



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE  
PROCEDIMIENTOS**

**Unidad de terapia Intensiva**



Rev. 01

Codificación  
3C.12-MP-B2.3

Página  
1 de 110

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA  
(UTI)**

MAYO, 2025.

## CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN.....	3
2	OBJETIVO DEL MANUAL.....	4
3	MARCO JURÍDICO .....	5
4	PROCEDIMIENTOS .....	16
4.1.	PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO Y ESTANCIA DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (UTI).....	17
4.2.	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (UTI).....	53
4.3.	PROCEDIMIENTO DE EGRESO DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) .....	77

A



CB



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
			Codificación <b>3C.12-MP-B2.3</b>
	<b>Unidad de terapia Intensiva</b>		Página <b>3 de 110</b>

## 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 de la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, en razón de la importancia de contar con herramientas administrativas vigentes que permitan desarrollar eficientemente las atribuciones, funciones y actividades asignadas.

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

La descripción de los procedimientos que se llevan a cabo en el presente manual coadyuva permanentemente para que el personal adscrito a 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.

El área responsable de su integración y actualización es la Unidad de Terapia Intensiva en colaboración con las diversas áreas que conforman la Dirección General y con asesoría de la Unidad de Planeación.

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.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

 SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	Unidad de terapia Intensiva		Codificación 3C.12-MP-B2.3
			Página 4 de 110

## 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 las personas servidora públicas en relación los pasos que deben seguirse y las áreas que participan en las actividades desarrolladas por la Unidad de Terapia Intensiva.

0

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>Unidad de terapia Intensiva</b>		Codificación <b>3C.12-MP-B2.3</b>
			Página <b>5 de 110</b>

### 3 MARCO JURÍDICO<sup>1</sup>

#### Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

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

DOF 05/02/1917 y sus reformas.

#### Tratados Internacionales

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos en la agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas.

25/09/2015

#### Normas

#### Leyes

- Ley General de Salud.  
DOF 07/02/1984
- Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción.  
DOF 18/07/2016
- Ley General de Responsabilidades Administrativas.  
DOF 18/07/2016
- Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.  
DOF 13/03/2002
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.  
DOF 01/02/2007
- Ley General de Archivos.  
DOF 15/06/2018
- Ley General de Bibliotecas.  
DOF 01/06/2021
- Ley General de Bienes Nacionales.  
DOF 20/05/2004
- Ley General de Contabilidad Gubernamental.  
DOF 31/12/2008
- Ley General de Educación.  
DOF 30/09/2019
- Ley General de Mejora Regulatoria.  
DOF 18/05/2018
- Ley General de Protección Civil.  
DOF 06/06/2012
- Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.  
DOF 26/01/2017
- Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  
DOF 04/05/2015
- Ley General de Sociedades Mercantiles.  
DOF 04/08/1934
- Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.  
DOF 28/01/1988
- Ley General Para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.  
DOF 30/05/2011
- Ley General Para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.  
DOF 02/08/2006

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

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>Unidad de terapia Intensiva</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 6 de 110

- Ley General Para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos.  
DOF 08/10/2003
- Ley General para la Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.  
DOF 26/01/2017
- Ley Federal de Austeridad Republicana.  
DOF 19/11/2019
- Ley Federal de las Entidades Paraestatales.  
DOF 14/05/1986
- Ley Federal de Procedimiento Administrativo.  
REF 18/05/2018
- Ley Federal de Remuneraciones de los Servidores Públicos.  
DOF 19/05/2021
- Ley Federal de Derechos.  
DOF 31/12/1981
- Ley Federal de Deuda Pública.  
DOF 31/12/1976  
REF 30/01/2018
- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado "B" del Artículo 123 Constitucional.  
DOF 28/12/1963
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.  
DOF 30/03/2006
- Ley Federal de Protección al Consumidor.  
DOF 24/12/1992
- Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo.  
DOF 01/12/2005
- Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado.  
DOF 31/12/2004
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  
DOF 09/05/2016
- Ley Federal del Derecho de Autor.  
DOF 24/12/1996
- Ley Federal del Trabajo.  
DOF 01/04/1970
- Ley Federal Para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público.  
DOF 09/12/2002
- Ley Federal Para Prevenir y Eliminar la Discriminación.  
DOF 11/06/2003
- Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio Fiscal Vigente
- Ley de Egresos de la Federación para el ejercicio Fiscal Vigente
- Ley de los Institutos Nacionales de Salud.  
DOF 26/05/2000
- Ley de Planeación.  
DOF 05/01/1983
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.  
DOF 29/12/1976
- Ley de Adquisiciones, Arrendamiento y Servicios del Sector Público.  
DOF 04/01/2000
- Ley de Amparo, Reglamentaria de los Artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.  
DOF 02/04/2013
- Ley de Asistencia Social.  
DOF 02/09/2004
- Ley de Asociaciones Público-Privadas.  
DOF 16/01/2012
- Ley General en material de Humanidades, Ciencias, Tecnologías e Innovación.

- DOF 08/05/2023  
Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados.  
DOF 18/03/2005  
Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.  
DOF 18/07/2016  
Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.  
DOF 04/04/2013  
Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.  
DOF 29/06/1992  
Ley de los Derechos de las personas adultas mayores  
DOF 25/06/2002  
Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.  
DOF 23/05/1996  
Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.  
DOF 04/01/2000  
Ley de Premios, Estímulos y Recompensas Civiles.  
DOF 31/12/1975  
Ley de Tesorería de la Federación.  
DOF 30/12/2015  
Ley del Diario Oficial de la Federación y Gacetas Gubernamentales.  
DOF 24/12/1986  
Ley del Impuesto al Valor Agregado.  
DOF 29/12/1978  
Ley del Impuesto Especial Sobre Producción y Servicios.  
DOF 30/12/1980  
Ley del Impuesto Sobre la Renta.  
DOF 11/12/2013  
Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.  
DOF 31/03/2007  
Ley Orgánica del Tribunal Federal de Justicia Administrativa.  
DOF 18/07/2016  
Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, relativo al Ejercicio de las Profesiones en la Ciudad de México.  
DOF 26/05/1945

#### Códigos

- Código Civil Federal.  
DOF 26/05/1928  
Código Nacional de Procedimientos Penales.  
DOF 05/03/2014  
Código Federal de Procedimiento Civiles.  
DOF 24/02/1943  
Código Penal Federal.  
DOF 14/08/1931  
Código Fiscal de la Federación.  
DOF 31/12/1981  
Código de Comercio.  
DOF Del 07/10 al 13/12/1889

#### Reglamentos

- Reglamento de Insumos para la Salud.  
DOF 04/02/1998  
Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.  
DOF 28/07/2010  
Reglamento de la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados.  
DOF 19/03/2008  
Reglamento de la Ley de Impuesto al Valor Agregado.

- DOF 04/12/2006  
Reglamento de la Ley de Impuesto sobre la Renta.  
DOF 08/10/2015  
Reglamento de la Ley de la Propiedad Industrial.  
DOF 23/11/1994  
Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.  
DOF 28/07/2010  
Reglamento de la Ley de Tesorería de la Federación.  
DOF 30/06/2017  
Reglamento de la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios.  
DOF 04/12/2006  
Reglamento de la Ley Federal de Archivos.  
DOF 13/05/2014  
Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.  
DOF 26/01/1990  
Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.  
DOF 28/06/2006  
REF 27/09/2024  
Reglamento de la Ley Federal de Protección al Consumidor.  
DOF 03/08/2006  
Reglamento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.  
DOF 21/12/2011  
Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso Público Gubernamental.  
DOF 11/06/2003  
Reglamento de la Ley Federal del Derecho de Autor.  
DOF 22/05/1998  
Reglamento de la Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público.  
DOF 17/06/2003  
Reglamento del Código Fiscal de la Federación.  
DOF 02/04/2014  
Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.  
DOF 11/03/2008  
Reglamento de la Ley General de Protección Civil.  
DOF 13/05/2014  
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.  
DOF 06/01/1987  
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.  
DOF 20/02/1985  
Nota relativa a la vigencia integral: La vigencia de este Reglamento queda sujeta a lo que dispone el Artículo Segundo Transitorio del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, publicado en el DOF 26-03-2014.  
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.  
DOF 26/03/2014  
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.  
DOF 14/05/1986  
Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.  
DOF 30/11/2012  
Reglamento de los Artículos 121 y 122 de la Ley Federal del Trabajo.  
DOF 05/06/2014  
Reglamento de Procedimientos para la Atención de quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión de Arbitraje Médico.  
DOF 21/01/2003  
Reglamento del Código Fiscal de la Federación.  
DOF 02/04/2014

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>Unidad de terapia Intensiva</b>		Codificación <b>3C.12-MP-B2.3</b>
			Página <b>9 de 110</b>

### Disposiciones Internas

- Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.  
Vigente
- Lineamientos Para la Aplicación de Recursos Autogenerados y/o Ingresos Propios del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.  
DOF 23/03/2018
- Políticas de Transferencia de Tecnología del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.  
DOF 23/03/2018
- Programa Institucional, del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.  
Vigente
- 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.
- Código de Conducta del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.  
Vigente

### Otras Disposiciones

- Decreto del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.  
DOF 02/08/1988
- Programa Sectorial de Salud 2025-2030.
- Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030.
- Protocolo para la Prevención, Atención y Sanción del Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual.  
DOF 03/01/2020
- Manual de Atención de Denuncias en los Comités de Ética.  
Vigente

### Guías y Disposiciones Administrativas

- Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de organización específicos de la Secretaría de Salud.  
Vigente
- Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.  
Vigente
- Guía del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplante en México.  
Vigente
- Guía para Identificar y Prevenir Conductas que Puedan Constituir Conflicto de Interés de los Servidores Públicos.  
Vigente

### Disposiciones Locales

- Ley Orgánica de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México.  
G.O.C.D.M.X 12/07/2019.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores de la Ciudad de México.  
G.O.C.D.M.X 07/03/2000
- Ley de Protección a los Animales de la Ciudad de México.  
DOF 26/02/2002  
G.O.C.D.M.X 04/05/2018

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>Unidad de terapia Intensiva</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3
			Página 10 de 110

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

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

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

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

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

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

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

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

Reglamento de la Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional, Relativo al Ejercicio de las Profesiones en la Ciudad de México.  
 DOF 05/04/2018

#### Acuerdos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DOF 30/11/2020

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

DOF 16/07/2010.

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

DOF 28/01/2020

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

DOF 17/05/2019

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

DOF 07/10/2022.

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

DOF 16/06/2023

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

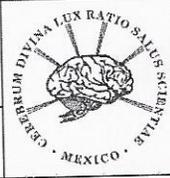
DOF 24/01/2022

Acuerdo que modifica el diverso por el que se hace del conocimiento del público en general, los días que serán considerados como inhábiles para efectos de los actos y procedimientos administrativos competencia de la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano, dependencia de la Administración Pública Federal Centralizada tanto en oficinas centrales, como en sus oficinas de representación en las entidades federativas o regiones, así como los trámites y servicios que brinda su órgano desconcentrado, Registro Agrario Nacional, en los Centros de Atención en oficinas centrales, y en todas las delegaciones, así como el Archivo General Agrario, su Archivo Registral, su Biblioteca Especializada y en las 32 unidades de Control Documental, para prevenir la propagación y transmisión del virus COVID-19.

DOF 10/06/2020

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

DOF 06/09/2021

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>Unidad de terapia Intensiva</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3
			Página 12 de 110

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

DOF 21/08/2012

Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

DOF 05/09/2018

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

DOF 03/02/2016

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

DOF 02/11/2017

Código de Ética de la Administración Pública Federal

DOF 08/02/2022

Acuerdo por el que se reforma y adiciona el Manual de Contabilidad Gubernamental.

DOF 04/07/2024

El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación y surte efectos de manera obligatoria a partir del 1 de enero de 2025.

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

DOF 23/11/2012

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

DOF 16/07/2010

Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos Generales para la integración y funcionamiento de los Comités de Ética.

DOF 16/07/2010

### Normas Oficiales Mexicanas

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

DOF 19/03/2024

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

DOF 26/01/2011

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

NORMA Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2007, para la organización, funcionamiento e Ingeniería Sanitaria del Servicio de Radioterapia.

DOF 11/06/2009

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

NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.

DOF 15/10/2012

NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la Práctica de la Anestesiología.

DOF 23/03/2012

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

PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-008-SCFI-2017, Sistema general de unidades de medida (Cancelará a la NOM-008-SCFI-2002)

DOF 24/07/2018

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

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

DOF 08/01/2013

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

DOF 19/02/2013

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

DOF 02/09/2013

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

DOF 21/05/2004

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

DOF 04/09/2015

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

DOF 17/09/2013

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

DOF 04/09/2013

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

DOF 21/08/2009

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

DOF 19/07/1993

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

DOF 31/05/2010

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

DOF 12/09/2013

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

DOF 18/12/2014

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

DOF 23/09/2014

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

DOF 20/11/2009

MODIFICACIÓN de los puntos 6.4.2.7, 6.4.2.8, 6.6.1 y 6.7.2.9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005.

familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, publicada el 16 de abril de 2009.

DOF 24/03/2016

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

DOF 29/01/2001

NORMA Oficial Mexicana NOM-051-ZOO-1995, Trato humanitario en la movilización de animales.

DOF 23/03/1998

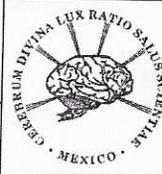
- NORMA Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de Medicamentos y Remedios Herbolarios.  
DOF 21/11/2012
- NORMA Oficial Mexicana NOM-114-SSA1-1994, Bienes y Servicios. Método para la determinación de Salmonella en Alimentos.  
DOF 22/09/1995
- NORMA Oficial Mexicana NOM-137-SSA1-2008, Etiquetado de Dispositivos Médicos.  
DOF 12/12/2008
- NORMA Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental, requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los Equipos y Protección Radiológica en establecimientos de Diagnóstico Médico con Rayos X.  
DOF 15/09/2006  
MOD. 26/12/2011
- NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, para la disposición de Sangre Humana y sus componentes con Fines Terapéuticos.  
DOF 26/10/2012
- NORMA Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X.  
DOF 15/09/2006  
MODIFICACIÓN de los numerales 2, 3.1, 3.2, 3.30, 6.3.2.2 y 17.4; eliminación de los numerales 6.2.1.4, 6.2.1.5, 6.2.1.8, 6.2.2.3.2, 6.2.2.3.3, 6.3.2.1.5, 6.3.2.4 y 7.2.8; y adición de los numerales 6.3.2.6 y 6.3.2.7 de la NORMA Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X.  
DOF 29/12/2014
- NORMA Oficial Mexicana NOM-064-SSA1-1993, que establece las especificaciones sanitarias de los equipos de reactivos utilizados para diagnóstico.  
DOF 24/02/1995
- NORMA Oficial Mexicana NOM-073-SSA1-2015, Estabilidad de fármacos y medicamentos, así como de remedios herbolarios.  
DOF 07/06/2016
- NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA1-2020, que instituye la estructura de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos y sus suplementos y el procedimiento para su revisión, actualización, edición y difusión.  
DOF 04/01/2021
- NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA1-2010, que instituye el procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.  
DOF 26/01/2011
- NORMA Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia.  
DOF 30/09/2020  
MODIFICACIÓN a la Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia
- NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.  
DOF 17/02/2003
- NORMA Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.  
DOF 30/09/1999
- NORMA Oficial Mexicana 033-NUCL-2016, Especificaciones técnicas para la operación de unidades de tele terapia: Aceleradores lineales.  
DOF 04/08/2016
- NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.  
DOF 04/01/2013
- NORMA Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología.  
DOF 28/07/2014



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE  
PROCEDIMIENTOS**

**Unidad de terapia Intensiva**



Rev. 01

Codificación  
3C.12-MP-B2.3

Página  
15 de 110

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

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

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

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

PROYECTO de Modificación de la NORMA Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios, para quedar como PROY-NOM-005-SSA3-2007, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.  
DOF 13/01/2009.

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

*b*

*LA*

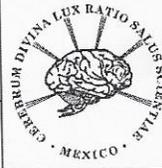
*A*



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE  
PROCEDIMIENTOS**

**Unidad de terapia Intensiva**



Rev. 01

Codificación  
3C.12-MP-B2.3

Página  
16 de 110

4

**PROCEDIMIENTOS**

P

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE  PROCEDIMIENTOS DE LA  UNIDAD DE TERAPIA  INTENSIVA</b>		Rev. 01
			Codificación 3C.12-MP-B2.3
	<b>4.1 Procedimiento para el ingreso y  estancia de pacientes en la Unidad de  Terapia Intensiva (UTI)</b>		Página 17 de 110

**4.1. PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO Y ESTANCIA DE PACIENTES  
EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)**

*p*

*CD*

*↙*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 18 de 110

#### 4.1.1. PROPÓSITO

Realizar el ingreso de pacientes que cumplan con los criterios, a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI).

#### 4.1.2. ALCANCE

4.1.2.1 Alcance Interno: Interviene el personal médico de las áreas de hospitalización que solicita, mediante interconsulta, la valoración al paciente por parte del personal médico de la UTI ; el personal médico de la UTI que realiza la valoración para determinar el paciente cumple con los criterios para ser trasladado a la UTI y que explica a la personal legalmente responsable y/o familiar los beneficios y riesgos del abordaje terapéutico y garantiza la requisición del consentimiento informado; el personal de la Subdirección de Enfermería que coadyuva en la atención médica; el personal del Departamento de Trabajo Social que determina la condición socioeconómica y brinda apoyo social a los pacientes y sus acompañantes; el personal de los Departamentos de Archivo Clínico y Bioestadística y de Tecnologías en la Información y Comunicaciones, quienes realizan el control y resguardo de los expedientes clínicos, y el personal de la Subdirección de Recursos Financieros, en el caso de que los pacientes que no cuentan con gratuidad, quien realiza el cobro de servicios.

4.1.2.2 Alcance Externo: No aplica.

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

4.1.3.1 Los ingresos a la UTI se podrán únicamente autorizar por parte del personal médico adscrito o residente a cargo del turno, con base en modelos de prioridad de ingreso a la UTI, de acuerdo con lo establecido en la NOM-025-SSA3-2013, para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos, que establece:

"...5.5.1.2. En el modelo de prioridades de atención se distingue a aquellos pacientes que van a beneficiarse si son atendidos en la UTI, de aquellos que no cuando ingresen a ella, los criterios son:

5.5.1.2.1. Prioridad I. Paciente en estado agudo crítico inestable, con la necesidad de tratamiento intensivo y monitoreo;

5.5.1.2.2. Prioridad II. Paciente que requiere de monitoreo intensivo y puede necesitar intervenciones inmediatas, como consecuencia de padecimientos graves agudos o complicación de procedimientos médicos o quirúrgicos;

5.5.1.2.3. Prioridad III. Paciente en estado agudo crítico, inestable con pocas posibilidades de recuperarse de sus padecimientos subyacentes o por la propia naturaleza de la enfermedad aguda.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE  PROCEDIMIENTOS DE LA  UNIDAD DE TERAPIA  INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.1 Procedimiento para el ingreso y  estancia de pacientes en la Unidad de  Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3
			Página 19 de <b>110</b>

5.5.1.2.4. Prioridad IV. Pacientes para los que la admisión en las UTI, se consideran no apropiada. La admisión de estos pacientes debe decidirse de manera individualizada bajo circunstancias no usuales y a juicio del médico responsable de la UTI.

- 4.1.3.2 Para la identificación del paciente esté inconsciente o con déficit neurológico, el personal médico deberá identificarlo por **nombre completo, fecha de nacimiento (día, mes y año) y número de registro**, de acuerdo con la **Acción esencial 1 Identificación del paciente**.
- 4.1.3.3 Es responsabilidad del personal médico solicitante verificar que el paciente cuente con historia clínica y, en caso de que no la tenga, solicitar su realización al servicio médico de base.
- 4.1.3.4 El personal médico de la UTI será el responsable de proporcionar interconsulta médica de valoración a pacientes que son programadas para realizar cualquier traslado a la UTI en el menor tiempo posible una vez recibida la solicitud de interconsulta a través del Expediente Clínico Electrónico (ECE).
- 4.1.3.5 Es responsabilidad del personal médico de la UTI que da respuesta a la interconsulta o solicitud de realización de procedimientos en otra área, registrar dicha actividad en la bitácora de "interconsultas y rechazos".
- 4.1.3.6 Es responsabilidad del personal de salud que emita o reciba cualquier indicación verbal o telefónica, cumplir con lo descrito en **la Acción esencial 2B1 que indica el proceso de escuchar-escribir-leer-confirmar-transcribir-confirmar y verificar**.
- 4.1.3.7 Si el procedimiento de traslado seguro se ve truncado por una variación en el estado general del paciente, que requiera su movilización a otra área diferente a la UTI, este procedimiento se dará por TERMINADO.
- 4.1.3.8 Es atribución del personal médico de la UTI que participa en este procedimiento solicitar las interconsultas o estudios que requiera para la atención del paciente.
- 4.1.3.9 Las intervenciones del personal médico de la UTI se realizarán con base en la gravedad; si existe compromiso orgánico que comprometa la vida o función del paciente, no será indispensable la interconsulta en sistema, siempre y cuando haya atención médica de urgencia, dejando el registro administrativo para después de concluir la evaluación o atención del paciente durante la misma jornada laboral.
- 4.1.3.10 Es responsabilidad del personal médico de la UTI a cargo del ingreso, explicar a la persona paciente y/o acompañante los beneficios y riesgos de los procedimientos que pudiera recibir en el área, así como solicitar la firma del consentimiento informado dando su autorización o negándola de manera explícita mediante firma autógrafa conforme lo señala el Capítulo IV de la Ley General de Salud.
- 4.1.3.11 Es responsabilidad del personal médico y del personal de enfermería de la UTI requisitar las bitácoras y bases de datos de control interno de ingresos para el área correspondiente.
- 4.1.3.12 El personal de la UTI deberá permanecer 24/7 en el área con en el fin de monitorear y brindar manejo médico. Únicamente se permite la salida de la UTI para valoración e

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE  PROCEDIMIENTOS DE LA  UNIDAD DE TERAPIA  INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.1 Procedimiento para el ingreso y  estancia de pacientes en la Unidad de  Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 20 de 110

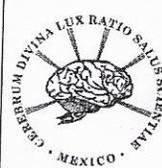
interconsultas, alimentación del personal y solicitud de urgencias en las diferentes áreas del Instituto.

