>Registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica de la persona solicitante y su expediente clínico.
(6)	<b>Tipo de paciente:</b> 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)	<b>Nombre:</b> Se refiere al nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	<b>Edad:</b> Se refiere a la edad en años cumplidos del paciente
(9)	<b>Sexo:</b> Género del paciente
(10)	<b>Fecha de nacimiento:</b> 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)	<b>REG NUM (Número de Registro):</b> Se refiere al número de expediente que aparece en el carnet del paciente
(12)	<b>Nombre:</b> Se refiere al nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
(13)	<b>Edad:</b> Se refiere a la edad del paciente.
(14)	<b>Género:</b> Marcar con una X si es hombre o mujer el paciente.
(15)	<b>Solicita a:</b> Se refiere al área o servicio al que se le está solicitando la interconsulta.
(16)	<b>Cama:</b> Se refiere al número de cama en caso de estar hospitalizado el paciente.
(17)	<b>Procedencia:</b> Se refiere al área o servicio que está atendiendo al paciente y solicita la interconsulta.
(18)	<b>Diagnóstico Presuntivo / o Síntomas:</b> El personal médico tratante emite un diagnóstico provisional o los síntomas que presenta en el momento de la revisión.
(19)	<b>Fecha:</b> 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)	<b>Hora:</b> Anotar la hora en la que se realiza la interconsulta en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11)
(21)	<b>Firmado por:</b> Nombre completo, fecha, número de cédula profesional del personal médico que solicita la interconsulta.
(24)	<b>Médico solicitante, firma:</b> Firma autógrafa del personal médico que elabora la solicitud.

*(Handwritten signatures and initials in blue ink)*



**Salud**  
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA  
EXTERNA**

**4.5 Procedimiento para la atención de  
pacientes que ameriten Historia Clínica**



Página  
146 de 197

4.5.10.15 Formato solicitud de ingreso hospitalario.

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURGÍA</b>		Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000
	<b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Hora de elaboración: (2) <input type="text"/>
Servicio: (4) <input type="text"/>	Registro: (5) <input type="text"/>	Tipo de Paciente: (6) <input type="text"/>	
Nombre: (7) <input type="text"/>	Edad: (8) <input type="text"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nac: 00/00/0000 (10)
<b>SOLICITUD INGRESO HOSPITALARIO</b>			
<b>DATOS PROPORCIONADOS POR EL MÉDICO (11)</b>			
DIAGNOSTICO (S) <input type="text"/>			
ESPECIALIDAD: NEUROLOGÍA <input type="checkbox"/> PSQUIATRIA <input type="checkbox"/>			
MEDICO SOLICITANTE <input type="text"/>			
INTERNAMIENTO URGENTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
PACIENTE CON RIESGO DE ALERGIAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> A QUÉ: <input type="text"/> BRAZALETE ROJO			
PACIENTE CON RIESGO DE CAIDAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> BRAZALETE AZUL			
<b>INFORMACIÓN OBTENIDA POR ADMISIÓN HOSPITALARIA (12)</b>			
FECHA DE SOLICITUD: <input type="text"/>			
NOMBRE DEL PACIENTE: <input type="text"/>			
Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre (s)			
GÉNERO: FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> EDAD <input type="text"/> años			
REGISTRO <input type="text"/> CAMA <input type="text"/> FECHA DE INGRESO 00/00/0000			
TELÉFONO 1 <input type="text"/> TELÉFONO 2 <input type="text"/>			
TELÉFONO 3 <input type="text"/>			
Firmado por:..... ..... a ..... Núm Cédula:.....			
<b>NOMBRE Y FIRMA DE QUIÉN AUTORIZA EL INGRESO (13)</b>			
www.inn.salud.gob.mx			
Inauguradas: Sur#3877, Col. La Fama 14209, México, Ciudad de México Tel (55) 5608-3822 ext. 2024			
Pág. 1			

*e p*

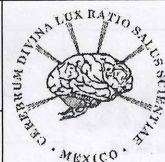
4.5.10.16 Instructivo de llenado del formato solicitud de ingreso hospitalario.

<b>General</b>	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)	<b>Fecha de elaboración:</b> 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)	<b>Hora de elaboración:</b> 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)	<b>Nivel socioeconómico:</b> 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)	<b>Servicio:</b> Se refiere al servicio en el que será atendido el paciente
(5)	<b>Registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica de la persona solicitante y su expediente clínico.
(6)	<b>Tipo de paciente:</b> 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)	<b>Nombre:</b> Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres
(8)	<b>Edad:</b> Se refiere a la edad del paciente
(9)	<b>Sexo:</b> Colocar el sexo del paciente usando la palabra hombre, mujer u otro
(10)	<b>Fecha de nacimiento:</b> 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)	<b>Datos proporcionados por el médico:</b> Se anota el diagnóstico, especialidad, personal médico solicitante.
(12)	<b>Información obtenida por admisión hospitalaria:</b> Se anota la fecha de solicitud, nombre del paciente, género, edad, registro, cama, fecha de ingreso y 2 teléfonos.
(13)	<b>Nombre y firma de quien autoriza el ingreso:</b> Nombre completo, número de cédula profesional y firma del personal médico responsable.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*



**4.6 Procedimiento para otorgar consulta  
médica (revisión, interconsulta,  
subsecuente, etc.)**


<p>General</p> <p>Este formato se debe llenar en el BCF con el personal médico responsable de la atención de los pacientes de acuerdo con el BCF. Dependiendo de los procedimientos de trabajo de los médicos.</p>	(1)
(2)	(3)
(4)	(5)
(6)	(7)
(8)	(9)
(10)	(11)
(12)	(13)
(14)	(15)

**4.6. PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR CONSULTA MÉDICA (REVISIÓN, INTERCONSULTA, SUBSECUENTE, ETC.)**

*Handwritten mark*

*Handwritten signature*

*Handwritten mark*

 <p><b>Salud</b> Secretaría de Salud</p>	<p align="center"><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA</b></p> <p align="center"><b>4.6 Procedimiento para otorgar consulta médica (revisión, interconsulta, subsecuente, etc.)</b></p>		<p align="right">Página <b>149 de 197</b></p>
---	---	---	---

#### **4.6.1. PROPÓSITO**

Garantizar la continuidad de la atención de los pacientes a través de consultas médicas para el paciente ambulatorio.

#### **4.6.2. ALCANCE**

4.5.10.17. Alcance Interno: Interviene el personal médico que brinda consulta subsecuente, interconsulta y/o de revisión para el seguimiento y control de la patología del paciente; el personal del Departamento de Control y Referencia de Pacientes quien programa las citas recibe y registra a los pacientes el día programado y el personal del Departamento de Comunicación Social quien recibe, orienta y brinda información a los usuarios.

4.5.10.18. Alcance Externo: No aplica

#### **4.6.3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS**

4.6.3.1. La persona titular de la Subdirección de Consulta Externa es responsable a través del Departamento de Control y Referencia de Pacientes, de planear y coordinar todas las actividades para proporcionar las consultas médicas necesarias, así como de garantizar la calidad de las mismas.

4.6.3.2. Los requisitos que debe cumplir el paciente para poder recibir cualquier consulta médica son:

- El paciente debe acudir con un acompañante, no necesariamente su representante legal.
- Presentarse con al menos 30 minutos de anticipación a la hora programada para toma de signos vitales.
- Presentar el recibo de caja antes de su cita.
- Contar con un formato, ya sea de Preconsulta o TRIAGE de urgencias, debidamente requisitado en su expediente.
- Contar con un formato de Historia Clínica con antigüedad no mayor a 5 años naturales, debidamente requisitado en su expediente.
- Contar con un personal médico adscrito asignado como revisor, independientemente de su especialidad o área de adscripción. El personal médico revisor asignado es el principal responsable de la atención y seguimiento médico del paciente. La persona titular de la Subdirección de Consulta Externa, cualquier superior jerárquico de la rama médica o un personal médico asignado por este mismo para tal efecto, son los únicos facultados para asignación del personal médico revisor siempre por escrito y con su firma autógrafa o facsímil.
- Hoja de cita de consulta impresa, o al menos registrado en el sistema institucional SIGMA.

4.6.3.3. El personal de control de citas del Departamento de Control y Referencia de Pacientes es responsable de revisar, modificar y, en su caso, registrar en el sistema electrónico institucional, los datos personales del paciente.






- 4.6.3.4. El personal de control de citas del Departamento de Control y Referencia de Pacientes es responsable de verificar que el paciente que acude a consulta cumpla con los requisitos 4.6.3.2.
- 4.6.3.5. A solicitud de la Subdirección de Recursos Financieros, el personal de control y referencia de pacientes del módulo de control de citas solicitará el recibo expedido por la caja. Sin embargo, para salvaguardar el derecho a la protección de la salud de los pacientes (Art. 4º constitucional), se dará prioridad a la atención médica y consultas en cualquiera de sus modalidades, sobre la captación de estos recibos.
- 4.6.3.6. La persona titular de la Subdirección de Consulta Externa es responsable de supervisar que todos los formatos emitidos en consulta hayan sido requisitados de forma adecuada y además cuenten con el nombre completo y firma digital del personal que las realiza.
- 4.6.3.7. El personal médico titular de cada una de las consultas es responsable del llenado y correcta aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en cada una de sus actividades, solicitudes, referencias, notas y cualquier otro documento elaborado en consulta.
- 4.6.3.8. El personal médico titular de cada agenda de consulta deberá otorgar de manera presencial la misma. En caso de ausencia, deberá notificar por escrito los días que no podrá otorgar la consulta y la persona designada para cubrir la consulta y solicitar autorización a la persona titular de la Subdirección de Consulta Externa. En caso de no cubrirse este requisito, será responsabilidad de los titulares de la consulta presentar los justificantes por escrito a las áreas correspondientes en cada caso.
- 4.6.3.9. Con el fin de respetar y optimizar la agenda médica y debido a que se trata de pacientes ambulatorios sin urgencia médica, se justificará el no otorgamiento de cualquiera de las citas programadas en caso de que el paciente realice su registro en la ventanilla correspondiente del control de citas con un retraso de 20 minutos o más contados a partir de la hora de inicio de la consulta plasmada en la hoja de cita; independientemente de la causa, siempre y cuando ésta sea ajena al INNNMVS.
- 4.6.3.10. La persona titular de la Subdirección de Consulta Externa y cualquier persona con cargo superior jerárquico de la rama médica, están facultados para la asignación de consultas extras no contempladas en la agenda original que respondan a necesidades del servicio o a su discreción. Estas consultas extras deberán ser autorizadas siempre por escrito y con su firma autógrafa o facsímil.
- 4.6.3.11. Se dará prioridad y mayor tolerancia para el ingreso a consulta a las personas que acudan en silla de ruedas o camilla, independientemente de la hora de llegada, el estado de la consulta o los diagnósticos.
- 4.6.3.12. Las agendas de consulta están sujetas a modificaciones y reprogramaciones constantes. No existe un equipo dependiente del Departamento de Control y Referencia de Pacientes designado para notificar por cualquier medio al paciente, a su responsable legal o cualquier persona que reciba el mensaje acerca de la reprogramación de la consulta. Se llevará un registro de las personas que hayan podido recibir el mensaje de reprogramación.



