






# **INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

## **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL Y ADMISIÓN DE ENFERMOS**



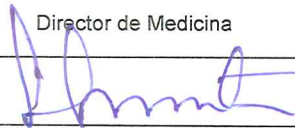
**FEBRERO 2017**

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>Índice</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 9

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>		2
<b>I. OBJETIVO DEL MANUAL</b>		3
<b>II. MARCO JURÍDICO</b>		4
<b>III. PROCEDIMIENTOS PARA:</b>		9
1. ASIGNAR EL NIVEL SOCIOECONÓMICO A PACIENTES		
2. ACTUALIZAR INFORMACIÓN Y/O REASIGNAR EL NIVEL SOCIOECONÓMICO A PACIENTES SUBSECUENTES		
3. REALIZAR LA EXENCIÓN DE PAGO A PACIENTES DEL INSTITUTO		
4. PROGRAMAR EL INGRESO HOSPITALARIO		
5. REPORTAR UN CASO MÉDICO-LEGAL		
6. CANALIZAR A LOS PACIENTES A ORGANIZACIONES DE ASISTENCIA SOCIAL		
7. SOLICITAR Y EXPEDIR EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN		
8. AUTORIZAR EL PAGO PARCIAL DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		

## AUTORIZACIÓN


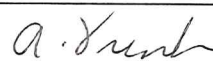
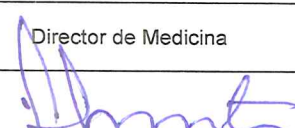
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> <b>02</b>
	<b>Introducción</b>		<b>HOJA:</b> <b>2</b> <b>DE:</b> <b>9</b>

## INTRODUCCIÓN

La importancia de Manual de Procedimientos consiste en describir la secuencia lógica y cronológica de las distintas actividades relacionadas, señalando quién, cómo, cuándo, dónde y para qué han de realizarse.

La finalidad, es la de uniformar y documentar las acciones que se realizan en la diferentes áreas del Instituto y orienten a los responsables de su ejecución en el desarrollo de sus actividades.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>Objetivo del Manual</b>		<b>HOJA:</b> 3 <b>DE:</b> 9

## I. OBJETIVO DEL MANUAL

Precisar la secuencia lógica de los pasos de que se compone cada uno de los procedimientos, la responsabilidad operativa del personal en cada área de trabajo y describir gráficamente los flujos de las operaciones y servir como medio de integración y orientación para el personal de nuevo ingreso, facilitando su incorporación a su área de trabajo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 9

## II. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Con sus reformas y adiciones.  
D. O. F. 5-II-1917 última reforma 15-VIII-2016

### TRATADOS Y DISPOSICIONES INTERNACIONALES

Convención Internacional para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.

Aprobada 07-VI-1999

Convenio sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Aprobada 13-XII-2006

Protocolo Facultativo de la convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

D.O.F. 02-V-2008

### LEYES

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 29-XII-1976 última reforma 19-XII-2016

Ley General de Salud.

D.O.F. 7-II-1984 última reforma 16-XII-2016

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

D.O.F. 14-V-1986 última reforma 18-XII-2015

Ley de los Instituto Nacionales de Salud.

D.O.F. 26-V-2000 última reforma 27-I-2015

Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

D.O.F. 13-III-2002 última reforma 18-VII-2016

Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

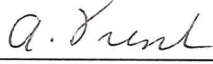
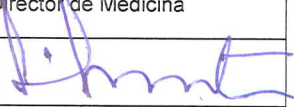
D.O.F. 04-VIII-1994 última reforma 09-IV-2012




Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

D.O.F. 30-III-2006 última reforma 30-XII-2015

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

D.O.F. 09-V-2016

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 9

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.  
D.O.F. 30-V-2011 última reforma 17-XII-2015

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.  
D.O.F. 31-III-2007 última reforma 24-III-2016

Ley Federal de Derechos.  
D.O.F. 31-XII-1981 última reforma 23-XII-2016

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.  
D.O.F. 04-I-2000 última reforma 10-XI-2014

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.  
D.O.F. 25-VI-2002 última reforma 27-XII-2016

Ley Federal de Archivos.  
D.O.F. 23-I-2012

Ley Federal del Trabajo.  
D.O.F. 01-IV-1970 última reforma 12-VI-2015

Ley Reglamentaria del Artículo 5 Constitucional Relativo al Ejercicio de las Profesiones del Distrito Federal.  
D.O.F. 26-V-1945 última reforma 19-VIII-2010

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.  
D.O.F. 11-VI-2003 última reforma 01-XII-2016

Ley General de Protección Civil.  
D.O.F. 06-VI-2012 última reforma 03-VI-2014

Ley General para la igualdad entre las Mujeres y Hombres.  
D.O.F. 02-VIII-2006 última reforma 24-III-2016

### CÓDIGOS

Código Fiscal de la Federación.  
D.O.F. 31-XII-1981 última reforma 12-I-2016

Código Penal Federal.  
D.O.F. 14-VIII-1931 última reforma 07-IV-2016

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 9

Código Civil Federal.

D.O.F. 26-V, 14-VII, 3 y 31-VIII-1928 última reforma 24-XII-2013

Código Nacional de Procedimientos Penales.

D.O.F. 14-VIII-1931 última reforma 07-IV-2016

## REGLAMENTOS

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

D.O.F. 05-IV-2004 última reforma 17-XII-2014

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

D.O.F. 06-I-1987 última reforma 02-IV-2014

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.

D.O.F. 18-I-1988 última reforma 28-XII-2004

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.

D.O.F. 20-II-1985 última reforma 26-III-2014

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

D.O.F. 14-V-1986 última reforma 19-XII-2016

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

D.O.F. 26-I-1990 última reforma 23-XI-2010

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

D.O.F. 11-VI-2003

Reglamento de la Ley Federal de Archivos.

D.O.F. 13-V-2014

Reglamento de Insumos para la Salud.




D.O.F. 04-II-1998 última reforma 14-III-2014

## ACUERDOS

Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a Conocer los Formatos de Certificados de Defunción y de Muerte Fetal.

D.O.F. 30-I-2009

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 7 <b>DE:</b> 9

Acuerdo que Establece las Disposiciones que Deberán Observar los Servidores públicos el Separarse de su Empleo, Cargo o Comisión para Realizar la Entrega-Recepción del Informe de los Asuntos a su Cargo y de los Recursos que Tengan Asignados.

D.O.F. 13-IX-2005

Acuerdo por el que se Reforma el Diverso que Establece las Disposiciones que Deberán Observar los Servidores Públicos al Separarse de su Empleo, Cargo o Comisión para Realizar la Entrega-Recepción del de los Asuntos a su Cargo y de los Recursos que tengan Asignados.

D.O.F. 20-XI-2015

Acuerdo por el que se Establece la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos.

D.O.F. 28-IV-2004

Acuerdo por el que se Establecen las Bases para la Ejecución, Coordinación y Evaluación del Programa General de Simplificación de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 09-II-1989

Acuerdo por el que se Modifica el Diverso por el que la Secretaría de Salud da a Conocer los Formatos de Certificados de Defunción y de Muerte Fetal Publicado el 30 de enero de 2009.

D.O.F. 06-II-2015

Acuerdo por el que se Emite los Criterios Generales y la Metodología a los que Deberán Sujetarse los Procesos de Clasificación Socioeconómica de Pacientes en los Establecimientos que presenten Servicios de Atención Médica de la Secretaría de Salud en las entidades Coordinadoras por Dicha Secretaría.

D.O.F. 27-V-2013

Acuerdo que tienen por Objeto Emitir las Disposiciones Generales en Materia de Archivos y Transparencia para la Administración Pública Federal y su Anexo Único.

D.O.F. 3-III-2012

### NORMAS OFICIALES MEXICANAS

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


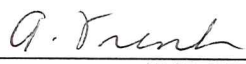
D.O.F. 15-X-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los Servicios de Salud que Establece los Criterios de Funcionamiento y Atención en los Servicios de Urgencias de los Establecimientos de Atención Médica.




D.O.F. 04-IX-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en Materia de Información en Salud.

D.O.F. 30-XI-2012

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 8 <b>DE:</b> 9

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, para la Atención Integral de Personas con Discapacidad.  
D.O.F. 14-IX-2012

### PLANES Y PROGRAMAS

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.  
D.O.F. 20-V-2013

Programa Sectorial de Salud 2013-2018.  
D.O.F. 12-XII-2013

Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción 2008-2012.  
D.O.F. 09-XII-2004

Programa Nacional de Protección Civil 2014-2018.  
D.O.F. 30-IV-2013

### DOCUMENTOS NORMATIVOS

Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.  
Fecha de expedición: IX-2013



Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y Documentos Normativos del INCMNSZ.  
Julio 2014

### OTRAS DISPOSICIONES



Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.  
Fecha de expedición: 03-X-2016

Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.  
Fecha de expedición: 03-X-2016

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17


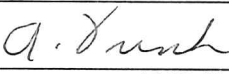
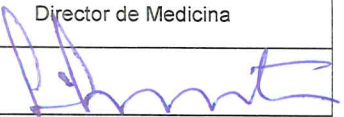
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> <b>02</b>
	<b>Procedimientos</b>		<b>HOJA:</b> <b>9</b> <b>DE:</b> <b>9</b>

### III.PROCEDIMIENTOS PARA:

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 47

## 1. PROCEDIMIENTO PARA ASIGNAR EL NIVEL SOCIOECONÓMICO A PACIENTES

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 47

## 1.0 PROPÓSITO

Asignar al Paciente el nivel socioeconómico para el pago de la cuota de recuperación que corresponda a su situación económica prevaeciente, con objetividad y equidad.

## 2.0 ALCANCE

**A Nivel Interno:** Este procedimiento aplica a las Direcciones General y Medicina, a la Subdirección de Servicios Paramédicos, a los Departamentos de Trabajo Social y Admisión de Enfermos (TSAE), Estadística y Archivo Clínico y Desarrollo y Mantenimiento de Sistemas.

**A Nivel Externo:** Este procedimiento aplica a Pacientes.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### GENERALES:



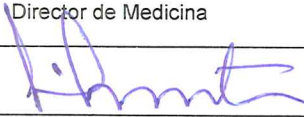
1. El Asistente Administrativo o el Apoyo Administrativo de Trabajo Social es responsable de verificar en el sistema informático vigente el nombre de los Pacientes a entrevistar por día para llevar a cabo la asignación del nivel socioeconómico. Dicha información del sistema informático vigente es ingresada por el Personal de la Preconsulta.
2. El Asistente Administrativo o el Apoyo Administrativo de Trabajo Social verifica en el sistema informático vigente si el Paciente cuenta con registro temporal de las siguientes áreas:
  - a) Laboratorio Central.
  - b) Atención Institucional Continua y Urgencias.
  - c) Radiología e Imagen.
  - d) Endoscopia
  - e) Central Toma de Muestras.
  - f) Preconsulta.

Las áreas mencionadas sólo pueden asignar el registro temporal para generar las cuotas de recuperación de los servicios de atención prestados a los Pacientes que no cuentan con un expediente institucional.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17


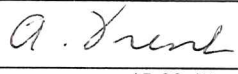
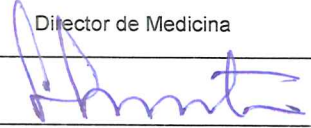
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 3 <b>DE:</b> 47




3. El Asistente Administrativo o el Apoyo Administrativo de Trabajo Social, en caso de que el Paciente no cuente con registro temporal, solicita los siguientes datos:
  - a) Nombre completo del Paciente.
  - b) Fecha de nacimiento.
4. El Asistente Administrativo o el Apoyo Administrativo de Trabajo Social asigna el nivel socioeconómico 4 a los Pacientes que no cuenten con un número de expediente en el Instituto hasta que se determine el ingreso a fin de ubicarlo en el nivel socioeconómico correspondiente.
5. El Trabajador Social Operativo, al momento de entrevistar al Paciente y/o Responsable Legal ingresa los datos proporcionados en los Datos Generales (**Formato 1**) y realiza el estudio socioeconómico (**Formato 2**) en el sistema informático vigente para asignar un nivel de clasificación a fin de cubrir las cuotas de recuperación el cual considera los criterios de gratuidad y principios de solidaridad social.
6. El Trabajador Social Operativo realiza el estudio socioeconómico temporal a aquellos Pacientes referidos de otras instituciones que no pertenezcan a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) que manifiesten insolvencia económica. Una vez aceptado el Paciente en el Instituto se le proporciona un expediente institucional.
7. El Trabajador Social Operativo solicita, al momento de la entrevista, la documentación siguiente:
  - a) Identificación Oficial del Paciente y del Responsable Legal (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional, Cartilla de Servicio Militar).
  - b) Comprobante de ingresos con vigencia máxima de 3 meses.
  - c) Comprobante de egresos (Predial o renta, luz, agua, teléfono, etc.) con vigencia máxima de 3 meses.
8. El Trabajador Social Operativo, una vez asignado el nivel socioeconómico, revisa la documentación. En caso de no tener documentación oficial de ingresos, el Paciente y/o Responsable Legal cuenta con la opción de solicitar un acta de barandilla con un Juez Cívico de la Delegación o Municipio o estudio socioeconómico al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) o constancia expedida por autoridad local o Municipal.
9. El Asistente Administrativo o el Apoyo Administrativo de Trabajo Social ingresa el número de expediente institucional del Paciente para imprimir la carta consentimiento bajo información para pacientes de nuevo ingreso y las condiciones para admisión.
10. El Asistente Administrativo o el Apoyo Administrativo de Trabajo Social es responsable de solicitar al Paciente y/o Responsable Legal que firme la documentación de ingreso.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 47

11. El Asistente Administrativo o el Apoyo Administrativo de Trabajo Social emite el carnet (**Formato 3**) con la etiqueta, conteniendo el nombre, número de expediente y nivel socioeconómico del Paciente. En caso de que el Paciente se hospitalice se entrega el carnet al egreso del mismo.
12. El Asistente Administrativo o el Apoyo Administrativo de Trabajo Social entrega la siguiente documentación al Departamento de Estadística y Archivo Clínico:
  - a) Las Condiciones para admisión.
  - b) La Carta de consentimiento bajo información para pacientes de nuevo ingreso.
  - c) El Estudio socioeconómico.
  - d) La Aceptación del paciente o solicitud de internación.
13. El Apoyo Administrativo de Trabajo Social, una vez concluido el trámite del ingreso del Paciente al Instituto, entrega la documentación requerida al Asistente Administrativo (identificación oficial del Paciente y del Responsable Legal (credencial de elector, pasaporte, cédula profesional, cartilla de servicio militar), comprobante de ingresos y comprobante de egresos (predial o renta, luz, agua, teléfono, etc.), para la realización del estudio socioeconómico.
14. El Trabajador Social Operativo asigna el nivel socioeconómico 6 a los Pacientes extranjeros que ingresen al país con el propósito predominante de hacer uso de los servicios del Instituto, excepto los casos de urgencias (de conformidad con lo dispuesto en el Art. 36 de la Ley General de Salud).
15. El Jefe del Departamento TSAE o el Supervisor de Trabajo Social registra en el sistema informático vigente a los Pacientes referidos por las Instituciones pertenecientes a la CCINSHAE con el nivel socioeconómico asignado por las mismas; previa presentación de la hoja de referencia con el nivel socioeconómico debidamente sellado de la unidad médica que refiere y con el carnet de citas de la institución de procedencia con registro del nivel socioeconómico asignado.
16. El Trabajador Social Operativo asigna el nivel 7 a los Pacientes que cuenten con seguro de gastos médicos mayores. En caso de que dicho seguro no cubra los gastos generados por la atención en el Servicio de la Consulta Externa, se aplica el nivel que corresponda.
17. El Trabajador Social Operativo, cuando tenga conocimiento de que un Paciente internado en un sector colectivo cuente con un seguro de gastos médicos mayores sin notificar la existencia de éste y solicita el llenado de los documentos correspondientes informa al Paciente y/o Responsable Legal acerca de la restricción del Instituto de proporcionar información hasta que se aplique el nivel 7 y se ajuste la cuenta de hospitalización a partir del ingreso.



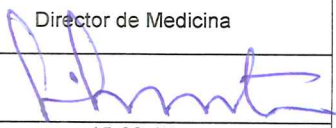
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 47

18. El Trabajador Social Operativo aplica las Bases de Operación para los niveles 6 y 7, cuando el Paciente hospitalizado en los sectores colectivos solicite el traslado a sectores individuales. Para ser trasladado, es necesario que el Paciente cubra el saldo generado hasta ese momento en nivel 6 o 7 y efectúe el depósito correspondiente al área de individuales.
19. El Trabajador Social Operativo verifica que el Paciente y/o Responsable Legal presente documentación que acredite solvencia económica para acceder al sector de individuales. Si se trata de recibos de ingresos o declaración fiscal anual, tiene que amparar como mínimo 20 Salarios Mínimos Mensuales Generales vigentes de la Ciudad de México (SMMGVCDMX). En caso de los estados de cuenta bancarios se autoriza cuando el saldo promedio mensual sea equivalente al depósito quirúrgico en nivel 6 o en su defecto deposita al Instituto la cantidad correspondiente al procedimiento quirúrgico en nivel 6.
20. El Trabajador Social Operativo considera los egresos mensuales manifestados por el Paciente y/o Responsable Legal, en caso de que no cuente con información precisa acerca del monto del ingreso.
21. El Trabajador Social Operativo, en caso de que el Paciente y/o Responsable Legal se nieguen a proporcionar información o esta sea falsa, asigna el nivel 6 hasta que se compruebe su situación para ubicarlo dentro del nivel que corresponda.
22. El Jefe del Departamento de TSAE envía un informe mensual a la Subdirección de Servicios Paramédicos conteniendo datos socioeconómicos de Pacientes de apertura de expediente clínico.
23. El Supervisor de Trabajo Social firma la documentación necesaria en caso de ausencia del Jefe de TSAE.
24. El Trabajador Social Operativo, el Asistente Administrativo y el Apoyo Administrativo de Trabajo Social en todo momento mantiene una actitud cortés, empática y de respeto hacia el Paciente y/o Responsable Legal, tendiente a preservar los preceptos de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.
25. El Trabajador Social Operativo, el Asistente Administrativo y el Apoyo Administrativo de Trabajo Social, en caso de incumplimiento de las políticas y procedimientos contenidos en el presente manual, es sancionado de acuerdo a las medidas disciplinarias contenidas en las Condiciones Generales de Trabajo del Instituto mediante un comunicado a la Subdirección de Recursos Humanos para su aplicación.

#### DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

26. El Jefe del Departamento de TSAE o Supervisor de Trabajo Social solicita el acceso al sistema informático vigente por escrito al Departamento de Desarrollo y Mantenimiento de Sistemas. El Departamento de Desarrollo y Mantenimiento de Sistemas, es responsable del procesamiento de la información, estableciendo los métodos de control y seguridad necesarios para evitar alteraciones al sistema informático vigente.



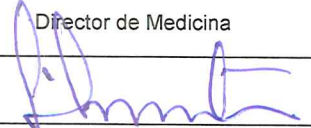
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 47

27. El Trabajador Social Operativo, en caso de un error del sistema informático en la asignación de un nivel diferente al que corresponda (fuera del rango o suma incorrecta), respeta aquel que se consideró inicialmente para dar la información de costos al Paciente y/o Responsable Legal.
28. El Supervisor de Trabajo Social revisa y coteja mensualmente el reporte de Pacientes de apertura de expediente clínico contra los Variables para la Asignación de Nivel Socioeconómico a los Usuarios de los Servicios Médicos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (**Anexo 1**), de acuerdo con la información capturada por los Trabajadores Sociales Operativos en el sistema informático vigente.
29. El Trabajador Social Operativo realiza la asignación del nivel socioeconómico a los Pacientes de apertura de expediente clínico, así como a los Pacientes sin expediente institucional de conformidad a las variables para la asignación de nivel socioeconómico a los usuarios de los servicios médicos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (**Anexo 1**) y a las bases de operación para los Niveles 6 y 7 (**Anexo 2**).
30. El Asistente Administrativo o el Apoyo Administrativo de Trabajo Social asigna el nivel socioeconómico 6 a los Pacientes que no cuenten con expediente institucional y que provengan de Instituciones de Salud Privadas.
31. El Asistente Administrativo o el Apoyo Administrativo de Trabajo Social asigna el nivel socioeconómico 7 a los Paciente que no cuenten con expediente Institucional y cuenten con seguro de gastos médicos e instituciones con convenio en el Instituto.
32. El Trabajador Social Operativo asigna el nivel socioeconómico a cada Paciente en la apertura de expediente clínico, este depende del resultado de la suma de los indicadores del estudio de la situación socioeconómica. En casos específicos la clasificación puede ser modificada previa autorización del Director General o del Director de Medicina del Instituto.

**DE LA ASIGNACIÓN PARA EL INGRESO DE LOS TRABAJADORES COMO PACIENTES AL INSTITUTO:**

33. El Trabajador Social Operativo realiza el estudio socioeconómico a los Trabajadores del Instituto, que ingresen como Pacientes al Instituto, asignando expediente Institucional y el nivel socioeconómico 2, de acuerdo a lo señalado en el artículo correspondiente de las Condiciones Generales de Trabajo autorizadas. En caso de contar con expediente, el nivel quedará registrado en el sistema informático vigente.
34. El Asistente Administrativo solicita al Trabajador del Instituto copia del gafete y último talón de pago para la realización de estudios y asignación del registro temporal con el nivel socioeconómico 2.
35. El Trabajador Social Operativo solicita al Trabajador del Instituto copia del gafete y último talón de pago para realizar el estudio socioeconómico y asignación de expediente Institucional, en caso de requerir hospitalización y que soliciten la atención en el sector de individuales, conserva nivel socioeconómico 2.


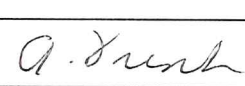
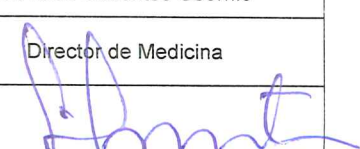
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 7 <b>DE:</b> 47

**DE LA ASIGNACIÓN PARA EL INGRESO DE FAMILIAR DEL TRABAJADOR AL INSTITUTO:**

36. El Jefe del Departamento de TSAE o el Supervisor de Trabajo Social designa al Trabajador Social Operativo para que realice el estudio socioeconómico inicial, en caso de que sea autorizado el ingreso como Paciente al Instituto de un familiar del Trabajador del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos.
37. El Asistente Administrativo solicita al Trabajador del Instituto, en caso de que su cónyuge, padres o hijos requieran de estudios la copia del gafete, último talón de pago, acta de matrimonio o acta de nacimiento previa comprobación de parentesco de acuerdo a lo señalado en el artículo correspondiente de las Condiciones Generales de Trabajo Autorizadas para la asignación del expediente Institucional con el nivel socioeconómico 3, indicando a los Trabajadores del Instituto que los familiares arriba señalados, pagan todos y cada uno de los servicios obtenidos en el Instituto
38. El Trabajador Social Operativo realiza el estudio socioeconómico al cónyuge, padres e hijos de los Trabajadores del Instituto, que ingresen como Pacientes, asignando expediente Institucional y como máxima calificación, nivel 3, previa comprobación de parentesco de acuerdo a lo señalado en el artículo correspondiente de las Condiciones Generales de Trabajo Autorizadas. Indicando a los Trabajadores del Instituto que los familiares arriba señalados, pagan todos y cada uno de los servicios obtenidos en el Instituto.
39. El Trabajador Social Operativo realiza el estudio socioeconómico al cónyuge, padres e hijos de los socios de la Asociación de Médicos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (AMINNSZ), que ingresen como Pacientes al Instituto, asignando expediente Institucional y el nivel socioeconómico 3 y solicita el comprobante de pago de membresía vigente e identificación de ambos. En caso de no contar con expediente, el nivel quedará registrado en el sistema informático vigente, indicando a los socios de la AMINNSZ que los familiares, pagan todos y cada uno de los servicios obtenidos en el Instituto. Esto mismo aplica a los socios de la AMINNSZ egresados; a quienes solicita el comprobante de pago de membresía ante la Asociación.
40. El Trabajador Social Operativo indica a los Trabajadores del Instituto, así como a su cónyuge, padres e hijos que cuentan con seguro de gastos médicos mayores que la clasificación de ingreso a hospitalización es nivel 7 para todos los conceptos que cubra dicho seguro de acuerdo con la póliza correspondiente. En aquellos conceptos excluidos en la póliza y los relacionados con la atención ambulatoria mantendrán el nivel asignado por el Trabajador Social Operativo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 8 <b>DE:</b> 47

#### DE LA ASIGNACIÓN DE INGRESO A MÉDICOS RESIDENTES, JUBILADOS Y OTROS:

41. El Trabajador Social Operativo asigna a los Médicos Residentes de los Institutos de la Secretaría de Salud, así como los Médicos Internos de pregrado, prestadores de servicio social y Médicos alumnos de curso de posgrado del Instituto, el nivel 1x (0) para los servicios proporcionados previa acreditación por parte del Director de Enseñanza de la Institución y autorizada por el Director General o el Director de Medicina del Instituto; asimismo le solicita identificación oficial.
42. El Trabajador Social Operativo asigna el nivel socioeconómico a los Trabajadores Jubilados y a su cónyuge, considerando como máximo el nivel 3, aún si solicita la atención hospitalaria en sectores individuales.
43. El Trabajador Social Operativo asigna el nivel socioeconómico 4 a los Médicos Cirujanos ajenos al Instituto, cónyuge, padres e hijos, solicitando una copia de su cédula o título profesional e identificación oficial. La atención se refiere a los servicios de hospitalización del sector de individuales y colectivos.

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

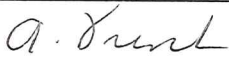
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Apoyo Administrativo de Trabajo Social o Asistente Administrativo	1	<p>Recibe al Paciente y/o Responsable Legal y verifica si cuenta con un registro temporal. <b>(Políticas 1 y 2)</b></p> <p>¿Cuenta el Paciente con registro temporal?</p> <p>No: Solicita los datos personales del Paciente, asigna registro temporal y envía con el Trabajador Social Operativo <b>(Políticas 3 y 4)</b></p> <p>Sí: Envía con el Trabajador Social Operativo para la realización del estudio socioeconómico.</p>
Trabajador Social Operativo	2	Recibe al Paciente y/o Responsable Legal y se identifica como el personal autorizado para la realización del estudio socioeconómico.
Trabajo Social Operativo	3	Realiza la entrevista al Paciente y/o Responsable Legal para la asignación de nivel socioeconómico y registro definitivo <b>(Política 5)</b> .
Trabajador Social Operativo	4	<p>Solicita los documentos para verificar la información proporcionada por el Paciente y/o Responsable Legal <b>(Políticas 5, 6, 7 y 8)</b>.</p> <p>¿Presentan la documentación requerida?</p> <p>No: Reitera al Paciente y/o Responsable Legal la importancia de presentarlos y orienta en los mismos.</p> <p>Sí: Rectifica la información con los documentos proporcionados y registra en el sistema informático vigente.</p>

#### CONTROL DE EMISIÓN

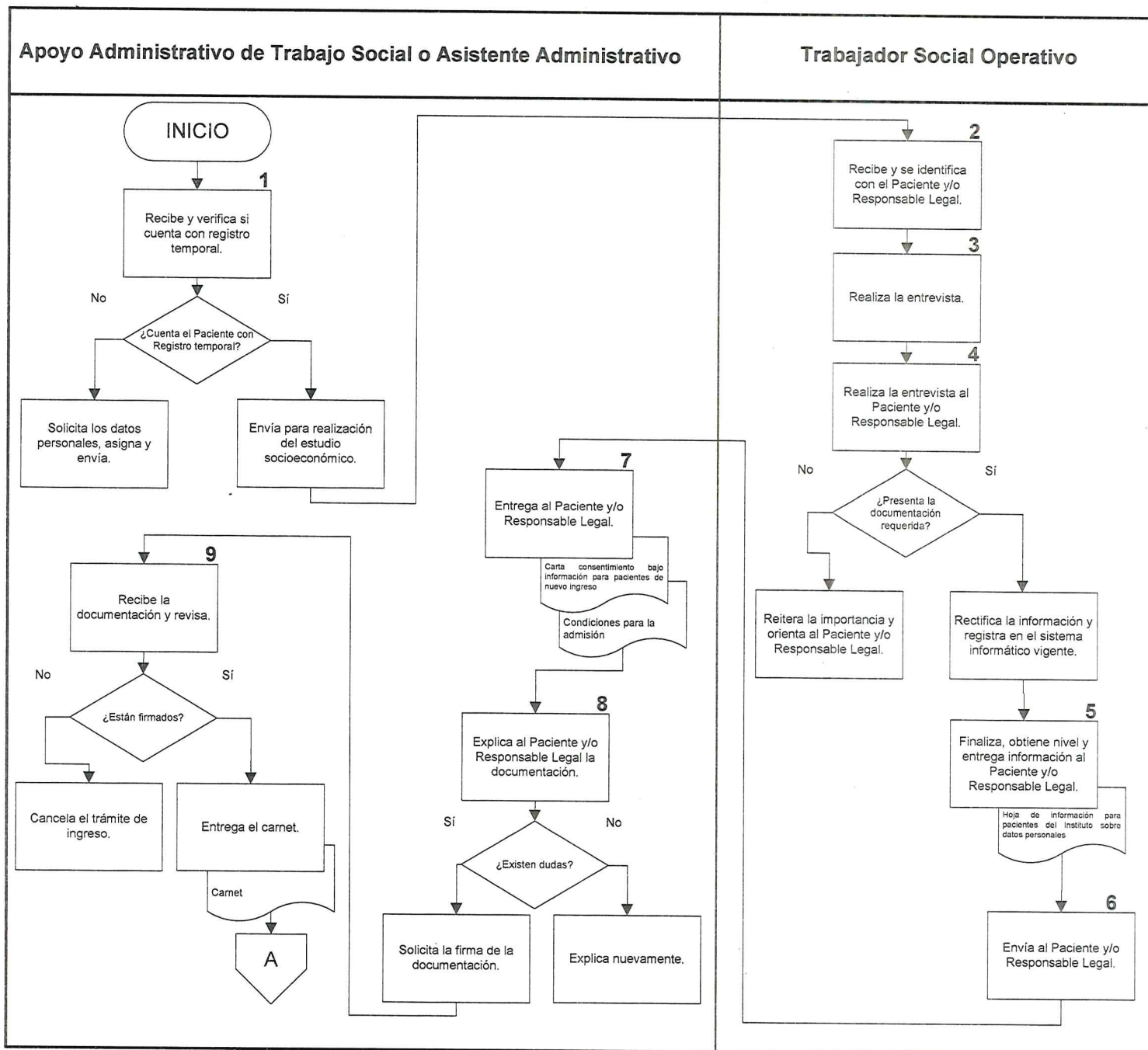
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 9 <b>DE:</b> 47




RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Trabajador Social Operativo	5	Finaliza la entrevista, obtiene el nivel socioeconómico del sistema informático vigente y entrega la hoja de información para pacientes del Instituto sobre datos personales ( <b>Anexo 3</b> ).
Trabajador Social Operativo	6	Envía al Paciente y/o Responsable Legal con el Apoyo Administrativo de Trabajo Social o Asistente Administrativo.
Apoyo Administrativo de Trabajo Social o Asistente Administrativo	7	Entrega al Paciente y/o Responsable Legal la carta consentimiento bajo información para pacientes de nuevo ingreso ( <b>Formato 4</b> ) y las condiciones para la admisión ( <b>Formato 5</b> ) ( <b>Política 9</b> ).
Apoyo Administrativo de Trabajo Social o Asistente Administrativo	8	Explica al Paciente y/o Responsable Legal lo que está (n) firmando y pregunta si existen dudas de los documentos ( <b>Política 10</b> ).  ¿Existen dudas?  No: Explica nuevamente.  Sí: Solicita la firma de la documentación.
Apoyo Administrativo de Trabajo Social o Asistente Administrativo	9	Recibe del Paciente y/o Responsable Legal los documentos y revisa que estén firmados.  ¿Están firmados?  No: Cancela el trámite de ingreso del Paciente al Instituto.  Sí: Entrega el carnet ( <b>Formato 3</b> ) y lo envía a la realización de la historia clínica o a la programación de citas ( <b>Política 11</b> ).
Apoyo Administrativo de Trabajo Social	10	Genera listados de Pacientes de apertura de expediente clínico y entrega la documentación al Personal del Departamento de Estadística y Archivo Clínico para integrar al expediente clínico ( <b>Política 12</b> ).
Apoyo Administrativo de Trabajo Social	11	Entrega la documentación al Asistente Administrativo para el archivo de los mismos ( <b>Política 13</b> ).
Asistente Administrativo	12	Recibe la documentación de los Pacientes ingresados al Instituto y los archiva.
<b>TERMINA EL PROCEDIMIENTO</b>		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

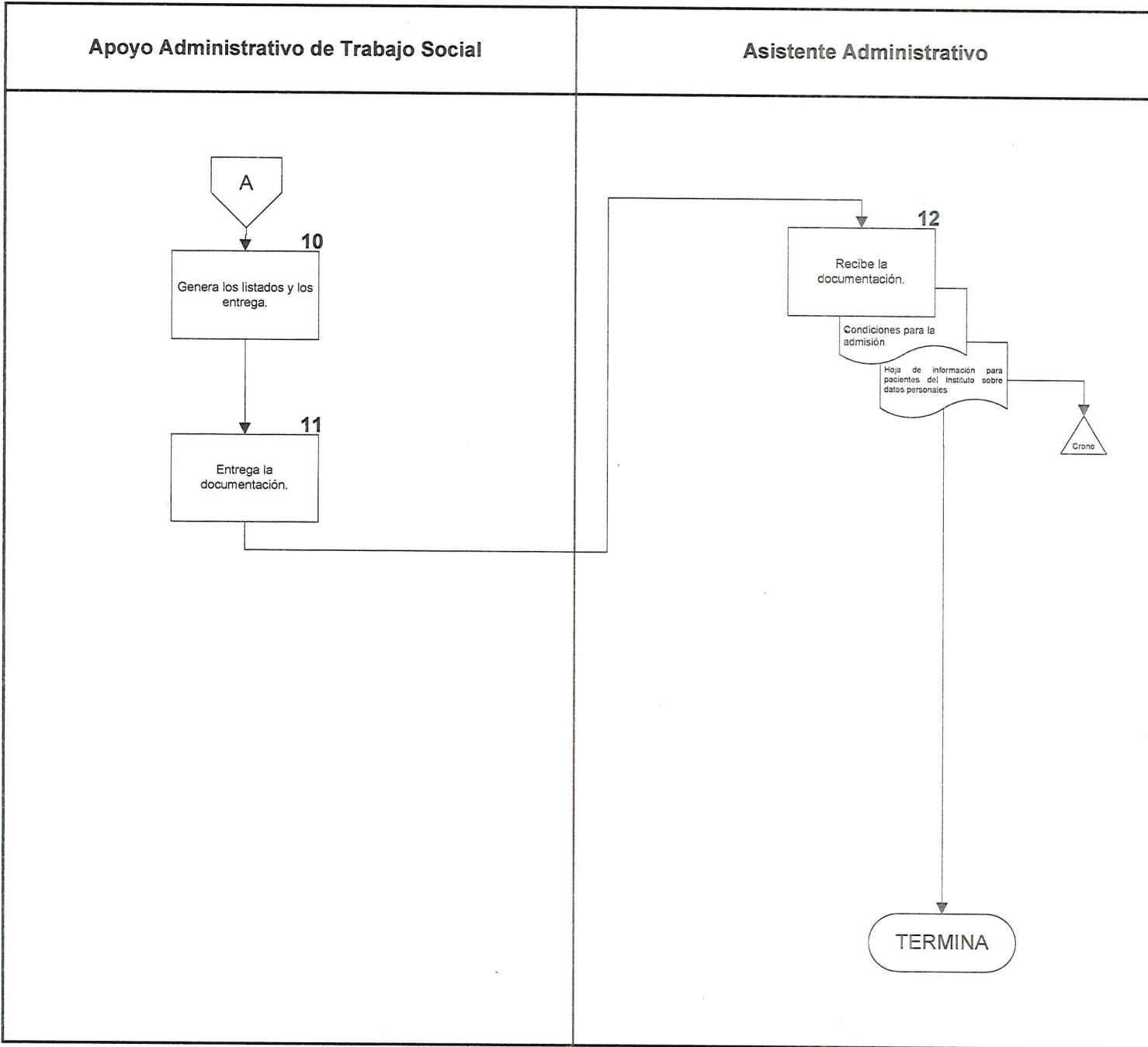
### 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 11 <b>DE:</b> 47

**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

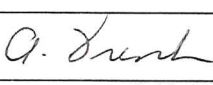
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 12 <b>DE:</b> 47




## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Formato 1 Datos Generales	6 años	Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S.5
Formato 2 Estudio socioeconómico	6 años	Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S.5
Formato 3 Carnet	NO APLICA	Paciente y/o Responsable Legal	NO APLICA
Formato 4 Carta de consentimiento bajo información para Pacientes de nuevo ingreso	6 años	Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S.5
Formato 5 Condiciones para la admisión	6 años	Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S.5
Anexo 1 Variables para la Asignación de Nivel Socioeconómico a los Usuarios de los Servicios Médicos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán	Permanente	Departamento de TSAE	NO APLICA
Anexo 2 Bases de Operación para los Niveles 6 y 7	Permanente	Departamento de TSAE	NO APLICA
Anexo 3 Información para pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán sobre los datos personales que proporcionan para su atención	NO APLICA	Paciente y/o Responsable Legal	NO APLICA

## 7.0 GLOSARIO

- 7.1. Criterios de gratuidad:** Es el porcentaje que se determina como subsidio institucional para el pago de las cuotas de recuperación.
- 7.2. Estudio socioeconómico:** Instrumento utilizado por el Trabajador Social para conocer la situación económica del Paciente como miembro de una familia y asignarle un nivel de clasificación con base en la cual se aplican las cuotas para el pago de los servicios en el Instituto.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 13 <b>DE:</b> 47


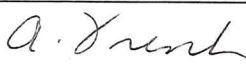
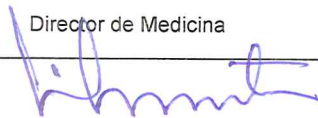
## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
01	15-01-15	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o documentos Normativos vigente
02	15-02-17	Actualización del Procedimiento.

## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS


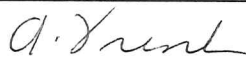
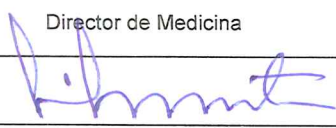
### FORMATO 9.1: DATOS GENERALES

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	TEMP:	El número de registro temporal del Paciente, lo genera automáticamente el sistema informático vigente en forma consecutivo.
2	EXP:	El número de expediente del Paciente.
	<b>Personal Datos generales</b>	
3	Primer apellido	El primer apellido del Paciente.
4	Segundo apellido	El segundo apellido del Paciente.
5	Nombre	El nombre o nombres del Paciente.
6	Sexo	Selecciona el género del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
7	Estado civil	Selecciona el estado civil del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
8	Procedencia	Selecciona la procedencia del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
9	Servicio médico público	Selecciona el servicio médico del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 14 <b>DE:</b> 47


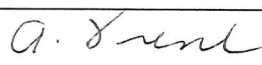
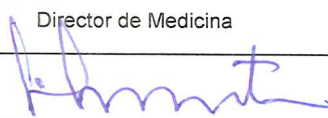
No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
10	CCINSHAE/Institución con convenio	Selecciona la Institución de procedencia del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
11	EXP	*
12	TEMP	*
13	Ocupación	Selecciona la ocupación del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
14	Religión	Selecciona la religión del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
15	Lengua indígena	Marcar sí o no, si el Paciente habla alguna lengua indígena.
16	Escolaridad	Selecciona la escolaridad del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
17	Centro sanitario de origen	*
18	Nombre del protocolo	El nombre del protocolo si es que el Paciente se encuentra en alguno.
<b>Datos de nacimiento</b>		
19	Fecha de nacimiento	Selecciona la fecha de nacimiento del Paciente de acuerdo al calendario.
20	CURP	La clave única de registro de población del Paciente.
21	RFC	Lo proporciona el sistema informático vigente de acuerdo a los datos proporcionados por el Paciente y/o Responsable Legal.
22	País	Selecciona el país de procedencia del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
23	Nacionalidad	Selecciona la nacionalidad del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17





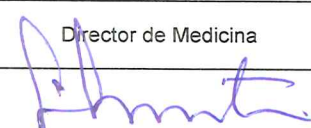
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 15 <b>DE:</b> 47

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
24	Estado	Selecciona el estado del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
25	Delegación o Municipio	Selecciona la delegación o municipio del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
<b>Datos complementarios</b>		
26	Observaciones generales	*
27	Nacionalidad	*
28	Causa de baja	*
29	Fecha de baja	*
30	Fecha última actualización	*
31	Nivel socioeconómico	*
<b>Datos familiares</b>		
32, 36, 40	Primer apellido	El primer apellido del Padre, Madre, cónyuge del Paciente.
33, 37, 41	Segundo apellido	El segundo apellido del Padre, Madre, cónyuge del Paciente.
34, 38, 42	Nombre	El nombre del Padre, Madre, cónyuge del Paciente.
35, 39, 43	Estado de vida	Selecciona de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17



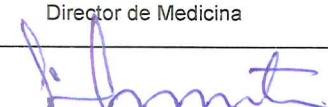
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 16 <b>DE:</b> 47

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
	<b>Domicilio/Teléfono Datos del contacto</b>	
44	Teléfono móvil	El número telefónico del celular del Paciente.
45	Teléfono fijo	El número telefónico fijo del Paciente.
46	Correo electrónico	El correo electrónico del Paciente.
	<b>Direcciones</b>	
47	País	Selecciona el país de procedencia del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
48	Calle/N°.	La calle y el número del domicilio del Paciente.
49	Código postal	El número del código postal del domicilio del Paciente.
50	Dirección principal	Marcar si es el domicilio definitivo del Paciente.
51	Estado	Selecciona el estado de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
52	Delegación/Municipio	Selecciona la delegación o municipio de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
53	Colonia	Selecciona la colonia del domicilio de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
54	Referencias	La referencia del domicilio para localizarlo, es opcional.
	<b>Responsable Datos identificativos</b>	
55	Primer apellido	El primer apellido del Responsable Legal.
56	Segundo apellido	El segundo apellido del Responsable Legal.
57	Nombre	El nombre o nombres del Responsable Legal.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 17 <b>DE:</b> 47

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
58	Fecha de nacimiento	Selección la fecha de nacimiento del Responsable Legal de acuerdo al calendario.
59	Parentesco	Seleccionar el parentesco que tiene con el Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
60	Estado civil	Selecciona el estado civil del Responsable Legal de acuerdo al sistema informático vigente.
61	Escolaridad	Selecciona la escolaridad del Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
62	Ocupación	Selecciona la ocupación la ocupación del Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
63	Responsable Legal	Marcar según el caso.
<b>Datos de contacto</b>		
64	Teléfono	El número de teléfono fijo y móvil del Responsable Legal.
65	Correo electrónico	El correo electrónico del Responsable Legal.
66	Otro	Otro número de teléfono o correo electrónico adicional del Responsable Legal.
<b>Direcciones</b>		
67	País	Selecciona el país de procedencia del Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
68	Calle/N°.	La calle y el número del domicilio del Responsable Legal del Paciente.
69	Código postal	El número del código postal del domicilio del Responsable Legal.
70	Estado	Selecciona el estado del Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.

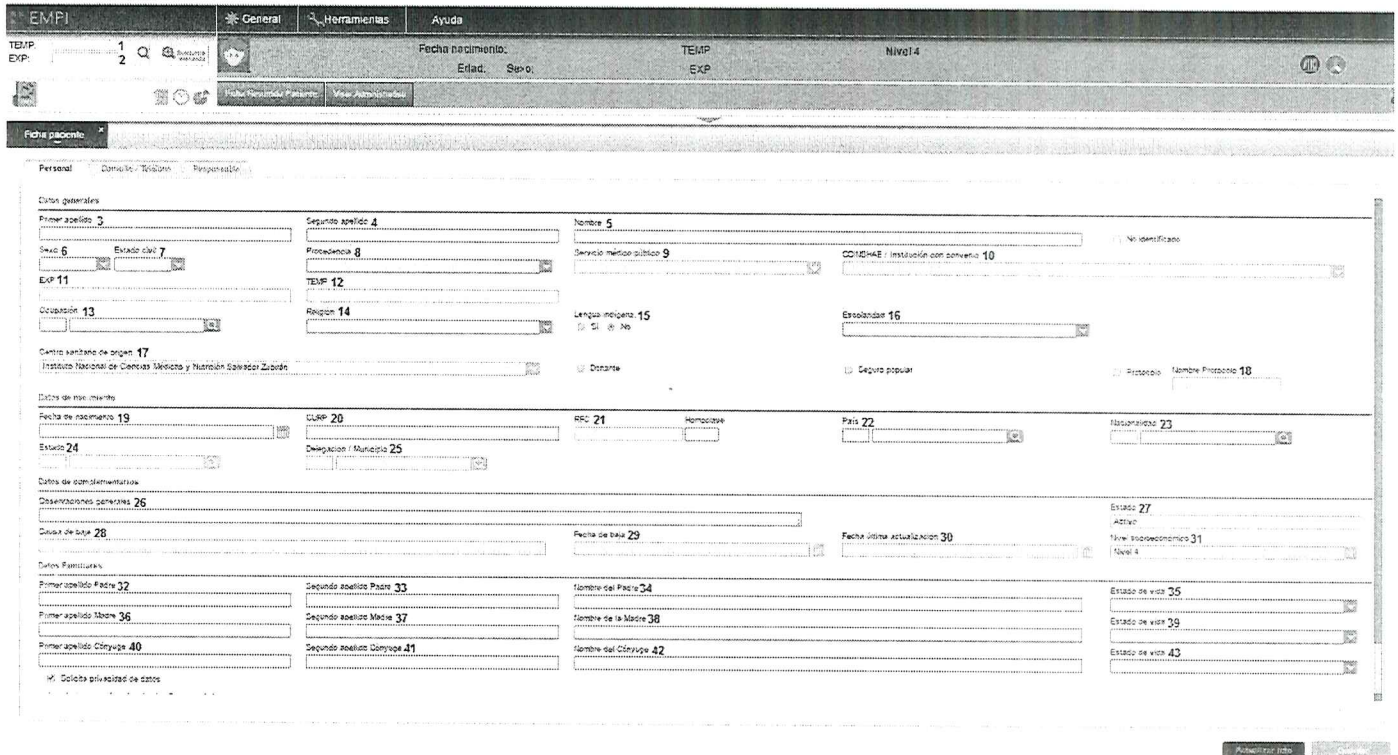
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 18 <b>DE:</b> 47

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
71	Delegación/Municipio	Selecciona la delegación o municipio del Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
72	Colonia	Selecciona la colonia del domicilio del Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
73	Referencias	La referencia del domicilio para localizarlo, es opcional.
74	Dirección principal	Selecciona si el registro ingresado corresponde a la dirección principal del Responsable Legal.

**Nota:** \* Estos datos los ingresa el Personal de Medicina.

\* Los campos identificados con los numerales 11, 12, 17, 27, 30 y 31 los genera automáticamente el sistema informático vigente.



The screenshot shows the EMPI (Sistema de Información Médica) interface. The top menu includes 'General', 'Herramientas', and 'Ayuda'. Below the menu is a search bar and a 'Ficha paciente' tab. The main form is divided into several sections: 'Datos generales', 'Datos de nacimiento', 'Datos de complementarios', and 'Datos familiares'. Each field is numbered from 1 to 43, corresponding to the manual's instructions. For example, field 1 is 'TEMP EXP', field 2 is 'Primer apellido', and field 31 is 'Nivel socioeconómico'. The form also includes checkboxes for 'No identificado', 'Donante', 'Seguro popular', and 'Arresto'.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 19 <b>DE:</b> 47

EMPI | General | Herramientas | Ayuda

TEMP: EXP: | Fecha nacimiento: Edad. Sexo. | TEMP: EXP: | Nivel 4

Ficha paciente

Personal: | Dirección | Teléfono | Responsabilidades

Datos de contacto:

Teléfono móvil: 44 | Teléfono móvil 2: | Teléfono fijo 1: 45 | Teléfono fijo 2: |  
 Correo electrónico: 46 | Correo electrónico 2: | Otro: |  
 Direcciones:  
 País: 47 | Calle/CP: 48 | Código postal: 49 | Dirección principal: 50 |  
 Estado: 51 | Delegación / Municipio: 52 | Colonia: 53 |  
 Referencias: 54

Botones: Nuevo, Actualizar

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 20 <b>DE:</b> 47

EMPI General Herramientas Ayuda

TEMP: EXP: Fecha nacimiento: Edad: Sexo: TEMP: EXP: Nivel: 4

**Ficha paciente**

Personal Datos Sistema Responsable

**Datos identificación**

Primer apellido 55 Segundo apellido 56 Nombre 57 Fecha de nacimiento 58  
 Papeles 59 Estado civil 60 Escolaridad 61 Género 62  
 Responsable legal 63


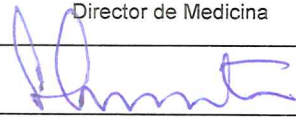
**Datos de contacto**

Teléfono contacto 1 64 Teléfono contacto 2 Teléfono electrónico 1 65 Correo electrónico 2 Celular 66

**Direcciones**

País 67 Calle 68 Código postal 69  
 Estado 70 Dirección / Municipio 71 Colonia 72  
 Referencias 73 Dirección principal 74


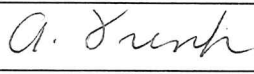
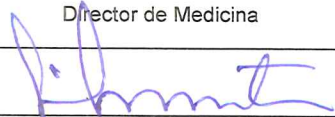
Actualizar datos




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 21 <b>DE:</b> 47


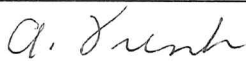
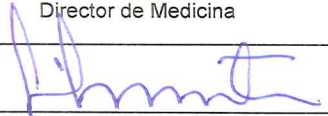
**FORMATO 9.2: ESTUDIO SOCIOECONÓMICO**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	EXP:	El número de expediente del Paciente.
<b>Datos personales</b>		
2	Tipo de paciente	Selecciona el tipo de Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
3	Área de ingreso	Selecciona el área de ingreso de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
<b>Diagnóstico</b>		
4	Institución de referencia	Selecciona la institución de referencia del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
<b>Estructura familiar y proveedor</b>		
5	Número de dependientes económicos	Selecciona el número de dependientes de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
6	Responsable o Paciente	Selecciona al Responsable o Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
7	Parentesco	Selecciona el parentesco de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
8	Nombre (s)	El nombre completo de los integrantes referidos por el Paciente o Responsable Legal.
9	Primer apellido	El primer apellido de los integrantes referidos por el Paciente o Responsable Legal.
10	Segundo apellido	El segundo apellido de los integrantes referidos por el Paciente o Responsable Legal.
11	Fecha de nacimiento	Seleccionar la (s) fecha de nacimiento de los integrantes referidos por el Paciente o Responsable Legal de acuerdo al calendario.
12	Edad	*

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 22 <b>DE:</b> 47



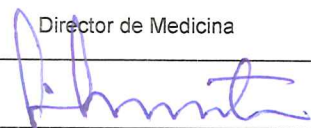
No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
13	Escolaridad	Selecciona la escolaridad de los integrantes referidos por el Paciente o Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
14	Ocupación	Selecciona la ocupación de los integrantes referidos por el Paciente o Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
15	Estado civil	Selecciona el estado civil de los integrantes referidos por el Paciente o Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
16	Proveedor	Selecciona el o los proveedores económicos.
17	Principal proveedor económico (PPE)	Marcar al Proveedor económico que efectúe el mayor aporte a la economía del hogar.
18	Total de ingresos	*
19	Egresos Familiar	*
20	Relación Egreso/Ingreso	*
<b>Vivienda y datos socioeconómicos</b>		
21	Servicios Públicos	Selecciona el o los servicios públicos con los que cuenta la vivienda del Paciente.
<b>Datos de vivienda</b>		
22	Tipo de tenencia	Selecciona de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente el tipo de tenencia.
23	Material de construcción	Selecciona de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente el material de construcción de la vivienda.
24	Tipo de vivienda	Selecciona de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente el tipo de vivienda del Paciente.
25	Habitaciones	El número de las habitaciones con las que cuenta la vivienda del Paciente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 23 <b>DE:</b> 47

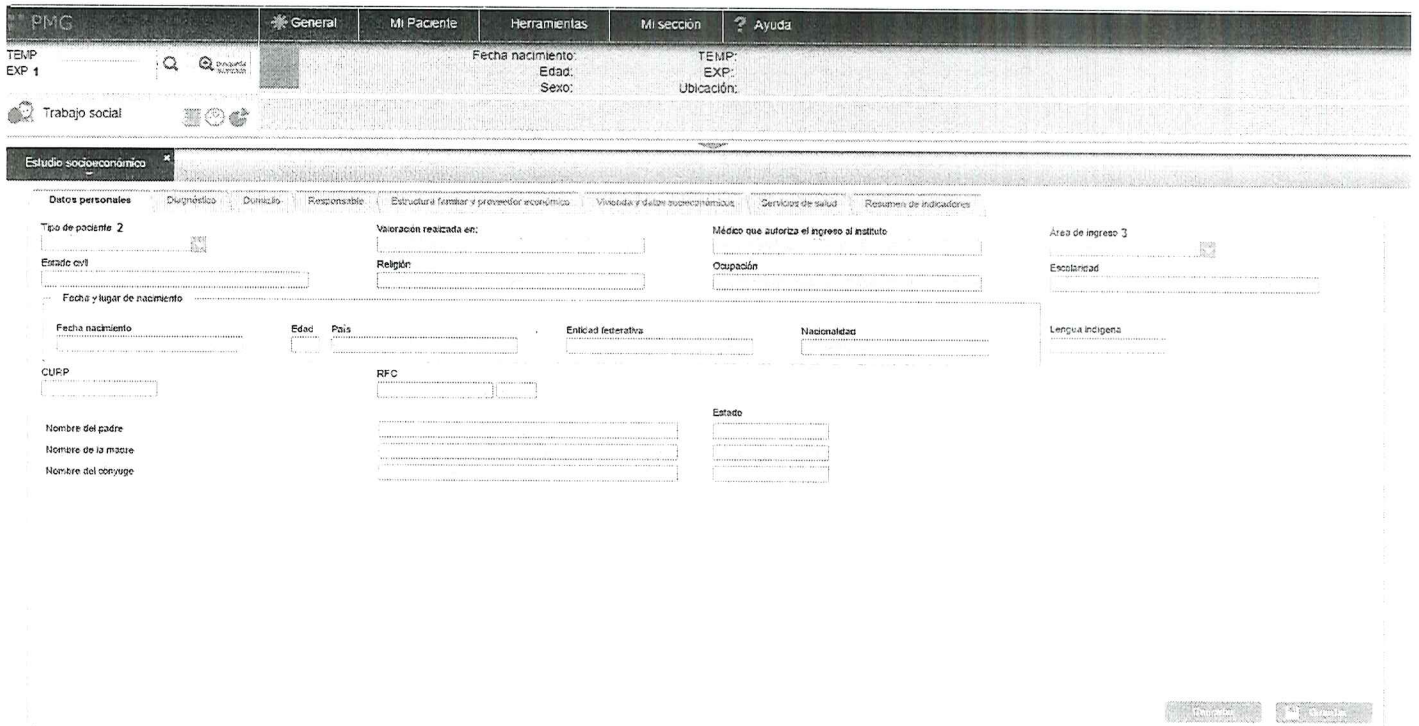
No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
26	Dormitorios	Selecciona de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente el número de dormitorios con los que cuenta la vivienda.
27	Nº. de personas por dormitorio	Selecciona de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente el número de personas que duermen por cada dormitorio.
28	Servicios intradomiciliarios	Selecciona los servicios intradomiciliarios que cuenta la vivienda.
<b>Estado de salud</b>		
29	Estado de salud familiar	Selecciona de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente el estado de salud del Paciente.
30	Tiempo de enfermedad del paciente	Selecciona de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente el tiempo de la enfermedad del Paciente.
31	*Otros problemas de salud que se atienden en otra institución	Selecciona sí o no cuenta con otros problemas de salud y si son atendidos en otra institución de salud.
<b>Servicios de salud</b>		
32	Derechohabiente	Selecciona si es derechohabiente de otra institución de salud.
33	Institución	Selecciona la institución a la que está afiliado el Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
34	Convenio	Selecciona si la institución de afiliación cuenta con convenio en el Instituto.
35	Con Aseguradora	Selecciona sí o no cuenta con seguro de gastos médicos mayores.
36	Compañía de seguro	El nombre de la compañía aseguradora.
37	Núm. Póliza	El número de la póliza del seguro.
38	Núm. Certificado	El número del certificado del seguro.
39	Documentos entregados	Selecciona los documentos entregados por el Paciente y/o Responsable Legal.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17


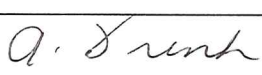
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 24 <b>DE:</b> 47

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
40	Observaciones	Las observaciones que el Trabajador Social Operativo crea pertinentes.
41	Nivel socioeconómico	*
42	Persona entrevistada	El nombre de la Persona quien proporcionó la información en la entrevista.
43	Parentesco	Selecciona el parentesco de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.

**Nota:** Los campos identificados con los numerales 12, 18, 19, 20 y 41 los genera automáticamente el sistema informático vigente.



The screenshot shows a software interface with a menu bar (PMG, General, MI Paciente, Herramientas, Mi sección, Ayuda) and a search bar. Below the menu, there are fields for 'Fecha nacimiento', 'Edad', 'Sexo', 'TEMP: EXP', and 'Ubicación'. The main section is titled 'Estudio socioeconómico' and contains several tabs: 'Datos personales', 'Diagnóstico', 'Domicilio', 'Responsable', 'Estructura familiar y proveedor económico', 'Vivienda y datos socioeconómicos', 'Certificados de salud', and 'Resumen de indicadores'. The 'Datos personales' tab is active, showing fields for 'Tipo de paciente', 'Valoración realizada en:', 'Médico que autoriza el ingreso al instituto', 'Área de ingreso', 'Estado civil', 'Religión', 'Ocupación', 'Escolaridad', 'Fecha y lugar de nacimiento', 'Fecha nacimiento', 'Edad', 'País', 'Entidad federativa', 'Nacionalidad', 'Lengua indígena', 'CURP', 'RFC', 'Nombre del padre', 'Nombre de la madre', and 'Nombre del conyuge'. There are 'Cancelar' and 'Aceptar' buttons at the bottom right.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <p><b>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</b></p>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 25 <b>DE:</b> 47

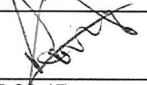
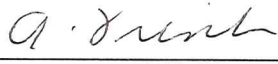
PMG | General | MI Paciente | Herramientas | MI sección | ? Ayuda



TEMP: EXP: | Fecha nacimiento: | TEMP: EXP: | Ubicación:

Trabajo social

Estudio socioeconómico

Fuente de referencia: Servicio médico público | CCINSHAE / Institución en convenio | Institución de referencia: 4  
 Diagnóstico de referencia

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 26 <b>DE:</b> 47

PMG | General | MI Paciente | Herramientas | MI sección | ? Ayuda

TEMP EXP | Fecha nacimiento: | TEMP EXP: | Edad: | Sexo: | Ubicación:

Trabajo social

Estudio socioeconómico

Datos personales | Diagnóstico | Comorbido | Requerimiento | **Estructura familiar y proveedor económico** | Vivienda y datos socioeconómicos | Servicios de salud | Resumen de indicadores

Número de dependientes económicos 5


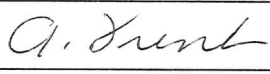
Responsable  
 Paciente


Fecha de nacimiento 11 | Parentesco 7 | Nombre (a) 8 | Primer apellido 9 | Segundo apellido 10  
 Edad 12 | Escolaridad 13 | Ocupación 14 | Estado civil 15

16  Proveedor económico | Ingreso mensual 17 | PPE

Parentesco	Edad	Nombre (a)	Primer apellido	Segundo apellido	Escolaridad	Ocupación	Estatus civil	Proveedor económico	Ingreso

Total de ingresos 18 | Egresos Familiar 19 | Relación Egreso/Ingreso 20

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 27 <b>DE:</b> 47

PMG | General | Mi Paciente | Herramientas | Mi sección | Ayuda

TEMP: EXP: | Fecha nacimiento: Edad: Sexo: | TEMP: EXP: Ubicación:

Trabajo social

Estudio socioeconómico

Estados personales | Diagnóstico | Domicilio | Responsable | Estructura familiar y proveedor económico | **Vivienda y datos socioeconómicos** | Servicios de salud | Resumen de indicadores

Servicios públicos

Alumbrado público 21  Pavimentación  Alcantarillado

Servicio de recolección de basura  Servicios médicos  Servicios educativos o recreación

Datos de la vivienda

Tipo de tenencia 22  Material de construcción 23  Tipo de vivienda 24


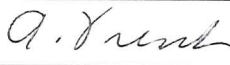
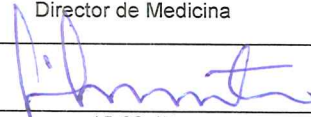
Habitaciones 25  Dormitorios 26  N° Personas por domicilio 27

Servicios intradomiciliarios 28

Agua potable  Luz  Drenaje  Teléfono

Estado de salud

Estado de salud familiar 29  Tiempo de enfermedad del paciente 30  31 \*Otros problemas de salud del paciente que se atiende en otra institución  Si  No

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 28 <b>DE:</b> 47

PMG General Mi Paciente Herramientas Mi sección ? Ayuda

TEMP: EXP: Fecha nacimiento: Edad: Sexo: TEMP: EXP: Ubicación:

Trabajo social

Estudio socioeconómico

Datos personales  Diagnóstico  Consulta  Responsable  Estructura familiar y proveedor económico  Vivienda y datos socioeconómicos  Servicios de salud  Resumen de indicadores

Servicios médicos

Derechotrabente 32  SI  No

Convenio 34  SI  No

Con aseguradora 35  SI  No

Compañía de seguro 36

Núm. Póliza 37

Institución 33

Núm. Certificado 38

Documentos entregados

Identificaciónes paciente 39

Identificaciónes Responsable legal 40

Ingresos 41

Egresos 42


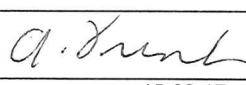
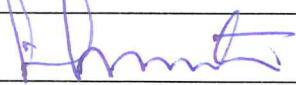
Otros documentos 43

Observaciones 44

Nivel socioeconómico asignado 45

Persona entrevistada 46

Parentesco 47

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 29 <b>DE:</b> 47

PMG General Mi Paciente Herramientas Mi sección ? Ayuda

TEMP EXP Fecha nacimiento: Edad: Sexo: TEMP: EXP: Ubicación:

Trabajo social

Estudio socioeconómico

Quitar personalización | Cargando | Demasiado | Reservable | Estructura familiar y proveedor económico | Vivienda y datos socioeconómicos | Servicios de salud | Resumen de indicadores

Indicador	Valor asignado	Puntos	Fecha última actualización
Tipo de vivienda			
Tipo de tenencia			
Material de construcción			
Número de dormitorios			
Personas por dormitorio			
Servicios intradomiciliarios			
Servicios públicos			
Tempo de enfermedad del paciente			
Abandona en otra institución			
Estado de salud familiar			
Egreso familiar			
Ocupación PPE			
Relación ingreso familiar / Dependientes económicos			
Ingresos familiares	Dependientes económicos	Puntos	Total de puntos
Nivel asignado		Nivel asignado por reclasificación	
Usuario que realizó la evaluación		Usuario que reclasificó	

\*Falta datos, favor completar el formulario de estudio socioeconómico.