- 4.1.3.13 Es responsabilidad del personal médico de la UTI continuar con el manejo óptimo del paciente, quedando a su consideración realizar interconsultas a los servicios de base institucional o interconsultas en otras unidades médicas en caso de ser necesario.
- 4.1.3.14 Es responsabilidad del personal médico de la UTI, así como los residentes de alta especialidad del posgrado, solicitar y autorizar recetarios de medicamentos controlados por medio de la requisición de recetario y requisición generada por el personal de enfermería, ambos formatos con firma autógrafa de cada médico o médica.
- 4.1.3.15 Es responsabilidad del personal médico de la UTI realizar solicitudes de adquisición institucional, en caso de ser necesario, de fármacos que no estén a disposición en farmacia, por medio de oficio dirigido a la Subdirección de Enfermería con copia al Departamento de Insumos Hospitalarios.
- 4.1.3.16 El personal médico de la UTI que esté de guardia deberá anotar por cada indicación médica, procedimiento o traslado únicamente en el formato de indicaciones médicas, la fecha, hora, nombre del médico o médica, cedula y firma autógrafa.
- 4.1.3.17 Es responsabilidad del personal médico de la UTI al momento de generar las indicaciones médicas, elaborarlas con base en las indicaciones de medicamentos LASA que deberán ir en mayúsculas y para medicamentos de alto riesgo, subrayando la fórmula activa en cada indicación médica.
- 4.1.3.18 Es responsabilidad del personal médico de la UTI realizar la solicitud de laboratorio, gabinete e interconsulta, la cual se deberá llenar con base en el manual de procedimientos correspondiente.
- 4.1.3.19 Es responsabilidad del personal médico de la UTI dar informes a familiares al menos una vez al día y recabar la firma autógrafa y el nombre de quien recibe el informe, en el formato de informes médicos de la UTI.
- 4.1.3.20 Las entregas de guardias se realizarán en la cama del paciente o en la oficina de médicos, con personal médico adscrito o residente de la UTI.
- 4.1.3.21 Para el monitoreo hemodinámico cerebral y neurológico, se deberán llenar los formatos establecidos para cada protocolo.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3
			Página 21 de 110

#### 4.1.4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

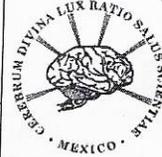
Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal médico solicitante	1	Realiza el procedimiento para la solicitud de interconsulta de hospitalización 4.2 de la Dirección Médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formato de solicitud de interconsulta.</li> </ul>
Personal médico de la UTI Interconsultantes	2	<p>Acude al área específica para la realización de la interconsulta y determina:</p> <p>¿Procede el ingreso del paciente a la UTI?</p> <p><b>Si:</b> Requisita el formato bitácora de interconsultas y rechazos. Pasa a la actividad 3.</p> <p><b>No:</b> Requisita el formato bitácora de interconsultas y rechazos. Elabora nota médica en el formato nota de interconsulta donde indica los motivos por los que la persona paciente no cumple los criterios de ingreso a la UTI.</p> <p><b>TERMINA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bitácora de interconsultas y rechazos.</li> <li>Nota de interconsulta</li> </ul>
Personal médico de la UTI Interconsultantes	3	Solicita de manera verbal al personal de trabajo social, contacte a la persona legalmente responsable y/o familiar para notificar el ingreso del paciente a la UTI.	
Personal del Departamento de Trabajo Social	4	<p>Recibe instrucción, registra en la bitácora y corrobora la información con el personal médico.</p> <p>Localiza a la persona legalmente responsable y/o familiar y le indica acuda a la UTI y registra en la nota de trabajo social con base en el Manual de procedimientos del Departamento de Trabajo Social.</p>	
Persona legalmente responsable y/o familiar	5	Acude con el personal médico de la UTI para recibir informes sobre la situación del paciente.	
Personal médico de la UTI	6	Informa a la persona legalmente responsable y/o familiar sobre el diagnóstico, tratamiento, pronóstico y la necesidad de la atención en la UTI, explica con claridad los beneficios, riesgos, eventuales complicaciones y aclara dudas. Solicita sea requisitada y firmada de manera	

**4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)**

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
		autógrafa la carta de consentimiento informado para ingreso a la UTI.	
Persona legalmente responsable y/o familiar	7	<p>Determina:</p> <p><b>¿Está de acuerdo con la transferencia?</b></p> <p><b>Si:</b> Requisita la carta de consentimiento informado, seleccionando la aceptación del traslado y la firma de manera autógrafa. Pasa a la actividad 9.</p> <p><b>No:</b> Requisita la carta de consentimiento informado, seleccionando la <b>NO</b> aceptación del traslado y la firma de manera autógrafa. Pasa a la actividad 8.</p>	• Carta de consentimiento informado
Personal médico de la UTI	8	<p>Anexa la carta de consentimiento informado al expediente clínico físico y notifica al servicio que solicitó la interconsulta que no procede la transferencia del paciente, llena el formato de nota de interconsulta, especificando la negativa.</p> <p><b>TERMINA.</b></p>	• Nota de interconsulta
Personal médico de la UTI	9	<p>Anexa la carta de consentimiento informado al expediente clínico físico. Requisita el formato de nota médica de interconsulta especificando los criterios de ingreso a la UTI con los que se valoró a la persona paciente.</p>	• Nota de interconsulta
Personal médico de la UTI	10	<p>Informa verbalmente el ingreso del paciente a la UTI, al personal médico solicitante y al personal de enfermería responsable de la jefatura del servicio.</p>	
Personal médico solicitante	11	<p>Realiza la solicitud de traslado del paciente a través del pasaporte de traslado seguro, mediante el Procedimiento para el traslado intrahospitalario seguro de pacientes 4.4 del Manual de Procedimientos de la Dirección Médica.</p>	• Pasaporte de traslado seguro
Personal médico de la UTI	12	<p>Realiza la acción esencial 1 de identificación del paciente previo a la exploración clínica y monitoreo orgánico y anota en el expediente clínico las indicaciones médicas.</p>	• Indicaciones médicas
Personal de enfermería de la UTI	13	<p>Registra en la bitácora de control de ingresos y egresos, los datos del paciente que ingresa a la UTI.</p>	• Bitácora de ingresos y egresos



**MANUAL DE  
PROCEDIMIENTOS DE LA  
UNIDAD DE TERAPIA  
INTENSIVA**



Rev. 01

Codificación  
3C.12-MP-B2.3

Página 23 de  
110

**4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)**

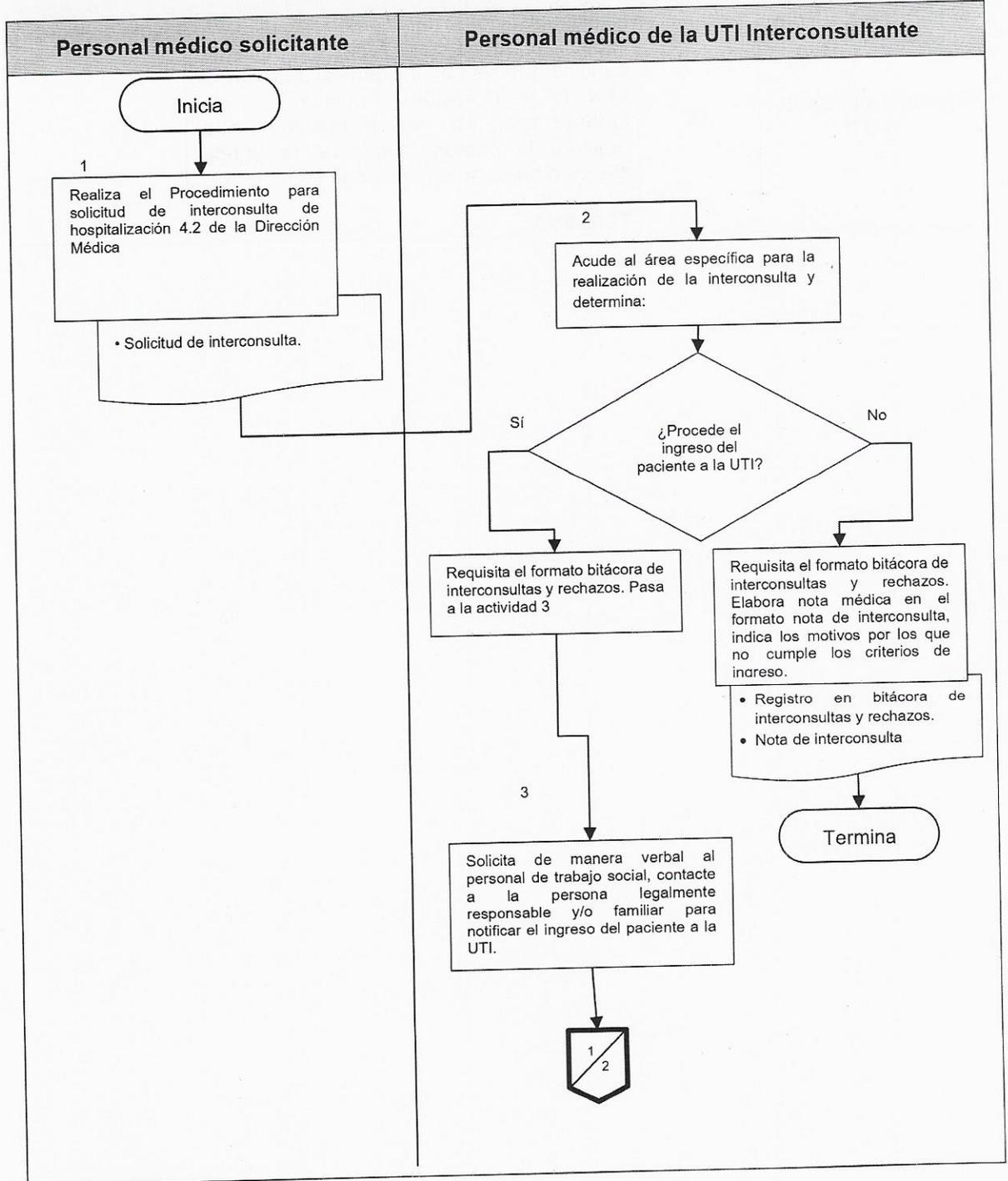
<b>Responsable</b>	<b>No. Actividad</b>	<b>Descripción de actividad</b>	<b>Documento o anexo</b>
Personal médico de la UTI	14	Realiza la nota de ingreso a la UTI, especificando las condiciones del paciente e indica que no hay incidencias durante el traslado y recepción. Continúa con los tratamientos y/o procedimientos que requiera la persona paciente, le brinda atención hasta su egreso de la UTI.  <b>TERMINA</b>	• Nota de ingreso

*Handwritten mark*

*Handwritten marks*

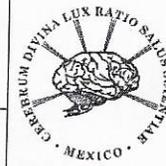
*Handwritten mark*

**4.1.5. DIAGRAMA DE FLUJO**





# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

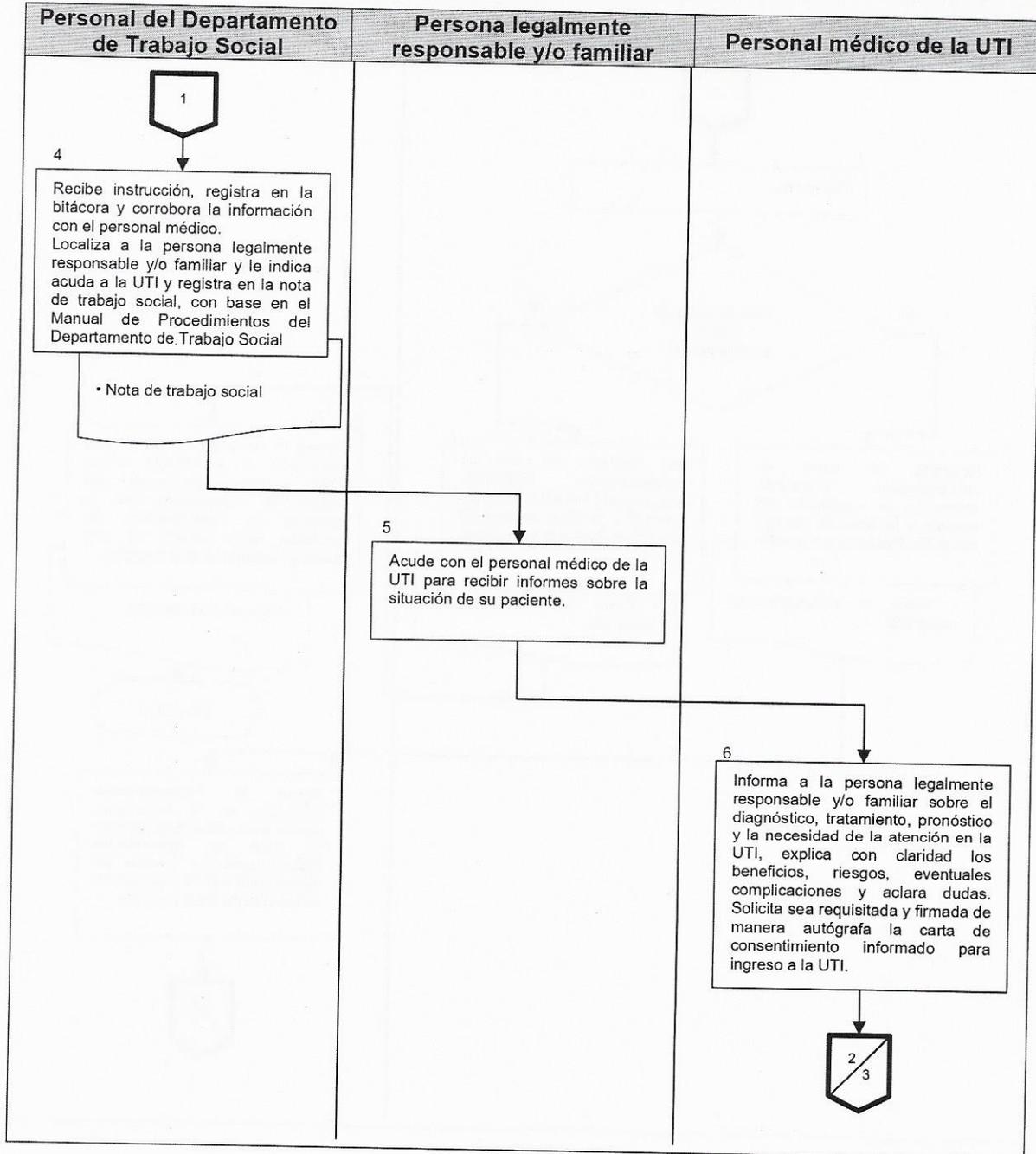


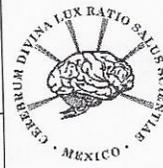
Rev. 01

Codificación 3C.12-MP-B2.3

Página 25 de 110

## 4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)

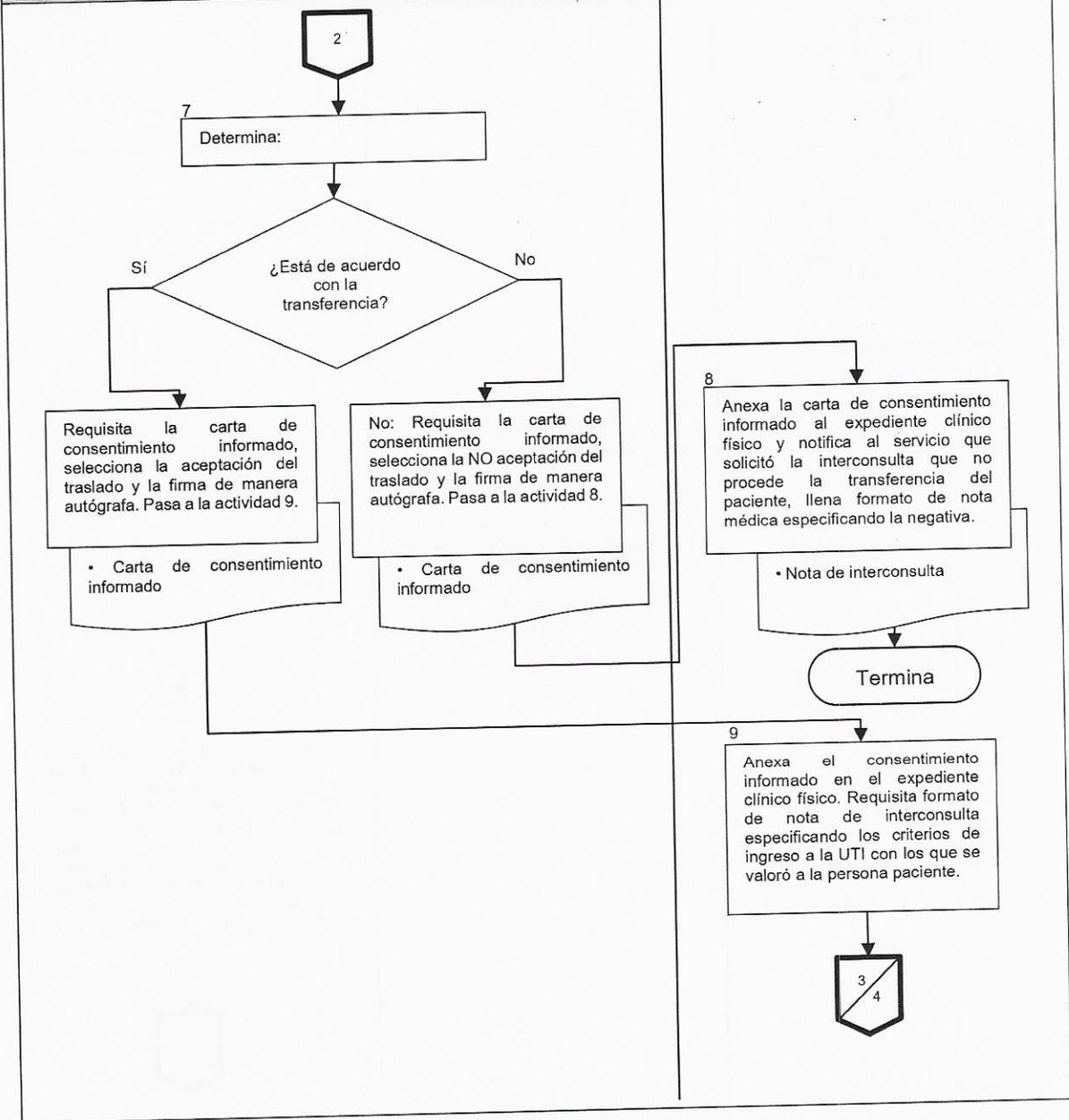




**4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)**

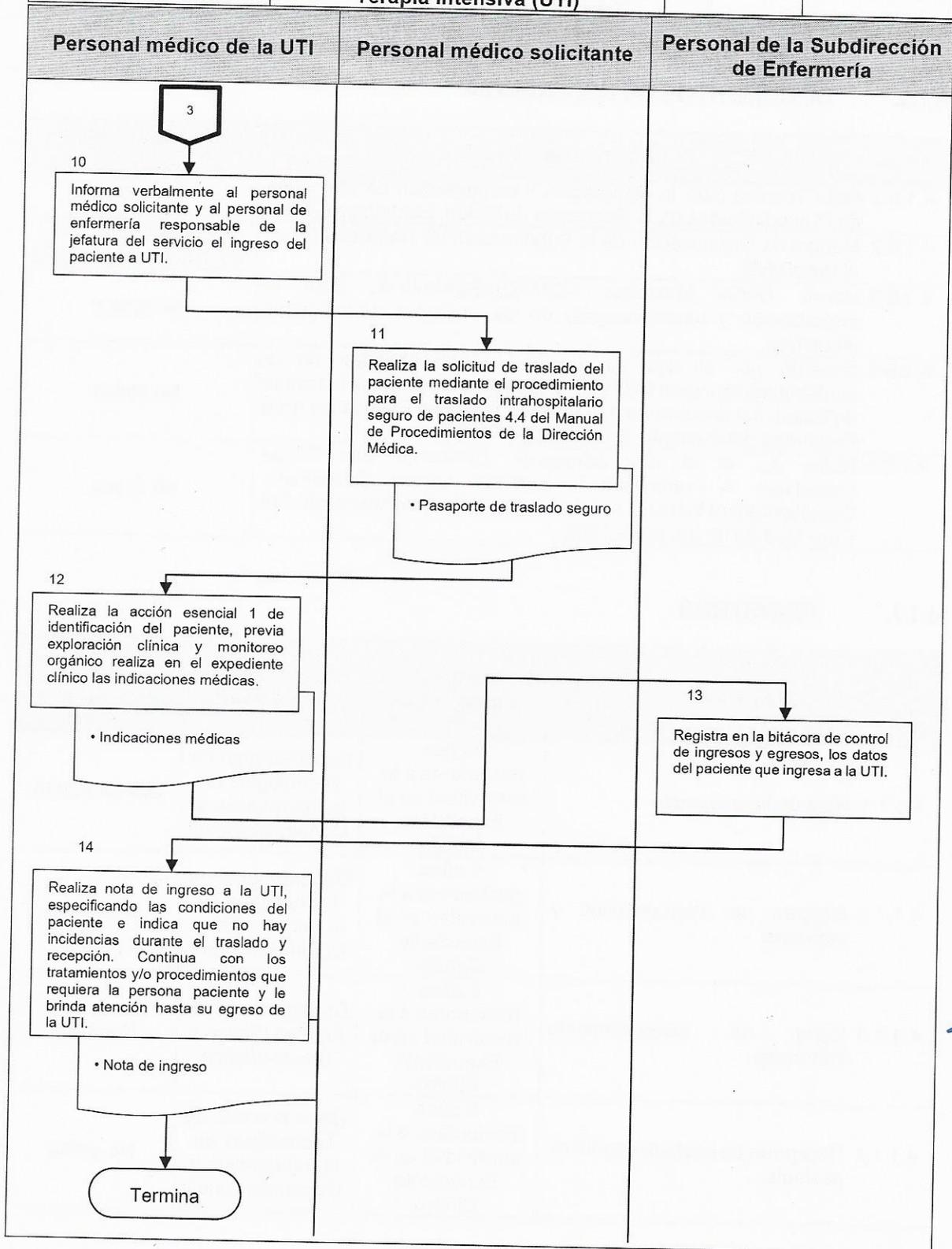
**Persona legalmente responsable y/o familiar**

**Personal médico de la UTI**



*[Handwritten signatures and initials]*

**4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)**



*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

*Handwritten mark*

*Handwritten mark*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 28 de 110

