



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE OTONEUROLOGÍA

FEBRERO, 2026



CONTENIDO

| | | |
|------|--|-----|
| 1 | INTRODUCCIÓN | 3 |
| 2 | OBJETIVO DEL MANUAL | 4 |
| 3 | MARCO JURÍDICO | 5 |
| 4 | PROCEDIMIENTOS | 18 |
| 4.1. | PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR PRECONSULTA DE OTONEUROLOGÍA..... | 19 |
| 4.2. | PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES QUE AMERITEN HISTORIA CLÍNICA | 42 |
| 4.3 | PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR CITA MÉDICA SUBSECUENTE O DE REVISIÓN..... | 70 |
| 4.4 | PROCEDIMIENTO PARA LA PROGRAMACIÓN Y REALIZACIÓN DE CIRUGÍA DE OTONEUROLOGÍA..... | 102 |
| 4.5 | PROCEDIMIENTO PARA LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA, EVALUACIÓN, ACTIVACIÓN Y REPROGRAMACIÓN DE IMPLANTES AUDITIVOS (OSTEOINTEGRADO O COCLEAR) | 136 |

0

P

Q

A

1 INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

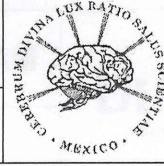
En este contexto, el manual constituye un instrumento administrativo que servirá como guía metodológica para el desarrollo de las funciones y en la medida que se mejore o actualice se promoverá la eficiencia y calidad en los servicios prestados por el área.

p

e

o

A



2 OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer los procedimientos, políticas y normas necesarios para orientar y facilitar el desarrollo de las actividades encomendadas y servir como instrumento de consulta para los servidores públicos con relación a cada uno de los pasos que deben seguirse y las áreas que participan en cada una de las actividades desarrolladas por el Departamento de Otoneurología para brindar atención oportuna al paciente con enfermedades del oído, sistema vestibular, sistema auditivo, base de cráneo anterior, media y posterior relacionadas con las neurociencias.

g

y

e

A

3 MARCO JURÍDICO¹

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

Leyes

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

Ley de Amparo
DOF 02/04/2013

Ley de Asistencia Social
DOF 02/09/2004

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ley de Migración
DOF 25/05/2011

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

Ley de Planeación

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



Salud
Secretaría de Salud

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**DEPARTAMENTO DE
OTONEUROLOGÍA**



Página
6 de 179

DOF 05/01/1983

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

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

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

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

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

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

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

Ley Federal contra la Delincuencia Organizada
DOF 07/11/1996

Ley Federal de Austeridad Republicana
DOF 19/11/2019

Ley Federal de Derechos
DOF 31/12/1981

Ley Federal de Deuda Pública
DOF 31/12/1976

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

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

Ley Federal de Procedimiento Administrativo
DOF 04/08/1994

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

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

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

p

e

o

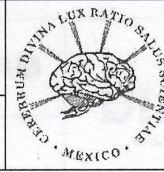
h



Salud
Secretaría de Salud

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**DEPARTAMENTO DE
OTONEUROLOGÍA**



Página
8 de 179

Ley General de Salud
DOF 07/02/1984

Ley General de Sociedades Mercantiles
DOF 04/08/1934

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

Ley General de Víctimas
DOF 09/01/2013

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

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

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

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

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

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

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

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

Códigos

Código Civil Federal
DOF 26/05/1928

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

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

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

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



Salud
Secretaría de Salud

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DEPARTAMENTO DE OTONEUROLOGÍA



Página
9 de 179

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

Código Fiscal de la Federación
DOF 31/12/1981

Código Nacional de Procedimientos Penales
DOF 05/03/2014

Código Penal Federal
DOF 14/08/1931

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

Disposiciones internacionales

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

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

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

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

Reglamentos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos
DOF 20/02/1985

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

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



Salud
Secretaría de Salud

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**DEPARTAMENTO DE
OTONEUROLOGÍA**



Página
11 de 179

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

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

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

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

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

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

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

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

Acuerdos

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

Acuerdo que tiene por objeto emitir las disposiciones generales en las materias de Archivos y Transparencia para la Administración Pública Federal y su anexo único
DOF 03/03/2016

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

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

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

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



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

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

Acuerdo por el que se reconocen como equivalentes los requisitos establecidos en los artículos 161 Bis, 167, 169, 170 y 177 del Reglamento de Insumos para la Salud y a los procedimientos de evaluación técnica realizados por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios para el otorgamiento del registro sanitario de los insumos para la salud a que se refieren los artículos 2o., fracciones XIV, XV, incisos b y c y 166, fracciones I, II y III del Reglamento de Insumos para la Salud; en relación con los artículos 222 y 229 de la Ley General de Salud, los requisitos solicitados y procedimientos de evaluación realizados; así como la importación de medicamentos con o sin registro sanitario en México, dirigido a cualquier enfermedad o padecimiento, que estén autorizados por las siguientes autoridades reguladoras: Agencia Suiza para Productos Terapéuticos-Swissmed, Comisión Europea, Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América, Ministerio de Salud de Canadá, Administración de Productos Terapéuticos de Australia, Agencias Reguladoras de Referencia OPS/OMS; precalificados por el Programa de Precalificación para Medicamentos y Vacunas de la Organización Mundial de la Salud o Agencias Reguladoras miembros del Esquema de Cooperación de Inspección Farmacéutica
DOF 28/01/2020

Acuerdo por el que se modifican las disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio profesional de carrera, así como el Manual administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y el Manual del Servicio Profesional de Carrera
DOF 17/05/2019

Acuerdo por el que se levanta la suspensión de plazos y términos aplicables en los trámites y procedimientos administrativos sustanciados ante la Secretaría de Relaciones Exteriores, así como por el que se dan a conocer al público en general los trámites y servicios que continuarán realizándose a través de medios electrónicos
DOF 16/06/2023

Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se dan a conocer los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria, publicado el 28 de enero de 2011 y el diverso por el cual se dan a conocer los formatos de los trámites a cargo de la Secretaría de Salud que se indican
DOF 24/01/2022

Acuerdo que tiene por objeto emitir las Políticas y Disposiciones para la Estrategia Digital Nacional, en materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, y en la Seguridad de la Información, así como establecer el Manual Administrativo de aplicación general en dichas materias
DOF 08/05/2014

Acuerdo que modifica al diverso por el que se instruye a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como a la Procuraduría General de la República a abstenerse de emitir regulación en las materias que se indican



DOF 21/08/2012

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

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

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

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

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

Documentos normativos administrativos institucionales

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

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

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

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

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

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

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

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



Otras disposiciones

Programa Sectorial de Salud 2025-2030
DOF 04/09/2025

Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030
DOF 15/04/2025

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

Guías y disposiciones administrativas

Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de organización específicos de la Secretaría de Salud
Septiembre 2013

Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud
Septiembre 2013

Normas Oficiales Mexicanas

NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud
DOF 2012/11/30

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

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

NORMA Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2017, para la organización y funcionamiento de los servicios de radioterapia
DOF 20/02/2024.



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

NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la Práctica de la Anestesiología
DOF 23/03/2012

NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SE-2021, Sistema General de Unidades de Medida
DOF 29/12/2023

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

NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la Vigilancia Epidemiológica

| | | | |
|---|--------------------------------------|--|---------------------|
|  Salud Secretaría de Salud | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Página 15 de 179 |
| | DEPARTAMENTO DE OTONEUROLOGÍA | | |

DOF 19/02/2013

NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud

DOF 02/09/2013

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

DOF 21/08/1996

NORMA Oficial Mexicana Nom-025-SSA2-2014, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médica-Psiquiátrica

DOF 04/09/2015

NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos

DOF 17/09/2013

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

DOF 04/09/2013

NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones

DOF 21/08/2009

NORMA Oficial Mexicana NOM-028-STPS-1994, Seguridad-Código de colores para la identificación de fluidos conducidos en tuberías

DOF 24/05/1994

NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial Sistémica

DOF 31/05/2010

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

DOF 12/09/2013

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

DOF 26/08/2015

NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los Servicios de Salud y Atención Médica Prehospitalaria

DOF 23/09/2014

NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, para la Vigilancia Epidemiológica, prevención y control de las Infecciones Nosocomiales



DOF 20/11/2009

B

A

Q

A

| | | | |
|---|---|--|---------------------|
|  Salud Secretaría de Salud | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE OTONEUROLOGÍA |  | Página 16 de 179 |
|---|---|--|---------------------|

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

(Handwritten marks: a large 'A' on the left, a 'p' on the right, and a signature 'e' at the bottom center.)

| | | | |
|---|--|--|-----------------------------|
|  <p>Salud Secretaría de Salud</p> | <p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <hr/> <p>DEPARTAMENTO DE OTONEUROLOGÍA</p> |  | <p>Página 17 de 179</p> |
|---|--|--|-----------------------------|

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

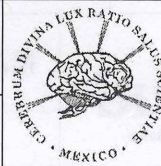
NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades, aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano
DOF 28/09/2012

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 al mes de 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.

[Handwritten signatures in blue ink]



4 PROCEDIMIENTOS



**4.1. Procedimiento para la otorgar
preconsulta de otoneurología**

**4.1. PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR PRECONSULTA DE
OTONEUROLOGÍA**

El Departamento de Otorrinolaringología brinda el servicio de preconsultas de lunes a viernes en el horario de 08:00 a 16:00 horas, excluyendo los días festivos oficiales y aquellos días en los que el personal médico no comparezca al trabajo.

El paciente debe acudir al servicio de preconsultas del Departamento de Otorrinolaringología con la siguiente documentación:

- Copia de la historia clínica médica emitida por el médico tratante del Hospital General de México, o del Hospital de Especialidades en Otorrinolaringología, o del Hospital de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, o del Hospital de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, o del Hospital de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, o del Hospital de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.
- Copia de la historia clínica médica emitida por el médico tratante del Hospital General de México, o del Hospital de Especialidades en Otorrinolaringología, o del Hospital de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, o del Hospital de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, o del Hospital de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.
- Copia de la historia clínica médica emitida por el médico tratante del Hospital General de México, o del Hospital de Especialidades en Otorrinolaringología, o del Hospital de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, o del Hospital de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, o del Hospital de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.

8

+

+

| | | | |
|---|--|--|---|
|  <p>Salud Secretaría de Salud</p> | <p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE OTONEUROLOGÍA</p> <p align="center">4.1. Procedimiento para la otorgar preconsulta de otoneurología</p> |  | <p align="right">Página 20 de 179</p> |
|---|--|--|---|

4.1.1. PROPÓSITO

Otorgar preconsulta a pacientes con patologías del área de la otorrinolaringología relacionadas con las neurociencias, para realizar una valoración médica inicial y determinar si es candidato para su admisión como paciente o si debe ser canalizado a otro servicio médico.

4.1.2. ALCANCE

4.1.2.1 Alcance Interno: Participa el personal de salud del Departamento de Otoneurología responsable de la valoración clínica de los pacientes; el personal del Departamento de Comunicación Social encargado de proporcionar información y de hacer el registro por primera vez de las personas solicitantes; el personal administrativo de Otoneurología encargado de recibir la documentación de la persona solicitante y de programar preconsultas, citas y estudios; el personal de enfermería quien realiza la toma de signos vitales y brinda apoyo durante la valoración médica; el personal del Departamento de Control y Referencia de Pacientes que inicia el trámite de apertura de expediente y programa citas y estudios; así como el personal del Departamento de Trabajo Social que ofrece apoyo tanto a pacientes como a sus acompañantes.

4.1.2.2 Alcance Externo: No aplica.

4.1.3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

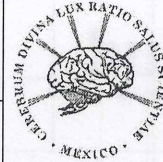
4.1.3.1 El Departamento de Otoneurología brinda el servicio de preconsulta de lunes a viernes, en un horario de 08:00 a 18:00 horas, excluyendo los días feriados oficiales y aquellos considerados no laborables conforme al calendario institucional.

4.1.3.2 La persona titular del Departamento de Otoneurología, en coordinación con la persona titular de la Subdirección de Consulta Externa, es responsable de planear, organizar y coordinar las actividades del servicio, con el propósito de garantizar la adecuada prestación de atención médica.

4.1.3.3 Los requisitos para acceder al servicio de preconsulta del Departamento de Otoneurología son los siguientes:

Si el paciente no tiene expediente clínico en el Instituto:

- Tener al menos 18 años cumplidos.
- Contar con una referencia médica dirigida al Departamento de Otoneurología del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, emitida por una persona médica especialista en otorrinolaringología o por alguna institución de salud pública o privada. Dicha referencia deberá incluir un resumen clínico que especifique la valoración médica previa, así como los motivos por los cuales el paciente es referido.
- Ser referido por el servicio de urgencias de este Instituto.
- Presentar alguna afección del área de otorrinolaringología relacionada con un padecimiento neurológico.
- Presentar identificación oficial original y vigente.



- En caso excepcional de pacientes menores de 18 años, tener algún padecimiento que sea necesario atender por no poder ser tratado en otra institución de salud y por interés institucional.
- Presentarse con una persona acompañante.

En caso de pacientes del Instituto:

- Contar con solicitud de interconsulta de un personal médico de consulta externa, hospitalización o de urgencias del INNNMVS.
- Presentar alguna afección del área de otorrinolaringología relacionada con un padecimiento neurológico.
- Presentarse con una persona acompañante.

- 4.1.3.4 El personal administrativo del Departamento de Otoneurología es responsable de verificar que todo paciente de preconsulta cumpla con los requisitos establecidos (4.1.3.3).
- 4.1.3.5 El personal administrativo del Departamento de Otoneurología es responsable de solicitar el recibo de gratuidad o de pago expedido por la caja por el concepto de preconsulta a todos los pacientes que acuden a su cita programada.
- 4.1.3.6 El personal médico del Departamento de Otoneurología que otorga la preconsulta es responsable de requisitar el formato *Nota de preconsulta de Neuro otología* en el expediente clínico electrónico de forma completa y deberá registrar su nombre completo, cédula profesional y firma.
- 4.1.3.7 El personal médico adscrito del Departamento de Otoneurología es responsable de verificar el correcto llenado de los formatos del expediente clínico electrónico y deberá registrar su nombre completo, cédula profesional y firma.
- 4.1.3.8 La persona titular del Departamento de Otoneurología es responsable de solicitar los accesos al sistema electrónico del personal de nuevo ingreso al servicio, así como de tramitar las bajas al efecto ante el Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones.

g

Q

P

A



4.1.4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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

A

e

o

p



| Responsable | No. Actividad | Descripción de actividad | Documento o anexo |
|---|---------------|---|---|
| CIS. | | departamento de Otoneurología para programar la cita de preconsulta. | |
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 6 | <p>Recibe de la persona solicitante la referencia médica y el formato SINBA; la presenta al personal médico de otoneurología para que determine si es candidato a preconsulta.</p> <p>¿El personal médico autoriza la preconsulta?</p> <p>No: Informa a la persona solicitante el motivo por el cual no se le puede otorgar la preconsulta en el servicio. TERMINA</p> <p>Sí: Ingresar al sistema electrónico el número de registro provisional otorgado a la persona solicitante y programa la cita de preconsulta. Pasa a la actividad 7.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Formato SINBA |
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 7 | <p>Entrega la cita de preconsulta a la persona solicitante, indicándole la fecha, hora y la documentación que deberá traer el día de la cita, misma que se especifica en la hoja de cita. Finalmente le pide que previo a su preconsulta pase a caja a solicitar su recibo de gratuidad o de pago, según corresponda.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Cita de preconsulta |
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 8 | <p>Recibe en ventanilla de recepción a la persona solicitante y acompañante el día de la cita de preconsulta programada, le solicita la hoja de cita de preconsulta y el recibo de caja de gratuidad o de pago, según corresponda.</p> <p>¿Presenta recibo de caja de pago o gratuidad?</p> <p>No: Solicita al acompañante acudir a la caja para solicitar el recibo de gratuidad o, en su caso, haga el pago correspondiente y regrese. Regresa a la actividad 8.</p> <p>Si: Recoge el recibo de caja de gratuidad o de pago, pide al paciente y acompañante esperen en la sala a ser llamado. Coloca la hoja de cita en el estante de enfermería. Pasa a la actividad 9.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Cita de preconsulta |
| Personal de enfermería de Otoneurología | 9 | <p>Toma la hoja de cita del estante de enfermería de acuerdo con la programación, llama al paciente, lo pasa al servicio y verifica su identidad conforme a la Acción Esencial de Seguridad del Paciente No. 1: <i>Identificación Correcta del Paciente</i>. Posteriormente, le toma los signos vitales, registra los datos en la hoja de cita y la coloca en el estante de enfermería.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Cita de preconsulta |



| Responsable | No. Actividad | Descripción de actividad | Documento o anexo |
|------------------------------------|---------------|--|---|
| | | Finalmente acompaña al paciente a la sala de espera y le pide aguarde a ser llamado por el personal médico | |
| Personal médico de Otoneurología | 10 | <p>Toma la hoja de cita del estante de enfermería de acuerdo con la programación, pasa al consultorio a la persona solicitante y acompañante y realiza las preguntas correspondientes, posteriormente hace la exploración física. Requisita nota de preconsulta de neuro otología y determina:</p> <p>¿Requiere algún estudio de otoneurología?</p> <p>No. Continúa la preconsulta. Pasa a la actividad 12.</p> <p>Si. Solicita verbalmente al personal médico o técnico de Otoneurología la realización del estudio. Pasa a la actividad 11.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Nota de preconsulta de Neuro otología |
| Personal técnico de Otoneurología. | 11 | <p>Llama a la persona solicitante, lo pasa al cubículo para estudio correspondiente y verifica su identidad conforme a la Acción Esencial de Seguridad del Paciente No. 1: <i>Identificación correcta del paciente.</i> Realiza estudio y finalmente lo acompaña al consultorio y entrega los resultados al personal médico tratante.</p> | |
| Personal médico de Otoneurología | 12 | <p>Continúa la valoración y determina:</p> <p>¿Se apertura expediente clínico a la persona solicitante?</p> <p>No: Informa a la persona solicitante sobre su padecimiento y los motivos por los cuales no es candidata para la atención médica en el área de Otoneurología. Posteriormente captura el alta en la hoja de preconsulta en el sistema electrónico y elabora referencia médica para que, de acuerdo con su padecimiento, sea atendida internamente o reciba atención médica en la institución de salud correspondiente y finalmente la entrega al paciente. TERMINA.</p> <p>Si: Informa a la persona solicitante sobre su padecimiento, posteriormente imprime la nota de preconsulta y finalmente solicita al personal de enfermería acuda con la persona solicitante y acompañante al Departamento de Referencia y Contrarreferencia para que inicie el trámite de apertura de expediente clínico. Pasa a la actividad 13.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Referencia y contrarreferencia |

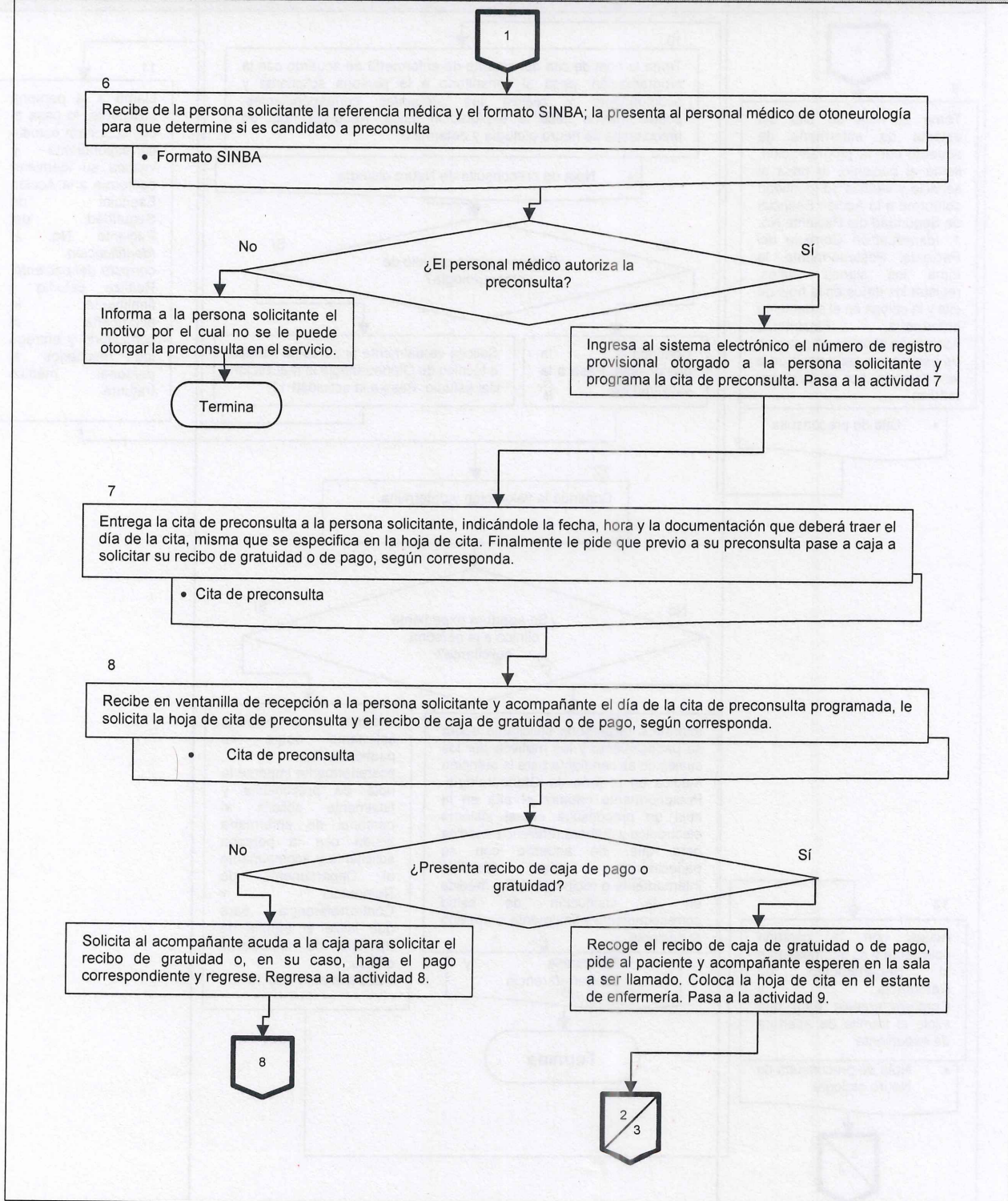


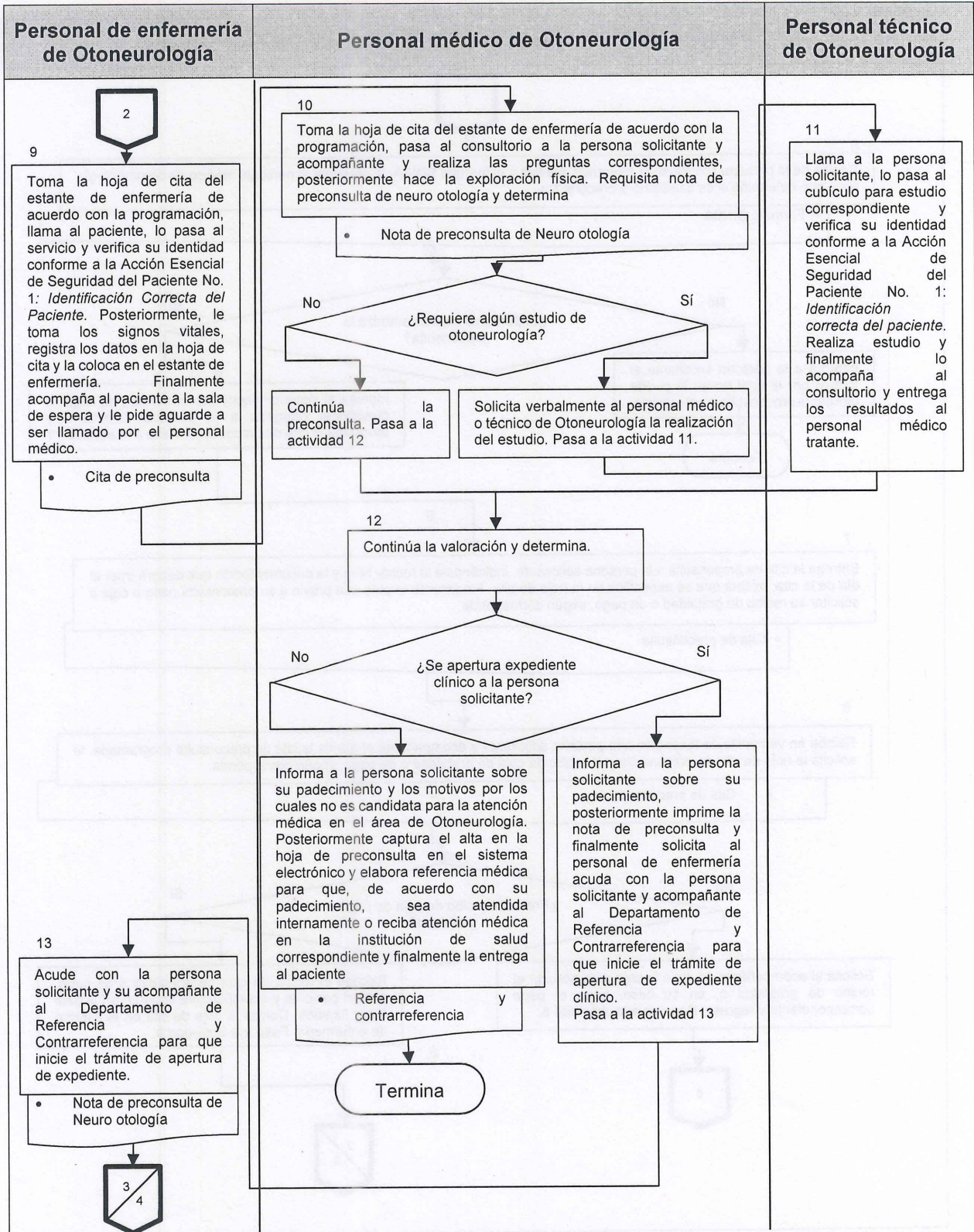
**4.1. Procedimiento para la otorgar
preconsulta de otoneurología**

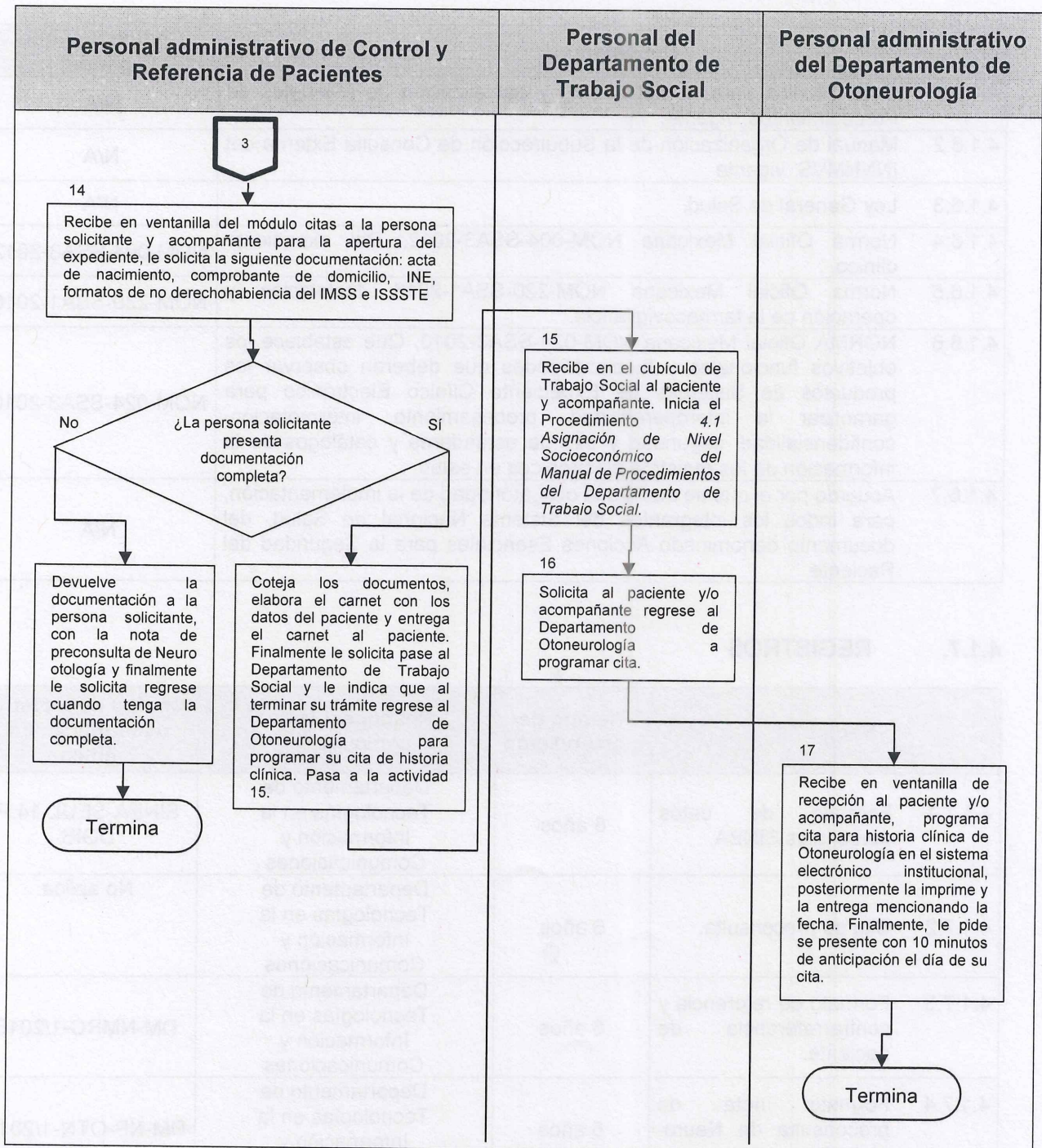
| Responsable | No. Actividad | Descripción de actividad | Documento o anexo |
|--|---------------|---|---|
| Personal de enfermería de Otoneurología | 13 | Acude con la persona solicitante y su acompañante al Departamento de Referencia y Contrarreferencia para que inicie el trámite de apertura de expediente. | • Nota de preconsulta de Neuro otología |
| Personal administrativo de Control y Referencia de Pacientes | 14 | <p>Recibe en ventanilla del módulo citas a la persona solicitante y acompañante para la apertura del expediente, le solicita la siguiente documentación: acta de nacimiento, comprobante de domicilio, INE, formatos de no derechohabencia del IMSS e ISSSTE.</p> <p>¿La persona solicitante presenta documentación completa?</p> <p>No: Devuelve la documentación a la persona solicitante, con la nota de preconsulta de Neuro otología y finalmente le solicita regrese cuando tenga la documentación completa. TERMINA.</p> <p>Si: Coteja los documentos, elabora el carnet con los datos del paciente y entrega el carnet al paciente. Finalmente le solicita pase al Departamento de Trabajo Social y le indica que al terminar su trámite regrese al Departamento de Otoneurología para programar su cita de historia clínica. Pasa a la actividad 15.</p> | |
| Personal del Departamento de Trabajo Social | 15 | Recibe en el cubículo de Trabajo Social al paciente y acompañante. Inicia el Procedimiento 4.1 <i>Asignación de Nivel Socioeconómico del Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social.</i> | |
| Personal del Departamento de Trabajo Social | 16 | Solicita al paciente y/o acompañante regrese al Departamento de Otoneurología a programar cita | |
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 17 | <p>Recibe en ventanilla de recepción al paciente y/o acompañante, programa cita para historia clínica de Otoneurología en el sistema electrónico institucional, posteriormente la imprime y la entrega mencionando la fecha. Finalmente, le pide se presente con 10 minutos de anticipación el día de su cita.</p> <p>TERMINA.</p> | |