Cancelar evaluado Revisar evaluado Reclasificación


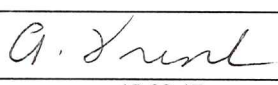
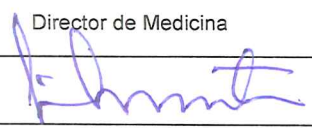
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 30 <b>DE:</b> 47

**FORMATO 9.3: CARNET**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Código de barra	Número de expediente.
2	Nombre	Nombre completo del paciente.
3	Nivel	Nivel socioeconómico del paciente.

**Nota:** Todos los datos se imprimen en una etiqueta directamente del sistema, con tan sólo teclear el número de expediente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17


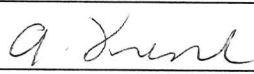
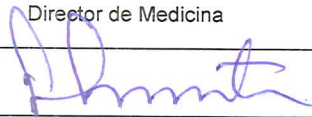


 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./O.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 31 <b>DE:</b> 47

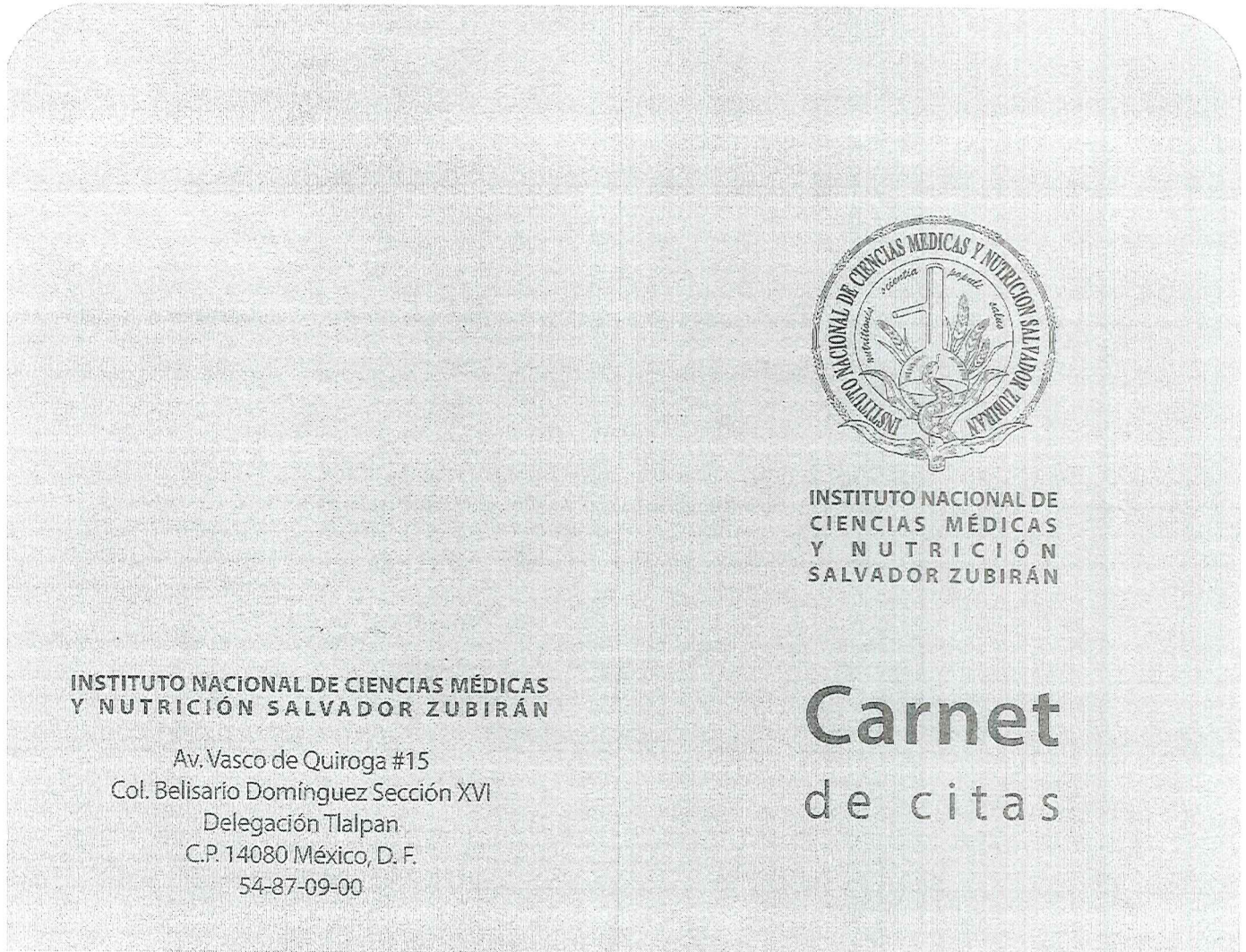
Guarde aquí  
la hoja de programación  
de citas e instructivos después  
de leerlos cuidadosamente.

#### Indicaciones importantes

1. No olvide guardar en este carnet la hoja de programación de citas.
2. Si no se presenta puntualmente, su cita será cancelada y cambiada para otra fecha.
3. Por favor, no llegue más de 15 minutos antes de la hora programada. Si lo hace, sólo prolongará su espera y causará aglomeraciones.
4. Informe cualquier cambio en su dirección y teléfono al Departamento de Trabajo Social. Esto permitirá localizarlo en caso de alguna modificación en sus citas.
5. Si necesita reprogramar alguna cita a consulta o laboratorio, hágalo personalmente o por

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 32 <b>DE:</b> 47



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	15-02-17	15-02-17	15-02-17


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 33 <b>DE:</b> 47



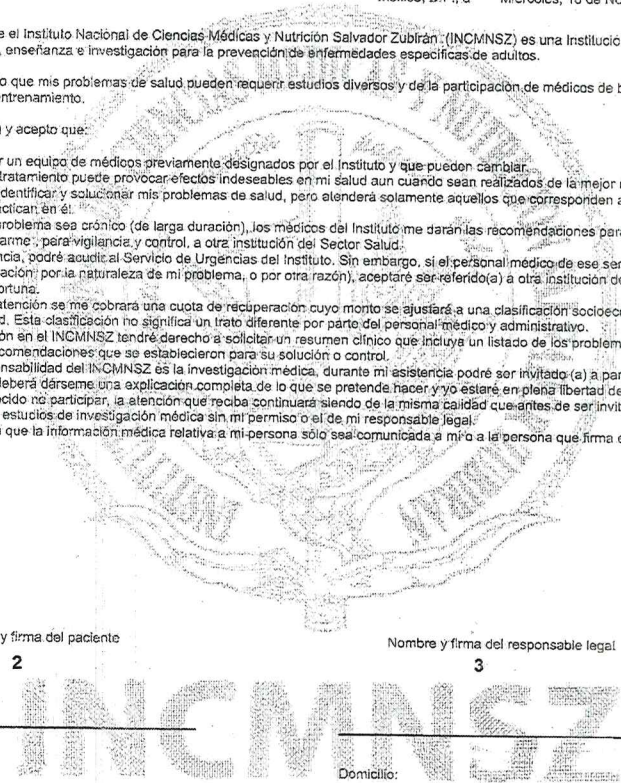
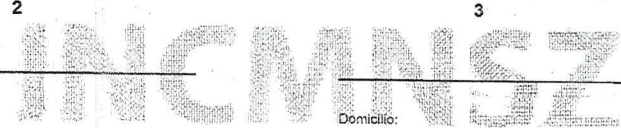
**FORMATO 9.4: CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA PACIENTES DE NUEVO INGRESO**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	EXP:	El número de expediente institucional del Paciente.
2	Nombre y firma del paciente	El nombre completo y la firma del Paciente.
3	Nombre y firma del responsable legal	El nombre completo y firma del Responsable Legal.

Nota: Los campos correspondientes al domicilio del Paciente y Responsable Legal los genera automáticamente el sistema informático vigente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17


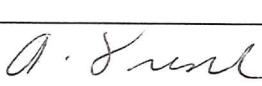
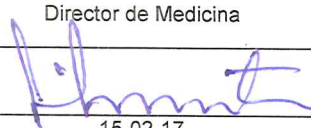
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 34 <b>DE:</b> 47

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</b> Vasco de Quiroga No.15 Colonia Belisario Domínguez Sección XVI Delegación Tlalpan México, D.F. 14060 Tel.: (52) 54-87-09-00 ext 5921, 5922, 5923,	
Carta de consentimiento bajo información para pacientes de nuevo ingreso (y/o la persona responsable) al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán		Nombre:  Edad:                      Fecha Nacimiento: EXP: 1                      TEMP: Sexo: Cama:
México, D.F., a      Miércoles, 16 de Noviembre del 2016		
<p>Se me ha informado que el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) es una Institución médica que realiza actividades de atención, enseñanza e investigación para la prevención de enfermedades específicas de adultos.</p> <p>Estoy consiente y acepto que mis problemas de salud pueden requerir estudios diversos y de la participación de médicos de base, residentes y otros profesionales en entrenamiento.</p> <p>Me doy por enterado (a) y acepto que:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Seré atendido(a) por un equipo de médicos previamente designados por el Instituto y que pueden cambiar.</li> <li>Cualquier estudio o tratamiento puede provocar efectos indeseables en mi salud aun cuando sean realizados de la mejor manera.</li> <li>El Instituto buscará identificar y solucionar mis problemas de salud, pero atenderá solamente aquellos que corresponden a las especialidades primarias que se practican en él.</li> <li>En caso de que mi problema sea crónico (de larga duración), los médicos del Instituto me darán las recomendaciones para su atención a largo plazo y podrán enviarme para vigilancia y control, a otra institución del Sector Salud.</li> <li>En caso de emergencia, podré acudir al Servicio de Urgencias del Instituto. Sin embargo, si el personal médico de ese servicio lo considera pertinente (por saturación por la naturaleza de mi problema, o por otra razón), aceptaré ser referido(a) a otra institución del Sector Salud para mi atención oportuna.</li> <li>Para el pago de mi atención se me cobrará una cuota de recuperación cuyo monto se ajustará a una clasificación socioeconómica para la que informare con verdad. Esta clasificación no significa un trato diferente por parte del personal médico y administrativo.</li> <li>Al concluir mi atención en el INCMNSZ tendré derecho a solicitar un resumen clínico que incluya un listado de los problemas de salud que se identificaron y las recomendaciones que se establecieron para su solución o control.</li> <li>Dado que una responsabilidad del INCMNSZ es la investigación médica, durante mi asistencia podré ser invitado (a) a participar en estudios clínicos. Para ellos deberá dárseme una explicación completa de lo que se pretende hacer y yo estaré en plena libertad de decidir si acepto participar o no. Si decido no participar, la atención que reciba continuará siendo de la misma calidad que antes de ser invitado a dicho estudio.</li> <li>No se me realizarán estudios de investigación médica sin mi permiso o el de mi responsable legal.</li> <li>Estoy de acuerdo en que la información médica relativa a mi persona sólo sea comunicada a mí o a la persona que firma el presente</li> </ol>		
		
Atentamente		
Nombre y firma del paciente <b>2</b>		Nombre y firma del responsable legal <b>3</b>
		
Domicilio:		Domicilio:
Colonia:		Colonia:
Delegación/Municipio:		Delegación/Municipio:
Estado:		Estado:
Teléfono:		Teléfono:

Página 1 / 1

Usuario:  
Cédula:

16-nov-16

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 35 <b>DE:</b> 47



**FORMATO 9.5: CONDICIONES PARA LA ADMISIÓN**


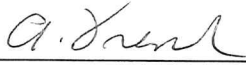
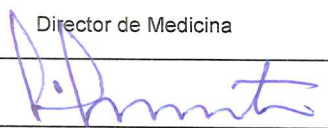
No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	EXP:	El número de expediente institucional del Paciente.
2	Persona legalmente responsable	El nombre completo y firma del Responsable Legal del Paciente.
3	Paciente	El nombre completo y firma del Paciente.
<b>RECIBÍ</b>		
4	CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LAS Y LOS PACIENTES	Marca con una X si recibió el documento.
5	INFORMACIÓN PARA PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN SOBRE DATOS PERSONALES QUE PROPORCIONARON PARA SU ATENCIÓN	Marca con una X si recibió el documento.
6	NOTIFICACIÓN DE INTERNAMIENTO EN SECTORES DE HABITACIONES INDIVIDUALES CON EL NIVEL DE CLASIFICACIÓN DIFERENTES DE 6 O 7	Marca con una X si recibió el documento.
7	CARTA COMPROMISO Y DE CONDICIONES DE ADMISIÓN EN EL 3ER Y 4TO PISO DEL INSTITUTO	Marca con una X si recibió el documento.
8	NOMBRE Y FIRMA:	El nombre completo y firma de quien recibió dicha documentación.

Nota: Los campos correspondientes a los datos del Paciente y al domicilio del Responsable Legal los genera automáticamente el sistema informático vigente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <p>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</p>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 36 <b>DE:</b> 47

 <p>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</p>	<p>Vasco de Quiroga No.15 Colonia Belisario Domínguez Sección XVI Delegación Tlalpan México, D.F. 14080 Tel.: (52) 54-87-09-00 ext 5921, 5922, 5923,</p>	
<b>Condiciones para la admisión</b>		<p>Nombre: OLVERA ORENDA, JOSE JUAN</p> <p>Edad:                      Fecha Nacimiento:</p> <p>EXP: 1                      TEMP:</p> <p>Sexo:</p> <p>Cama:</p>
<b>Datos del paciente</b>		
Nombre:	Sexo:	Edad:
Expediente:	Nivel:	
Cama:	Sector:	
Nombre del responsable:		
<b>Domicilio del responsable</b>		
Domicilio:	[Redacted]	
Colonia:	[Redacted]	
Delegación/Municipio:	[Redacted]	
Estado:	[Redacted]	
País:	[Redacted]	
Código postal:	[Redacted]	Teléfono: [Redacted]
Referencias:		
<ol style="list-style-type: none"> <li>Autorizo plenamente a los médicos encargados de mi atención en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", a que se me practiquen u ordenen cuando examen, intervención quirúrgica o curación sea necesaria en atención a mi padecimiento. No ignoro los riesgos que esto entraña y he sido claramente advertido de ellos relevando de toda responsabilidad a los facultativos y al Instituto.</li> <li>Estoy enterado que el Instituto no se hará responsable ni podrá ser objeto de denuncias o demandas posteriormente por la pérdida de valores o bienes de mi propiedad, en virtud de que el Instituto no cuenta con Área de resguardo.</li> <li>Estoy de acuerdo y me comprometo legalmente a cubrir en su totalidad los gastos correspondientes a los servicios hospitalarios y/o ambulatorios que reciba y que me preste el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" de acuerdo al nivel asignado y las tarifas vigentes.</li> <li>Estoy de acuerdo en que, si la información proporcionada en la entrevista de Trabajo Social difiere con respecto a la situación real, me será asignado el nivel máximo.</li> <li>Estoy de acuerdo en que el Instituto se reserva el derecho de dar contestación a compañías aseguradoras, si no se proporciona este dato en la primera entrevista con Trabajo Social.</li> <li>Estoy enterado que el nivel socioeconómico se establece en base a la información que yo y/o mi responsable legal hemos proporcionado a la Trabajadora Social durante la realización del Estudio Socioeconómico Inicial, el cual forma parte del Sistema Integral del Paciente Ambulatorio. Dicha información es cierta y fidedigna y podrá ser corroborada a través de visita domiciliaria.</li> </ol>		
Persona legalmente responsable	Paciente	
2	3	
<b>RECIBI:</b>		
CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LAS Y LOS PACIENTES	4	<input type="checkbox"/>
INFORMACIÓN PARA PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN SOBRE DATOS PERSONALES QUE PROPORCIONARON PARA SU ATENCIÓN	5	<input type="checkbox"/>
NOTIFICACIÓN DE INTERNAMIENTO EN SECTORES DE HABITACIONES INDIVIDUALES CON NIVEL DE CLASIFICACIÓN DIFERENTES DE 6 O 7	6	<input type="checkbox"/>
CARTA COMPROMISO Y DE CONDICIONES DE ADMISIÓN EN EL 3ER Y 4TO PISTO DEL INSTITUTO	8	<input type="checkbox"/>
NOMBRE Y FIRMA: _____	7	<input type="checkbox"/>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 37 <b>DE:</b> 47

**ANEXOS**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 38 <b>DE:</b> 47

**ANEXO 1:**

**VARIABLES PARA LA ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO A LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

La asignación de clasificación socioeconómica a los usuarios de los INSALUD se sujetará a las siguientes variables:

VARIABLES SOCIOECONÓMICAS	%
Ingreso familiar	55
Ocupación	10
Egresos Familiares	10
Vivienda	20
Salud familiar	5
	100

Con estos porcentajes, el ingreso familiar se constituye en el indicador básico. El resto de los indicadores afectan a la clasificación en forma secundaria pero permiten tener una idea de la condición social y económica del paciente y su familia.


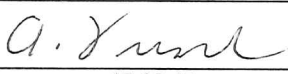
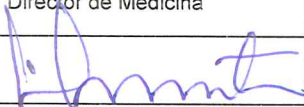
El máximo de puntos que se pueden obtener es 100.

**1. INGRESO FAMILIAR MENSUAL**


Se refiere a la suma de ingresos que percibe la familia y para efectos de asignar la puntuación, se considera el número total de los sujetos que dependen económicamente de ese ingreso. Este indicador constituye el 55% del valor total de los indicadores.

Se calcula de acuerdo con el Siguiente cuadro:

INGRESO FAMILIAR	NÚMERO DE DEPENDIENTES ECONÓMICOS				
	1-2	3-4	5-6	7-8	>9
MENOS DE 1 S.M.*	0	0	0	0	0
MÁS DE 1 S.M. A 1.5 S.M.	10	5	0	0	0
MÁS DE 1.5 S.M. A 3.0 S.M.	15	10	5	0	0
MÁS DE 3.0 S.M. A 4.5 S.M.	20	15	10	5	0

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 39 <b>DE:</b> 47


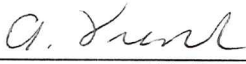
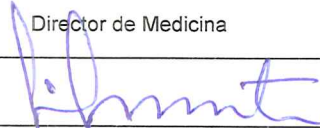
INGRESO FAMILIAR	NÚMERO DE DEPENDIENTES ECONÓMICOS				
	1-2	3-4	5-6	7-8	>9
MÁS DE 4.5 S.M. A 6.0 S.M.	25	20	15	10	5
MÁS DE 6.0 S.M. A 8.0 S.M.	30	25	20	15	10
MÁS DE 8.0 S.M. A 10.0 S.M.	35	30	25	20	15
MÁS DE 10.0 S.M. A 13.0 S.M.	40	35	30	25	20
MÁS DE 13.0 S.M. A 16.0 S.M.	45	40	35	30	25
MÁS DE 16.0 S.M. A 19.0 S.M.	50	45	40	35	30
MÁS DE 19.0 S.M.	55	50	45	40	35

\* S.M. SALARIO MÍNIMO GENERAL MENSUAL VIGENTE EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

## 2. OCUPACIÓN

Se considera el tipo de ocupación del principal proveedor económico de las familias en estudio, de acuerdo al siguiente cuadro:

GRUPO*	PUNTUACIÓN
Sin ocupación	0
Trabajadores no calificados	1
Jubilados y pensionados	2
Becarios Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	3
Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y otros oficios	4
Operadores de instalaciones máquinas y montadores	5
Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros	6

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 40 <b>DE:</b> 47

GRUPO*	PUNTUACIÓN
Empleados de oficina	7
Técnicos y profesionales de nivel medio	8
Profesionales científicos e intelectuales	9
Fuerzas armadas Ejecutivos e inversionistas	10

\*Versión modificada de la clasificación internacional. Informe de ocupación (O.I.T. 1991)  
Consultar manual de grupos de ocupación.

### 3. EGRESOS FAMILIARES


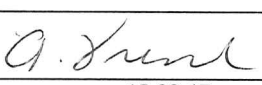
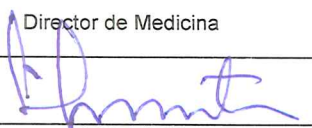
PORCENTAJE DE RELACIÓN ENTRE INGRESOS Y EGRESOS FAMILIARES	PUNTUACIÓN
71% Ó MÁS	0
61%-70%	2
51%-60%	4
41%-50%	6
31%-40%	8
Menor a 30%	10

Se refiere a la situación económica del paciente en relación a su grupo familiar, comparando los egresos con los ingresos familiares.

Para su operación, primero se debe considerar la suma total de los egresos de la familia, se multiplica por cien y se divide entre el total de ingresos (a mayor porcentaje de gasto, menor puntuación).

### 4. VIVIENDA

Se refiere al lugar físico en el que habitan los integrantes de la familia o el individuo y sus características.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 41 <b>DE:</b> 47


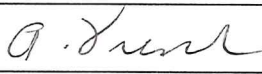
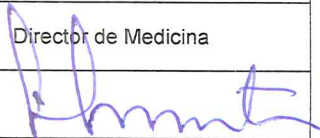
Este indicador constituye el 20% del valor total de los indicadores. Se calculará de acuerdo con el siguiente cuadro:



La puntuación final resulta de la suma de cada uno de los puntos que la integran.

\* En caso de existir más de un dormitorio, se considerará el que tenga mayor número de personas.

\*\* Consultar catálogo tipo de vivienda.

VIVIENDA	PUNTAJACIÓN
Tenencia	
Otro	0
Rentada	1
Prestada	2
Propia	3
Nota: si se encuentra en proceso de pago se considerará como rentada.	
Tipo de vivienda**	
Institución de protección social, cueva, choza, casa rural, barranca, tugurio, cuarto redondo o sin vivienda	0
Vecindad, cuarto de servicio	1
Departamento o casa popular, unidades habitacionales (interés social)	2
Departamento o casa media con financiamiento propio o hipoteca	3
Departamento o casa residencial	5
Servicios públicos (prevalcientes en la zona donde se encuentra ubicado el domicilio: alumbrado público, pavimentación, alcantarillado, servicio de recolección de basura, servicios médicos, educativos o recreación)	
0-1	0
2	1
3	2
4 o más	3
Servicios intradomiciliarios (al interior del domicilio)	
0-1	0
2	1
3	2
4 ó más	3

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	16-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 42 <b>DE:</b> 47

VIVIENDA	PUNTUACIÓN
Material de construcción (predominante en el domicilio) Lámina, madera, material de la región	0
Mixta	1
Mampostería	2
Número de dormitorios*	
1-2	0
3-4	1
5 ó más	2
Número de personas por dormitorio	
4 ó más	0
3	1
1-2	2
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>

\* En caso de existir más de un dormitorio, se considerará el que tenga mayor número de personas.

\*\* Consultar catálogo tipo de vivienda.


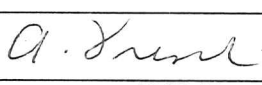
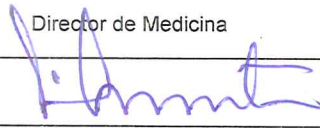
## 5. SALUD FAMILIAR




Esta variable constituye el 5% del valor total de los indicadores. Se toma en cuenta el Diagnóstico Médico por el que le paciente amerita atención en la institución, el tiempo de su padecimiento y si presenta otros problemas de salud que requieren de atención en otra institución, con la finalidad de identificar el impacto que tiene en su capacidad de pago.

Además se considera la existencia de otros enfermos que se encuentran en curación o rehabilitación y que al momento del Estudio Socioeconómico existen en el núcleo familiar y representan un gasto o disminución del ingreso.

Se calculará de acuerdo a los siguientes cuadros:

TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL PACIENTE	PUNTUACIÓN
MÁS DE 6 MESES	0
DE 3 A 6 MESES	1
MENOS DE 3 MESES O SIN CO-MORBILIDAD	2

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 43 <b>DE:</b> 47

OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEL PACIENTE QUE SE ATIENDEN EN OTRA INSTITUCIÓN	PUNTUACIÓN
SI	0
NO	1



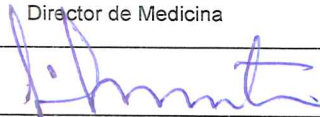
ESTADO DE SALUD DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA	PUNTUACIÓN
2 O PRINCIPAL PROVEEDOR ECONÓMICO	0
1 ENFERMO	1
NINGÚN ENFERMO	2

### ASIGNACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO

Una vez obtenido el valor de cada uno de los indicadores, se procederá a la suma de los mismos para obtener la puntuación final y determinar a cuál de los seis niveles de clasificación socioeconómica corresponde el usuario.


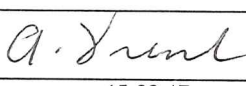
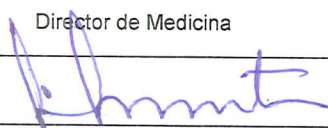
Este cálculo se realizará de acuerdo con el siguiente cuadro:

PUNTUACIÓN OBTENIDA EN LA EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA	CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA
0-12	1x (0)
13-24	1
25-36	2
37-52	3
53-68	4

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 44 <b>DE:</b> 47

PUNTUACIÓN OBTENIDA EN LA EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA	CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA
69-84	5
85-100	6


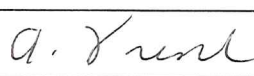
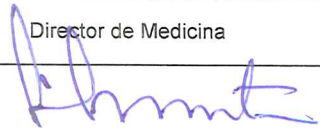
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	<del>15-02-17</del>	15-02-17	15-02-17




 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 45 <b>DE:</b> 47

**ANEXO 2:**

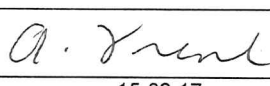
**BASES DE OPERACIÓN PARA LOS NIVELES 6 Y 7**

1. El nivel 7 incluye a aquellos pacientes que: a) Cuenten con seguro de gastos médicos, b) Soliciten ser internados en cuarto piso y torre del 3er. piso y c) Aquellos en los que el convenio lo manifieste expresamente.
2. El nivel 6 se aplicará a los Pacientes que ingresen al tercer piso con excepción de las camas que se encuentren habilitadas como cuartos colectivos de acuerdo a las necesidades del Instituto, en cuyo caso los Pacientes conservan su clasificación.
3. Los convenios de prestación de servicios en nivel 7 deberán incluir a todas las aseguradoras, compañías y empresas no gubernamentales cuando el convenio lo manifieste expresamente.
4. En el caso de organismos gubernamentales con los que se haya establecido convenio, sus pacientes ocuparan el tercer piso, como la torre del mismo o el cuarto piso, según la disponibilidad de camas.
5. El nivel de exentos en las áreas de individuales será autorizado por el Director General o la Dirección Médica.
6. El Director General, el Director de Medicina y/o Director de Cirugía del Instituto podrán autorizar el ingreso de pacientes a los sectores de cuartos individuales con un nivel de clasificación diferente a 6 ó 7.
7. Todo paciente clasificado en nivel 6 y 7, deberá presentar documentos que acrediten solvencia económica o en su caso el documento de autorización por parte de la aseguradora, la empresa o institución.
8. Pacientes no económicamente activos que deseen ingresar al tercer o cuarto piso, deberán contar con un responsable que acredite solvencia económica y que acepte por escrito el compromiso de pago.
9. Todo paciente que sea admitido al tercer y cuarto piso, en clasificaciones 6 y 7, deberá firmar el "Contrato de prestación de servicios profesionales de atención médica y hospitalización" al momento de ingreso.
10. En caso de hospitalización y cuando el paciente no esté cubierto por un seguro o convenio empresarial, deberá dejar un depósito correspondiente a 8 SMMGVCDMX para tercer piso o nivel 6, de 12 SMMGVCDMX mensuales para la torre de tercer piso, cuarto piso o nivel 7 y 39 SMMGVCDMX en caso de requerir tratamiento quirúrgico, el depósito será acuerdo al Tabulador de Cuotas de Recuperación vigente.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 46 <b>DE:</b> 47

11. En caso de que la aseguradora no acepte cubrir los gastos a originarse por la atención prevista al paciente, éste será reubicado en el nivel que le corresponda después de que la Aseguradora notifique el rechazo al Departamento de Trabajo Social, a menos que el paciente y/o responsable legal soliciten continuar en ese servicio, en este caso deberá presentar documento de solvencia económica. En el caso anterior, deberá liquidar en su totalidad el saldo generado hasta ese momento y efectuará el depósito correspondiente.
12. Podrán ingresarse a sectores de cuartos individuales aquellos pacientes que sean acreedores a descuentos autorizados por el Instituto (políticas referentes a asignación de nivel socioeconómico a pacientes).
13. En caso de rechazo de pago por parte de la aseguradora, el adeudo generado hasta ese momento deberá ser cubierto en su totalidad por el paciente o su representante legal.
14. El Instituto tendrá la facultad de reubicar al paciente en el área de colectivos cuando no se cumpla semanalmente con el pago de adeudo, o éste sobrepase el monto de depósito de los servicios del área de cuartos individuales, para lo cual Sección de Cuentas Corrientes de Pacientes Hospitalizados efectuará la notificación al paciente y/o responsable Legal, quien firmará de enterado, y posteriormente la Sección de Cuentas Corrientes de Pacientes Hospitalizados turnará la solicitud al Departamento de Trabajo Social.
15. Si el paciente hospitalizado en los sectores de colectivos solicita su traslado a cuartos individuales, deberá reunir los requisitos establecidos para los niveles 6 y 7, debiendo cubrir en su totalidad los gastos generados durante su hospitalización en colectivos.
16. Toda la atención médica y de enfermería está incluida en los precios del Instituto por lo que ningún trabajador solicitará pago adicional por la atención a estos pacientes.
17. Serán susceptibles de reclasificación los niveles 6 y 7 en los Sigüientes casos:
  - a) Cuando teniendo niveles 6 ó 7 soliciten su ingreso al área de colectivos.
  - b) Cuando no sea cubierto con oportunidad el saldo semanal, la Sección de Cuentas Corrientes de Pacientes Hospitalizados emitirá la "Solicitud de Traslado" al Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos. En este caso la reclasificación se hará efectiva una vez realizado el traslado.
  - c) Cuando se haya agotado la suma asegurada.
  - d) Cuando el seguro de gastos médicos o la institución que había venido cubriendo los gastos deje de hacerlo, previa comprobación documental.
18. No procederá la reclasificación en aquellos pacientes cuyo Seguro de Gastos Médicos Mayores se encuentre vigente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Asignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes</b>		<b>HOJA:</b> 47 <b>DE:</b> 47

**ANEXO 3: INFORMACIÓN PARA PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN SOBRE LOS DATOS PERSONALES QUE PROPORCIONAN PARA SU ATENCIÓN**



INFORMACION PARA PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN" SOBRE LOS DATOS PERSONALES QUE PROPORCIONARAN PARA SU ATENCION.