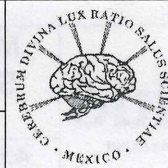
- 4.6.3.13. En caso de no ser posible dar el mensaje de reprogramación de cualquier consulta, la persona titular de la Subdirección de Consulta Externa designará a un personal médico que por sus competencias esté en capacidad de otorgar la consulta.
- 4.6.3.14. Las únicas consultas que están exentas de ser otorgadas en presencia de algún personal médico adscrito son aquellas cuya titularidad esté asignada a personal médico en formación, como residentes, fellows, altos especialistas o cualquiera de las designaciones disponibles, y será responsabilidad de la persona profesor titular y/o adjunto de cada residencia, subespecialidad o curso de alta especialidad, la supervisión del correcto otorgamiento de las mismas.
- 4.6.3.15. Cualquier eventualidad deberá ser consultada y resuelta por la persona titular del Departamento de Control y Referencia de Pacientes, o en su defecto con la persona titular de la Subdirección de Consulta Externa.

*Handwritten mark*

*Handwritten mark*

*Handwritten mark*

*Handwritten mark*



**4.6.5. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

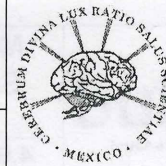
Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal del Departamento de Comunicación Social del módulo de informes de consulta externa	1	Recibe al paciente y/o acompañante el día programado de la consulta. Le indica se dirija a la ventanilla correspondiente del módulo de control de citas para su registro.	
Personal del módulo de control de citas del Departamento de Control y Referencia de Pacientes	2	Recibe al paciente, verifica su documentación adecuada, ingresa el número de registro del paciente en el sistema electrónico y registra la hora en la que se presenta en la ventanilla. Posteriormente le indica el número de consultorio donde será atendido y le pide pasen antes a la toma de signos vitales. Para fines de registro, se tomará como hora de llegada la que se registre en el expediente clínico electrónico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de cita de consulta.</li> <li>• Recibo de caja</li> </ul>
Personal de enfermería asignado a toma de signos vitales	3	<p>Recibe al paciente, comprueba su identidad conforme a la Acción Esencial de Seguridad del Paciente No. 1: Identificación Correcta del Paciente. Posteriormente realiza la toma de signos vitales realiza la toma de signos vitales</p> <p><b>¿Detecta que el paciente tiene presión alta?</b></p> <p><b>No.</b> Registra los datos en el expediente clínico electrónico del paciente y los anota en la hoja de cita. Finalmente, le indica espere en la sala a ser llamado por el personal médico. Pasa a la actividad 4.</p> <p><b>Si.</b> Activa el código de respuesta rápida. Da aviso al personal médico tratante para que le dé prioridad de atención al paciente, o en caso necesario, avisa a la Jefatura de enfermería y a la subdirección de Consulta Externa y con el personal médico tratante acompaña al paciente al servicio de urgencias.</p> <p><b>TERMINA</b></p>	
Personal médico especialista asignado a la consulta subsecuente, de revisión o interconsulta	4	<p>Llama al paciente y lo pasa al consultorio, ingresa al expediente clínico electrónico del paciente y realiza la valoración médica.</p> <p><b>¿Detecta cualquier valor de urgencia?</b></p> <p><b>No.</b> Continúa con la valoración médica. Pasa a la actividad 5.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de ingreso hospitalario.</li> </ul>

*(Handwritten signatures and marks)*



**4.6 Procedimiento para otorgar consulta  
médica (revisión, interconsulta,  
subsecuente, etc.)**

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
		<p><b>Si.</b> Activa el sistema de respuesta rápida de la consulta, notifica a Jefatura de Enfermería y a la Subdirección de Consulta Externa y con el personal de enfermería asignado acompaña al paciente al servicio de urgencias. <b>TERMINA.</b></p>	
Personal médico especialista asignado a la consulta subsecuente, de revisión o interconsulta	5	<p>Continúa con la consulta y elabora los formatos correspondientes.</p> <p><b>¿El paciente requiere atención médica hospitalaria?</b></p> <p><b>No.</b> Continúa con la consulta y el interrogatorio y le informa sobre su padecimiento. Pasa a la actividad 6.</p> <p><b>Si.</b> Le informa al paciente sobre su padecimiento y la necesidad de hospitalización para recibir el tratamiento correspondiente. Requisita solicitud de ingreso hospitalario. Le entrega al paciente y acompañante y les pide pasen al módulo de informes de consulta externa para que les orienten sobre el trámite de admisión. <b>TERMINA.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de ingreso hospitalario.</li> </ul>
Personal médico especialista asignado a la consulta subsecuente, de revisión o interconsulta	6	<p>Requisita en el sistema electrónico institucional las solicitudes de estudios y la receta médica y las imprime, anota en el carnet las citas necesarias, le entrega al paciente y/o acompañante y les da las indicaciones. Posteriormente les indica pasen al módulo de informes de consulta externa para que les orienten para su programación. Finalmente, requisita adecuadamente la hoja con el informe diario de actividades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de estudios de imagen</li> <li>• Solicitud de estudios de laboratorio</li> <li>• Receta médica</li> </ul>
Personal del Departamento de Comunicación Social asignado al módulo de informes de consulta externa	7	<p>Recibe al paciente y/o acompañante, revisa las solicitudes y les orienta sobre la programación de estudios y consultas.</p> <p><b>¿Requiere programación de estudios de imagen?</b></p> <p><b>No.</b> Le informa cómo programar su consulta subsecuente, de revisión y/o interconsulta y estudios de laboratorio. Pasa a la actividad 8.</p> <p><b>Si.</b> Le indica dónde programar sus estudios de imagen y le pide que después de programarlos, regrese al módulo de informes para continuar con la programación de consultas y estudios de laboratorio. Pasa a la actividad 8.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de estudios de imagen</li> <li>• Solicitud de estudios de laboratorio</li> </ul>



Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal del Departamento de Comunicación Social asignado al módulo de informes de consulta externa	8	Entrega turno para la programación de las consultas subsecuentes y estudios de laboratorio y le pide al paciente y/o acompañante esperen en la sala hasta ser llamados al módulo de control de citas.	
Personal del módulo de control de citas del Departamento de Control y Referencia de Pacientes	9	Llama al turno siguiente, recibe en ventanilla al paciente y/o acompañante, les pide las solicitudes y las hojas de estudios ya programados del paciente, verifica las fechas de programación de los estudios de imagen. Posteriormente programa las citas médicas necesarias, imprime y entrega las hojas de cita y, en su caso, los frascos para recolección de muestras biológicas. Finalmente le informa la fecha y hora de las citas programadas y les pide atiendan las indicaciones para presentarse a cada cita de estudio y/o consulta.  <b>TERMINA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato de citas subsecuentes</li> </ul>