#### 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 de la Secretaría de Salud. Septiembre 2013	No aplica
4.1.6.2 Manual de Organización de la Subdirección de Neurocirugía en el INNNMVS.	3C.11_MO_B2_DM_SD Neurocirugía_2022
4.1.6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013. Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.	No aplica
4.1.6.4 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 Seguridad del Paciente. 08/09/2017	No aplica
4.1.6.5 Nates JL., et al. ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institucional Policies, and Further Research. Crit Care Med 2016; 44:1553-1602.	No aplica

#### 4.1.7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.1.7.1 Nota de interconsulta	6 años posteriores a la inactividad en el Expediente Clínico	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	DM/NI-1/2016
4.1.7.2 Bitácora de interconsultas y rechazos	6 años posteriores a la inactividad en el Expediente Clínico	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica
4.1.7.3 Carta de consentimiento informado.	6 años posteriores a la inactividad en el Expediente Clínico	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
4.1.7.4 Pasaporte de traslado seguro de paciente	6 años posteriores a la inactividad en el Expediente Clínico	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	No aplica



**MANUAL DE  
PROCEDIMIENTOS DE LA  
UNIDAD DE TERAPIA  
INTENSIVA**



Rev. 01

Codificación  
3C.12-MP-B2.3

Página 29 de  
110

**4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)**

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.1.7.5 Indicaciones médicas	6 años posteriores a la inactividad en el Expediente Clínico	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	DM/NME-TI-1/2016
4.1.7.6 Bitácora de ingresos y egresos	6 años posteriores a la inactividad en el Expediente Clínico	Unidad de Terapia Intensiva	No Aplica
4.1.7.7 Nota de ingreso	6 años posteriores a la inactividad en el Expediente Clínico	Departamento de Tecnologías en la Información y Comunicaciones	DM/NMI-TI-1/2016
4.1.7.8 Formato de monitoreo por pupilometría	6 años posteriores a la inactividad en el Expediente Clínico	Unidad de Terapia Intensiva	Por definir
4.1.7.9 Formato de monitoreo hemodinámico por DTC	6 años posteriores a la inactividad en el Expediente Clínico	Unidad de Terapia Intensiva	Por definir

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 30 de 110

#### 4.1.8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

4.1.8.1	<b>Carta de consentimiento informado:</b> Documentos escritos signados por la persona paciente o la persona legalmente responsable o su familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para la persona paciente.
4.1.8.2	<b>Déficit neurológico:</b> Anomalia funcional de un área del cuerpo debido a una disminución en el funcionamiento del cerebro, la médula espinal, los músculos o los nervios.
4.1.8.3	<b>Interconsulta:</b> Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente, a solicitud del personal médico tratante.
4.1.8.4	<b>Persona paciente:</b> Personas usuarias beneficiarias directas de la atención médica.
4.1.8.5	<b>Personal de salud:</b> Personas que realizan acciones cuya finalidad fundamental es mejorar la salud de las personas pacientes.
4.1.8.6	<b>Personal médico:</b> Persona autorizada legalmente que desempeña labores relacionada con la atención médica en beneficio de pacientes y de la comunidad, de manera directa e indirecta.
4.1.8.7	<b>Medicamentos LASA:</b> Medicamentos Look-Alike-Sound-Alike (LASA, por sus siglas en inglés) involucran a aquellos que cuentan con una similitud visual o fonética con otro, con aspecto o nombre parecido; es decir, similitud entre nombres comerciales, nombres de principios activos y/o en el nombre oficial no comercial o genérico de una sustancia farmacológica.
4.1.8.8	<b>Medicamentos de alto riesgo:</b> Aquellos que tienen una probabilidad muy elevada de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. (heparinas, insulinas, electrolitos, vasopresores, antiarrítmicos, sedante etc.).

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

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	2025	Se crea el procedimiento como acción de mejora.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3
			Página 31 de 110

#### 4.1.10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 4.1.10.1 Formato nota de interconsulta
- 4.1.10.2 Instructivo de llenado del formato nota médica de interconsulta
- 4.1.10.3 Formato bitácora de interconsultas y rechazos
- 4.1.10.4 Instructivo de llenado del formato bitácora de interconsultas y rechazos
- 4.1.10.5 Formato carta de consentimiento informado
- 4.1.10.6 Instructivo de llenado del formato la carta de consentimiento informado
- 4.1.10.7 Formato pasaporte de traslado seguro de paciente
- 4.1.10.8 Instructivo de llenado del formato pasaporte de traslado seguro de paciente
- 4.1.10.9 Formato de indicaciones médicas
- 4.1.10.10 Instructivo de llenado del formato indicaciones médicas
- 4.1.10.11 Formato registro en bitácora de ingresos y egresos
- 4.1.10.12 Instructivo de llenado del registró en bitácora de ingresos y egresos
- 4.1.10.13 Formato nota de ingreso
- 4.1.10.14 Instructivo de llenado del formato nota de ingreso
- 4.1.10.15 formato de monitoreo por pupilometría.
- 4.1.10.16 Instructivo de llenado del formato de monitoreo por pupilometría.
- 4.1.10.17 Formato de monitoreo hemodinámico por DTC
- 4.1.10.18 Instructivo de llenado del formato de monitoreo hemodinámico por DTC

*[Handwritten mark]*

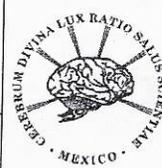
*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

4.1.10.1 Formato nota de interconsulta

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURGÍA</b> <b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> Lic. Sanitaria 04 AM 0913012	Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000 Hora de elaboración: (2) : : Nivel Socioeconómico:
	Servicio: (3) _____ Registro: (4) _____ Tipo de Paciente: _____ Nombre: (5) _____ Edad: (6) _____ Sexo: H (7) M Fecha de Nac: 00/00/0000 (8)	<b>NOTA DE INTERCONSULTA</b> <span style="float: right;">DM/NI-1/2016</span>
<b>Signos vitales (9)</b>		
Peso: _____ kg. Talla: _____ mts. Tensión arterial: _____ / _____ mmHg Temperatura: _____ °C Frecuencia cardíaca: _____ Escala de dolor: _____ / 10 Frecuencia respiratoria: _____ / min		
<b>Motivo de la Interconsulta (10)</b>		
<b>Resumen del Interrogatorio, exploración física y estado mental (11)</b>		
<b>Resultados relevantes de estudios de diagnóstico y tratamiento (12)</b>		
<b>Diagnósticos o problemas clínicos (13)</b>		
<b>Tratamiento (14)</b>		
<b>Pronóstico (15)</b>		
Firmado por: (16) _____ a _____ Núm Cédula: _____	<b>MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO (17)</b>	
Nombre del médico, cédula y firma ELABORÓ	Firmado por: _____ a _____ Núm Cédula: _____	
Fecha, Hora y Servicio de Solicitud (18) 00/00/0000 : :	Nombre del médico, cédula y firma REVISÓ	
Pág. 1		

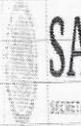
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3
			Página 33 de 110

4.1.10.2 Instructivo de llenado del formato nota de interconsulta.

<b>General</b>	Este formato se debe llenar en el ECE por parte del personal de salud solicitante de la UTI. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	<b>Fecha de elaboración:</b> Se refiere a la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(2)	<b>Hora de elaboración:</b> Se refiere la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).
(3)	<b>Servicio:</b> Se refiere al área en el que será atendida la persona paciente.
(4)	<b>Registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica a la persona paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.
(5)	<b>Nombre:</b> Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(6)	<b>Edad:</b> Se refiere a la edad del paciente.
(7)	<b>Sexo:</b> Marcar con una X si es hombre o mujer la persona paciente.
(8)	<b>Fecha de nacimiento:</b> Se refiere a la fecha de nacimiento del paciente, en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(9)	<b>Signos vitales:</b> Anotar peso, talla tensión arterial, frecuencia cardiaca, escala de dolor, frecuencia respiratoria, temperatura del paciente.
(10)	<b>Motivo de la interconsulta:</b> Causa por el cual se está solicitando la valoración por el servicio.
(11)	<b>Resumen de interrogatorio, exploración física y estado mental:</b> Antecedentes que contribuyan a la exploración física y mental de manera puntual.
(12)	<b>Resultados relevantes de estudios de diagnóstico y tratamiento:</b> Rellenar con estudios relevantes para conformar el diagnóstico clínico.
(13)	<b>Diagnóstico o problemas clínicos:</b> Rellenar describiendo las fallas orgánicas y con los diagnósticos médicos.
(14)	<b>Tratamiento:</b> El médico Interconsultantes sugiere el tratamiento a seguir.
(15)	<b>Pronóstico:</b> Rellenar con el pronóstico funcional y de vida, de manera explícita de ser posible mediante escalas.
(16)	<b>Firmado por:</b> Nombre del personal médico quien elabora la nota de contestación.
(17)	<b>Médico adscrito asignado:</b> Nombre del personal médico adscrito del turno.
(18)	<b>Fecha y hora y servicio solicitante:</b> Fecha y hora de la terminación en contestación de interconsulta.

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3
			Página 34 de 110

4.1.10.3 Formato bitácora de interconsultas y rechazos

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD		<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIROLOGIA</b> "MANUEL VELASCO SUAREZ"	DIRECCION GENERAL
			DIRECCION MEDICA
			SUBDIRECCION DE NEUROCIROLOGIA
			DEPARTAMENTO DE TERAPIA INTENSIVA

BITACORA DE INTERCONSULTAS Y RECHAZOS.															
2024															
N.º	FECHA	NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	SEXO	N.º DE CAMA	SERVICIO QUE INTERCONSULTA	MOTIVO DE I.C. O PROCEDIMIENTO	SE RETRASO LA I.C. O PROCEDIMIENTO	MOTIVO DE RECHAZO	OBS	HRS. DE SOL. DE I.C. O PROC.	HRS. DE TERAPIA ATENCIÓN DE I.C.	MEDICO QUE VALORA	RESIDENTE QUE VALORA	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)

16

4

1

1

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 35 de 110

4.1.10.4 Instructivo de llenado del formato bitácora de interconsultas y rechazos.

<b>General</b>	<p>Este formato se debe llenar en el ECE por parte del personal de salud solicitante de la UTI. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.</p>
(1)	<p><b>Fecha de ingreso:</b> Se refiere a la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.</p>
(2)	<p><b>Nombre del paciente:</b> Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.</p>
(3)	<p><b>Edad:</b> Se refiere a la edad del paciente.</p>
(4)	<p><b>Sexo:</b> Marcar con una X si es hombre o mujer la persona paciente.</p>
(5)	<p><b>No. de registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica a la persona paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.</p>
(6)	<p><b>No. de cama donde se encuentra el paciente:</b> Se especifica el número de cama del servicio donde se encuentra la persona paciente a quien se ha solicitado la valoración del personal médico de la UTI.</p>
(7)	<p><b>Servicio quien interconsulta:</b> Servicio quien solicita y justifica en base a la condición clínica del paciente requiere valoración o procedimiento de médicos intensivistas.</p>
(8)	<p><b>Motivo de la interconsulta:</b> Causa por la que se solicita la valoración por el servicio de la UTI.</p>
(9)	<p><b>Motivo por el cual no se atendió la IC:</b> Tiempo de retraso por el cual no se atendió al paciente en los próximos 30 minutos, post a recibir la IC. Así también especificar si se realizara algún procedimiento quirúrgico médico.</p>
(10)	<p><b>Motivo de rechazo de ingreso a UTI:</b> Motivos que se considere por parte del médico intensivista, considere no ingresar en base a la NOM 0.25, o también ya sea por falta de espacio físico o insumos en la UTI.</p>
(11)	<p><b>Observaciones:</b> Exponer situaciones que hayan alterado el curso en la atención, ingreso o rechazo del paciente a la UTI.</p>
(12)	<p><b>Hora en que se atendió la interconsulta:</b> Momento en que se acude a valorar o realizar procedimiento para atención del paciente.</p>
(13)	<p><b>Hora de terminación de la interconsulta:</b> Hora en que se atendió y completo la valoración del paciente.</p>
(14)	<p><b>Médico que valida:</b> Nombre del médico adscrito del turno que atendió la interconsulta.</p>
(15)	<p><b>Residente que valida:</b> Nombre del médico residente de guardia que participó en la atención de la interconsulta.</p>

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01	
	<b>4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3	
			Página 36 de 110	

4.1.10.5 Formato carta de consentimiento informado.

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA</b> <b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> 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: <b>H</b> (9) <b>M</b> _____ Fecha de Nac: 00/00/0000 (10) _____		
<b>NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL/TUTOR/FAMILIAR MÁS CERCANO EN VÍNCULO</b> (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,		
<b>DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA LO SIGUIENTE:</b>		
<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 (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 puedan 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 puedan 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>		
<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b> <b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL</b> DN-TS-H-CI-122916		
Firmado por (14) _____ _____ a _____ Núm Cédula: _____		(15)
<b>NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA DE QUIEN OBTIENE EL CONSENTIMIENTO</b>		<b>NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL/TUTOR/FAMILIAR MÁS CERCANO EN VÍNCULO</b>
(16)		(17)
<b>NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1</b>		<b>NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2</b>
www.innn.salud.gob.mx		Insurgentes Sur #2877, Col. La Fama 14295, México, Ciudad de México Tel: (52) 5609-3822 ext. 2024 <span style="float: right;">Pag. 1</span>

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3
			Página 37 de 110

4.1.10.6 Instructivo de llenado del formato carta de consentimiento informado.

<b>General</b>	Llenar en el Expediente Clínico Electrónico por parte del personal de salud solicitante de la interconsulta. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	<b>Fecha de elaboración:</b> Colocar la fecha en la que se realiza el traslado 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. La fecha se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente con la fecha del día.
(2)	<b>Hora de elaboración:</b> Anotar la hora en la que se realiza el traslado en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11) (La hora se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente con la hora del día.
(3)	<b>Nivel Socioeconómico:</b> Anotar el nivel socioeconómico que aparece en el carnet del paciente. (El nivel socioeconómico se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente).
(4)	<b>Servicio:</b> Anotar el servicio en el que será trasladada la persona paciente. (se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente)
(5)	<b>Registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica a la persona paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.
(6)	<b>Tipo de paciente:</b> Anotar si es paciente con gratuidad o si no es con gratuidad. (se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente)
(7)	<b>Nombre:</b> Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres. (se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente)
(8)	<b>Edad:</b> Anotar la edad del paciente. (se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente)
(9)	<b>Sexo:</b> Marcar con una cruz si es hombre o mujer según sea el caso del paciente. (se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente)
(10)	<b>Fecha de nacimiento:</b> Anotar la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024. (se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente)
(11)	<b>Nombre del representante legal / tutor / familiar:</b> Anotar el nombre de la persona legalmente responsable o familiar más cercano en vínculo, empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(12)	<b>Parentesco:</b> Se anota el parentesco con la persona paciente.
(13)	<b>Nombre del paciente / representante legal / tutor / familiar:</b> La persona paciente o la persona legalmente responsable o familiar más cercano en vínculo deberá anotar su nombre empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres
(14)	<b>Nombre completo, cargo y firma de quien obtiene el consentimiento informado:</b> El médico tratante deberá anotar su nombre completo, cargo, número de cédula profesional y firma.
(15)	<b>Nombre y firma del paciente o representante legal / tutor / familiar:</b> La persona paciente o la persona legalmente responsable o familiar más cercano en vínculo que otorga el consentimiento, deberá anotar su nombre completo y firma.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 38 de 110
(16)	<b>Nombre y firma del testigo 1:</b> Deberá anotar nombre y firma de una persona que testifiquen el consentimiento informado.		
(17)	<b>Nombre y firma del testigo 2:</b> Deberá anotar nombre y firma de una segunda persona que testifiquen el consentimiento informado.		

p

✓

✓

✓

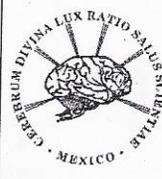
4.1.10.7 Formato pasaporte de traslado seguro de paciente

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA</b> <b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> 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: M (9) M Fecha de Nac: (6) 00/00/0000			Tipo de Paciente: (6) _____ Fecha de Nac: (6) 00/00/0000																																											
<b>PASAPORTE DE TRASLADO SEGURO</b>			<b>Sección 1</b> <b>SALIDA</b>																																												
SERVICIO SOLICITANTE: (11) _____		FECHA DE TRASLADO: (12) HORA DE SALIDA: (13) 00/00/0000 : :																																													
<b>CONDICIÓN CLÍNICA (14)</b>																																															
ESTABLE <input type="checkbox"/>		DELICADO <input type="checkbox"/>																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NA*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Solicitud</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Consentimiento</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ayuno</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Camillero</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Enfermera</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Médico</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Inhaloterapeuta</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Oxígeno</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ventilador</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Monitor</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>			SI	NO	NA*	Solicitud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consentimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Camillero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inhaloterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ventilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monitor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>DESTINO:</b> _____ <b>MOTIVO DEL TRASLADO:</b> <input type="checkbox"/> INTERCONSULTA <input type="checkbox"/> ESTUDIO <input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTO	
	SI	NO	NA*																																												
Solicitud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Consentimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Ayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Camillero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Enfermera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Inhaloterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Ventilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Monitor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
*NA= NO APLICA. ¿El paciente regresó en las mismas condiciones? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		HORA DE REGRESO: _____ <b>Sección 2</b> <b>REGRESO</b> Explique Brevemente _____																																													
<b>MÉDICO</b> Firmado por: (15) _____ a _____ Núm Cédula (16) _____		<b>ENFERMERA</b> Firmado por: (17) _____ a _____ Núm Cédula (18) _____																																													
<b>ENFERMERA</b> Firmado por: (19) _____ a _____ Núm Cédula (20) _____																																															
<small>www.innn.salud.gob.mx</small>		<small>Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Col. La Fama 14260, México, Ciudad de México Tel: (55) 5600-1822 ext. 2024</small>																																													
<small>Pág. 1</small>																																															

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 40 de 110

4.1.10.8 Instructivo de llenado del formato pasaporte de traslado seguro de paciente

<b>General</b>	Este formato se debe llenar en el ECE por parte del personal de salud solicitante de la interconsulta. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	<b>Fecha de elaboración:</b> Se refiere a la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024 (La fecha se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente con la fecha del día.)
(2)	<b>Hora de elaboración:</b> Se refiere la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11) (La hora se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente con la hora del día).
(3)	<b>Nivel Socioeconómico:</b> Se refiere al nivel socioeconómico que aparece en el carnet del paciente. (El nivel socioeconómico se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente)
(4)	<b>Servicio:</b> Se refiere al servicio en el que será atendida la persona paciente (se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente).
(5)	<b>Registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica a la persona paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.
(6)	<b>Tipo de paciente:</b> Se refiere a si la persona paciente tiene o no gratuidad. (se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente)
(7)	<b>Nombre:</b> Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres. (se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente)
(8)	<b>Edad:</b> Se refiere a la edad del paciente. (se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente)
(9)	<b>Sexo:</b> Marcar si es hombre o mujer según sea el caso del paciente. (se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente)
(10)	<b>Fecha de nacimiento:</b> Se refiere a la fecha de nacimiento del paciente, en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024. (se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente)
(11)	<b>Servicio Solicitante:</b> Se refiere al área o servicio que está solicitando la interconsulta.
(12)	<b>Fecha de Traslado:</b> Colocar la fecha en la que se realiza el traslado para la interconsulta en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024
(13)	<b>Hora de salida:</b> Anotar la hora en la que se realiza el traslado para la interconsulta en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11)
(14)	<b>Condición Clínica:</b> Se especifica en que condición de salud se encuentra la persona paciente en el momento del traslado.
(15)	<b>Firmado por personal médico:</b> Anotar el nombre completo del médico interconsultado.
(16)	<b>Núm. Cédula personal médico:</b> Anotar el número de la cédula del médico interconsultado.
(17)	<b>Firmado por personal enfermero:</b> Anotar el nombre completo de la/el enfermero acompañante a la interconsulta.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 41 de 110
(18)	<b>Núm. Cédula personal enfermero:</b> Anotar el número de la cédula de la/el enfermero acompañante a la interconsulta.		
(19)	<b>Firmado por personal enfermero:</b> Anotar el nombre completo de la/el enfermero acompañante a la interconsulta.		
(20)	<b>Núm. Cédula personal enfermero:</b> Anotar el número de la cédula de la/el enfermero acompañante a la interconsulta.		

*Handwritten mark resembling a stylized 'p' or 'b'.*

*Handwritten signature or mark in blue ink.*

*Handwritten mark resembling a stylized '0' or 'o'.*

*Handwritten mark resembling a stylized 'j' or 'i'.*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3
			Página 42 de 110

4.1.10.9 Formato de indicaciones médicas

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA</b> <b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> 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) (10)	Nombre: (7)      Edad: (8)      Sexo: H (9) M	Fecha de Nac: 00/00/0000
<b>NOTA DE INDICACIONES MÉDICAS PARA:</b> 00/00/0000      Hora: : :      DM/NIM-1/2016			
1.- DIETA (11) 2.- SOLUCIONES 3.- MEDICAMENTOS 4.- MEDIDAS GENERALES			<b>MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO (13)</b>
Firmado por: ..... (12) a ..... Núm Cédula: .....			
<b>MÉDICO QUE ELABORÓ</b>		Firmado por: ..... a ..... Núm Cédula: .....	
		<b>MÉDICO QUE REVISÓ</b>	
<small>www.inn.salud.gob.mx</small>		<small>Institutos S.S. 21877, Col. La Fama 14269, México, Ciudad de México Tel (55) 5626-3822 ext. 2024</small>	
		<small>Pág. 1</small>	

*P*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 43 de 110

4.1.10.10 Instructivo de llenado del formato indicaciones médicas

<b>General</b>	Este formato se debe llenar en el ECE por parte del personal de salud solicitante de la UTI. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	<b>Fecha de elaboración:</b> Se refiere a la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(2)	<b>Hora de elaboración:</b> Se refiere la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).
(3)	<b>Nivel socioeconómico:</b> Anotar el nivel socioeconómico que aparece en el carnet del paciente. (El nivel socioeconómico se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente).
(4)	<b>Servicio:</b> Se refiere al área en el que será atendida la persona paciente.
(5)	<b>Registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica a la persona paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.
(6)	<b>Tipo de paciente:</b> Se refiere si la persona paciente tiene o no gratuidad (se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente)
(7)	<b>Nombre:</b> Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(8)	<b>Edad:</b> Se refiere a la edad del paciente.
(9)	<b>Sexo:</b> Marcar con una X si es hombre o mujer la persona paciente.
(10)	<b>Fecha de nacimiento:</b> Se refiere a la fecha de nacimiento del paciente, en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(11)	<b>Nota de indicaciones médicas para:</b> Se deberá indicar si es para dieta, solUTiones, medicamentos o medidas generales.
(12)	<b>Firmado por:</b> Nombre del médico que elabora la nota de contestación.
(13)	<b>Personal médico adscrito asignado:</b> Nombre del médico adscrito del turno.