Personal administrativo del Departamento de Otoneurología







[Handwritten signatures and initials in blue ink]

4.1.6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

4.1.7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|--|------------------------|--|---|
| 4.1.7.1 Formato de datos personales SINBA. | 6 años | Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones | SINBA-SEUL-14.P DGIS |
| 4.1.7.2 Cita de preconsulta. | 6 años | Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones | No aplica |
| 4.1.7.3 Formato de referencia y contrarreferencia de paciente. | 6 años | Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones | DM-NMRC-1/2016 |
| 4.1.7.4 Formato nota de preconsulta de Neurootología. | 6 años | Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones | DM-NP-OTN-1/2016 |

4.1.8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

| | |
|---------|--|
| 4.2.8.1 | Acompañante: Persona que acude con la persona solicitante o paciente y permanece con él, durante su estancia en el Instituto, pudiendo o no ser familiar. Apoya al paciente con trámites de programación de citas y/o estudios y solicitud de recibos de caja. |
| 4.2.8.2 | CIS: Centro Integral de Servicios del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. |
| 4.2.8.3 | Contrarreferencia: Procedimiento administrativo que se da cuando el personal médico tratante devuelve la responsabilidad de la atención médica de un paciente al centro de origen. |
| 4.2.8.4 | Expediente clínico: Conjunto de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, ópticos o magneto ópticos, en el cual, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias aplicables. |
| 4.2.8.5 | Hoja de preconsulta: Documento médico administrativo que el personal médico requisita al interrogar y explorar al paciente para determinar su estado de salud. |
| 4.2.8.6 | Hoja de referencia y contrarreferencia: Procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar en envío – referencia - regreso de pacientes con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad de acuerdo con su padecimiento y complejidad. |
| 4.2.8.7 | Paciente: Persona que recibe atención a la salud (de acuerdo con el glosario de términos aplicados a la seguridad del paciente de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud). Beneficiario(a) directo de la atención médica (de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012). |
| 4.2.8.8 | Persona solicitante: Persona que acude por primera vez al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez a solicitar una valoración de preconsulta. |
| 4.2.8.9 | Referencia: Procedimiento mediante el cual una vez resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento se retorna al paciente a la unidad operativa que lo refirió con el fin de que se lleve a cabo el control o seguimiento y continuar con la atención integral. |

4.1.9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|---|
| 01 | 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 cita de preconsulta.
- 4.1.10.4 Instructivo de llenado del formato cita de preconsulta.
- 4.1.10.5 Formato de referencia y contrarreferencia de paciente.
- 4.1.10.6 Instructivo de llenado del formato de referencia y contrarreferencia de paciente.
- 4.1.10.7 Formato nota de preconsulta de Neuro-otología.
- 4.1.10.8 Instructivo de llenado del formato nota de preconsulta de Neuro-otología.

| | | |
|---|----------|--|
| Formato de datos personales SINBA. | 4.1.10.1 | |
| Instructivo de llenado del formato de datos personales SINBA. | 4.1.10.2 | |
| Formato cita de preconsulta. | 4.1.10.3 | |
| Instructivo de llenado del formato cita de preconsulta. | 4.1.10.4 | |
| Formato de referencia y contrarreferencia de paciente. | 4.1.10.5 | |
| Instructivo de llenado del formato de referencia y contrarreferencia de paciente. | 4.1.10.6 | |
| Formato nota de preconsulta de Neuro-otología. | 4.1.10.7 | |
| Instructivo de llenado del formato nota de preconsulta de Neuro-otología. | 4.1.10.8 | |

Handwritten mark


Handwritten signature

Handwritten mark

Handwritten mark



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.º: 04 AM/0913012
SINBA-SEUL-14-P DGF5
DM-SCE-SINBA-1-2023

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

NOMBRE: ⁽²⁾ _____

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

CURP: ⁽⁵⁾ _____ SEXO: (H) ⁽⁶⁾ (M)

AFLIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: ⁽⁷⁾ _____

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



ENTIDA FEDERATIVA: _____

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE LEGAL: ⁽²¹⁾ _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ PARENTESCO: _____

[Handwritten signatures and marks]

| | | | |
|---|--|--|---------------------|
|  Salud Secretaría de Salud | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE OTONEUROLOGÍA 4.1. Procedimiento para la otorgar preconsulta de otoneurología |  | Página 34 de 179 |
|---|--|--|---------------------|

4.1.10.2 Instructivo de llenado del formato SINBA.

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

A

Q

P

o



**4.1. Procedimiento para la otorgar
preconsulta de otoneurología**

4.1.10.3 Formato de cita de preconsulta.

| | | | |
|---------------------------|---------------------------|-----------|-----------|
| | DATOS DEL PACIENTE | | |
| | Sr./Sra.: (1) | | |
| Fecha de Nac.: (2) | | Edad: (3) | Sexo: (4) |
| No. de Expediente: (5) | | | |
| COBERTURA | | | |
| PAGO PACIENTE (CAJA) / N3 | | | |

CITA

- (6)
- (7)
- (8) Preconsulta
- (9) Remitido por:

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

Recomendaciones/Preparación previa:

- 1) Para confirmar su asistencia, debe presentar este comprobante de cita en el módulo de control de citas de consulta externa. Avisar si el paciente acude en silla de ruedas o camilla.
- 2) Para la toma de signos vitales, presentarse aseado y con ropa cómoda (blusa o playera de manga corta)
- 3) Por las características de la enfermedad neurológica, psiquiátrica y/o quirúrgica del(la) paciente, es necesario acudir con un familiar mayor de edad que funja como responsable legal.
- 4) No es necesario que acuda en ayunas, no se permite consumir alimentos dentro de las instalaciones de consulta externa.
- 5) No traer menores de 15 años, no se les permite la entrada.
- 6) Si cuenta con estudios realizados como: Tomografía, Electroencefalograma, Laboratorios, Resonancia magnética, etc. debe traerlos el día de su consulta.
- 7) Debe acudir con disponibilidad de tiempo. Se sugiere NO hacer otro compromiso el día de su consulta debido a que realizará; trámites administrativos, consulta médica, otros.

***** DOCUMENTOS CON LOS QUE DEBE ACUDIR EL DIA DE SU CONSULTA *****

1. Original y copia del acta de nacimiento del paciente
2. Original y copia de la credencial de elector del Paciente y Responsable Legal.
3. CURP del paciente
4. Copia del comprobante de domicilio donde vive el paciente: recibo de renta, luz, agua, teléfono o predial.
5. Copia del último comprobante de ingresos del paciente, responsable legal o del proveedor económico (recibo de nomina, recibo de honorarios).
6. Comprobar que no cuenta con servicios médicos del IMSS e ISSSTE.

Sus comprobantes puede obtenerlos por internet en los siguientes enlaces:
 (IMSS) imss.gob.mx/constancia-no-derechohabiencia
 (ISSSTE) oficinavirtual.issste.gob.mx/Servicios/Acreditacion-de-No-Afiliacion
**NOTA: 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.**

Nota Médica:

Verificar el nombre del paciente y la cita programada. Llegar 20 minutos antes de su cita (tenga en cuenta el tráfico en la CDMX). En caso de no llegar en el horario programado o no disponer de su recibo de pago, se cancelará su consulta. Acudir con un familiar. Si desea cambiar su cita, llame al teléfono (55) 5606-3822

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA <MANUEL VELASCO SUÁREZ> - Lic.Sanitaria INNN 04 AM 0913012

(Handwritten signatures and initials in blue ink)



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

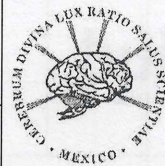
| | |
|----------------|---|
| General | Este formato se debe llenar en el sistema electrónico por el personal administrativo que programa la cita. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables. |
| (1) |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

g

Q

p

A



4.1.10.5 Formato de referencia y contrarreferencia de paciente.

| | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|
| | | INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA | |
| MANUEL VELASCO SUÁREZ | | (1) | |
| Lic. Sanitiza 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 |
| Nombre: <input type="text" value="PULIDO ZEPEDA MARIA GUADALUPE"/> | Edad: <input type="text" value="51"/> | 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 | |
| REFERENCIA - CONTRARREFERENCIA DE PACIENTE | | | |
| (2) Marque con una "X" si se trata de: Referencia <input type="checkbox"/> Contrarreferencia <input type="checkbox"/> | | | |
| DATOS DE LA UNIDAD DE REFERENCIA O CONTRARREFERENCIA | | | |
| Tipo de unidad Médica: Privada <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> SSA <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | | | |
| (3) Institución: <input type="text" value="FUNDACION BEST A.C."/> | | | |
| Dirección: (4) <input type="text" value="DIR: Alemania numero 10 Col. Independencia, Del. Benito Juárez, Ciudad de México., C.P. 03630"/> | | | |
| <input type="text" value="TEL: 01 800 911 6666"/> | | | |
| MOTIVO DE ENVÍO | | | |
| (5) Motivo del envío: <input type="text" value="Atta 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="ZXVZCV"/> | | | |
| (8) El caso es urgente: <input type="text" value="SI"/> | | | |
| OBSERVACIONES: (9) | | | |
| <input type="text" value="XC<ZXZX"/> | | | |
| Firmado por: SM SM SM Ciudad de México a 15/05/2021 | | MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO (11) | |
| (10) | | Firmado por:..... | |
| Nombre completo del médico, cédula y firma ELABORÓ | | a..... Núm Cédula:..... | |
| | | Nombre completo del médico, cédula y firma AUTORIZÓ | |
| | | (12) | |
| <input type="text"/> | | | |
| <small>www.inn.salud.gob.mx</small> | | <small>Inaugurados Sur#3877, Col. La Fama 14299, México, Ciudad de México Tel (55) 5006-3622 ext. 3054</small> | |
| | | <small>Pág. 1</small> | |

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



4.1.10.6 **Instructivo de llenado de la hoja de referencia y contrarreferencia.**

| | |
|----------------|--|
| General | Este formato debe ser llenado de forma completa y correcta por el personal médico en el sistema electrónico institucional, evitando el uso de abreviaturas. Se imprime en original y copia, el original para el paciente y la copia para la unidad médica a la que se envía la referencia. |
| (1) | Nivel socioeconómico, Servicio, Registro, Sexo, Nombre, Edad, Fecha de Nacimiento, Teléfono 1, Teléfono 2: Estos campos se llenan de forma automática por el sistema al ingresar el número de registro del paciente. Verificar que sea el paciente correcto. |
| (2) | Marque con una "X" si se trata de: Marcar el campo correspondiente a la institución que se refiere al paciente de acuerdo con su patología. |
| (3) | Institución: Seleccionar de la lista desplegable la más cercana al domicilio del paciente. En caso de no encontrar disponible una opción, seleccionar "Otras Unidades Médicas". |
| (4) | Dirección: Se completará de forma automática con la dirección de la institución seleccionada, en caso de no completarse, rellenar el espacio con la dirección de la unidad correspondiente. |
| (5) | Motivo del Envío: Seleccionar de las opciones desplegadas la que corresponda al paciente en específico. |
| (6) | Especificar: Especificar el motivo por el que se refiere. |
| (7) | Resumen Clínico: Elaborar resumen del caso en cuestión con los lineamientos mínimos que marca la NOM-004 del expediente clínico. |
| (8) | El caso es Urgente: Seleccionar la opción SI o NO. |
| (9) | Observaciones: Incluir cualquier observación pertinente. |
| (10) | Nombre completo del médico, cédula y firma elaboró: Colocar su firma electrónica y al momento de imprimir el formato, la firma autógrafa del personal médico. |
| (11) | Médico Adscrito Asignado: Seleccionar en el menú desplegable el nombre del personal médico que indica la referencia del paciente. |
| (12) | Nombre completo del médico, cédula y firma Autorizó: Debe ser firmado de manera autógrafa por el Titular de la Subdirección de Consulta Externa, personal jefe de servicio, encargado, equivalente o superior jerárquico. |

A


e

p

A



4.1.10.7 Formato nota de preconsulta de Neuro Otolología.

| | | | | | |
|--|--|--|-------------------|--|--|
|  | | INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012 | | Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000 Hora de elaboración: (2) | |
| | | Nivel Socioeconómico: (3) | | Tipo de Paciente: (6) | |
| Servicio: (4) | | Registro: (5) | | Fecha de Nac: (10) 00/00/0000 | |
| Nombre: (7) | | Edad: (8) | | Sexo: H (9) M | |
| DIRECCIÓN MÉDICA SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA NOTA DE PRECONSULTA: NEURO OTOLOGIA | | | | | |
| FECHA: 00/00/0000 HORA: 00:00 | | | | | |
| 1.- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (11) | | | | | |
| No. EXPEDIENTE: | | APELLIDO PATERNO | | MATERNO | |
| | | | | | |
| EDAD | | SEXO | | TELEFONO | |
| | | | | | |
| OCUPACION | | TELEFONO | | RELIGION | |
| | | | | | |
| REFERIDO POR | | MOTIVO DE CONSULTA | | PERSONA RESPONSABLE | |
| | | | | | |
| 2.- ANTECEDENTES (12) | | | | | |
| 3.- PADECIMIENTO ACTUAL (13) | | | | | |
| 4.- EXPLORACIÓN (14) | | | | | |
| A).- Exploración física general: | | | Lateridad manual: | | |
| Signos Vitales T/A _____, / _____, TEMP _____, TALLA _____ PESO _____, FC _____, FR _____ | | | | | |
| B).- EXAMEN OTONEUROLOGICO | | | | | |
| | | | | | |
| DIAPASONES: WEBER: _____ | | RINNE: OIDO DERECHO _____ | | OIDO IZQUIERDO _____ | |
| www.innm.salud.gob.mx Inauguramos Sur#2877, Col. La Fama 14269, México, Ciudad de México Tel: (55) 5606-3822 ext. 2024 | | | | | |


Handwritten mark

Handwritten mark

Handwritten mark

Handwritten mark



| | | | |
|--|--|--|---|
|  | 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: <input type="text"/> Nombre: <input type="text"/> | Registro: <input type="text"/> Edad: <input type="text"/> | Tipo de Paciente: <input type="text"/> Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |
| 5.- TRATAMIENTOS Y EXAMENES PREVIOS (15) | | | |
| TRATAMIENTOS: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | | |
| EXAMENES: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | | |
| 6.- IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (16) | | | |
| 7.- RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS (17) | | | |
| 8.- REFERIDO A: (18) | | | |
| NOMBRE Y FIRMA ELABORÓ (19) Firmado por: a Núm Cédula: | | | MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO (20) Firmado por: a Núm Cédula: |
| NOMBRE Y FIRMA SUPERVISÓ | | | |
| www.innn.salud.gob.mx Inauguradas Sur#3877, Col. La Fama 14209, México, Ciudad de México Tel (55) 5606-3822 ext. 2024 Pág. 2 | | | |

P

Q

R

A



4.1.10.8 **Instructivo del formato nota de preconsulta de Neuro-otología.**

| | |
|----------------|--|
| General | Este formato se debe llenar en el sistema electrónico por el personal médico. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables. |
| (1) | Fecha de elaboración: Se refiere a la fecha en la que se realiza la preconsulta en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024. |
| (2) | Hora de elaboración: Se refiere la hora en la que se realiza la preconsulta en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11). |
| (3) | Nivel socioeconómico: Clave socioeconómica del 1 al 6 asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con el puntaje que arroja la entrevista del estudio socioeconómico. |
| (4) | Servicio: Se refiere al servicio que otorga la preconsulta. |
| (5) | Registro: Número de registro institucional con el que se identifica a la persona solicitante. |
| (6) | Tipo de paciente: Gratuidad o no gratuidad asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con la revisión de su derechohabencia en la plataforma AAMATES. |
| (7) | Nombre: Nombre completo de la persona a la que se le otorga la preconsulta, empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres. |
| (8) | Edad: Se refiere a la edad en años cumplidos. |
| (9) | Sexo: Marcar con una X si es hombre o mujer. |
| (10) | Fecha de nacimiento: Anotar la fecha de nacimiento de la persona a la que se le otorga la preconsulta 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) | Identificación del paciente: Se registran los datos de la persona valorada en preconsulta: nombre completo, edad, sexo, teléfono, domicilio, ocupación, religión, referido por, motivo de consulta y nombre completo de la persona responsable. |
| (12) | Antecedentes: Se anota el resumen de la historia clínica y los estudios previos. |
| (13) | Padecimiento actual: Se indica el trastorno o dolencia que afecta la salud de la persona, por el que está recibiendo atención médica. |
| (14) | Exploración: Se anota la exploración física general: signos vitales, temperatura, talla y peso. |
| (15) | Tratamiento y exámenes previos: Narrativa sobre el conjunto de medidas, procedimientos y medicamentos indicados para tratar el padecimiento del paciente. Incluir los hallazgos en estudios diagnósticos realizados. |
| (16) | Impresión diagnóstica: Evaluación inicial realizada antes del diagnóstico definitivo, opinión profesional sobre la condición de un paciente, establece un plan de acción inicial. |
| (17) | Recomendaciones terapéuticas: Indicaciones para el manejo de la enfermedad en base a la impresión diagnóstica. |
| (18) | Referido a: Plan de estudios diagnósticos y terapéuticos a seguir. |
| (19) | Nombre y firma elaboró: Se anota nombre completo, firma y número de cédula profesional del personal médico que requiso el formato. |
| (20) | Nombre y firma supervisó: Nombre, firma y número de cédula profesional del personal médico adscrito. |

(Handwritten signatures and initials in blue ink)



4.2.1. PROPÓSITO

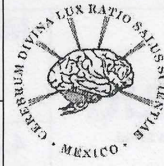
Realizar la historia clínica para la apertura de expediente al paciente que es admitido para recibir atención médica por el Departamento de Otolaryngología.

4.2.2. ALCANCE

- 4.2.2.1 Alcance Interno: Participa el personal de salud del Departamento de Otolaryngología que realiza la historia clínica al paciente; el personal administrativo del Departamento de Otolaryngología encargado de recibir al paciente y de programar citas y estudios del servicio; el personal de enfermería asignado al Departamento de Otolaryngología que realiza la toma de signos vitales y apoya durante la valoración médica; el personal del Departamento de Trabajo Social responsable de realizar la evaluación socioeconómica al paciente y de brindarle apoyo social a él y en su caso a sus acompañantes; los Departamentos de Archivo Clínico y de Tecnologías en la Información y Comunicaciones en el control y resguardo de los expedientes clínicos.
- 4.2.2.2 Alcance Externo: No aplica.

4.2.3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 4.1.3.9 El Departamento de Otolaryngología brinda el servicio de preconsulta de lunes a viernes, en un horario de 08:00 a 18:00 horas, excluyendo los días feriados oficiales y aquellos considerados no laborables conforme al calendario institucional.
- 4.2.3.1. La persona titular del Departamento de Otolaryngología, en coordinación con la persona titular de la Subdirección de Consulta Externa, es responsable de planear, organizar y coordinar las actividades del servicio, con el propósito de garantizar la adecuada prestación de atención médica
- 4.2.3.2. Los requisitos para la realización de historia clínica del Departamento de Otolaryngología son:
- Contar con la hoja de preconsulta y valoración inicial del Departamento de Otolaryngología.
 - Presentar el recibo de caja de gratuidad o de pago por el concepto de historia clínica.
 - Acudir con un acompañante.
- 4.2.3.3. El personal administrativo del Departamento de Otolaryngología es responsable de verificar que el paciente cumpla con los requisitos 4.2.3.3 para realizar la historia clínica o, en caso contrario, reprogramar la cita.
- 4.2.3.4. El personal médico del Departamento de Otolaryngología es responsable realizar y hacer el correcto llenado del formato de historia clínica en el expediente clínico electrónico y deberá, registrar su nombre completo, cédula profesional y firma electrónica.
- 4.2.3.5. El personal médico adscrito del Departamento Otolaryngología es responsable de informar de forma clara al paciente y acompañante sobre su diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento y cuidados en el hogar.



- 4.2.3.6. El personal médico adscrito del Departamento de Otolaryngología es responsable de elaborar la receta médica con las características y elementos que indica la normativa, explicar al paciente y acompañante las indicaciones del tratamiento como dosis, horarios y fecha de inicio y término.
- 4.2.3.7. El personal médico adscrito del Departamento de Otolaryngología es responsable de verificar el correcto llenado de los formatos del expediente clínico electrónico y registrar su nombre completo, cédula profesional y firma electrónica.
- 4.2.3.8. El personal administrativo del Departamento de Otolaryngología es responsable de solicitar semanalmente al Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística los expedientes de los pacientes programados para la siguiente semana.

Handwritten mark

Handwritten signature

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 Comunicación Social asignado al módulo de informes de Consulta Externa | 1 | Recibe al paciente y acompañante en el módulo de informes de consulta externa y les indica se dirijan a la recepción de Otoneurología en el primer piso del edificio de Consulta Externa. | |
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 2 | Recibe al paciente y acompañante en ventanilla de recepción, le solicita su carnet, la hoja de cita de historia clínica y la verifica en el sistema electrónico institucional. | • Cita de historia clínica |
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 3 | Solicita el recibo de caja por concepto de historia clínica. ¿El paciente presenta el recibo de caja por concepto de historia clínica? No. Entrega la hoja de cita al acompañante y le pide acuda a la caja por su recibo de gratuidad o recibo de pago y posteriormente regrese. Regresa a la actividad 3. Si. Conserva la copia del recibo. Pasa a la actividad 4. | |
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 4 | Solicita al paciente y acompañante aguarden en la sala de espera a ser llamado. Posteriormente coloca la hoja de cita en el estante de enfermería. | • Cita de historia clínica |
| Personal de enfermería asignado al Departamento de Otoneurología | 5 | Toma la hoja de cita del estante de enfermería de acuerdo con la programación, llama al paciente, lo pasa al servicio y verifica su identidad conforme a la Acción Esencial de Seguridad del Paciente No. 1: <i>Identificación Correcta del Paciente</i> . Posteriormente, le toma los signos vitales, registra los datos en la hoja de cita y la coloca en el estante de enfermería. Finalmente lo acompaña a la sala de espera y le pide aguarde a ser llamado por el personal médico. | |
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 6 | Toma la hoja de cita del estante de enfermería de acuerdo con la programación, pasa al paciente y acompañante al consultorio, realiza las preguntas correspondientes y elabora la historia clínica. Posteriormente les explica sobre el padecimiento del paciente, elabora receta médica e inicia plan diagnóstico y terapéutico. | • Historia clínica |

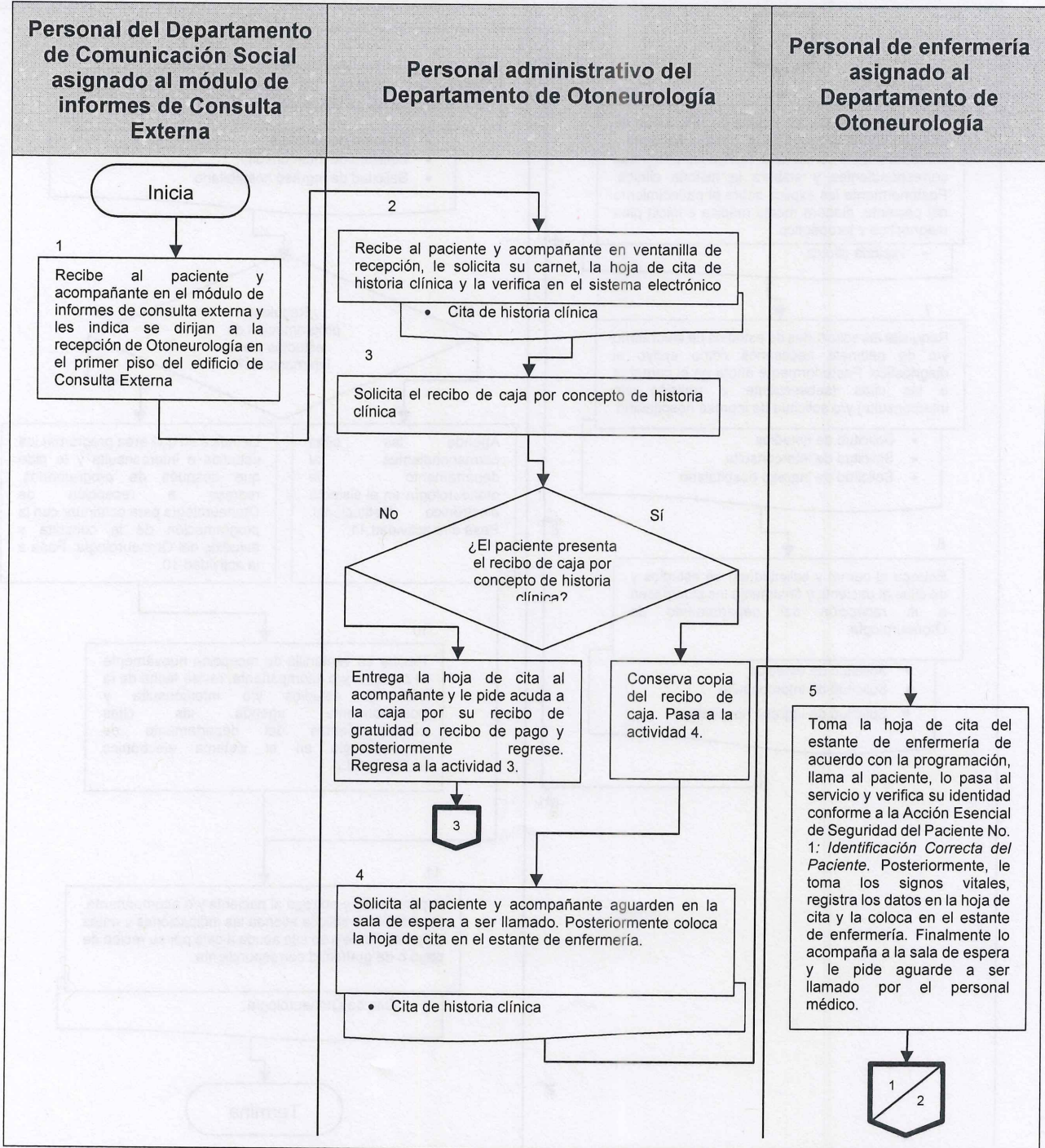
[Handwritten signatures and marks in blue ink]