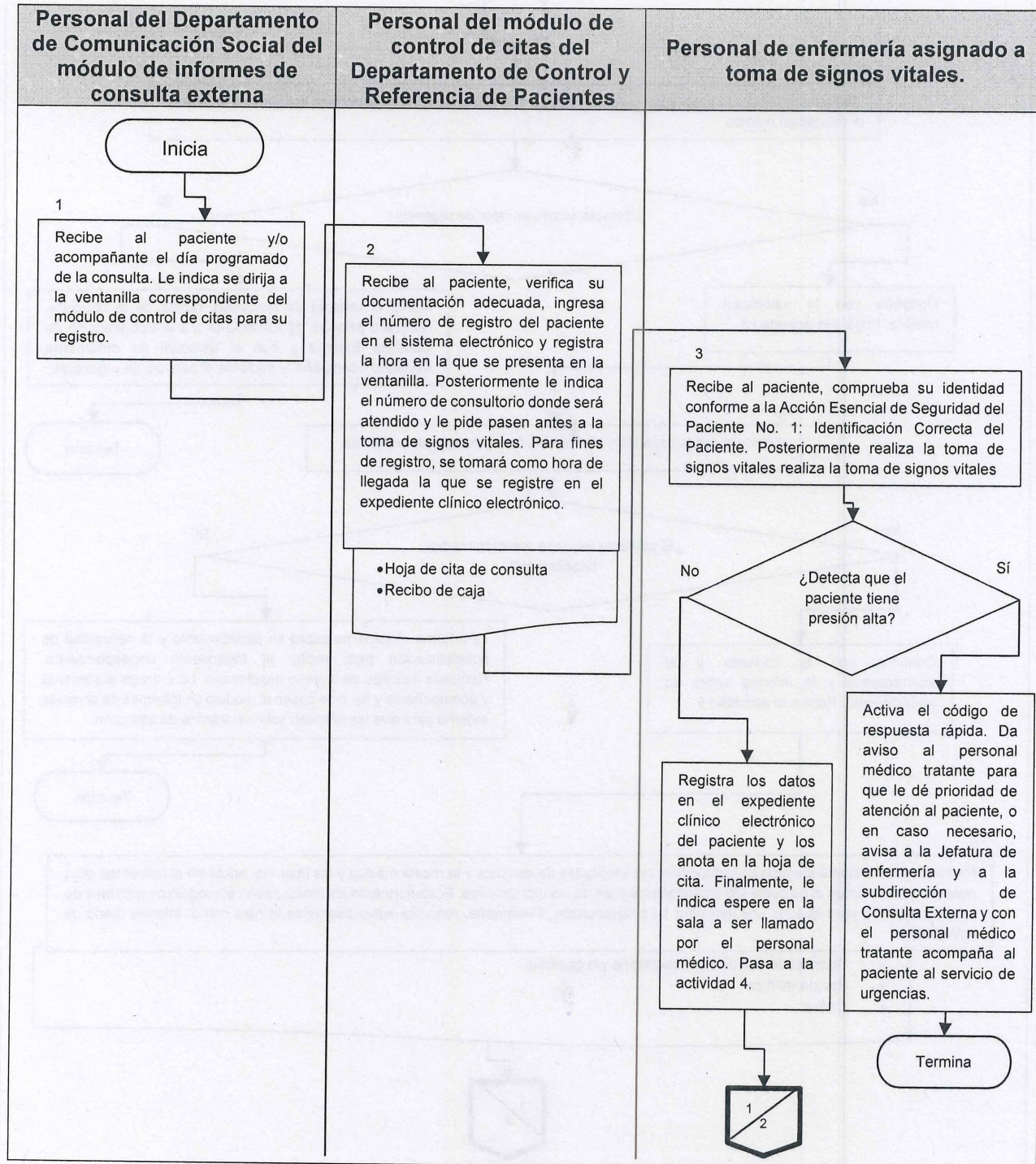
*e*

*o*

*p*

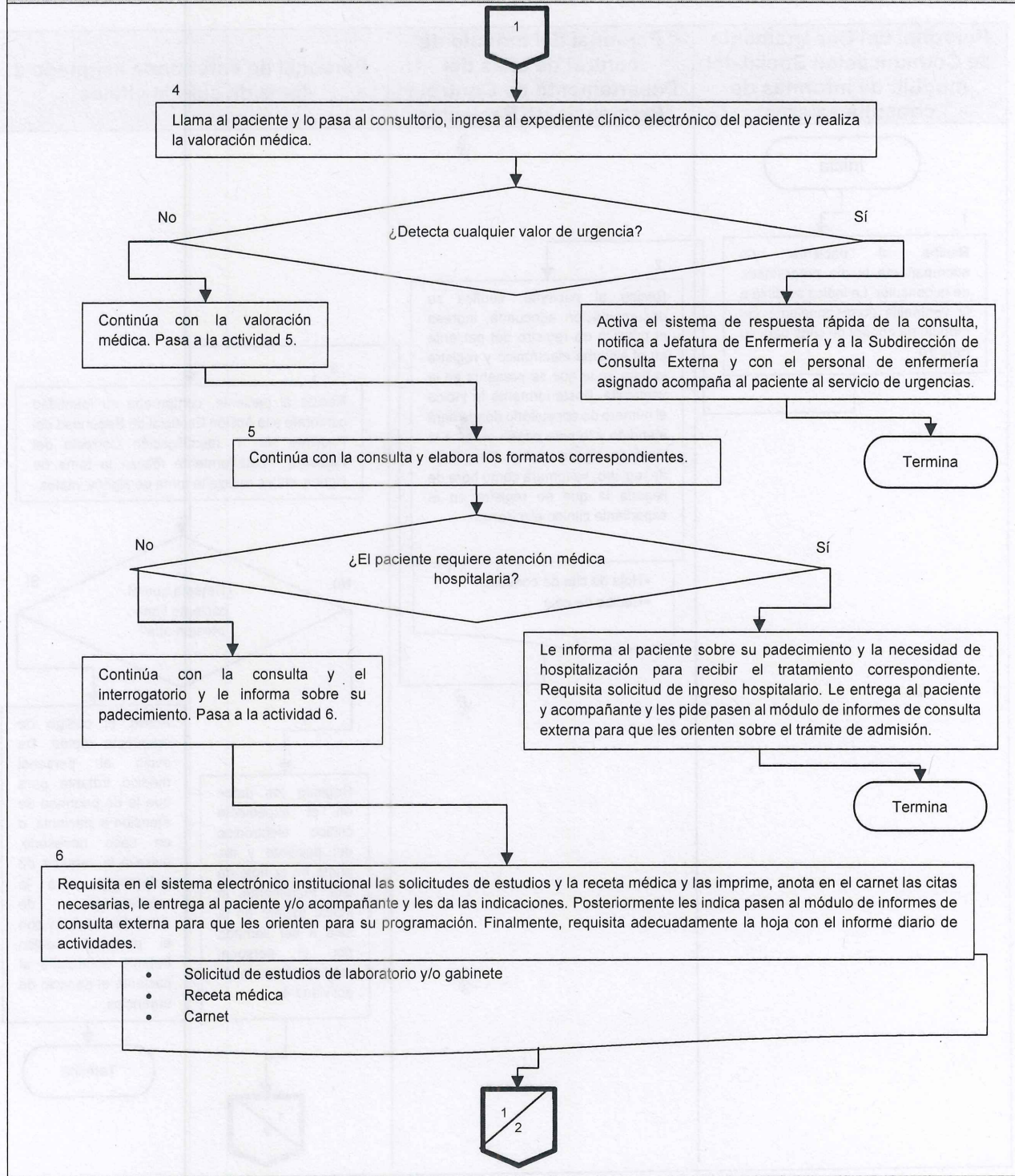


**4.6.6. DIAGRAMA DE FLUJO**





**Personal médico especialista asignado a la consulta subsecuente, de revisión o interconsulta**



P

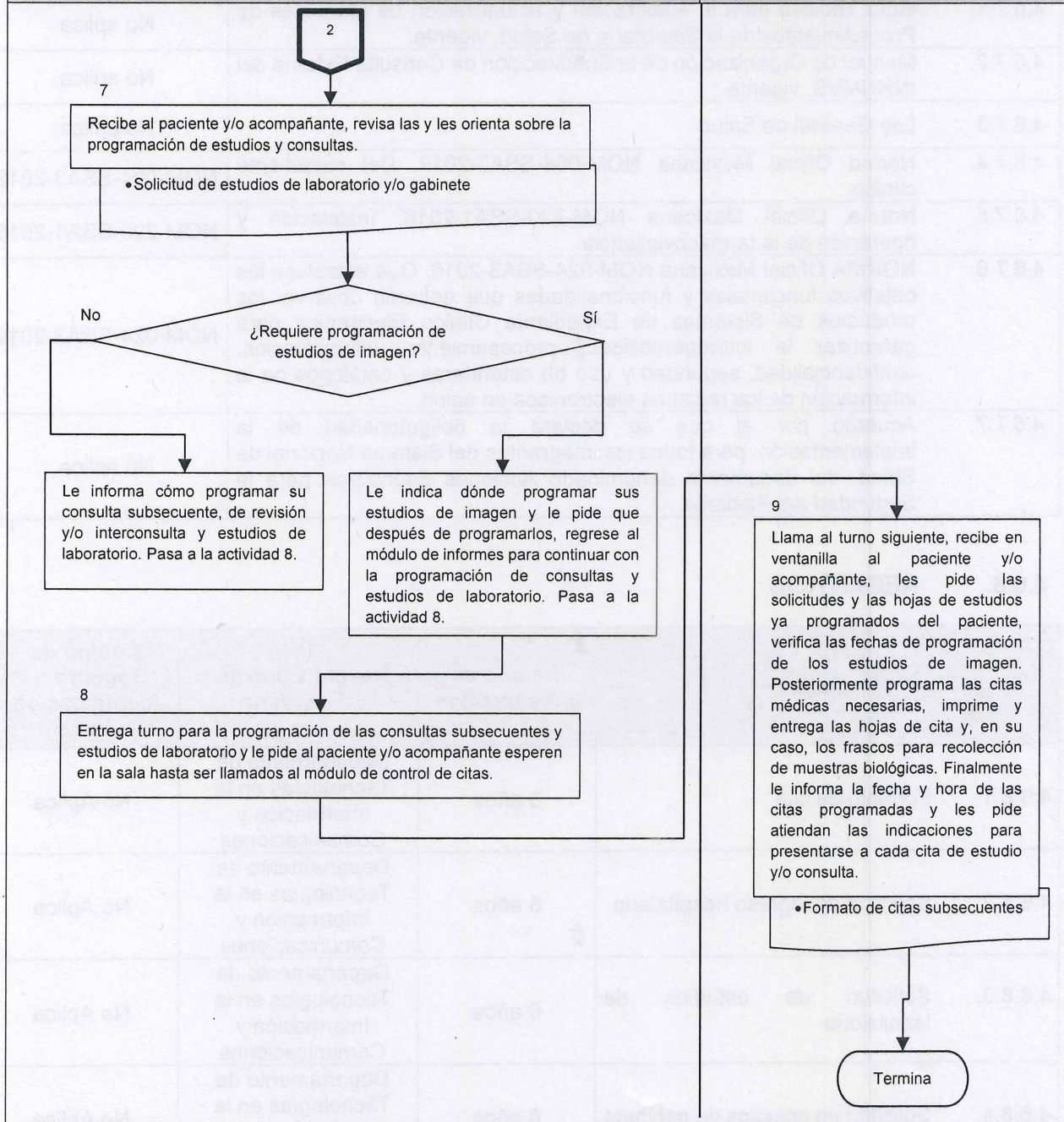
Q

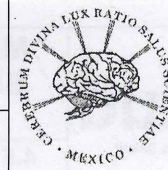
8



**Personal del Departamento de Comunicación Social del  
módulo de informes de consulta externa**

**Personal del módulo de control  
de citas del Departamento de  
Control y Referencia de  
Pacientes**





**4.6.7. DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

Documentos		Código (cuando aplique)
4.6.7.1.	Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, vigente.	No aplica
4.6.7.2.	Manual de Organización de la Subdirección de Consulta Externa del INNNMVS, vigente.	No aplica
4.6.7.3.	Ley General de Salud	No aplica
4.6.7.4.	Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	NOM-004-SSA3-2012
4.6.7.5.	Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia.	NOM-220-SSA1-2016
4.6.7.6.	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
4.6.7.7.	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.	No aplica

**4.6.8. REGISTROS**

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.6.8.1. Formato de cita	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No Aplica
4.6.8.2. Solicitud de ingreso hospitalario	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No Aplica
4.6.8.3. Solicitud de estudios de laboratorio	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No Aplica
4.6.8.4. Solicitud de estudios de gabinete	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
4.6.8.5. Receta médica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
4.6.8.6. Carnet	No Aplica	No Aplica	No Aplica
4.6.8.7. Solicitud de interconsulta	6 años	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica

#### 4.6.9. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

4.6.9.1.	<b>Admisión hospitalaria:</b> Proceso por el cual un paciente es ingresado para recibir atención médica hospitalaria. Implica el registro del paciente y la asignación de una cama en el servicio correspondiente de acuerdo con su padecimiento.
4.6.9.2.	<b>Carnet:</b> Documento de tipo informativo donde se indica al paciente las fechas de estudios, consultas y servicios que se le proporcionarán.
4.6.9.3.	<b>Consulta subsecuente:</b> Atención médica ambulatoria otorgada por segunda o más veces a un paciente, en determinado servicio y/o por determinado padecimiento.
4.6.9.4.	<b>Expediente clínico:</b> Conjunto de documentos escritos, gráficos, imagenología o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud hace registros, anotaciones y arreglos a las disposiciones sanitarias.
4.6.9.5.	<b>Hospitalización:</b> Internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.
4.6.9.6.	<b>Interconsulta:</b> Consulta médica que otorga una persona con especialidad médica o afín, a solicitud del personal médico tratante, para realizar procedimientos diagnósticos o de tratamiento, con el fin de proporcionar atención médica integral al paciente.
4.6.9.7.	<b>Nota médica:</b> Escrito realizado por el personal médico tratante donde se describen los síntomas, signos que se obtienen de la interrogación, exploración y estudios realizados al paciente durante el servicio de consulta externa o hospitalización.
4.6.9.8.	<b>Paciente:</b> 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 directo de la atención médica (de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012).