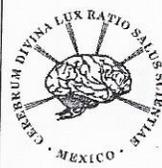
*P*

*[Handwritten signature]*

*0*

*[Handwritten mark]*



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 45 de 110

4.1.10.12 Instructivo de llenado de bitácora de ingresos y egresos

<b>General</b>	Este formato se debe llenar en el ECE por parte del personal de salud solicitante de la UTI. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	<b>Fecha:</b> Colocar la fecha en la que se realiza el ingreso o egreso en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(2)	<b>N.P.:</b> Numeración en lista progresiva, del registro.
(3)	<b>Cama:</b> Número de cubículo donde se ingresa a la persona paciente en la UTI.
(4)	<b>Fecha de ingreso:</b> Fecha de ingreso del paciente a la UTI.
(5)	<b>Nombre:</b> Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(6)	<b>Edad:</b> Se refiere a la edad del paciente.
(7)	<b>Sexo:</b> Marcar si es hombre o mujer según sea el caso del paciente.
(8)	<b>Registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica a la persona paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.
(9)	<b>Intubación si/no:</b> Indicar si la persona paciente llevo con apoyo mecánico de la ventilación invasiva o algún dispositivo de aporte de oxígeno.
(10)	<b>Diagnóstico:</b> Anotar el diagnóstico principal etiológico, con el que ingresa del servicio de especialidad de base institucional.
(11)	<b>Procedencia:</b> Colocar el servicio de procedencia donde proviene la persona paciente.
(12)	<b>Motivo de Egreso:</b> Colocar la condición clínica ya sea mejoría, traslado a otra unidad médica, máximo beneficio o fallecimiento.
(13)	<b>Diagnóstico final:</b> Colocar diagnóstico etiológico final, con el que la persona paciente egresa del servicio en base a el estudio clínico meticoloso, de gabinete, histopatológico, metabólico.
(14)	<b>Fecha de egreso:</b> Anotar la fecha en que la persona paciente se transfiera a otro servicio, hospital o servicio de patología.
(15)	<b>Días de estancia:</b> Anotar el número de días y días/cama que estuvo en la UTI la persona paciente.
(16)	<b>Destino:</b> Anotar el servicio o lugar al que se traslada al paciente a su egreso de UTI.

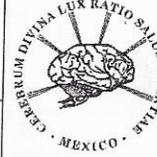
 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 46 de 110

4.1.10.13 Formato nota de ingreso a terapia intensiva

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA</b> <b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> Lic. Sanitaria 04 AM 0913012	Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000 Hora de elaboración: (2) : : Nivel Socioeconómico:
	Servicio: (3) _____ Registro: (4) _____ Tipo de Paciente: _____ Nombre: (5) _____ Edad: (6) _____ Sexo: H (7) M (8) Fecha de Nac: 00/00/0000	DM/INMI-TI-1/2016
<b>NOTA DE INGRESO</b>		
(9) Edad: _____ Años Fecha de Ingreso: 00/00/0000 Lugar de nacimiento: _____ Escolaridad: _____ Estado Civil: _____ Ocupación: _____ Religión: _____ Lateridad: _____ Interrogatorio: _____		
DX de ingreso: (10) _____ _____ _____		
Motivo de Ingreso: (11) _____ Antecedentes hereditarios: (12) _____ _____		
Antecedentes no patológicos: (13) _____ _____		
Antecedentes personales patológicos: (14) _____ _____		
Antecedentes ginecoobstétricos: (15) _____ Padecimiento actual: (16) _____ _____		
A su ingreso a la exploración física: (17) Neurológico: _____ _____		
www.inmn.salud.gob.mx      Inaugurados Sur#3877, Col. La Fama 14269, México, Ciudad de México Tel (55) 5600-3822 ext. 3024      Pág. 1		



**MANUAL DE  
PROCEDIMIENTOS DE LA  
UNIDAD DE TERAPIA  
INTENSIVA**



Rev. 01

Codificación  
3C.12-MP-B2.3

**4.1 Procedimiento para el ingreso y  
estancia de pacientes en la Unidad de  
Terapia Intensiva (UTI)**

Página 47 de  
110

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA</b>		Fecha de elaboración:	00/00/0000
	<b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Hora de elaboración:	
Servicio:	Registro:	Tipo de Paciente:		
Nombre:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nac: 00/00/0000	
Nivel Socioeconómico:				
<b>Respiratorio:</b>				
<input type="text"/>				
<b>Hemodinámico:</b>				
<input type="text"/>				
<b>Gastrometabólico</b>				
<input type="text"/>				
<b>Hídrico-renal:</b>				
<input type="text"/>				
<b>Hamato-infeccioso:</b>				
<input type="text"/>				
<b>Medicación (Conciliación): (18)</b>				
<input type="text"/>				
<b>Plan de estudio y/o tratamiento (Indicaciones médicas, vía, dosis, periodicidad): (19)</b>				
<input type="text"/>				
<b>Pronóstico: (20)</b>				
<input type="text"/>				
<b>FIRMA MÉDICO QUE ELABORÓ (21)</b>			<b>MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO (22)</b>	
Firmado por: .....			Firmado por: .....	
a ..... Núm Cédula: .....			a ..... Núm Cédula: .....	
<p>www.inn.salud.gob.mx      Insurgentes Sur #3677, Col. La Fama 14269, México, Ciudad de México Tel: (55) 5608-3622 ext. 2024      Pág. 2</p>				

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

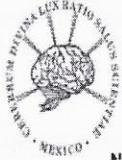
*[Handwritten mark]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 48 de 110

#### 4.1.10.14 Instructivo de llenado del formato nota de ingreso

<b>General</b>	Este formato se debe llenar en el ECE por parte del personal de salud solicitante de la UTI. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	<b>Fecha de elaboración:</b> Colocar la fecha en la que se realiza el traslado en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(2)	<b>Hora de elaboración:</b> Anotar la hora en la que se realiza el traslado en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).
(3)	<b>Servicio:</b> Anotar el servicio en el que será trasladado la persona paciente.
(4)	<b>Registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica a la persona paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.
(5)	<b>Nombre:</b> Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(6)	<b>Edad:</b> Anotar la edad del paciente.
(7)	<b>Sexo:</b> Marcar con una cruz si es hombre o mujer según sea el caso del paciente.
(8)	<b>Fecha de nacimiento:</b> Anotar la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024
(9)	<b>Datos personales no patológicos:</b> Se deberá rellenar los datos no patológicos, describiendo en base a la NOM expediente clínico. En cuanto al interrogatorio se registrará los datos del informante.
(10)	<b>Diagnóstico:</b> Con el cual proveniente del servicio de ingreso.
(11)	<b>Motivo de ingreso:</b> Colocar el compromiso orgánico más importante y con criterios de gravedad, por el que ingresa la persona paciente a la UTI.
(12)	<b>Antecedentes heredofamiliares:</b> Enfermedades en familiares directos del paciente.
(13)	<b>Antecedentes no patológicos:</b> Antecedentes generales que nos orientan en base a las actividades y hábitos higiénico-dietéticos del paciente, que nos oriente como factores de riesgo de la enfermedad.
(14)	<b>Antecedentes personales patológicos:</b> Enfermedades o factores de riesgo patológicos, que son antecedentes o precipitantes del cuadro clínico del paciente.
(15)	<b>Antecedentes gineco obstétricos:</b> Recopilación de información sobre la salud reproductiva de una mujer. Información sobre periodos menstruales, uso de anticonceptivos, embarazos, lactancia y menopausia, entre otros.
(16)	<b>Padecimiento actual:</b> Describir en orden cronológico, los signos y síntomas del padecimiento actual.
(17)	<b>Exploración física:</b> Exploración clínica por aparatos y sistemas.
(18)	<b>Medicación:</b> Indicaciones médicas con lo que llega al servicio referente.
(19)	<b>Plan de estudio y/o tratamiento:</b> Indicaciones médicas por parte del personal médico de la UTI.
(20)	<b>Pronóstico:</b> Funcional y de vida según el estado clínico del paciente.
(21)	<b>Firma del personal médico:</b> Nombre y firma del personal médico que elaboro la nota.
(22)	<b>Personal médico adscrito asignado:</b> Nombre y firma del personal médico adscrito del turno.

4.1.10.15 Formato de monitoreo por pupilometría.



**INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGÍA**  
**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**  
Registro de PUPILOMETRIA

Nombre: (1) \_\_\_\_\_ Cama: (2) \_\_\_\_\_ Registro: (3) \_\_\_\_\_  
 Fecha de Ingreso UTI: (4) \_\_\_\_\_ Diagnóstico: (5) \_\_\_\_\_

Fecha	(6)					
Hora	(7)					
VALORES (8)	DERECHO	IZQUIERDO	DERECHO	IZQUIERDO	DERECHO	IZQUIERDO
NPI						
Tamaño pupilar						
Latencia pupilar						
INTERVENCIÓN:						
Fecha						
Hora						
VALORES	DERECHO	IZQUIERDO	DERECHO	IZQUIERDO	DERECHO	IZQUIERDO
NPI						
Tamaño pupilar						
Latencia pupilar						
INTERVENCIÓN:						
Fecha						
Hora						

Fecha						
Hora						
VALORES	DERECHO	IZQUIERDO	DERECHO	IZQUIERDO	DERECHO	IZQUIERDO
NPI						
Tamaño pupilar						
Latencia pupilar						
INTERVENCIÓN:						
Fecha						
Hora						
VALORES	DERECHO	IZQUIERDO	DERECHO	IZQUIERDO	DERECHO	IZQUIERDO
NPI						
Tamaño pupilar						
Latencia pupilar						
INTERVENCIÓN:						
Fecha						
Hora						

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE  PROCEDIMIENTOS DE LA  UNIDAD DE TERAPIA  INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.1 Procedimiento para el ingreso y  estancia de pacientes en la Unidad de  Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página <b>50</b> de <b>110</b>

4.1.10.16 Instructivo de llenado del formato de monitoreo por pupilometría

<b>General</b>	Este formato se debe llenar en el ECE por parte del personal de salud solicitante de la UTI. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	<b>Nombre:</b> Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(2)	<b>Cama:</b> Se anota el número de cubículo donde se encuentra la persona paciente hospitalizada en la UTI.
(3)	<b>Registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica a la persona paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.
(4)	<b>Fecha de ingreso UTI:</b> Fecha en que ingresa la persona paciente a la UTI.
(5)	<b>Diagnóstico:</b> Diagnóstico etológico con el que se encuentra la persona paciente en la UTI.
(6)	<b>Fecha:</b> Fecha en que se toman las variables cuantitativas del monitoreo de pupilometría.
(7)	<b>Hora:</b> Hora en que se están tomado las variables cuantitativas de pupilometría.
(8)	<b>Valores:</b> Llenar cada celda con base en los resultados que se obtengan de la pantalla de pupilómetro, así como las intervenciones que se realizaron con los datos obtenidos.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.1 Procedimiento para el ingreso y estancia de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 52 de 110

4.1.10.18 Instructivo de llenado del formato de monitoreo hemodinámico por DTC.

<b>General</b>	Este formato se debe llenar en el ECE por parte del personal de salud solicitante de la UTI. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	<b>Nombre:</b> Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(2)	<b>Cama:</b> Número de cubículo donde se encuentra la persona paciente en la UTI.
(3)	<b>Registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica a la persona paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.
(4)	<b>Fecha de ingreso UTI:</b> Fecha en que ingresó del paciente a la UTI.
(5)	<b>Diagnóstico:</b> Anotar el diagnóstico del paciente.
(6)	<b>Fecha:</b> Fecha en que se realiza a la toma de variables hemodinámicas cerebrales.
(7)	<b>Hora:</b> Hora en que se realiza a la toma de variables hemodinámicas cerebrales.
(8)	<b>Valores:</b> Llenar las variables hemodinámicas sistémicas, metabólicas y cerebrales, en cada rubro. Anotar al final de la hoja el nombre de la persona que realizó el estudio.

B

C

J

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.2 Procedimiento para la atención médica de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3
			Página 53 de 110

**4.2. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES EN  
LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)**

*Handwritten mark*

*Handwritten signature*

*Handwritten mark*

*Handwritten mark*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.2 Procedimiento para la atención médica de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 54 de 110

#### 4.2.1. PROPÓSITO

Establecer la actuación del personal de salud en la atención de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)

#### 4.2.2. ALCANCE

4.2.2.1 Alcance Interno: Interviene el personal médico y de enfermería de la UTI, que continúa y documenta la evolución clínica y metabólica con el fin de corregir las condiciones orgánicas por las que ingresó el paciente a la UTI. El personal médico tratante que da seguimiento al manejo médico o quirúrgico y que mantiene comunicación con el personal involucrado en el manejo del paciente en la UTI. Todo el personal multidisciplinario (trabajo social, medicina física y rehabilitación, nutrición clínica, cuidados paliativos etc.) que participa en la evaluación, seguimiento y rehabilitación con el fin de brindar atención al paciente de manera integral.

4.2.2.2 Alcance Externo: No Aplica

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

4.2.3.1 El personal médico tratante será responsable de dar seguimiento a la evolución de la salud del paciente.

4.2.3.2 El paciente, la persona legalmente responsable y/o familiar tienen derecho en cualquier momento de revocar su consentimiento informado sobre cualquier procedimiento invasivo, así como su estancia en la UTI.

4.2.3.3 El personal médico de la UTI deberá realizar monitoreo no invasivo en todo paciente, que incluye la colocación de electrodos para monitoreo de TA, FC, FR, oximetría de pulsos, así como en casos de apoyo con ventilación mecánica.

4.2.3.4 El personal médico de la UTI deberá realizar el traslado del paciente de acuerdo con la Acción esencial 2 C De la comunicación durante la transferencia de pacientes.

El personal de salud utilizará la técnica SAER por sus siglas en español: situación-antecedentes-evaluación-recomendación (SBAR por sus siglas en inglés situation-background-assessment-recommendation) durante la transferencia del paciente de un servicio a otro, durante los cambios de turno o cuando sea referido a otra unidad con al menos los siguientes datos:

##### Situación:

- El personal de salud debe presentarse por nombre, cargo y lugar de trabajo.
- Mencionar el nombre completo del paciente y fecha de nacimiento como datos de identificación.
- Servicio en el que se encuentra.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.2 Procedimiento para la atención médica de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3
			Página <b>55</b> de <b>110</b>

- Describa brevemente el problema del paciente, su condición actual, aspectos clínicos relevantes, incluyendo signos vitales.

**Antecedentes:**

- Motivo y fecha de ingreso.
- Datos significativos de la historia clínica.
- Diagnóstico principal de ingreso.
- Procedimientos realizados.
- Medicación administrada.
- Líquidos administrados.
- Alergias.
- Resultados de laboratorio o de imágenes relevantes.
- Dispositivos invasivos.
- Cualquier otra información clínica útil.

**Evaluación:**

- El personal de salud debe comunicar cómo considera el problema y cuál puede ser la causa subyacente de la condición del paciente.
- Dentro de la evaluación se recomienda tomar en cuenta en caso necesario el estado de conciencia, la evolución durante la jornada o turno y escalas de valoración como son la de riesgo de caídas y de dolor.

**Recomendación:**

- El personal de salud debe sugerir o recomendar los pasos a seguir con el paciente, así como establecer el tiempo para realizar las acciones sugeridas, sobre todo en caso de haberse presentado algún incidente o algún pendiente para la continuidad de la atención.

- 4.2.3.5 El personal médico de la UTI deberá revisar el protocolo de manejo en las diferentes fases del tratamiento del paciente, con base en guías locales e internacionales.
- 4.2.3.6 El personal médico de la UTI acompañado por personal de enfermería deberá realizar el pase de visita en los tres turnos.
- 4.2.3.7 El personal médico de la UTI es responsable de realizar las anotaciones durante todo el proceso de atención del paciente en el Expediente Clínico Electrónico (ECE) en el formato de nota médica de evolución.
- 4.2.3.8 El personal médico de la UTI es responsable de brindar atención integral al paciente, solicitando las veces que se requiera, las interconsultas, estudios y/o manejo quirúrgico.
- 4.2.3.9 Para cada procedimiento invasivo quirúrgico que se realice en la UTI, el personal médico de la UTI deberá realizar la nota de tiempo fuera, anotar en la bitácora de procedimientos, interconsultas y rechazos.
- 4.2.3.10 El personal médico de la UTI es responsable de dar el informe médico a la persona legalmente responsable o familiar, explicando la condición clínica en mejoría o en

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE  PROCEDIMIENTOS  UNIDAD DE TERAPIA  INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.2 Procedimiento para la atención  médica de pacientes en la Unidad de  Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página <b>56</b> de <b>110</b>

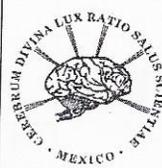
detrimento, así como realizar en este espacio de tiempo, solicitudes pertinentes que apoyen al tratamiento del paciente. Se deberá obtener la firma de forma autógrafa de la persona legalmente responsable o familiar en el formato de informe médico.

- 4.2.3.11 Es atribución del personal médico de la UTI que atiende al paciente, solicitar las intervenciones de otras áreas que considere contribuirán a su atención (de manera enunciativa mas no limitativa: estudios de laboratorio, estudios de gabinete, interconsultas, procedimientos clínicos, etc.), a través de los procedimientos que corresponda.
- 4.2.3.12 El personal médico que se encuentre de turno la UTI es responsable de generar recetas de medicamentos controlados, así como firmarlas de manera autógrafa.
- 4.2.3.13 El personal médico de la UTI es responsable de generar las indicaciones médicas con base en las indicaciones de medicamentos LASA que deberán ir en mayúsculas y para medicamentos de alto riesgo, subrayando la fórmula activa en cada indicación médica.

P



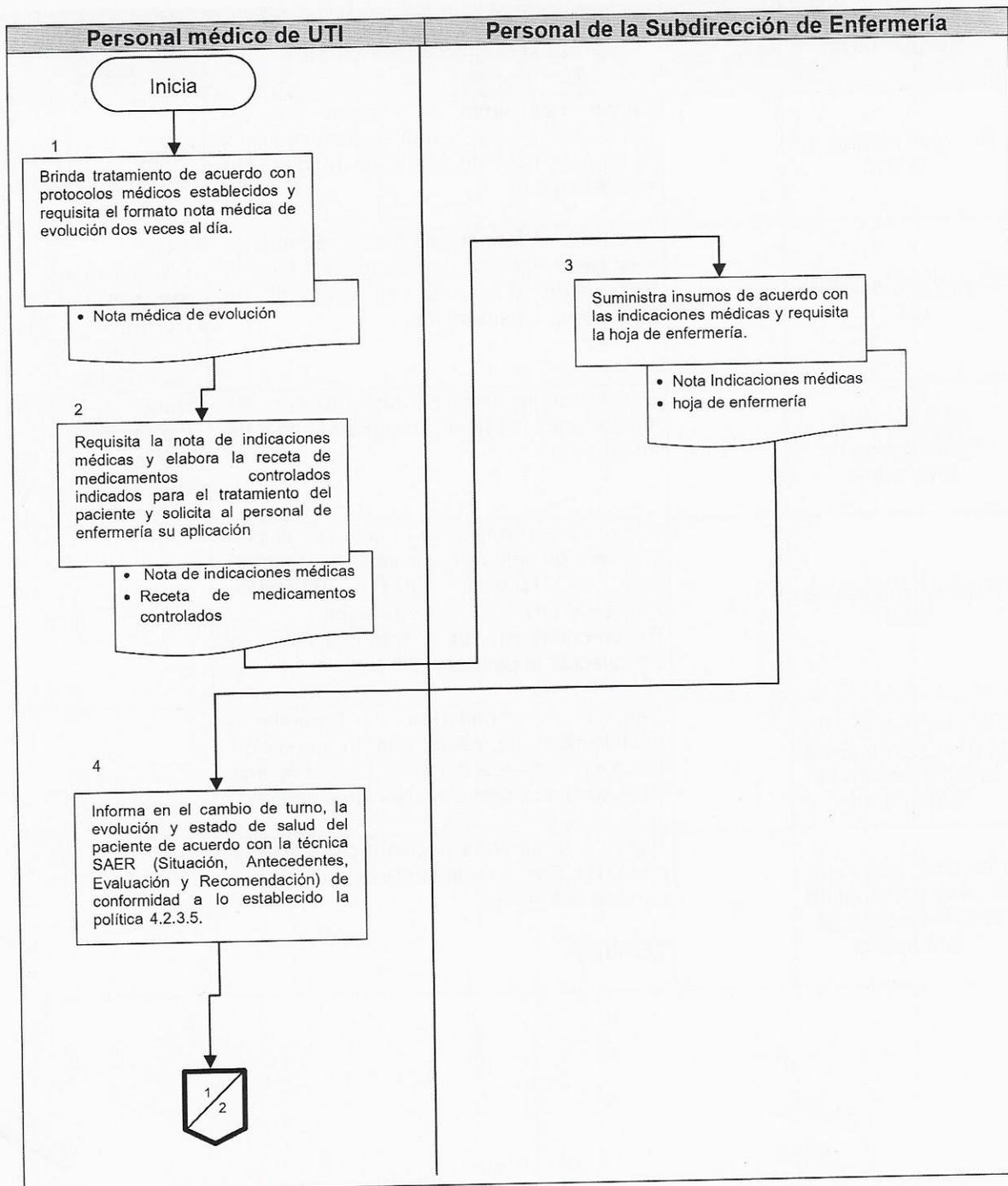


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.2 Procedimiento para la atención médica de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 57 de 110

#### 4.2.4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal médico de la UTI	1	Brinda tratamiento de acuerdo con los protocolos médicos establecidos y requisita el formato nota de evolución médica dos veces al día.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota de evolución médica</li> </ul>
Personal médico de la UTI	2	Requisita el formato nota de indicaciones médicas y elabora la receta médica para su tratamiento y solicita al personal de enfermería su aplicación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota de indicaciones médicas</li> <li>• Receta de medicamentos controlados</li> </ul>
Personal de la Subdirección de Enfermería	3	Suministra insumos de acuerdo con las indicaciones médicas y requisita la hoja de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota de Indicaciones médicas</li> <li>• Hoja de enfermería</li> </ul>
Personal médico de la UTI	4	Informa en el cambio de turno, la evolución y estado de salud del paciente de acuerdo con la técnica SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación) de conformidad a lo establecido la política 4.2.3.5.	
Personal médico de la UTI y personal de la Subdirección de Enfermería	8	Continúa brindando tratamiento multidisciplinario hasta que la condición física y psicológica del paciente sea óptima y la causa de soporte vital se haya resuelto.	
Personal médico de la UTI y personal de la Subdirección de Enfermería	9	Valora a la persona paciente para egreso de la UTI. Solicita el traslado del paciente al servicio solicitante.  <b>TERMINA</b>	