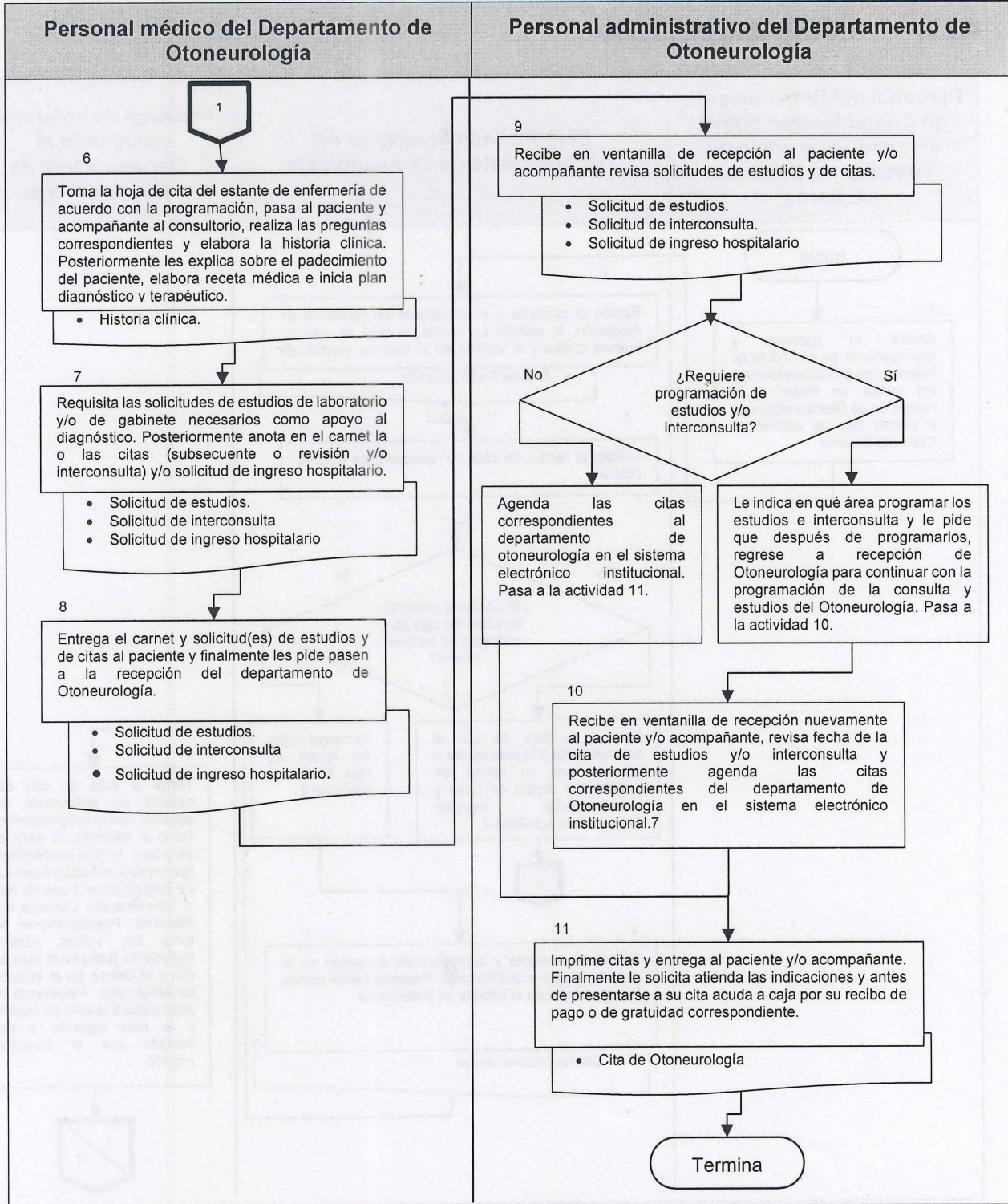
| Responsable | No. Actividad | Descripción de actividad | Documento o anexo |
|---|---------------|--|--|
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 7 | Requisita las solicitudes de estudios de laboratorio y/o de gabinete necesarios como apoyo al diagnóstico. Posteriormente anota en el carnet la o las citas (subsecuente o revisión y/o interconsulta) y/o solicitud de ingreso hospitalario. | <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de estudios • Solicitud de interconsulta • Solicitud de ingreso hospitalario |
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 8 | Entrega el carnet y solicitud(es) de estudios y de citas al paciente y finalmente les pide pasen a la recepción del departamento de Otoneurología. | <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de estudios • Solicitud de interconsulta • Solicitud de ingreso hospitalario |
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 9 | <p>Recibe en ventanilla de recepción al paciente y/o acompañante revisa solicitudes de estudios y de citas.</p> <p>¿Requiere programación de estudios y/o interconsulta?</p> <p>No. Agenda las citas correspondientes al departamento de otoneurología en el sistema electrónico institucional. Pasa a la actividad 11.</p> <p>Si. Le indica en qué área programar los estudios e interconsulta y le pide que después de programarlos, regrese a recepción de Otoneurología para continuar con la programación de la consulta y estudios del Otoneurología. Pasa a la actividad 10.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de estudios • Solicitud de interconsulta • Solicitud de ingreso hospitalario |
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 10 | Recibe en ventanilla de recepción nuevamente al paciente y/o acompañante, revisa fecha de la cita de estudios y/o interconsulta y posteriormente agenda las citas correspondientes al departamento de Otoneurología en el sistema electrónico institucional. | <ul style="list-style-type: none"> • Cita de Otoneurología |
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 11 | <p>Imprime citas y entrega al paciente y/o acompañante. Finalmente le solicita atienda las indicaciones y antes de presentarse a su cita acuda a caja por su recibo de pago o de gratuidad correspondiente.</p> <p>TERMINA</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Cita de Otoneurología |



4.2.5. DIAGRAMA DE FLUJO



[Handwritten signatures and initials in blue ink]



4.2.6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

4.2.7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|------------------------|--|---|
| 4.2.7.1 Historia clínica. | 6 años | Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística | No aplica |
| 4.2.7.2 Solicitud de estudios de imagen. | 6 años | Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones | No Aplica |
| 4.2.7.3 Solicitud de estudios de laboratorio. | 6 años | Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones | No Aplica |
| 4.2.7.4 Solicitud de interconsulta. | 6 años | Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones | No Aplica |
| 4.2.7.5 Solicitud de ingreso hospitalario. | 6 años | Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones | No Aplica |

4.2.8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

| | |
|---------|--|
| 4.2.8.1 | Acompañante: Persona que acompaña al paciente durante su estancia en el Instituto, pudiendo o no ser familiar. |
| 4.2.8.2 | Expediente clínico: Conjunto de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, ópticos o magneto ópticos, en el cual, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias aplicables. |
| 4.2.8.3 | Historia clínica: Documento médico administrativo que el personal médico requisita al interrogar y explorar al paciente para determinar su estado de salud. |
| 4.2.8.4 | Paciente: Persona que recibe atención a la salud (de acuerdo con el glosario de términos aplicados a la seguridad del paciente de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud). Beneficiario(a) directo de la atención médica (de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012). |
| 4.2.8.5 | Persona legalmente responsable: Persona con responsabilidad legal de acuerdo con la normatividad establecida por parentesco o designada por el usuario con problemas de salud atendido en el Instituto, que apoya en la toma de decisiones en beneficio del paciente. |
| 4.2.8.6 | Personal médico: Profesional de la salud con categoría de médico especialista que durante las horas de jornada laboral tiene bajo su responsabilidad el diagnóstico, tratamiento y prevención del daño de los pacientes a su cargo. |

4.2.9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

4.2.10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

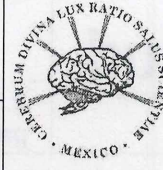
- 4.2.10.1 Formato de historia clínica.
- 4.2.10.2 Instructivo de llenado del formato de historia clínica.
- 4.2.10.3 Formato solicitud de estudios de imagen.
- 4.2.10.4 Instructivo de llenado del formato solicitud de estudios de imagen.
- 4.2.10.5 Formato solicitud de estudios de laboratorio.
- 4.2.10.6 Instructivo de llenado del formato solicitud de estudios de laboratorio.
- 4.2.10.7 Formato solicitud de interconsulta.
- 4.2.10.8 Instructivo de llenado del formato solicitud de interconsulta.
- 4.2.10.9 Formato solicitud de ingreso hospitalario.
- 4.2.10.10 Instructivo de llenado del formato solicitud de ingreso hospitalario.

A

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

P



4.2.10.1 Formato de historia clínica.

| | | |
|--|---|--|
| | INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanabria 04 AM 0913012 | Fecha de Elaboración: (1) 00/00/0000 Hora de Elaboración: (2) : Nivel Socioeconómico (3) |
| | Servicio: (4) Registro: (5) Sexo: H (6) M Nombre: (7) Edad: (8) Fecha de Nac(9) 00/00/0000 | |
| HISTORIA CLÍNICA | | |
| A. FICHA DE IDENTIFICACIÓN (10) | | DM/HC/001/2015 |
| 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. ANTECEDENTES FAMILIARES (11) | | |
| | | |
| C. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS (12) | | |
| | | |
| D. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS (13) | | |
| Gestas [] | Paras [] | Abortos [] Cesáreas [] |
| | | FUR: 00/00/0000 FUP: 00/00/0000 |
| | | |
| E. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (14) | | |
| | | |
| www.innss.salud.gob.mx Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama, 14200, Ciudad de México Tel: (55) 5609-3822 ext. 2034 Pág. 1 | | |

Handwritten signatures and initials in blue ink.



| | | | | |
|---|--|--|----------------------------------|--------|
| | INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA | | 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 | | |
| F. PADECIMIENTO ACTUAL (15) | | | | |
| | | | | |
| G. TRATAMIENTOS Y EXÁMENES PREVIOS, TRATAMIENTO ACTUAL (CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS) (16) | | | | |
| | | | | |
| H. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS (17) | | | | |
| | | | | |
| www.innns.salud.gob.mx | | Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama, 14200, Ciudad de México Tel: (55) 5606-3822 ext. 2024 | | Pág. 2 |

A

19

Q

P

0



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.innns.salud.gob.mx Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama, 14260, Ciudad de México Tel. (55) 5608-3822 ext. 2024 Pág. 3

Handwritten signatures and initials in blue ink.



| | | | |
|---|--|---|---|
| | INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA | | Fecha de Elaboración: 00/00/0000 |
| | MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012 | | Hora de Elaboración: : Nivel Socioeconómico: |
| Servicio: _____ | Registro: _____ | Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | |
| Nombre: _____ | Edad: _____ | Fecha de Nac: 00/00/0000 | |
| Comentarios | | | |
| | | | |
| e. Tono y trófismo | | | |
| | | | |
| f. Reflejos patológicos y atáxicos | | | |
| | | | |
| g. Movimientos anormales | | | |
| | | | |
| h. Marcha | | | |
| | | | |
| SISTEMA SENSITIVO (21) | | | |
| i. Sensibilidad | | | |
| | | | |


A

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]



| | | | |
|--|--|--|---|
|  | 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: <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 |
| <p>j. Funciones cerebelosas</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | | | |
| <p>k. Signos meníngeos</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | | | |
| <p>l. Sistema nervioso autónomo</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | | | |
| <p>K. DIAGNÓSTICOS (22)</p> | | | |
| <p>1. Sindromático</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | | | |
| <p>2. Topográfico</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | | | |
| <p>3. Etiológico / Nosológico</p> <p>Diagnóstico ICD 10:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | | | |
| Firmado por: <input type="text"/> a <input type="text"/> Núm Cédula: <input type="text"/> | | MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO | |
| <p>(23) Nombre del médico, cédula y firma ELABORÓ</p> | | Firmado por: <input type="text"/> a <input type="text"/> Núm Cédula: <input type="text"/> | |
| | | <p>(24) Nombre del médico revisor, cédula y firma REVISÓ</p> | |
| www.innss.salud.gob.mx | | Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama, 14069, Ciudad de México Tel: (55) 5609-3022 ext. 2024 | |
| | | Pág. 5 | |

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50



4.2.10.2 Instructivo de llenado del formato historia clínica.

| | |
|----------------|--|
| General | Este formato se debe llenar en el sistema electrónico por el personal médico. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables. |
| (1) | Fecha de elaboración: Se refiere a la fecha en la que se realiza la historia clínica en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024. |
| (2) | Hora de elaboración: Se refiere la hora en la que se realiza la historia clínica en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11) |
| (3) | Nivel socioeconómico: Clave socioeconómica del 1 al 6 asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con el puntaje que arroja la entrevista del estudio socioeconómico. |
| (4) | Servicio: Se refiere al servicio que realiza la historia clínica al paciente. |
| (5) | Registro: Número de registro institucional con el que se identifica al paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet |
| (6) | Sexo: Marcar con una X si es hombre o mujer el paciente |
| (7) | Nombre: Nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres. |
| (8) | Edad: Se refiere a la edad del paciente. |
| (9) | Fecha de nacimiento: Anotar la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa), ej. 06/02/2024 |
| (10) | Ficha de identificación: Se agrega en automático al ingresar el número de expediente. |
| (11) | Antecedentes familiares: Enfermedades en la familia. |
| (12) | Antecedentes familiares no patológicos: Contexto familiar y de entorno. |
| (13) | Antecedentes gineco-obstétricos: En caso de ser mujer, los datos ginecológicos. |
| (14) | Antecedentes personales patológicos: Historia médica del paciente. |
| (15) | Padecimiento actual: Enfermedad motivo de la consulta. |
| (16) | Tramites y exámenes previos, tratamiento actual: Antecedentes de manejo médico. |
| (17) | Interrogatorio por aparatos y sistemas: Exploración de salud en general. |
| (18) | Exploración física general: Hallazgos de estado corporal. |
| (19) | Exploración neurológica: Evaluación de la integridad del sistema nervioso. |
| (20) | Sistema motor: Evaluación de la integridad del sistema motor. |
| (21) | Sistema sensitivo: Evaluación de la integridad del sistema sensitivo. |
| (22) | Diagnósticos: Describir el diagnóstico por el que se está tratando en el Departamento de Otoneurología. |
| (23) | Nombre de médico, cédula y firma elaboró: Se anota nombre completo, firma y número de cédula profesional del personal médico que requisitó el formato. |
| (24) | Nombre del médico, cédula y firma revisó: Nombre, firma y número de cédula profesional del personal médico adscrito. |




4.2.10.3 Formato solicitud de estudios de imagen.

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) |
| Ser vicio: (4) | Registro: (5) | Sexo: H (6) M | |
| Nombre: (7) | Edad: (8) | Fecha de Nac: (9) | |
| SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEPARTAMENTO DE NEUROIMAGEN UNIDAD DE RESONANCIA MAGNÉTICA SOLICITUD | | | |
| 1. DATOS GENERALES (10) | | | |
| NOMBRE (10.1) | No. EXP. (10.2) | | |
| EDAD (10.3) GÉNERO F (10.4) H | PROCEDENCIA (10.5) | | |
| FECHA (10.6) | MÉDICO SOLICITANTE (10.7) | | |
| TÉCNICO RADIOLÓGO (10.8) | | | |
| IM PRESIÓN: PLACA <input type="checkbox"/> PAPEL <input type="checkbox"/> | NÚMERO DE IMPRESIONES | No. DE COPIAS (10.9) | |
| EQUIPO: 3 TESLAS <input type="checkbox"/> 5 TESLAS <input type="checkbox"/> | | | |
| 2. ANTECEDENTES (11) | | | |
| RESUMEN HISTORIA CLÍNICA | | | |
| (11.1) | | | |
| DIAGNOSTICO CLÍNICO FINAL | | | |
| (11.2) | | | |
| (11.3) | | | |
| ESTUDIOS 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"/> | | | |
| 3. CRITERIO DE SELECCCIÓN (12) | | | |
| IM PLANT ES (12.1) | TIPO (12.2) | | |
| OTROS TIPO(S): (12.3) | | | |
| ESPECIFIQUE NOMBRE, DÍA, MES Y AÑO DE COLOCACIÓN Y MATERIALES EMPLEADOS EN SU CONFIGURACIÓN | | | |
| www.inn.salud.gob.mx | | Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama, 14269, México D.F. Tel. (55) 5606-3822 ex... | (12.4) Pág. 1 |

Handwritten signatures 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
(13.1)

5. MATERIAL Y MÉTODOS (14)

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

ANESTESIA (14.4)

Parámetros para Resonancia Magnética funcional (15)
Área Básica

Motora Lenguaje Sensitiva Visual

Áreas Específicas
(15.1)

Paradigmas Propuestos
(15.2)

Paradigmas Realizados
(15.3)

Motivo de la realización de Resonancia Magnética funcional
(15.4)

INSTRUC TIV O

EXTERNOS

PACIENTES QUE COOPERAN

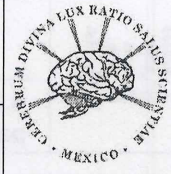
1. Confirmar su cita 1 día antes vía telefónica al 56 06 38 22 a la ext. 1067.
2. Presentarse a la Resonancia Magnética 15 MIN. ANTES DE SU CITA, SI NO LLEGA A TIEMPO tendrá la opción de cambiar su cita o esperar a que falte algún paciente y podrá entonces realizarse su estudio.
3. Presentarse bñado,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

PACIENTES QUE NO COOPERAN Y/O NIÑOS

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

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

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



b) Formato de solicitud de tomografía computada.

| | | |
|---|---|---|
| | INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012 | Fecha de Elaboración: (1) _____ Hora de Elaboración: (2) _____ Nivel Socioeconómico (3) _____ |
| | Servicio: (4) _____ Registro: (5) _____ Sexo: H(6) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F 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) _____ | | |
| www.imnn.salud.gob.mx Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama, 14269, México D.F. Tel. (55) 5606-3822 ext. 2024 | | |



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

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

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



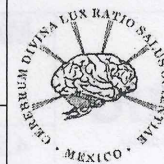
| | |
|--------|---|
| (11.3) | Diagnóstico radiológico final: Colocar el diagnóstico sindromático final con el que cuenta el paciente. |
| (11.4) | Manejo previo: Colocar cuáles son los medicamentos o terapias que se encuentra tomando la persona paciente. |
| (12) | Criterios de selección. |
| (12.1)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

8

Q

P

X



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

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



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

o

Q

b

A



4.2.10.5 Formato solicitud de estudios de laboratorio.

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

* Lab. Clínico

Perfiles

- Funcionamiento hepático

Hematología

- Biometría Hemática

Química clínica

- Electrolitos Séricos 6 (Na, K, Cl, Ca, Mg, P)
- Química sanguínea 6(Q, 4+ colesterol + triglicéridos)

Perfiles hormonales

- Evaluación inicial (femenino)
- Perfil tiroideo (T-Uptake, T4T, ITL, T4L, T3T, T3L, TSH)

Niveles séricos de antiepilépticos

- Valproato

Datos Clínicos:

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

A

Q

8

P



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

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

8

Q

P

A



Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
OTONEUROLOGÍA**

**4.2. Procedimiento para la atención de
pacientes que ameriten historia clínica**



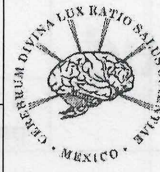
Página
66 de 179

4.2.10.7 Formato de solicitud de interconsulta.

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|
| | INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURGÍA | | Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000 |
| | MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012 | | Hora de elaboración: (2) _____ |
| | | Nivel Socioeconómico: (3) _____ | |
| Servicio: (4) _____ | Registro: (5) _____ | Tipo de Paciente: (6) _____ | |
| Nombre: (7) _____ | Edad: (8) _____ | Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | Fecha de Nac: (10) 00/00/0000 |
| SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA | | | |
| SOLICITUD DE INTERCONSULTA | | | |
| | | 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) _____ | | | |
| (22) _____ a _____ Núm Cédula: (23) _____ | | | |
| MÉDICO SOLICITANTE, FIRMA: (24) | | | |
| Insurgentes Sur No. 3877, C.P. 14269, México D.F. Tel: 56 06 38 22 | | | |

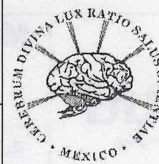
[Handwritten signatures and initials in blue ink]

[Handwritten mark in blue ink]



4.2.10.8 Instructivo de llenado del formato de solicitud de interconsulta.

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



4.2.10.9 Formato solicitud de ingreso hospitalario.

| | | | |
|--|--|---|---|
| | INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA | | Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000 |
| | MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012 | | Hora de elaboración: (2) _____ Nivel Socioeconómico: (3) _____ |
| Servicio: (4) _____ | Registro: (5) _____ | Tipo de Paciente: (6) _____ | |
| Nombre: (7) _____ | Edad: (8) _____ | Sexo: M (9) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Fecha de Nac: 00/00/0000 (10) |
| SOLICITUD INGRESO HOSPITALARIO | | | |
| DATOS PROPORCIONADOS POR EL MÉDICO (11) | | | |
| DIAGNOSTICO (S) _____ | | | |
| ESPECIALIDAD: NEUROLOGÍA <input type="checkbox"/> PSIQUIATRÍA <input type="checkbox"/> | | | |
| MÉDICO SOLICITANTE _____ | | | |
| INTERNAMIENTO URGENTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| PACIENTE CON RIESGO DE ALERGIAS SI <input type="checkbox"/> A QUÉ: _____ BRAZALETE ROJO | | | |
| PACIENTE CON RIESGO DE CAIDAS SI <input type="checkbox"/> BRAZALETE AZUL | | | |
| INFORMACIÓN OBTENIDA POR ADMISIÓN HOSPITALARIA (12) | | | |
| NOMBRE DEL PACIENTE: _____ | | | FECHA DE SOLICITUD: _____ |
| GÉNERO: FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> | | | EDAD _____ años |
| REGISTRO _____ | CAMA _____ | FECHA DE INGRESO 00/00/0000 | |
| TELÉFONO 1 _____ | TELÉFONO 2 _____ | TELÉFONO 3 _____ | |
| Firmado por: _____ a _____ Núm Cédula: _____ | | | |
| NOMBRE Y FIRMA DE QUIÉN AUTORIZA EL INGRESO (13) | | | |
| <p style="font-size: small;">www.innn.salud.gob.mx Inaugurados Sur 3877, Col. La Fama 14269, México, Ciudad de México Tel: (55) 5600-3822 ext. 2034 Pág. 1</p> | | | |

A

P

Q

Q



4.2.10.10 Instructivo de llenado del formato solicitud de ingreso hospitalario.

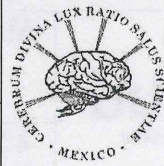
| | |
|----------------|--|
| General | Este formato se debe llenar en el Expediente Clínico Electrónico por el personal médico tratante. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables. |
| (1) | Fecha de elaboración: Se refiere a la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024. |
| (2) | Hora de elaboración: Se refiere la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11). |
| (3) | Nivel socioeconómico: Clave socioeconómica del 1 al 6 asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con el puntaje que arroja la entrevista del estudio socioeconómico. |
| (4) | Servicio: Se refiere al servicio en el que será atendido el paciente. |
| (5) | Registro: Se refiere al número de expediente del paciente. |
| (6) | Tipo de paciente: Gratuidad o no gratuidad asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con la revisión de su derechohabencia en la plataforma AAMATES. |
| (7) | Nombre: Se refiere al nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres. |
| (8) | Edad: Anotar la edad del paciente en años cumplidos. |
| (9) | Sexo: Seleccionar el género con el que se identifica el paciente seleccionando uno de los dos recuadros de manera excluyente. Considerando H = Hombre M = Mujer. |
| (10) | Fecha de nacimiento: Se refiere a la fecha de nacimiento del paciente, en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024. |
| (11) | Datos proporcionados por el médico: Se anota el diagnóstico, especialidad, nombre del personal médico solicitante. |
| (12) | Información obtenida por admisión hospitalaria: Se anota la fecha de solicitud, nombre del paciente, género, edad, registro, cama, fecha de ingreso y 2 teléfonos. |
| (13) | Nombre y firma de quien autoriza el ingreso: Anotar el nombre completo del personal médico que autoriza, empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres, firma, fecha y número de cédula profesional. |

8


J

Q

X



**4.3. Procedimiento para la otorgar cita
médica subsecuente o de revisión.**

| | | |
|----------------|--|---|
| <p>General</p> | <p>Este procedimiento se debe tener en cuenta en el momento de otorgar la cita médica subsecuente o de revisión.</p> | |
| <p>(1)</p> | <p>Facto de exploración de oído a la vez que se realiza la exploración de la nariz y la garganta.</p> | |
| <p>(2)</p> | <p>Nota de exploración de oído se debe en el que se realiza la exploración de la nariz y la garganta.</p> | |
| <p>(3)</p> | <p>Nota de exploración de oído se debe en el que se realiza la exploración de la nariz y la garganta.</p> | |
| <p>(4)</p> | <p>Nota de exploración de oído se debe en el que se realiza la exploración de la nariz y la garganta.</p> | |
| <p>(5)</p> | <p>Nota de exploración de oído se debe en el que se realiza la exploración de la nariz y la garganta.</p> | |
| <p>(6)</p> | <p>Nota de exploración de oído se debe en el que se realiza la exploración de la nariz y la garganta.</p> | |
| <p>(7)</p> | <p>Nota de exploración de oído se debe en el que se realiza la exploración de la nariz y la garganta.</p> | |
| <p>(8)</p> | <p>Nota de exploración de oído se debe en el que se realiza la exploración de la nariz y la garganta.</p> | |
| <p>(9)</p> | <p>Nota de exploración de oído se debe en el que se realiza la exploración de la nariz y la garganta.</p> |  |
| <p>(10)</p> | <p>Nota de exploración de oído se debe en el que se realiza la exploración de la nariz y la garganta.</p> | |
| <p>(11)</p> | <p>Nota de exploración de oído se debe en el que se realiza la exploración de la nariz y la garganta.</p> | |

4.3 PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR CITA MÉDICA SUBSECUENTE O DE REVISIÓN

[Handwritten notes and signatures in blue ink at the bottom of the page]



4.3.1 PROPÓSITO

Brindar seguimiento mediante consulta médica subsecuente o de revisión al paciente ambulatorio o paciente postquirúrgico con enfermedad Oto neurológica.

4.3.2 ALCANCE

4.3.2.1. Alcance Interno: Participa el personal de salud del Departamento de Otoneurología responsable de realizar la valoración para dar seguimiento, evaluar el tratamiento y la evolución de la patología del paciente; el personal administrativo del Departamento de Otoneurología encargado de recibir al paciente y de programar citas y estudios del servicio; el personal de enfermería asignado al Departamento de Otoneurología quien realiza la toma de signos vitales y apoya durante la valoración médica; los Departamentos de Archivo Clínico y de Tecnologías en la Información y Comunicaciones en el control y resguardo de los expedientes clínicos.

4.3.2.2. Alcance Externo: No aplica.

4.3.3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

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

4.2.10.1. La persona titular del Departamento de Otoneurología, en coordinación con la persona titular de la Subdirección de Consulta Externa, es responsable de planear, organizar y coordinar las actividades del servicio, con el propósito de garantizar la adecuada prestación de atención médica.

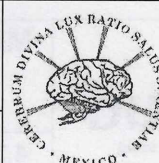
4.3.3.1 Los requisitos para la recibir atención médica mediante consulta subsecuente y/o de revisión son:

- Presentarse con al menos 10 minutos de anticipación a la hora programada.
- Presentar el recibo de caja de gratuidad o de pago por concepto de consulta subsecuente y/o de revisión.
- Presentar el recibo de caja de gratuidad o de pago por concepto de los estudios de otoneurología programados para su evaluación.
- En caso de consulta de revisión o interconsulta, contar con un personal médico asignado y con los formatos debidamente requisitados de preconsulta e historia clínica y resultados de estudios realizados, en su expediente clínico electrónico.
- Acudir con un acompañante.

4.3.3.2 El personal administrativo del Departamento de Otoneurología es responsable de verificar que el paciente cumpla con los requisitos de consulta subsecuente y/o de revisión (4.3.3.3) o, en caso contrario, reprogramar la cita.

4.3.3.3 El personal médico adscrito del Departamento de Otoneurología es responsable de realizar la valoración completa del paciente y determinar los estudios complementarios para el correcto diagnóstico y el tratamiento oportuno.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



- 4.3.3.4 El personal médico del Departamento de Otoneurología es responsable de informar y explicar al paciente y acompañante sobre la patología, el pronóstico, el tratamiento y el seguimiento que se le brindará y de aclarar todas las dudas.
- 4.3.3.5 El personal médico del Departamento de Otoneurología que otorga la consulta subsecuente y/o de revisión es responsable de hacer el correcto llenado de la nota de evolución o de interconsulta en el expediente clínico del paciente y de registrar su nombre completo, número de cédula profesional y firma en todos los formatos que elabore.
- 4.3.3.6 El personal médico adscrito del Departamento de Otoneurología es responsable de elaborar la receta médica con las características y elementos que indica la normativa, explicar al paciente y acompañante las indicaciones del tratamiento como dosis, horarios y fecha de inicio y término
- 4.3.3.7 La persona titular del Departamento de Otoneurología es responsable de vigilar que el personal médico que otorga consulta subsecuente y/o de revisión anote la fecha, su nombre completo y su firma en todos los formatos que realice relacionados con la atención del paciente.
- 4.3.3.8 El personal administrativo del Departamento de Otoneurología es responsable de entregar el expediente clínico físico al Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística una vez terminada la consulta de día.