De conformidad con lo establecido por los lineamientos noveno y décimo séptimo de protección de datos personales publicados por el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre del 2005, el instituto hace de su conocimiento lo siguiente:

1. Los datos personales que usted proporcionará a los diversos integrantes de nuestra institución se utilizarán con la siguiente finalidad:
  - 1.1 Proporcionar la atención médica que el instituto está en posibilidad de brindar.
  - 1.2 Cumplir con actividades de enseñanza.
  - 1.3 Cumplir con actividades de investigación básica-clínico-epidemiológica.
  - 1.4 Determinar su clasificación socioeconómica.
  
2. Estos datos serán incorporados, tratados y protegidos en los sistemas de datos personales de estudio social inicial y del expediente clínico. Lo anterior, con fundamento en lo establecido por los artículos 20 y 21 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, 47 y 48 del Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, 32 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 6 Fracción I, VII, y VIII de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud y la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.



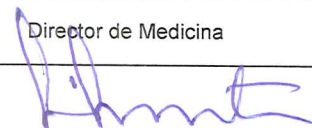
Estos sistemas de datos personales están registrados ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública, y no serán transmitidos sin su consentimiento salvo en las situaciones previstas en la Ley.




Las unidades administrativas responsables del sistema son el Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos y el Departamento de Estadística y Archivo Clínico.

Usted podrá ejercer los derechos de acceso y corrección de datos en la Unidad de Enlace del Instituto, ubicada en la planta baja del edificio de Enseñanza.


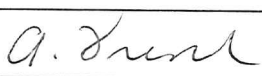
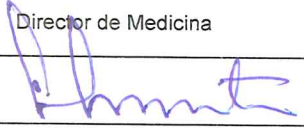
DIRECCION GENERAL




Avenida Vasco de Quiroga No. 15  
 Colonia Belisario Domínguez Sección XVI  
 Delegación Tlalpan  
 Código Postal 14080  
 México, Distrito Federal  
 Tel. (52)54870900  
 www.incmnsz.mx

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 34

## 2. PROCEDIMIENTO PARA ACTUALIZAR INFORMACIÓN Y/O REASIGNAR EL NIVEL SOCIOECONÓMICO A PACIENTES SUBSECUENTES

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 34

## 1.0 PROPÓSITO

Proporcionar al Paciente un nivel socioeconómico con base en la actualización de información y/o reclasificación del estudio social en donde se vuelva a valorar la situación de enfermedad del Paciente y las repercusiones de la misma en el entorno familiar.

## 2.0 ALCANCE


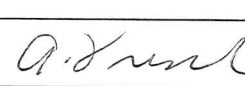
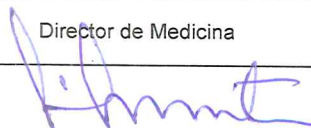
**A Nivel Interno:** Este procedimiento aplica a la Dirección General, Dirección de Medicina, el Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos (TSAE), Departamento de Tesorería y la Sección de Cuentas Corrientes de Pacientes Hospitalizados.




**A Nivel Externo:** Este procedimiento aplica a Pacientes y/o Responsable Legal del Instituto.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### GENERALES:

- El Trabajador Social Operativo solicita la siguiente documentación al Paciente y/o Responsable Legal para llevar a cabo la actualización de información y/o reclasificación del nivel socioeconómico:
  - Identificación Oficial del Paciente y del Responsable Legal (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional, Cartilla de Servicio Militar).
  - Comprobante de ingresos con vigencia máxima de 3 meses.
  - Comprobante de egresos (Predial o renta, luz, agua, teléfono, etc.) con vigencia máxima de 3 meses.
- El Apoyo Administrativo de Trabajo Social entrega toda la documentación de la actualización de información y reclasificación realizadas en la Unidad del Paciente Ambulatorio (UPA) al Asistente Administrativo para su resguardo.
- El Trabajador Social Operativo, una vez reasignado el nivel socioeconómico por el sistema informático vigente, revisa la documentación. En caso de no tener documentación oficial de ingresos, el Paciente y/o Responsable Legal cuenta con la opción de solicitar un acta de barandilla con un Juez Cívico de la Delegación o Municipio o estudio socioeconómico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) o constancias expedida por autoridad local o Municipal.


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 3 <b>DE:</b> 34

4. El Trabajador Social Operativo verifica la solicitud por escrito del Paciente para realizar el cambio de Responsable Legal cuando a lo largo de su atención lo considere pertinente, en caso de que el Paciente se encuentre imposibilitado para solicitar el cambio, el Responsable Legal puede hacerlo, firmando de conformidad la persona propuesta.
5. El Trabajador Social Operativo, en caso de que el Paciente y/o Responsable Legal se nieguen a proporcionar información o esta sea falsa, asigna el nivel máximo hasta que se compruebe su situación para ubicarlo dentro del nivel que corresponda.
6. El Trabajador Social Operativo explica al Paciente y/o Responsable Legal en forma clara, si al momento de actualizar los Datos Generales (**Formato 1**) y/o el estudio socioeconómico (**Formato 2**) el nivel cambia en algún sentido y la razón por la cual se efectuará el cambio.
7. El Supervisor de Trabajo Social firma la documentación necesaria en caso de ausencia del Jefe de TSAE.
8. El Trabajador Social Operativo, el Asistente Administrativo y el Apoyo Administrativo de Trabajo Social en todo momento mantiene una actitud cortés, empática y de respeto hacia el Paciente y/o Responsable Legal, tendiente a preservar los preceptos de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.
9. El Trabajador Social Operativo, Apoyo Administrativo de Trabajo Social y Asistente Administrativo, en caso de incumplimiento de las políticas y procedimientos contenidos en el presente manual, es sancionado de acuerdo a las medidas disciplinarias contenidas en las Condiciones Generales de Trabajo del Instituto mediante un comunicado a la Subdirección de Recursos Humanos para su aplicación.

**DE LA ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO:**

10. El Apoyo Administrativo de Trabajo Social, en caso de que sea un reingreso o actualización de información recibe al Paciente y/o Responsable Legal en el segundo piso de la UPA.
11. El Asistente Administrativo, en caso de que sea un reingreso o actualización de información del Paciente recibe al Paciente y/o Responsable Legal en el Departamento de TSAE para el trámite correspondiente e ingreso hospitalario.
12. El Trabajador Social Operativo actualiza el estudio socioeconómico cuando:
  - a) El Paciente que requiera de la realización de algún procedimiento en las áreas de hospitalización o medicina crítica.
  - b) El Paciente haya sido aceptado a la consulta de reingreso.
  - c) El Paciente y/o Responsable Legal lo soliciten por modificaciones en su situación de vida.


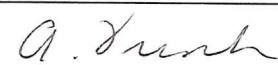
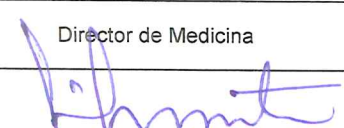
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 34

13. El Trabajador Social Operativo, al momento de entrevistar al Paciente y/o Responsable Legal ingresa los datos proporcionados en los Datos Generales (**Formato 1**) y realiza el estudio socioeconómico (**Formato 2**) en el sistema informático vigente para la actualización de la información.
14. El Apoyo Administrativo de Trabajo Social o el Asistente Administrativo proporciona al Paciente y/o Responsable Legal los requisitos a presentar con el Trabajador Social Operativo para la actualización de la información.
15. El Trabajador Social Operativo es responsable de ingresar los datos de las variables socioeconómicas del Paciente y su Familia para determinar si procede el cambio en su nivel socioeconómico, considerando la complejidad de los procedimientos y/o apoyos del diagnóstico y tratamiento a realizar. Asimismo hace énfasis al Paciente sobre la importancia de dicho análisis y las consecuencias del cambio de nivel.
16. El Trabajador Social Operativo, cuando detecte algún cambio en el nivel socioeconómico derivado de la actualización de datos del Paciente, aplica la Política 3 de este procedimiento.



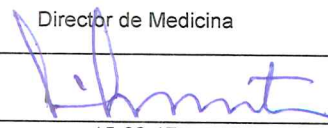
#### DE LA RECLASIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO:




17. El Trabajador Social Operativo aplica la reclasificación de nivel socioeconómico de acuerdo a la valoración de las siguientes circunstancias:
  - a) Cuando la erogación por concepto de atención en el Instituto para diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad, no guarde relación con los ingresos del o los proveedores económicos, y ello interfiera en la continuidad de la atención en tratamiento costoso.
  - b) Cuando los Pacientes tengan una estancia hospitalaria prolongada mayor a 21 días en los sectores colectivos. En Medicina Crítica se toma como estancia prolongada la superior a 10 días.
  - c) Cuando el Paciente durante 6 meses haya tenido 2 o más reingresos a Medicina Crítica u Hospitalización y/o tenga adeudos por insolvencia económica en el Instituto.
  - d) Cuando la problemática socioeconómica del Paciente esté interfiriendo en la continuidad de su tratamiento médico y el Paciente y/o Responsable Legal lo solicite por escrito en la solicitud de reclasificación (**Formato 3**).
  - e) Cuando el Paciente compruebe mediante documentos oficiales que ha existido un cambio relevante en su situación socioeconómica tal como: desempleo, gastos por enfermedad, invalidez o defunción de alguno de los miembros de la familia que contribuyan al sostenimiento del hogar.
  - f) Cuando el Director General o el Director de Medicina giren instrucciones de reasignar el nivel socioeconómico y envíen al Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos un documento de autorización.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 34

18. El Jefe del Departamento de TSAE o el Supervisor de Trabajo Social revisa y analiza la situación socioeconómica del Paciente planteada por el Trabajador Social Operativo, a fin de determinar la factibilidad y tipo de reclasificación del mismo.
19. El Jefe del Departamento de TSAE en caso de que el Paciente se encuentre hospitalizado envía comunicado al Director General o al Director de Medicina para la autorización, en los casos que se requieran.
20. El Trabajador Social Operativo es responsable de reasignar el nivel socioeconómico a aquellos Pacientes que se encuentren hospitalizados en los sectores colectivos, sectores individuales con nivel diferente de 6 ó 7, o por la Consulta Externa con nivel 5 o inferior.
21. El Trabajador Social Operativo reclasifica a los Pacientes con nivel 6 ó 7 en los siguientes casos:
  - a) Cuando su primera hospitalización hubiese sido en sectores individuales y le hayan asignado nivel 6 ó 7 y el siguiente internamiento se realice en sectores colectivos.
  - b) Cuando por modificaciones de situación socioeconómica, el ingreso se efectúa sólo en el sector de colectivos.
  - c) Cuando la Sección de Cuentas Corrientes de Pacientes Hospitalizados, el propio Paciente o Responsable Legal notifiquen por escrito que el seguro de gastos médicos o la institución que cubría los gastos dejó de hacerlo.
22. El Jefe del Departamento de TSAE autoriza la reclasificación de nivel cuando el monto sea inferior a 21 Salarios Mínimos Mensuales Generales Vigentes de la Ciudad de México (SMMGVCDMX), en los casos que rebasen esta cantidad requieren la autorización del Director General o del Director de Medicina.
23. El Trabajador Social Operativo explica al Paciente y/o Responsable Legal si continúa con la reclasificación en Consulta Externa, una vez que egrese de hospitalización y ésta se haya efectuado por problemática socioeconómica e interferencia en su tratamiento médico.
24. El Jefe del Departamento de TSAE o el Supervisor de Trabajo Social determina la reclasificación en los casos de hospitalización de acuerdo a los siguientes 5 tipos:
  - a) Retroactivos a partir de la fecha de ingreso del Paciente a sectores de hospitalización y/o medicina crítica.
  - b) A partir de la fecha en que se autorice por las siguientes áreas:
    - Dirección General
    - Dirección de Medicina

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17


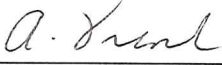
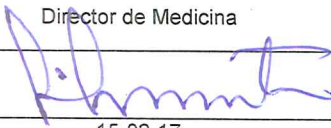
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 34




- Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos
- c) Para cubrir el saldo final.
- d) Por conceptos específicos.
- Cirugía
  - Días Estancia
  - Anestesiología
  - Medicina y material de curación
  - Otros
- e) Por número de SMMGVCDMX.

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

##### 4.1 Actualizar Información del Estudio Socioeconómico

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Apoyo Administrativo de Trabajo Social o Asistente Administrativo	1	Recibe al Paciente y/o Responsable Legal para la actualización de información y canaliza con el Trabajador Social Operativo ( <b>Políticas 10 y 11</b> ).
Trabajador Social Operativo	2	Recibe al Paciente y/o Responsable Legal y se identifica como el personal autorizado para la actualización de la información.
Trabajador Social Operativo	3	Realiza nuevamente la entrevista y captura la información en el sistema informático vigente proporcionada por el Paciente y/o Responsable Legal ( <b>Políticas 12 y 13</b> ).
Trabajador Social Operativo	4	<p>Solicita al Paciente y/o Responsable Legal la documentación que compruebe los datos proporcionados (<b>Políticas 1 y 14</b>).</p> <p>¿Entrega los documentos solicitados?</p> <p>No: Solicita nuevamente la documentación reiterando la importancia de presentarlos y envía con el Apoyo Administrativo de Trabajo Social o Asistente Administrativo (<b>Política 15</b>).</p> <p>Sí: Coteja la información documental con la proporcionada verbalmente y envía con el Apoyo Administrativo de Trabajo Social o Asistente Administrativo para continuar con el trámite.</p>

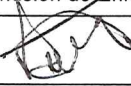
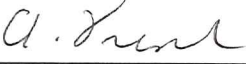
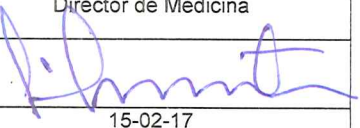
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 7 <b>DE:</b> 34


RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Trabajador Social Operativo	5	Finaliza la entrevista de actualización de información obteniendo el nivel socioeconómico del sistema informático vigente.
Trabajador Social Operativo	6	Informa al Paciente y/o Responsable Legal si existe o no un cambio en el nivel socioeconómico y envía con el Apoyo Administrativo de Trabajo Social o Asistente Administrativo.
Trabajador Social Operativo	7	Entrega la documentación al Asistente Administrativo o Apoyo Administrativo de Trabajo Social.
Apoyo Administrativo de Trabajo Social o Asistente Administrativo	8	Entrega al Paciente y/o Responsable Legal el carnet ( <b>Formato 4</b> ) ya vigente.
Asistente Administrativo	9	Archiva la documentación de la actualización de información del Paciente ( <b>Política 2</b> ).  <b>TERMINA EL PROCEDIMIENTO</b>

#### 4.2 Reasignar el Nivel Socioeconómico



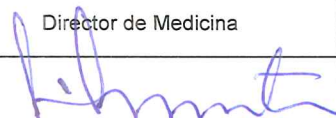
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Apoyo Administrativo de Trabajo Social o Asistente Administrativo	1	Recibe al Paciente y/o Responsable Legal y lo envía con el Trabajador Social Operativo.
Trabajador Social Operativo	2	Orienta al Paciente y/o Responsable Legal acerca de la documentación requerida para la reclasificación y pregunta si existen dudas ( <b>Política 1</b> ).  ¿Existen dudas?  No: Explica nuevamente lo que se necesita para la reclasificación.  Sí: Solicita los documentos necesarios para la reclasificación.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17



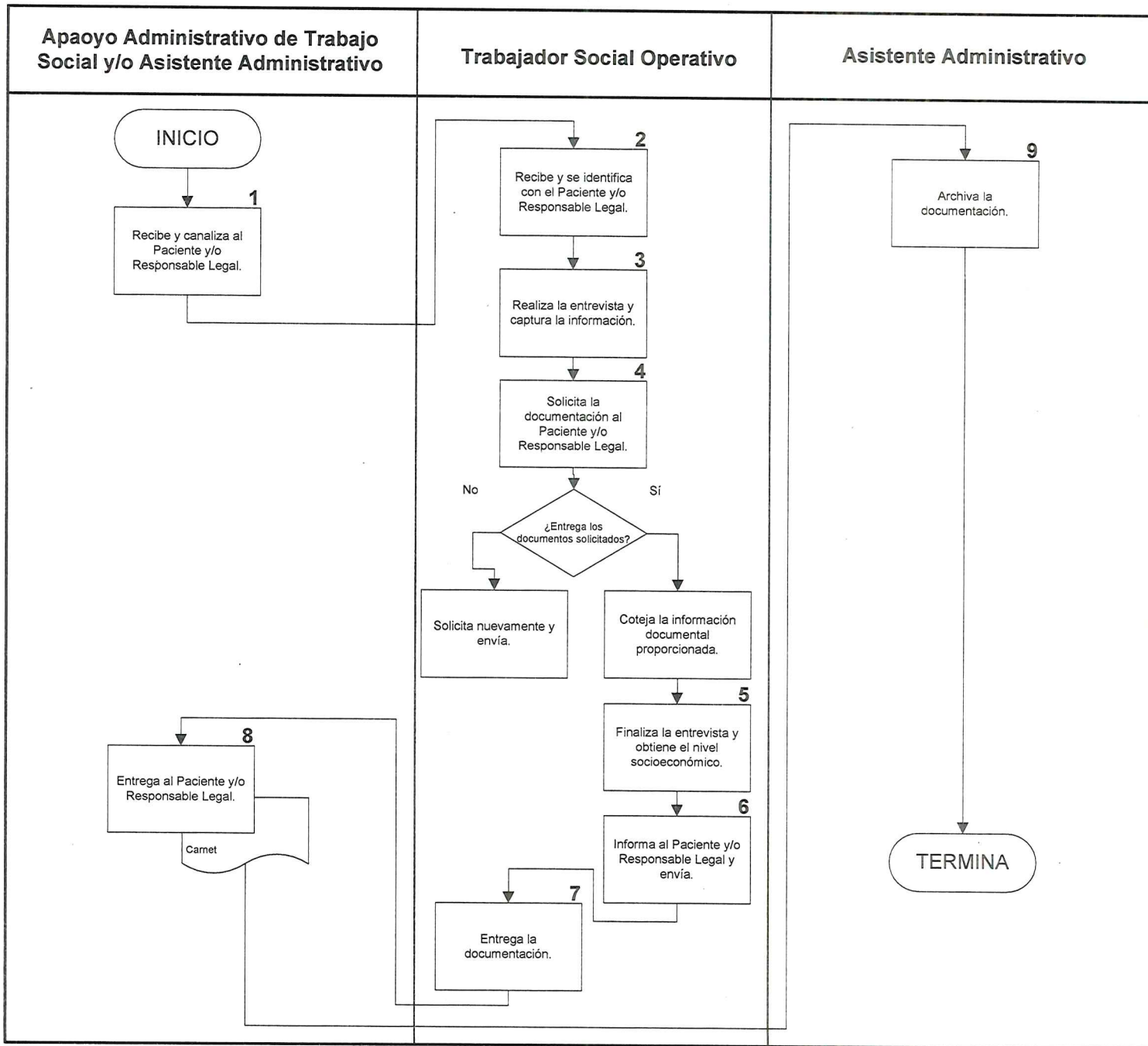
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 8 <b>DE:</b> 34

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Trabajador Social Operativo	3	<p>Revisa si el Paciente y/o Responsable Legal trae la documentación requerida para la reclasificación.</p> <p>¿Trae la documentación requerida?</p> <p>No: Informa nuevamente los requisitos para la reclasificación.</p> <p>Sí: Entrega la solicitud de reclasificación (<b>Formato 3</b>).</p>
Trabajador Social Operativo	4	<p>Recibe del Paciente y/o Responsable Legal la solicitud de reclasificación (<b>Formato 3</b>) y revisa que contenga los datos necesarios.</p> <p>¿Los contiene?</p> <p>No: Solicita los datos faltantes.</p> <p>Sí: Solicita la revisión del caso al Jefe del Departamento TSAE o al Supervisor de Trabajo Social.</p>
Trabajador Social Operativo	5	<p>Analiza el caso con el Jefe del Departamento de TSAE o Supervisor de Trabajo Social a fin de determinar la factibilidad y tipo de reclasificación (<b>Políticas 17 y 18</b>).</p> <p>¿Procede la reclasificación?</p> <p>No: Informa al Paciente que se quedará con la clasificación asignada debido a que no procede.</p> <p>Sí: Realiza junto con el Jefe del Departamento de TSAE o el Supervisor de Trabajo Social el cambio en el sistema informático vigente e informa a las áreas correspondientes (<b>Política 19</b>).</p>
Trabajador Social Operativo	6	Entrega la documentación al Apoyo Administrativo de Trabajo Social o Asistente Administrativo.
Apoyo Administrativo de Trabajo Social o Asistente Administrativo	7	Entrega al Paciente y/o Responsable Legal el carnet ( <b>Formato 4</b> ) ya vigente.
Asistente Administrativo	8	Archiva la documentación de la reclasificación del Paciente ( <b>Política 2</b> ).
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

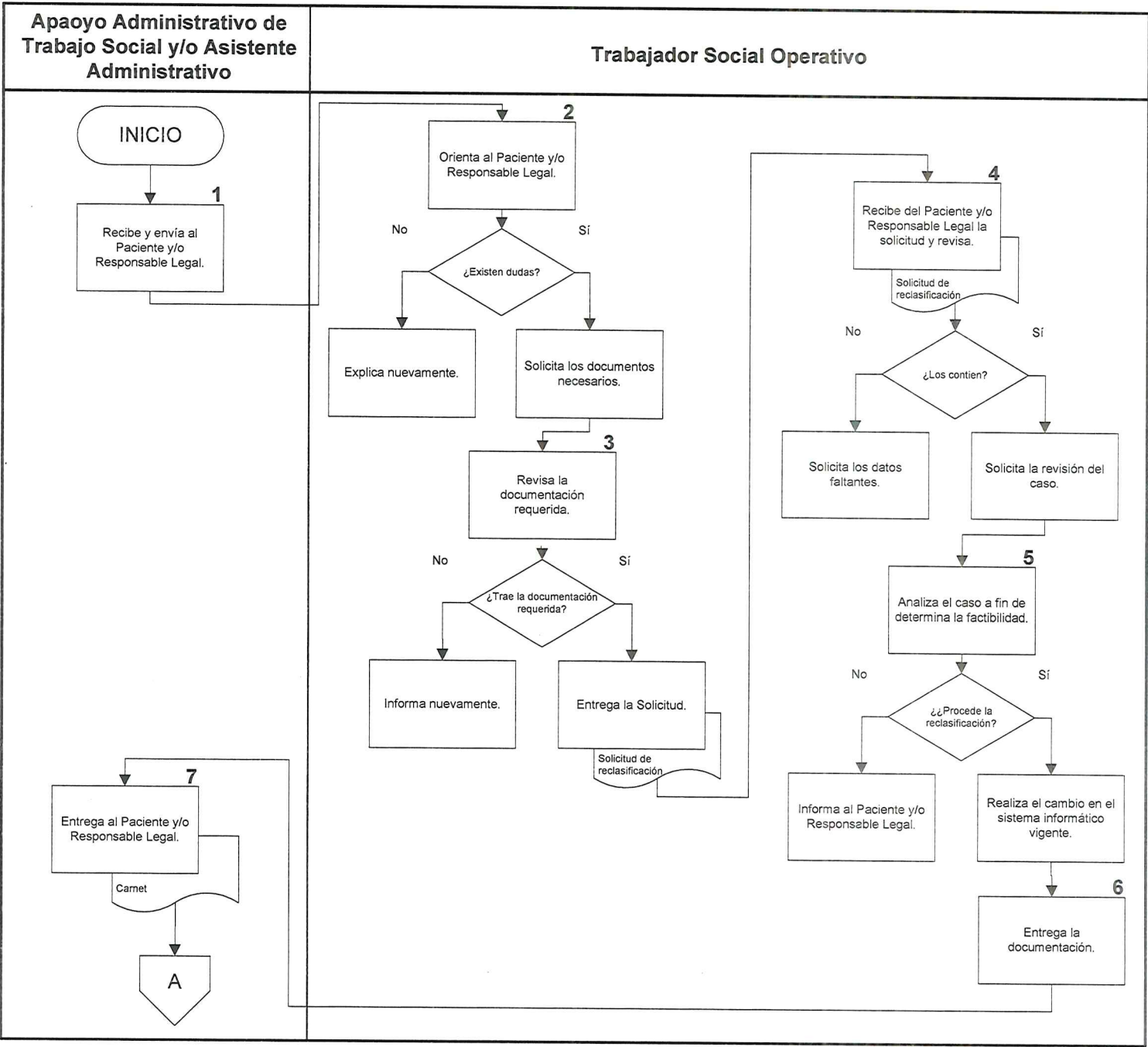
### 5.1 Actualizar Información del Estudio Socioeconómico



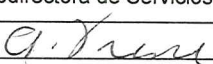
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17




**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**

**5.2 Reasignar el Nivel Socioeconómico**



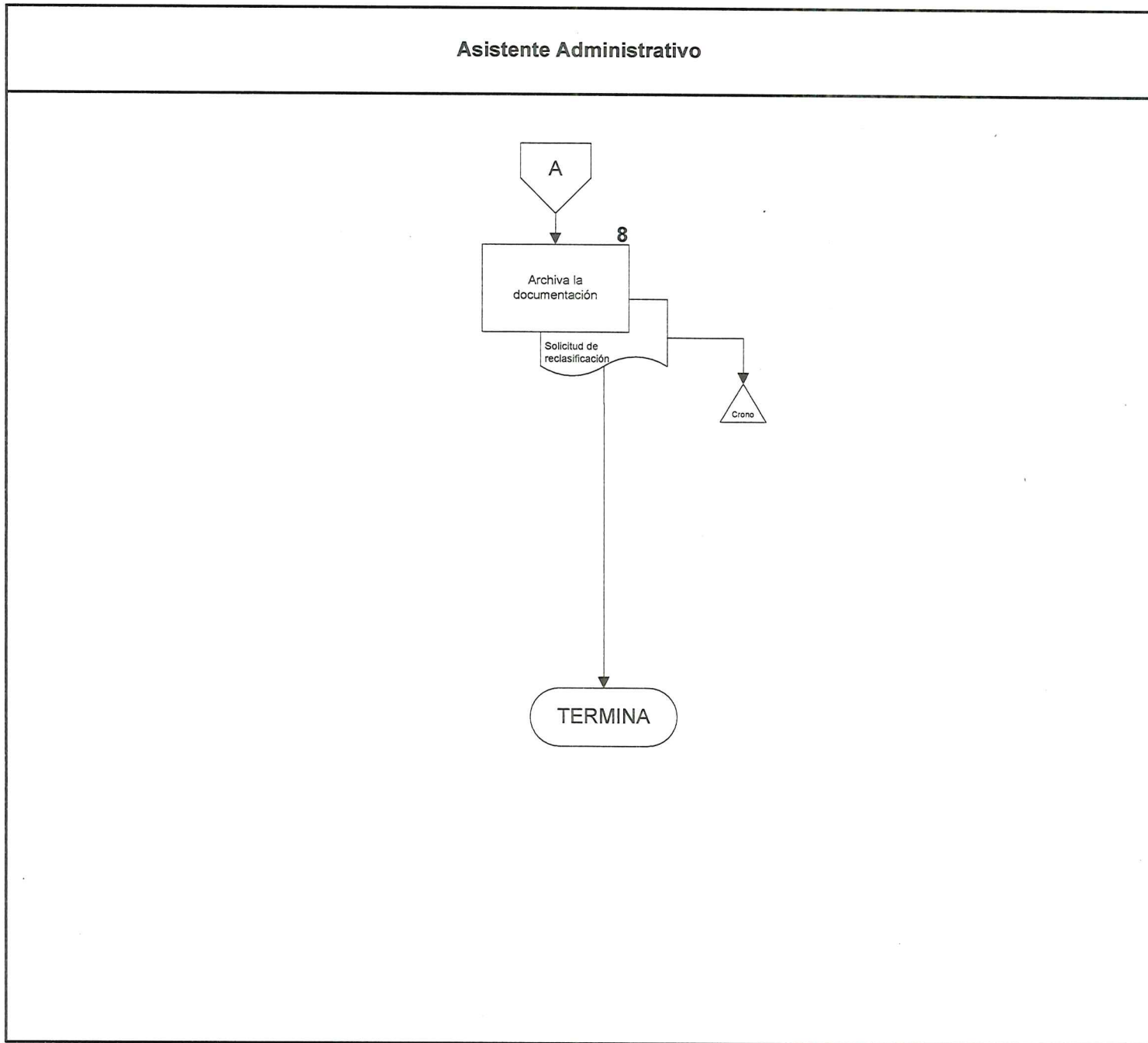
**CONTROL DE EMISIÓN**

	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó</b>
<b>Nombre:</b>	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osorio
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 11 <b>DE:</b> 34



## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

### 5.2 Reasignar el Nivel Socioeconómico



### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
<b>Nombre:</b>	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 12 <b>DE:</b> 34

## 6.0 REGISTRO


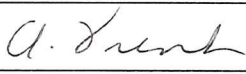
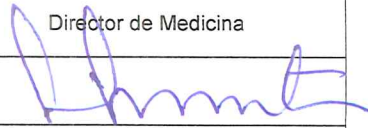
Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Formato 1 Datos Generales	6 años	Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S.5
Formato 2 Estudio socioeconómico	6 años	Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S.5
Formato 3 Solicitud de reclasificación	6 años	Departamento de TSAE	5C.4
Formato 4 Carnet	NO APLICA	Paciente	NO APLICA



## 7.0 GLOSARIO

- 7.1. Actualización:** Es la actualización de los datos socioeconómicos del Paciente y/o Familiar.
- 7.2. Estudio socioeconómico:** Instrumento utilizado por el Trabajador Social para conocer la situación económica del Paciente como miembro de una familia y asignarle un nivel de clasificación con base en la cual se aplican las cuotas para el pago de los servicios en el Instituto.
- 7.3. Medicina Crítica:** Son los Departamentos de Atención Institucional Continua y Urgencias, Terapia Intensiva y el Servicio de Estancia Corta.
- 7.4. Reclasificación:** Es la ubicación en un nivel socioeconómico diferente al actual.

## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
01	15-01-15	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o documentos Normativos vigentes
02	15-02-17	Actualización del Procedimiento.