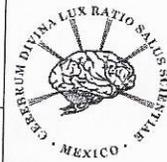
#### 4.2.5. DIAGRAMA DE FLUJO





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA



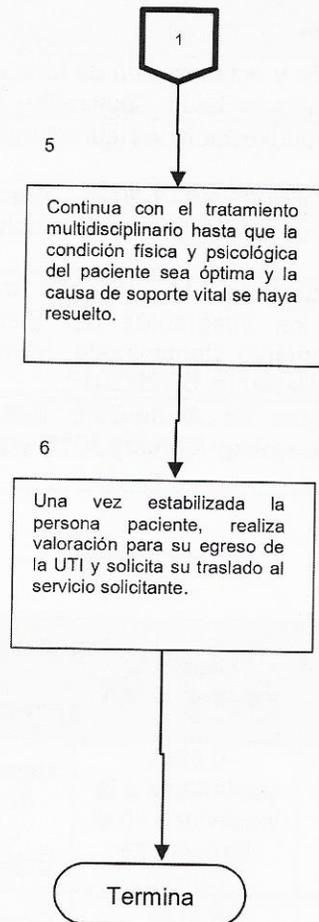
Rev. 01

Codificación  
3C.12-MP-B2.3

Página 59 de  
110

## 4.2 Procedimiento para la atención médica de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)

### Personal médico de UTI y Personal de la Subdirección de Enfermería



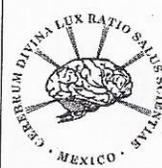
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.2 Procedimiento para la atención médica de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 60 de 110

#### 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 de la Secretaría de Salud. Septiembre 2013	No aplica
4.2.6.2	Manual de Organización de la Subdirección de Neurocirugía en el INNNMVS	3C.11_MO_B2_DM_SD Neurocirugía_2022
4.2.6.3	Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013. Para la organización y funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos	No aplica
4.2.6.4	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 Seguridad del Paciente. 08/09/2017	No aplica
4.2.6.5	Duration of Contact Precautions for Acute-Care Settings. Infection control & hospital epidemiology february 2018, vol. 39, no. 2	No aplica

#### 4.2.7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.2.7.1 Nota médica de evolución	6 años posteriores a la inactividad en el Expediente Clínico	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
4.2.7.2 Nota de indicaciones médicas	6 años posteriores a la inactividad en el Expediente Clínico	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
4.2.7.3 Receta de medicamentos controlados	6 años posteriores a la inactividad en el Expediente Clínico	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
4.2.7.4 Hoja de enfermería	6 años posteriores a la inactividad en el Expediente Clínico	Subdirección de Enfermería	No aplica

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE          PROCEDIMIENTOS          UNIDAD DE TERAPIA          INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.2 Procedimiento para la atención          médica de pacientes en la Unidad de          Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 61 de 110

#### 4.2.8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

4.2.8.1	<b>Estudios de gabinete:</b> Procedimientos que requieren de un equipo especializado para realizar el diagnóstico de un paciente y generalmente, proporcionan imágenes.
4.2.8.2	<b>Estudios neurofisiológicos:</b> Medios de diagnósticos e investigación efectivo para determinar el estado anatómico-funcional del aparato neuromuscular y de actividad cerebral.
4.2.8.3	<b>Imagen de medicina nuclear:</b> Utiliza pequeñas cantidades de materiales radiactivos, también llamados radiofármacos, para observar órganos específicos y ver si están funcionando correctamente.
4.2.8.4	<b>Formato SAER:</b> Siglas de (Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendación) produce un impacto positivo en la seguridad del paciente reduciendo la falta de información que se pierde en un cambio de turno. Con este método organizado y sistemático se evitan problemas que requieren una información crítica.
4.2.8.5	<b>Medicamentos controlados:</b> Fármacos que requieren una prescripción médica para su adquisición y uso, debido a su potencial para causar dependencia, abuso o efectos secundarios graves. Esta categoría de medicamentos abarca una amplia gama de sustancias, desde analgésicos opioides hasta tranquilizantes y estimulantes.
4.2.8.6	<b>Medicamentos LASA:</b> Los medicamentos Look-Alike-Sound-Alike (LASA, por sus siglas en inglés) involucran a aquellos que cuentan con una similitud visual o fonética con otro, con aspecto o nombre parecido; es decir, similitud entre nombres comerciales, nombres de principios activos y/o en el nombre oficial no comercial o genérico de una sustancia farmacológica.
4.2.8.7	<b>Medicamentos de alto riesgo:</b> Los medicamentos de alto riesgo son aquellos que tienen una probabilidad muy elevada de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. (heparinas, insulinas, electrolitos, vasopresores, antiarrítmicos, sedante etc.).

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.2 Procedimiento para la atención médica de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3
			Página 62 de 110

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

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	2025	Se crea procedimiento con acción que mejora.

#### 4.2.10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 4.2.10.1 Formato nota médica de evolución
- 4.2.10.2 Instructivo de llenado del formato nota médica de evolución
- 4.2.10.3 Formato nota de indicaciones médicas
- 4.2.10.4 Instructivo de llenado formato nota de indicaciones médicas
- 4.2.10.5 Formato receta de medicamentos controlados
- 4.2.10.6 Instructivo de llenado del formato receta de medicamentos controlados
- 4.2.10.7 Formato hoja de enfermería
- 4.2.10.8 Instructivo de llenado del formato hoja de enfermería
- 4.2.10.9 Formato consentimiento informado de procedimientos invasivos
- 4.2.10.10 Instructivo de llenado formato consentimiento informado de procedimientos invasivos
- 4.2.10.11 Formato tiempo fuera
- 4.2.10.12 Instructivo de llenado formato tiempo fuera

13

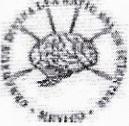
4

1

1

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.2 Procedimiento para la atención médica de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3
			Página 63 de 110

4.2.10.1 Formato nota médica de evolución

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA</b> <b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Nivel Socioeconómico <input type="text"/>
	Servicio: <input type="text"/> (1)	Registro: <input type="text"/> 2 (2)	Sexo: <input type="text"/> H (3) <input type="text"/> M (3)
Nombre: <input type="text"/> (4)	Edad: <input type="text"/> 5 (5)	Fecha de Nac: <input type="text"/> (6)	Fecha de Nac: <input type="text"/> 00/00/0000
<b>NOTA MÉDICA DE EVOLUCIÓN / TERAPIA INTENSIVA</b>			DMNME-TI-12016
Fecha de Elaboración: <input type="text"/> (7)			Hora de Elaboración: <input type="text"/> (8)
<b>SIGNOS VITALES <sup>9</sup> (9)</b>			
Peso: <input type="text"/> kg.	Talla: <input type="text"/> mts.	Tensión arterial: <input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg	Temperatura: <input type="text"/> °C
Frecuencia cardíaca: <input type="text"/>	Escala de dolor: <input type="text"/> / 10	Frecuencia respiratoria: <input type="text"/> / min	
<b>RESUMEN CLÍNICO Y EXPLORACIÓN FÍSICA <sup>10</sup> (10)</b>			
Días de estancia:			
Neurológico:			
Cardio-hemodinámico:			
Respiratorio:			
Gastro-metabólico:			
Hidrico-renal:			
Hemato-infeccioso:			
<b>PLAN DE ESTUDIO Y/O TRATAMIENTO (INDICACIONES MÉDICAS, VÍA, DOSIS, PERIODICIDAD) <sup>11</sup> (11)</b>			
(11)			
<b>DIAGNÓSTICOS <sup>12</sup> (12)</b>			
(12)			
www.innn.salud.gob.mx			
Insurgentes Sur #2677, Col. La Fama 04200, México, Ciudad de México Tel: (55) 5600-3821 ext. 2024			
Pág. 1			

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.2 Procedimiento para la atención médica de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3
			Página 64 de 110

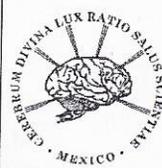
 <b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA</b> <b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Nivel Socioeconómico: <input type="text"/>
Servicio: <input type="text"/> Nombre: <input type="text"/>	Registro: <input type="text"/> Edad: <input type="text"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M Fecha de Nac: <input type="text"/> 00/00/0000
<b>PRONÓSTICO 13 (13)</b>		
(14)	MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO	
Firmado por: (13) ..... a ..... Núm Cédula: .....	(15)	
Nombre del médico, cédula y firma ELABORÓ	Firmado por: (14) ..... a ..... Núm Cédula: .....	
	Nombre del médico, cédula y firma REVISÓ	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>www.innm.salud.gob.mx</span> <span>Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama 14299, México, Ciudad de México Tel. (55) 5608-5822 ext. 2024</span> <span>Pág. 2</span> </div>		

10

4

7

10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.2 Procedimiento para la atención médica de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3
			Página <b>65</b> de <b>110</b>

4.2.10.2 Instructivo de llenado formato nota médica de evolución

<b>General</b>	Este formato se debe llenar en el ECE por parte del personal de salud solicitante de la UTI. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	<b>Servicio:</b> Formato exclusivo del servicio.
(2)	<b>Registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica a la persona paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.
(3)	<b>Sexo:</b> Marcar con una X si es hombre o mujer la persona paciente
(4)	<b>Nombre del paciente.</b> Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(5)	<b>Edad:</b> Se refiere a la edad del paciente.
(6)	<b>Fecha de nacimiento:</b> Anotar la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(7)	<b>Fecha de elaboración de nota médica:</b> Fecha en que se inicia la elaboración de la nota médica.
(8)	<b>Hora de elaboración de nota médica:</b> Hora en que se inicia la elaboración de la nota médica.
(9)	<b>Signos vitales:</b> Colocar los variables clínicas cuantitativas, que tiene la persona paciente durante la elaboración de la nota médica. Completar cada rubro.
(10)	<b>Resumen clínico y exploración física:</b> Describir por aparatos y sistemas, la condición clínica, metabólica, hemodinamia y psicológica del paciente, para la elaboración de la nota médica.
(11)	<b>Plan:</b> Colocar resumidamente los estudios de gabinete, para dar un plan y tratamiento médico o quirúrgico, con dosis, periodicidad y vía de administración de la misma, así el tiempo de tiempo quirúrgico.
(12)	<b>Diagnóstico:</b> Describir los diagnósticos, etiológicos, nosológicos y topográficos del paciente.
(13)	<b>Pronóstico:</b> En base a escalas avaladas clínicas y metodológicas se aplicarán para el pronóstico de vida, función y estética del paciente.
(14)	<b>Firmado por:</b> Nombre completo, cédula profesional de especialista y firma del médico que elabora la nota médica de evolución.
(15)	<b>Personal médico adscrito asignado:</b> Nombre completo, cédula profesional de especialista y firma del médico adscrito que revisa.

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.2 Procedimiento para la atención médica de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 66 de 110

4.2.10.3 Formato nota de indicaciones médicas.

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA</b> <b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000 Hora de elaboración: (2) : :	
	Servicio: (3) _____ Registro: (4) _____ Tipo de Paciente: _____ Nombre: (5) _____ Edad: (6) _____ Sexo: H (7) M _____ Fecha de Nac: 00/00/0000 (8)		Nivel Socioeconómico: _____ Hora: : :	
<b>NOTA DE INDICACIONES MÉDICAS PARA:</b> 00/00/0000				
1.- DIETA (9) 2.- SOLUCIONES 3.- MEDICAMENTOS 4.- MEDIDAS GENERALES				
Firmado por: (10) _____ a _____ Núm Cédula: _____ <b>MÉDICO QUE ELABORÓ</b>		<b>MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO (11)</b> _____ Firmado por: _____ a _____ Núm Cédula: _____ <b>MÉDICO QUE REVISÓ</b>		
<small>www.inm.salud.gob.mx      Esmeraldas Sur #3577, Col La Fama 14269, México, Ciudad de México Tel (55) 5636-3822 ext. 2024      Pág. 1</small>				

*Handwritten mark*

*Handwritten mark*

*Handwritten mark*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE  PROCEDIMIENTOS  UNIDAD DE TERAPIA  INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.2 Procedimiento para la atención  médica de pacientes en la Unidad de  Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 67 de 110

4.2.10.4 Instructivo de llenado del formato nota de indicaciones médicas.

<b>General</b>	Este formato se debe llenar en el ECE por parte del personal de salud solicitante de la UTI. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	<b>Fecha de elaboración:</b> Se refiere a la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(2)	<b>Hora de elaboración:</b> Se refiere la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).
(3)	<b>Servicio:</b> Se refiere al área en el que será atendida la persona paciente.
(4)	<b>Registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica a la persona paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.
(5)	<b>Nombre:</b> Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(6)	<b>Edad:</b> Se refiere a la edad del paciente.
(7)	<b>Sexo:</b> Marcar con una X si es hombre o mujer la persona paciente.
(8)	<b>Fecha de nacimiento:</b> Se refiere a la fecha de nacimiento del paciente, en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(9)	<b>Nota de indicaciones médicas para:</b> Se deberá indicar si es para dieta, soluciones, medicamentos o medidas generales.
(10)	<b>Firmado por:</b> Nombre completo, número de cédula profesional y firma del personal médico que elabora la nota de contestación.
(11)	<b>Personal médico adscrito asignado:</b> Nombre completo, número de cédula profesional y firma del personal médico adscrito del turno.

*B*

*4*

*9*

*7*

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.2 Procedimiento para la atención médica de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3
			Página 68 de 110

4.2.10.5 Formato receta de medicamentos controlados

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA</b> <b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> LIC. SANITARIA 04 AM 09 13012 y 09 014 09 0023		 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>
	Fecha <input type="text" value="00/00/0000"/> (1)	INSRUGENTES SUR No. 3877 C.P. 14269, CDMX. TEL. 56-06-38-22	
Nombre del Paciente <input type="text"/> (2)	Registro <input type="text"/> (3)	Sexo <input type="text"/> (4)	Edad <input type="text"/> (5)
<b>RECETA MÉDICA</b>			
DIAGNÓSTICO: (6) <input style="width: 100%;" type="text"/>			No. <input style="width: 100%;" type="text"/>
CONTROLADO (7) <input style="width: 100%;" type="text"/>			
<b>INDICACIONES MÉDICAS (8)</b>			
Firma del Médico Firmado por: (.....)		a ..... Núm Cédula: ..... (9)	
			Firma _____

10

4

1

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.2 Procedimiento para la atención médica de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3
			Página 69 de 110

4.2.10.6 Instructivo de llenado de formato receta de medicamentos controlados.

<b>General</b>	Este formato se debe llenar en el ECE por parte del personal de salud solicitante de la UTI. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	<b>Fecha de elaboración:</b> Colocar la fecha en la que se realiza el traslado en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(2)	<b>Nombre del paciente:</b> Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(3)	<b>Registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica a la persona paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.
(4)	<b>Sexo:</b> Marcar con una cruz si es hombre o mujer según sea el caso del paciente.
(5)	<b>Edad:</b> Se refiere a la edad del paciente.
(6)	<b>Diagnóstico del paciente:</b> Describir los diagnósticos, etiológicos, nosológicos y topográficos del paciente.
(7)	<b>Controlado:</b> Barra de opciones de medicamentos controlados.
(8)	<b>Indicación médica:</b> Anotar cómo se administrará el medicamento, así como el número de ampulas solicitadas
(9)	<b>Firma del personal médico:</b> Nombre completo, número de cédula profesional y firma autógrafa del médico que realiza la receta médica.

*P*

*✓*

*f*

*g*

4.2.10.7 Formato hoja de enfermería

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROQUIRURGIA																			
MANUEL VELSCO SUAREZ																			
SUBDIRECCION DE ENFERMERIA																			
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA																			
INGRESOS Y EGRESOS 2004																			
DATOS DE INGRESO										DATOS DE EGRESO									
no.	cam	fecha de Ingreso	hora de Ingreso	Fecha de nacimiento	Nombre del paciente	Edad y sexo	Registro	Diagnostico de Ingreso	Proceden Residencia	Firma de la enfermera	Motivo de egreso	no. de Cama de egreso	Dx de egreso	Fecha de egreso	Hora de egreso	Dias de estada	Nombre de la enfermera	Observacio nes	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.2 Procedimiento para la atención médica de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3
			Página 71 de 110

4.2.10.8 Instructivo de llenado del formato hoja de enfermería

<b>General</b>	Este formato se debe llenar en el ECE por parte del personal de salud solicitante de la UTI. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	<b>No.:</b> Número de listado en orden progresivo.
(2)	<b>No de cama:</b> Cama en donde permanecerá la persona paciente en UTI.
(3)	<b>Fecha.</b> Fecha en que ingresa la persona paciente a la UTI
(4)	<b>Hora:</b> Colocar la hora en que ingres la persona paciente a la UTI.
(5)	<b>Fecha de nacimiento:</b> Anotar la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024
(6)	<b>Nombre del paciente.</b> Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres
(7)	<b>Edad y Sexo:</b> Se refiere a la edad del paciente y marcar con una X si es hombre o mujer la persona paciente.
(8)	<b>Registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica a la persona paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.
(9)	<b>Diagnóstico de ingreso:</b> Describir los diagnósticos, etiológicos, nosológicos y topográficos del paciente.
(10)	<b>Residencia:</b> Lugar geográfico de donde proviene la persona paciente
(11)	<b>Servicio:</b> Servicio de procedencia u hospital, donde se encontraba la persona paciente.
(12)	<b>Firma de enfermera:</b> La enfermera quien recibe la persona paciente.
(13)	<b>Motivo del egreso.</b> Se pondrá mejoría, traslado a otro hospital, defunción.
(14)	<b>No. de cama de egreso:</b> Cama de donde egresa la persona paciente.
(15)	<b>Diagnóstico de egreso:</b> Diagnóstico definitivo, con el que la persona paciente, se encuentra al momento de su egreso.
(16)	<b>Fecha de egreso:</b> Fecha en que egresa la persona paciente de la UTI.
(17)	<b>Hora:</b> Hora en que la persona paciente sale de la UTI, para hospitalización, o referencia a otro hospital.
(18)	<b>Días de estancia en la UTI:</b> Número de días que estuvo la persona paciente en la UTI.
(19)	<b>Nombre de la enfermera:</b> Nombre completo del personal de enfermería que da el seguimiento del egreso.
(20)	<b>Observaciones:</b> Se deberá llenar en caso de haber alguna situación de seguimiento, o pendiente en el egreso.

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.2 Procedimiento para la atención médica de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 72 de 110

4.2.10.9 Formato consentimiento informado de procedimientos invasivos

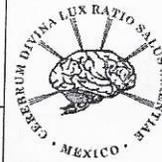
	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA</b> <b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> Lic. Sanitiza 04 AM 0913012	Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000 Hora de elaboración: (2) Nivel Socioeconómico:
	Servicio: (3)      Registro: (4)      Tipo de Paciente: Nombre: (5)      Edad: (6)      Sexo: H (7) M      Fecha de Nac: 00/00/0000	(8)
<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS</b>		
(9) _____ NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL/TUTOR/FAMILIAR MÁS CERCANO EN VÍNCULO		DM-PI-CI-1/2018 PARENTESCO (10) _____
Yo (11) _____ 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.		
<b>DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA LO SIGUIENTE:</b>		
1. En base a mi derecho inalienable de elegir los métodos diagnósticos y terapéuticos a los que me someteré durante mi internamiento; acepto me sean realizados los siguientes procedimientos invasivos que contribuyan al manejo médico:		
(12) _____		
Se me han detallado los riesgos y posibles complicaciones inherentes a los procedimientos invasivos en un lenguaje claro. Algunas circunstancias no previstas durante los procedimientos pueden hacer necesaria la utilización de técnicas diferentes de las previamente planeadas, en este caso autorizo que se actúe de acuerdo a lo que se considere más conveniente con la ciencia médica y atendiendo al principio de libertad prescriptiva.		
He tenido ocasión de hacer todas las preguntas relacionadas a los procedimientos invasivos y se me ha dado respuesta en forma clara y concisa.		
Ponderados los riesgos y los beneficios, he decidido aceptarlos y entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mi parte en cualquier momento antes de que se lleven a cabo.		
Es mi deseo manifestar bajo protesta de decir la verdad, que el (los) médico (s) tratante (s); además, de las precisiones contenidas en el presente consentimiento informado para procedimientos invasivos, me informaron a detalle verbalmente, dando respuesta a todas y cada una de las preguntas que formulé.		
Firmado por: (13) _____ NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO		(14) _____ NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL/TUTOR/FAMILIAR MÁS CERCANO EN VÍNCULO
(15) _____ NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1		_____ NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2
<small>www.innn.salud.gob.mx      Inaugurado Sur #3877, Col. La Fama 14269, México, Ciudad de México Tel: (55) 5600-3822 ext. 2024      Pág. 1</small>		



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE  
PROCEDIMIENTOS  
UNIDAD DE TERAPIA  
INTENSIVA**

**4.2 Procedimiento para la atención  
médica de pacientes en la Unidad de  
Terapia Intensiva (UTI)**



Rev. 01

Codificación  
3C.12-MP-B2.3

Página 73 de  
110



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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS**

RIESGOS Y BENEFICIOS: (16)

[Empty box for risks and benefits]

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.2 Procedimiento para la atención médica de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 74 de 110

4.2.10.10 Instructivo de llenado formato consentimiento informado de procedimientos invasivos

<b>General</b>	Este formato se debe llenar en el ECE por parte del personal de salud solicitante de la UTI. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.
(1)	<b>Fecha de elaboración:</b> Colocar la fecha en la que se realiza el traslado en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(2)	<b>Hora de elaboración:</b> Anotar la hora en la que se realiza el traslado en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).
(3)	<b>Servicio:</b> Que solicita el consentimiento.
(4)	<b>Registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica a la persona paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.
(5)	<b>Nombre del paciente:</b> Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(6)	<b>Edad:</b> Se refiere a la edad del paciente.
(7)	<b>Sexo</b> Marcar con una X si es hombre o mujer la persona paciente.
(8)	<b>Fecha de nacimiento:</b> Anotar la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(9)	<b>Nombre del paciente / responsable legal / tutor / familiar:</b> Anotar el nombre de la persona legalmente responsable o familiar más cercano en vínculo, empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(10)	<b>Parentesco:</b> Se anota el parentesco con la persona paciente.
(11)	<b>Nombre del paciente / representante legal / tutor / familiar:</b> La persona paciente o la persona legalmente responsable o familiar más cercano en vínculo deberá anotar su nombre empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(12)	Cuadro donde se explicará de forma clara y concisa los procedimientos médicos que requiera la persona paciente durante su estancia hospitalaria.
(13)	<b>Nombre firma y cédula del médico que obtiene el consentimiento:</b> El médico tratante deberá anotar su nombre completo, cargo, número de cédula profesional y firma autógrafa.
(14)	<b>Nombre y firma del paciente o representante legal / tutor / familiar:</b> La persona paciente o la persona legalmente responsable o familiar más cercano en vínculo que otorga el consentimiento, deberá anotar su nombre completo y firma autógrafa.
(15)	<b>Nombre y firma de persona testigo 1 y 2:</b> Deberá anotar nombre y firma de una persona que testifique el consentimiento informado (opcional).
(16)	Se describe de manera general los riesgos y beneficios del procedimiento invasivo para la atención médica del paciente.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.2 Procedimiento para la atención médica de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3
			Página <b>76</b> de <b>110</b>

4.2.10.12 Instructivo de llenado formato tiempo fuera

<b>General</b>	<p>Este formato se debe llenar en el ECE por parte del personal de salud solicitante de la UTI. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.</p>
(1)	<b>Fecha de elaboración:</b> 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)	<b>Hora de elaboración:</b> Anotar la hora en la que se realiza el procedimiento en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).
(3)	<b>Servicio:</b> Donde se realizó el procedimiento
(4)	<b>Registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica a la persona paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.
(5)	<b>Nombre:</b> Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(6)	<b>Edad:</b> Anotar la edad del paciente
(7)	<b>Sexo:</b> Marcar con una cruz si es hombre o mujer según sea el caso del paciente
(8)	<b>Fecha de nacimiento:</b> Anotar la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(9)	<b>Recuadro tiempo fuera:</b> Requisitar los rubros con antecedentes de importancia, y datos que se realizaron en el procedimiento clínico o quirúrgico.
(10)	<b>Nota de procedimiento:</b> Especificar técnica y complicaciones del procedimiento realizado a la persona paciente.
(11)	<b>Hora:</b> Anotar la hora en la que se realiza el procedimiento.
(12)	<b>Médico que elaboró:</b> Nombre completo, número de cédula y firma del médico que elaboró el formato.
(13)	<b>Médico que revisó:</b> Nombre completo, número de cédula y firma del médico adscrito que revisó.