0



4.3.4 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Actividad | Descripción de actividad | Documento o anexo |
|---|---------------|--|--|
| Personal del Departamento de Comunicación Social asignado al módulo de informes de Consulta Externa | 1 | Recibe en módulo de informes al paciente y acompañante el día programado de la consulta subsecuente de revisión o interconsulta. Verifica la fecha y hora programados, les indica se dirijan a la recepción del Departamento de Otoneurología. | |
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 2 | Recibe en ventanilla de recepción al paciente y acompañante, le solicita su carnet, la cita de consulta subsecuente, revisión o interconsulta, la verifica en el sistema electrónico institucional. | • Cita de consulta subsecuente, de revisión o interconsulta |
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 3 | Solicita el recibo de caja por concepto de consulta subsecuente, de revisión o interconsulta. ¿El paciente presenta el recibo de caja? No. Entrega la hoja de la cita al acompañante y le pide acuda a la caja por su recibo de gratuidad o recibo de pago, según corresponda, y posteriormente regrese. Regresa a la actividad 3. Si. Conserva la copia del recibo de caja. Pasa a la actividad 4. | |
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 4 | Solicita al paciente y acompañante aguarden en la sala a ser llamado. Coloca la hoja de la cita en el estante de enfermería. | • Cita de consulta subsecuente, de revisión o interconsulta |
| Personal de enfermería asignado al Departamento de Otoneurología | 5 | Toma la hoja de cita del estante de enfermería de acuerdo con la programación, llama al paciente, lo pasa al servicio y verifica su identidad conforme a la Acción Esencial de Seguridad del Paciente No. 1: <i>Identificación Correcta del Paciente</i> . Posteriormente, le toma los signos vitales, registra los datos en la hoja de cita y la coloca en el estante de enfermería. Finalmente lo acompaña a la sala de espera y le pide aguarde a ser llamado por el personal médico. | • Cita de consulta subsecuente, de revisión o interconsulta |
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 6 | Toma la hoja de cita del estante de enfermería de acuerdo con la programación, pasa al paciente y acompañante al consultorio y posteriormente realiza las preguntas correspondientes, posteriormente hace la exploración física y elabora la nota médica en la hoja de evolución o en la hoja de interconsulta en el expediente clínico electrónico. ¿El paciente requiere atención médica hospitalaria urgente? | • Nota médica de evolución. • Solicitud de ingreso hospitalario |

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



| Responsable | No. Actividad | Descripción de actividad | Documento o anexo |
|---|---------------|--|---|
| | | <p>No. Continúa la consulta. Pasa a la actividad 7.</p> <p>Si. Requisita solicitud de ingreso hospitalario y la entrega al paciente o a su acompañante y finalmente les pide se dirijan al módulo de informes de consulta externa para que les orienten sobre el trámite de admisión.</p> <p>TERMINA</p> | |
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 7 | <p>Continúa la valoración médica.</p> <p>¿El paciente requiere interconsulta?</p> <p>No. Continúa la consulta. Pasa a la actividad 8.</p> <p>Si. Requisita en el sistema electrónico institucional la solicitud de interconsulta y las solicitudes de estudios que considere necesarios; posteriormente anota en el carnet la consulta subsecuente de otoneurología y entrega con solicitudes al paciente y finalmente les solicita regresen a la recepción a programar su cita y para que les orienten sobre la programación de la interconsulta y estudios. Pasa a la actividad 12.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de interconsulta • Solicitud de estudios |
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 8 | <p>Continúa valoración médica.</p> <p>¿El paciente requiere cirugía programada de otoneurología?</p> <p>No. Continúa la consulta. Pasa a la actividad 9.</p> <p>Si. Explica al paciente y acompañante la necesidad del procedimiento quirúrgico. Pasa al procedimiento 4.4 Para la programación y realización de cirugía de otoneurología.</p> <p>TERMINA</p> | |
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 9 | <p>Continúa valoración médica.</p> <p>¿El paciente requiere implante auditivo (osteointegrado o coclear)?</p> <p>No. Continúa la consulta. Pasa a la actividad 10.</p> <p>Si. Explica al paciente y acompañante la necesidad del implante auditivo (osteointegrado o coclear) de acuerdo con su patología auditiva.</p> | |

A

P

Q

8



**4.3. Procedimiento para la otorgar cita
médica subsecuente o de revisión.**

| Responsable | No. Actividad | Descripción de actividad | Documento o anexo |
|---|---------------|---|---|
| | | Pasa al procedimiento 4.5 para la programación quirúrgica, evaluación, activación y reprogramación de implantes auditivos (osteointegrado o coclear). TERMINA | |
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 10 | Explica al paciente y acompañante sobre el padecimiento, posteriormente elabora receta médica, la entrega al paciente y le da indicaciones. Inicia plan diagnóstico y terapéutico. | • Receta médica |
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 11 | Requisita las solicitudes de estudios de laboratorio y/o de gabinete necesarios como apoyo al diagnóstico, posteriormente anota en el carnet la cita subsecuente y/o estudios electrofisiológicos de oído. Finalmente, entrega al paciente y le solicita regresen a recepción para la programación. | • Solicitud de estudios imagen de • Solicitud de estudios laboratorio de |
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 12 | Recibe en ventanilla de recepción al paciente y/o acompañante, programa la cita subsecuente y estudios de oído, posteriormente le brinda orientación para la programación de estudios de laboratorio y/o gabinete. Finalmente les pide lean las indicaciones para presentarse el día programado y antes pase a la caja por el recibo correspondiente. TERMINA | • Solicitud de estudios imagen de • Solicitud de estudios laboratorio de |

o

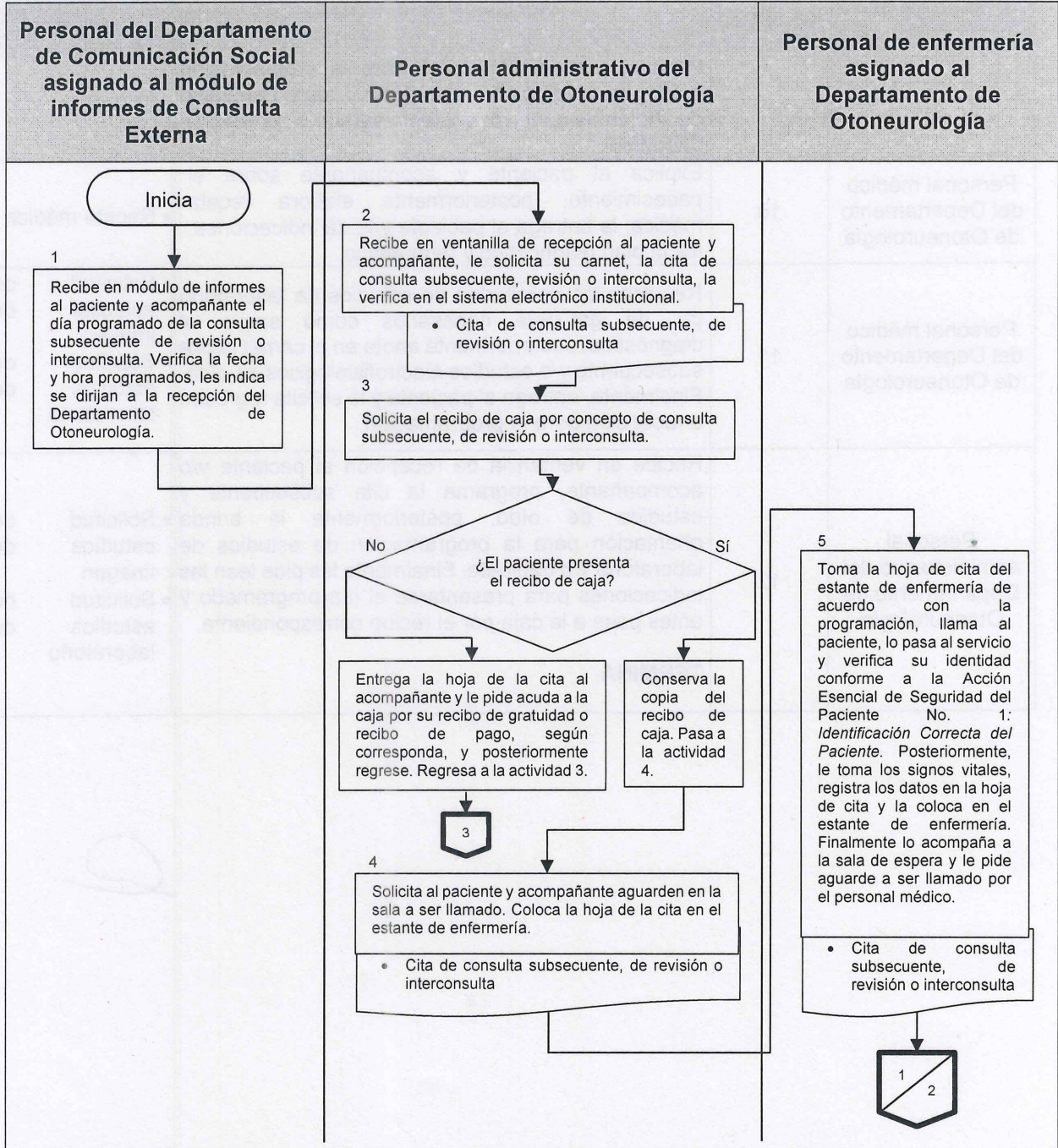
Q

p

A



4.3.5 DIAGRAMA DE FLUJO



A

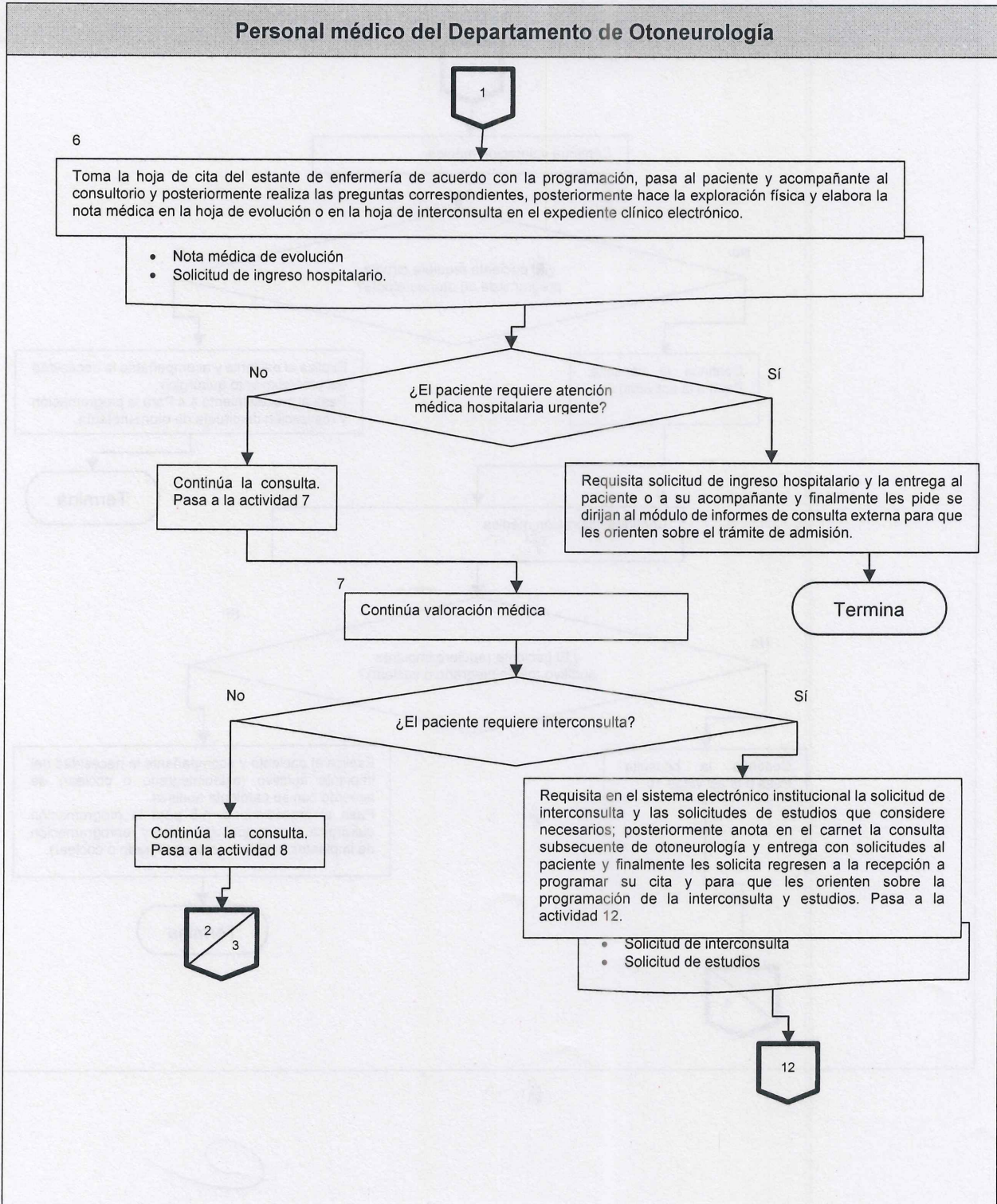
P

Q

8

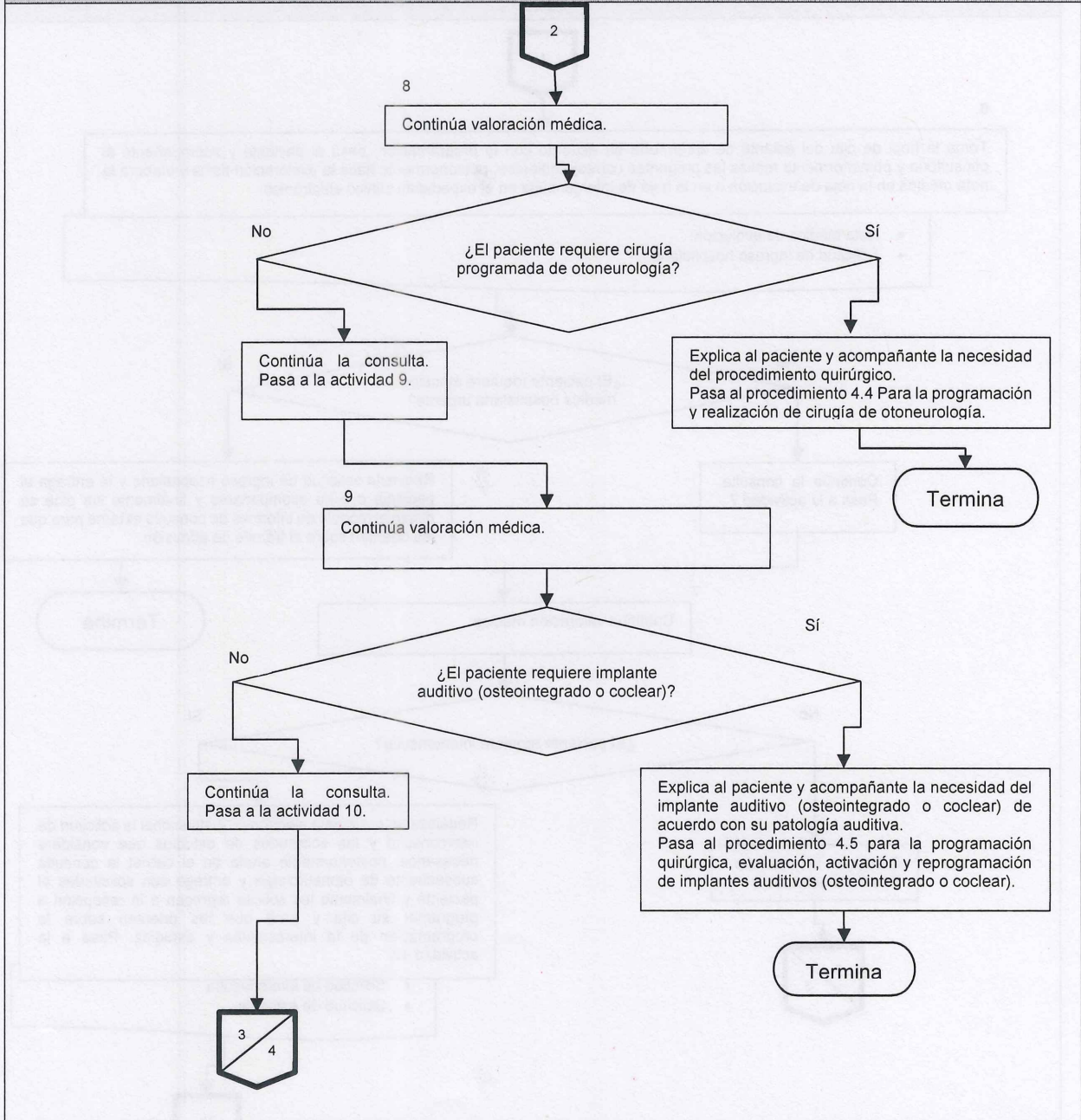


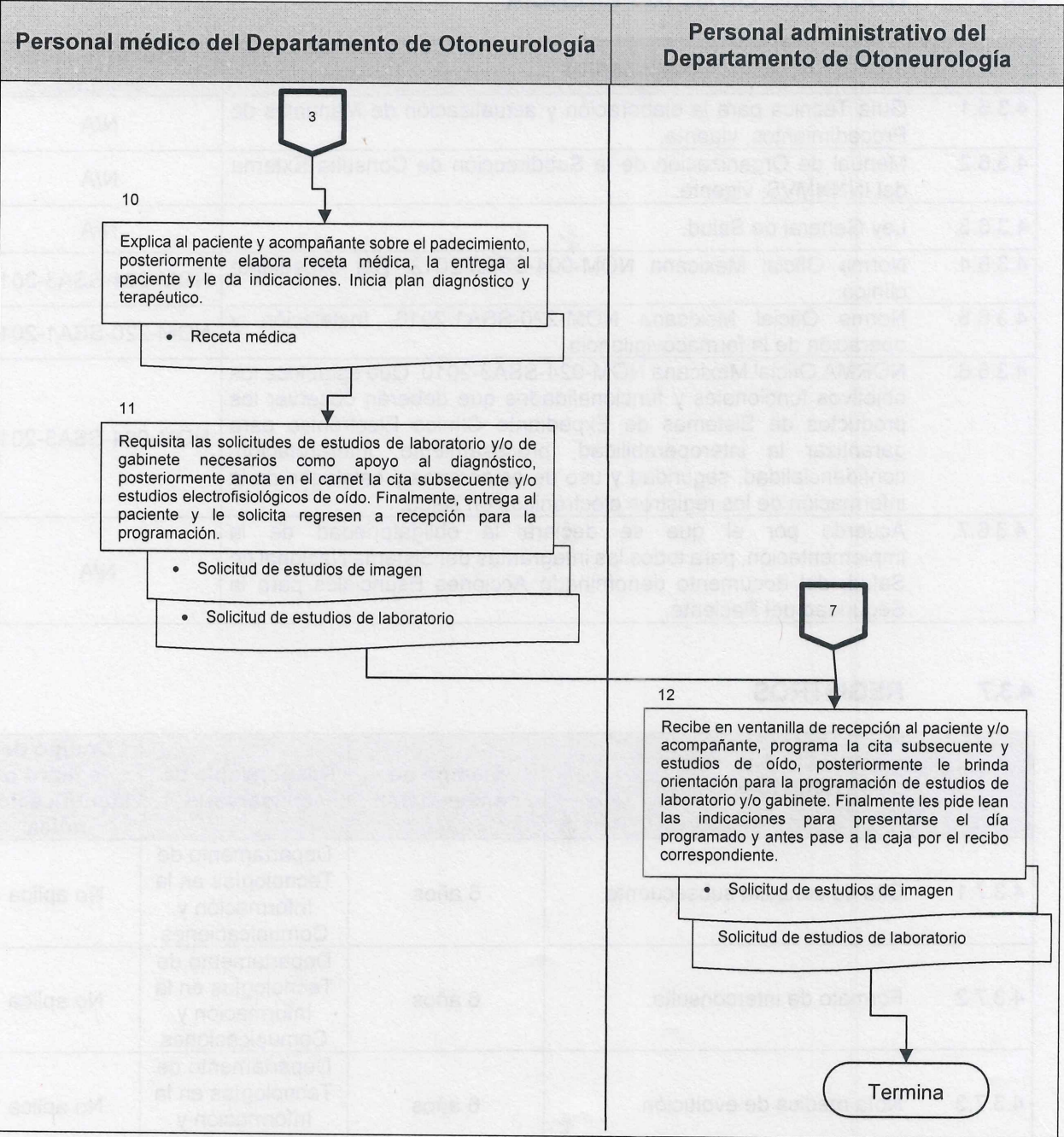
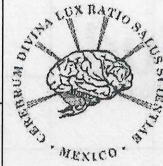
Personal médico del Departamento de Otorrinolaringología





Personal médico del Departamento de Otoneurología





[Handwritten signatures and initials in blue ink]

4.3.6 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

4.3.7 REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|--|------------------------|--|---|
| 4.3.7.1 Cita de consulta subsecuente. | 6 años | Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones | No aplica |
| 4.3.7.2 Formato de interconsulta. | 6 años | Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones | No aplica |
| 4.3.7.3 Nota médica de evolución. | 6 años | Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones | No aplica |
| 4.3.7.4 Solicitud de ingreso hospitalario. | 6 años | Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones | No aplica |
| 4.3.7.5 Receta médica. | No aplica | No aplica | No aplica |
| 4.3.7.6 Solicitud de estudios de imagen. | 6 años | Departamento de Tecnologías en la | No aplica |



| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|------------------------|--|---|
| 4.3.7.7 Solicitud de estudios de laboratorio. | 6 años | Información y Comunicaciones Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones | No aplica |

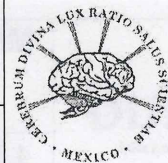
4.3.8 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

| | |
|---------|--|
| 4.3.8.1 | Acompañante: Persona que acompaña al paciente durante su estancia en el Instituto, pudiendo o no ser familiar. |
| 4.3.8.2 | Consulta subsecuente: Consulta que sigue inmediatamente a otra para evaluar el tratamiento y brindar seguimiento médico al paciente. |
| 4.3.8.3 | Expediente clínico: Conjunto de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, ópticos o magneto ópticos, en el cual, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias aplicables. |
| 4.3.8.4 | Interconsulta: Enviar al paciente con otro profesional sanitario para ofrecerle una atención integral y complementaria para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. |
| 4.3.8.5 | Paciente: Persona que recibe atención a la salud (de acuerdo con el glosario de términos aplicados a la seguridad del paciente de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud). Beneficiario(a) directo de la atención médica (de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012). |
| 4.3.8.6 | Personal médico: Profesional de la salud con categoría de médico especialista que durante las horas de jornada laboral tiene bajo su responsabilidad el diagnóstico, tratamiento y prevención del daño de los pacientes a su cargo. |

4.3.9 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



4.3.10 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 4.3.10.1 Formato de cita de consulta subsecuente.
- 4.3.10.2 Instructivo de llenado del formato de cita de consulta subsecuente.
- 4.3.10.3 Formato solicitud de interconsulta.
- 4.3.10.4 Instructivo de llenado del formato solicitud de interconsulta
- 4.3.10.5 Formato nota médica de evolución.
- 4.3.10.6 Instructivo de llenado del formato nota médica de evolución.
- 4.3.10.7 Formato solicitud de ingreso hospitalario.
- 4.3.10.8 Instructivo de llenado del formato solicitud de ingreso hospitalario.
- 4.3.10.9 Formato de receta médica.
- 4.3.10.10 Instructivo de llenado del formato de receta médica.
- 4.3.10.11 Formato solicitud de estudios de imagen.
- 4.3.10.12 Instructivo de llenado del formato solicitud de estudios de imagen.
- 4.3.10.13 Formato solicitud de estudios de laboratorio.
- 4.3.10.14 Instructivo de llenado del formato solicitud de estudios de laboratorio.

Handwritten mark


Handwritten signature

Handwritten mark

Handwritten mark



4.3.10.1 Formato cita de consulta subsecuente.

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

CITA

(6) _____
 (7) _____
 (8) _____
 (9) Remitido por: _____

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

Recomendaciones/Preparación previa:

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

Nota Médica:

Verificar el nombre del paciente y la cita programada. Llegar 20 minutos antes de su cita (tenga en cuenta el tráfico en la CDMX). En caso de no llegar en el horario programado o no disponer de su recibo de pago, se cancelará su consulta. Acudir con un familiar. Si desea cambiar su cita, llame al teléfono (55) 5003-3922

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA «MANUEL VELASCO SUÁREZ» - Lic.Sanitaria INNN 04 AM 0913012

(Handwritten signatures and initials in blue ink)



4.3.10.2. Instructivo de llenado del formato cita de consulta subsecuente.

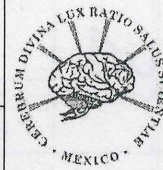
| | |
|----------------|--|
| General | Este formato se debe llenar en el Expediente Clínico Electrónico por el personal administrativo que programa las citas. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.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



[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]



4.3.10.3. Solicitud de interconsulta.

| | | | |
|---------------|--|--|--------------------------------------|
| | INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA | | Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000 |
| | MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012 | | Hora de elaboración: (2) - |
| | | 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 |

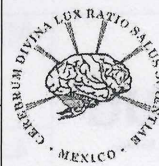
| | |
|--|--|
| SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA | |
| SOLICITUD DE INTERCONSULTA | |
| Nombre: (12) | REG. NUM: (11) |
| Edad: (13) | Género: <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |
| SOLICITA A: (15) | Cama: (16) |
| PROCEDENCIA: (17) | |
| DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO / O SINTOMAS: (18) | |
| | |
| Fecha: (19) 00/00/0000 | Hora: (20) 00:00 |
| Firmado por: (21) | |
| a Núm Cédula: | |
| MÉDICO SOLICITANTE, FIRMA: (22) | |
| Insurgentes Sur No. 3877, C.P. 14269, México D.F. Tel: 56 06 38 22 | |

8

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



4.3.10.4. Instructivo de llenado del formato solicitud de interconsulta.

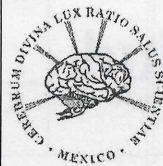
| | |
|----------------|--|
| General | Este formato se debe llenar en el ECE por el personal médico solicitante de la interconsulta. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables. |
| (1) | Fecha de elaboración: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

A


P

e

r



4.3.10.5. Formato nota médica de evolución.

| | | | |
|---|--|---|--|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012 | | Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000 |
| | | | Hora de elaboración: (2) |
| Servicio: (4) | | Registro: (5) | Tipo de Paciente: (6) |
| Nombre: (7) | | Edad: (8) | Fecha de Nac: 00/00/0000 |
| | | Sexo: H (9) M | Nivel Socioeconómico: (3) |
| NOTA MÉDICA DE EVOLUCIÓN / CONSULTA EXTERNA | | | DMNME-CE-12015 |
| <p>La Norma Oficial del Expediente Clínico exige que cada nota médica lleve los siguientes datos: fecha, hora y signos vitales, diagnóstico, síntomas, exploración física y neurológica, resultados de laboratorio y gabinete, plan de manejo, nombre, cédula y firma del médico.</p> | | | |
| SIGNOS VITALES (11) | | | |
| Peso: <input type="text"/> kg. Talla: <input type="text"/> mts. <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> En silla de ruedas | SpO2 <input type="text"/> | Frecuencia Cardíaca: <input type="text"/> / min. | Temperatura: <input type="text"/> °C |
| | | Frecuencia Respiratoria: <input type="text"/> / min. | T.A. <input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg. |
| | | Atención: <input type="text"/> | Motivo de Consulta <input type="text"/> |
| Diagnóstico ICD 10: (12) | | Presuntivo: <input type="text"/> | |
| <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | | |
| Observaciones del Diagnóstico | | | |
| <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | | | |
| Subjetivo: | | | |
| <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/> | | | |
| Objetivo: | | | |
| <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/> | | | |
| Plan: | | | |
| <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/> | | | |
| Análisis y Pronóstico: | | | |
| <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/> | | | |
| ¿Se realizó un procedimiento? <input type="checkbox"/> | | Estado Salud <input type="text"/> | |
| Firmado por: a Núm Cédula: | | MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO | |
| Nombre del médico, cédula y firma ELABORÓ (13) | | Firmado por: a Núm Cédula: | |
| (14) Nombre del médico revisor, cédula y firma REVISÓ | | | |
| www.inns.salud.gob.mx | | Insurgentes Sur #5877, Col. La Fama 14269, México, Ciudad de México Tel: (55) 5000-3820 ext. 2024 | |
| | | Pág. 1 | |

P Q



4.3.10.6. Instructivo de llenado del formato nota médica de evolución.

| | |
|----------------|---|
| General | Este formato se debe llenar en el Expediente Clínico Electrónico por el personal médico. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables. |
| (1) | Fecha de elaboración: Se refiere a la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024. |
| (2) | Hora de elaboración: Se refiere la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11). |
| (3) | Nivel socioeconómico: Clave socioeconómica del 1 al 6 asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con el puntaje que arroja la entrevista del estudio socioeconómico. |
| (4) | Servicio: Anotar el servicio en el que es atendido el paciente. |
| (5) | Registro: Se refiere al número de expediente, se encuentra en el carnet del paciente. |
| (6) | Tipo de paciente: Gratuidad o no gratuidad asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con la revisión de su derechohabencia en la plataforma AAMATES. |
| (7) | Nombre: Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres. |
| (8) | Edad: Se refiere a la edad del paciente. |
| (9) | Sexo: Se indica si es hombre o mujer según sea el caso del paciente. |
| (10) | Fecha de nacimiento: Se refiere a la fecha de nacimiento del paciente, en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024. |
| (11) | Signos vitales: Anotar peso, talla tensión arterial, frecuencia cardiaca, escala de dolor, frecuencia respiratoria, temperatura del paciente. |
| (12) | Diagnóstico: Se anotan los resultados y observaciones de los estudios realizados al paciente. |
| (13) | Nombre del médico, cédula y firma elaboró: Anotar los datos completos del personal médico que elabora. |
| (14) | Nombre del médico revisor, cédula y firma revisó: Anotar los datos completos del personal médico adscrito. |

g

[Handwritten signature]

p

A



4.3.10.7. Formato solicitud de ingreso hospitalario.

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)

SOLICITUD INGRESO HOSPITALARIO

DATOS PROPORCIONADOS POR EL MÉDICO (11)

DIAGNOSTICO (S) _____

ESPECIALIDAD: NEUROLOGÍA PSIQUIATRIA

MEDICO SOLICITANTE _____

INTERNAMIENTO URGENTE SI NO

PACIENTE CON RIESGO DE ALERGIAS SI A QUÉ: _____ BRAZALETE ROJO
 PACIENTE CON RIESGO DE CAIDAS SI BRAZALETE AZUL

INFORMACIÓN OBTENIDA POR ADMISIÓN HOSPITALARIA (12)

FECHA DE SOLICITUD: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

GÉNERO: FEMENINO MASCULINO EDAD _____ años

REGISTRO _____ CAMA _____ FECHA DE INGRESO 00/00/0000

TELÉFONO 1 _____ TELÉFONO 2 _____
 TELÉFONO 3 _____

Firmado por: _____ a _____ Núm Cédula: _____

NOMBRE Y FIRMA DE QUIÉN AUTORIZA EL INGRESO (13)

www.innn.salud.gob.mx Insurgentes Sur #3677, Col. La Fama 14260, México, Ciudad de México Tel (55) 5606-3623 ext. 2024 Pag. 1



4.3.10.8. Instructivo de llenado del formato de solicitud de ingreso hospitalario.

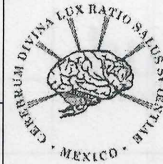
| | |
|----------------|--|
| General | Este formato se debe llenar en el Expediente Clínico Electrónico por el personal médico tratante. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables. |
| (1) | Fecha de elaboración: Se refiere a la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024. |
| (2) | Hora de elaboración: Se refiere la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11). |
| (3) | Nivel socioeconómico: Clave socioeconómica del 1 al 6 asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con el puntaje que arroja la entrevista del estudio socioeconómico. |
| (4) | Servicio: Se refiere al servicio en el que será atendido el paciente. |
| (5) | Registro: Se refiere al número de expediente del paciente. |
| (6) | Tipo de paciente: Gratuidad o no gratuidad asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con la revisión de su derechohabencia en la plataforma AAMATES. |
| (7) | Nombre: Se refiere al nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres. |
| (8) | Edad: Anotar la edad del paciente en años cumplidos. |
| (9) | Sexo: Seleccionar el género con el que se identifica el paciente seleccionando uno de los dos recuadros de manera excluyente. Considerando H = Hombre M = Mujer. |
| (10) | Fecha de nacimiento: Se refiere a la fecha de nacimiento del paciente, en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024. |
| (11) | Datos proporcionados por el médico: Se anota el diagnóstico, especialidad, personal médico solicitante. |
| (12) | Información obtenida por admisión hospitalaria: Se anota la fecha de solicitud, nombre del paciente, género, edad, registro, cama, fecha de ingreso y 2 teléfonos. |
| (13) | Nombre y firma de quien autoriza el ingreso: Anotar el nombre completo del personal médico que autoriza, empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres, firma, fecha y número de cédula profesional. |



Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
OTONEUROLOGÍA**

**4.3. Procedimiento para la otorgar cita
médica subsecuente o de revisión.**



Página
91 de 179

4.3.10.9. 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**

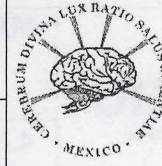
Nombre del Médico: (5) _____

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/innn

Handwritten signatures and initials in blue ink.