#### 4.6.10. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Diciembre, 2021.	Se actualiza el procedimiento por acciones de mejora.

P

e

a



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

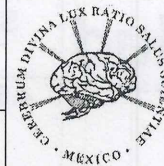
**4.6.11. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO**

- 4.6.11.1. Formato de cita.
- 4.6.11.2. Instructivo de llenado del formato de cita.
- 4.6.11.3. Formato solicitud de ingreso hospitalario.
- 4.6.11.4. Instructivo de llenado de la solicitud de ingreso hospitalario.
- 4.6.11.5. Formato solicitud de estudios de laboratorio.
- 4.6.11.6. Instructivo de llenado de la solicitud de estudios de laboratorio.
- 4.6.11.7. Formato solicitud de estudios de gabinete.
- 4.6.11.8. Instructivo de llenado de la solicitud de estudios de gabinete.
- 4.6.11.9. Formato de receta médica.
- 4.6.11.10. Instructivo de llenado del formato de receta médica.
- 4.6.11.11. Formato del carnet.
- 4.6.11.12. Instructivo de llenado del formato del carnet.
- 4.6.11.13. Formato de solicitud de interconsulta.
- 4.6.11.14. Instructivo de llenado del formato de solicitud de interconsulta.


*Handwritten mark*

*Handwritten signature*

*Handwritten mark*



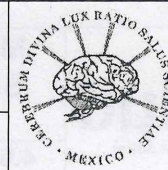
4.6.10.1 Formato de cita.

	<b>DATOS DEL PACIENTE</b>		
	Sr./Sra.: (1)	Edad (3)	Sexo (4)
	Fecha de Nac. (2)		
	No. de Expediente (5)	<b>COBERTURA</b>	
	PAGO PACIENTE (CAJA) / NS		
<b>CITA</b>			
(6)	Remitido por:		
(7)	Fecha: (10)		
(8)	Hora: (11)		
(9)	Consultorio: (12)		
Recomendaciones/Preparación previa:			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar que este comprobante de cita cuente con el nombre correcto de el o la paciente.</li> <li>2. Sea puntual a su cita programada, tenga en cuenta el tráfico en la CDMX.</li> <li>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.</li> <li>4. Debe presentar este comprobante de cita en el módulo de control de citas de consulta externa para confirmar su asistencia.</li> <li>5. Si el paciente acude en Silla de Ruedas o Camilla debe avisar, en el momento que confirma su asistencia.</li> <li>6. Si su número telefónico ha cambiado, favor de pasar al módulo de control de citas para realizar la modificación del nuevo número en el sistema.</li> <li>7. Presentarse aseado y con ropa cómoda (blusa o playera de manga corta para facilitar la toma de signos vitales).</li> <li>8. No es necesario que acuda en ayunas, no se permite consumir alimentos dentro de las instalaciones de consulta externa.</li> </ol> <p style="text-align: center;">*** INDICACIONES PARA SIGNOS VITALES ***</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Presentarse con ropa cómoda (blusa o playera de manga corta)</li> <li>b. Presentarse aseado</li> <li>c. Retirar chamarra o suéter antes de pasar al área de signos vitales.</li> <li>d. presentarse con carnet en mano</li> </ol>			
<b>Nota Médica:</b>			
<small>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) 5606-3922</small>			
<small>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA «MANUEL VELASCO SUÁREZ» - Lic. Sanitaria INNN 04 AM 0013012</small>			

Q

Q

Q



4.6.10.2 Instructivo de llenado del formato cita

<b>General</b>	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)	<b>Sr. o Sra.:</b> Anotar el nombre completo de la persona solicitante empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(2)	<b>Fecha de nacimiento:</b> 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.
(3)	<b>Edad:</b> Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(4)	<b>Sexo:</b> Seleccionar el género con el que se identifica el paciente seleccionando uno de los dos recuadros de manera excluyente. Considerando H = Hombre, M = Mujer.
(5)	<b>Número de expediente:</b> Número de registro provisional.
(6)	<b>Nombre del Médico:</b> Anotar el nombre completo del personal médico que realiza la solicitud.
(7)	<b>Área:</b> Anotar el servicio o área que otorga la preconsulta.
(8)	<b>Tipo de cita:</b> Anotar preconsulta.
(9)	<b>Remitido por:</b> Anotar el nombre completo del personal médico solicitante.
(10)	<b>Fecha:</b> Anotar 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. 06/02/2026.
(11)	<b>Hora:</b> Anotar la hora de la cita en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11)
(12)	<b>Consultorio:</b> Se especifica el edificio y consultorio en donde se le atenderá al paciente.

8



**Salud**  
Secretaría de Salud


**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA  
EXTERNA**

**4.6 Procedimiento para otorgar consulta  
médica (revisión, interconsulta,  
subsecuente, etc.)**

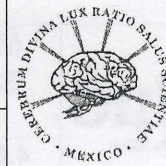


Página  
163 de 197

4.6.10.3 Formato solicitud de ingreso hospitalario

 <p><b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURGÍA</b> <b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> Lic. Sanitaria 04 AM 0913012</p>		Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000 Hora de elaboración: (2) : : Nivel Socioeconómico: (3)
Servicio: (4) Nombre: (7)	Registro: (5) Edad: (8)	Tipo de Paciente: (6) Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M (9) Fecha de Nac: 00/00/0000 (10)
<b>SOLICITUD INGRESO HOSPITALARIO</b>		
DATOS PROPORCIONADOS POR EL MÉDICO (11)		
DIAGNOSTICO (S) _____ ESPECIALIDAD: NEUROLOGÍA <input type="checkbox"/> PSQUIATRIA <input type="checkbox"/> MEDICO SOLICITANTE _____ INTERNAMIENTO URGENTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PACIENTE CON RIESGO DE ALERGIAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> A QUÉ: _____ BRAZALETE ROJO PACIENTE CON RIESGO DE CAIDAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> BRAZALETE AZUL		
INFORMACIÓN OBTENIDA POR ADMISIÓN HOSPITALARIA (12)		
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: _____ <b>NOMBRE Y FIRMA DE QUIÉN AUTORIZA EL INGRESO (13)</b>		
<p>www.inn.salud.gob.mx      Inurgentes Sur #3877, Col. La Fama 14269, México, Ciudad de México Tel. (55) 5606-3822 ext. 2024      Pág. 1</p>		

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*




4.6.10.4 Instructivo de llenado de la solicitud de ingreso hospitalario.

<b>General</b>	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)	<b>Fecha de elaboración:</b> 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)	<b>Hora de elaboración:</b> 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)	<b>Nivel socioeconómico:</b> 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)	<b>Servicio:</b> Se refiere al servicio en el que será atendido el paciente
(5)	<b>Registro:</b> Se refiere al número de expediente que está en el carnet del paciente
(6)	<b>Tipo de paciente:</b> 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)	<b>Nombre:</b> Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres
(8)	<b>Edad:</b> Se refiere a la edad del paciente
(9)	<b>Sexo:</b> Colocar el sexo del paciente usando la palabra hombre, mujer u otro
(10)	<b>Fecha de nacimiento:</b> 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)	<b>Datos proporcionados por el médico:</b> Se anota el diagnóstico, especialidad, personal médico solicitante.
(12)	<b>Información obtenida por admisión hospitalaria:</b> Se anota la fecha de solicitud, nombre del paciente, género, edad, registro, cama, fecha de ingreso y 2 teléfonos.
(13)	<b>Nombre y firma de quien autoriza el ingreso:</b> Anotar el nombre completo del personal médico que elabora el formato, empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres, firma, fecha y número de cédula profesional.



4.6.10.5 Formato de solicitud de estudios de laboratorio.

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

\* 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 + triglicérid)

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)



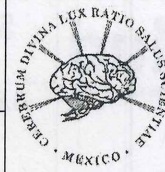
4.6.10.6 Instructivo de llenado del formato de solicitud de estudios de laboratorio.

<b>General</b>	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)	<b>Fecha de solicitud:</b> 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)	<b>Ámbito:</b> Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(3)	<b>Solicitante:</b> Anotar el nombre completo del personal médico que solicita empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(4)	<b>Servicio:</b> Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	<b>Diagnóstico:</b> Anotar el diagnóstico registrado por el personal médico responsable, en relación con el cuadro clínico y los hallazgos radiológicos del paciente.
(6)	<b>Paciente:</b> Anotar el nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(7)	<b>F. Nac:</b> 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)	<b>Sexo:</b> 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)	<b>Pruebas solicitadas:</b> Seleccionar los estudios de laboratorio que se requieren.


o

e

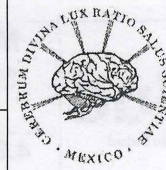
v




- 4.6.10.7 Formato de solicitud de estudios de gabinete.
- a) Formato de solicitud de resonancia magnética.

		INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROC... MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Fecha de Elaboración: (1) Hora de Elabora... (2) Nivel Socioeconómico (3)	
Servicio: (4) Nombre: (7)		Registro: (5) Edad: (8)		Sexo: H (6) M Fecha de Nac: (9)	
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEPARTAMENTO DE NEUROIMAGEN UNIDAD DE RESONANCIA MAGNÉTICA SOLICITUD					
<b>1. DATOS GENERALES (10)</b>					
NOMBRE (10.1)		No. EXP. (10.2)			
EDAD (10.3) GÉNERO F (10.4) H (10.4)		PROCEDENCIA (10.5)			
FECHA (10.6) MÉDICO SOLICITANTE (10.7)					
TÉCNICO RADIOLÓGO (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"/>					
<b>2. ANTECEDENTES (11)</b>					
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"/> QUIMIOTERA PIA <input type="checkbox"/> RA DIOTERA PIA <input type="checkbox"/> QUIRÚRGICO <input type="checkbox"/>					
<b>3. CRITERIO DE SELECCIÓN (12)</b>					
IM PL ANT 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)					
www.inn.salud.gob.mx		Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama, 14269, México D.F. Tel. (55) 5606-3822 ex...		Pag. 1	

*(Handwritten signatures and initials)*



 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

---

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

---

INST R UC TIV O

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 SEDACCIÓN.
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

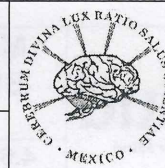
1. Las mismas indicaciones que lo anterior.
2. Ayuno y seguir las indicaciones del médico anestesiólogo.

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



b) Formato de solicitud de tomografía computada.

	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA		Fecha de Elaboración: (1)
	MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Hora de Elaboración: (2)
Servicio: (4)		Registro: (5)	Sexo: H(6) M
Nombre: (7)		Edad: (8)	Nivel Socioeconómico (3)
<p>Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento Departamento de Neuroimagen Unidad de Tomografía Computada SOLICITUD</p>			
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"/> SILLA TURCA <input type="checkbox"/> OÍDOS <input type="checkbox"/> SEÑOS PARANASALES <input type="checkbox"/> COLUMNA VERTEBRAL <input type="checkbox"/> CERVICAL <input type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> LUMBO-SACRA			
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)	



4.6.10.8 Instructivo de llenado del formato solicitud de estudios de gabinete.

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

<b>General</b>	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)	<b>Fecha de elaboración:</b> 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)	<b>Hora de elaboración:</b> Anotar la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).
(3)	<b>Nivel socioeconómico:</b> 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)	<b>Servicio:</b> Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	<b>Registro:</b> Anotar el número de expediente del paciente.
(6)	<b>Sexo:</b> 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)	<b>Nombre:</b> Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	<b>Edad:</b> Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(9)	<b>Fecha de nacimiento:</b> 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)	<b>Datos generales</b>
(10.1.)	<b>Nombre:</b> Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(10.2.)	<b>No. EXP.:</b> Anotar el número de expediente del paciente.
(10.3.)	<b>Edad:</b> Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(10.4)	<b>Género:</b> 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)	<b>Procedencia:</b> Colocar la ubicación del hospital de donde viene el paciente.
(10.6)	<b>Fecha:</b> 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)	<b>Médico solicitante:</b> Nombre completo del personal médico que está solicitando el estudio.
(10.8)	<b>Técnico radiólogo:</b> Colocar el nombre completo del personal técnico radiólogo que realizará el estudio.
(10.9)	<b>Impresión:</b> 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)	<b>Equipo:</b> Colocar en cuál de los dos equipos, en el de 3 Teslas o 1.5 Teslas, se va a realizar el estudio.
(11)	<b>Antecedentes</b>
(11.1)	<b>Resumen de historia clínica:</b> Colocar los antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos, personales patológicos, signos vitales y los datos más relevantes del padecimiento actual.
(11.2.)	<b>Diagnóstico Clínico final:</b> Colocar el diagnóstico sindromático final con el que cuenta el paciente.
(11.3)	<b>Estudios previos:</b> Colocar los estudios de laboratorio y gabinete que tenga previamente el paciente.

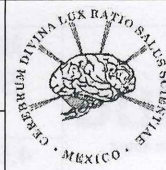


(11.3)	<b>Diagnóstico radiológico final:</b> Colocar el diagnóstico sindromático final con el que cuenta el paciente.
(11.4)	<b>Manejo previo:</b> Colocar cuáles son los medicamentos o terapias que se encuentra tomando la persona paciente.
(12)	<b>Criterios de selección.</b>
(12.1)	<b>Implantes:</b> Colocar si el paciente tiene algún implante o si no lo tiene.
(12.2)	<b>Tipo:</b> Implante que se le colocó al paciente: ortopédico y de qué material, marcapasos, etc.
(12.3)	<b>Otros tipos:</b> Colocar algún otro tipo de implante que se le haya colocado a la persona paciente.
(12.4)	<b>Especifique nombre, día, mes y año de colocación y materiales empleados en su configuración:</b> Colocar las características técnicas del dispositivo implantado junto con el año de colocación.
(13)	<b>Estudios solicitados:</b> Anotar que región y que órgano del cuerpo es la que quiere realizar en el estudio de resonancia magnética.
(14)	<b>Material y métodos.</b>
(14.1)	<b>Contraste:</b> 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)	<b>Tipo:</b> Colocar el tipo de contraste que se utilizará para el estudio diagnóstico, si es yodado o gadolinio, en caso necesario.
(14.3)	<b>Cantidad:</b> 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)	<b>Anestesia:</b> Colocar si el paciente tiene la necesidad de realizarse el estudio bajo sedación o intubación.
(15)	<b>Parámetros para resonancia magnética funcional:</b> 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)	<b>Áreas específicas:</b> 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)	<b>Paradigmas propuestos:</b> 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)	<b>Paradigmas realizados:</b> 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)	<b>Motivo de la realización de resonancia magnética funcional:</b> En caso de que el estudio que se va a realizar sea resonancia magnética funcional, anotar la razón por la cual se está realizando.

*a*

*e*

*p*



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

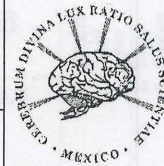
<b>General</b>	Este formato se debe llenar en el Expediente Clínico Electrónico por el personal médico. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	<b>Fecha de elaboración:</b> Anotar la fecha en la 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)	<b>Hora de elaboración:</b> Anotar la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).
(3)	<b>Nivel socioeconómico</b> 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)	<b>Servicio:</b> Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	<b>Registro:</b> Anotar el número de expediente del paciente.
(6)	<b>Sexo:</b> 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)	<b>Nombre:</b> Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	<b>Edad:</b> Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(9)	<b>Fecha de nacimiento:</b> 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)	<b>Datos generales</b>
(10.1.)	<b>Nombre:</b> Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(10.2.)	<b>No. EXP.:</b> Anotar el número de expediente del paciente.
(10.3.)	<b>Edad:</b> Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
(10.4)	<b>Género:</b> 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)	<b>Procedencia:</b> Colocar la ubicación del hospital de donde viene el paciente.
(10.6)	<b>Fecha</b> 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)	<b>Médico solicitante:</b> Nombre completo del personal médico que está solicitando el estudio.
(11)	<b>Antecedentes</b>
(11.1)	<b>Resumen de historia clínica:</b> Colocar los antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos, personales patológicos, signos vitales y los datos más relevantes del padecimiento actual.
(11.2.)	<b>Estudios previos:</b> Colocar los estudios de laboratorio y gabinete que tenga previamente el paciente.
(12)	<b>Estudios solicitados:</b> Colocar digitalmente cuál de los estudios es el que quiere que se le realice al paciente.
(13)	<b>Material y método</b>
(13.1)	<b>Contraste:</b> 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)	<b>Tipo:</b> Colocar el tipo de contraste que se utilizará para el estudio diagnóstico, si es yodado o gadolinio, en caso necesario.
(13.3)	<b>Cantidad:</b> 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  
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA  
EXTERNA**

**4.6 Procedimiento para otorgar consulta  
médica (revisión, interconsulta,  
subsecuente, etc.)**



Página  
173 de 197

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

*f*

*p*

*e*

*g*



**Salud**  
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA  
EXTERNA**

**4.6 Procedimiento para otorgar consulta  
médica (revisión, interconsulta,  
subsecuente, etc.)**



Página  
174 de 197

4.6.10.9 Formato de receta médica.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



Instituto Nacional de  
Neurología y Neurocirugía  
Manuel Velasco Suárez

LIC. SANITARIA 04 AM 0913012 y 09 014 09 0023

Nombre: (1) \_\_\_\_\_

Folio: (3) 198099

Indicaciones Médicas: (2) \_\_\_\_\_

Fecha: (4) \_\_\_\_\_



(9)

Instituto Nacional de  
Neurología y Neurocirugía  
"Manuel Velasco Suárez"

**Subdirección de  
Consulta Externa**

Nombre del Médico: (5) \_\_\_\_\_

Universidad: (6) \_\_\_\_\_ Céd. Prof. (7) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(8) Firma

Insurgentes Sur No. 3877, Col. La Fama C.P. 14269, Tlalpan Ciudad de México  
Tel: 55 5606 3822 | [www.gob.mx/salud/inn](http://www.gob.mx/salud/inn)

*[Handwritten signature]*



4.6.10.10 Instructivo de llenado del formato de receta médica.

<b>General</b>	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)	<b>Nombre:</b> Anotar el nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(2)	<b>Indicaciones médicas:</b> Anotar el nombre del tratamiento, la forma farmacéutica, presentación, dosis, frecuencia, vía de administración, duración e indicaciones.
(3)	<b>Folio:</b> Número consecutivo impreso.
(4)	<b>Fecha:</b> Anotar la fecha en la que se realiza la receta 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.
(5)	<b>Nombre del médico:</b> Anotar el nombre completo del personal médico que elabora empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(6)	<b>Universidad:</b> Indicar la universidad de egreso del personal médico que genera la receta.
(7)	<b>Céd. Prof.:</b> Anotar el número de la cédula profesional del personal médico que genera la receta.
(8)	<b>Firma:</b> Firma del personal médico que genera la receta.
(9)	<b>Sello:</b> La receta debe llevar el sello de la Subdirección de Consulta Externa del Instituto.