10

*(Handwritten signatures and marks)*

4.2.10.11 Formato tiempo fuera

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA</b> <b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000 Hora de elaboración: (2) : : Nivel Socioeconómico:	
	Servicio: (3) _____	Registro: (4) _____	Tipo de Paciente: _____	
Nombre: (5) _____	Edad: (6) _____	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nac: 00/00/0000 (7) (8)	
<b>NOTA DE PROCEDIMIENTO TIEMPO FUERA (9)</b>			DM/NP-1/2016	
	SI	NO	NO APLICA	
ALERGIAS ¿CUÁLES? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PACIENTE CORRECTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PROCEDIMIENTO CORRECTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SITIO Y LADO CORRECTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NÚMERO DE UNIDADES Y VOLUMEN CORRECTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EQUIPO Y MATERIALES CORRECTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
GRUPO SANGUINEO CORRECTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nota del Procedimiento: (10) _____			HORA: 00:00 (11)	
Firmado por: (12) _____ a _____ Núm Cédula: _____		<b>MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO (13)</b>		
Nombre del médico, cédula y firma ELABORÓ		Firmado por: _____ a _____ Núm Cédula: _____		
		Nombre del médico, cédula y firma REVISÓ		
www.innn.salud.gob.mx		Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama 14269, México, Ciudad de México Tel: (55) 5606-3820 ext. 0024		Pág. 1

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE  PROCEDIMIENTOS  UNIDAD DE TERAPIA  INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.3 Procedimiento de egreso de la  Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 78 de 110

### 4.3.1. PROPÓSITO

Se realiza procedimiento, para normar las condiciones y trámites a realizar para el traslado de pacientes que egresan de la Unidad de Cuidados Críticos (UTI).

### 4.3.2. ALCANCE

4.3.2.1 Alcance Interno: Personal médico y de enfermería de la UTI quien realiza evaluaciones clínicas y el proceso administrativo, para egresar pacientes a las áreas de piso o, en caso de defunción, apoyar y dar apoyo institucional a familiares. Personal de enfermería y camillería quien realiza el traslado intrahospitalario del paciente que egresa de UTI hacia el servicio base. Personal de trabajo social quien asiste y realiza los procesos administrativos para el pase a piso del paciente.

4.3.2.2 Alcance Externo: El personal médico de la UTI quien realiza la solicitud de referencia a otras instituciones de salud, con el fin de dar continuidad a la atención médica de calidad a la persona paciente, o quien realiza la documentación institucional para egreso por defunción o alta voluntaria. El personal de trabajo social quien apoya con la gestión de enlace interinstitucional en caso de referencia, y en el egreso ya sea por defunción o alta voluntaria.

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

4.2.3.14 El personal que participa en la realización de este procedimiento deberá hacerlo en apego al 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, la Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia y la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico y la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.

4.3.3.1 Criterios de egreso según la NOM 023 de la UTI de Adultos:

- a) Programado: cuando se han solucionado los problemas del paciente que motivaron su ingreso a la UTI y se traslada a otro servicio o a otra unidad hospitalaria, en donde se le otorgue la atención, de acuerdo con el concepto de cuidado progresivo o bien, se han agotado las posibilidades de mejoría.
- b) No programado: aquel destinado a generar posibilidades asistenciales a otros pacientes con mayores necesidades de cuidados intensivos, ante la situación de ocupación total de los cubículos de las UTI.
- c) No previsto: el solicitado por el médico tratante, la persona paciente o su familia, aun cuando persista la necesidad de vigilancia, diagnóstico y tratamiento
- d) Por defunción: se realiza de acuerdo con el procedimiento administrativo de cada institución o establecimiento

4.3.3.2 Es responsabilidad del personal médico de la UTI realizar el egreso al servicio de especialidad tratante en el que el paciente quedará a cargo, así como presentarlo al personal médico receptor de servicio de base donde quedará el paciente.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE  PROCEDIMIENTOS  UNIDAD DE TERAPIA  INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.3 Procedimiento de egreso de la  Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 77 de 110

#### 4.3. PROCEDIMIENTO DE EGRESO DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE  PROCEDIMIENTOS  UNIDAD DE TERAPIA  INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.3 Procedimiento de egreso de la  Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 79 de <b>110</b>

- 4.3.3.3 Es responsabilidad del personal médico de la UTI informar a la persona legalmente responsable o familiar, la evolución y motivos del egreso del paciente y reportar a trabajo social para que se informe a la persona legalmente responsable o familiar, cuando el paciente se traslade fuera de la UTI y su destino.
- 4.3.3.4 En caso de requerir ingreso de urgencia de un paciente, será factible según la NOM 023, mover pacientes fuera de la UTI a los pisos de hospitalización, con las medidas de seguridad clínicas y administrativas establecidas institucionalmente, por parte de las jefaturas de turno nocturno.
- 4.3.3.5 En caso de traslado del paciente a otra institución, el personal médico de la UTI deberá realizar la alta administrativa institucional y, con base en la logística de traslado fuera del Instituto, únicamente se dará un resumen clínico y copia de los exámenes de gabinete con previa solicitud a la Unidad de Transparencia. El expediente clínico deberá quedarse para resguardo institucional.
- 4.3.3.6 En caso de defunción, ya sea por muerte encefálica o parada cardíaca, es responsabilidad del personal médico de la UTI del turno, avisar a la Coordinación Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplante del Instituto, sobre el estado clínico del paciente, con optimización clínica o infectología del potencial donante.
- 4.3.3.7 En caso de que el paciente sea dada de alta a su domicilio, el personal médico de la UTI deberá realizar el alta del sistema, así como notificar al servicio de especialidad tratante y a trabajo social.
- 4.3.3.8 En caso de alta voluntaria, no se dará resumen ni estudios de gabinete a familiares, se realizará el formato de egreso voluntario, así como los formatos de egreso institucional.

*R*

*R*

*R*

*R*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.3 Procedimiento de egreso de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 80 de 110

#### 4.3.4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
Personal médico de la UTI	1	Evalúa al paciente para su egreso de la UTI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota médica de evolución</li> </ul>
Personal médico de UTI	2	<p>Solicita el traslado a otra institución por medio de formato de referencia y contrarreferencia y lo envía a trabajo social para gestión de evaluación y aceptación.</p> <p>¿Se acepta?</p> <p>Si: Realiza enlace de médico de UTI a médico de servicio receptor. Pasa a la actividad 4.</p> <p>No: Busca referir a otra institución. Pasa a la actividad 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referencia y contrarreferencia</li> </ul>
Personal médico de UTI	3	<p>Informa al servicio tratante de hospitalización el egreso de la UTI y solicita cama para realizar el traslado del paciente. Comunica el egreso a trabajo social.</p> <p>¿Se acepta?</p> <p>Si: Realiza el traslado al servicio receptor. Procedimiento para el traslado intrahospitalario seguro de pacientes 4.4 del Manual de Procedimientos de la Dirección Médica. Pasa a la actividad 4</p> <p>No: Se continúa con el tratamiento hasta que esté una cama disponible. Pasa a la actividad 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasaporte de traslado seguro</li> </ul>
Personal médico de UTI	4	Realiza la nota médica de evolución y el alta del servicio y comunica el egreso a la jefatura de enfermería de la UTI. Realiza logística de traslado seguro intra y extrahospitalario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota de egreso hospitalario</li> <li>• Nota de alta</li> <li>• Pasaporte de traslado seguro</li> </ul>
Personal médico de UTI.	5	Comunica a las jefaturas de enfermería vía telefónica el egreso del paciente a piso.	
Personal médico de UTI	9	Informa a la persona legalmente responsable y/o familiar el fallecimiento del paciente y elabora el certificado de defunción.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de defunción.</li> <li>• Certificado de pérdida de la vida</li> </ul>

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividad	Documento o anexo
		Causa de muerte: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parada cardiaca. Baja al área de patología.</li> <li>• Muerte encefálica. En caso de el paciente fallecido sea donante orgánico por muerte encefálica, el personal médico de la UTI realiza el certificado de defunción y el certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos, tejidos y células con fines de trasplante.</li> </ul>	para la disposición de órganos, tejidos y células con fines de trasplante.
Personal médico de UTI	10	Elabora el alta de la UTI del paciente y la nota de egreso hospitalario, en caso de alta voluntaria y envía a trabajo social para que el alta hospitalaria.  <b>TERMINA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota de egreso hospitalario</li> <li>• Nota de alta</li> </ul>

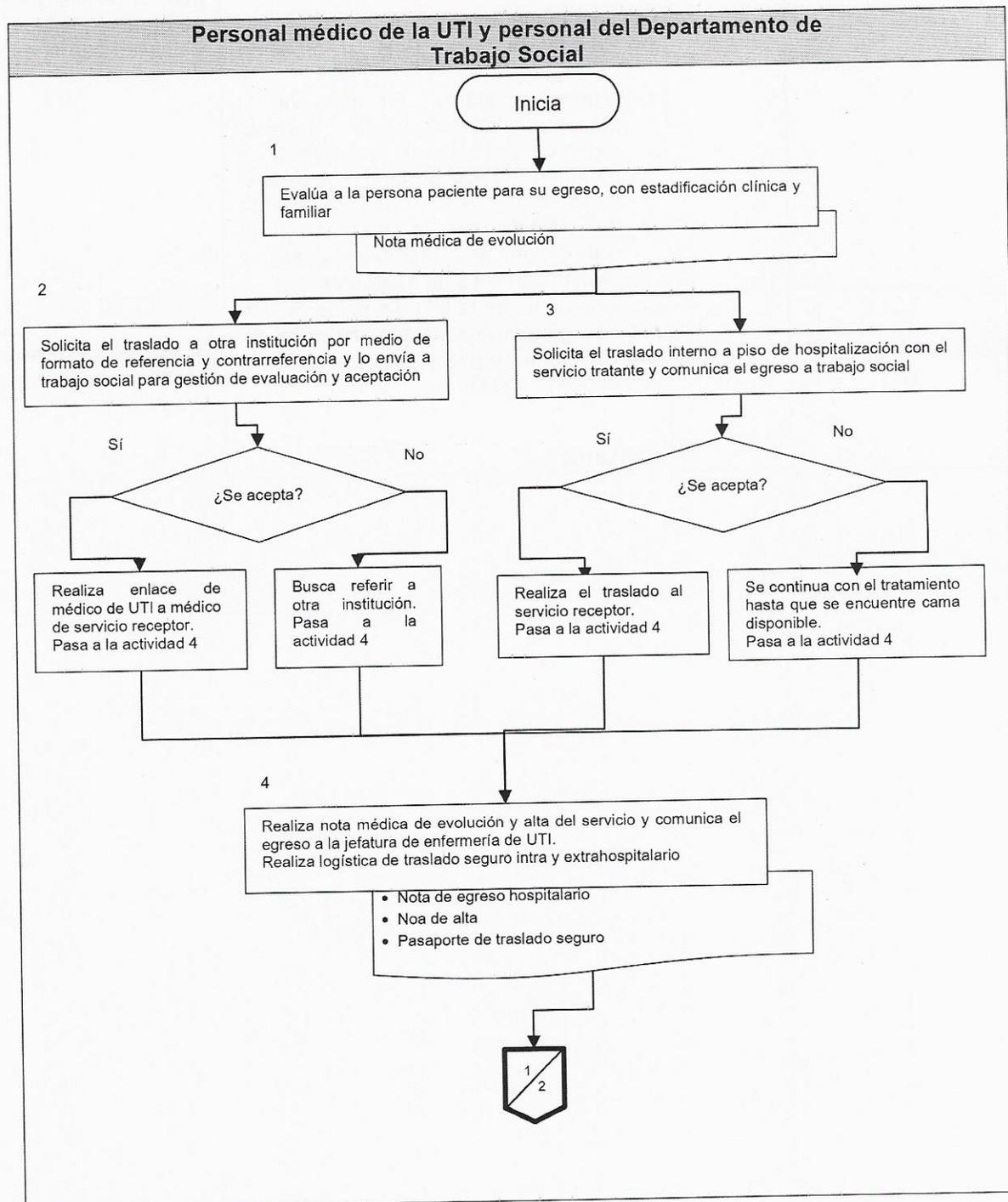
*P*

*o*

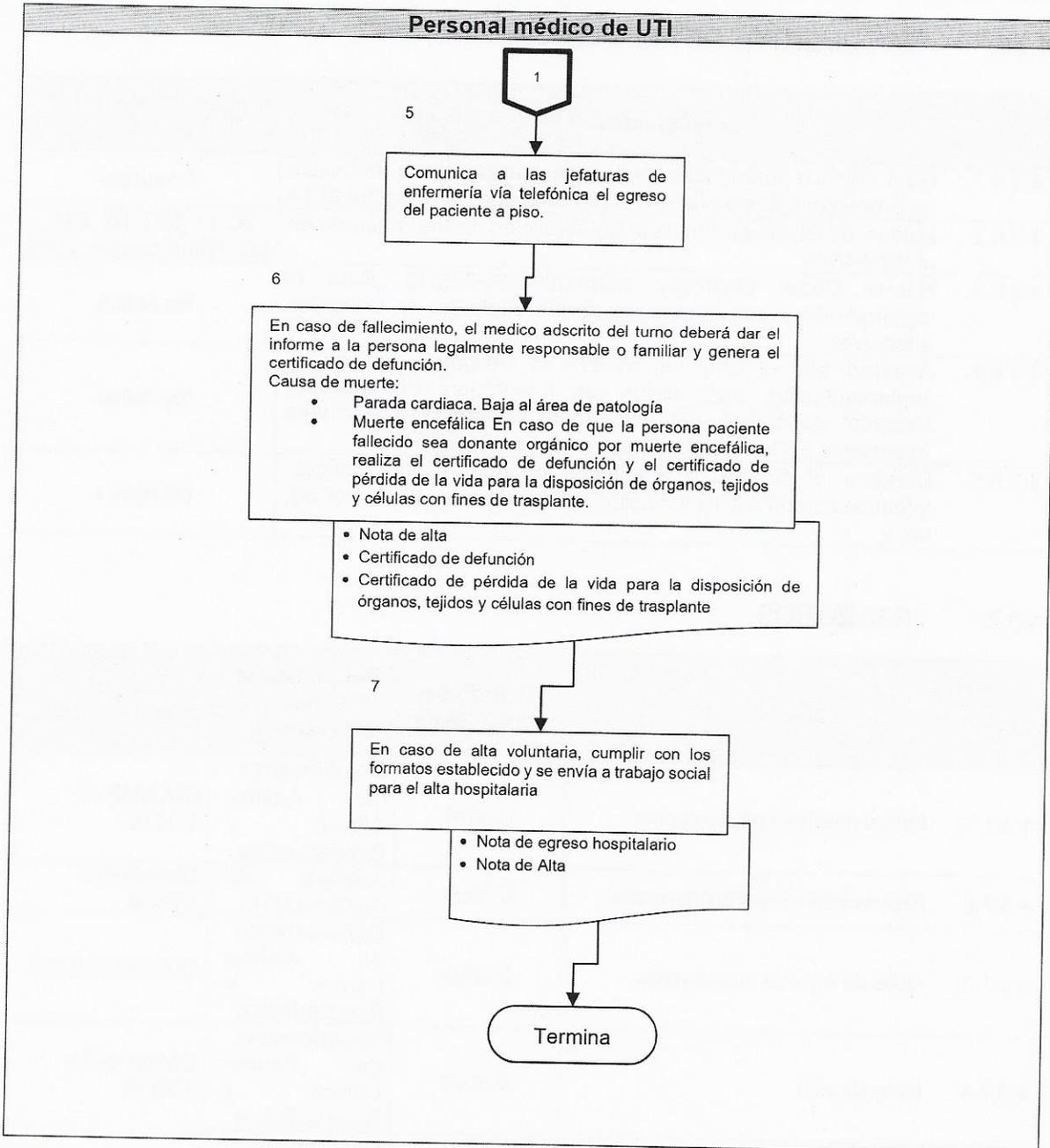
*4*

*2*

### 4.3.5. DIAGRAMA DE FLUJO



**Personal médico de UTI**



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.3 Procedimiento de egreso de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 84 de 110

#### 4.3.6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
4.3.6.1. Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. Septiembre 2013	No aplica
4.3.6.2. Manual de Organización de la Subdirección de Neurocirugía en el INNNMVS	3C.11_MO_B2_DM_SD Neurocirugía 2022
4.3.6.3. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013. Para la organización y funcionamiento de las unidades de Cuidados Intensivos	No aplica
4.3.6.4. 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 Seguridad del Paciente. 08/09/2017	No aplica
4.3.6.5. Duration of Contact Precautions for Acute-Care Settings. Infection control & hospital epidemiology february 2018, vol. 39, no. 2	No aplica

#### 4.3.7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.3.7.1. Notas médicas de evolución	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	DM/NME-TI-1/2016
4.3.7.2. Referencia y contrarreferencia	6 años	Jefatura de médicos UTI	DM-NMRC-1/2016
4.3.7.3. Nota de egreso hospitalario	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	DM/NEH-1/2017
4.3.7.4. Nota de alta	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	DM/NME-TI-1/2016
4.3.7.5. Pasaporte de traslado seguro	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No aplica
4.3.7.6. Certificado de defunción	Indefinido	Agencia de protección sanitaria de la CDMX	No aplica

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.3 Procedimiento de egreso de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3
			Página 85 de 110

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
4.3.7.7. Certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos, tejidos y células con fines de trasplante.	6 años	Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística	No Aplica

#### 4.3.8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

4.3.8.1.	<b>Referencia:</b> Proceso por medio del cual se envía a un paciente para su atención de un nivel a otro, dentro del mismo nivel, o de una institución a otra con mayores recursos para el diagnóstico y tratamiento.
4.3.8.2.	<b>Contrarreferencia:</b> 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.
4.3.8.3.	<b>Pérdida de la vida:</b> Ocurre cuando se presenta la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible.
4.3.8.4.	<b>Alta voluntaria:</b> Documento por el que la persona paciente o la persona legalmente responsable del mismo, deja constancia de su decisión, en contra de la opinión de los médicos que lo atienden, de abandonar el centro sanitario donde permanece ingresado, asumiendo las consecuencias que de tal decisión pudieran derivarse.

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

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	2025	Se crea procedimiento con acción que mejora.

#### 4.3.10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 4.3.10.1 Formato notas médica de evolución
- 4.3.10.2 Instructivo de llenado del formato notas médica de evolución
- 4.3.10.3 Formato referencia y contrarreferencia
- 4.3.10.4 Instructivo de llenado del formato referencia y contrarreferencia
- 4.3.10.5 Formato nota de egreso hospitalario
- 4.3.10.6 Instructivo de llenado del formato nota de egreso hospitalario
- 4.3.10.7 Formato de alta
- 4.3.10.8 Instructivo de llenado del formato de alta
- 4.3.10.9 Formato de pasaporte traslado seguro
- 4.3.10.10 Instructivo de llenado del formato de pasaporte de traslado seguro
- 4.3.10.11 Formato certificado de defunción
- 4.3.10.12 Instructivo de llenado del formato certificado de defunción

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE  PROCEDIMIENTOS  UNIDAD DE TERAPIA  INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.3 Procedimiento de egreso de la  Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página <b>86</b> de <b>110</b>

- 4.3.10.13 Formato certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos, tejidos y células con fines de trasplante.
- 4.3.10.14 Instructivo de llenado del formato certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos, tejidos y células con fines de trasplante.