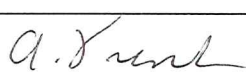
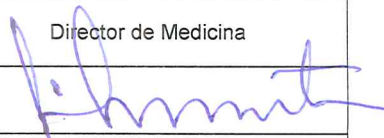
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 13 <b>DE:</b> 34

## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

### FORMATO 9.1: DATOS GENERALES




No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	TEMP:	El número de registro temporal del Paciente, lo genera automáticamente el sistema informático vigente en forma consecutivo.
2	EXP:	El número de expediente del Paciente.
<b>Personal</b>		
<b>Datos generales</b>		
3	Primer apellido	El primer apellido del Paciente.
4	Segundo apellido	El segundo apellido del Paciente.
5	Nombre	El nombre o nombres del Paciente.
6	Sexo	Selecciona el género del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
7	Estado civil	Selecciona el estado civil del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
8	Procedencia	Selecciona la procedencia del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
9	Servicio médico público	Selecciona el servicio médico del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
10	CCINSHAE/Institución con convenio	Selecciona la Institución de procedencia del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
11	EXP	*
12	TEMP	*

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

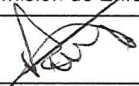
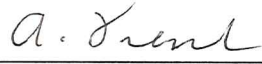
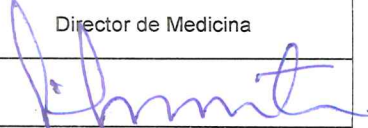
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 14 <b>DE:</b> 34

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
13	Ocupación	Selecciona la ocupación del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
14	Religión	Selecciona la religión del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
15	Lengua indígena	Marcar sí o no, si el Paciente habla alguna lengua indígena.
16	Escolaridad	Selecciona la escolaridad del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
17	Centro sanitario de origen	*
18	Nombre del protocolo	El nombre del protocolo si es que el Paciente se encuentra en alguno.
<b>Datos de nacimiento</b>		
19	Fecha de nacimiento	Selecciona la fecha de nacimiento del Paciente de acuerdo al calendario.
20	CURP	La clave única de registro de población del Paciente.
21	RFC	Lo proporciona el sistema informático vigente de acuerdo a los datos proporcionados por el Paciente y/o Responsable Legal.
22	País	Selecciona el país de procedencia del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
23	Nacionalidad	Selecciona la nacionalidad del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
24	Estado	Selecciona el estado del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
25	Delegación o Municipio	Selecciona la delegación o municipio del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 15 <b>DE:</b> 34

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
	<b>Datos complementarios</b>	
26	Observaciones generales	*
27	Nacionalidad	*
28	Causa de baja	*
29	Fecha de baja	*
30	Fecha última actualización	*
31	Nivel socioeconómico	*
	<b>Datos familiares</b>	
32, 36, 40	Primer apellido	El primer apellido del Padre, Madre, cónyuge del Paciente.
33, 37, 41	Segundo apellido	El segundo apellido del Padre, Madre, cónyuge del Paciente.
34, 38, 42	Nombre	El nombre del Padre, Madre, cónyuge del Paciente.
35, 39, 43	Estado de vida	Selecciona de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
	<b>Domicilio/Teléfono Datos del contacto</b>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17


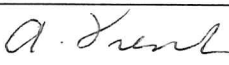
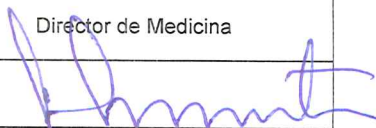


 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 16 <b>DE:</b> 34

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
44	Teléfono móvil	El número telefónico del celular del Paciente.
45	Teléfono fijo	El número telefónico fijo del Paciente.
46	Correo electrónico	El correo electrónico del Paciente.
<b>Direcciones</b>		
47	País	Selecciona el país de procedencia del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
48	Calle/N°.	La calle y el número del domicilio del Paciente.
49	Código postal	El número del código postal del domicilio del Paciente.
50	Dirección principal	Marcar si es el domicilio definitivo del Paciente.
51	Estado	Selecciona el estado de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
52	Delegación/Municipio	Selecciona la delegación o municipio de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
53	Colonia	Selecciona la colonia del domicilio de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
54	Referencias	La referencia del domicilio para localizarlo, es opcional.

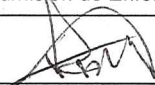

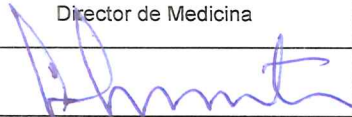
**Responsable**  
**Datos identificativos**


55	Primer apellido	El primer apellido del Responsable Legal.
56	Segundo apellido	El segundo apellido del Responsable Legal.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 17 <b>DE:</b> 34

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
57	Nombre	El nombre o nombres del Responsable Legal.
58	Fecha de nacimiento	Selección la fecha de nacimiento del Responsable Legal de acuerdo al calendario.
59	Parentesco	Seleccionar el parentesco que tiene con el Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
60	Estado civil	Selecciona el estado civil del Responsable Legal de acuerdo al sistema informático vigente.
61	Escolaridad	Selecciona la escolaridad del Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
62	Ocupación	Selecciona la ocupación la ocupación del Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
63	Responsable Legal	Marcar según el caso.
<b>Datos de contacto</b>		
64	Teléfono	El número de teléfono fijo y móvil del Responsable Legal.
65	Correo electrónico	El correo electrónico del Responsable Legal.
66	Otro	Otro número de teléfono o correo electrónico adicional del Responsable Legal.
<b>Direcciones</b>		
67	País	Selecciona el país de procedencia del Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
68	Calle/N°.	La calle y el número del domicilio del Responsable Legal del Paciente.


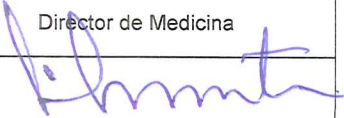
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 18 <b>DE:</b> 34

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
69	Código postal	El número del código postal del domicilio del Responsable Legal.
70	Estado	Selecciona el estado del Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
71	Delegación/Municipio	Selecciona la delegación o municipio del Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
72	Colonia	Selecciona la colonia del domicilio del Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
73	Referencias	La referencia del domicilio para localizarlo, es opcional.
74	Dirección principal	Selecciona si el registro ingresado corresponde a la dirección principal del Responsable Legal.

**Nota:** \* Estos datos los ingresa el Personal de Medicina.

\*Los campos identificados con los numerales 11, 12, 17, 27, 30 y 31 los genera automáticamente el sistema informático vigente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</b>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 19 <b>DE:</b> 34

EMP) General Herramientas Ayuda

TEMP: 1 EYP: 2 Fecha nacimiento: Edad: Suvo. TEMP: Nivel 4 EYP:

Fecha paciente:

Personal: Demografía: Historial: Responsables

**Datos generales**

Primer apellido 3 Segundo apellido 4 Nombre 5

Sexo 6 Estado civil 7 Pertenencia 8 Servicio médico público 9 CONDIHAE / Instación con convenio 10

EAP 11 TEMP 12 Lengua indígena 15 Escolaridad 16

Ocupación 13 Región 14 Centro sanitario de origen 17 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Datos de identificación**

Fecha de nacimiento 19 CURP 20 RFC 21 País 22 Nacionalidad 23

Estado 24 Delegación / Municipio 25

**Datos de identificación**

Documento general 26 Estado 27

Causa de baja 28 Fecha de baja 29 Fecha última actualización 30 Nivel socioeconómico 31

**Datos familiares**

Primer apellido Padre 32 Segundo apellido Padre 33 Nombre del Padre 34 Estado de vida 35



Primer apellido Madre 36 Segundo apellido Madre 37 Nombre de la Madre 38 Estado de vida 39

Primer apellido Conyuge 40 Segundo apellido Conyuge 41 Nombre del Conyuge 42 Estado de vida 43

Solicito privacidad de datos

Actualizar info

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 20 <b>DE:</b> 34

EMPI | General | Herramientas | Ayuda

TEMP: EXP: | Fecha nacimiento: Edad: Sexo: | TEMP: EXP: | Nivel 4

Ficha paciente

Personal | Demisio | Telefono | Responsable:


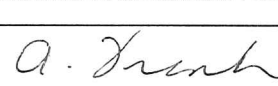
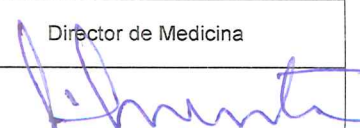
Datos de contacto




Telefono movil: 44 | Telefono movil 2: | Telefono fijo 1: 45 | Telefono fijo 2: |  
 Correo electronico 1: 46 | Correo electronico 2: | Que: |

Direcciones

País: 47 | Calle: 48 | Código postal: 49 | Dirección principal: 50  
 Estado: 51 | Delegación / Municipio: 52 | Colonia: 53  
 Referencias: 54

Botones: Guardar, Cancelar

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 21 <b>DE:</b> 34

EMPI General Herramientas Ayuda

TEMP: EXP: FICHA PACIENTE

Fecha nacimiento: Edad: Sexo: TEMP: EXP: Nivel 4

Ficha paciente

Personas: Descarga de datos: Resonseale

Datos identificativos

Primer apellido 55 Segundo apellido 56 Nombre 57 Fecha de nacimiento 58

Parentesco 59 Estado civil 60 Escolaridad 61 Ocupación 62

Responsable legal 63

Datos de contacto

Teléfono contacto 1 64 Teléfono contacto 2 Dirección electrónica 1 65 Dirección electrónica 2 Otro 66


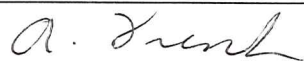
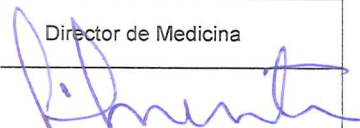
Direcciones




Pais 67 Calle 68 Código postal 69

Estado 70 Delegación / Municipio 71 Colonia 72

Referencias 73 Dirección principal 74

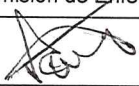
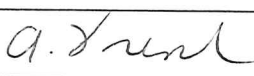
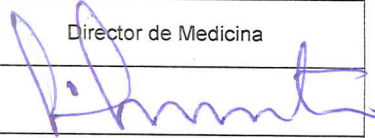
Resonseale 1:30




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 22 <b>DE:</b> 34



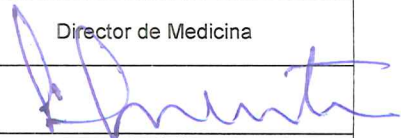
**FORMATO 9.2: ESTUDIO SOCIOECONÓMICO**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	EXP:	El número de expediente del Paciente.
	<b>Datos personales</b>	
2	Tipo de paciente	Selecciona el tipo de Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
3	Área de ingreso	Selecciona el área de ingreso de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
	<b>Diagnóstico</b>	
4	Institución de referencia	Selecciona la institución de referencia del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
	<b>Estructura familiar y proveedor</b>	
5	Número de dependientes económicos	Selecciona el número de dependientes de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
6	Responsable o Paciente	Selecciona al Responsable o Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
7	Parentesco	Selecciona el parentesco de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
8	Nombre (s)	El nombre completo de los integrantes referidos por el Paciente o Responsable Legal.
9	Primer apellido	El primer apellido de los integrantes referidos por el Paciente o Responsable Legal.
10	Segundo apellido	El segundo apellido de los integrantes referidos por el Paciente o Responsable Legal.
11	Fecha de nacimiento	Seleccionar la (s) fecha de nacimiento de los integrantes referidos por el Paciente o Responsable Legal de acuerdo al calendario.
12	Edad	*




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 23 <b>DE:</b> 34


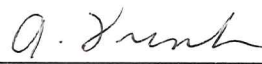
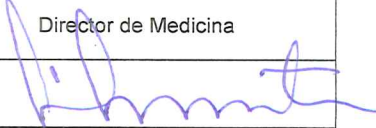
No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
13	Escolaridad	Selecciona la escolaridad de los integrantes referidos por el Paciente o Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
14	Ocupación	Selecciona la ocupación de los integrantes referidos por el Paciente o Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
15	Estado civil	Selecciona el estado civil de los integrantes referidos por el Paciente o Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
16	Proveedor	Selecciona el o los proveedores económicos.
17	Principal proveedor económico (PPE)	Marcar al Proveedor económico que efectúe el mayor aporte a la economía del hogar.
18	Total de ingresos	*
19	Egresos Familiar	*
20	Relación Egreso/Ingreso	*
<b>Vivienda y datos socioeconómicos</b>		
21	Servicios Públicos	Selecciona el o los servicios públicos con los que cuenta la vivienda del Paciente.
<b>Datos de vivienda</b>		
22	Tipo de tenencia	Selecciona de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente el tipo de tenencia.
23	Material de construcción	Selecciona de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente el material de construcción de la vivienda.
24	Tipo de vivienda	Selecciona de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente el tipo de vivienda del Paciente.
25	Habitaciones	El número de las habitaciones con las que cuenta la vivienda del Paciente.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 24 <b>DE:</b> 34

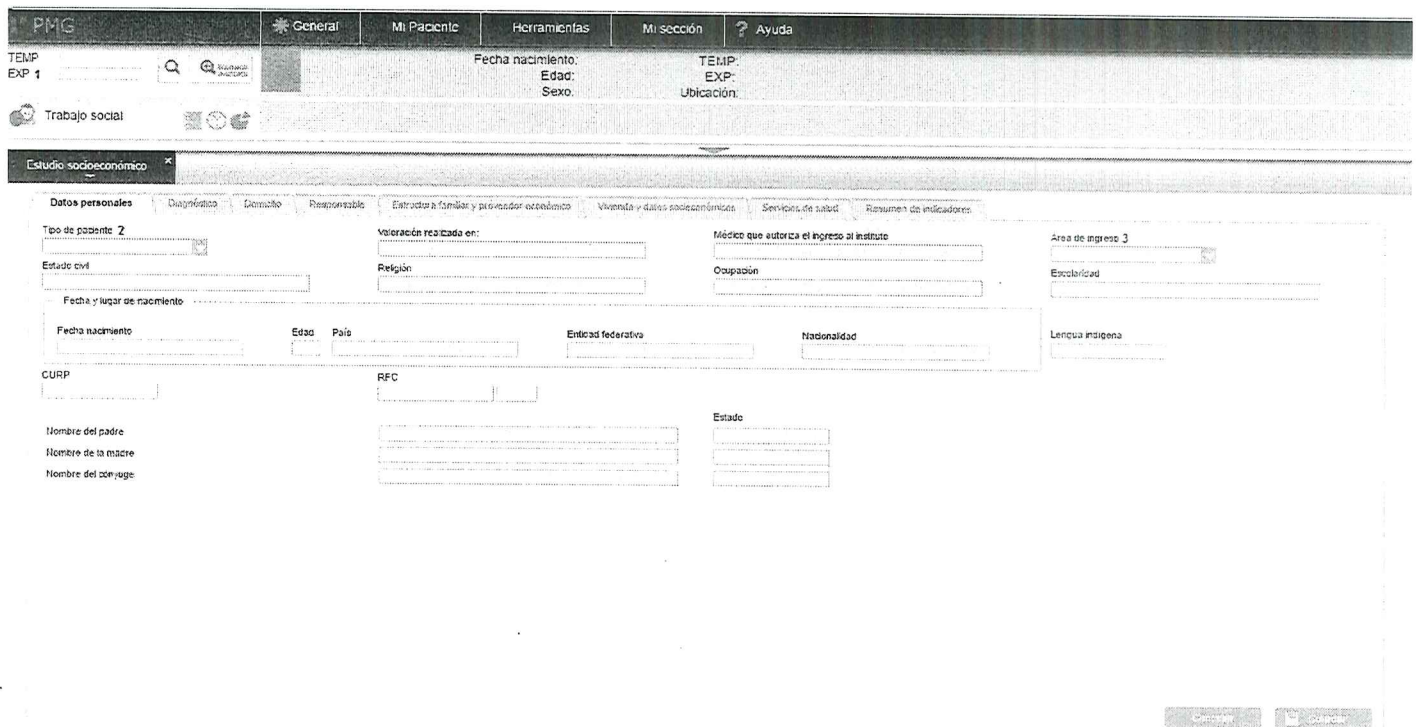
No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
26	Dormitorios	Selecciona de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente el número de dormitorios con los que cuenta la vivienda.
27	Nº. de personas por dormitorio	Selecciona de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente el número de personas que duermen por cada dormitorio.
28	Servicios intradomiciliarios	Selecciona los servicios intradomiciliarios que cuenta la vivienda.
<b>Estado de salud</b>		
29	Estado de salud familiar	Selecciona de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente el estado de salud del Paciente.
30	Tiempo de enfermedad del paciente	Selecciona de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente el tiempo de la enfermedad del Paciente.
31	*Otros problemas de salud que se atienden en otra institución	Selecciona sí o no cuenta con otros problemas de salud y si son atendidos en otra institución de salud.
<b>Servicios de salud</b>		
32	Derechohabiente	Selecciona si es derechohabiente de otra institución de salud.
33	Institución	Selecciona la institución a la que está afiliado el Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
34	Convenio	Selecciona si la institución de afiliación cuenta con convenio en el Instituto.
35	Con Aseguradora	Selecciona sí o no cuenta con seguro de gastos médicos mayores.
36	Compañía de seguro	El nombre de la compañía aseguradora.
37	Núm. Póliza	El número de la póliza del seguro.
38	Núm. Certificado	El número del certificado del seguro.
39	Documentos entregados	Selecciona los documentos entregados por el Paciente y/o Responsable Legal.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17


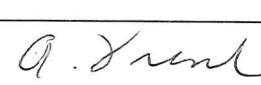
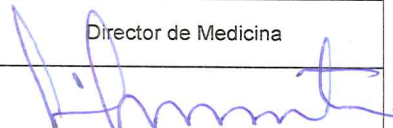
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> <b>02</b>
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> <b>25</b> <b>DE:</b> <b>34</b>


No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
40	Observaciones	Las observaciones que el Trabajador Social Operativo crea pertinentes.
41	Nivel socioeconómico	*
42	Persona entrevistada	El nombre de la Persona quien proporcionó la información en la entrevista.
43	Parentesco	Selecciona el parentesco de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.

**Nota:** Los campos identificados con los numerales 12, 18, 19, 20 y 41 los genera automáticamente el sistema informático vigente.



The screenshot shows a software interface with a menu bar (PMG, General, Mi Paciente, Herramientas, Mi sección, Ayuda) and a toolbar. Below is a form titled 'Estudio socioeconómico' with several tabs: Datos personales, Diagnóstico, Diagnóstico, Responsable, Enteros a familia y proveedor económico, Vivienda y datos socioeconómicos, Servicios de salud, Resumen de indicadores. The 'Datos personales' tab is active, showing fields for: Tipo de paciente (2), Estado civil, Fecha y lugar de nacimiento, Fecha nacimiento, Edad, País, Entidad federativa, Nacionalidad, CURP, RFC, Nombre del padre, Nombre de la madre, Nombre del cónyuge, Valoración realizada en, Médico que autoriza el ingreso al instituto, Área de ingreso (3), Religión, Ocupación, Especificidad, Lengua indígena. There are 'Cancelar' and 'Guardar' buttons at the bottom right.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 26 <b>DE:</b> 34

PMG | General | MI Paciente | Herramientas | MI sección | ? Ayuda

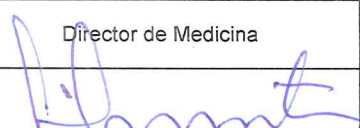
TEMP: EXP: | Fecha nacimiento: | TEMP: EXP: | Ubicación:




Trabajo social

Estudio socioeconómico

Fuente de referencia | 
  Servicio médico público | 
  CCINSHAE / Institución en convenio | 
  Institución de referencia: 4

Diagnóstico de referencia

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 27 <b>DE:</b> 34

PMG General MI Paciente Herramientas MI sección Ayuda

TEMP: EXP: Fecha nacimiento: Edad: Sexo: TEMP: EXP: Ubicación:

Trabajo social

**Estudio socioeconómico**

Datos personales Diagnóstico Historia Responsable Estructura familiar y proveedor económico Vivienda y datos socioeconómicos Servicios de salud Resumen de indicadores



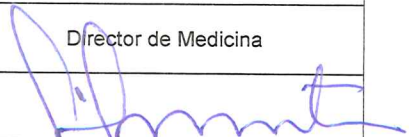
Número de dependientes económicos 5




6 Responsable Paciente  
 Fecha de nacimiento 11  
 16 Proveedor económico Ingreso mensual \$ 17 PFE

Parentesco 7 Edad 12  
 Nombre (s) 8 Escolaridad 13  
 Primer apellido 9 Ocupación 14  
 Segundo apellido 10 Estado civil 15

Parentesco	Edad	Parentesco	Primer apellido	Segundo apellido	Escolaridad	Ocupación	Estado civil	Proveedor económico	Ingreso

Total de ingresos 18 \$ Egresos Familiar 19 \$ Relación Egreso/Ingreso 20 %

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 28 <b>DE:</b> 34

PMG | General | Mi Paciente | Herramientas | Mi sección | Ayuda

TEMP EXP | Fecha nacimiento: Edad: Sexo: | TEMP: EXP: Ubicación:

Trabajo social

Estudio socioeconómico

Datos personales | Diagnóstico | Domicilio | Responsables | Estructura familiar y proveedor económico | **Vivienda y datos socioeconómicos** | Servicios de salud | Resumen de indicadores

**Servicios públicos**

Alumbrado público 21  Pavimentación  Alcantarillado

Servicio de recolección de basura  Servicios médicos  Servicios educativos o recreación

**Datos de la vivienda**

Tipo de tenencia 22 | Material de construcción 23 | Tipo de vivienda 24

Habitaciones 25 | Dormitorios 26 | Nº Personas por dormitorio 27


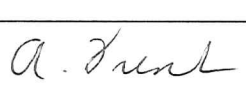
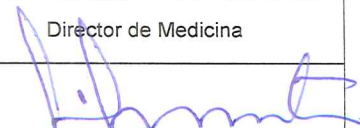
**Servicios intradomiciliarios** 28




Agua potable  Luz  Drenaje  Teléfono

**Estado de salud**

Estado de salud familiar 29 | Tiempo de enfermedad del paciente 30 | 31 \*Otros problemas de salud del paciente que se atiende en otra institución

Si  No

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 29 <b>DE:</b> 34

PMG General Mi Paciente Herramientas Mi sección ? Ayuda

TEMP: EXP: Fecha nacimiento: Edad: Sexo: TEMP: EXP: Ubicación:

Trabajo social

Estudio socioeconómico

Datos personales | Diagnóstico | Domicilio | Responsables | Estructura familiar y proveedor económico | Vivienda y datos socioeconómicos | **Servicios de salud** | Resumen de indicadores

**Servicios médicos**  
 Derechohabiente 32  Sí  No  
 Convenio 34  Sí  No  
 Con aseguradora 35  Sí  No  
 Compañía de seguro 36  N.º Póliza 37   
 Documentos entregados  
 Identificaciones paciente 39  Identificaciones Responsable legal  Ingresos  Egresos  Otros documentos   
 Observaciones 40   
 Nivel socioeconómico asignado 41  Persona entrevistada 42  Parentesco 43

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b> <b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>REV:</b> 02 <b>HOJA:</b> 30 <b>DE:</b> 34

PMG | General | MI Paciente | Herramientas | MI sección | ? Ayuda

TEMP: EXP: | Fecha nacimiento: Edad: Sexo: | TEMP: EXP: Ubicación:

Trabajo social


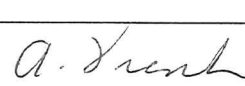
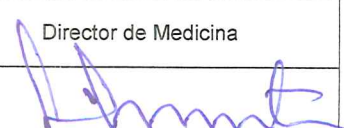
**Estudio socioeconómico**



Detalle personal | Diagnóstico | Cambios | Responsabilidades | Estructura familiar y nivel socioeconómico | Vínculos y datos socioeconómicos | Servicios de salud | **Resumen de indicadores**

Indicador	Valor asignado	Puntos	Fecha última actualización
Tipo de vivienda			
Tipo de tenencia			
Material de construcción			
Número de dormitorios			
Personas por dormitorio			
Servicios intradomiciliarios			
Servicios públicos			
Tiempo de enfermedad del paciente			
Atiende en otra institución			
Estado de salud familiar			
Egreso familiar			
Ocupación PPE			
Relación ingreso familiar / Dependientes económicos			Total de puntos
Ingresos familiares	Dependientes económicos	Puntos	
Nivel asignado	Nivel asignado por reasignación		
Usuario que realizó la evaluación	Usuario que reasignó		

\*Nota: estos datos completan el formulario de estudio socioeconómico


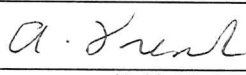
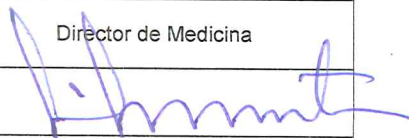
Guardar cambios | Actualizar información | Reasignación

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17




 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 31 <b>DE:</b> 34

**FORMATO 9.3: SOLICITUD DE RECLASIFICACIÓN**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Fecha	Día, mes y año, en que se llena la solicitud.
2	Nombre del Paciente	Nombre completo del Paciente
3	Registro	Número de expediente.
4	Nivel socioeconómico	El nivel socioeconómico del Paciente.
5	Nombre del solicitante	El nombre completo.
6	Parentesco	En relación al Paciente.
7	Exponga las razones	La justificación por la que solicita la reclasificación.
8	Firma del solicitante	El nombre y firma de quien solicita la reclasificación.
9	Procede	Marcar una de las opciones.
10	Nombre y firma de autorización	El nombre y firma del Supervisor de Trabajo Social o del Jefe del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos que firma la autorización.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./O.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 32
			<b>DE:</b> 34

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN**

**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL Y ADMISIÓN DE ENFERMOS  
SOLICITUD DE RECLASIFICACIÓN**

Fecha: 1

Nombre del Paciente: 2  
 Registro: 3 Nivel socioeconómico: 4  
 Nombre del solicitante: 5 Parentesco: 6

Exponga las razones por las cuales está usted solicitando la reclasificación de su nivel socioeconómico: 7

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---


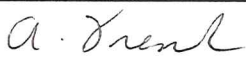
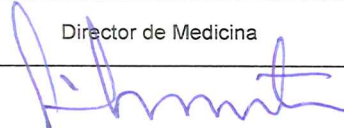
Firma del solicitante: 8

**Nota:** Anexar comprobantes de ingresos y egresos, identificación del paciente y del responsable legal e itinerario de consultas.

-----Uso exclusivo del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos-----

**9** Procede: Si  No

Nombre y firma de autorización: 10

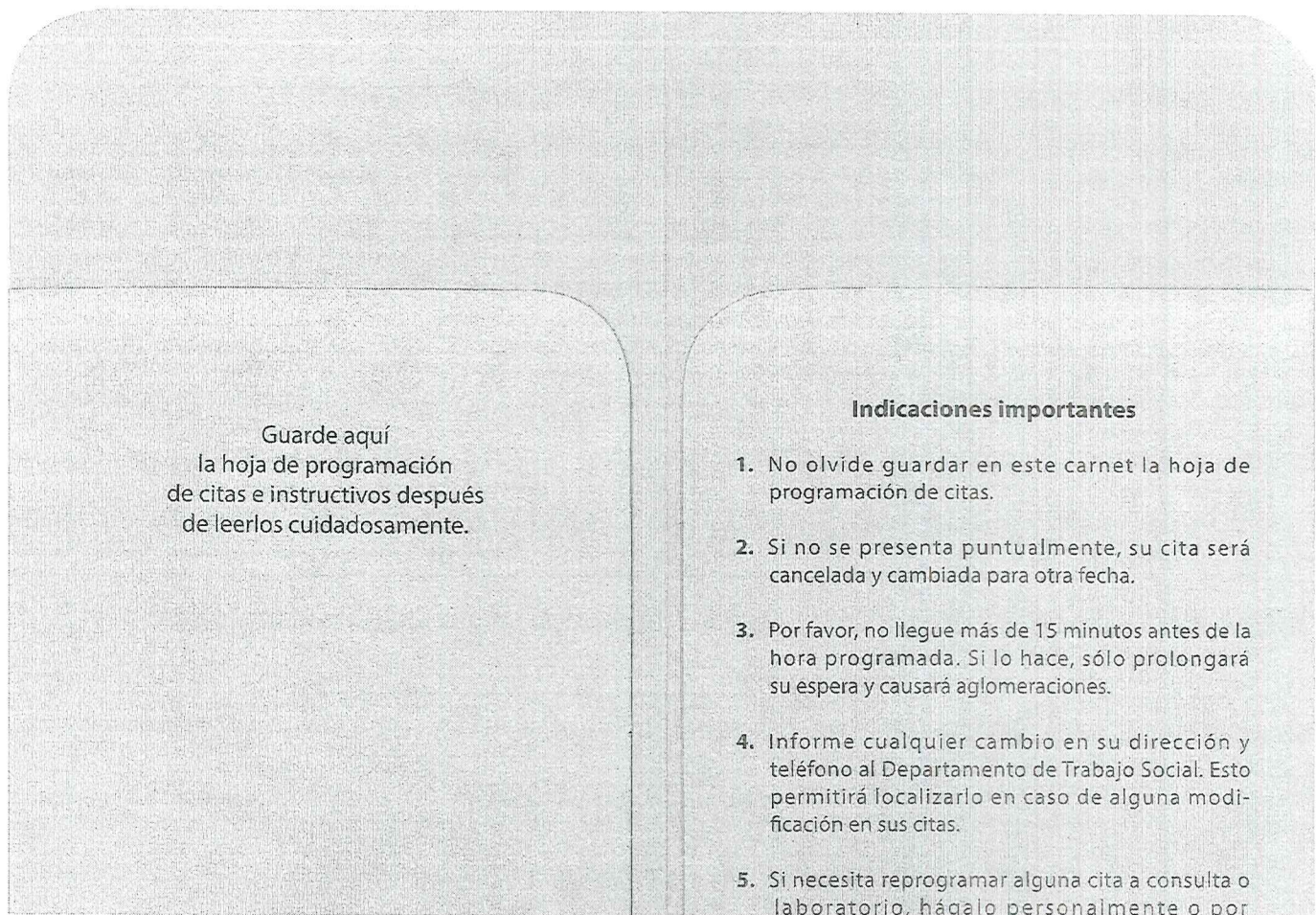
<b>CONTROL DE EMISIÓN</b>			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 33 <b>DE:</b> 34




**FORMATO 9.4: CARNET**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Código de barra	Número de expediente.
2	Nombre	Nombre completo del paciente.
3	Nivel	Nivel socioeconómico del paciente.

**Nota:** Todos los datos se imprimen en una etiqueta directamente del sistema, con tan sólo teclear el número de expediente.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Actualizar Información y/o Reasignar el Nivel Socioeconómico a Pacientes Subsecuentes</b>		<b>HOJA:</b> 34 <b>DE:</b> 34






INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN


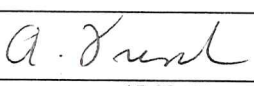
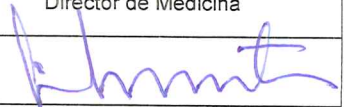
Av. Vasco de Quiroga #15  
Col. Belisario Domínguez Sección XVI  
Delegación Tlalpan  
C.P. 14080 México, D. F.  
54-87-09-00

**Carnet**  
de citas

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 28

### 3. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA EXENCIÓN DE PAGO A PACIENTES DEL INSTITUTO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 28

## 1.0 PROPÓSITO

Realizar la exención de pago a los Pacientes del Instituto, que de acuerdo al resultado de un estudio socioeconómico o a la revisión de sus condiciones económicas, no cuenten con recursos para el pago de los servicios proporcionados en el Instituto.

## 2.0 ALCANCE


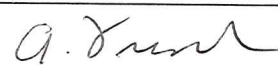
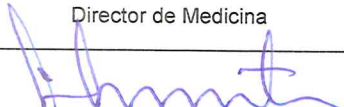
**A Nivel Interno:** Este procedimiento aplica a la Dirección General, Dirección de Medicina, a la Subdirección de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, al Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos (TSAE), al Departamento de Tesorería y a la Sección de Cuentas Corrientes de Pacientes Hospitalizados.