4.6.10.12 Instructivo de llenado del formato del carnet.

<b>General</b>	Este formato se debe llenar a mano por parte del personal de consulta externa encargada de dar las citas para interconsultas. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas.
(1)	<b>No de registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica al paciente
(2)	<b>Clave:</b> Se refiere al nivel socioeconómico.
(3)	<b>Nombre:</b> Nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres
(4)	<b>Fecha:</b> Se anota la fecha en la que se realiza la interconsulta en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2026.
(5)	<b>Hora:</b> Se anota la hora en la que se realiza la interconsulta en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11)
(6)	<b>Cita a:</b> Se anota el área donde se hará la interconsulta.
(7)	<b>Firma:</b> Firmara el personal médico que otorga la cita

0

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*





4.6.10.13 Formato solicitud de interconsulta.

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA</b>		Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000
	<b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> 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: <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nac: (10) 00/00/0000
<b>SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA</b>			
<b>SOLICITUD DE INTERCONSULTA</b>			
			REG. NUM: (11)
Nombre: (12)	Edad: (13)	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) _____			
a _____		Núm Cédula: _____	
<b>MÉDICO SOLICITANTE, FIRMA: (22)</b>			
Insurgentes Sur No. 3877, C.P. 14269, México D.F. Tel: 56 06 38 22			

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*



 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS          SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA          EXTERNA</b>		Página 179 de 197
	<b>4.6 Procedimiento para otorgar consulta          médica (revisión, interconsulta,          subsecuente, etc.)</b>		

4.6.10.14 Instructivo de llenado de la solicitud de interconsulta.

<b>General</b>	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)	<b>Fecha de elaboración:</b> 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)	<b>Hora de elaboración:</b> 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)	<b>Nivel socioeconómico:</b> 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)	<b>Servicio:</b> Anotar el servicio en el que es atendido el paciente.
(5)	<b>Registro:</b> Anotar el número de expediente que se encuentra en el carnet del paciente.
(6)	<b>Tipo de paciente:</b> 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)	<b>Nombre:</b> Se refiere al nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	<b>Edad:</b> Se refiere a la edad en años cumplidos del paciente
(9)	<b>Sexo:</b> Género del paciente
(10)	<b>Fecha de nacimiento:</b> 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)	<b>REG NUM (Número de registro):</b> Se refiere al número de expediente que aparece en el carnet del paciente
(12)	<b>Nombre:</b> Se refiere al nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombre(s).
(13)	<b>Edad:</b> Se refiere a la edad del paciente.
(14)	<b>Género:</b> Marcar con una X si es hombre o mujer el paciente.
(15)	<b>Solicita a:</b> Se refiere al área o servicio al que se le está solicitando la interconsulta.
(16)	<b>Cama:</b> Se refiere al número de cama en caso de estar hospitalizado el paciente.
(17)	<b>Procedencia:</b> Se refiere al área o servicio que está atendiendo al paciente y solicita la interconsulta.
(18)	<b>Diagnóstico presuntivo / o síntomas:</b> El personal médico tratante emite un diagnóstico provisional o los síntomas que presenta en el momento de la revisión.
(19)	<b>Fecha:</b> 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)	<b>Hora:</b> Anotar la hora en la que se realiza la interconsulta en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11)
(21)	<b>Firmado por:</b> Nombre completo, fecha, número de cédula profesional del personal médico que solicita la interconsulta.
(22)	<b>Médico solicitante, firma:</b> Firma autógrafa del personal médico que elabora la solicitud.




 <p><b>Salud</b> Secretaría de Salud</p>	<p align="center"><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA</b></p> <p align="center"><b>4.7 Procedimiento para el alta médica institucional (baja del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez)</b></p>		<p align="right">Página 181 de 197</p>
---	--	---	--

#### 4.7.1. PROPÓSITO

Identificar a aquellos pacientes que por su condición puedan ser dados de alta definitiva del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez y sean referidos a unidades de salud de primer y segundo nivel correspondientes para continuar su atención, con el fin de optimizar la capacidad institucional para brindar atención oportuna a nuevos pacientes con patología compleja del sistema nervioso que requieran atención especializada.

#### 4.7.2. ALCANCE

4.7.2.1. Alcance Interno: Interviene el personal médico adscrito a las subdirecciones de la Dirección Médica y al personal investigador clínico dependiente de la Dirección de Investigación, quienes otorgan consulta a pacientes; el personal del Departamento de Control y Referencia de Pacientes, al Departamento de Comunicación Social y Departamento de Trabajo Social quienes intervienen en el procedimiento.

4.7.2.2. Alcance Externo: No aplica.

#### 4.7.3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

4.7.3.1. Es candidato a la alta médica institucional (baja del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Manuel Velasco Suárez) todo paciente al cual ya se le resolvió/curó/controló el padecimiento por el cual fue aceptado (curación o control), y que ya no obtenga algún beneficio adicional por intervenciones que se realicen de forma exclusiva en este Instituto o en otros centros terciarios de atención.

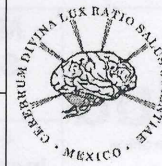
4.7.3.2. Todo el personal médico adscrito independientemente de su especialidad o área de adscripción puede tomar la decisión e indicar el alta médica institucional del paciente, posterior a cualquier consulta médica.

4.7.3.3. El alta médica institucional se realizará una vez que el personal médico adscrito revisor del caso lo considere adecuado y lo indique en el carnet con un sello o escribiendo con letra grande y clara la leyenda: "ALTA INSTITUCIONAL".

4.7.3.4. El personal médico adscrito que decide el alta médica institucional del paciente es responsable de elaborar en el sistema electrónico institucional el formato de referencia y contrarreferencia, indicar "ALTA INSTITUCIONAL" como motivo de envío, dirigida a la unidad de salud de primer o segundo nivel, según lo amerite su patología y según corresponda por su lugar de residencia.

4.7.3.5. El personal médico adscrito que decide el alta médica institucional es responsable de entregar de forma impresa al paciente, el formato de referencia y las instrucciones para garantizar la continuidad de su atención; así como indicarle los requisitos para volver a solicitar atención en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Manuel Velasco Suárez, en caso de ser necesario.

*[Handwritten signatures in blue ink]*



- 4.7.3.6. El personal médico adscrito que decide el alta médica institucional es responsable de entregar al paciente las recetas por escrito, resúmenes e informes necesarios y las indicaciones claras sobre su estado de salud al momento de indicar su egreso.
- 4.7.3.7. La persona titular del Departamento de Tecnologías de la Información o personal asignado por ésta será responsable de generar mecanismos de bloqueo automáticos en el expediente clínico electrónico cuando se otorgue el alta médica institucional, bloqueando la generación de nuevos formatos, cualesquiera que estos sean, excepto aquellos que se realicen en el servicio de urgencias.
- 4.7.3.8. Todo paciente dado de alta médica institucional que requiera nuevamente ser atendido por consulta externa, será considerado como Paciente Nuevo, por lo que tendrá que realizar nuevamente el trámite de evaluación inicial o acceder mediante el servicio de urgencias médicas para la reactivación de su expediente.
- 4.7.3.9. Solamente se podrá reactivar el expediente de la persona solicitante una vez que sea reevaluado el caso en cuestión y se determine que la patología que previamente presentaba el paciente se descontrolló o que cuenta con un nuevo diagnóstico, en ambos casos el criterio de reactivación dependerá exclusivamente de que el paciente se beneficie de servicios o procedimientos que existen en este Instituto y que no puedan ser otorgados en NINGÚN OTRO CENTRO HOSPITALARIO.
- 4.7.3.10. Se establecerán dentro de lo posible, contratos de subrogación de servicios con las diferentes instituciones de salud a nivel nacional para garantizar la continuidad de la atención del paciente dado de alta médica institucional (Baja del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez).
- 4.7.3.11. El personal de los departamentos de Trabajo Social, de Control y Referencia de Pacientes y de Urgencias serán responsables de verificar en el sistema electrónico que el expediente del paciente no se encuentre marcado como alta médica institucional, para proceder a la realización de cualquier trámite que requiera el paciente.
- 4.7.3.12. Las personas autorizadas para solicitar la reactivación del expediente clínico de un paciente que fue dado de alta institucional, mediante el formato de reactivación de expediente, son:
- Titular de la Dirección General
  - Titular de la Dirección Médica.
  - Titular de la Subdirección de Consulta Externa y/o personal designado por esta.
  - Titular del Departamento de Control y Referencia de Pacientes,
  - Titular del Departamento de Urgencias y/o personal designado por ésta.