6

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.3 Procedimiento de egreso de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3

4.3.10.1 Nota médica de evolución

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA</b> <b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Nivel Socioeconómico: <input type="text"/>
	Servicio: <input type="text"/>	Registro: <input type="text"/>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Nombre: <input type="text"/>	Edad: <input type="text"/>	Fecha de Nac: <input type="text"/>	
<b>NOTA MÉDICA DE EVOLUCIÓN</b>		DMNME-TI-1/2016	
Fecha de Elaboración: <input type="text"/>		Hora de Elaboración: <input type="text"/> :	
<b>SIGNOS VITALES <sup>9</sup></b>			
Peso: <input type="text"/> kg.	Talla: <input type="text"/> mts.	Tensión arterial: <input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg	Temperatura: <input type="text"/> °C
Frecuencia cardíaca: <input type="text"/>	Escala de dolor: <input type="text"/> / 10	Frecuencia respiratoria: <input type="text"/> / min	
<b>RESUMEN CLÍNICO Y EXPLORACIÓN FÍSICA <sup>10</sup></b>			
Días de estancia:			
Neurológico:			
Cardio-hemodinámico:			
Respiratorio:			
Gastro-metabólico:			
Hidrico-renal:			
Hemato-infeccioso:			
<b>PLAN DE ESTUDIO Y/O TRATAMIENTO (INDICACIONES MÉDICAS, VÍA, DOSIS, PERIODICIDAD) (11)</b>			
<b>DIAGNÓSTICOS <sup>12</sup></b>			

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.3 Procedimiento de egreso de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 88 de 110

4.3.10.2 Instructivo de llenado formato de nota médica de evolución

<b>General</b>	<p>Este formato se debe llenar en el ECE por parte del personal de salud solicitante de UTI. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.</p>
(1)	<b>Servicio:</b> Unidad de Terapia Intensiva, formato exclusivo del servicio.
(2)	<b>Registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica a la persona paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.
(3)	<b>Sexo:</b> Marcar con una X si es hombre o mujer la persona paciente.
(4)	<b>Nombre del paciente.</b> Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(5)	<b>Edad:</b> Se refiere a la edad del paciente.
(6)	<b>Fecha de nacimiento:</b> Anotar la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(7)	<b>Fecha de elaboración de nota médica:</b> Fecha en que se inicia la elaboración de la nota médica.
(8)	<b>Hora de elaboración de nota médica:</b> Hora en que se inicia la elaboración de la nota médica.
(9)	<b>Signos vitales:</b> Colocar los variables clínicas cuantitativas, que tiene la persona paciente durante la elaboración de la nota médica. Completar cada rubro.
(10)	<b>Resumen clínico y exploración física:</b> Describir por aparatos y sistemas, la condición clínica, metabólica, hemodinamia y psicológica del paciente, para la elaboración de la nota médica.
(11)	<b>Plan:</b> Colocar resumidamente los estudios de gabinete, para dar un plan de tratamiento médico o quirúrgico, con dosis, periodicidad y vía de administración de esta, así como el tiempo quirúrgico.
(12)	<b>Diagnóstico:</b> Describir los diagnósticos, etiológicos, nosológicos y topográficos del paciente.
(13)	<b>Pronóstico:</b> Con base en la aplicación de escalas avaladas clínicas y metodológicas, se anotará el pronóstico de vida, función y estética del paciente.
(14)	<b>Firma y nombre de los médicos del turno:</b> Nombre completo, cedula profesional de especialista de los médicos en turno.

4.3.10.3 Formato de referencia y contrarreferencia

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA</b> <b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000 Hora de elaboración: (2) : : Nivel Socioeconómico :
	Servicio: (3) _____ Nombre: (6) _____	Registro: (4) _____ Edad: (7) _____	Sexo: H (5) M _____ Fecha de Nac(8) 00/00/0000
Teléfono 1: (9) _____ Teléfono 2: _____	DM-NMRC-1/2016		
<b>REFERENCIA - CONTRARREFERENCIA DE PACIENTE (10)</b> Marque con una "X" si se trata de: Referencia <input type="checkbox"/> Contrarreferencia <input type="checkbox"/>			
<b>DATOS DE LA UNIDAD DE REFERENCIA O CONTRARREFERENCIA (11)</b>			
Tipo de unidad Médica: Privada <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> SSA <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
Institución: _____ Dirección: _____			
<b>MOTIVO DE ENVÍO (12)</b>			
Motivo del envío _____ Especificar: _____			
<b>RESUMEN CLÍNICO (SIN ABREVIATURAS)</b> Padecimiento actual, estudios de laboratorio y gabinete, imagenología, diagnóstico, tratamiento, evolución pronóstico y seguimiento			
El caso es urgente: (13) _____			
<b>OBSERVACIONES: (14)</b> _____ _____			
Firmado por: _____ a _____ Núm Cédula: _____ (15)	<b>MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO</b> _____ (16)		
Nombre completo del médico, cédula y firma ELABORÓ		Firmado por: _____ a _____ Núm Cédula: _____ Nombre completo del médico, cédula y firma AUTORIZÓ	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.3 Procedimiento de egreso de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 90 de 110

4.3.10.4 Instructivo de llenado del formato referencia y contrarreferencia

<b>General</b>	<p>Este formato se debe llenar en el ECE por parte del personal de salud solicitante de UTI. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables</p>
(1)	<p><b>Fecha de elaboración:</b> Colocar la fecha en la que se realiza el traslado 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.</p>
(2)	<p><b>Hora de elaboración:</b> Anotar la hora en la que se realiza el traslado en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).</p>
(3)	<p><b>Servicio:</b> Anotar el servicio al que será trasladado la persona paciente.</p>
(4)	<p><b>Registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica a la persona paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.</p>
(5)	<p><b>Sexo:</b> Marcar con una cruz si es hombre o mujer según sea el caso del paciente.</p>
(6)	<p><b>Nombre:</b> Anotar el nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.</p>
(7)	<p><b>Edad:</b> Anotar la edad del paciente.</p>
(8)	<p><b>Fecha de nacimiento:</b> Anotar la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024</p>
(9)	<p><b>Teléfono:</b> Anotar por lo menos 2 números telefónicos.</p>
(10)	<p><b>Referencia o contrarreferencia:</b> Marcar con una X si se trata de una referencia o de una contrarreferencia</p>
(11)	<p><b>Datos de la Unidad de referencia o contrarreferencia:</b> Indicar que tipo de unidad médica es, marcando la opción con una X.</p>
(12)	<p><b>Motivo de envió:</b> Colocar el compromiso orgánico más importante y con criterios de gravedad, por el que se envía a la persona paciente.</p>
(13)	<p><b>El caso es urgente:</b> Especificar si es una urgencia.</p>
(14)	<p><b>Observaciones:</b> Se deberá llenar en caso de haber alguna situación de seguimiento, o pendiente en el egreso.</p>
(15)	<p><b>Firmado por:</b> Firma del médico que realiza la referencia o contrarreferencia y número de cedula.</p>
(16)	<p><b>Personal médico adscrito asignado:</b> Firma del médico adscrito y número de cedula.</p>

4.3.10.5 Formato de egreso hospitalario

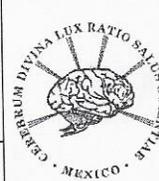
		<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA</b> <b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b>		DM/NEH-1/2017
Licencia Sanitaria 04 AM 09 13012 CLUES : DFSSA004060		(1)	Fecha	DD/MM/AAAA
<b>NOTA DE EGRESO HOSPITALARIO</b>			Hora	:
			FOLIO:	
<b>DATOS DEL PACIENTE (5)</b>		Ciudad: (2)	Nivel TS (3)	Registro (4)
Nombre: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____				
CURP (6)	Fecha Nacimiento (7)	Entidad de Nacimiento (8)		
Edad Cumplida (9) años	meses	Sexo (10) F	Estado Conyugal (11)	
Ocupación (12)	Escolaridad (13)			
AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: (14)		Número de afiliación: _____		
¿SE CONSIDERA INDÍGENA? (15)		¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? (16) ¿CUÁL? _____		
<b>Domicilio (17)</b>				
Tipo de la Vialidad		Nombre de la Vialidad		
No. Exterior	No. Interior	Código postal	Localidad	
Municipio o Delegación		Entidad	País	
Teléfono		Non. del Asent. Hum.	Tipo de Asent. Hum.	
<b>Datos de Responsable Legal (18)</b>				
Parentesco		Edad del Responsable		
<b>ESTANCIA</b>		Unidad de Procedencia	INN MVS DFSSA004060 (19)	NOTA: Para llenar por el médico
<b>INGRESO</b>		Fecha Ingreso	DD/MM/AAAA (dd/mm/aaaa)	<b>EGRESO</b>
		Hora Ingreso	:	Fecha Egreso
		Días de estancia		Hora Egreso
		Tipo de Servicio: _____		
Servicio de Ingreso: _____		NOTA: * LLENAR SI EL PACIENTE ES MUJER		
Motivo de Ingreso: (20)		MUJER EN EDAD FÉRTIL: (21)		
CIE-10: _____				
<b>PROCEDENCIA</b>				
		Unidad Médica		
Servicio al Egreso: (22)		Especialidad: _____		
<b>MOTIVO DEL EGRESO</b>				
		Unidad Médica (* a llenar solo si la opción es "Traslado a otro Hospital")		
Defunción MINISTERIO PÚBLICO: _____				
(23)		Fecha de defunción:	DD/MM/AAAA (dd/mm/aaaa)	Hora de defunción: _____ (hh:mm)
Causa Básica de la Defunción:		Días	Folio del Certificado: _____	
CIE-10: _____				



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE  
PROCEDIMIENTOS  
UNIDAD DE TERAPIA  
INTENSIVA**

**4.3 Procedimiento de egreso de la  
Unidad de Terapia Intensiva (UTI)**



Rev. 01

Codificación  
3C.12-MP-B2.3

Página 92 de  
110

**AFECCIONES TRATADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL EGRESO) (24)**

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, TERAPÉUTICOS Y QUIRÚRGICOS (25)**

Infecciones intrahospitalarias:

Procedimiento CIE-9

Tipo Anestesia

Quirófano

Tiempo:

Fecha

99/00/0000

Médico

Cateter

Violencia y/o lesión:

Folio Hoja de Lesiones:

**HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS**

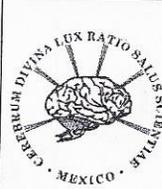
HOSPITAL CONTINUO:

HOSPITAL PARCIAL:

UNIDAD DE CUIDADOS ESP:



**MANUAL DE  
PROCEDIMIENTOS  
UNIDAD DE TERAPIA  
INTENSIVA**



Rev. 01

Codificación  
3C.12-MP-B2.3

Página 93 de  
110

**4.3 Procedimiento de egreso de la  
Unidad de Terapia Intensiva (UTI)**

**ATENCIÓN OBSTÉTRICA**

HISTORIA GINECOOBSTÉTRICA: Gestas  Abortos  Partos  Cesáreas

**SIGNOS VITALES (26)**

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

**RESUMEN CLÍNICO (27)**

**RESULTADO DE LABORATORIO Y GABINETE (28)**

**TRATAMIENTO EMPLEADO (29)**

**PRONÓSTICO (30)**

**RECOMENDACIONES (31)**

**PLAN DE EGRESO (32)**

(33)

Firmado por:   
a  Num Cédula:

CURP:   
Nombre del médico, cédula y firma Elaboró

Firmado por:   
a  Num Cédula:   
(34)

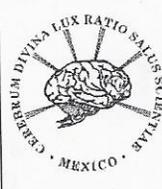
Nombre del médico, cédula y firma JEFE DE SERVICIO

**MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO**

(35)

Firmado por:   
a  Num Cédula:

Nombre del médico, cédula y firma Revisó

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.3 Procedimiento de egreso de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página <b>94</b> de <b>110</b>

4.3.10.6 Instructivo de llenado del formato de egreso hospitalario

<b>General</b>	<p>Este formato se debe llenar en el ECE por parte del personal de salud solicitante de UTI. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables</p>
(1)	<b>Fecha y Hora:</b> Fecha y hora en la que se realiza el formato. (Se agregan automáticamente).
(2)	<b>Gratuidad:</b> Indica si el paciente cuenta con gratuidad por no estar afiliado a algún sistema de seguridad social. (El nivel socioeconómico se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente)
(3)	<b>Nivel TS:</b> Se refiere al nivel socioeconómico que aparece en el carnet del paciente. (El nivel socioeconómico se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente).
(4)	<b>Registro:</b> Número de identificación institucional correspondiente al número de expediente del paciente. (Se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente).
(5)	<b>Nombre:</b> Nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres. (se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente).
(6)	<b>CURP:</b> Clave única de Registro de Población del paciente.
(7)	<b>Fecha de nacimiento:</b> Se refiere a la fecha de nacimiento del paciente, en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(8)	<b>Entidad de nacimiento:</b> Lugar de nacimiento del paciente.
(9)	<b>Edad:</b> Se refiere a la edad del paciente en años y meses cumplidos.
(10)	<b>Sexo:</b> Marcar con una X si es masculino o femenino.
(11)	<b>Estado conyugal:</b> Estado civil del paciente.
(12)	<b>Ocupación:</b> Actividad habitual del paciente.
(13)	<b>Escolaridad:</b> Nivel máximo de estudios del paciente.
(14)	<b>Afiliación a los servicios de salud:</b> En caso de que la persona paciente sea derechohabiente de servicios médicos en instituciones de seguridad social, especificar (IMSS, ISSSTE, Pemex, Defensa, Marina, etc.).
(15)	<b>Se considera indígena:</b> Anotar si o no.
(16)	<b>Habla lengua indígena:</b> En caso afirmativo, especificar cuál lengua habla.
(17)	<b>Domicilio y teléfono:</b> Anotar la dirección completa del lugar donde vive la persona paciente, incluyendo: Tipo y nombre de la vialidad, número exterior e interior, código postal, localidad, municipio o delegación, entidad, país, número telefónico.
(18)	<b>Datos del responsable legal:</b> Nombre completo y apellidos de la persona que se hace responsable del paciente frente a la institución, parentesco con la persona paciente y edad en años cumplidos.
(19)	<b>Datos de procedencia del paciente:</b> Fecha y hora de ingreso y fecha y hora de egreso, especificar el servicio médico de ingreso y los días de estancia del paciente.
(20)	<b>Motivo de ingreso:</b> Patología por la cual se requiere que la persona paciente reciba atención médica hospitalaria.
(21)	<b>Mujer en edad fértil:</b> Solo en caso de que la persona paciente sea del sexo femenino.
(22)	<b>Servicio al egreso:</b> Servicio de atención médica que continuará con la atención médica del paciente a su egreso de UTI.
(23)	<b>Defunción:</b> Requisitar en caso de egreso por defunción. Fecha y hora y motivo del fallecimiento.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE  PROCEDIMIENTOS  UNIDAD DE TERAPIA  INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.3 Procedimiento de egreso de la  Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 95 de 110
(24)	<b>Afecciones tratadas:</b> Anotar el diagnóstico principal por el que recibió el tratamiento médico la persona paciente. En caso de comorbilidades, anotarlas.		
(25)	<b>Procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos:</b> Anotar los procedimientos que fueron realizados a la persona paciente como parte de su tratamiento médico. En caso de procedimiento quirúrgico, especificar el procedimiento, el tipo de anestesia, la fecha, el tiempo de duración y el médico que lo realizó.		
(26)	<b>Signos vitales:</b> Colocar las variables clínicas cuantitativas, que tiene la persona paciente durante la elaboración del egreso hospitalario. Completar cada rubro		
(27)	<b>Resumen clínico:</b> Describir por aparatos y sistemas, la condición clínica, metabólica, hemodinamia y psicológica del paciente, para la elaboración del egreso hospitalario.		
(28)	<b>Resultado de laboratorio y gabinete:</b> Anotar los principales hallazgos resultantes de los estudios diagnósticos realizados a la persona paciente.		
(29)	<b>Tratamiento empleado:</b> Plan terapéutico aplicado a la persona paciente con el objetivo de mejorar su condición clínica y lograr su recuperación.		
(30)	<b>Pronóstico:</b> En base a escalas avaladas clínicas y metodológicas se aplicarán para el pronóstico de vida, función y estética del paciente.		
(31)	<b>Recomendaciones:</b> Instrucciones y consejos para la evolución favorable al egreso del paciente.		
(32)	<b>Plan de egreso:</b> Cuidados que deberá mantener la persona paciente.		
(33)	<b>Firmado por:</b> Anotar el nombre completo de personal médico que realiza el formato, empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres, así como su cédula y firma.		
(34)	<b>Firmado por:</b> Anotar el nombre completo de personal médico jefe de servicio, empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres, así como su cédula y firma.		
(35)	<b>Personal médico adscrito asignado:</b> Anotar el nombre completo del médico adscrito, que revisa la elaboración del formato, empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres, así como su cédula y firma.		

*A*

*d*

*y*

*z*

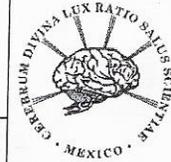
 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.3 Procedimiento de egreso de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 96 de 110

4.3.10.7 Formato nota de alta

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA</b> <b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> Lic. Sanitaria 04 AM 0913012	Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000 Hora de elaboración: (2) : : Nivel Socioeconómico:
	Servicio: (3) _____ Registro: (4) _____ Tipo de Paciente: _____ Nombre: (5) _____ Edad: (6) _____ Sexo: H (7) M _____ Fecha de Nac: 00/00/0000 (8) <span style="float: right;">DMNME-TI-12016</span>	
<b>NOTA DE ALTA</b>		
<b>SIGNOS VITALES (9)</b>		
Peso: _____ kg. Talla: _____ mts. Tensión arterial: _____ / _____ mmHg Temperatura: _____ °C Frecuencia cardíaca: _____ Escala de dolor: _____ / 10 Frecuencia respiratoria: _____ / min Fecha y hora de Ingreso: (10) 00/00/0000 : : Fecha y hora de egreso: (11) 00/00/0000 : : (12) Días de estancia _____		
<b>DIAGNÓSTICOS</b>		
Diagnóstico de Ingreso: (13) _____		
Diagnóstico de Egreso: (14) _____		
<b>RESUMEN CLÍNICO Y EXPLORACIÓN FÍSICA (15)</b>		
Días de estancia: _____ Neurológico: _____ Cardio-hemodinámico: _____ Respiratorio: _____ Gastro-metabólico: _____ Hidrico-renal: _____ Hemato-infeccioso: _____		
<b>PLAN DE ESTUDIO Y/O TRATAMIENTO (INDICACIONES MÉDICAS, VÍA, DOSIS, PERIODICIDAD) (16)</b>		
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>		
<p style="font-size: small;">www.inn.salud.gob.mx      Insurgentes Sur #2677, Col. La Fama 14209, México, Ciudad de México Tel: (55) 5600-3822 ext. 2024      Pág. 1</p>		



**MANUAL DE  
PROCEDIMIENTOS  
UNIDAD DE TERAPIA  
INTENSIVA**



Rev. 01

Codificación  
3C.12-MP-B2.3

**4.3 Procedimiento de egreso de la  
Unidad de Terapia Intensiva (UTI)**

Página 97 de  
110



**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: [ ] Tipo de Paciente: [ ]  
Nombre: [ ] Edad: [ ] Sexo:  H  M Fecha de Nac: 00/00/0000

**PRONÓSTICO**

[Empty space for prognosis]

**MÉDICO ADSCRITO ASIGNADO**

Firmado por: (17) .....  
a ..... Núm Cédula: .....

Nombre del médico, cédula y firma ELABORÓ

Firmado por: (18) .....  
a ..... Núm Cédula: .....

Nombre del médico, cédula y firma REVISÓ

*P*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.3 Procedimiento de egreso de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 98 de 110

4.3.10.8 Instructivo de llenado del formato nota de alta

<b>General</b>	<p>Este formato se debe llenar en el ECE por parte del personal de salud solicitante de UTI. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables</p>
(1)	<b>Fecha de elaboración:</b> Fecha en que se inicia la elaboración de la nota de alta médica.
(2)	<b>Hora de elaboración:</b> Hora en que se inicia la elaboración de la nota de alta médica
(3)	<b>Servicio:</b> Se anota el servicio, en este caso UTI, que realizó el procedimiento
(4)	<b>Registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica a la persona paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.
(5)	<b>Nombre del paciente:</b> Nombre completo del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.
(6)	<b>Edad:</b> Se refiere a la edad en años cumplidos del paciente.
(7)	<b>Sexo:</b> Marcar con una X si es hombre o mujer la persona paciente.
(8)	<b>Fecha de nacimiento:</b> Anotar la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024
(9)	<b>Signos vitales:</b> Requisitar los rubros obligatorios de signos vitales durante la exploración física del paciente.
(10)	<b>Fecha y hora de ingreso:</b> Fecha de ingreso del paciente a la UTI. Especificando la hora ingreso a la UTI.
(11)	<b>Fecha y hora de egreso:</b> Fecha en que se da la indicación de alta del paciente de la UTI, ya sea para pase a piso, traslado a otra unidad médica por referencia o defunción. especificar la hora de salida de la UTI.
(12)	<b>Días de estancia en la UTI:</b> Se indican los días que cumplió estancia la persona paciente en la UTI.
(13)	<b>Diagnóstico de ingreso:</b> Diagnósticos corroborados por el personal médico de la UTI, asignados desde los servicios Interconsultantes.
(14)	<b>Diagnóstico de egreso:</b> Diagnósticos asignados por equipo médico multidisciplinario, que se da al paciente posterior a su estancia en la UTI.
(15)	<b>Resumen clínico y exploración física:</b> Se deberá realizar un resumen de antecedentes y datos clínicos para otorgar manejo en la UTI, así como la evolución en la unidad, laboratorios y estudios de gabinete, así como intervenciones quirúrgicas y médicas. Así también describir por aparatos y sistemas clínicos la evolución del paciente al momento que se ha decidido dar de alta del servicio.
(16)	<b>Plan de estudio y/o tratamiento:</b> Se describe el plan para dar continuidad el tratamiento médico o quirúrgico en base a la evolución clínica del paciente. Así como el tratamiento médico especificando vía, dosis y periodicidad de cada fármaco. Rellenar el rubro de pronóstico con base en la vida, función orgánica y estética, con escalas validadas.
(17)	<b>Firmado por:</b> Nombre completo, cédula profesional y firma autógrafa del médico en turno que elabora la nota de alta de la UTI.
(18)	<b>Personal médico adscrito asignado:</b> Nombre completo, cédula profesional de especialista y firma autógrafa del médico adscrito que revisa la nota de alta.