**A Nivel Externo:** Este procedimiento aplica a Pacientes del Instituto.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### GENERALES:

1. El Jefe del Departamento de TSAE solicita la autorización de la exención de pago (**Formato 1**) al Director General o Director de Medicina, en caso de que la evaluación de los indicadores del estudio socioeconómico arrojen un puntaje menor de 12.
2. El Jefe del Departamento de TSAE verifica que la exención de pago (**Formato 1**) a Pacientes esté autorizada solamente por el Director General o Director de Medicina.
3. El Jefe del Departamento de TSAE verifica que la exención de pago (**Formato 1**) para los casos calificados como bajo protección institucional que son solicitados por el organismo que envía al Paciente estén autorizados por el Director General o Director de Medicina.
4. El Jefe del Departamento de TSAE o el Supervisor de Trabajo Social exenta de pago de los servicios proporcionados a los Médicos Residentes de los Institutos Nacionales de Salud (INSALUD), así como a los Médicos Internos, prestadores de servicio social y alumnos de cursos de posgrado del Instituto, para la cual, necesitan presentar la acreditación por parte de la Dirección de Enseñanza de la Institución y es autorizada por el Director General o Director de Medicina de este Instituto.
5. El Jefe del Departamento de TSAE envía al Director General o Director de Medicina para su evaluación y autorización aquellos casos no contemplados en las políticas anteriores.
6. El Supervisor de Trabajo Social firma la documentación necesaria en caso de ausencia del Jefe de TSAE.


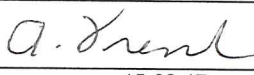
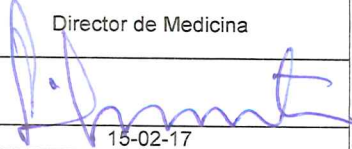
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17




 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 3 <b>DE:</b> 28

7. El Trabajador Social Operativo y el Asistente Administrativo en todo momento mantiene una actitud cortés, empática y de respeto hacia el Paciente y/o Responsable Legal, tendiente a preservar los preceptos de la Carta de los Derechos Generales de las Pacientes y los Pacientes.
8. El Trabajador Social Operativo y el Asistente Administrativo, en caso de incumplimiento de las políticas y procedimientos contenidos en el presente manual, es sancionado de acuerdo a las medidas disciplinarias contenidas en las Condiciones Generales de Trabajo del Instituto mediante un comunicado a la Subdirección de Recursos Humanos para su aplicación.


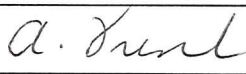
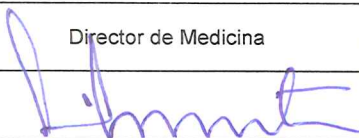
#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Trabajador Social Operativo	1	<p>Realiza la entrevista al Paciente y/o Responsable Legal e ingresa los Datos Generales (<b>Formato 2</b>) y el estudio socioeconómico (<b>Formato 3</b>) y verifica si obtuvo puntuación mayor a 12 (<b>Política1</b>).</p> <p>¿Alcanza puntuación mayor de 12?</p> <p>No: Solicita visto bueno al Jefe del Departamento de TSAE o Supervisor de Trabajo Social para la exención de pago.</p> <p>Sí: Asigna la clasificación correspondiente.</p>
Jefe del Departamento de TSAE o Supervisor de Trabajo Social	2	<p>Recibe la solicitud de exención de pago (<b>Formato 1</b>) y verifica que los datos sean correctos para solicitar la autorización al Director General o Director de Medicina (<b>Políticas 1 y 2</b>).</p> <p>¿Los datos son correctos?</p> <p>No: Regresa la solicitud al Trabajador Social Operativo para la corrección.</p> <p>Sí: Valida la solicitud por escrito de la exención de pago y entrega a la Asistente Administrativo para el envío al Director General o Director de Medicina.</p>
Asistente Administrativo	3	<p>Elabora la solicitud de exención de pago (<b>Formato 1</b>) dirigida al Director General o al Director de Medicina para su autorización y entrega al Jefe del Departamento de TSAE para la firma correspondiente.</p>

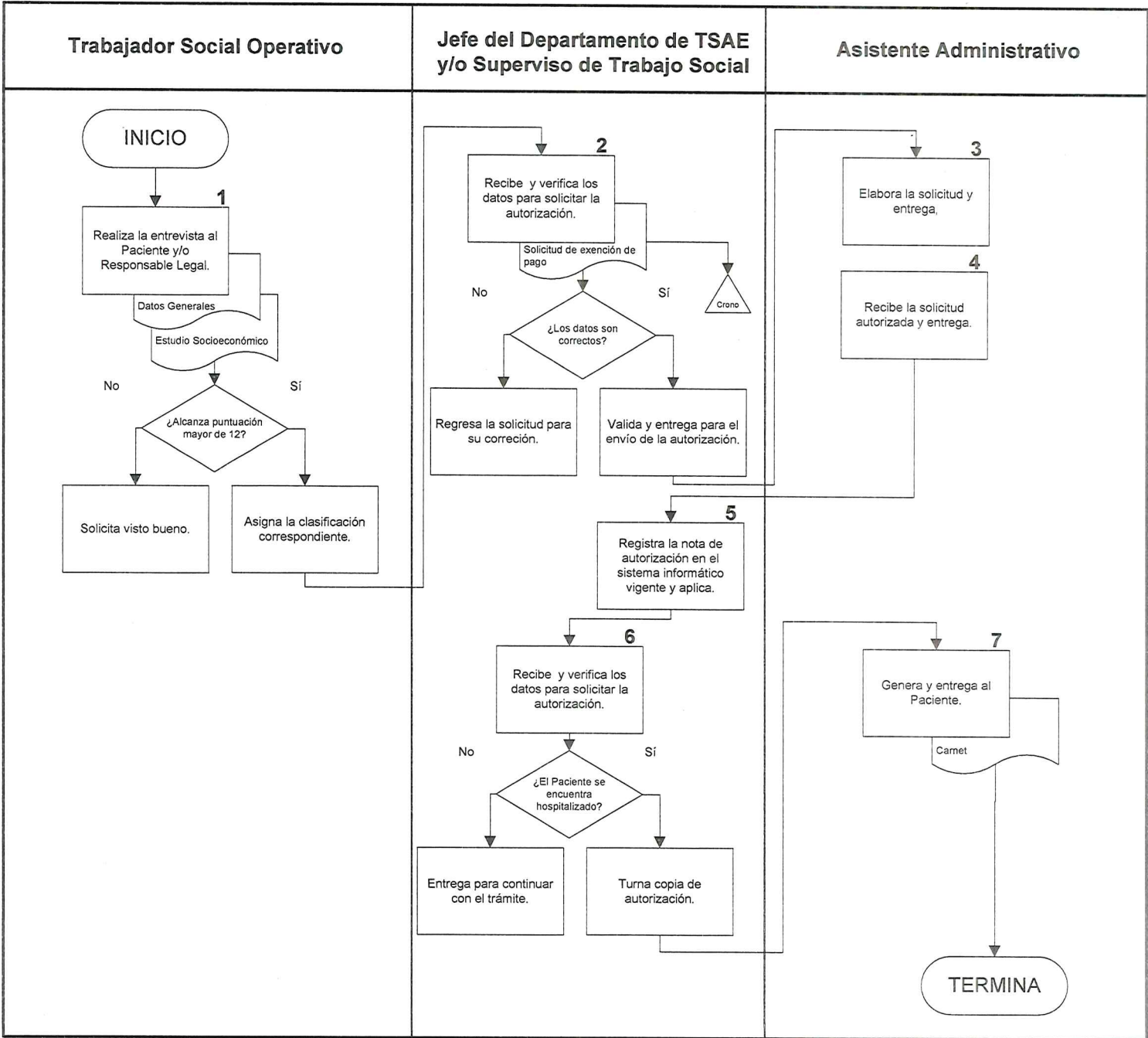
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 28

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Asistente Administrativo	4	Recibe la exención de pago autorizada por el Director General o Director de Medicina y entrega al Jefe del Departamento de TSAE o Supervisor de Trabajo Social para la aplicación del mismo en el sistema informático vigente.
Jefe del Departamento de TSAE o Supervisor de Trabajo Social	5	Registra la nota de autorización en el rubro de observaciones del estudio socioeconómico del sistema informático vigente y aplica en el módulo de reclasificación nivel 1x (0).
Jefe del Departamento de TSAE o Supervisor de Trabajo Social	6	<p>Revisa si el estado del Paciente es hospitalizado.</p> <p>¿El Paciente se encuentra hospitalizado?</p> <p>No: Entrega a la Asistente Administrativo para continuar con el trámite.</p> <p>Sí: Turna copia de autorización a la Subdirección de Tecnología de la Información y Comunicación y a la Sección de Cuentas Corrientes de Pacientes Hospitalizados.</p>
Asistente Administrativo	7	<p>Genera y entrega el carnet (<b>Formato 4</b>) al Paciente con nivel 1x (0).</p> <p style="text-align: center;"><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 28

## 6.0 REGISTRO


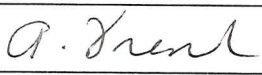

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Formato 1 Exención de pago	5 años	Departamento de TSAE	NO APLICA
Formato 2 Datos Generales	6 años	Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S. 5
Formato 3 Estudio socioeconómico	6 años	Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S. 5
Formato 4 Carnet	NO APLICA	Paciente y/o Responsable Legal	NO APLICA

## 7.0 GLOSARIO

- 7.1. Bajo Protección Institucional:** Individuos internados en Instituciones de Asistencia Social del Estado o de alguna Organización No gubernamental, cuya manutención es solventada con los recursos de la propia Institución.
- 7.2. Estudio Socioeconómico:** Instrumento utilizado por el trabajador social para conocer la situación económica del Paciente como miembro de una familia y asignarle un nivel de clasificación con base en la cual se aplican las cuotas para el pago de los servicios en el Instituto.
- 7.3. Exención de pago:** Liberar al Paciente de la generación de adeudos.
- 7.4. Nivel 1x (0):** Exento de Pago en los servicios de atención dentro del Instituto.

## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
01	15-01-15	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o documentos Normativos vigente
02	15-02-17	Actualización del Procedimiento.


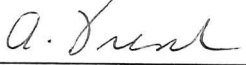
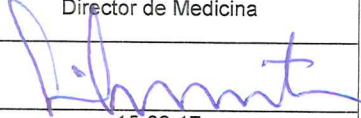
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 7 <b>DE:</b> 28

## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

### FORMATO 9.1: EXENCIÓN DE PAGO

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Fecha	El día, mes y año, de la exención de pago.
2	Paciente	El nombre completo del Paciente.
3	Número de registro	El número de expediente del Paciente.
4	Atendido en	El área en donde se atendió al Paciente.
5	Justificación	La razón por la que se solicita la exención.
6	ATENTAMENTE	La firma del Jefe del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos.
7	AUTORIZADO	La firma del Director General o Director de Medicina.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 8
			<b>DE:</b> 28

México, D.F., a 1 de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

DR. DAVID KERSHENOBICH STALNIKOWITZ  
Director General  
Presente


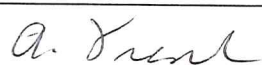
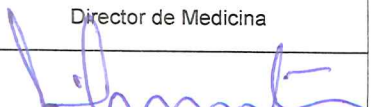
Por este conducto solicito sea tan amable de autorizar que el paciente 2, sin número de registro 3, atendido en 4 sea considerado en nivel 5 en virtud de que se trata de

ATENTAMENTE

AUTORIZADO

6  
LIC. T.S. CECILIA RUIZ GONZALEZ  
Jefe. Depto. Trabajo Social  
y Admisión de Enfermos.



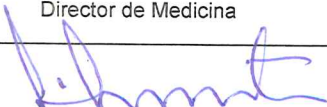
7  
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz  
Director General

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 9 <b>DE:</b> 28

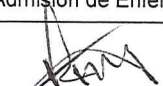
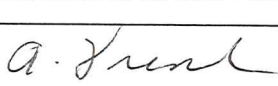
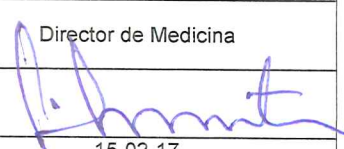
**FORMATO 9.2: DATOS GENERALES**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	TEMP:	El número de registro temporal del Paciente, lo genera automáticamente el sistema informático vigente en forma consecutivo.
2	EXP:	El número de expediente del Paciente.
	<b>Personal Datos generales</b>	
3	Primer apellido	El primer apellido del Paciente.
4	Segundo apellido	El segundo apellido del Paciente.
5	Nombre	El nombre o nombres del Paciente.
6	Sexo	Selecciona el género del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
7	Estado civil	Selecciona el estado civil del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
8	Procedencia	Selecciona la procedencia del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
9	Servicio médico público	Selecciona el servicio médico del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
10	CCINSHAE/Institución con convenio	Selecciona la Institución de procedencia del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
11	EXP	*
12	TEMP	*
13	Ocupación	Selecciona la ocupación del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17


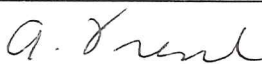

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 10 <b>DE:</b> 28




No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
14	Religión	Selecciona la religión del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
15	Lengua indígena	Marcar sí o no, si el Paciente habla alguna lengua indígena.
16	Escolaridad	Selecciona la escolaridad del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
17	Centro sanitario de origen	*
18	Nombre del protocolo	El nombre del protocolo si es que el Paciente se encuentra en alguno.
<b>Datos de nacimiento</b>		
19	Fecha de nacimiento	Selecciona la fecha de nacimiento del Paciente de acuerdo al calendario.
20	CURP	La clave única de registro de población del Paciente.
21	RFC	Lo proporciona el sistema informático vigente de acuerdo a los datos proporcionados por el Paciente y/o Responsable Legal.
22	País	Selecciona el país de procedencia del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
23	Nacionalidad	Selecciona la nacionalidad del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
24	Estado	Selecciona el estado del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
25	Delegación o Municipio	Selecciona la delegación o municipio del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
<b>Datos complementarios</b>		
26	Observaciones generales	*

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17


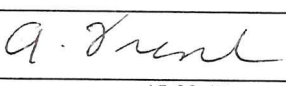
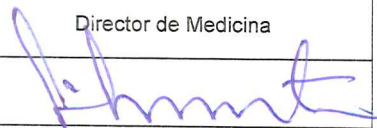
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 11 <b>DE:</b> 28

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
27	Nacionalidad	*
28	Causa de baja	*
29	Fecha de baja	*
30	Fecha última actualización	*
31	Nivel socioeconómico	*
<b>Datos familiares</b>		
32, 36, 40	Primer apellido	El primer apellido del Padre, Madre, cónyuge del Paciente.
33, 37, 41	Segundo apellido	El segundo apellido del Padre, Madre, cónyuge del Paciente.
34, 38, 42	Nombre	El nombre del Padre, Madre, cónyuge del Paciente.
35, 39, 43	Estado de vida	Selecciona de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
<b>Domicilio/Teléfono Datos del contacto</b>		
44	Teléfono móvil	El número telefónico del celular del Paciente.
45	Teléfono fijo	El número telefónico fijo del Paciente.
46	Correo electrónico	El correo electrónico del Paciente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17


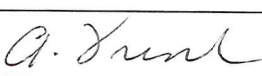
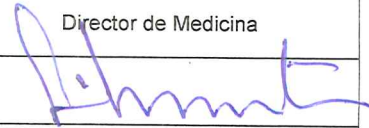
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 12 <b>DE:</b> 28

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
	<b>Direcciones</b>	
47	País	Selecciona el país de procedencia del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
48	Calle/N°.	La calle y el número del domicilio del Paciente.
49	Código postal	El número del código postal del domicilio del Paciente.
50	Dirección principal	Marcar si es el domicilio definitivo del Paciente.
51	Estado	Selecciona el estado de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
52	Delegación/Municipio	Selecciona la delegación o municipio de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
53	Colonia	Selecciona la colonia del domicilio de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
54	Referencias	La referencia del domicilio para localizarlo, es opcional.
	<b>Responsable</b>	
	<b>Datos identificativos</b>	
55	Primer apellido	El primer apellido del Responsable Legal.
56	Segundo apellido	El segundo apellido del Responsable Legal.
57	Nombre	El nombre o nombres del Responsable Legal.
58	Fecha de nacimiento	Selección la fecha de nacimiento del Responsable Legal de acuerdo al calendario.
59	Parentesco	Seleccionar el parentesco que tiene con el Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
60	Estado civil	Selecciona el estado civil del Responsable Legal de acuerdo al sistema informático vigente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 13 <b>DE:</b> 28

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
61	Escolaridad	Selecciona la escolaridad del Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
62	Ocupación	Selecciona la ocupación la ocupación del Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
63	Responsable Legal	Marcar según el caso.
	<b>Datos de contacto</b>	
64	Teléfono	El número de teléfono fijo y móvil del Responsable Legal.
65	Correo electrónico	El correo electrónico del Responsable Legal.
66	Otro	Otro número de teléfono o correo electrónico adicional del Responsable Legal.
	<b>Direcciones</b>	
67	País	Selecciona el país de procedencia del Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
68	Calle/N°.	La calle y el número del domicilio del Responsable Legal del Paciente.
69	Código postal	El número del código postal del domicilio del Responsable Legal.
70	Estado	Selecciona el estado del Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
71	Delegación/Municipio	Selecciona la delegación o municipio del Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
72	Colonia	Selecciona la colonia del domicilio del Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
73	Referencias	La referencia del domicilio para localizarlo, es opcional.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

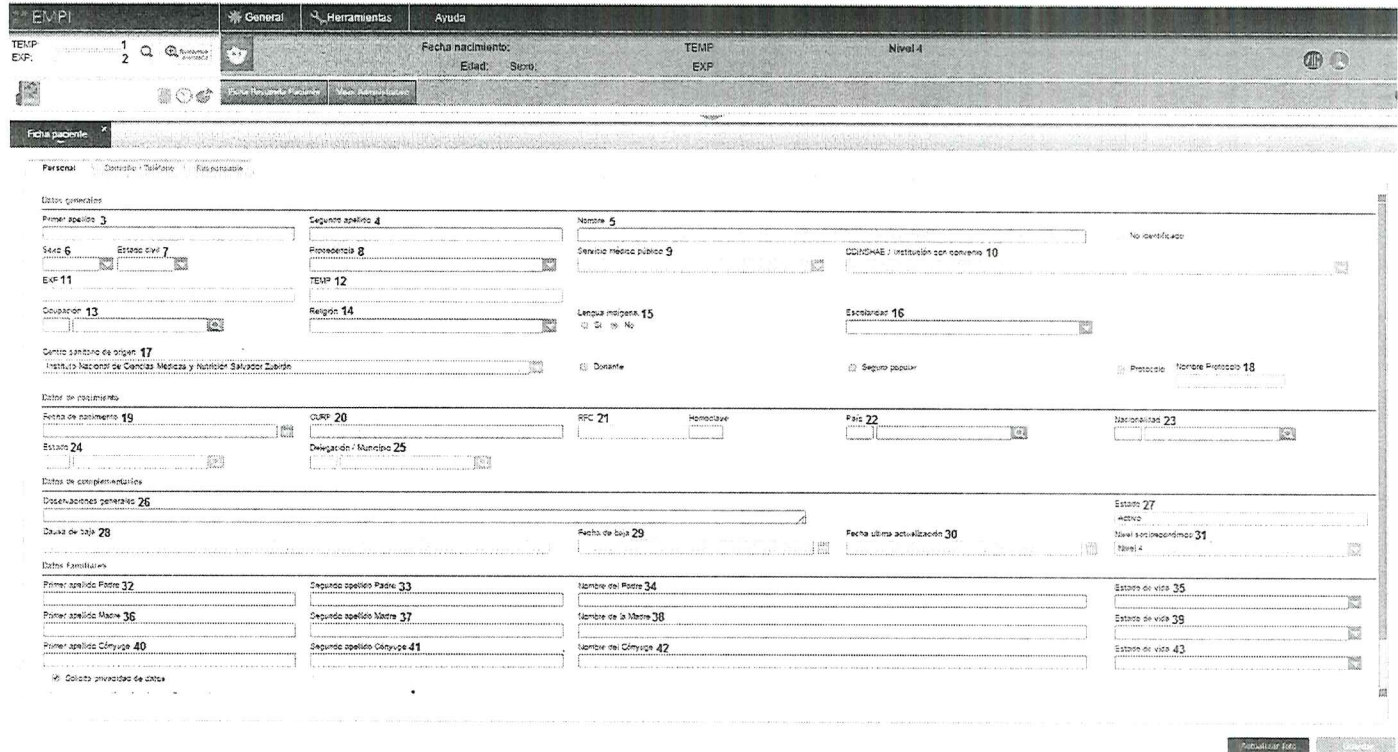


 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 14 <b>DE:</b> 28

**No. 74**      **CONCEPTO**      **SE ANOTARÁ**


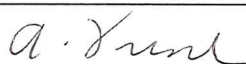
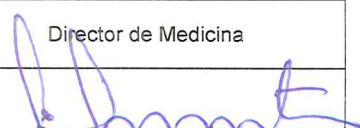
Dirección principal      Selecciona si el registro ingresado corresponde a la dirección principal del Responsable Legal.

**Nota:** \* Estos datos los ingresa el Personal de Medicina.  
 \*Los campos identificados con los numerales 11, 12, 17, 27, 30 y 31 los genera automáticamente el sistema informático vigente.



The screenshot shows the EMPI (Sistema de Información de Medicina) interface. The top menu includes 'General', 'Herramientas', and 'Ayuda'. The main window displays a 'Fecha paciente' form with the following fields:


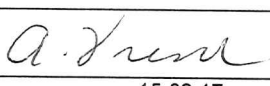
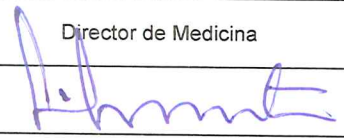
- Personal:** Control, Teléfono, Responsable
- Datos generales:**
  - Primer apellido 3, Segundo apellido 4, Nombre 5
  - Sexo 6, Estado civil 7, Procedencia 8, Servicio médico público 9, ODHONAE / institución con convenio 10, No identificado
  - Edu 11, TEMP 12
  - Cobertura 13, Region 14, Lengua materna 15, Escuelas 16
  - Centro sanitario de origen 17 (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán), Seguro popular, Protocolo Nombre Protocolo 18
- Datos de nacimiento:**
  - Fecha de nacimiento 19, CURP 20, RFC 21, Homocare, País 22, Nacionalidad 23
  - Estado 24, Delegación / Municipio 25
- Datos de complementarios:**
  - Diseñaciones generales 26, Estado 27
  - Causa de baja 28, Fecha de baja 29, Fecha última actualización 30, Nivel de atención 31, Nivel de procedimientos 31, Nivel 4
- Datos familiares:**
  - Primer apellido Padre 32, Segundo apellido Padre 33, Nombre del Padre 34, Estado de vida 35
  - Primer apellido Madre 36, Segundo apellido Madre 37, Nombre de la Madre 38, Estado de vida 39
  - Primer apellido Cónyuge 40, Segundo apellido Cónyuge 41, Nombre del Cónyuge 42, Estado de vida 43

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 15 <b>DE:</b> 28

General Herramientas Ayuda  
 TEMP. EXP. Fecha nacimiento: TEMP. EXP. Nivel 4  
 Edad: Sexo:  
 Ficha paciente:

Datos de contacto:  
 Teléfono móvil 1: 44    Teléfono móvil 2:    Teléfono fijo 1: 45    Teléfono fijo 2:  
 Correo electrónico 1: 48    Correo electrónico 2:    Otro:  
 Direcciones:  
 País: 47    Calle/CP: 48    Código postal: 49    Dirección principal: 50  
 Estado: 51    Delegación / Municipio: 52    Colonia: 53  
 Referencia: 54

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 16 <b>DE:</b> 28

EMP | General | Herramientas | Ayuda

TEMP: Fecha nacimiento: TEMP Nivel 4  
EXP: Edad: Sexo: EXP

Fecha nacimiento: [ ]

Personal | Definición | Sistema | Responsable

**Datos identificativos**

Primer apellido: 55 [ ] Segundo apellido: 56 [ ] Nombre: 57 [ ] Fecha de nacimiento: 58 [ ]  
 Parentesco: 59 [ ] Estado civil: 60 [ ] Escadencia: 61 [ ] Ocupación: 62 [ ]  
 Residencia legal: 63 [ ]


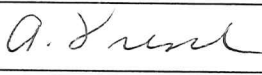
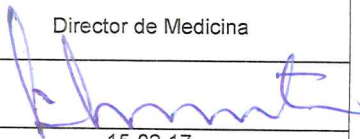
**Datos de contacto**

Teléfono contacto 1: 64 [ ] Teléfono contacto 2: [ ] Correo electrónico 1: 65 [ ] Correo electrónico 2: [ ] Cmp: 66 [ ]

**Direcciones**

País: 67 [ ] Calle/Tr: 68 [ ] Código postal: 69 [ ]  
 Estado: 70 [ ] Delegación / Municipio: 71 [ ] Colonia: 72 [ ]  
 Referencia: 73 [ ]  
 Dirección sinca: 74 [ ]


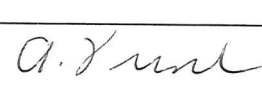
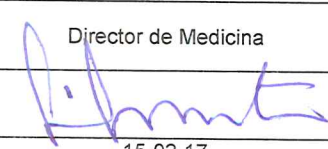
[ Guardar ] [ Cancelar ]




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 17 <b>DE:</b> 28


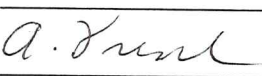
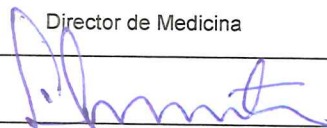
**FORMATO 9.3: ESTUDIO SOCIOECONÓMICO**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	EXP:	El número de expediente del Paciente.
<b>Datos personales</b>		
2	Tipo de paciente	Selecciona el tipo de Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
3	Área de ingreso	Selecciona el área de ingreso de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
<b>Diagnóstico</b>		
4	Institución de referencia	Selecciona la institución de referencia del Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
<b>Estructura familiar y proveedor</b>		
5	Número de dependientes económicos	Selecciona el número de dependientes de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
6	Responsable o Paciente	Selecciona al Responsable o Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
7	Parentesco	Selecciona el parentesco de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
8	Nombre (s)	El nombre completo de los integrantes referidos por el Paciente o Responsable Legal.
9	Primer apellido	El primer apellido de los integrantes referidos por el Paciente o Responsable Legal.
10	Segundo apellido	El segundo apellido de los integrantes referidos por el Paciente o Responsable Legal.
11	Fecha de nacimiento	Seleccionar la (s) fecha de nacimiento de los integrantes referidos por el Paciente o Responsable Legal de acuerdo al calendario.
12	Edad	*

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

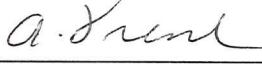
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 18 <b>DE:</b> 28

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
13	Escolaridad	Selecciona la escolaridad de los integrantes referidos por el Paciente o Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
14	Ocupación	Selecciona la ocupación de los integrantes referidos por el Paciente o Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
15	Estado civil	Selecciona el estado civil de los integrantes referidos por el Paciente o Responsable Legal de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
16	Proveedor	Selecciona el o los proveedores económicos.
17	Principal proveedor económico (PPE)	Marcar al Proveedor económico que efectúe el mayor aporte a la economía del hogar.
18	Total de ingresos	*
19	Egresos Familiar	*
20	Relación Egreso/Ingreso	*
<b>Vivienda y datos socioeconómicos</b>		
21	Servicios Públicos	Selecciona el o los servicios públicos con los que cuenta la vivienda del Paciente.
<b>Datos de vivienda</b>		
22	Tipo de tenencia	Selecciona de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente el tipo de tenencia.
23	Material de construcción	Selecciona de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente el material de construcción de la vivienda.
24	Tipo de vivienda	Selecciona de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente el tipo de vivienda del Paciente.
25	Habitaciones	El número de las habitaciones con las que cuenta la vivienda del Paciente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 19 <b>DE:</b> 28

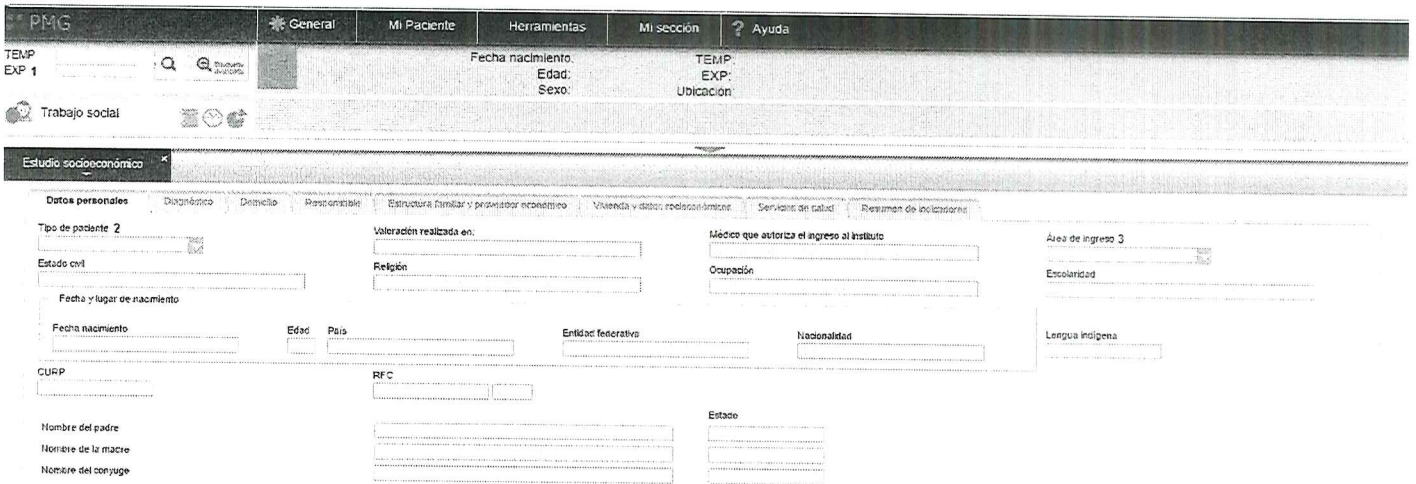
No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
26	Dormitorios	Selecciona de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente el número de dormitorios con los que cuenta la vivienda.
27	N°. de personas por dormitorio	Selecciona de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente el número de personas que duermen por cada dormitorio.
28	Servicios intradomiciliarios	Selecciona los servicios intradomiciliarios que cuenta la vivienda.
<b>Estado de salud</b>		
29	Estado de salud familiar	Selecciona de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente el estado de salud del Paciente.
30	Tiempo de enfermedad del paciente	Selecciona de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente el tiempo de la enfermedad del Paciente.
31	*Otros problemas de salud que se atienden en otra institución	Selecciona sí o no cuenta con otros problemas de salud y si son atendidos en otra institución de salud.
<b>Servicios de salud</b>		
32	Derechohabiente	Selecciona si es derechohabiente de otra institución de salud.
33	Institución	Selecciona la institución a la que está afiliado el Paciente de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.
34	Convenio	Selecciona si la institución de afiliación cuenta con convenio en el Instituto.
35	Con Aseguradora	Selecciona sí o no cuenta con seguro de gastos médicos mayores.
36	Compañía de seguro	El nombre de la compañía aseguradora.
37	Núm. Póliza	El número de la póliza del seguro.
38	Núm. Certificado	El número del certificado del seguro.
39	Documentos entregados	Selecciona los documentos entregados por el Paciente y/o Responsable Legal.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17


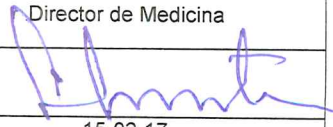
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 20 <b>DE:</b> 28


<b>No.</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
40	Observaciones	Las observaciones que el Trabajador Social Operativo crea pertinentes.
41	Nivel socioeconómico	*
42	Persona entrevistada	El nombre de la Persona quien proporcionó la información en la entrevista.
43	Parentesco	Selecciona el parentesco de acuerdo al catálogo del sistema informático vigente.