4.3.10.10. Instructivo de llenado del formato de receta médica.

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

8

Q

p

A




4.3.10.11. Formato solicitud de estudios.

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 | | | |
| 1. DATOS GENERALES (10) | | | |
| NOMBRE (10.1) | No. EXP. (10.2) | | |
| EDAD (10.3) GÉNERO F (10.4) H (10.5) | PROCEDENCIA (10.5) | | |
| FECHA (10.6) | MÉDICO SOLICITANTE (10.7) | | |
| TÉCNICO RADIÓLOGO (10.8) | | | |
| IMPRESIÓN: PLACA <input type="checkbox"/> PAPEL <input type="checkbox"/> | NÚMERO DE IMPRESIONES | No. DE COPIAS (10.9) | |
| EQUIPO: 3 TESLAS <input type="checkbox"/> 5 TESLAS <input type="checkbox"/> | | | |
| 2. ANTECEDENTES (11) | | | |
| RESUMEN HISTORIA CLÍNICA | | | |
| (11.1) | | | |
| DIAGNOSTICO CLÍNICO FINAL | | | |
| (11.2) | | | |
| (11.3) | | | |
| ESTUDIOS PREVI... RX <input type="checkbox"/> ANGIO <input type="checkbox"/> MIELO <input type="checkbox"/> VENTRICULOS <input type="checkbox"/> TC <input checked="" type="checkbox"/> MIELO TC <input type="checkbox"/> MN <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> | | | |
| OTRO(S) (11.2) | | | |
| DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO FINAL | | | |
| (11.3) | | | |
| MANEJO PREVIO | | | |
| (11.4) MÉDICO <input type="checkbox"/> | QUIMIOTERA PIA <input type="checkbox"/> | RA DIOTERA PIA <input type="checkbox"/> | QUIRÚRGICO <input type="checkbox"/> |
| 3. CRITERIO DE SELECCIÓN (12) | | | |
| IM PLANT ES | TIPO | | |
| (12.1) | (12.2) | | |
| OTROS TIPO(S): (12.3) | | | |
| ESPECIFIQUE NOMBRE, DÍA, MES Y AÑO DE COLOCACIÓN Y MATERIALES EMPLEADOS EN SU CONFIGURACIÓN | | | |
| (12.4) | | | |



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

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

Ser vici o: _____ Registro: _____ Sexo H M
Nombre: _____ Ed ad: _____ Fecha de Nac: _____

4. ESTUDIOS SOLICITADOS (13)

ÓRGANO A EXPLORAR
(13.1)

5. MATERIAL Y MÉTODOS (14)

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

ANESTESIA (14.4)

Parámetros para Resonancia Magnética funcional (15)
Área Básica
 Motora Lenguaje Sensitiva Visual

Áreas Específicas
(15.1)

Paradigmas Propuestos
(15.2)

Paradigmas Realizados
(15.3)

Motivo de la realización de Resonancia Magnética funcional
(15.4)

INSTRUC TIVO

EXTERNOS

PACIENTES QUE COOPERAN

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

PACIENTES QUE NO COOPERAN Y/O NIÑOS

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

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

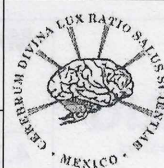
www.inn.salud.gob.mx Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama, 14269, México D.F. Tel. (55) 5606-3822 ex... Pág. 2



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) |
| Servicio: (4) | Registro: (5) | Sexo: H(6) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Nivel Socioeconómico (3) |
| 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | 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) | | | |

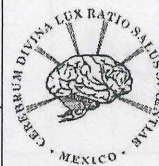
[Handwritten signatures and initials in blue ink]



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

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

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



**4.3. Procedimiento para la otorgar cita
médica subsecuente o de revisión.**

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

P Q

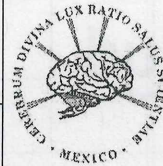
8

A

| | | | |
|---|--|--|---------------------|
|  Salud Secretaría de Salud | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE OTONEUROLOGÍA |  | Página 98 de 179 |
| | 4.3. Procedimiento para la otorgar cita médica subsecuente o de revisión. | | |

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

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



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

g

e

p

x



4.3.10.13. Formato solicitud de estudios de laboratorio.

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

* Lab. Clínico

Perfiles

- Funcionamiento hepático

Hematología

- Biometría Hemática

Química clínica

- Electrolitos Séricos 6 (Na, K, Cl, Ca, Mg, P)
- Química sanguínea 6(Q. 4+ colesterol + triglicéridos)

Perfiles hormonales

- Evaluación inicial (femenino)
- Perfil tiroideo (T-Uptake, T4T, ITL, T4L, T3T, T3L, TSH)

Niveles séricos de antiepilépticos

- Valproato

Datos Clínicos:

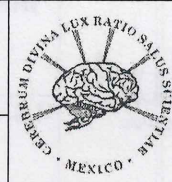
Material: Tubo azul(1); Tubo lila(1); Tubo Oro(1); Tubo rojo(1)

A

9 P

Q

g



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

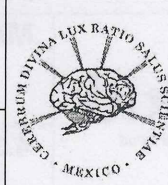
| | |
|----------------|---|
| General | Este formato se debe llenar en el Expediente Clínico Electrónico por el personal médico solicitante. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables. |
| (1) | Fecha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

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA PROGRAMACIÓN Y REALIZACIÓN DE
CITAS DE OTONEUROLOGÍA

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]



| | |
|---|---|
| 1 | 1. Realizar la historia de antecedentes de padecimientos en los oídos, nariz y garganta para el diagnóstico diferencial de los trastornos de la audición. |
| 2 | 2. Realizar la historia de antecedentes de padecimientos de la cabeza, cuello y tronco para el diagnóstico diferencial de los trastornos de la audición. |
| 3 | 3. Realizar la historia de antecedentes de padecimientos de la audición para el diagnóstico diferencial de los trastornos de la audición. |
| 4 | 4. Realizar la historia de antecedentes de padecimientos de la audición para el diagnóstico diferencial de los trastornos de la audición. |
| 5 | 5. Realizar la historia de antecedentes de padecimientos de la audición para el diagnóstico diferencial de los trastornos de la audición. |
| 6 | 6. Realizar la historia de antecedentes de padecimientos de la audición para el diagnóstico diferencial de los trastornos de la audición. |
| 7 | 7. Realizar la historia de antecedentes de padecimientos de la audición para el diagnóstico diferencial de los trastornos de la audición. |
| 8 | 8. Realizar la historia de antecedentes de padecimientos de la audición para el diagnóstico diferencial de los trastornos de la audición. |
| 9 | 9. Realizar la historia de antecedentes de padecimientos de la audición para el diagnóstico diferencial de los trastornos de la audición. |



**4.4 PROCEDIMIENTO PARA LA PROGRAMACIÓN Y REALIZACIÓN DE
CIRUGÍA DE OTONEUROLOGÍA**

A

e

p

A

| | | | |
|---|---|---|--|
|  <p>Salud Secretaría de Salud</p> | <p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE OTONEUROLOGÍA</p> <p align="center">4.4. Procedimiento para la programación y realización de cirugía de Otoneurología.</p> |  | <p align="right">Página 103 de 179</p> |
|---|---|---|--|

4.4.1 PROPÓSITO

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



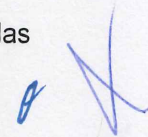
4.4.2 ALCANCE

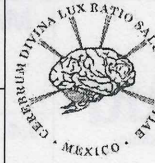
4.2.2.3 Alcance Interno: Participa el personal de salud del Departamento de Otoneurología responsable de realizar la valoración médica y programar la cirugía; el personal administrativo del Departamento de Otoneurología encargado de recibir al paciente y de programar citas y estudios del servicio; el personal de enfermería asignado al Departamento de Otoneurología que realiza la toma de signos vitales y apoya durante la valoración médica; el personal del Departamento de Trabajo Social responsable de verificar la condición de gratuidad o derechohabencia del paciente y de brindarle apoyo social a él y a sus acompañantes; los Departamentos de Archivo Clínico y de Tecnologías en la Información y Comunicaciones en el control y resguardo de los expedientes clínicos.

4.4.2.1. Alcance Externo: No aplica.

4.4.3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 4.4.3.1 Requisitos para programación y realización de cirugía de Otoneurología:
- Sólo serán incluidos aquellos pacientes que tengan patología de Otoneurología.
 - Contar con la autorización del jefe de servicio y/o adscrito para valorar y determinar la fecha de cirugía.
 - Contar con la carta de consentimiento informado debidamente requisitada y firmada por el paciente y la persona legalmente responsable.
 - Contar con la valoración anestésica previa a la cirugía.
 - Contar con los estudios preoperatorios.
- 4.4.3.2 El personal médico del Departamento de Otoneurología es responsable de seleccionar al paciente candidato a cirugía posterior a la valoración Oto neurológica completa con apoyo en los estudios complementarios para el correcto diagnóstico y determinar la prioridad con base en la urgencia de su padecimiento
- 4.4.3.3 El personal médico adscrito del Departamento de Otoneurología es responsable de priorizar la programación, lista de espera, urgencia. Así como de entregar la programación la semana previa a quirófano, para la preparación de la sala y los insumos de acuerdo con la cirugía.
- 4.4.3.4 El personal médico del Departamento de Otoneurología es responsable de explicar al paciente y acompañante las razones por las que requiere un procedimiento quirúrgico, los riesgos, beneficios, pronóstico y cuidados que debe seguir.
- 4.4.3.5 El personal médico del Departamento de Otoneurología es responsable de informar las indicaciones prequirúrgicas y cómo se desarrollará el procedimiento.



- 4.4.3.6 El personal médico del Departamento de Otoneurología es responsable de tramitar el consentimiento informado, explicando al paciente los beneficios de la cirugía, los riesgos de no realizarla y si existen alternativas a la misma, para obtener la firma del paciente y de la persona legalmente responsable.
- 4.4.3.7 El personal médico del Departamento de Otoneurología es responsable de hacer el correcto llenado de la nota de evolución, la hoja de admisión hospitalaria, la nota preoperatoria, las solicitudes de interconsulta para valoración de anestesia, estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, etc., en el sistema electrónico institucional.
- 4.4.3.8 El personal médico del Departamento de Otoneurología es responsable de elaborar la receta médica con las características y elementos que indica la normativa, explicar al paciente y acompañante las indicaciones del tratamiento como dosis, horarios y fecha de inicio y término.
- 4.4.3.9 El personal médico del Departamento de Otoneurología es responsable de informar al paciente y acompañante sobre el desarrollo de la cirugía y si hubo alguna complicación. Así como citar al paciente una semana posterior a la cirugía para valoración.
- 4.4.3.10 El personal médico del Departamento de Otoneurología es responsable de requisitar todos los formatos, las notas de evolución y la nota postoperatoria indicando el tipo de procedimiento programado y el tipo de procedimiento realizado en el expediente clínico electrónico del paciente.

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]



4.4.4 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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



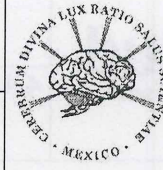
| Responsable | No. Actividad | Descripción de actividad | Documento o anexo |
|---|---------------|--|-----------------------|
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 6 | <p>Pasa al paciente y acompañante al consultorio. Revisa que el expediente clínico electrónico del paciente cuente con la valoración anestésica y resultados de estudios preoperatorios.</p> <p>¿Cuenta con valoración anestésica y resultados de estudios preoperatorios?</p> <p>No. Reprograma la cirugía. Regresa a la actividad 4.</p> <p>Si. Confirma fecha y hora de cirugía. Da indicaciones prequirúrgicas al paciente y acompañante y les solicita acudir a Trabajo Social para iniciar su trámite de ingreso hospitalario. Pasa a la actividad 7.</p> | |
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 7 | <p>Pasa visita el día del ingreso hospitalario del paciente. Verifica su identidad conforme a la Acción Esencial de Seguridad del Paciente No. 1: <i>Identificación correcta del paciente</i> y procede a realizar la valoración prequirúrgica.</p> <p>¿El paciente está en condiciones óptimas para cirugía?</p> <p>No. Cancela la cirugía. Explica al paciente el motivo de la cancelación y le anota en carnet para que programe consulta subsecuente nuevamente. Finalmente anota en la libreta de cirugías el motivo de la cancelación. TERMINA</p> <p>Si. Realiza la nota preoperatoria en el expediente clínico electrónico del paciente. Continúa el programa quirúrgico establecido. Pasa a la actividad 8.</p> | • Nota preoperatoria. |
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 8 | <p>Se presenta en el quirófano una hora antes de la cirugía, verifica el equipo quirúrgico presente y que la sala de cirugía cuente con el instrumental y el material para el procedimiento quirúrgico en específico. Realiza la cirugía.</p> | |
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 9 | <p>Elabora la nota postoperatoria y las indicaciones médicas en el expediente clínico electrónico del paciente.</p> | • Nota postoperatoria |
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 10 | <p>Da informes al acompañante al término de la cirugía, la fecha tentativa de alta y las indicaciones de cuidados postquirúrgicos del paciente.</p> | |

A

e

p

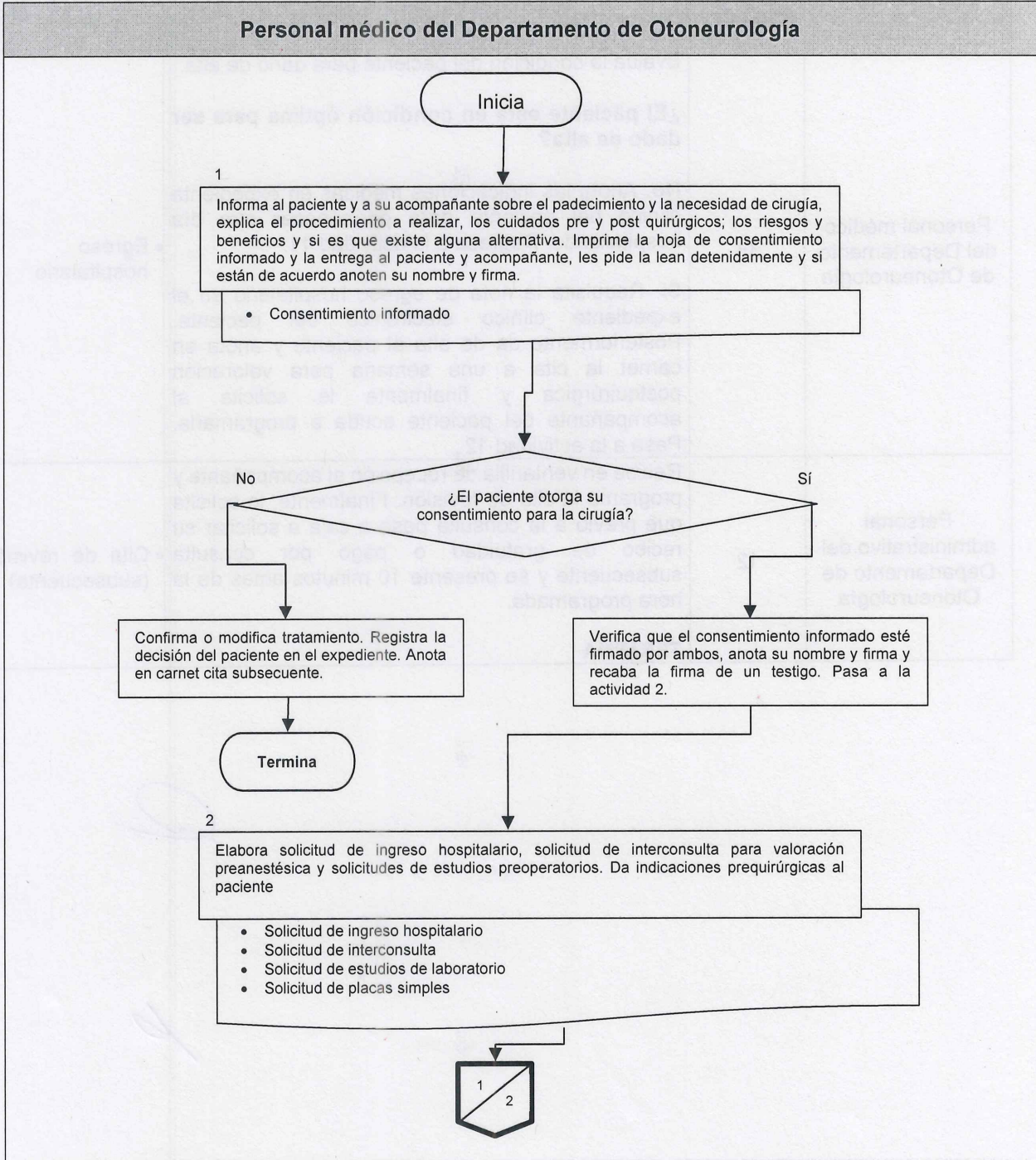
8

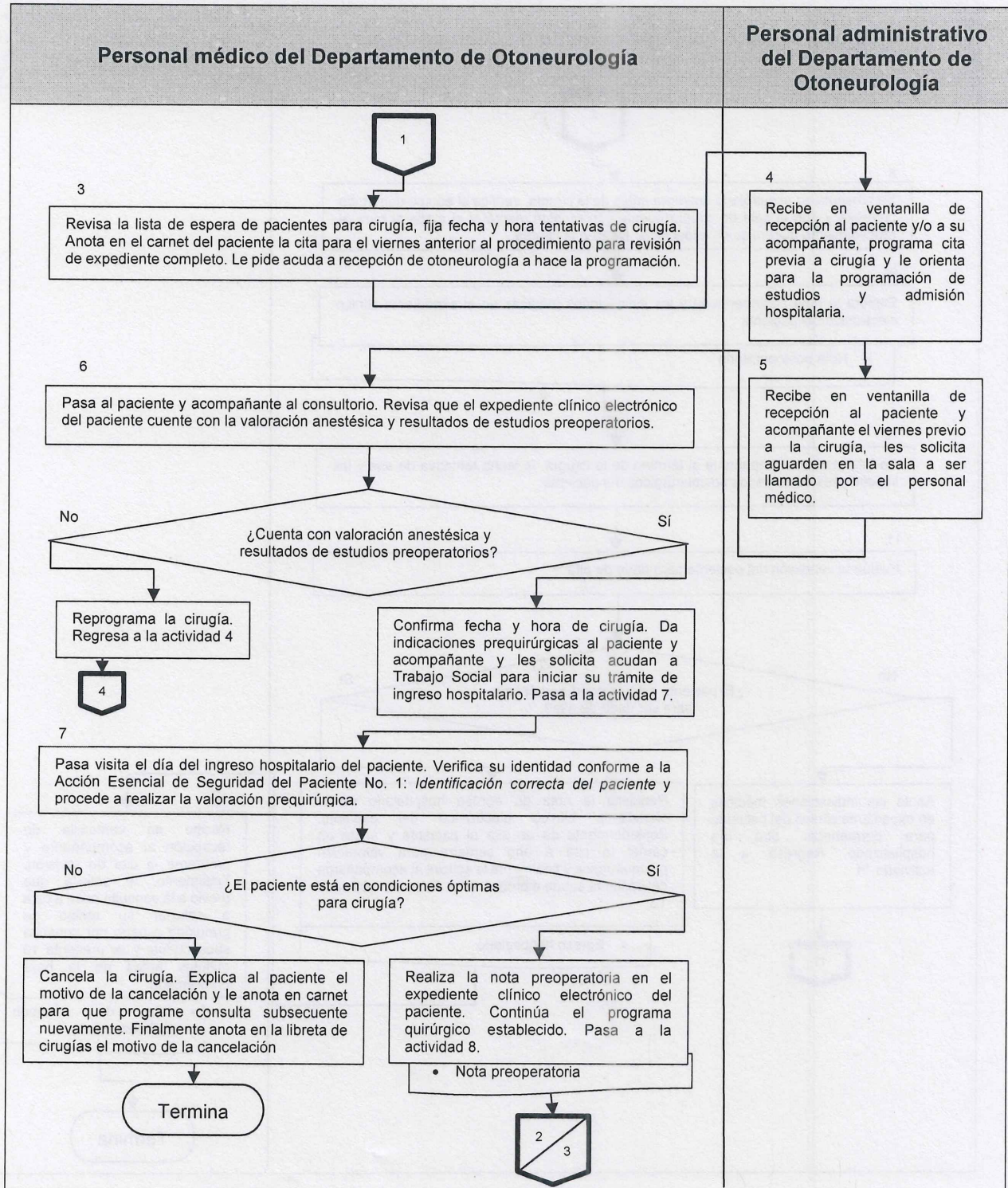
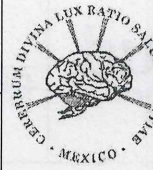


| Responsable | No. Actividad | Descripción de actividad | Documento o anexo |
|---|---------------|---|--|
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 11 | <p>Evalúa la condición del paciente para darlo de alta.</p> <p>¿El paciente está en condición óptima para ser dado de alta?</p> <p>No. Anota las indicaciones médicas en expediente clínico del paciente para permanecer otro día hospitalizado. Regresa a la actividad 11.</p> <p>Si. Requisita la nota de egreso hospitalario en el expediente clínico electrónico del paciente. Posteriormente da de alta al paciente y anota en carnet la cita a una semana para valoración postquirúrgica y finalmente le solicita al acompañante del paciente acuda a programarla. Pasa a la actividad 12.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Egreso hospitalario |
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 12 | <p>Recibe en ventanilla de recepción al acompañante y programa la cita de revisión. Finalmente, le solicita que previo a la consulta pase a caja a solicitar su recibo de gratuidad o pago por consulta subsecuente y se presente 10 minutos antes de la hora programada.</p> <p>TERMINA</p> | <ul style="list-style-type: none"> Cita de revisión (subsecuente) |

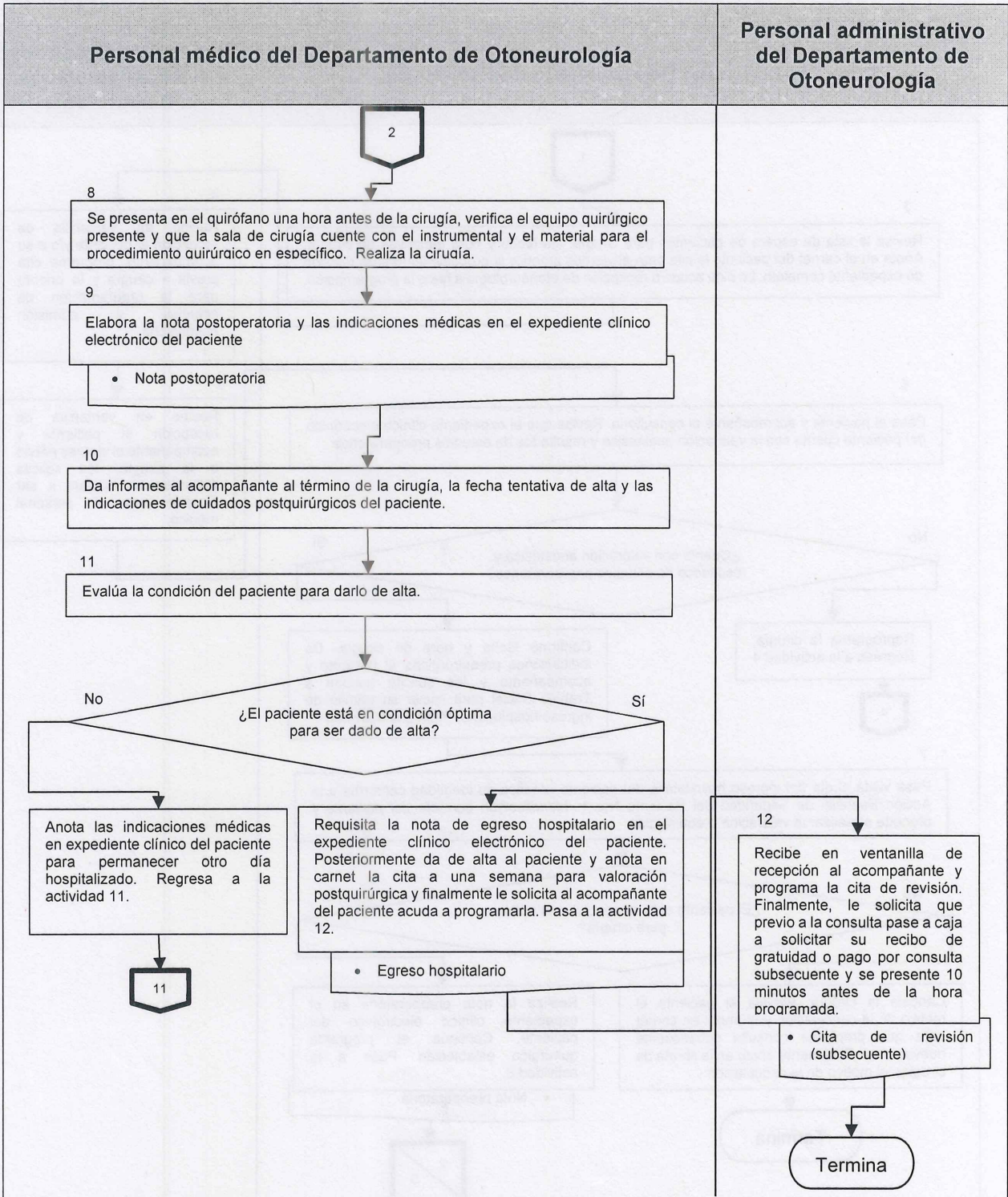


4.4.5 DIAGRAMA DE FLUJO





[Handwritten signatures and initials in blue ink]



A

Q

P

a

| | | | |
|---|---|--|----------------------|
|  Salud Secretaría de Salud | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE OTONEUROLOGÍA |  | Página 111 de 179 |
| | 4.4. Procedimiento para la programación y realización de cirugía de Otoneurología. | | |

4.4.6 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

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

4.4.7 REGISTROS

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

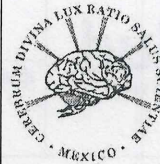


| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|------------------------------|------------------------|--|---|
| 4.4.7.6 Nota preoperatoria. | 6 años | Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones | DM/NPreO-1/2016 |
| 4.4.7.7 Nota postquirúrgica. | 6 años | Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones | DM/NPO-1/2016 |
| 4.4.7.8 Egreso hospitalario. | 6 años | Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística | DM/NEH-1/2017 |

4.4.8 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

| | |
|---------|--|
| 4.4.8.1 | Acompañante: Persona que acude con el paciente y permanece con él durante su estancia en el Instituto, pudiendo o no ser familiar. Apoya al paciente con trámites de programación de citas y/o estudios y solicitud de recibos de caja. |
| 4.4.8.2 | Estudios prequirúrgicos: pruebas y análisis médicos que se realizan antes de una cirugía para evaluar el estado de salud del paciente y asegurar que está listo para la intervención. |
| 4.4.8.3 | Hoja de consentimiento informado: Documento de decisión libre y voluntaria realizada 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 revelada respecto a los riesgos y beneficios que le pueden ocasionar. |
| 4.4.8.4 | Paciente: Persona que recibe atención a la salud (de acuerdo con el glosario de términos aplicados a la seguridad del paciente de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud). Beneficiario(a) directo de la atención médica (de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012). |
| 4.4.8.5 | Testigo: Persona que presencia y atestigua que el consentimiento informado fue obtenido de forma voluntaria y libre de presiones. Personas que pueden actuar como testigo: familiar o acompañante del paciente, personal de salud (personal médico, residente o enfermería) involucrado en la atención del paciente diferente a la persona que obtiene el consentimiento. |
| 4.4.8.6 | Valoración preanestésica: Revisión por el personal médico del departamento de anestesiología para determinar si el paciente está en condiciones de salud óptimas para el procedimiento. |
| 4.4.8.7 | Valoración prequirúrgica: Revisión médica para evaluar la salud de un paciente antes de una cirugía para identificar y minimizar riesgos, optimizar su condición física y planificar el manejo perioperatorio. |

(Handwritten signatures and initials in blue ink)



4.4.9 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|---|
| 00 | Febrero, 2026 | Se crea el procedimiento por acciones de mejora y para estandarizar el procedimiento para la selección de candidatos y programación de cirugías de otoneurología. |

4.4.10 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 4.4.10.1 Formato consentimiento informado.
- 4.4.10.2 Instructivo de llenado del formato consentimiento informado.
- 4.4.10.3 Formato solicitud de ingreso hospitalario.
- 4.4.10.4 Instructivo de llenado del formato solicitud de ingreso hospitalario.
- 4.4.10.5 Formato solicitud de interconsulta.
- 4.4.10.6 Instructivo de llenado del formato solicitud de interconsulta.
- 4.4.10.7 Formato solicitud de estudios de laboratorio.
- 4.4.10.8 Instructivo de llenado del formato solicitud de estudios de laboratorio
- 4.4.10.9 Formato solicitud de placas simples.
- 4.4.10.10 Instructivo de llenado del formato solicitud de placas simples.
- 4.4.10.11 Formato nota preoperatoria.
- 4.4.10.12 Instructivo de llenado del formato nota preoperatoria.
- 4.4.10.13 Formato nota postquirúrgica.
- 4.4.10.14 Instructivo de llenado del formato nota postquirúrgica.
- 4.4.10.15 Formato de egreso hospitalario.
- 4.4.10.16 Instructivo de llenado del formato de egreso hospitalario.