**4.7.4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

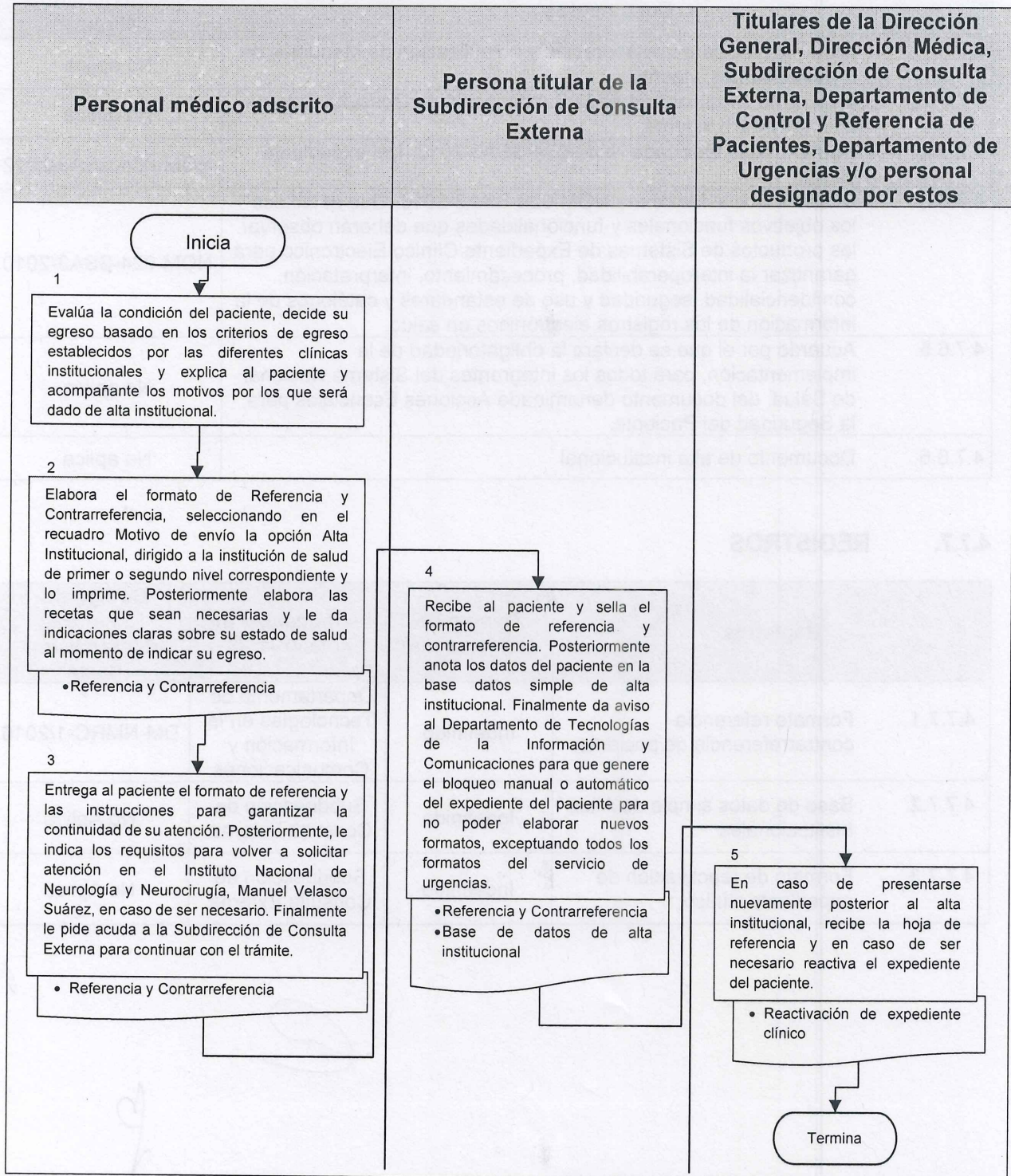
Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal médico adscrito	1	Evalúa la condición del paciente, decide su egreso basado en los criterios de egreso establecidos por las diferentes clínicas institucionales y explica al paciente y acompañante los motivos por los que será dado de alta institucional.	
Personal médico adscrito	2	Elabora el formato de Referencia y Contrarreferencia, seleccionando en el recuadro Motivo de envío la opción Alta Institucional, dirigido a la institución de salud de primer o segundo nivel correspondiente y lo imprime. Posteriormente elabora las recetas que sean necesarias y le da indicaciones claras sobre su estado de salud al momento de indicar su egreso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato de Referencia y Contrarreferencia</li> </ul>
Personal médico adscrito	3	Entrega al paciente el formato de referencia y las instrucciones para garantizar la continuidad de su atención. Posteriormente, le indica los requisitos para volver a solicitar atención en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Manuel Velasco Suárez, en caso de ser necesario. Finalmente le pide acuda a la Subdirección de Consulta Externa para continuar con el trámite.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato de referencia y contrarreferencia</li> </ul>
Personal Titular de la Subdirección de Consulta Externa	4	Recibe al paciente y sella el formato de referencia y contrarreferencia. Posteriormente anota los datos del paciente en la base datos simple de alta institucional. Finalmente da aviso al Departamento de Tecnologías de la Información y Comunicaciones para que genere el bloqueo manual o automático del expediente del paciente para no poder elaborar nuevos formatos, exceptuando todos los formatos del servicio de urgencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato de referencia y contrarreferencia</li> <li>• Base de datos simple de alta institucional</li> </ul>
Titulares de la Dirección General, Dirección Médica, Subdirección de Consulta Externa, Departamento de Control y Referencia de Pacientes, Departamento de Urgencias y/o	5	En caso de presentarse nuevamente posterior al alta institucional, recibe la hoja de referencia y en caso de ser necesario reactiva el expediente del paciente.  <b>TERMINA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato de reactivación de expediente clínico.</li> </ul>

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*





**4.7.5. DIAGRAMA DE FLUJO**





*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*



#### 4.7.6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos		Código (cuando aplique)
4.7.6.1.	Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos, vigente	No aplica
4.7.6.2.	Manual de Organización de la Subdirección de Consulta Externa del INNNMVS, vigente.	No aplica
4.7.6.3.	Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	NOM-004-SSA3-2012
4.7.6.4.	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
4.7.6.5.	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.	No aplica
4.7.6.6.	Documento de alta institucional	No aplica

#### 4.7.7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.7.7.1. Formato referencia-contrarreferencia de paciente.	Indefinido	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	DM-NMRC-1/2016
4.7.7.2. Base de datos simple de Altas Institucionales	Indefinido	Subdirección de Consulta Externa	No Aplica
4.7.7.3. Formato de reactivación de expediente clínico.	Indefinido	Subdirección de Consulta Externa	No Aplica

 <p><b>Salud</b> Secretaría de Salud</p>	<p align="center"><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA</b></p> <p align="center"><b>4.7 Procedimiento para el alta médica institucional (baja del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez)</b></p>		<p align="right">Página 187 de 197</p>
---	--	---	--

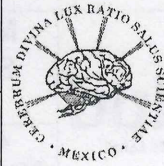
#### 4.7.8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

4.7.8.1.	<b>Alta:</b> Autorización que da el personal médico para la reincorporación de un paciente a la vida ordinaria.
4.7.8.2.	<b>Alta Institucional:</b> Procedimiento por el cual un paciente tratado en este Instituto se egresa para continuar su atención médica en unidades de primer y/o segundo nivel de atención, una vez curada o controlada la enfermedad por la cual ingresó.
4.7.8.3.	<b>Atención médica:</b> Servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.
4.7.8.4.	<b>Criterios:</b> Requisitos médicos establecidos internamente por el personal médico adscrito a las diferentes clínicas del Instituto, al igual que requisitos administrativos establecidos por la Subdirección de Consulta Externa.
4.7.8.5.	<b>Demandante:</b> Persona que para si o para otro solicita la prestación de un servicio de atención médica (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).
4.7.8.6.	<b>Egreso hospitalario:</b> Procedimiento técnico administrativo que se efectúa cuando el paciente abandona el área de hospitalización para continuar su tratamiento en el Instituto de forma ambulatoria.
4.7.8.7.	<b>Expediente clínico electrónico:</b> Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables (de acuerdo a la NOM 004).
4.7.8.8.	<b>Número de registro:</b> Número único de identificación (NOM-004-SSA3-2012) consecutivo asignado de forma automática por el sistema del expediente electrónico institucional a cada persona con base en las metas internacionales de seguridad del paciente. Es provisional antes de que el usuario sea aceptado para su atención en el Instituto, y es considerado definitivo una vez que ya se aceptó al usuario como paciente Institucional.
4.7.8.9.	<b>Paciente:</b> 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 directo de la atención médica (de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012).
4.7.8.10.	<b>Paciente ambulatorio:</b> Todo aquel usuario de servicios de atención médica que no necesita hospitalización (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).
4.7.8.11.	<b>Referencia-contrarreferencia:</b> Procedimiento médico-administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.
4.7.8.12.	<b>Usuario:</b> Toda aquella persona, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica (de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012 y Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*



**4.7.9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO**


Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
00	Diciembre, 2021	Se crea el procedimiento debido a las necesidades institucionales.
01	Febrero, 2026.	Se aplican mejoras.

**4.7.10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO**

- 4.7.10.1. Formato referencia-contrarreferencia de paciente.
- 4.7.10.2. Instructivo de llenado del formato referencia-contrarreferencia de paciente.
- 4.7.10.3. Formato base datos simple de altas institucionales.
- 4.7.10.4. Instructivo de llenado del formato base de datos simple de altas institucionales.
- 4.7.10.5. Formato de reactivación del expediente clínico.
- 4.7.10.6. Instructivo de llenado del formato de reactivación del expediente clínico.



4.7.10.1 Formato de referencia y contrarreferencia.

 <p><b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA</b> MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012</p>		<p>(1) Nivel Socioeconómico <input type="text" value="1"/></p>
Servicio: <input type="text" value="Cognición y Conducta Cex"/>	Registro: <input type="text" value="110029"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> M
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"/>
Teléfono 1: <input type="text" value="5553412572"/>	Teléfono 2: <input type="text" value="54455673"/>	DM-NMRC-1/2016
<b>REFERENCIA - CONTRARREFERENCIA DE PACIENTE</b>		
(2) Marque con una "X" si se trata de: Referencia <input type="checkbox"/> Contrarreferencia <input type="checkbox"/>		
<b>DATOS DE LA UNIDAD DE REFERENCIA O CONTRARREFERENCIA</b>		
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."/>		
(4) Dirección: <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"/>		
<b>MOTIVO DE ENVÍO</b>		
(5) Motivo del envío: <input type="text" value="Alta Médica Institucional"/>		
Especificar: (6) <input type="text" value="XVZXVZX"/>		
(7) RESUMEN CLÍNICO (SIN ABREVIATURAS)		
Padecimiento actual, estudios de laboratorio y gabinete, imagenología, diagnóstico, tratamiento, evolución pronóstico y seguimiento		
<input type="text" value="ZXVZXCV"/>		
(8) El caso es urgente: <input type="text" value="SI"/>		
<b>OBSERVACIONES:</b> (9)		
<input type="text" value="XC-ZXZXIC"/>		
Firmado por: <input type="text" value="SMSM SM"/> Ciudad de México a <input type="text" value="15/05/2021"/>	<b>MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO</b>	
(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"/>		
<p><small>www.innran.salud.gob.mx      Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama 14250, México, Ciudad de México Tel. (55) 5626-5622 ext. 2024      Pág. 1</small></p>		



2

**INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURGÍA**  
MANUEL VELASCO SUÁREZ  
Lic. Sanitario 04 AM 0913012

Nivel Socioeconómico

Servicio: <b>Coacción y Conducta Cex</b>	Registro: <b>110029</b>	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X
Nombre: <b>PULIDO ZEPEDA MARIA GUADALUPE</b>	Edad: <b>61</b>	Fecha de Nac: <b>01/01/1960</b>

¡EXCELENTES NOTICIAS!  
USTED SE ENCUENTRA DADO DE ALTA DEL INSTITUTO POR MEJORA, CONTROL O CURACIÓN.

Por medio de la presente le recordamos que el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez es un centro de referencia Terciario (Altamente especializado) y recibimos muchos pacientes con enfermedades graves y complejas de todo el país. Así como le ayudamos a usted y a su familia a estar mejor, existen muchos otros pacientes y familias que necesitan de nuestra ayuda, y no hay espacio suficiente para ellos. Por tal motivo, necesitamos de su cooperación para seguir las siguientes instrucciones:

- 1.- Usted está dado de alta de este Instituto porque la enfermedad por la cual llegó se curó o mejoró lo suficiente como para no ser requerida su atención en tercer nivel.
- 2.- Entregue este formato al médico que lo reciba en el Hospital de Referencia al que lo enviamos.
- 3.- Se otorga esta hoja de Referencia / Contrareferencia dirigida a la unidad médica más cercana a su domicilio para que continúe con el seguimiento de su enfermedad. Usted será referido a un Hospital General o centro de salud para continuar con su atención.
- 4.- **ESTA NO ES UN ALTA DEFINITIVA**, si llegara a requerirlo, se le brindará atención en el servicio de urgencias de este Instituto, siempre y cuando se trate de una urgencia Real y calificada por la que se presenta.
  - a) Su expediente será guardado y archivado durante el tiempo que marca la ley.
- 5.- En caso de requerir nuevamente una valoración por parte de la CONSULTA EXTERNA para retomar su seguimiento por recurrencia del padecimiento que lo trajo en un principio, o aparición de otro padecimiento NUEVO que se trate en el Instituto, estos son los documentos que **DEBE DE PRESENTAR NUEVAMENTE (COMO SI FUERA LA PRIMERA VEZ QUE ACUDE)**:
  - a) Su caso será revalorado por médicos especialistas y se tomará la decisión que sea pertinente para que usted esté mejor.