**Nota:** Los campos identificados con los numerales 12, 18, 19, 20 y 41 los genera automáticamente el sistema informático vigente.



The screenshot shows a software interface with a menu bar (General, Mi Paciente, Herramientas, Mi sección, Ayuda) and a search bar. Below the menu, there are tabs for 'Trabajo social' and 'Estudio socioeconómico'. The 'Estudio socioeconómico' form is active, showing various input fields for patient information such as 'Tipo de paciente', 'Fecha nacimiento', 'Edad', 'País', 'Religión', 'Ocupación', 'Escolaridad', 'CURP', 'RFC', and 'Estado'. There are also fields for 'Valoración realizada en', 'Médico que autoriza el ingreso al Instituto', and 'Área de ingreso'.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 21 <b>DE:</b> 28

PMG | General | MI Paciente | Herramientas | MI sección | ? Ayuda

TEMP: EXP: | Fecha nacimiento: | TEMP: EXP: | Ublación:


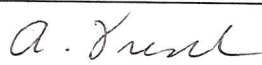
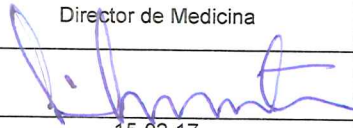
Trabajo social

Estudio socioeconómico

Diagnóstico

Fuente de referencia: Servicio médico público | CCINSHAE / Institución en convenio | Institución de referencia: 4

Diagnóstico de referencia:

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 22 <b>DE:</b> 28

PMG | General | Mi Paciente | Herramientas | Mi sección | Ayuda

TEMP: EXP: | Fecha nacimiento: | TEMP: EXP: | Ubicación:

Trabajo social

Estudio socioeconómico

Urbes personales | Diagnóstico | Demografía | Responsable | **Estructura familiar y proveedor económico** | Vivienda y datos socioeconómicos | Servicios de salud | Resumen de indicadores

Número de dependientes económicos 5


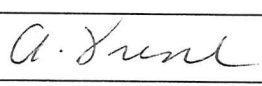
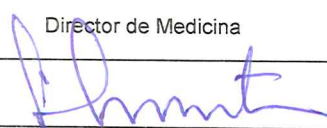
6 Responsable Paciente | Parentesco 7 | Nombre (s) 8 | Primer apellido 9 | Segundo apellido 10

Fecha de nacimiento 11 | Edad 12 | Escolaridad 13 | Ocupación 14 | Estado civil 15

16 Proveedor económico | Ingreso mensual 17 | PPE

Parentesco	Edad	Nombre (s)	Proveedor económico	Seguro de salud	Escolaridad	Ocupación	Estado civil	Proveedor económico	Ingreso

Total de ingresos 18 \$ | Egresos Familiar 19 \$ | Relación Egresos/Ingreso 20 %

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 23 <b>DE:</b> 28

PMG | General | Mi Paciente | Herramientas | Mi sección | ? Ayuda

TEMP: EXP: | Fecha nacimiento: Edad: Sexo: | TEMP: EXP: Ubicación:

Trabajo social

Estudio socioeconómico


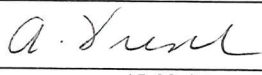
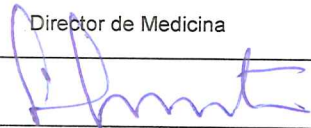
Datos personales | 
  Diagnóstico | 
  Domicilio | 
  Responsable | 
  Estructura familiar y proveedor económico | 
  **Vivienda y datos socioeconómicos** | 
  Servicios de salud | 
  Resumen de indicadores

**Servicios públicos 21**  
 Alumbrado público |  Pavimentación |  Alcantarillado  
 Servicio de recolección de basura |  Servicios médicos |  Servicios educativos o recreación

**Datos de la vivienda**  
 Tipo de tenencia 22 | Material de construcción 23 | Tipo de vivienda 24  
 Habitaciones 25 | Dormitorios 26 | N° Personas por dormitorio 27

**Servicios intradomiciliarios 28**  
 Agua potable |  Luz |  Drenaje |  Teléfono

**Estado de salud**  
 Estado de salud familiar 29 | Tiempo de enfermedad del paciente 30 | 31 \*Otros problemas de salud del paciente que se atiende en otra institución  
 Si  No

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 24 <b>DE:</b> 28

PMG General Mi Paciente Herramientas Mi sección ? Ayuda

TEMP EXP Fecha nacimiento: Edad: Sexo: TEMP EXP: Ubicación:

Trabajo social

Estudio socioeconómico

Datos personales Diagnóstico Diagnóstico Responsabilidad Estructura familiar y prioridades económicas Vivienda y datos socioeconómicos Servicios de salud Resumen de indicadores

Servicios médicos

Derechohabiente 32  SI  No

Convenio 34  SI  No

Con aseguradora 35  SI  No

Compañía de seguro 36

Núm. Póliza 37

Institución 33

Núm. Certificado 38

Documentos entregados

Identificación paciente 39

Identificación Responsable legal

Ingreso

Egreso


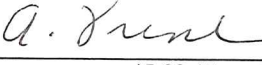
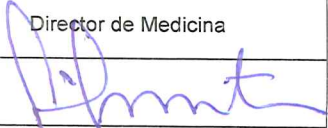
Otros documentos

Observaciones 40

Nivel socioeconómico asignado 41

Persona entrevistada 42

Parentesco 43

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 25 <b>DE:</b> 28

PMG | General | MI Paciente | Herramientas | Mi sección | Ayuda

TEMP: EXP: | Fecha nacimiento: | TEMP: EXP: Ubicación:

Trabajo social


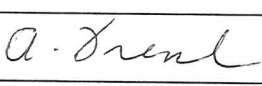
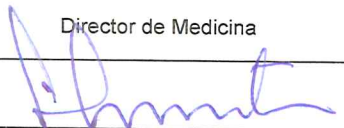
**Estudio socioeconómico**




Datos personales | Diagnóstico | Densidad | Responsable | Estructura familiar y proveeduría económica | Vivienda y datos socioeconómicos | Servicios de salud | Resumen de indicadores

Indicador	Valor asignado	Puntos	Fecha última actualización
Tipo de vivienda			
Tipo de tenencia			
Material de construcción			
Número de dormitorios			
Personas por dormitorio			
Servicios intradomiciliarios			
Servicios públicos			
Tiempo de enfermedad del paciente			
Abede en otra institución			
Estado de salud familiar			
Egreso familiar			
Ocupación PPE			
Relación ingreso familiar / Dependientes económicos			
Ingresos familiares			
Dependientes económicos			
Puntos			
Total de puntos			
Nivel asignado			
Nivel asignado por reevaluación			
Usuario que realizó la evaluación			
Usuario que recibió			

\*Falta datos, favor completar el formulario de estudio socioeconómico

Reevaluación


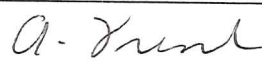
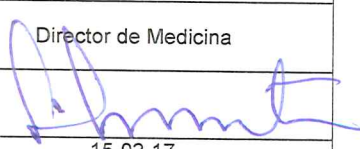
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 26 <b>DE:</b> 28

**FORMATO 9.4: CARNET**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Código de barra	Número de expediente.
2	Nombre	Nombre completo del paciente.
3	Nivel	Nivel socioeconómico del paciente.

**Nota:** Todos los datos se imprimen en una etiqueta directamente del sistema, con tan sólo teclear el número de expediente.


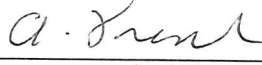
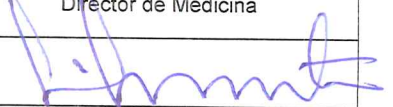
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 27 <b>DE:</b> 28

Guarde aquí la hoja de programación de citas e instructivos después de leerlos cuidadosamente.

**Indicaciones importantes**

1. No olvide guardar en este carnet la hoja de programación de citas.
2. Si no se presenta puntualmente, su cita será cancelada y cambiada para otra fecha.
3. Por favor, no llegue más de 15 minutos antes de la hora programada. Si lo hace, sólo prolongará su espera y causará aglomeraciones.
4. Informe cualquier cambio en su dirección y teléfono al Departamento de Trabajo Social. Esto permitirá localizarlo en caso de alguna modificación en sus citas.
5. Si necesita reprogramar alguna cita a consulta o laboratorio, hágalo personalmente o por

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Realizar la Exención de Pago a Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 28 <b>DE:</b> 28




INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

Av. Vasco de Quiroga #15  
Col. Belisario Domínguez Sección XVI  
Delegación Tlalpan  
C.P. 14080 México, D. F.  
54-87-09-00

**Carnet**  
de citas

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 45

#### 4. PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMAR EL INGRESO HOSPITALARIO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 45

## 1.0 PROPÓSITO

Asignar los espacios a los Pacientes que requieren un ingreso hospitalario, así como ingresar los trámites en el sistema informático vigente.

## 2.0 ALCANCE


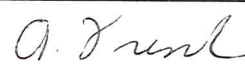
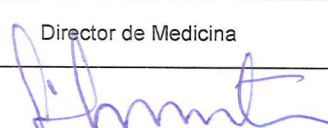
**A Nivel Interno:** Este procedimiento aplica a la Dirección de Medicina, la Dirección de Cirugía, Subdirección de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos (TSAE), Departamento de Tesorería, Departamento de Estadística y Archivo Clínico, Departamento de Atención Institucional Continua y Urgencias y la Sección de Cuentas Corrientes de Pacientes Hospitalizados.

**A Nivel Externo:** Este procedimiento aplica a Pacientes que requieran el ingreso a hospitalización y áreas críticas.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### GENERALES:

1. El Coordinador de Admisión o la Secretaria revisa que la solicitud de internación (**Anexo 1**) haya sido expedida y firmada por el Médico Solicitante del Instituto.
2. El Coordinador de Admisión o la Secretaria verifica en el sistema informático vigente si el Paciente cuenta con registro temporal de las siguientes áreas:
  - a. Atención Institucional Continua y Urgencias.
  - b. Preconsulta.
3. El Coordinador de Admisión o la Secretaria proporciona un registro temporal a aquellos Pacientes que no cuenten con un expediente institucional o registro temporal de otra área.
4. El Trabajador Social Operativo evalúa al Paciente, una vez realizado o actualizado el estudio socioeconómico y entrega al Paciente y/o Responsable Legal la solicitud de internación (**Anexo 1**) con el nivel socioeconómico, su firma y nombre.
5. El Trabajador Social Operativo informa al Paciente y/o Responsable Legal los requisitos obligatorios para el día del ingreso:
  - a) Acudir con el Responsable Legal para el ingreso.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 3 <b>DE:</b> 45

- b) Traer el monto del depósito de acuerdo al nivel asignado. Tratándose de pago de seguros de gastos médicos con convenio en el Instituto el monto será de acuerdo a lo estipulado.
6. El Trabajador Social Operativo entrega al Paciente y/o Responsable Legal las instrucciones para hospitalización (**Formato 1**) que contiene el precio de día-cama y el depósito de acuerdo al nivel socioeconómico del mismo.
  7. El Coordinador de Admisión o la Secretaria, en caso de que la autorización de la solicitud de internación (**Anexo 1**) sea después de las 10:00 a.m., localiza vía telefónica al Paciente y/o Responsable Legal para informar el día y la hora del ingreso hospitalario, así como solicitarle que se presente en el Área de Admisión de Enfermos.
  8. El Coordinador de Admisión o la Secretaria recibe diariamente la solicitud de internamiento (**Anexo 1**) autorizada por el Director de Medicina o el Personal que él designe.
  9. El Trabajador Social Operativo es el responsable de proporcionar los pases de visita (**Formato 2**) al Paciente y/o Responsable Legal de acuerdo al área donde ingrese el Paciente.
  10. El Supervisor de Trabajo Social firma la documentación necesaria en caso de ausencia del Jefe de TSAE.
  11. El Coordinador de Admisión, el Trabajador Social Operativo y la Secretaria en todo momento mantiene una actitud cortés, empática y de respeto hacia el Paciente y/o Responsable Legal, tendiente a preservar los preceptos de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.
  12. El Coordinador de Admisión, el Trabajador Social Operativo y la Secretaria, en caso de incumplimiento de las políticas y procedimientos contenidos en el presente manual, es sancionado de acuerdo a las medidas disciplinarias contenidas en las Condiciones Generales de Trabajo del Instituto mediante un comunicado a la Subdirección de Recursos Humanos para su aplicación.

## DE LA PROGRAMACIÓN DEL INGRESO HOSPITALARIO

13. El Coordinador de Admisión o la Secretaria entrega al Paciente el tríptico de sectores de cuartos colectivos (**Anexo 2**) o el tríptico de sectores de habitaciones individuales (**Anexo 3**) conteniendo la información que le proporcionó en forma verbal.
14. El Coordinador de Admisión o la Secretaria separa por especialidades las solicitudes de internación (**Anexo 1**) para que el Director de Medicina o el Personal que él designe las autorice.
15. El Supervisor de Trabajo Social revisa el control de pacientes atendidos por primera vez o subsecuentes.
16. El Supervisor de Trabajo Social revisa el control de los ingresos de pacientes hospitalizados se encuentre anotado el Paciente con el nivel asignado y el nombre del Trabajador Social Operativo que lo atendió.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 45


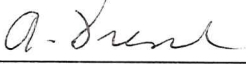
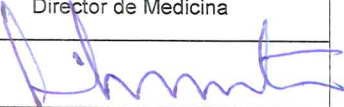
17. El Supervisor de Trabajo Social entrega el reporte mensual de los casos revisados para visto bueno del Jefe de Departamento de TSAE.

#### DE LA PROGRAMACIÓN AL SERVICIO ESTANCIA CORTA

18. El Coordinador de Admisión o la Secretaria informa al Paciente y/o Responsable Legal las condiciones para presentarse el día de la cita.
19. El Coordinador de Admisión o la Secretaria entrega el instructivo del Servicio de Estancia Corta (**Anexo 4**) en donde anota fecha, hora y lugar en donde se presentará el día del internamiento.
20. El Coordinador de Admisión o la Secretaria lleva las solicitudes de internación dos días antes del ingreso del Paciente al Servicio de Estancia Corta a la Dirección de Medicina para la autorización correspondiente.
21. El Coordinador de Admisión o la Secretaria programa el ingreso del Paciente al Servicio de Estancia Corta.
22. El Coordinador de Admisión o la Secretaria informa al Paciente y/o Responsable Legal el número de días de hospitalización, de acuerdo a la instrucción del Médico Solicitante del Instituto.

#### DEL INGRESO HOSPITALARIO

23. El Coordinador de Admisión o la Secretaria verifica que el Paciente acuda con su Responsable Legal al momento de hospitalizarse, si no es así, no se lleva a cabo el trámite de hospitalización del mismo.
24. El Coordinador de Admisión o la Secretaria solicita que el Paciente y/o Responsable Legal realice el depósito en la caja, de acuerdo al nivel socioeconómico asignado.
25. El Trabajador Social Operativo, en caso de que el Paciente y/o Responsable Legal no disponga del dinero para el depósito estipulado evalúa el caso a fin de autorizar el ingreso hospitalario.
26. El Jefe del Departamento TSAE o Supervisor de Trabajo Social autoriza el internamiento con depósito parcial o sin el mismo para el ingreso hospitalario.
27. El Trabajador Social Operativo revisa los censos de ingreso de Pacientes a los servicios de medicina crítica (Atención Institucional Continua y Urgencias y Terapia Intensiva), para identificar aquellos que serán trasladados a hospitalización.
28. El Trabajador Social Operativo localiza al Responsable Legal para iniciar con el proceso de ingreso.
29. El Coordinador de Admisión o la Secretaria es responsable de solicitar al Paciente y/o Responsable Legal que firme la documentación de ingreso siguiente:

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 45

a) En caso de Pacientes de primera vez, firma las condiciones para la admisión (**Formato 3**) y la carta de consentimiento bajo información para pacientes de nuevo ingreso (**Formato 4**).

b) En caso de Pacientes de ingreso subsecuente, sólo firma las condiciones para la admisión (**Formato 3**).

En caso de que el Paciente y/o Responsable Legal no firme las condiciones para la admisión, el Instituto no brinda la atención médica hasta que sea llenado este requisito.

30. El Trabajador Social Operativo entrega al Paciente y/o Responsable Legal la carta de los derechos de los pacientes (**Anexo 5**) y la Hoja de información para Pacientes del Instituto sobre datos personales (**Anexo 6**).

31. El Trabajador Social Operativo solicita la firma del Paciente y/o Responsable Legal de la documentación entregada.

32. El Coordinador de Admisión o la Secretaria coloca al Paciente que ingresa a Hospitalización el brazalete (**Anexo 7**) de identificación, el cual contiene:

- a) Nombre completo del Paciente.
- b) Número de Registro
- c) Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA).

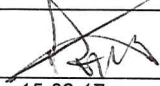
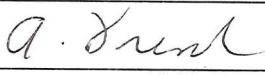
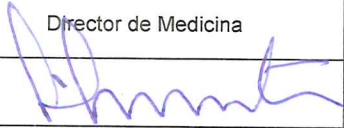
**DEL INGRESO DE PACIENTES PROVENIENTES DE LAS ÁREAS DE MEDICINA CRÍTICA (ATENCIÓN INSTITUCIONAL CONTINUA Y URGENCIAS, TERAPIA INTENSIVA)**

33. El Trabajador Social Operativo realiza el trámite de ingreso únicamente con el Responsable Legal, cuando el Paciente ya se encuentre internado en servicios de medicina crítica (Atención Institucional Continua y Urgencias, Terapia Intensiva).

34. El Trabajador Social Operativo informa del depósito de ingreso de acuerdo al nivel asignado al Responsable Legal, quien puede realizarlo posterior a la entrevista del mismo.

**DEL INGRESO A LOS SECTORES DE CUARTOS COLECTIVOS:**


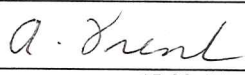
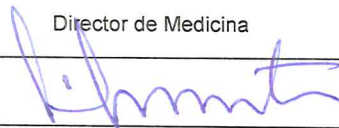
35. El Trabajador Social Operativo informa al Responsable Legal que los horarios de visita en los sectores cuartos colectivos son de lunes a domingo y días festivos de 13:00 a 19:00 hrs.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 45

#### DEL INGRESO A LOS SECTORES DE HABITACIONES DE INDIVIDUALES:

36. El Trabajador Social Operativo informa al Responsable Legal que los horarios de visita en los sectores de habitaciones individuales son de lunes a domingo y días festivos de 13:00 a 19:00 hrs.
37. El Trabajador Social Operativo, cuando el Paciente y/o Responsable Legal solicite internamiento a los sectores de habitaciones individuales, solicita la documentación comprobatoria de solvencia económica tal como:
- Recibo de ingresos,
  - Estado de cuenta bancaria,
  - Póliza o credencial de la compañía aseguradora, entre otros.
- Si se trata de recibo de ingresos necesita amparar como mínimo 20 Salarios Mínimos Mensuales Generales Vigentes en la Ciudad de México. (SMMGVCDMX); en los estados de cuenta bancarios se autorizan cuando el saldo promedio mensual sea equivalente al depósito quirúrgico en nivel 6. Cuando no cuente con comprobantes se solicita un depósito anticipado equivalente a quirúrgico en nivel 6. En los casos de Seguro de Gastos Médicos Mayores (SGMM) se verifica si existe convenio con el Instituto para reportar el ingreso.
38. El Trabajador Social Operativo puntualiza las condiciones de ingreso a sector de habitaciones individuales de acuerdo a las bases de operación de niveles 6 y 7 (**Anexo 8**).
39. El Trabajador Social Operativo entrega al Responsable Legal la carta compromiso (**Formato 5**) para ser llenada en la hoja 1, a su vez él requisita la hoja 2 y firma.
40. El Trabajador Social Operativo verifica que la carta compromiso (**Formato 5**) esté debidamente firmada.
41. El Trabajador Social Operativo reclasifica al Paciente una vez que ingrese al sector de cuartos colectivos, esto cuando por petición de la Sección de Cuentas Corrientes de Pacientes Hospitalizados, por falta de pago en el sector de habitaciones individuales emita mediante la solicitud de traslado (**Anexo 9**) del paciente al sector de cuartos colectivos.


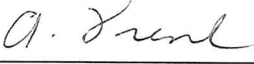
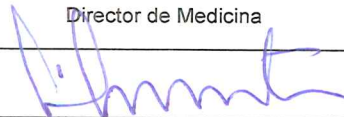
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 7 <b>DE:</b> 45

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

##### 4.1 Programar el Ingreso Hospitalario

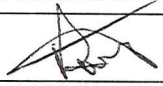
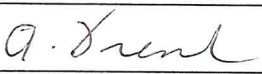
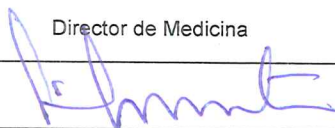
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Coordinador de Admisión o Secretaria	1	<p>Recibe del Paciente y/o Responsable Legal la solicitud de internación (<b>Anexo 1</b>) y verifica que cuente con expediente institucional (<b>Políticas 1, 2 y 3</b>).</p> <p>¿Cuenta con expediente institucional?</p> <p>No: Envía con el Trabajador Social Operativo para la asignación de nivel socioeconómico (<b>Procedimiento 1</b>).</p> <p>Sí: Envía con el Trabajador Social Operativo para la actualización de la información (<b>Procedimiento 2</b>).</p>
Trabajador Social Operativo	2	Entrega al Paciente y/o Responsable Legal las instrucciones para hospitalización ( <b>Formato 1</b> ) ( <b>Políticas 4, 5, 6</b> ).
Trabajador Social Operativo	3	Envía al Paciente y/o Responsable Legal con el Coordinador de Admisión o Secretaria con la solicitud autorizada.
Coordinador de Admisión o Secretaria	4	Recibe del Paciente y/o Responsable Legal la solicitud de internación ( <b>Anexo 1</b> ) firmada por el Trabajador Social Operativo ( <b>Política 4</b> ).
Coordinador de Admisión o Secretaria	5	Anexa la solicitud de internación ( <b>Anexo 1</b> ) a la carpeta correspondiente (mujer, hombre o habitaciones individuales).
Coordinador de Admisión o Secretaria	6	Solicita al Paciente y/o Responsable Legal que se comunique vía telefónica para conocer el estatus de su solicitud ( <b>Políticas 6, 7</b> ).
Coordinador de Admisión o Secretaria	7	Proporciona el tríptico de sectores de cuartos colectivos ( <b>Anexo 2</b> ) o el de sectores de habitaciones individuales ( <b>Anexo 3</b> ) ( <b>Política 13</b> ).
Coordinador de Admisión o Secretaria	8	Coloca la solicitud de internación ( <b>Anexo 1</b> ) en el área correspondiente ( <b>Políticas 8 y 14</b> ).
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 8 <b>DE:</b> 45

#### 4.2 Programar el Ingreso al Servicio de Estancia Corta


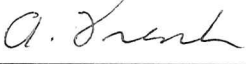
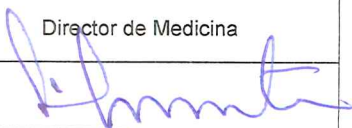
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Coordinador de Admisión o Secretaria	1	<p>Recibe del Paciente y/o Responsable Legal la solicitud de internación (<b>Anexo 1</b>) y verifica que cuente con expediente institucional (<b>Políticas 1, 2 y 3</b>).</p> <p>¿Cuenta con expediente institucional?</p> <p>No: Envía con el Trabajador Social Operativo para la asignación de nivel socioeconómico (<b>Procedimiento 1</b>).</p> <p>Sí: Envía con el Trabajador Social Operativo para la actualización de la información (<b>Procedimiento 2</b>).</p>
Trabajador Social Operativo	2	Entrega al Paciente y/o Responsable Legal las instrucciones para hospitalización ( <b>Formato 1</b> ) ( <b>Políticas 4, 5, 6 y 7</b> ).
Trabajador Social Operativo	3	Envía al Paciente y/o Responsable Legal con el Coordinador de Admisión o Secretaria con la solicitud autorizada.
Coordinador de Admisión o Secretaria	4	Recibe del Paciente y/o Responsable Legal la solicitud de internación ( <b>Anexo 1</b> ) firmada por el Trabajador Social Operativo ( <b>Política 4</b> ).
Coordinador de Admisión o Secretaria	5	<p>Busca en su control, un lugar disponible en la fecha en que el Médico Solicitante del Instituto haya indicado.</p> <p>¿Cuenta con un lugar disponible?</p> <p>No: Solicita al Paciente y/o Responsable Legal que le informe al Médico Solicitante del Instituto indicándole las fechas cercanas disponibles.</p> <p>Sí: Anota en su libreta de control los días solicitados en la cama que esté disponible.</p>
Coordinador de Admisión o Secretaria	6	Informa al Paciente y/o Responsable Legal las instrucciones para ingresar a estancia corta ( <b>Políticas 6, 18 y 19</b> ).
Coordinador de Admisión o Secretaria	7	Anota la fecha en que se programa el ingreso en la solicitud del Médico Solicitante del Instituto y en la agenda de Estancia Corta.
Coordinador de Admisión o Secretaria	8	Archiva las solicitudes para entregarla a Estancia Corta en la fecha programada.
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 9 <b>DE:</b> 45

### 4.3 Realizar el Ingreso Hospitalario de Pacientes


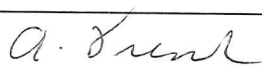
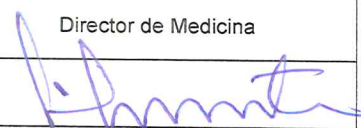
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Coordinador de Admisión o Secretaria	1	Recibe del Director de Medicina o del Personal que él designe la solicitud de internación ( <b>Anexo 1</b> ), autorizada con el número de cama ( <b>Política 8</b> ).
Coordinador de Admisión o Secretaria	2	Localiza al Paciente y/o Responsable Legal para indicarle la hora de su internamiento ( <b>Política 7</b> ).
Coordinador de Admisión o Secretaria	3	Recibe al Paciente y verifica que acuda acompañado de su Responsable Legal ( <b>Políticas 23 y 27</b> ).  ¿Viene acompañado de su Responsable Legal?  No: Suspende la hospitalización hasta que se presente con el Responsable Legal.  Sí: Registra en el sistema informático vigente y envía a que realice el depósito correspondiente.
Coordinador de Admisión o Secretaria	4	Verifica que el Paciente y/o Responsable Legal traiga el depósito correspondiente ( <b>Políticas 24 y 28</b> ).  ¿Trae el depósito correspondiente?  No: Envía al Paciente y/o Responsable Legal con el Trabajador Social Operativo para valoración del caso ( <b>Política 26</b> ).  Sí: Envía al Paciente y/o Responsable Legal a la caja para que realice el depósito y solicita que regrese.
Coordinador de Admisión o Secretaria	5	Entrega al Paciente y/o Responsable Legal las condiciones para la admisión ( <b>Formato 3</b> ), hoja de admisión ( <b>Formato 6</b> ) y/o la carta de consentimiento bajo información para pacientes de nuevo ingreso ( <b>Formato 4</b> ).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17



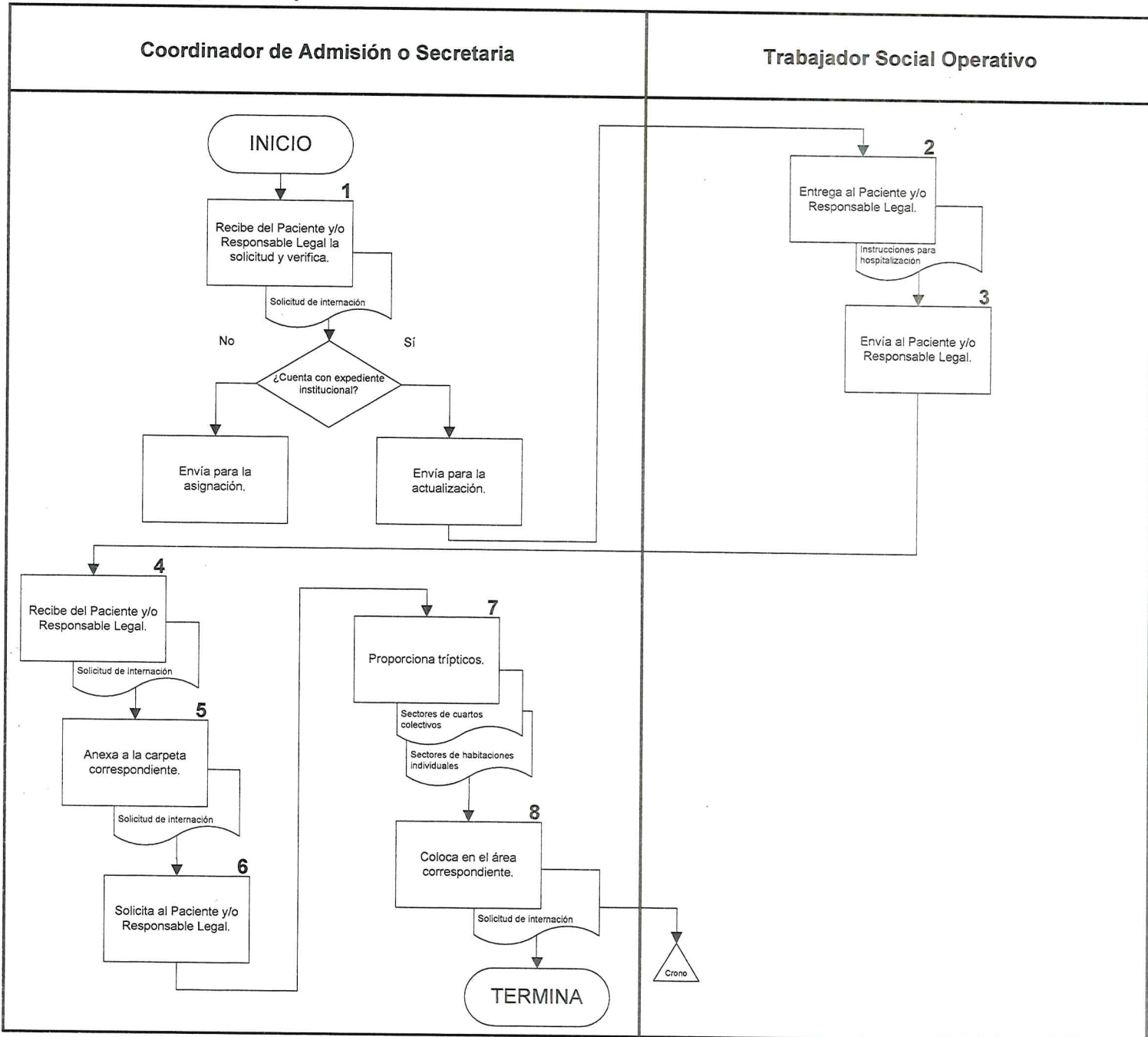
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 10 <b>DE:</b> 45