4.3.10.9 Formato de traslado seguro  
a) INTERNO

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA</b> <b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> Lic. Sanitaria 04 AM 0913012		Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000 Hora de elaboración: (2) : : Nivel Socioeconómico:																																												
	Servicio: (3) _____ Registro: (4) _____ Tipo de Paciente: _____ Nombre: (5) _____ Edad: (6) _____ Sexo: H (7) M Fecha de Nac: 00/00/0000 (8)																																														
<b>PASAPORTE DE TRASLADO SEGURO</b>			<b>Sección 1</b> <b>SALIDA</b>																																												
SERVICIO SOLICITANTE: (9) _____		FECHA DE TRASLADO: HORA DE SALIDA: (10) 00/00/0000 : :																																													
<b>CONDICIÓN CLÍNICA</b>																																															
ESTABLE <input type="checkbox"/> (11)		DELICADO <input type="checkbox"/>																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>(12)</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NA*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Solicitud</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Consentimiento</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ayuno</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Camillero</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Enfermera</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Médico</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Inhaloterapeuta</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Oxígeno</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ventilador</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Monitor</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		(12)	SI	NO	NA*	Solicitud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consentimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Camillero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inhaloterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ventilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monitor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DESTINO: (13) _____ MOTIVO DEL TRASLADO: (14) <input type="checkbox"/> INTERCONSULTA <input type="checkbox"/> ESTUDIO <input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTO	
(12)	SI	NO	NA*																																												
Solicitud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Consentimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Ayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Camillero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Enfermera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Inhaloterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Ventilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Monitor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
*NA= NO APLICA (16) ¿El paciente regresó en las mismas condiciones? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		HORA DE REGRESO: (15) _____ : :																																													
		<b>Sección 2</b> <b>REGRESO</b>																																													
Explique Brevemente																																															
MÉDICO (17) Firmado por: ..... a ..... Núm Cédula: .....		ENFERMERA (18) Firmado por: ..... a ..... Núm Cédula: .....																																													
ENFERMERA Firmado por: ..... a ..... Núm Cédula: .....																																															

b) EXTERNO

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURGÍA</b> <b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> Lic. Sanitaria 04 AM 0913012	Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000 Hora de elaboración: (2) : : Nivel Socioeconómico: (3)																																																																							
Servicio: (3) _____ Registro: (4) _____ Tipo de Paciente: _____ Nombre: (5) _____ Edad: (6) _____ Sexo: H (7) M _____ Fecha de Nac: 00/00/0000 (8)		<b>Sección 1 SALIDA</b>																																																																							
<b>PASAPORTE DE TRASLADO SEGURO EXTERNO</b>																																																																									
SERVICIO SOLICITANTE (9) _____		(10) FECHA DE TRASLADO: 00/00/0000 HORA DE SALIDA: :																																																																							
<b>CONDICIÓN CLÍNICA</b>																																																																									
ESTABLE <input type="checkbox"/> (11) DELICADO <input type="checkbox"/>																																																																									
(12)																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th style="text-align: center;">NA*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Solicitud</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Expediente</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Consentimiento</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ayuno</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Camillero</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Camilla</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Médico de traslado</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Médico anesthesiólogo</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Inhaloterapeuta</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Tanque de oxígeno lleno</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ventilador</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Monitor de traslado</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Caja de traslado</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Equipo de gastrostomía</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Familiar</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ambulancia</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Chofer</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NA*	Solicitud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expediente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consentimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Camillero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Camilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médico de traslado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médico anesthesiólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inhaloterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tanque de oxígeno lleno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ventilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monitor de traslado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caja de traslado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Equipo de gastrostomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ambulancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chofer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DESTINO: (13) _____ MOTIVO DEL TRASLADO: (14) <input type="checkbox"/> INTERCONSULTA <input type="checkbox"/> ESTUDIO <input type="checkbox"/> PROCEDIMIENTO
	SI	NO	NA*																																																																						
Solicitud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																						
Expediente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																						
Consentimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																						
Ayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																						
Camillero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																						
Camilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																						
Médico de traslado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																						
Médico anesthesiólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																						
Inhaloterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																						
Tanque de oxígeno lleno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																						
Ventilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																						
Monitor de traslado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																						
Caja de traslado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																						
Equipo de gastrostomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																						
Familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																						
Ambulancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																						
Chofer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																						
*NA = NO APLICA (15) ¿El paciente regresó en las mismas condiciones? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		HORA DE REGRESO: : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Sección 2 REGRESO</b> </div>																																																																							
Explique brevemente																																																																									
<b>MÉDICO (16)</b>																																																																									
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">           Firmado por: ..... a ..... Núm Cédula: .....         </div>																																																																									
<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>www.innn.salud.pob.mx</span> <span>Inaugurado Sur #3877, Col. La Poma 14209, México, Ciudad de México Tel: (55) 5606-0400 ext. 2024</span> <span>Pág. 1</span> </div>																																																																									

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.3 Procedimiento de egreso de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 101 de 110

4.3.10.10 Instructivo de llenado del formato de traslado seguro

<b>General</b>	<p>Este formato se debe llenar en el ECE por parte del personal de salud solicitante de UTI. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.</p>
(1)	<p><b>Fecha de elaboración</b> Se refiere a la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.</p>
(2)	<p><b>Hora de elaboración</b> Se refiere la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).</p>
(3)	<p><b>Servicio:</b> Se refiere al servicio donde fue atendida la persona paciente.</p>
(4)	<p><b>Registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica a la persona paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.</p>
(5)	<p><b>Nombre:</b> Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.</p>
(6)	<p><b>Edad:</b> Se refiere a la edad del paciente.</p>
(7)	<p><b>Sexo:</b> Marcar si es hombre o mujer según sea el caso del paciente.</p>
(8)	<p><b>Fecha de nacimiento:</b> Se refiere a la fecha de nacimiento del paciente, en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.</p>
(9)	<p><b>Servicio solicitante:</b> Se refiere al área o servicio al que se le está dando atención médica a la persona paciente.</p>
(10)	<p><b>Fecha de traslado:</b> Colocar la fecha en la que se realiza el traslado para la interconsulta o referencia 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.</p>
(11)	<p><b>Condición clínica:</b> Se especifica en que condición de salud se encuentra la persona paciente en el momento del traslado.</p>
(12)	<p><b>Listado:</b> Se enlista el personal y equipo médico, que participa en el traslado seguro del paciente a nivel extrahospitalario.</p>
(13)	<p><b>Destino:</b> Servicio donde se traslada a la persona paciente.</p>
(14)	<p><b>Motivo del traslado:</b> Se selecciona la opción según sea el caso de traslado.</p>
(15)	<p><b>NA:</b> Condición clínica del paciente cuando regresa a la unidad médica que refiere.</p>
(16)	<p><b>Firmado por personal médico:</b> Anotar el nombre completo, cédula profesional y firma del médico acompañante del traslado.</p>



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.3 Procedimiento de egreso de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 103 de 110

4.3.10.12 Instructivo de llenado del formato certificado de defunción

<b>General</b>	Llenar a mano con letra de molde, alternando mayúsculas y minúsculas, respetando las reglas ortográficas conforme lo marca la Real Academia de la Lengua Española (RAE), incluidas las correspondientes al uso de abreviaturas.
(1)	<b>Nombre del (la) fallecido (a):</b> Anotar el nombre completo, tal cual aparece en el acta de nacimiento.
(2)	<b>Fecha de nacimiento:</b> Anotar la fecha de nacimiento del paciente en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.
(3)	<b>Sexo:</b> Indicar con una X si es hombre o mujer.
(4)	<b>Entidad de nacimiento:</b> Anotar el nombre de la entidad federativa donde nació el fallecido.
(5)	<b>CURP:</b> Anotar la CURP del fallecido(a).
(6)	<b>Habla lengua indígena:</b> Marcar con una X la opción si en caso de que el fallecido hablará alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español.
(7)	<b>Nacionalidad:</b> Anotar según el país de nacimiento del fallecido(a).
(8)	<b>Edad cumplida:</b> Registra la edad cumplida y llena con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos.
(9)	<b>Estado conyugal:</b> Situación del (la) fallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país respecto a la unión o matrimonio.
(10)	<b>Residencia habitual:</b> Anotar la dirección completa de la vivienda donde resida habitualmente el (la) fallecido(a) si esta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de entidad federativa nombre.
(11)	<b>Escolaridad:</b> Marcar con una X la opción que indique el nivel máximo de estudios del(la) fallecido(a).
(12)	<b>Ocupación habitual:</b> Anotar la ocupación principal del (la) fallecido(a).
(13)	<b>Afiliación a los servicios de salud:</b> Marcar con una X la institución a la que estaba afiliado(a) el (la) fallecido(a).
(14)	<b>Sitio donde sucedió la defunción:</b> Especificar el lugar donde sucedió la defunción.
(15)	<b>Domicilio donde sucedió la defunción:</b> Anotar tipo de vialidad, nombre de la vialidad, número interior y exterior, tipo de asentamiento, nombre del asentamiento, C.P., localidad, municipio o alcaldía y entidad federativa.
(16)	<b>Fecha y hora de la defunción:</b> Anotar la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59. Ej: 17:09.
(17)	<b>Causas de la defunción:</b> Anotar una causa en cada renglón y el tiempo aproximado.
(18)	<b>Se practicó necropsia:</b> Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas)
(19)	<b>Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años:</b> Marcar alguna de las opciones de la 1 a la 5 y no omita responder las preguntas.
(20)	<b>Datos del certificante:</b> No omitir ningún dato que lo identifique. En caso de ser un médico pasante el que certifique, este debe registrarse en la opción 4, en caso de médicos es obligatorio anotar el número de cédula profesional. La firma del certificante es obligatoria y se plasma en todas las hojas del certificado.
(21)	<b>Fecha de certificación:</b> Anotar día, mes y año de expedición de certificado.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.3 Procedimiento de egreso de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 104 de 110

4.3.10.13 Formato del certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos, tejidos y células con fines de trasplante.



**CERTIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE LA VIDA PARA LA DISPOSICIÓN  
DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS CON FINES DE TRASPLANTES**



Médico que certifica: (1) \_\_\_\_\_

Cédula Profesional Número (2) \_\_\_\_\_

Manifiesta que de acuerdo a los artículos 343 y 344 de la Ley General de Salud,

El / la C. (3) \_\_\_\_\_

Quien se encuentra en la cama/cuarto/núm. (4) \_\_\_\_\_ del servicio de (5) \_\_\_\_\_

del hospital (6) \_\_\_\_\_

ubicado en (7) \_\_\_\_\_

ha perdido la vida.

De acuerdo al artículo 343 de la Ley General de Salud, la pérdida de la vida ocurre cuando se presenta la muerte encefálica.

En el mismo artículo se establece que la muerte encefálica se presenta cuando existen los siguientes signos:

- I. Ausencia completa y permanente de conciencia,
- II. Ausencia permanente de respiración espontánea,
- III. Ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociocéptivos.

Así mismo, se ha descartado que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas y la muerte encefálica se ha corroborado a través de la(s) siguiente (s) prueba (s):

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

Con base en lo anterior, el que suscribe CERTIFICA LA PÉRDIDA DE LA VIDA de,

El / la C. (9) \_\_\_\_\_

ocurrida en la Ciudad de (10) \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas del día \_

del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

(11) \_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

El presente documento se encuentra debidamente elaborado con fundamento a los artículos 343 y 344 de la Ley General de Salud.  
Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase en llamar al Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) a los teléfonos: 01 55 54 87 99 02 ext 51430 en el D.F. y área metropolitana, del interior de la República al 01 800 22 36 282, o al 044 55 54 34 56 68 o al 01 55 54 87 99 63.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.3 Procedimiento de egreso de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 105 de 110

4.3.10.14 Instructivo de llenado del certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos, tejidos y células con fines de trasplante.

<b>General</b>	Este formato se debe llenar en el ECE por parte del personal de salud solicitante de UTI. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables
(1)	<b>Personal médico que certifica:</b> Se anota el nombre del médico que certifica.
(2)	<b>Número de cédula profesional:</b> Del médico que certifica.
(3)	<b>EI / Ia:</b> Nombre completo del potencial donante.
(4)	<b>Número de cama:</b> Donde se encuentra el potencial donante
(5)	<b>Servicio:</b> Área hospitalaria donde se ubica al potencial donante.
(6)	<b>Del hospital:</b> Nombre completo del hospital donde se encuentra hospitalizado el potencial donante.
(7)	<b>Ubicado en:</b> Ubicación del hospital donde se encuentra hospitalizado el potencial donante.
(8)	<b>Prueba:</b> Estudio electro físico que demuestra ausencia de la actividad eléctrica o de gabinete que demuestre ausencia de flujo intracraneal. Anotar uno solo. Fecha y hora del estudio.
(9)	<b>EI / Ia:</b> Nombre completo del potencial donante.
(10)	<b>Ocurrida en:</b> Anotar la ciudad, hora, día, mes y año en que ocurrió la pérdida de la vida.
(11)	<b>Nombre y firma:</b> Nombre completo y firma del personal médico que certifica la pérdida de la vida.

*B*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.3 Procedimiento de egreso de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3 Página 106 de 110

4.3.10.15 Formato de consentimiento informado de egreso voluntario.

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA</b> <b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> Lic. Sanitaria 04 AM 0913012	Fecha de elaboración: (1) 00/00/0000 Hora de elaboración: (2) : : Nivel Socioeconómico: (3) :
	Servicio: (3) : Registro: (4) : Tipo de Paciente: : Nombre: (5) : Edad: (6) : Sexo: H (7) M : Fecha de Nac: (8) 00/00/0000	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EGRESO VOLUNTARIO</b> <small>DM-EV-CI-1/2016</small>
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL/TUTOR/FAMILIAR MÁS CERCANO EN VÍNCULO (9) : PARENTESCO (10) :		
Yo (11) : 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, <b>DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA LO SIGUIENTE:</b> Se me ha explicado que el <b>EGRESO VOLUNTARIO</b> es el procedimiento por medio del cual el paciente, representante legal, tutor o familiar más cercano en vínculo solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar. Que, en este tipo de egreso, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez se enfoca en la prevención de conflictos legales, tanto para la institución como para su personal. Aún en contra de las recomendaciones médicas, expreso el motivo de tomar dicha decisión: (12) :		
• El egreso voluntario del paciente es uno de los derechos, por lo que no debe haber ninguna consecuencia adversa para él, por parte de la institución, ni de los prestadores del servicio.		
Domicilio del paciente: (13) : Domicilio del representante legal, tutor o familiar más cercano en vínculo de éste: (14) : Teléfonos del paciente: (15) : Teléfonos del representante legal, tutor o familiar más cercano en vínculo de éste: (16) :		
Firmado por: (17) : NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO		(18) : NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL/TUTOR/FAMILIAR MÁS CERCANO EN VÍNCULO
NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1		NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2
<small>www.innm.salud.gob.mx      Insurgentes Sur #2877, Col. La Ferra 14209, México, Ciudad de México Tel. (55) 5626-2822 ext. 2024      Pág. 1</small>		

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.3 Procedimiento de egreso de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 107 de 110

4.3.10.16. Instructivo de llenado del formato consentimiento informado de egreso voluntario.

<b>General</b>	<p>Este formato se debe llenar en el ECE por parte del personal de salud solicitante de UTI. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables</p>
(1)	<p><b>Fecha de elaboración</b> Se refiere a la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.</p>
(2)	<p><b>Hora de elaboración</b> Se refiere la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).</p>
(3)	<p><b>Servicio:</b> Se refiere al servicio donde fue atendida la persona paciente.</p>
(4)	<p><b>Registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica a la persona paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.</p>
(5)	<p><b>Nombre:</b> Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.</p>
(6)	<p><b>Edad:</b> Se refiere a la edad del paciente.</p>
(7)	<p><b>Sexo:</b> Marcar si es hombre o mujer según sea el caso del paciente.</p>
(8)	<p><b>Fecha de nacimiento:</b> Se refiere a la fecha de nacimiento del paciente, en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.</p>
(9)	<p><b>Nombre del representante legal / tutor / familiar:</b> Nombre de la persona legalmente responsable, tutor o familiar que otorga el consentimiento informado de egreso voluntario.</p>
(10)	<p><b>Parentesco:</b> Indicar el parentesco con la persona paciente.</p>
(11)	<p><b>Yo:</b> Nombre del paciente o de la persona legalmente responsable o familiar que requisita el formato.</p>
(12)	<p><b>Motivo:</b> La persona paciente o la persona legalmente responsable o familiar anota el motivo o la causa por la que quiere alta de forma voluntaria.</p>
(13)	<p><b>Domicilio:</b> Indicar el domicilio actual del paciente.</p>
(14)	<p><b>Domicilio representante legal o familiar:</b> Anotar el domicilio vigente de la persona legalmente responsable, tutor o familiar que figure como responsable de la persona paciente.</p>
(15)	<p><b>Teléfono paciente:</b> Anotar el número telefónico vigente del paciente.</p>
(16)	<p><b>Teléfono representante legal o familiar:</b> Anotar el número telefónico de la persona legalmente responsable, tutor o familiar del paciente.</p>
(17)	<p><b>Firmado por:</b> Nombre, firma y cédula del personal médico que obtiene el consentimiento.</p>
(18)	<p><b>Nombre y firma del paciente o representante legal o familiar:</b> Nombre completo y firma del paciente, persona legalmente responsable o familiar más cercano en vínculo que autoriza el egreso voluntario.</p>

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.3 Procedimiento de egreso de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3
			Página 108 de 110

4.3.10.17. Formato de solicitud de ingreso al 4° piso de hospitalización.

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA</b> <b>MANUEL VELASCO SUÁREZ</b> 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:	
Nombre: (6)	Edad: (7)	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> H (8) <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nac: 00/00/0000 (9)
<b>AUTORIZACIÓN PARA INGRESAR AL 4° PISO DE HOSPITALIZACIÓN</b>			
NOMBRE DEL PACIENTE: (10)			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (3)	
NÚMERO DE EXPEDIENTE: (11)			
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO: (12)			
FECHA DE SOLICITUD: (13)			
			00/00/0000
SERVICIO DE PROCEDENCIA: (14)			
OBSERVACIONES (15)			
MÉDICO SOLICITANTE (16)		MÉDICO ADSCRITO SOLICITANTE (17)	
Firmado por: .....		Firmado por: .....	
..... a ..... Núm Cédula: .....		..... a ..... Núm Cédula: .....	
Vo. Bo. (18)			
Firmado por: .....		Firmado por: .....	
..... a ..... Núm Cédula: .....		..... a ..... Núm Cédula: .....	
<b>AUTORIZA</b>			
www.inn.salud.gob.mx		Insurgentes Sur 3877, Col. La Fama 14209, México, Ciudad de México Tel (55) 5000-3822 ext. 2024	
		Pág. 1	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Rev. 01
	<b>4.3 Procedimiento de egreso de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 109 de 110

4.3.10.18. Instructivo de llenado del formato de solicitud de ingreso al 4 piso de hospitalización.

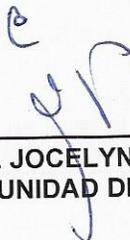
<b>General</b>	<p>Este formato se debe llenar en el ECE por parte del personal de salud solicitante de UTI. Se deben respetar las reglas de ortografía de acuerdo con la RAE, incluyendo el uso de abreviaturas. Se debe imprimir en hojas no reciclables.</p>
(1)	<p><b>Fecha de elaboración:</b> Se refiere a la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024</p>
(2)	<p><b>Hora de elaboración:</b> Se refiere la hora en la que se realiza la solicitud en horas y minutos usando el formato de 24 horas (ej. 13:11).</p>
(3)	<p><b>Nivel socioeconómico:</b> Nivel socioeconómico resultante de la evaluación realizada a la persona paciente por trabajo social. (El nivel socioeconómico se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente).</p>
(4)	<p><b>Servicio:</b> Se refiere al área en donde se está atendido a la persona paciente.</p>
(5)	<p><b>Registro:</b> Número de registro institucional con el que se identifica a la persona paciente y su expediente clínico. Se localiza en el carnet.</p>
(6)	<p><b>Nombre:</b> Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.</p>
(7)	<p><b>Edad:</b> Se refiere a la edad del paciente.</p>
(8)	<p><b>Sexo:</b> Marcar con una X si es hombre o mujer la persona paciente.</p>
(9)	<p><b>Fecha de nacimiento:</b> Se refiere a la fecha de nacimiento del paciente, en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.</p>
(10)	<p><b>Nombre del paciente:</b> Se refiere al nombre del paciente empezando con apellido paterno, apellido materno y nombres.</p>
(11)	<p><b>Número de expediente</b> Se refiere al número de expediente que está en el carnet del paciente.</p>
(12)	<p><b>Nivel socioeconómico:</b> Nivel socioeconómico resultante de la evaluación realizada a la persona paciente por trabajo social. (El nivel socioeconómico se agrega automáticamente al momento de insertar el número de expediente).</p>
(13)	<p><b>Fecha de solicitud</b> Se refiere a la fecha en la que se realiza la solicitud en formato de dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y con cuatro dígitos para el año (dd/mm/aaaa) ej. 06/02/2024.</p>
(14)	<p><b>Servicio de procedencia:</b> Servicio que realiza el alta médica del paciente.</p>
(15)	<p><b>Observaciones:</b> Anotar alguna especificación especial, que requiera la persona paciente, para continuar manejo en piso.</p>
(16)	<p><b>Personal médico solicitante:</b> Nombre completo, cédula y firma del residente de guardia.</p>
(17)	<p><b>Personal médico adscrito solicitante:</b> Nombre completo, número de cédula y firma del médico adscrito del turno.</p>
(18)	<p><b>Vo. Bo.:</b> Firma de la autoridad administrativa quien autoriza el ingreso al 4° piso de hospitalización.</p>


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 01
	<b>UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA</b>		Codificación 3C.12-MP-B2.3  Página 110 de 110

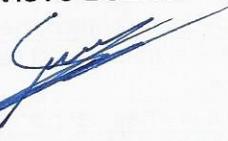
**HOJA DE AUTORIZACIÓN**

**ELABORÓ**



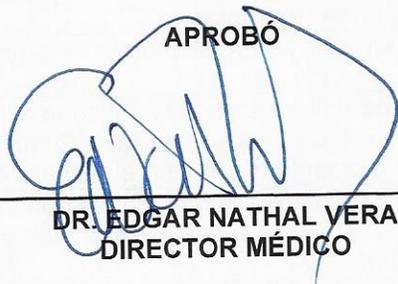
\_\_\_\_\_  
**DRA. JOCELYN CRUZ PÉREZ**  
**JEFA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**

**REVISÓ Y VISTO BUENO**



\_\_\_\_\_  
**DR. SÉRGIO MORENO JIMÉNEZ**  
**SUBDIRECTOR DE NEUROCIRUGÍA**

**APROBÓ**



\_\_\_\_\_  
**DR. EDGAR NATHAL VERA**  
**DIRECTOR MÉDICO**

**SANCIONÓ**



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