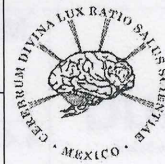
0



Salud
Secretaría de Salud


**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
OTONEUROLOGÍA**

**4.4. Procedimiento para la programación
y realización de cirugía de
Otoneurología.**



Página
114 de 179

4.4.10.1 Formato consentimiento informado.

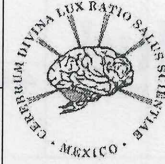
| | | | |
|--|--|--|---|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012 | | Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000 Hora de elaboración: (2) _____ Nivel Socioeconómico: (3) _____ |
| | Servicio: (4) _____ Nombre: (7) _____ | Registro: (5) _____ Edad: (8) _____ | Tipo de Paciente: (6) _____ Sexo: M (9) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Fecha de Nac: (10) 00/00/0000 |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL/TUTOR/FAMILIAR MÁS CERCANO EN VÍNCULO (11) _____ PARENTESCO (12) _____ Yo, (13) _____ en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de paciente, y/o representante legal/ tutor/ familiar más cercano en vínculo de éste, | | | |
| DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA LO SIGUIENTE: | | | |
| <p>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:</p> <p>El alivio de los sufrimientos que me aquejan; que existe posibilidad de corregir las causas de mi padecimiento; que es posible obtener curación parcial o definitiva; que si requiere una intervención quirúrgica está se realizará sobre las delicadas estructuras del sistema nervioso, como son el cerebro (encefalo), 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.</p> <p>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.</p> | | | |
| DIRECCIÓN MÉDICA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL | | | |
| Firmado por: (14) _____ a _____ Núm Cédula: _____ | | DM-TS-1H-CI-1/2016 | |
| NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA DE QUIEN OBTIENE EL CONSENTIMIENTO _____ (16) NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1 | | NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL/ TUTOR/ FAMILIAR MÁS CERCANO EN VÍNCULO _____ (15) NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2 | |
| www.innm.salud.gob.mx Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama 14269, México, Ciudad de México Tel: (55) 5609-3822 ext. 2024 Pág. 1 | | | |

A

P

e

e



4.4.10.2 Instructivo de llenado del formato hoja de consentimiento informado.

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

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



4.4.10.3 Formato solicitud de ingreso hospitalario.



| | | | |
|--|--|---------------|--|
| | INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA | | Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000 |
| | MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012 | | Hora de elaboración: (2) |
| Servicio: (4) | | Registro: (5) | Tipo de Paciente: (6) |
| Nombre: (7) | | Edad: (8) | Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> H (9) <input type="checkbox"/> M Fecha de Nac: 00/00/0000 (10) |
| SOLICITUD INGRESO HOSPITALARIO | | | |
| DATOS PROPORCIONADOS POR EL MÉDICO (11) | | | |
| DIAGNOSTICO (S) | | | |
| ESPECIALIDAD: NEUROLOGÍA <input type="checkbox"/> PSIQUIATRÍA <input type="checkbox"/> | | | |
| MÉDICO SOLICITANTE | | | |
| INTERNAMIENTO URGENTE <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) | | | |
| FECHA DE SOLICITUD: | | | |
| NOMBRE DEL PACIENTE: Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (S) | | | |
| GÉNERO: FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> EDAD años | | | |
| REGISTRO CAMA FECHA DE INGRESO 00/00/0000 | | | |
| TELÉFONO 1 TELÉFONO 2 | | | |
| TELÉFONO 3 | | | |
| Firmado por: a Núm Cédula: | | | |
| NOMBRE Y FIRMA DE QUIÉN AUTORIZA EL INGRESO (13) | | | |
| www.innns.salud.gob.mx Insurgentes Sur 3877, Col. La Fama 14260, México, Ciudad de México Tel: (55) 5608-3822 ext. 2024 Pág. 1 | | | |

A

[Handwritten signature]

P

B

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  Salud Secretaría de Salud | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE OTONEUROLOGÍA 4.4. Procedimiento para la programación y realización de cirugía de Otoneurología. |  | Página 117 de 179 |
|---|--|---|----------------------|

4.4.10.4 Instructivo de llenado del formato solicitud de ingreso hospitalario.

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

9

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]



Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
OTONEUROLOGÍA**

**4.4. Procedimiento para la programación
y realización de cirugía de
Otoneurología.**



Página
118 de 179

4.4.10.5 Formato de solicitud de interconsulta.


| | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|
| | INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA | | Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000 |
| | MANUEL VELASCO SUÁREZ | | Hora de elaboración: (2) |
| Lic. Sanitaria 04 AM 0913012 | | 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 |
| SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA | | | |
| SOLICITUD DE INTERCONSULTA | | | |
| Nombre: (12) | Edad: (13) | REG. NUM: (11) | |
| SOLICITA A: (15) | Género: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | | Cama: (16) |
| PROCEDENCIA: (17) | | | |
| DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO / O SINTOMAS: (18) | | | |
| | | | |
| Fecha: (9) 00/00/0000 | | Hora: (20) 00:00 | |
| Firmado por: (21) | | | |
| (22) a | | Núm Cédula: (23) | |
| MÉDICO SOLICITANTE, FIRMA: (24) | | | |
| Insurgentes Sur No. 3877, C.P. 14269, México D.F. Tel: 56 06 38 22 | | | |

Handwritten mark

Handwritten mark

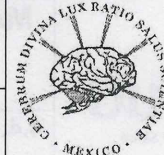
Handwritten mark

Handwritten mark

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  Salud Secretaría de Salud | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE OTONEUROLOGÍA |  | Página 119 de 179 |
| | 4.4. Procedimiento para la programación y realización de cirugía de Otoneurología. | | |

4.4.10.6 Instructivo de llenado del formato de solicitud de interconsulta.

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



4.4.10.7 Formato solicitud de estudios de laboratorio.

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

Pruebas solicitadas (9)

* Lab. Clínico

Perfiles

- Funcionamiento hepático

Hematología

- Biometría Hemática

Química clínica

- Electrolitos Séricos 6 (Na, K, Cl, Ca, Mg, P)

- Química sanguínea 6(Q, 4+ colesterol + triglicéridos)

Perfiles hormonales

- Evaluación inicial (femenino)

- Perfil tiroideo (T-Uptake, T4T, ITL, T4L, T3T, T3L, TSH)

Niveles séricos de antiepilépticos

- Valproato

Datos Clínicos:

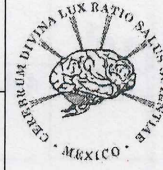
Material: Tubo azul(1); Tubo lila(1); Tubo Oro(1); Tubo rojo(1)

8

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



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

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

e

p

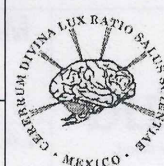
A



Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
OTONEUROLOGÍA**

**4.4. Procedimiento para la programación
y realización de cirugía de
Otoneurología.**

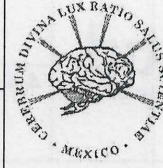


Página
122 de 179

4.4.10.9 Formato de solicitud de estudios de placas simples.

| | | | | |
|---|--|--|------------------------------------|--------------------------|
| | INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA | | 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 | |
| SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEPARTAMENTO DE NEUROIMAGEN UNIDAD DE RADIOLOGÍA Y ESTUDIOS ESPECIALES SOLICITUD | | | | |
| 1. DATOS GENERALES (10) | | | | |
| Procedencia | | | | |
| FECHA 00/00/0000 MÉDICO SOLICITANTE | | | | |
| 2. ANTECEDENTES (11) | | | | |
| RESUMEN HISTORIA CLÍNICA | | | | |
| ESTUDIOS PREVIOS | | | | |
| 3. ESTUDIOS SOLICITADOS (12) | | | | |
| RADIOLÓGICO SIMPLE | | | | |
| ANGIOGRAFÍA | | | | |
| PANANGIOGRAFÍA CEREBRAL <input type="checkbox"/> | | ANGIOGRAFÍA CAROTIDEA <input type="checkbox"/> | | |
| ANGIOGRAFÍA 1 VASO (CEREBRAL) <input type="checkbox"/> | | PROTOCOLO VASCULAR <input type="checkbox"/> | | |
| OTRAS REGIONES: | | | | |
| MIELOGRAFÍA: | | | | |
| 4. MATERIAL Y MÉTODO (13) | | | | |
| CONTRASTE TIPO CANTIDAD | | | | |
| - VÍA - VENOSA <input type="checkbox"/> CAROTIDEA <input type="checkbox"/> HUMERAL <input type="checkbox"/> FEMORAL <input type="checkbox"/> SUBARACNOIDEA <input type="checkbox"/> | | | | |
| 5. DIAGNÓSTICOS (14) | | | | |
| CLÍNICO | | | | |
| RADIOLÓGICO | | | | |
| DEFINITIVO | | | | |
| (15) NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE | | | | |
| Firmado por: a N.ºm Cédula: | | | | |

www.ins.salud.gob.mx Dirección: Av. 16177, Col. La Fama, 14280, Ciudad de México Tel: (55) 5606-3822 ext: 3024 Pág. 1



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

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

(Handwritten signatures and initials in blue ink)



Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
OTONEUROLOGÍA**

**4.4. Procedimiento para la programación
y realización de cirugía de
Otoneurología.**



Página
124 de 179

4.4.10.11 Formato nota preoperatoria.

| | | | | |
|---|--|--|--------------------------|------------|
| | INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA | | Fecha de Elaboración (1) | 00/00/0000 |
| | MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012 | | Hora de Elaboración (2) | : |
| Servicio: (4) | Registro: (5) | Sexo: H (6) M | Nivel Socioeconómico (3) | |
| Nombre: (7) | Edad: (8) | Fecha de Nac: (9) | 00/00/0000 | |
| NOTA PREOPERATORIA | | | DM/NPreO-1/2018 | |
| TA: [] / [] | (10) | Quirófano [] | T°: [] °C | FR: [] |
| Resumen de Evolución: Anamnesis, exploración física y resultados de servicios auxiliares (11) | | | | |
| | | | | |
| Diagnósticos Probables (12) | | | | |
| | | | | |
| Plan (13) | FECHA DE LA CIRUGIA A REALIZAR | 00/00/0000 | | |
| | | | | |
| Incisión, Posición y Lateralidad (14) | | | | |
| | | | | |
| Abordaje (15) | | | | |
| | | | | |
| Material Requerido (16) | | | | |
| | | | | |
| Hemoderivados requeridos (17) | | | | |
| | | | | |
| Técnica Quirúrgica (18) | | | | |
| | | | | |
| www.innms.salud.gob.mx | | Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama, 14260, Ciudad de México Tel: (55) 5606-3822 ext. 2024 | | Pag. 1 |

A

e

b

p




Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
OTONEUROLOGÍA**



**4.4. Procedimiento para la programación
y realización de cirugía de
Otoneurología.**



Página
125 de 179

| | | | |
|---|--|---|---|
|  | 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: <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 | |
| Riesgos quirúrgicos (19) <input type="text"/> | | | |
| Pronóstico (20) <input type="text"/> | | | |
| Cuidados y Plan Terapéutico Pre-operatorio (21) <input type="text"/> | | | |
| Médico que Elaboró la nota (22) Firmado por: a Núm Cédula: | | MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO (23) Firmado por: a Núm Cédula: | |
| Médico que Revisó la nota | | | |
| <small>www.inna.salud.gob.mx</small> | | <small>Inauguración: Sur#3877, Col. La Fama, 14269, Ciudad de México Tel (55) 5036-3822 ext. 3024</small> | |
| | | <small>Pág. 2</small> | |

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  Salud Secretaría de Salud | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE OTONEUROLOGÍA |  | Página 126 de 179 |
| | 4.4. Procedimiento para la programación y realización de cirugía de Otoneurología. | | |

4.4.10.12 Instructivo de llenado del formato nota preoperatoria.

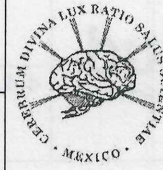
| | |
|----------------|---|
| General | Este formato se debe llenar en el sistema electrónico por el personal médico. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables. |
| (1) | Fecha de elaboración: Se refiere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



Salud
Secretaría de Salud


**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
OTONEUROLOGÍA**

**4.4. Procedimiento para la programación
y realización de cirugía de
Otoneurología.**



Página
127 de 179

4.4.10.13 Formato nota postoperatoria

| | | | | |
|---|---|---|--|------------------------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanluisa 04 AM 0913012 | | Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000 Hora de elaboración: (2) : Nivel Socioeconómico (3) | |
| | Servicio: (4) | Registro: (5) | Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> (6) M <input type="checkbox"/> F | Fecha de Nac: (9) 00/00/0000 |
| Nombre: (7) | Edad: (8) | | | |
| QUIRÓFANOS NOTA POST-OPERATORIA | | DM/NPO-1/2016 | | |
| SERVICIO DE PROCEDENCIA: (10) | | QUIRÓFANO: (11) | | |
| DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO (12) | | | | |
| DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO (13) | | | | |
| OPERACIÓN PLANEADA (14) | | OPERACIÓN PROGRAMADA (15) | | |
| OPERACIÓN REALIZADA (16) | | | | |
| FECHA Y HORA DE INICIO (17) 00:00:0000 : | | FECHA Y HORA DE TERMINO (18) 00:00:0000 : | | |
| CIRUJANOS (19) | | | | |
| ANESTESIOLOGOS (20) | | | | |
| DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA (21) | | | | |
| ESTUDIOS DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTOS TRANSOPERATORIOS (22) | | | | |
| www.inn.salud.gob.mx | | | | |
| Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama 14360, México, Ciudad de México Tel. (55) 5026-3622 ext. 2204 | | | | |
| Pág. 1 | | | | |

Handwritten signatures and initials in blue ink.



| | | | |
|---|--|---|----------------------------------|
| | INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA | | Fecha de elaboración: 00/00/0000 |
| | MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012 | | Hora de elaboración: _____ |
| Servicio: _____ | Registro: _____ | Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | Nivel Socioeconómico: _____ |
| Nombre: _____ | Edad: _____ | Fecha de Nac: 00/00/0000 | |
| ESTADO POST-OPERATORIO INMEDIATO (32) | | | |
| | | | |
| PIEZAS O BIOPSIAS QUIRÚRGICAS (33) | | | |
| | | | |
| OTROS HALLAZGOS IMPORTANTES PARA EL PACIENTE (34) | | | |
| | | | |
| MÉDICO QUE ELABORÓ LA NOTA POST-OPERATORIA (35) | | MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO (36) | |
| Firmado por: _____ | | Firmado por: _____ | |
| Núm Cédula: _____ | | Núm Cédula: _____ | |
| MÉDICO QUE REVISÓ LA NOTA POST-OPERATORIA | | | |
| | | | |
| www.inn.salud.gob.mx | | Inauguradas: 01-28-77, Col. La Fama 14019, México, Ciudad de México Tel. (55) 5606-3800 ext. 2004 | |
| | | Pág. 3 | |

E

P

A



4.4.10.14 Instructivo de llenado del formato nota postoperatoria.

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



| | |
|------|--|
| (29) | Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato: Cuidados, medicación y monitoreo posterior a cirugía para estabilización del paciente. |
| (30) | Pronóstico: Posibilidad de recuperación posterior a la cirugía. |
| (31) | Riesgos postquirúrgicos: Complicaciones que pueda presentar el paciente después de la intervención quirúrgica. |
| (32) | Estado postoperatorio inmediato: Evaluación de la condición del paciente justo al término de la cirugía. |
| (33) | Piezas y biopsias quirúrgicas: Muestras de tejido extraídas durante la cirugía para análisis patológico. |
| (34) | Otros hallazgos importantes para el paciente: Espacio para incluir información relevante sobre lo observado en la cirugía. |
| (35) | Médico que elaboró la nota postoperatoria: Se anota el nombre completo y número de cédula profesional del personal médico que elabora el formato. |
| (36) | Médico que revisó la nota postoperatoria: Se anota el nombre completo y número de cédula profesional del personal médico adscrito. |

g

Q

p

X



4.4.10.15 Formato de egreso hospitalario.

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

DM/NEH-1/2017

Fecha: 00/00/0000
Hora: (1) :
(2) :
FOLIO: (3)

DATOS DEL PACIENTE (3) Gratuidad: Nivel TS Registro

Nombre: Apellido Paterno: Apellido Materno:

C.U.R.P.: Fecha Nacimiento: Entidad de Nacimiento:

Edad Cumplida años meses Sexo M F Estado Conyugal

Ocupación Escolaridad

AFIILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: Número de afiliación:

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

Domicilio Tipo de la Vialidad Nombre de la Vialidad

No. Exterior No. Interior Código postal Localidad

Municipio ó Delegación Entidad País

Teléfono Nom. del Asent. Hum. Tipo de Asent. Hum.

Datos de Responsable Legal Responsable Legal

Parentesco Edad del Responsable

ESTANCIA (4) Unidad de Procedencia INNN MV/S DFSSA004060 **NOTA:** Para llenar por el médico

INGRESO Fecha ingreso 00/00/0000 (dd/mm/aaaa) **EGRESO** Fecha Egreso 00/00/0000 (dd/mm/aaaa)

Hora Ingreso : (hh:mm) Hora Egreso : (hh:mm)

Dias de estancia Tipo de Servicio:

Servicio de Ingreso: **NOTA: * LLENAR SI EL PACIENTE ES MUJER**

Motivo de Ingreso: **MUJER EN EDAD FÉRTIL:**

CE-10:

PROCEDENCIA Unidad Médica

Servicio al Egreso: Especialidad:

MOTIVO DEL EGRESO Unidad Médica (* a llenar solo si la opción es "Traslado a otro Hospital)

Defunción MINISTERIO PÚBLICO: **NOTA: * A llenar si el motivo del egreso es "Defunción"**

Fecha de defunción: 00/00/0000 (dd/mm/aaaa) Hora de defunción: : (hh:mm)

Causa Básica de la Defunción: Dias Folio del Certificado:

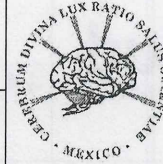
CE-10

A

Q

P

8



AFECCIONES TRATADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL EGRESO) (5)

AFECCIÓN PRINCIPAL CIE-10

Tipo de Ingreso:

COMORBILIDADES

1.- CIE-10

2.- CIE-10

3.- CIE-10

4.- CIE-10

5.- CIE-10

6.- CIE-10

RESELECCIÓN A.F.P.

CIE-10

Código adicional

CIE-10

Sólo para tumores

Morfológico

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

CIE-10

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPEÚTICOS Y QUIRÚRGICOS (6)

Infecciones Intrahospitalaria:

Procedimiento CIE-9

Tipo Anestesia

Quirófano **Tiempo:** **Fecha** 00/00/0000 **Médico**

Cateter **Violencia y/o lesión:** **Folio Hoja de Lesiones:**

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS (7)

HOSPITAL CONTINUO: **HOSPITAL PARCIAL:**

UNIDAD DE CUIDADOS ESP:

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



ATENCIÓN OBSTÉTRICA (8)

HISTORIA GINECOBSTÉTRICA: Gestas Abortos Partos Cesáreas

SIGNOS VITALES

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

RESUMEN CLÍNICO (10)

RESULTADO DE LABORATORIO Y GABINETE (11)

TRATAMIENTO EMPLEADO (12)

PRONÓSTICO (13)

RECOMENDACIONES (14)

PLAN DE EGRESO (15)

MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO (18)

Firmado por: (16)
a Núm Cédula:



CURP
Nombre del médico, cédula y firma Elaboró

Firmado por:
a Núm Cédula:

Nombre del médico, cédula y firma Revisó



Firmado por: (17)
a Núm Cédula:



Nombre del médico, cédula y firma JEFE DE SERVICIO

| | | | |
|---|---|---|--|
|  <p>Salud Secretaría de Salud</p> | <p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE OTONEUROLOGÍA</p> <p align="center">4.4. Procedimiento para la programación y realización de cirugía de Otoneurología.</p> |  | <p align="right">Página 135 de 179</p> |
|---|---|---|--|

4.4.10.16 Instructivo de llenado del formato de egreso hospitalario.

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

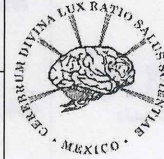





Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
OTONEUROLOGÍA**


**4.5. Procedimiento para la programación
quirúrgica, evaluación, activación y
reprogramación de implantes auditivos
(osteointegrado y coclear).**



Página
136 de 179

**4.5 PROCEDIMIENTO PARA LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA, EVALUACIÓN,
ACTIVACIÓN Y REPROGRAMACIÓN DE IMPLANTES AUDITIVOS
(OSTEOINTEGRADO O COCLEAR)**

8

| | | | |
|---|--|---|--|
|  <p>Salud Secretaría de Salud</p> | <p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE OTONEUROLOGÍA</p> <p>4.5. Procedimiento para la programación quirúrgica, evaluación, activación y reprogramación de implantes auditivos (osteointegrado y coclear).</p> |  | <p align="right">Página 137 de 179</p> |
|---|--|---|--|

4.5.1. PROPÓSITO

Mejorar la percepción auditiva de pacientes con hipoacusias de conducción, hipoacusias neurosensoriales unilaterales derivadas de diferentes patologías, mediante la adecuada selección de pacientes candidatos a implante osteointegrado o coclear y su rehabilitación, con el fin de mejorar su inteligibilidad y su calidad de vida y retrasar procesos cognitivos de deterioro y demencia, así como optimizar recursos, reducir tiempos de espera y mejorar la calidad de la atención.

4.5.2. ALCANCE

4.5.2.1 Alcance Interno: Participa el personal de salud del Departamento de Otoneurología responsable de realizar la valoración médica del paciente, determinar la necesidad y el tipo de implante auditivo, programar la cirugía del paciente, dar seguimiento postquirúrgico, activar y reprogramar el implante; el personal administrativo del Departamento de Otoneurología encargado de recibir al paciente y de programar citas y estudios del servicio; el personal de enfermería asignado al Departamento de Otoneurología que realiza la toma de signos vitales y apoya durante la valoración médica; el personal del Departamento de Trabajo Social responsable de verificar la condición de gratuidad del paciente y de brindarle apoyo social a él y a sus acompañantes; los Departamentos de Archivo Clínico y de Tecnologías en la Información y Comunicaciones en el control y resguardo de los expedientes clínicos.

4.5.2.2 Alcance Externo: No aplica.


4.5.3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

4.5.3.1 El personal médico es responsable de realizar la valoración al paciente apoyado con estudios diagnósticos para determinar la necesidad y el tipo de implante auditivo (osteointegrado o coclear).

4.5.3.2 Requisitos para programación y realización de cirugía de implante auditivo (osteointegrado o coclear).

- Únicamente los pacientes con GRATUIDAD otorgada por el Departamento de Trabajo Social son candidatos a implante osteointegrado o coclear.
- Autorización de la persona titular del Departamento de Otoneurología.
- Firma del paciente y/o familiares de los acuerdos vigentes para sufragar las garantías del dispositivo una vez concluida la garantía original del proveedor.
- Compromiso del paciente para atender a las citas de activación, reprogramación, rehabilitación auditiva y de lenguaje.
- Carta de consentimiento informado debidamente requisitada y firmada por el paciente y la persona legalmente responsable.
- Contar con la siguiente documentación:
 - Valoración psicológica, cognitiva y afectiva.
 - Valoración psiquiátrica en los casos que se considere necesario.
 - Valoración anestésica previa a la cirugía.
 - Estudios preoperatorios.
 - Confirmación de condición de GRATUIDAD previa al procedimiento.

(Handwritten signatures and initials in blue ink)

| | | | |
|---|--|---|--|
|  <p>Salud Secretaría de Salud</p> | <p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE OTONEUROLOGÍA</p> <p>4.5. Procedimiento para la programación quirúrgica, evaluación, activación y reprogramación de implantes auditivos (osteointegrado y coclear).</p> |  | <p align="right">Página 138 de 179</p> |
|---|--|---|--|

4.5.3.3 Condiciones para implante osteointegrado.

- Estenosis adquiridas del conducto auditivo externo, dermatitis activas del conducto auditivo externo, cavidades de tímpano-mastoidectomía húmedas, secuelas de otitis media crónica, otorrea crónica que causen incapacidad o intolerancia para usar audífonos convencionales.
- Otosclerosis o timpanoesclerosis, en las que exista riesgo quirúrgico, o no se puedan conseguir umbrales auditivos suficientes tras la cirugía o que, aunque ya estén usando audífonos convencionales, no los toleren.
- Malformaciones congénitas con agenesia del conducto auditivo externo.
- Hipoacusia súbita, neurinoma del acústico u otras enfermedades que causen hipoacusia neurosensorial severo-profunda unilateral, con audición dentro de los rangos de la normalidad en el oído contralateral.
- Ausencia de alteraciones retrococleares y del sistema nervioso central.
- Estabilidad psicológica y emocional con expectativas realistas de los beneficios y las limitaciones del implante.
- Estudio de audiometría.

4.5.3.4 Condiciones para implante Coclear

- Identificación de una etiología diagnóstica.
- Estudio de audiometría, que incluye pruebas tonales, logaudiometría, impedanciometría (reflejos estapediales, timpanometría) con resultado de audición no funcional acorde a la clasificación de la Academia Americana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.
- Estudios audiométricos especiales (en los casos que así se requiera) Emisiones Otoacústicas EOA, Potenciales Evocados Auditivos de Tallo Cerebral (PEATC).
- Estudios vestibulares especiales (en los casos que así se requiera) Electronistagmografía ENG, Potenciales Vestibulares Miogénicos Evocados Oculares y/o Cervicales (oVEMPs, cVEMPs).
- Estudios de imagen: Tomografía computada de mastoides con ventana ósea en cortes milimétricos, resonancia magnética de encéfalo con secuencias T1 y T2.

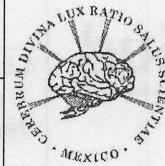
4.5.3.5 El personal médico del Departamento de Otoneurología es responsable de explicar al paciente y acompañante las razones por las que es candidato a implante auditivo, los riesgos, beneficios, pronóstico y cuidados que debe seguir.

4.5.3.6 El personal médico adscrito del Departamento de Otoneurología es responsable de priorizar la programación, lista de espera, urgencia. Así como de entregar la programación la semana previa a quirófano, para la preparación de la sala y los insumos de acuerdo con la cirugía.

4.5.3.7 El personal médico del Departamento de Otoneurología es responsable de informar las indicaciones prequirúrgicas y cómo se desarrollará el procedimiento.

4.5.3.8 El personal médico del Departamento de Otoneurología es responsable de tramitar el consentimiento informado, explicando al paciente los beneficios de la cirugía, los riesgos de no realizarla y si existen alternativas a la misma, para obtener la firma del paciente y de la persona legalmente responsable.

4.5.3.9 El personal médico del Departamento de Otoneurología es responsable de hacer el correcto llenado de la nota de evolución, la hoja de admisión hospitalaria, interconsulta para



valoración de anestesia, estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete, nota preoperatoria, etc., en el sistema electrónico institucional.

- 4.5.3.10 El personal médico del Departamento de Otoneurología es responsable de dar seguimiento a los pacientes en la fase inicial (implantación quirúrgica) y en la fase de seguimiento clínico mediante:
- Audiología para activación y calibración del implante coclear.
 - Psicología y/o psiquiatría para calificar los resultados obtenidos post implantación.
 - Terapia del Lenguaje, para la rehabilitación correspondiente post implantación.
 - Consultas de reprogramación de implante auditivo necesarias hasta obtener el beneficio esperado en la audición del paciente.
- 4.5.3.11 El personal médico del Departamento de Otoneurología es responsable de informar al paciente y acompañante sobre el desarrollo de la cirugía y si hubo alguna complicación, así como indicarle la fecha de cita para valoración postquirúrgica.
- 4.5.3.12 El personal médico del Departamento de Otoneurología es responsable de requisitar todos los formatos, las notas de evolución y la nota post operatoria indicando el tipo de procedimiento programado y el tipo de procedimiento realizado en el expediente clínico electrónico del paciente.
- 4.5.3.13 El personal médico del Departamento de Otoneurología es responsable de elaborar la receta médica con las características y elementos que indica la normativa, explicar al paciente y acompañante las indicaciones del tratamiento como dosis, horarios y fecha de inicio y término.