\*INSTRUCCIONES PARA REINGRESO\*

**1. POR CORREO ELECTRÓNICO**  
¿Cómo? Enviar su REFERENCIA MEDICA y CARTAS DE NO DERECHO A BIENIA DEL IMSS E ISSSTE al correo [evaluacioninicial@innn.edu.mx](mailto:evaluacioninicial@innn.edu.mx)

Todas las REFERENCIAS MEDICAS deben llevar estas Características INDISPENSABLES.

- 1.- ÚNICAMENTE de Hospital General, otros Institutos Nacionales de Salud o médico particular ESPECIALISTA
- 2.- Dirigida al servicio de Consulta Externa de este Instituto
- 3.- Especificando enfermedad y motivo de referencia
- 4.- Vigencia de 3 meses Escaneada

\*\*\*\*Formato PDF\*\*\*\*  
\*NO FOTOS\*

Comprobantes timbrados y sellados de no-derecho a bienia (Obténelos por internet) del IMSS e ISSSTE (Triptico Guía).  
\*\*\* Original y Copia  
\*\*\* La respuesta con instrucciones se enviará en 2 días HÁBILES.

**2. PRESENCIAL**  
¿Dónde? Puerta 2 del Instituto, CIS - Centro Integral de Servicios  
¿Cuándo? (Sujeto a cambios) de lunes a viernes de 08:00 a 12:00 y de 16:00 a 18:00 horas (Excepto días feriados oficiales y días no laborales en el Instituto: jueves y viernes Santo, 12 de octubre y 2 de noviembre).  
¿Cómo? Deben acudir el paciente y un acompañante (Responsable Legal) con amplia disponibilidad de tiempo con los siguientes documentos:

- 1.- REFERENCIA MEDICA \*\*Original
- 2.- Identificación oficial vigente (INE, Pasaporte, Cartilla) \*\*Original y Copia

www.innn.salud.gob.mx      Inurgentes Sur #3877, Col. La Fama 14209, México, Ciudad de México Tel (55) 5036-3802 ext. 2024      Pág. 2



**Salud**  
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA  
EXTERNA**



**4.7 Procedimiento para el alta médica  
institucional (baja del Instituto Nacional de  
Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco  
Suárez)**



Página  
191 de 197

<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA</b>		3
<b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b>		
Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Nivel Socioeconómico <input type="text" value="1"/>
Servicio: <input type="text" value="Cognición y Conducta Cex"/>	Registro: <input type="text" value="110029"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X
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"/>
<p>3.-Comprobantes firmados y sellados de no-derechohabencia (Obtenerlos por internet) del IMSS e ISSSTE (Tríptico Guía). **Original y Copia</p> <p>4.-Clave Única de Registro de Población (CURP) **Original y Copia</p> <p>5.-TODOS los estudios que le hayan realizado (Sangre e Imagen) **Originales</p> <p>6.-Acta de Nacimiento (al menos 18 años CUMPLIDOS) **Original y Copia</p>		
<p>www.inn.salud.gob.mx</p> <p style="text-align: center;">Insurgentes Sur #3677, Col. La Fama 14269, México, Ciudad de México Tel: (55) 5606-3602 ext. 2004</p> <p style="text-align: right;">Pág. 3</p>		

*(Handwritten signatures and initials in blue ink)*

 <b>Salud</b> Secretaría de Salud	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS          SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA          EXTERNA</b>		Página 192 de 197
	<b>4.7 Procedimiento para el alta médica          institucional (baja del Instituto Nacional de          Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco          Suárez)</b>		

4.7.10.2 Instructivo de llenado del formato de referencia y contrarreferencia

<b>General</b>	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)	<b>Nivel socioeconómico, Servicio, Registro, Sexo, Nombre, Edad, Fecha de Nacimiento, Teléfono 1, Teléfono 2:</b> 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)	<b>Marque con una "X" si se trata de:</b> Marcar el campo correspondiente a la institución que se refiere al paciente de acuerdo con su patología.
(3)	<b>Institución:</b> 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)	<b>Dirección:</b> 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)	<b>Motivo del envío:</b> Seleccionar de las opciones desplegables la que corresponda al paciente en específico.
(6)	<b>Especificar:</b> Especificar porqué se refiere.
(7)	<b>Resumen clínico:</b> Elaborar resumen del caso en cuestión con los lineamientos mínimos que marca la NOM-004 del expediente clínico.
(8)	<b>El caso es urgente:</b> Seleccionar la opción SI o NO.
(9)	<b>Observaciones:</b> Incluir cualquier observación pertinente.
(10)	<b>Nombre completo del médico, cédula y firma elaboró:</b> Nombre completo, número de cédula profesional y al momento de imprimir el formato, la firma autógrafa del personal médico que elabora la referencia.
(11)	<b>Nombre completo del médico, cédula y firma autorizó:</b> Debe ser firmado de manera autógrafa por el Titular de la Subdirección de Consulta Externa, personal jefe de servicio, encargado, equivalente o superior jerárquico.



**Salud**  
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA  
EXTERNA**

**4.7 Procedimiento para el alta médica  
institucional (baja del Instituto Nacional de  
Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco  
Suárez)**



Página  
193 de 197

4.7.10.3 Base de datos simple de altas institucionales

ALTA INSTITUCIONAL (BAJA DEL INNNMVS)				
NÚMERO CONSECUTIVO	NOMBRE DEL PACIENTE	REGISTRO	NOMBRE DEL MÉDICO QUE INDICA EL ALTA	FECHA DEL ALTA
1 (1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2				
3				
4				
5				

g

e p



**Salud**  
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA  
EXTERNA**

**4.7 Procedimiento para el alta médica  
institucional (baja del Instituto Nacional de  
Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco  
Suárez)**



Página  
194 de 197

4.7.10.4 Instructivo de llenado del formato base de datos simple de Altas Institucionales

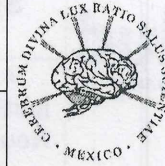
<b>General</b>	Este formato se debe llenar por el personal médico. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	<b>Número consecutivo:</b> Registrar el número consecutivo del paciente dado de alta Institucional.
(2)	<b>Nombre del paciente:</b> Anotar el nombre completo del paciente dado de alta institucional.
(3)	<b>Registro:</b> Colocar el número de registro del paciente dado de Alta institucional.
(4)	<b>Nombre del médico que indica el alta:</b> Colocar el nombre completo del personal médico (Revisor) que indicó el alta institucional del paciente.
(5)	<b>Fecha del alta:</b> Anotar la fecha en la que se otorgó el alta institucional al paciente.



**Salud**  
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA  
EXTERNA**

**4.7 Procedimiento para el alta médica  
institucional (baja del Instituto Nacional de  
Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco  
Suárez)**



Página  
195 de 197

4.7.10.5 Formato de reactivación del expediente clínico

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURGÍA</b>		Fecha de elaboración:	06/07/2021	
	<b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b>		Hora de elaboración:	10:53	
	Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Nivel Socioeconómico	2	
Servicio:	Hosp. Neurocirugía	Registro:	272631	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
Nombre:	BASURTO SAMPERIO VALENTE	Edad:	75	Fecha de Nac:	22/12/1945

**Formato de reactivación del expediente clínico**

1. Servicio de Reingreso <sup>(1)</sup>

b. Consulta Externa

Otro servicio <sup>(2)</sup>

2. Motivo de Reingreso <sup>(3)</sup>

a. Recaída

Otro motivo: <sup>(4)</sup>

3. Diagnóstico (NUEVO O DESCONOCIDO) <sup>(5)</sup>

.....

.....

.....

4. Clínica a la que se envía: <sup>(6)</sup>

.....

5. Médico Revisor <sup>(7)</sup>

6. Médico que autoriza la reactivación del expediente <sup>(8)</sup>

Firmado por: SM SM SM  
Ciudad de México, a 06/07/2021

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*



4.7.10.6 Instructivo de llenado del formato de reactivación del expediente clínico

<b>General</b>	Este formato debe ser llenado de forma completa y correcta por el personal autorizado para solicitar reactivación de expediente clínico de paciente dado de alta institucional (4.7.3.11). Se elabora en el sistema electrónico institucional, evitando el uso de abreviaturas. Se imprime
(1)	<b>Servicio de reingreso:</b> Seleccionar en el menú desplegable el servicio al cual se presenta el paciente
(2)	<b>Otro servicio:</b> Registrar el nombre del servicio, en caso de no aparecer en el menú desplegable.
(3)	<b>Motivo de reingreso:</b> Seleccionar del menú desplegable el motivo de reingreso.
(4)	<b>Otro motivo:</b> Colocar en texto libre en caso de no aparecer en el menú desplegable.
(5)	<b>Diagnóstico:</b> Colocar el diagnóstico por el cual el paciente solicita el reingreso, especificando si es un diagnóstico nuevo o es la patología por la cual ya era conocido el paciente.
(6)	<b>Clínica a la que se envía:</b> Especificar la clínica que fungirá como revisora del caso.
(7)	<b>Médico revisor:</b> Seleccionar del menú desplegable el nombre del personal médico que será revisor del caso
(8)	<b>Médico que autoriza la reactivación del expediente:</b> Nombre completo y firma autógrafa del Titular de la Subdirección de Consulta Externa, o jefe de servicio, encargado, equivalente o superior jerárquico que autoriza.



**Salud**  
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA  
EXTERNA**



Página  
197 de 197

**HOJA DE AUTORIZACIÓN**

ELABORÓ

DR. MANUEL ALEJANDRO DEL RÍO QUIÑONES  
SUBDIRECTOR DE CONSULTA EXTERNA

REVISÓ Y 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