✓

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

4.5.4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Actividad | Descripción de actividad | Documento o anexo |
|---|---------------|--|--|
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 1 | <p>Informa al paciente y acompañante sobre su padecimiento y la necesidad de implante auditivo de acuerdo con su patología auditiva, explica el procedimiento a realizar y los cuidados pre y post quirúrgicos; los riesgos y beneficios y las alternativas. Posteriormente imprime la hoja de consentimiento informado y la entrega al paciente y acompañante, les pide la lean detenidamente y si están de acuerdo anoten su nombre y firma.</p> <p>¿El paciente otorga su consentimiento para la cirugía?</p> <p>No. Confirma o modifica tratamiento. Registra la decisión del paciente en el expediente. Anota en carnet cita subsecuente. TERMINA.</p> <p>Si. Verifica que el consentimiento informado esté firmado por ambos, anota su nombre y firma y recaba la firma de un testigo. Pasa a la actividad 3.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento informado |
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 2 | <p>Elabora solicitud de ingreso hospitalario, solicitud de interconsulta para valoración preanestésica y solicitudes de estudios preoperatorios. Da indicaciones prequirúrgicas al paciente.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de ingreso hospitalario • Solicitud de interconsulta • Solicitud de estudios de laboratorio • Solicitud de placas simples |
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 3 | <p>Revisa la lista de espera de pacientes para implante auditivo. Fija fecha y hora tentativas de cirugía. Posteriormente anota en el carnet del paciente la cita para el viernes previo al procedimiento para revisión de expediente completo y les solicita pasen a recepción de otoneurología a programarla.</p> | |
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 4 | <p>Recibe en ventanilla de recepción al paciente o a su acompañante, programa cita previa a cirugía, le entrega hoja de cita y le pide lea las indicaciones para su cita. Finalmente le orienta para la programación de estudios y admisión hospitalaria.</p> | |

A

Q P

8



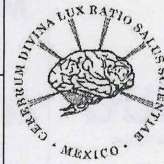
| Responsable | No. Actividad | Descripción de actividad | Documento o anexo |
|---|---------------|---|-----------------------------|
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 5 | <p>Confirma con el proveedor del implante auditivo (osteointegrado o coclear) la fecha tentativa de cirugía para que acuda con los insumos necesarios.</p> <p>¿El proveedor confirma la fecha?</p> <p>No. Coordina la fecha disponible. Reprograma en la libreta y da aviso vía telefónica al paciente el cambio de fecha. Pasa a la actividad 6.</p> <p>Si. Confirma la fecha en la libreta y con el paciente vía telefónica. Pasa a la actividad 6.</p> | |
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 6 | <p>Recibe en ventanilla de recepción al paciente y a su acompañante el viernes previo a la cirugía, les solicita aguarden en la sala de espera hasta ser llamados por el personal médico.</p> | |
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 7 | <p>Pasa al paciente y a su acompañante al consultorio. Posteriormente revisa que el expediente clínico electrónico del paciente cuente con la valoración anestésica y resultados de estudios preoperatorios.</p> <p>¿Cuenta con valoración anestésica y resultados de estudios preoperatorios?</p> <p>No. Reprograma la cirugía y da aviso al proveedor. Regresa a la actividad 4.</p> <p>Si. Confirma fecha y hora de cirugía y da aviso al proveedor. Da indicaciones prequirúrgicas al paciente y acompañante y finalmente les solicita acudan a Trabajo Social para iniciar su trámite de ingreso hospitalario. Pasa a la actividad 8.</p> | |
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 8 | <p>Pasa visita el día del ingreso hospitalario del paciente para su valoración.</p> <p>¿El paciente está en condiciones óptimas para cirugía?</p> <p>No. Cancela la cirugía. Explica al paciente el motivo de la cancelación y le anota en carnet para que programe consulta subsecuente nuevamente. Finalmente anota en la libreta de cirugías el motivo de la cancelación y da aviso al proveedor. TERMINA</p> <p>Si. Elabora nota preoperatoria en el expediente clínico electrónico del paciente. Continúa el</p> | <p>• Nota preoperatoria</p> |

Handwritten mark

Handwritten mark

Handwritten mark

Handwritten mark



| Responsable | No. Actividad | Descripción de actividad | Documento o anexo |
|---|---------------|--|---|
| | | programa quirúrgico establecido. Pasa a la actividad 9. | |
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 9 | Se presenta en el quirófano una hora antes de la cirugía, verifica el equipo quirúrgico presente y que la sala de cirugía cuente con el instrumental y el material para el procedimiento quirúrgico en específico. Realiza la cirugía. | |
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 10 | Elabora la nota postoperatoria y las indicaciones médicas en el expediente clínico electrónico del paciente. | • Nota postoperatoria |
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 11 | Da informes al acompañante al término de la cirugía, la fecha tentativa de alta y las indicaciones de cuidados postquirúrgicos del paciente. | |
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 12 | <p>Evalúa la condición del paciente para darlo de alta.</p> <p>¿El paciente está en condición óptima para ser dado de alta?</p> <p>No. Anota las indicaciones médicas en expediente clínico del paciente para permanecer otro día hospitalizado. Regresa a la actividad 12.</p> <p>Si. Requisita la nota de egreso hospitalario en el expediente clínico electrónico del paciente. Posteriormente da de alta al paciente y anota en carnet la cita para dentro de una semana, para valoración postquirúrgica y finalmente solicita al acompañante del paciente acuda a programarla. Pasa a la actividad 13.</p> | • Egreso hospitalario |
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 13 | Recibe en ventanilla de recepción al acompañante y programa la cita de revisión. Finalmente le solicita pase previamente a caja a solicitar su recibo de gratuidad por consulta subsecuente y se presenten el día de la cita 10 minutos antes de la hora programada. | • Cita de revisión (subsecuente) |
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 14 | Recibe en ventanilla de recepción al paciente y acompañante el día de la cita subsecuente para revisión postquirúrgica, verifica en el sistema electrónico, le solicita su recibo de gratuidad por concepto de cita subsecuente y le pide espere en la sala a ser llamado. Posteriormente coloca la hoja de cita en el estante de enfermería. | • Cita de consulta subsecuente, de revisión o interconsulta |
| Personal de enfermería asignado al | 15 | Toma la hoja de cita del estante de enfermería de acuerdo con la programación, llama al paciente, lo pasa al servicio y verifica su identidad conforme a la Acción Esencial de Seguridad del Paciente No. 1: | • Cita de consulta subsecuente, de revisión o interconsulta |



| Responsable | No. Actividad | Descripción de actividad | Documento o anexo |
|--|---------------|---|---|
| Departamento de Otoneurología | | <i>Identificación correcta del paciente.</i> Posteriormente, le toma los signos vitales, registra los datos en la hoja de cita y la coloca en el estante de enfermería. Finalmente lo acompaña a la sala de espera y le pide aguarde a ser llamado por el personal médico. | |
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 16 | Toma la hoja de cita del estante de enfermería de acuerdo con la programación, pasa al paciente y acompañante al consultorio, revisa la herida quirúrgica y evalúa la condición del paciente, confirma o modifica la medicación y da indicaciones médicas. Finalmente anota en el carnet cita para dentro de una semana y les pide pasen a recepción a programar su cita. | |
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 17 | Recibe en ventanilla de recepción al acompañante, programa la cita de revisión y se la entrega solicitando lea las indicaciones. Finalmente, le solicita pase previamente a caja a solicitar su recibo de gratuidad por consulta subsecuente y se presenten 10 minutos antes de la hora programada el día de su cita. | • Cita de revisión (subsecuente) |
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 18 | Recibe en ventanilla de recepción al paciente y acompañante el día de la cita subsecuente para revisión, verifica la cita en el sistema electrónico, le solicita su recibo de gratuidad por concepto de cita subsecuente y les pide aguarden en la sala de espera a ser llamado y posteriormente coloca la hoja de cita en el estante de enfermería. | • Cita de consulta subsecuente, de revisión o interconsulta |
| Personal de enfermería asignado al Departamento de Otoneurología | 19 | Toma la hoja de cita del estante de enfermería de acuerdo con la programación, llama al paciente, lo pasa al servicio y verifica su identidad conforme a la Acción Esencial de Seguridad del paciente No. 1: <i>Identificación correcta del paciente.</i> Posteriormente, le toma los signos vitales, registra los datos en la hoja de cita y la coloca en el estante de enfermería. Finalmente lo acompaña a la sala de espera y le pide aguarde a ser llamado por el personal médico. | • Cita de consulta subsecuente, de revisión o interconsulta |
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 20 | Toma la hoja de cita del estante de enfermería de acuerdo con la programación, pasa al paciente y acompañante al consultorio, evalúa la herida quirúrgica y retira puntos. Confirma o modifica la medicación y da indicaciones médicas. Anota en carnet cita para activación de implante auditivo dentro de quince días. | |
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 21 | Programa la cita de activación de implante auditivo. Le solicita pase previamente a caja a solicitar su recibo de gratuidad por consulta subsecuente y se presente 10 minutos antes de la hora programada. | • Cita de revisión (subsecuente) |

P

X

Q

o



| Responsable | No. Actividad | Descripción de actividad | Documento o anexo |
|--|---------------|--|---|
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 22 | Recibe en ventanilla de recepción al paciente y acompañante el día de la cita subsecuente para activación, verifica la cita en el sistema electrónico, le solicita su recibo de gratuidad por concepto de cita subsecuente y les pide aguarden en la sala de espera a ser llamado y posteriormente coloca la hoja de cita en el estante de enfermería. | • Cita de consulta subsecuente, de revisión o interconsulta |
| Personal de enfermería asignado al Departamento de Otoneurología | 23 | Toma la hoja de cita del estante de enfermería de acuerdo con la programación, llama al paciente, lo pasa al servicio y verifica su identidad conforme a la Acción Esencial de Seguridad del Paciente No. 1: <i>Identificación correcta del paciente</i> . Posteriormente, le toma los signos vitales, registra los datos en la hoja de cita y la coloca en el estante de enfermería. Finalmente lo acompaña a la sala de espera y le pide aguarde a ser llamado por el personal médico. | • Cita de consulta subsecuente, de revisión o interconsulta |
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 24 | Toma la hoja de cita del estante de enfermería de acuerdo con la programación, pasa al paciente y acompañante al consultorio, realiza la activación del implante auditivo (osteointegrado o coclear). Posteriormente elabora solicitud de interconsulta para rehabilitación en terapia de lenguaje y finalmente anota en carnet cita para reprogramación de implante auditivo dentro de un mes. | • Solicitud de interconsulta |
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 25 | Programa la cita de reprogramación y la entrega al paciente y/o acompañante, solicitándole atienda las indicaciones para su cita. Finalmente le solicita pase previamente a caja a solicitar su recibo de gratuidad por consulta subsecuente y se presente 10 minutos antes de la hora programada. | • Cita de revisión (subsecuente) |
| Personal administrativo del Departamento de Otoneurología | 26 | Recibe en ventanilla de recepción al paciente y acompañante el día de la cita subsecuente para reprogramación de implante auditivo, solicita el recibo de gratuidad por concepto de cita subsecuente y le pide espere en la sala a ser llamado. | |
| Personal de enfermería asignado al Departamento de Otoneurología | 27 | Toma la hoja de cita del estante de enfermería de acuerdo con la programación, llama al paciente, lo pasa al servicio y verifica su identidad conforme a la Acción Esencial de Seguridad del Paciente No. 1: <i>Identificación correcta del paciente</i> . Posteriormente, le toma los signos vitales, registra los datos en la hoja de cita y la coloca en el estante de enfermería. Finalmente lo acompaña a la sala de espera y le pide aguarde a ser llamado por el personal médico. | • Cita de consulta subsecuente, de revisión o interconsulta |

A

Q

4

8



Salud
Secretaría de Salud

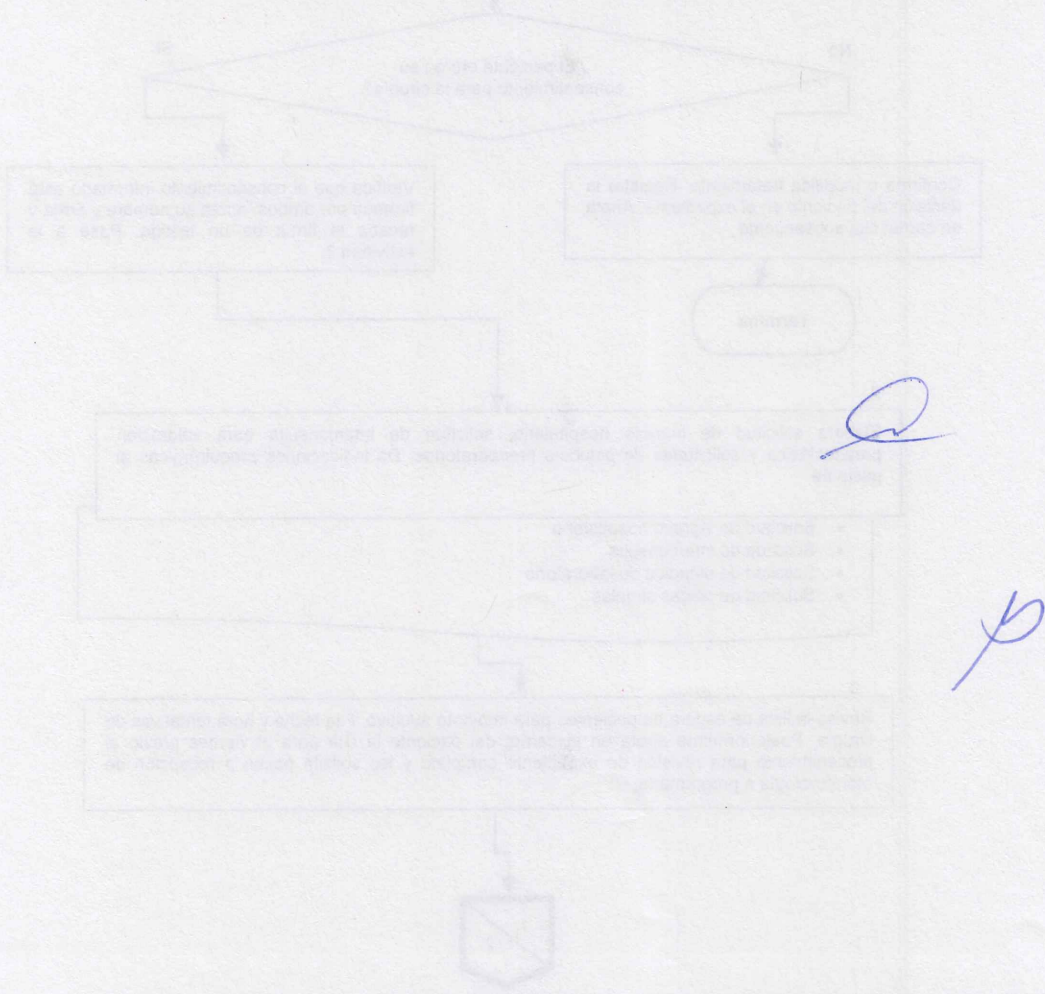
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
OTONEUROLOGÍA**

**4.5. Procedimiento para la programación
quirúrgica, evaluación, activación y
reprogramación de implantes auditivos
(osteointegrado y coclear).**



Página
145 de 179

| Responsable | No. Actividad | Descripción de actividad | Documento o anexo |
|---|---------------|--|-------------------|
| Personal médico del Departamento de Otoneurología | 28 | <p>Toma la hoja de cita del estante de enfermería de acuerdo con la programación, pasa al paciente y acompañante al consultorio, realiza las pruebas correspondientes para reprogramar el implante electrónicamente. Finalmente anota en el carnet del paciente la cita para reprogramación un mes posterior. Este proceso se repite hasta que se obtenga el beneficio esperado en la audición del paciente.</p> <p>TERMINA</p> | |



1

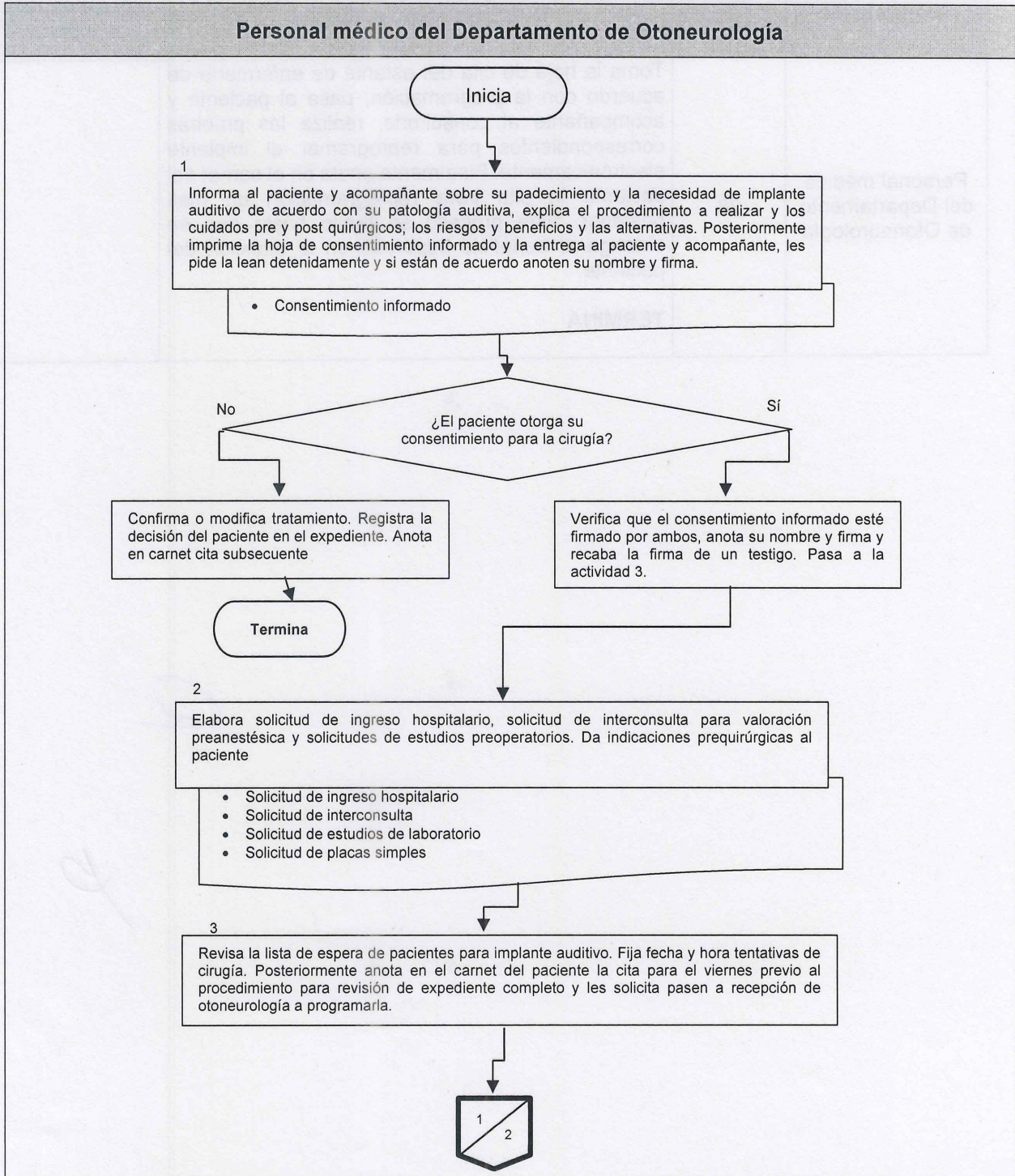
Q

P

X

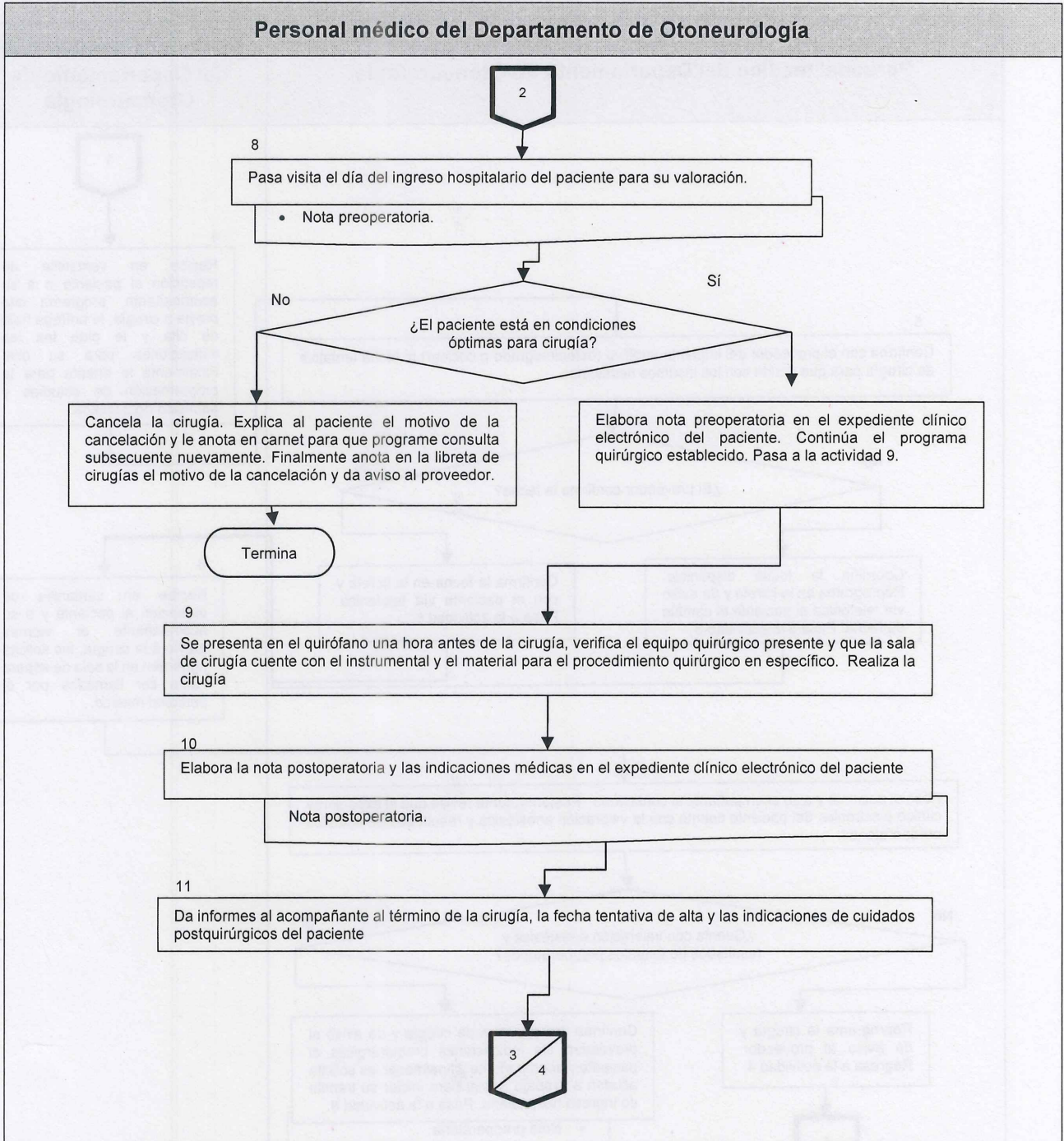


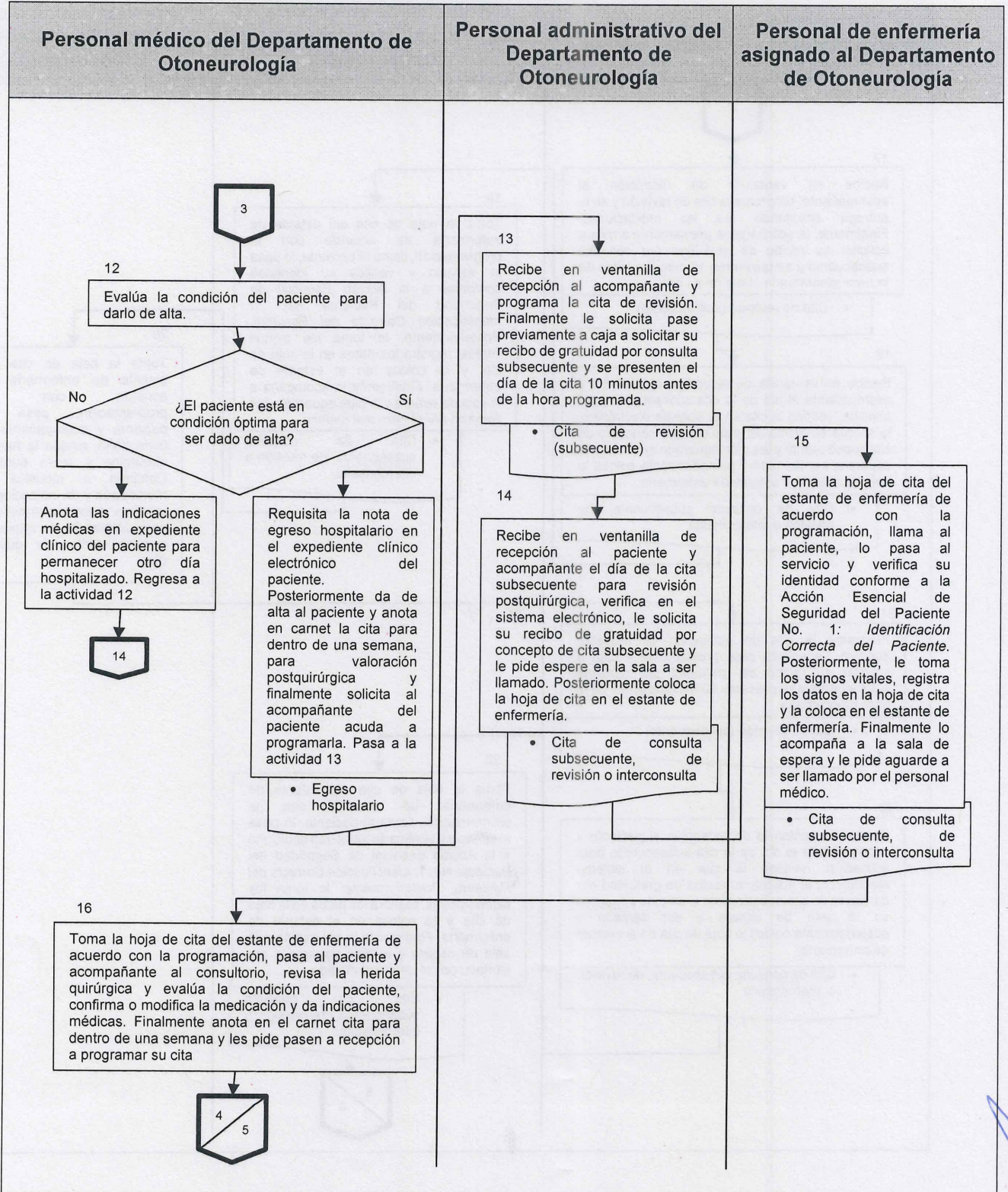
4.5.5. DIAGRAMA DE FLUJO

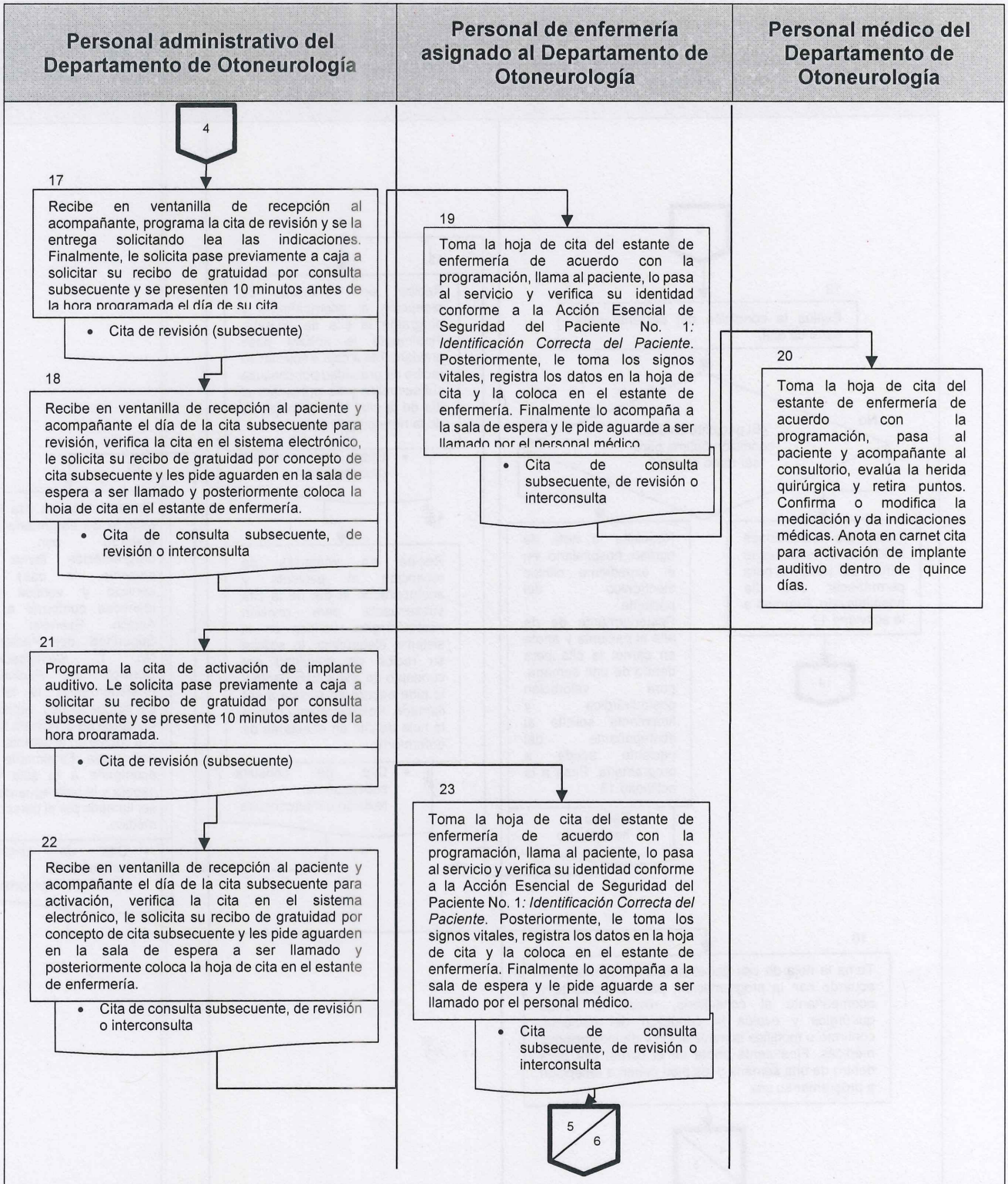
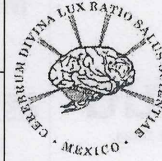


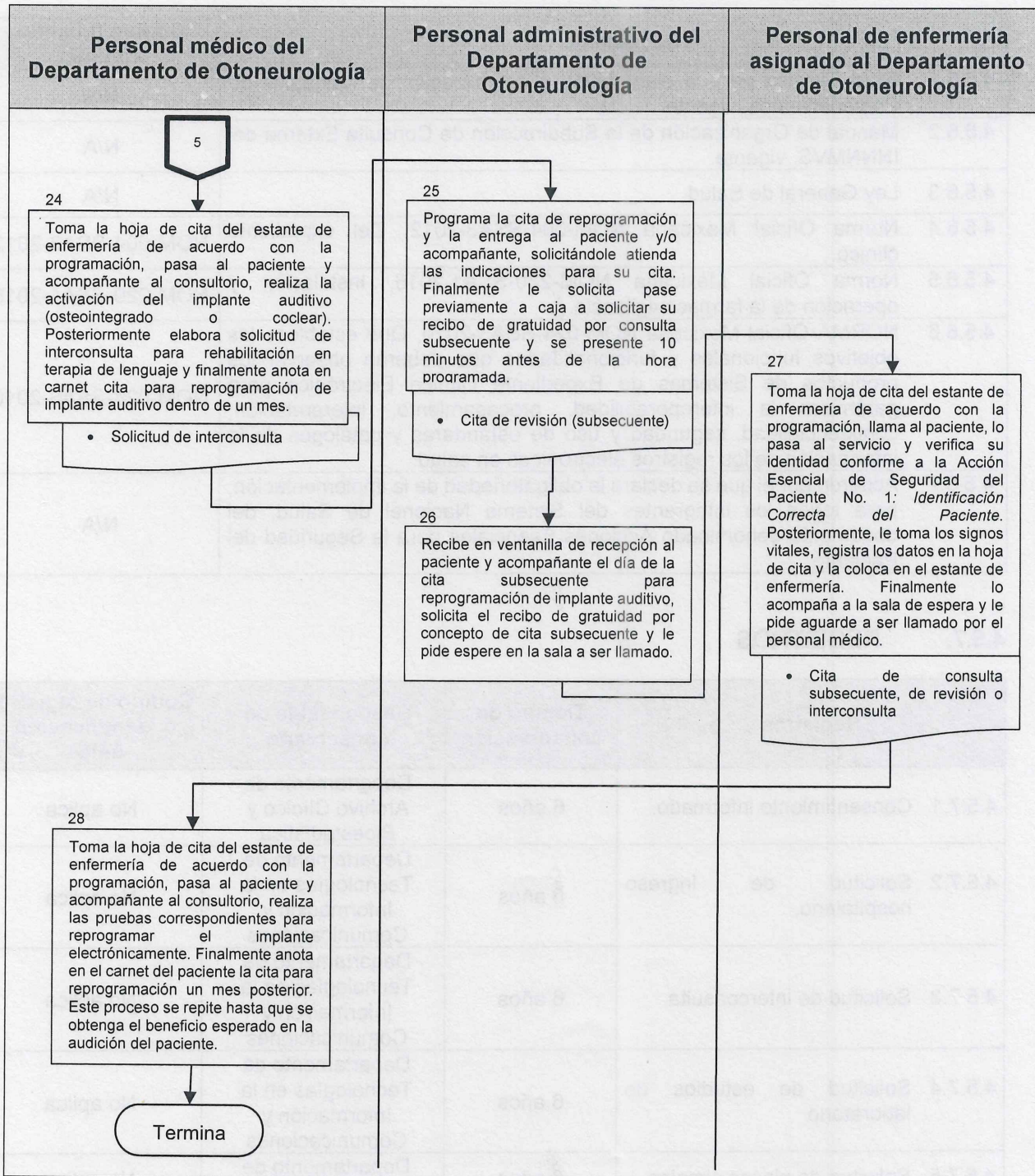


Personal médico del Departamento de Otoneurología











P

Q

o

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  Salud Secretaría de Salud | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE OTONEUROLOGÍA |  | Página 152 de 179 |
| | 4.5. Procedimiento para la programación quirúrgica, evaluación, activación y reprogramación de implantes auditivos (osteointegrado y coclear). | | |

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, vigente. | N/A |
| 4.5.6.2 Manual de Organización de la Subdirección de Consulta Externa del INNNMVS, vigente. | N/A |
| 4.5.6.3 Ley General de Salud. | N/A |
| 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. | N/A |

4.5.7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|--|------------------------|--|---|
| 4.5.7.1 Consentimiento informado. | 6 años | Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística | No aplica |
| 4.5.7.2 Solicitud de ingreso hospitalario. | 6 años | Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones | No aplica |
| 4.5.7.3 Solicitud de interconsulta. | 6 años | Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones | 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 placas simples. | 6 años | Departamento de Tecnologías en la | No aplica |

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  Salud Secretaría de Salud | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE OTONEUROLOGÍA |  | Página 153 de 179 |
| | 4.5. Procedimiento para la programación quirúrgica, evaluación, activación y reprogramación de implantes auditivos (osteointegrado y coclear). | | |

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|------------------------------|------------------------|--|---|
| | | Información y Comunicaciones | |
| 4.5.7.6 Nota preoperatoria. | 6 años | Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones | DM/NPreO-1/2016 |
| 4.5.7.7 Nota postoperatoria. | 6 años | Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones | DM/NPO-1/2016 |
| 4.5.7.8 Egreso hospitalario. | 6 años | Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones | DM/NEH-1/2017 |
| 4.5.7.9 Cita subsecuente | 6 años | Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones | No aplica |

4.5.8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

| | |
|----------|--|
| 4.5.8.1. | Acompañante: Persona que acude con el paciente y permanece con él durante su estancia en el Instituto, pudiendo o no ser familiar. Apoya al paciente con trámites de programación de citas y/o estudios y solicitud de recibos de caja. |
| 4.5.8.2. | Activación de implante: Encendido del dispositivo electrónico osteointegrado o coclear y ajuste de configuración. |
| 4.5.8.3. | Hoja de consentimiento informado: Documento de decisión libre y voluntaria realizada por una persona competente, por el cual acepta las acciones diagnósticas o terapéuticas sugeridas por sus médicos, fundado en la comprensión de la información revelada respecto a los riesgos y beneficios que le pueden ocasionar. |
| 4.5.8.4. | Implante coclear: Dispositivo electrónico implantado quirúrgicamente que ayuda a las personas con pérdida auditiva grave a escuchar, al reemplazar las partes dañadas de la cóclea del oído interno. |
| 4.5.8.5. | Implante osteointegrado: Dispositivo implantado quirúrgicamente para ayuda auditiva. Transmite el sonido directamente al oído interno a través de la conducción ósea. |
| 4.5.8.6. | Paciente: Persona que recibe atención a la salud (de acuerdo con el glosario de términos aplicados a la seguridad del paciente de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud). Beneficiario(a) directo de la atención médica (de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012). |
| 4.5.8.7. | Rehabilitación auditiva: Proceso integral que ayuda a las personas con implante auditivo (osteointegrado o coclear) a mejorar su capacidad de oír, identificar, discriminar y comprender sonidos, para optimizar la comunicación y su calidad de vida. |
| 4.5.8.8. | Reprogramación de implante auditivo: Calibración del implante auditivo por medio del sistema electrónico correspondiente al implante, para mejorar la comprensión del lenguaje en el paciente. Es un proceso de ajuste de los parámetros del dispositivo. Se realiza de |

| | |
|----------|---|
| | forma periódica tras el encendido del dispositivo, a medida que el cerebro del paciente se adapta a la nueva experiencia auditiva. |
| 4.5.8.9. | Testigo: Persona que presencia y atestigua que el consentimiento informado fue obtenido de forma voluntaria y libre de presiones. Personas que pueden actuar como testigo: acompañante o familiar del paciente, personal de salud (médico, residente o enfermería) involucrado en la atención del paciente diferente a la persona que obtiene el consentimiento. |

4.5.9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

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

4.5.10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

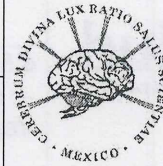
- 4.5.10.1 Formato de consentimiento informado
- 4.5.10.2 Instructivo de llenado del formato de consentimiento informado.
- 4.5.10.3 Formato de solicitud de ingreso hospitalario.
- 4.5.10.4 Instructivo de llenado del formato de solicitud de ingreso hospitalario.
- 4.5.10.5 Formato de solicitud de interconsulta.
- 4.5.10.6 Instructivo de llenado del formato de solicitud de interconsulta.
- 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 placas simples.
- 4.5.10.10 Instructivo de llenado del formato de solicitud de placas simples.
- 4.5.10.11 Formato de nota preoperatoria.
- 4.5.10.12 Instructivo de llenado del formato de nota preoperatoria.
- 4.5.10.13 Formato de nota postoperatoria.
- 4.5.10.14 Instructivo de llenado del formato de nota postoperatoria.
- 4.5.10.15 Formato de egreso hospitalario.
- 4.5.10.16 Instructivo de llenado del formato de egreso hospitalario.
- 4.5.10.17 Formato de cita subsecuente.
- 4.5.10.18 Instructivo de llenado del formato de cita subsecuente.

8


[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]



4.5.10.1. Formato de consentimiento informado.

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

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-S5A3-2012 del Expediente Clínico; manifiesto mi consentimiento expreso para que el personal médico y paramédico del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía realice los procedimientos que permitan un mejor diagnóstico y pronóstico, tratamiento y rehabilitación de mi enfermedad, se me ha informado adecuadamente de los riesgos y consecuencias que ello implica, entiendo que los beneficios que pretenden son:

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

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

**DIRECCIÓN MÉDICA
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL**

DM-T5-IH-CI-1/2016

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

www.innra.salud.gob.mx Insurgentes Sur #3877, Col. La Ferre 14269, México, Ciudad de México Tel (55) 5600-3822 ext. 2024 Pág. 1



4.5.10.2. **Instructivo de llenado del formato de consentimiento informado.**

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

0

Q

P

A



4.5.10.4. **Instructivo de llenado del formato de solicitud de ingreso hospitalario.**

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

8

Q

P

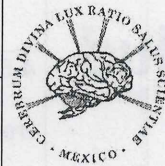
A



Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
OTONEUROLOGÍA**

**4.5. Procedimiento para la programación
quirúrgica, evaluación, activación y
reprogramación de implantes auditivos
(osteointegrado y coclear).**



Página
159 de 179

4.5.10.5. Formato de solicitud de interconsulta.

| | | | |
|--|--|------------------------|---|
| | INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA | | Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000 |
| | MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012 | | Hora de elaboración: (2) _____ |
| Servicio: (4) _____ | | Registro: (5) _____ | Tipo de Paciente: (6) _____ |
| Nombre: (7) _____ | | Edad: (8) _____ | Sexo: (9) <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Fecha de Nac: (10) 00/00/0000 |
| SUBDIRECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA | | | REG. NUM: (11) _____ |
| SOLICITUD DE INTERCONSULTA | | | |
| Nombre: (12) _____ | | Edad: (13) _____ | Género: (14) <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| SOLICITA A: (15) _____ | | Cama: (16) _____ | |
| PROCEDENCIA: (17) _____ | | | |
| DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO / O SINTOMAS: (18) | | | |
| | | | |
| Fecha: (19) 00/00/0000 | | Hora: (20) 00:00 | |
| Firmado por: (21) _____ | | | |
| (22) _____ a _____ | | Núm Cédula: (23) _____ | |
| MÉDICO SOLICITANTE, FIRMA: (24) | | | |
| Insurgentes Sur No. 3877, C.P. 14269, México D.F. Tel: 56 06 38 22 | | | |

8

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]


[Handwritten mark]

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  Salud Secretaría de Salud | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE OTONEUROLOGÍA |  | Página 160 de 179 |
| | 4.5. Procedimiento para la programación quirúrgica, evaluación, activación y reprogramación de implantes auditivos (osteointegrado y coclear). | | |

4.5.10.6. Instructivo de llenado del formato de solicitud de interconsulta.

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


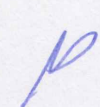

4.5.10.7. Formato de solicitud de estudios de laboratorio.

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

- * Lab Clínico
- Perfiles
 - Funcionamiento hepático
- Hematología
 - Biometría Hemática
- Química clínica
 - Electrolitos Séricos 6 (Na, K, Cl, Ca, Mg, P)
 - Química sanguínea 6(Q. 4+ colesterol + 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)



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

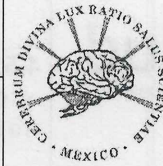
| | |
|----------------|---|
| General | Este formato se debe llenar en el Expediente Clínico Electrónico por el personal médico. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables. |
| (1) | Fecha de solicitud: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

8

Q

P

A



4.5.10.9. Formato de solicitud de estudios de placas simples.

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

Fecha de Elaboración(4) 00/00/0000
Hora de Elaboración(2) :
Nivel Socioeconómico (3)

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

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

1. DATOS GENERALES (10)
Procedencia
FECHA 00/00/0000 MÉDICO SOLICITANTE

2. ANTECEDENTES (11)
RESUMEN HISTORIA CLÍNICA
ESTUDIOS PREVIOS

3. ESTUDIOS SOLICITADOS (12)
RADIOLÓGICO SIMPLE
ANGIOGRAFÍA
PANANGIOGRAFÍA CEREBRAL ANGIOGRAFÍA CAROTÍDEA
ANGIOGRAFÍA 1 VASO (CEREBRAL) PROTOCOLO VASCULAR
OTRAS REGIONES:
MIELOGRAFÍA:

4. MATERIAL Y MÉTODO (13)
CONTRASTE TIPO CANTIDAD
- VÍA - VENOSA CAROTÍDEA HUMERAL FEMORAL SUBARACNOIDEA

5. DIAGNÓSTICOS (14)
CLÍNICO
RADIOLÓGICO
DEFINITIVO

(15) Nombre y firma del médico responsable Firmado por: a Njm Cédula:

www.inn.salud.gob.mx Inscritos C/ 45877, Col. La Fama, 14269, Ciudad de México Tel. (55) 5905-3122 ext. 7924 Pág. 1

Handwritten signatures and initials in blue ink.



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

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

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]



Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
OTONEUROLOGÍA**

**4.5. Procedimiento para la programación
quirúrgica, evaluación, activación y
reprogramación de implantes auditivos
(osteointegrado y coclear).**



Página
165 de 179

4.5.10.11. Formato de nota preoperatoria.

| | | | | |
|---|--|---------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| | INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA | | Fecha de Elaboración: (1) 00/00/0000 | |
| | MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012 | | Hora de Elaboración: (2) : | |
| Servicio: (4) _____ | | Registro: (5) _____ | Sexo: H (6) M _____ | |
| Nombre: (7) _____ | | Edad: (8) _____ | Fecha de Nac: (9) 00/00/0000 | |
| | | | | Nivel Socioeconómico (3) _____ |
| NOTA PREOPERATORIA | | | DM/NPreO-1/2016 | |
| TA: _____ | (10) | Quirófano _____ | | |
| T°: _____ °C | | FC: _____ | FR: _____ | |
| Resumen de Evolución: Anamnesis, exploración física y resultados de servicios auxiliares (11) | | | | |
| | | | | |
| Diagnósticos Probables (12) | | | | |
| | | | | |
| Plan (13) | FECHA DE LA CIRUGIA A REALIZAR | | 00/00/0000 | |
| | | | | |
| Incisión, Posición y Lateralidad (14) | | | | |
| | | | | |
| Abordaje (15) | | | | |
| | | | | |
| Material Requerido (16) | | | | |
| | | | | |
| Hemoderivados requeridos (17) | | | | |
| | | | | |
| Técnica Quirúrgica (18) | | | | |
| | | | | |
| <p>www.inn.salud.gob.mx Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama, 14266, Ciudad de México Tel: (55) 5606-3822 ext. 2024 Pág. 1</p> | | | | |

Q

P

K




Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
OTONEUROLOGÍA**

**4.5. Procedimiento para la programación
quirúrgica, evaluación, activación y
reprogramación de implantes auditivos
(osteointegrado y coclear).**



Página
166 de 179

| | | | |
|---|--|--|---|
|  | 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: <input type="text"/> Nombre: <input type="text"/> | Registro: <input type="text"/> Edad: <input type="text"/> | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M Fecha de Nac: 00/00/0000 |
| Riesgos quirúrgicos (19) <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> | | | |
| Pronóstico (20) <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> | | | |
| Cuidados y Plan Terapéutico Pre-operatorio (21) <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> | | | |
| Médico que Elaboró la nota (22) Firmado por: a Núm Cédula: | | MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO (23) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Firmado por: a Núm Cédula: | |
| Médico que Revisó la nota | | | |
| | | | |
| www.inn.salud.gob.mx | | Inaugentes Sur #3877, Col. La Fama, 14260, Ciudad de México Tel. (55) 5606-3822 ext. 2024 | |
| | | Pag. 2 | |

A

e

R

o



4.5.10.12. Instructivo de llenado del formato de nota preoperatoria.

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

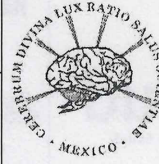
[Handwritten signatures and initials in blue ink]



Salud
Secretaría de Salud


**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
OTONEUROLOGÍA**

**4.5. Procedimiento para la programación
quirúrgica, evaluación, activación y
reprogramación de implantes auditivos
(osteointegrado y coclear).**



Página
168 de 179

4.5.10.13. Formato de nota postoperatoria.

| | | | | |
|--|--|--|--|--------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012 | | Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000 Hora de elaboración: (2) : : Nivel Socioeconómico (3) | |
| | Servicio: (4) | Registro: (5) | Sexo: <input type="checkbox"/> M (6) <input type="checkbox"/> M | |
| Nombre: (7) | Edad: (8) | Fecha de Nac: (9) 00/00/0000 | | |
| QUIRÓFANOS NOTA POST-OPERATORIA | | DM/NPC-1/2016 | | |
| SERVICIO DE PROCEDENCIA: (10) | | QUIRÓFANO: (11) | | |
| DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO (12) <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> | | | | |
| DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO (13) <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> | | | | |
| OPERACIÓN PLANEADA (14) | | OPERACIÓN PROGRAMADA (15) | | |
| <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> | | | | |
| OPERACIÓN REALIZADA (16) <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> | | | | |
| FECHA Y HORA DE INICIO (17) 00/00/0000 : : | | FECHA Y HORA DE TERMINO (18) 00/00/0000 : : | | |
| CIRUJANOS (19) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | | | | |
| ANESTESIOLOGOS (20) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | | | | |
| DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA (21) <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> | | | | |
| ESTUDIOS DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTOS TRANSOPERATORIOS (22) <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> | | | | |
| www.inn.cuud.gob.mx | | Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama 14209, México, Ciudad de México Tel (55) 5906-3622 ext. 2004 | | Pág. 1 |

A

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

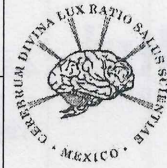
[Handwritten mark]



Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
OTONEUROLOGÍA**

**4.5. Procedimiento para la programación
quirúrgica, evaluación, activación y
reprogramación de implantes auditivos
(osteointegrado y coclear).**



Página
169 de 179

| | | | | |
|--|--|-----------|-----------------------|---|
| | INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA | | Fecha de elaboración: | 00/00/0000 |
| | MANUEL VELASCO SUÁREZ Lic. Sanitaria 04 AM 0913012 | | Hora de elaboración: | |
| Servicio: | | Registro: | | Nivel Socioeconómico |
| Nombre: | | Edad: | | Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |
| | | | | Fecha de Nac: 00/00/0000 |
| HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS (23) | | | | |
| CUANTIFICACIÓN DE GASAS, COMPRESAS Y COTONOIDES (24) | | | | |
| INCIDENTES Y ACCIDENTES (25) | | | | |
| CUANTIFICACIÓN DE SANGRADO Y TRANSFUSIONES (26) | | | | |
| NOMBRE DE INSTRUMENTISTAS, CIRCULANTE Y OTROS MEDICOS PARTICIPANTES (27) | | | | |
| ESTADO POST-OPERATORIO INMEDIATO (28) | | | | |
| PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO POSTOPERATORIO INMEDIATO (29) | | | | |
| PRONÓSTICO (30) | | | | |
| RIESGOS POSTQUIRÚRGICOS (31) | | | | |
| <p>www.inn.neuro.salud.gob.mx Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama 14260, México, Ciudad de México Tel. (55) 5606-3822 ext. 2504 Pág. 2</p> | | | | |

Handwritten signatures and initials in blue ink.



Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
OTONEUROLOGÍA**

**4.5. Procedimiento para la programación
quirúrgica, evaluación, activación y
reprogramación de implantes auditivos
(osteointegrado y coclear).**



Página
170 de 179

| | | | |
|---|---|--|---|
| | INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ <small>Lic. Sanitaria 04 AM 0913012</small> | | 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 | | |
| ESTADO POST-OPERATORIO INMEDIATO | | | |
| | | | |
| PIEZAS O BIOPSIAS QUIRÚRGICAS (32) | | | |
| | | | |
| OTROS HALLAZGOS IMPORTANTES PARA EL PACIENTE (33) | | | |
| | | | |
| MÉDICO QUE ELABORÓ LA NOTA POST-OPERATORIA (34) Firmado por: _____ a _____ Núm Cédula: _____ | | MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO (35) Firmado por: _____ a _____ Núm Cédula: _____ | |
| MÉDICO QUE REVISÓ LA NOTA POST-OPERATORIA | | | |
| | | | |
| www.innn.salud.gob.mx | | Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama 14260, México, Ciudad de México Tel (55) 5606-3622 ext. 2024 | |
| | | Pág. 3 | |

Q

P

A



4.5.10.14. Instructivo de llenado del formato de nota postoperatoria.

| | |
|----------------|--|
| General | Este formato se debe llenar en el sistema electrónico por el personal médico. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables. |
| (1) | Fecha de elaboración: Se refiere a la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año. 0432522521231231321215515554515 (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024. |
| (2) | Hora de elaboración: Se refiere la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11). |
| (3) | Nivel socioeconómico: Clave socioeconómica del 1 al 6 asignada al paciente por el Departamento de Trabajo Social de acuerdo con el puntaje que arroja la entrevista del estudio socioeconómico. |
| (4) | Servicio: Se refiere al servicio que realiza la nota postoperatoria. |
| (5) | Registro: Número de registro institucional con el que se identifica al paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet. |
| (6) | Sexo: Marcar con una X si es hombre o mujer el paciente |
| (7) | Nombre: Nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres. |
| (8) | Edad: Se refiere a la edad del paciente. |
| (9) | Fecha de nacimiento: Anotar la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa), ej. 06/02/2024 |
| (10) | Servicio de procedencia: Nombre del servicio que realiza la cirugía. |
| (11) | Quirófano: Número de sala de cirugía. |
| (12) | Diagnostico preoperatorio: Patología del paciente motivo de la cirugía. |
| (13) | Diagnostico postoperatorio: Confirmar o actualizar la patología del paciente. |
| (14) | Operación planeada: Tipo de cirugía a realizar. |
| (15) | Operación programada: Seleccionar del listado desplegable la cirugía a realizar. |
| (16) | Operación realizada: Indicar la cirugía que se realizó. |
| (17) | Fecha y hora de inicio: Horario de inicio de cirugía. |
| (18) | Fecha y hora de termino: Horario en que finaliza la cirugía. |
| (19) | Cirujano: Nombre del personal médico cirujano a cargo de la cirugía. |
| (20) | Anestesiólogos: Nombre del personal médico de anestesiología en la cirugía. |
| (21) | Descripción de la técnica quirúrgica: Método quirúrgico empleado. |
| (22) | Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamientos transoperatorios: Registrar los estudios y tratamientos realizados durante la cirugía para diagnóstico rápido y toma de decisiones quirúrgicas, definición de márgenes. |
| (23) | Hallazgos transoperatorios: Observaciones e información relevante obtenida durante un procedimiento quirúrgico. |
| (24) | Cuantificación de gasas, compresas y cotonoides: Es un protocolo de seguridad quirúrgica para prevenir que material se quede olvidado en el paciente. |
| (25) | Incidentes y accidentes: eventos no intencionados ocurridos durante la cirugía que pueden causar daño al paciente o ponerlo en riesgo. |
| (26) | Cuantificación de sangrado y transfusiones: Registrar la cantidad de pérdida de sangre durante la cirugía y si se realizó, la cantidad de transfusión sanguínea. |
| (27) | Nombre de instrumentistas, circulante y otros médicos participantes: Anotar el nombre completo del personal de salud que participó en la cirugía. |
| (28) | Estado postoperatorio inmediato: Evaluación de la condición del paciente justo al término de la cirugía. |

Q P 8



Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
OTONEUROLOGÍA**

**4.5. Procedimiento para la programación
quirúrgica, evaluación, activación y
reprogramación de implantes auditivos
(osteointegrado y coclear).**



Página
172 de 179

| | |
|------|---|
| (29) | Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato: Cuidados, medicación y monitoreo posterior a cirugía para estabilización del paciente. |
| (30) | Pronóstico: Posibilidad de recuperación posterior a la cirugía. |
| (31) | Riesgos postquirúrgicos: Complicaciones que pueda presentar el paciente después de la intervención quirúrgica. |
| (32) | Piezas y biopsias quirúrgicas: Muestras de tejido extraídas durante la cirugía para análisis patológico. |
| (33) | Otros hallazgos importantes para el paciente: Espacio para incluir información relevante sobre lo observado en la cirugía. |
| (34) | Médico que elaboró la nota postoperatoria: Se anota el nombre completo, número de cédula profesional y firma del personal médico que elabora el formato. |
| (35) | Médico que revisó la nota postoperatoria: Nombre completo, número de cédula profesional y firma del personal médico adscrito. |

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]



Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
OTONEUROLOGÍA**

**4.5. Procedimiento para la programación
quirúrgica, evaluación, activación y
reprogramación de implantes auditivos
(osteointegrado y coclear).**



Página
173 de 179

4.5.10.15. Formato de egreso hospitalario.

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

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

NOTA DE EGRESO HOSPITALARIO

DATOS DEL PACIENTE (3) Gratuidad: Nivel TS Registro

Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

C.U.R.P. Fecha Nacimiento Entidad de Nacimiento:

Edad Cumplida años meses Sexo M F Estado Conyugal

Ocupación Escolaridad

AFIILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: Número de afiliación:

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

Domicilio Tipo de la Vialidad Nombre de la Vialidad

No. Exterior No. Interior Código postal Localidad

Municipio ó Delegación Entidad País

Teléfono Nom. del Asent. Hum: Tipo de Asent. Hum:

Datos de Responsable Legal Responsable Legal

Parentesco Edad del Responsable

ESTANCIA (4) Unidad de Procedencia **INNN MVS DFSSA004060** **NOTA: Para llenar por el médico**

INGRESO Fecha ingreso (dd/mm/aaaa) **EGRESO** Fecha Egreso (dd/mm/aaaa)

Hora ingreso (hh:mm) Hora Egreso (hh:mm)

Días de estancia Tipo de Servicio:

Servicio de Ingreso: **NOTA: * LLENAR SI EL PACIENTE ES MUJER**

Motivo de Ingreso: **MUJER EN EDAD FÉRTIL:**

CE-10:

PROCEDENCIA Unidad Médica

Servicio al Egreso: Especialidad:

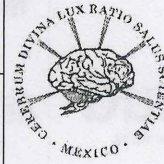
MOTIVO DEL EGRESO Unidad Médica (* a llenar solo si la opción es "Traslado a otro Hospital")

Defunción MINISTERIO PÚBLICO: **NOTA: * A llenar si el motivo del egreso es "Defunción"**

Fecha de defunción : (dd/mm/aaaa) Hora de defunción : (hh:mm)

Causa Básica de la Defunción: Dias Folio del Certificado :

CE-10



AFECCIONES TRATADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL EGRESO) (5)

AFECCIÓN PRINCIPAL CIE-10
Tipo de Ingreso:

COMORBILIDADES

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

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

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

CIE-10

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPEÚTICOS Y QUIRÚRGICOS (6)

Infecciones intrahospitalaria:

Procedimiento CIE-9
Tipo Anestesia
Quirófano **Tiempo:** **Fecha** **Médico**

Cateter **Violencia y/o lesión:** **Folio Hoja de Lesiones:**

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS (7)

HOSPITAL CONTINUO: **HOSPITAL PARCIAL:**
UNIDAD DE CUIDADOS ESP:

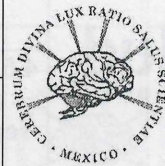
[Handwritten signatures and initials in blue ink]



Salud
Secretaría de Salud

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE
OTONEUROLOGÍA**

**4.5. Procedimiento para la programación
quirúrgica, evaluación, activación y
reprogramación de implantes auditivos
(osteointegrado y coclear).**



Página
175 de 179

ATENCIÓN OBSTÉTRICA (8)

HISTORIA GINECOBISTÉTRICA: Gestas Abortos Partos Cesáreas

SIGNOS VITALES

Peso: ⁽⁹⁾ kg. Talla: mts. Tensión arterial: / mmHg Temperatura: °C

Frecuencia cardíaca: Escala de dolor: / 10 Frecuencia respiratoria: / min

RESUMEN CLÍNICO (10)

RESULTADO DE LABORATORIO Y GABINETE (11)

TRATAMIENTO EMPLEADO (12)

PRONÓSTICO (13)

RECOMENDACIONES (14)

PLAN DE EGRESO (15)

MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO (18)

Firmado por: a NÚM CÉDULA: (16)

CURP
Nombre del médico, cédula y firma Elaboró

Firmado por: a NÚM CÉDULA:

Firmado por: a NÚM CÉDULA: (17)

Nombre del médico, cédula y firma JEFE DE SERVICIO

Nombre del médico, cédula y firma Revisó

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



4.5.10.18. Instructivo de llenado del formato de cita subsecuente.

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

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]



HOJA DE AUTORIZACIÓN

ELABORÓ

DR. ALFREDO VEGA ALARCÓN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE OTONEUROLOGÍA

REVISÓ

DR. MANUEL ALEJANDRO DEL RÍO QUIÑONES
SUBDIRECTOR DE CONSULTA EXTERNA

APROBÓ

DR. EDGAR NATHAL VERA
DIRECTOR MÉDICO

SANCIONÓ

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