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Coordinador de Admisión o Secretaria	6	<p>Recibe del Paciente y/o Responsable Legal las condiciones para la admisión (<b>Formato 3</b>) y/o la carta de consentimiento bajo información para pacientes de nuevo ingreso (<b>Formato 4</b>) y revisa que estén firmados (<b>Política 29</b>).</p> <p>¿Están firmados?</p> <p>No: Cancela el trámite de ingreso del Paciente al Instituto.</p> <p>Sí: Envía con el Trabajador Social Operativo para la entrega de pases de visita (<b>Formato 2</b>).</p>
Trabajador Social Operativo	7	Recibe al Paciente y/o Responsable Legal y se identifica como el personal autorizado para proporcionarle información.
Trabajador Social Operativo	8	Entrega al Responsable Legal la carta de los derechos de los pacientes ( <b>Anexo 5</b> ), Hoja de información para Pacientes del Instituto sobre datos personales ( <b>Anexo 6</b> ) y los pases de visita ( <b>Formato 2</b> ), así como informa los horarios de visita ( <b>Política 6</b> ) ( <b>Política 30 y 31</b> ).
Trabajador Social Operativo	9	Refuerza al Paciente y/o Responsable Legal la orientación respectiva al área de ingreso en forma verbal y escrita y envía al piso correspondiente.
<b>TERMINA EL PROCEDIMIENTO</b>		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

### 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

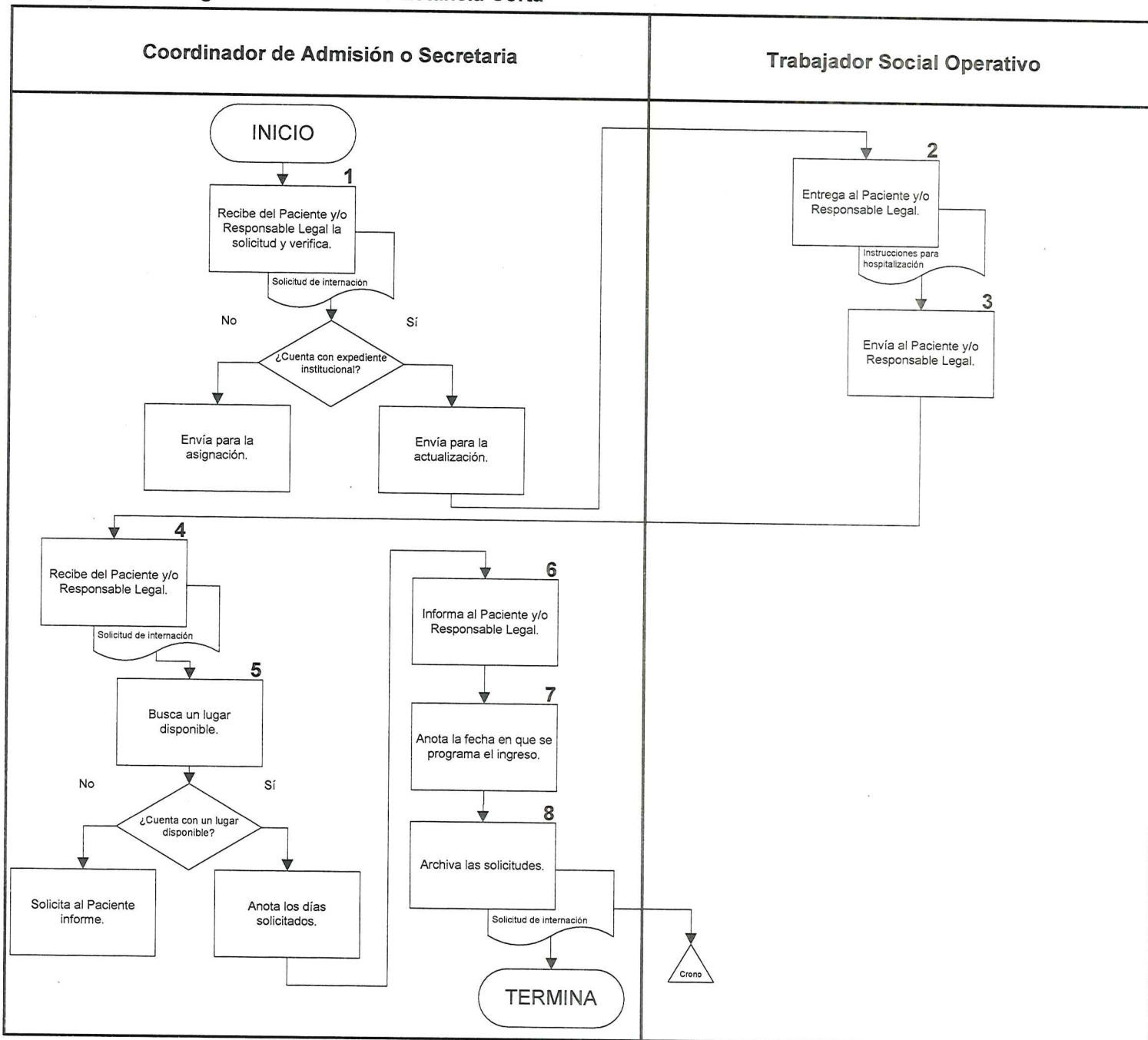
#### 5.1 Programar el Ingreso Hospitalario



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

### 5.2 Programar el Ingreso al Servicio de Estancia Corta

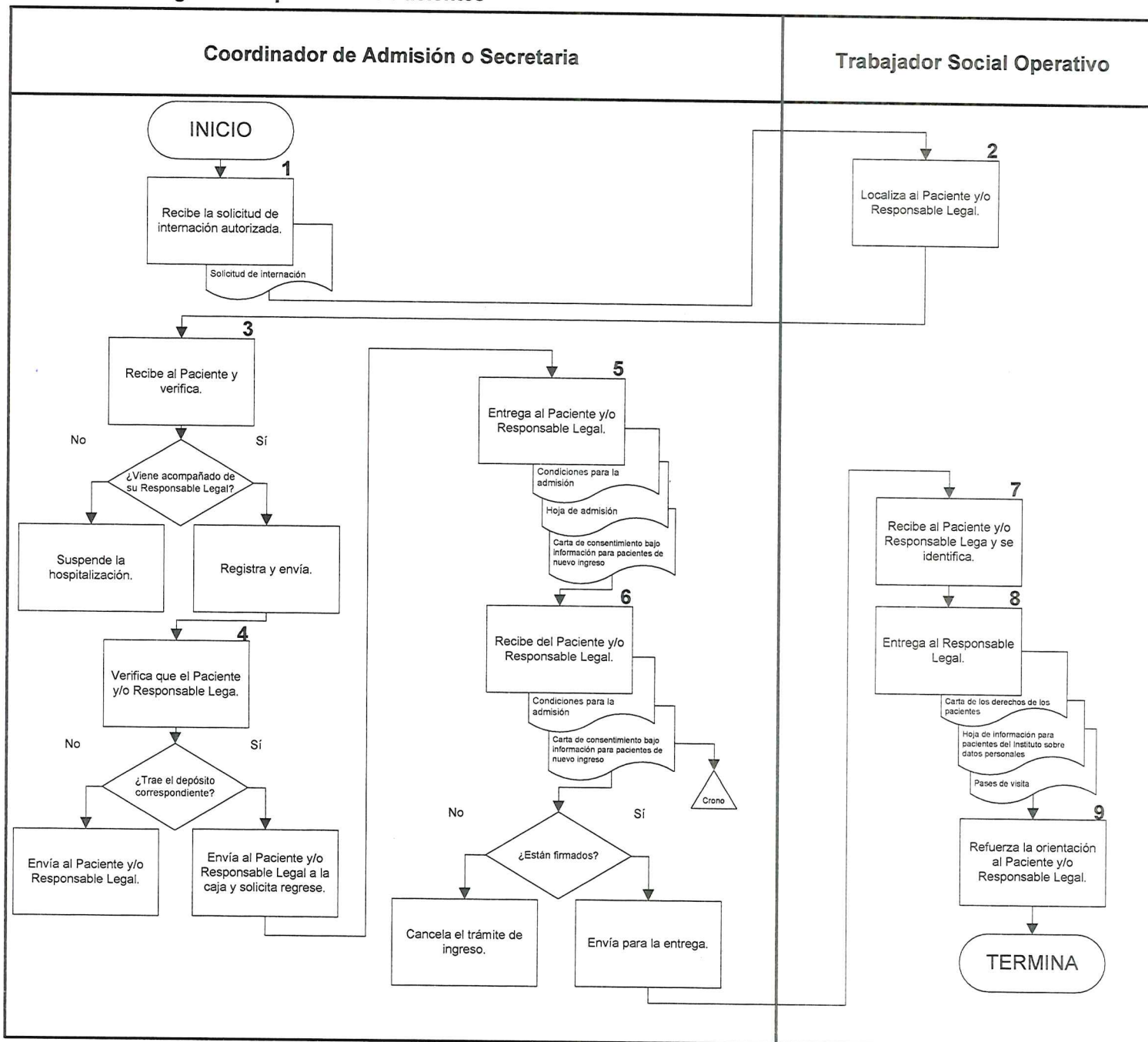


### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

### 5.3 Realizar el Ingreso Hospitalario de Pacientes




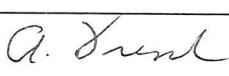
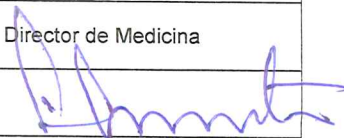
### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 14 <b>DE:</b> 45

## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Formato 1 Instrucciones para hospitalización	NO APLICA	Paciente y/o Responsable Legal	NO APLICA
Formato 2 Pases de visita	NO APLICA	Paciente y/o Responsable Legal	NO APLICA
Formato 3 Condiciones para la admisión	6 años	Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S.5
Formato 4 Carta de consentimiento bajo información para pacientes de nuevo ingreso	6 años	Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S.5
Formato 5 Carta compromiso	5 años	Original: Paciente y/o Responsable Legal Copia: Departamento de TSAE	NO APLICA
Formato 6 Hoja de admisión	6 años	Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S.5
Anexo 1 Solicitud de internación	6 años	Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S.5
Anexo 2 Tríptico de sectores de cuartos colectivos	NO APLICA	Paciente y/o Responsable Legal	NO APLICA
Anexo 3 Tríptico de sectores de habitaciones individuales	NO APLICA	Paciente y/o Responsable Legal	NO APLICA
Anexo 4 Instructivo del Servicio de Estancia Corta	NO APLICA	Paciente y/o Responsable Legal	NO APLICA
Anexo 5 Carta de los derechos del pacientes	NO APLICA	Paciente y/o Responsable Legal	NO APLICA
Anexo 6 Hoja de información para pacientes del Instituto sobre los datos personales	6 años	Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S.5


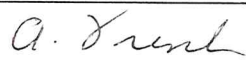
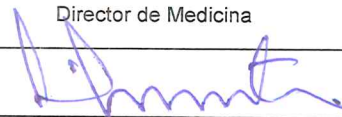
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17


 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 15 <b>DE:</b> 45

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Anexo 7 Brazaletes	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
Anexo 8 Bases de Operación para los Niveles 6 y 7	Permanente	Departamento de TSAE	NO APLICA
Anexo 9 Solicitud de traslado	6 años	Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S.5

## 7.0 GLOSARIO

- 7.1. Admisión:** Es el trámite de acceso del Paciente al Instituto para recibir atención médica especializada ambulatoria u hospitalaria.
- 7.2. Identificación oficial:** Cualquiera de las identificaciones siguientes: Pasaporte vigente expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores, Credencial para votar expedida por el Instituto Nacional Electoral, Cédula profesional expedida por la Secretaría de Educación Pública, Cartilla del Servicio Militar Nacional expedida por la Secretaría de Defensa Nacional, Identificación oficial vigente con fotografía y firma, expedida por el gobierno federal, estatal, municipal o del Distrito Federal, tratándose de extranjeros el documento migratorio vigente que corresponda, emitido por la autoridad competente, Certificado de Matrícula Consular, expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores o en su caso por la Oficina Consular de la circunscripción donde se encuentre el connacional.
- 7.3. Ingreso:** Es la entrada de un Paciente al Instituto para someterse a un tratamiento médico hospitalario.
- 7.4. Médico Solicitante:** Es el Médico Especialista encargado de otorgar la atención médica al Paciente.
- 7.5. Registro Temporal:** Es el número que se asigna a los Pacientes por las áreas competentes (Urgencias, Central de Toma de Muestras, Radiología e Imagen, Preconsulta) que acuden al Instituto para solicitar uno o varios servicios sin registro definitivo del mismo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 16 <b>DE:</b> 45


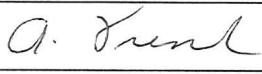
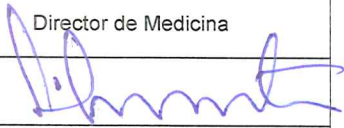
## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
01	15-01-15	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o documentos Normativos vigente
02	15-02-17	Actualización del Procedimiento.

## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

### FORMATO 9.1: INSTRUCCIONES PARA HOSPITALIZACIÓN

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Paciente	El nombre completo del Paciente.
2	Reg.	El número de expediente del Paciente.
3	Nivel	El nivel socioeconómico del Paciente.
4	Gratuidad	El porcentaje de gratuidad que proporciona el Instituto.
5	Fecha	El día, mes y año en que se expide el documento.
6	Cama	El número de cama (si se tiene el dato).
7	Depósito Medicina Crítica	El monto en pesos según el nivel socioeconómico.
8	Costo día cama Medicina Crítica	El monto en pesos según el nivel socioeconómico.
9	Depósito cama hospital	El monto en pesos según el nivel socioeconómico.
10	Costo día cama hospital	El monto en pesos según el nivel socioeconómico.
11	Espacio en blanco	El nombre del Responsable Legal.
12	Otros	La especificación de los documentos solicitados.
13	Le atendió la Lic. en T.S.	El nombre y firma del Trabajador Social Operativo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 17 <b>DE:</b> 45



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL Y ADMISIÓN DE ENFERMOS  
INSTRUCCIONES PARA HOSPITALIZACIÓN

PACIENTE: \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ REG. \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ NIVEL \_\_\_\_\_ 3  
 GRATUIDAD \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_  
 DEPOSITO MED CRÍTICA \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ COSTO DÍA CAMA MED. CRÍTICA \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_  
 DEPOSITO CAMA HOSPITAL \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_ COSTO DÍA CAMA HOSPITAL \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_

1.- El depósito de ingreso se cubrirá el día de la hospitalización, una vez internado el paciente, Usted deberá acudir a la oficina de Cuentas Corrientes, para conocer los cargos generados por los servicios proporcionados.

2.- EL COSTO DÍA CAMA INCLUYE

- Ocupación de la cama
- Alimentación vía oral
- Atención médica
- Cuidados de Enfermería
- Interconsulta de Especialistas

NO INCLUYE

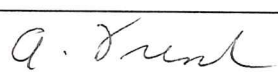
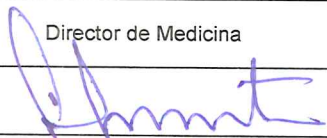
- Exámenes de laboratorio y de gabinete
- Medicamentos
- Cirugía y procedimientos terapéuticos

CANCELADO

3.- El día del ingreso al hospital deberá presentarse acompañado de la persona a quien usted designe como su responsable legal ante el Instituto. El responsable legal es la persona de su confianza, a quien se le darán informes médicos cuando lo requiera y quien podrá tomar decisiones sobre su tratamiento en caso de que Usted no esté en condiciones de hacerlo. \_\_\_\_\_ 11 \_\_\_\_\_

4.- La Trabajadora Social proporcionará los pases correspondientes, al paciente y/o su responsable legal, los cuales se utilizarán sólo en los horarios establecidos; estos serán trasferibles y serán responsabilidad de los familiares.

5.- Durante su hospitalización, se deberán presentar 2 donadores de sangre como requisito. En aquellos pacientes que sean sometidos a procedimientos quirúrgicos serán 3 donadores. Si su paciente requiere transfusiones sanguíneas, la Trabajadora Social del Banco de Sangre le informará al respecto.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> <b>02</b>
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> <b>18</b> <b>DE:</b> <b>45</b>

6.- Se deberá presentar a la Trabajadora Social copia fotostática de documentos de identificación y de los que acrediten la situación socioeconómica del paciente y/o de quien dependa económicamente, tales como:

A.- Acta de nacimiento e identificación oficial del paciente

B.- Identificación oficial del responsable legal

C.- Recibo de ingresos del o de los proveedores económicos de la familia, que pueden ser:

- Último recibo de nómina ó
- Acta de barandilla emitida por el Juez Cívico de la Delegación Política (si se trata del Distrito Federal) o Constancia de ingresos emitida por la Presidencia Municipal o Comisariado Ejidal, que le corresponda especificando domicilio, nombre y ocupación del proveedor económico, ingreso familiar mensual y personas dependientes de éste ó.
- Estudio socioeconómico emitido por el DIF de su localidad.


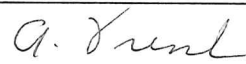
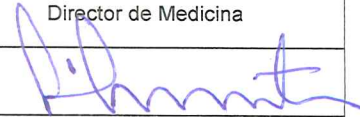
D.- Comprobantes recientes de gastos del hogar, recibos de luz, agua, teléfono, televisión por cable, gas, mantenimiento, colegiaturas, etc.

E.- Comprobante de tenencia de la vivienda: predial o renta o carta del propietario de la casa especificando que está en calidad de préstamo, anexando identificación de quien la firma.

F.- Otros: 12

7.- Si los gastos médicos son cubiertos por alguna Institución o Compañía de Seguros, se deberá presentar el documento que lo acredite con sello de autorización de la Sección de Convenios, ubicada en la planta alta de la Unidad Administrativa, acompañado de identificación oficial.

Le atendió la Lic. en T.S. 13

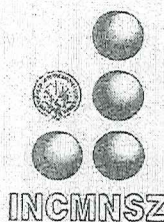
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 19 <b>DE:</b> 45

**FORMATO 9.2: PASES DE VISITA**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Cama No.	El número de la cama en la que se encuentra el Paciente.
2	Reg.	Número de expediente del Paciente.
3	Nombre	Nombre completo del Paciente.

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION  
SALVADOR ZUBIRAN




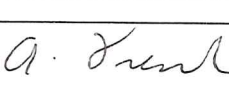
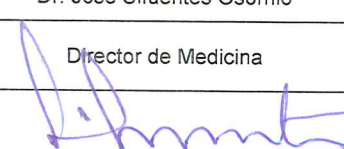
**PASE DE VISITA**

13:00 a 19:00 hrs.

Cama No. 1 Reg. 2

Nombre: 3

20008300 PRIMER PISO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 20 <b>DE:</b> 45

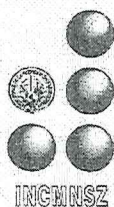
### IMPORTANTE

NOTA: Suplicamos a usted ser puntual en su salida al término de la visita, ya que de no ser así este pase se recogerá y sin el no podrá visitar a su enfermo

- 1.- Este pase servirá para una sola persona y es transferible. En caso de pérdida no se repondrá.
- 2.- La visita debe ser breve para bien de su paciente.
- 3.- No se permite la entrada a niños menores de 12 años.
- 4.- Queda estrictamente prohibido pasar alimentos, bebidas y arreglos florales.

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION

SALVADOR ZUBIRAN



PASE DE VISITA

13:00 a 19:00 hrs.


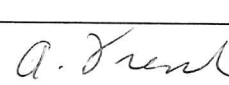
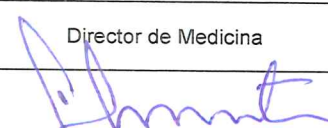
Cama No. 1

Reg. 2

Nombre: 3

20006400

SEGUNDO PISO

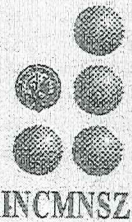
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 21 <b>DE:</b> 45

### IMPORTANTE

NOTA: Suplicamos a usted ser puntual en su salida al término de la visita, ya que de no ser así este pase se recogerá y sin el no podrá visitar a su enfermo

- 1.- Este pase servirá para una sola persona y es transferible. En caso de pérdida no se repondrá.
- 2.- La visita debe ser breve para bien de su paciente.
- 3.- No se permite la entrada a niños menores de 12 años.
- 4.- Queda estrictamente prohibido pasar alimentos, bebidas y arreglos florales.


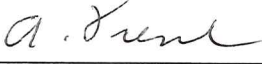
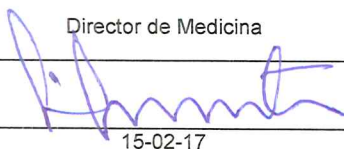


**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS  
Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN**

**PASE DE VISITA**  
13:00 a 19:00 hrs.

Cama No. 1 Reg. 2  
Nombre: 3

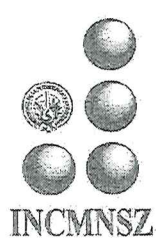
20008000 TERCER PISO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 22 <b>DE:</b> 45

**IMPORTANTE**

- 1.- Este pase será único y por ningún motivo se duplicará.
- 2.- La visita debe ser breve para bien de su paciente.
- 3.- No se permite la entrada a niños menores de 12 años.
- 4.- Queda estrictamente prohibido pasar alimentos, bebidas y arreglos florales.



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRÁN**

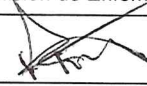

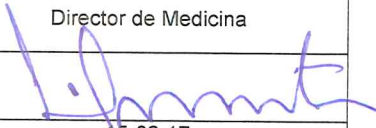
**PASE DE VISITA**

10:30 a 12:30 y 18:00 a 18:30 hrs.

Cama No. 1 Reg. 2  
Nombre: 3

20007800

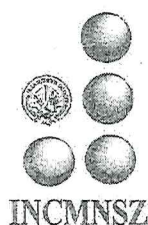
**ESTANCIA CORTA**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 23 <b>DE:</b> 45

## I M P O R T A N T E

- 1.- Este pase es válido para que las 24 hrs. Permanezca una persona en la sala de espera.
- 2.- Este pase será único y por ningún motivo se duplicará.
- No se permite la entrada a niños menores de 12 años.
- Queda estrictamente prohibido pasar alimentos, bebidas y arreglos florales.



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS  
Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN**



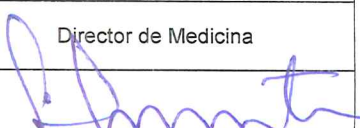
### P A S E D E V I S I T A

6:30, 13:30 y 19:30 hrs.

Cama No. 1 Reg. 2  
Nombre: 3

20007900

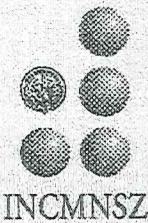
TERAPIA INTENSIVA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 24 <b>DE:</b> 45

## I M P O R T A N T E

- 1.- Este pase es válido para que permanezca 1 personas en la sala de espera.
- 2.- Este pase será único y por ningún motivo se duplicará.
- 3.- La visita tiene una duración de 30 minutos.
- 4.- No se permite la entrada a niños menores de 12 años.
- 5.- Queda estrictamente prohibido pasar alimentos, bebidas y arreglos florales.

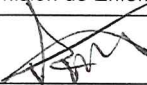
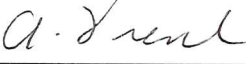
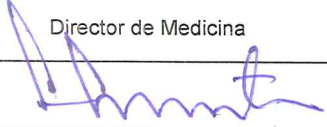


**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS  
Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN**

**PASE PERMANENTE**

Cama No. 1 Reg. 2

Nombre: 3


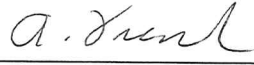
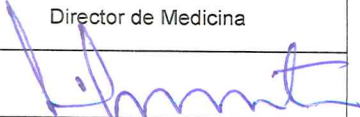
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 25 <b>DE:</b> 45

## I M P O R T A N T E

- 1.- Este pase será único y por ningún motivo se duplicará.
- 2.- No se permite la entrada a niños menores de 12 años.
- 3.- Queda estrictamente prohibido pasar alimentos, bebidas y arreglos florales.

NOTA:- Este pase no es valido durante el horario de visita

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17





 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 26 <b>DE:</b> 45



**FORMATO 9.3: CONDICIONES PARA LA ADMISIÓN**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	EXP:	El número de expediente institucional del Paciente.
2	Persona legalmente responsable	El nombre completo y firma del Responsable Legal del Paciente.
3	Paciente	El nombre completo y firma del Paciente.
<b>RECIBÍ</b>		
4	CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LAS Y LOS PACIENTES	Marca con una X si recibió el documento.
5	INFORMACIÓN PARA PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN SOBRE DATOS PERSONALES QUE PROPORCIONARON PARA SU ATENCIÓN	Marca con una X si recibió el documento.
6	NOTIFICACIÓN DE INTERNAMIENTO EN SECTORES DE HABITACIONES INDIVIDUALES CON EL NIVEL DE CLASIFICACIÓN DIFERENTES DE 6 O 7	Marca con una X si recibió el documento.
7	CARTA COMPROMISO Y DE CONDICIONES DE ADMISIÓN EN EL 3ER Y 4TO PISO DEL INSTITUTO	Marca con una X si recibió el documento.
8	NOMBRE Y FIRMA:	El nombre completo y firma de quien recibió dicha documentación.

Nota: Los campos correspondientes a los datos del Paciente y al domicilio del Responsable Legal los genera automáticamente el sistema informático vigente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17


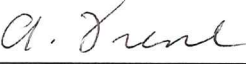
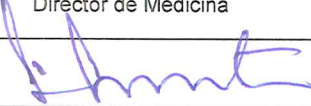
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 27
			<b>DE:</b> 45


	<b>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</b> Vasco de Quiroga No.15 Colonia Bellisario Dominguez Sección XVI Delegación Tlalpan México, D.F. 14080 Tel.: (52) 54-87-09-00 ext 5921, 5922, 5923,	
<b>Condiciones para la admisión</b>		Nombre: OLVERA ORENDA, JOSE JUAN Edad:                      Fecha Nacimiento: EXP: 1                      TEMP: Sexo: Cama:
<b>Datos del paciente</b>		
Nombre:	Sexo:	Edad:
Expediente:	Nivel:	
Cama:	Seclor:	
Nombre del responsable:		
<b>Domicilio del responsable</b>		
Domicilio:	[REDACTED]	
Colonia:	[REDACTED]	
Delegación/Municipio:	[REDACTED]	
Estado:	[REDACTED]	
País:	[REDACTED]	
Código postal:	[REDACTED]	Teléfono: [REDACTED]
Referencias:		
1. Autorizo plenamente a los médicos encargados de mi atención en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", a que se me practiquen u ordenen cuanto examen, intervención quirúrgica o curación sea necesaria en atención a mi padecimiento. No ignoro los riesgos que esto entraña y he sido claramente advertido de ellos relevando de toda responsabilidad a los facultativos y al Instituto. 2. Estoy enterado que el Instituto no se hará responsable ni podrá ser objeto de denuncias o demandas posteriormente por la pérdida de valores o bienes de mi propiedad, en virtud de que el Instituto no cuenta con Área de resguardo. 3. Estoy de acuerdo y me comprometo legalmente a cubrir en su totalidad los gastos correspondientes a los servicios hospitalarios y/o ambulatorios que reciba y que me preste el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" de acuerdo al nivel asignado y las tarifas vigentes. 4. Estoy de acuerdo en que, si la información proporcionada en la entrevista de Trabajo Social difiere con respecto a la situación real, me será asignado el nivel máximo. 5. Estoy de acuerdo en que el Instituto se reserva el derecho de dar contestación a compañías aseguradoras, si no se proporciona este dato en la primera entrevista con Trabajo Social. 6. Estoy enterado que el nivel socioeconómico se establece en base a la información que yo y/o mi responsable legal hemos proporcionado a la Trabajadora Social durante la realización del Estudio Socioeconómico Inicial, el cual forma parte del Sistema Integral del Paciente Ambulatorio. Dicha información es cierta y fidedigna y podrá ser corroborada a través de visita domiciliaria.		
Persona legalmente responsable	Paciente	
2	3	
<b>RECIBÍ:</b>		
CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LAS Y LOS PACIENTES	4	<input type="checkbox"/>
INFORMACIÓN PARA PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN SOBRE DATOS PERSONALES QUE PROPORCIONARON PARA SU ATENCIÓN	5	<input type="checkbox"/>
NOTIFICACIÓN DE INTERNAMIENTO EN SECTORES DE HABITACIONES INDIVIDUALES CON NIVEL DE CLASIFICACIÓN DIFERENTES DE 6 O 7	6	<input type="checkbox"/>
CARTA COMPROMISO Y DE CONDICIONES DE ADMISIÓN EN EL 3ER Y 4TO PISO DEL INSTITUTO	8	<input type="checkbox"/>
NOMBRE Y FIRMA:	7	<input type="checkbox"/>

Página 1 / 1

Usuario:  
Cédula:

16-nov-16


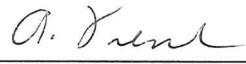
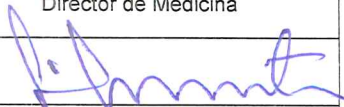
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 28 <b>DE:</b> 45



**FORMATO 9.4: CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA PACIENTES DE NUEVO INGRESO**



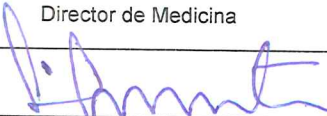
No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	EXP:	El número de expediente institucional del Paciente.
2	Nombre y firma del paciente	El nombre completo y la firma del Paciente.
3	Nombre y firma del responsable legal	El nombre completo y firma del Responsable Legal.

Nota: Los campos correspondientes al domicilio del Paciente y Responsable Legal los genera automáticamente el sistema informático vigente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 29
			<b>DE:</b> 45

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</b> Vasco de Quiroga No.15 Colonia Belisario Domínguez Sección XVI Delegación Tlalpan México, D.F. 14080 Tel.: (52) 54-87-09-00 ext. 5921, 5922, 5923,	
Carta de consentimiento bajo información para pacientes de nuevo ingreso (y/o la persona responsable) al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán		Nombre: _____ Edad: _____ Fecha Nacimiento: _____ EXP: 1 TEMP: _____ Sexo: _____ Cama: _____
México, D.F., a Miércoles, 16 de Noviembre del 2016		
<p>Se me ha informado que el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) es una Institución médica que realiza actividades de atención, enseñanza e investigación para la prevención de enfermedades específicas de adultos.</p> <p>Estoy consiente y acepto que mis problemas de salud pueden requerir estudios diversos y de la participación de médicos de base, residentes y otros profesionales en entrenamiento.</p> <p>Me doy por enterado (a) y acepto que:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Seré atendido(a) por un equipo de médicos previamente designados por el Instituto y que pueden cambiar.</li> <li>Cualquier estudio o tratamiento puede provocar efectos indeseables en mi salud aun cuando sean realizados de la mejor manera.</li> <li>El Instituto buscará identificar y solucionar mis problemas de salud, pero atenderá solamente aquellos que corresponden a las especialidades primarias que se practican en él.</li> <li>En caso de que mi problema sea crónico (de larga duración), los médicos del Instituto me darán las recomendaciones para su atención a largo plazo y podrán enviarme para vigilancia y control, a otra institución del Sector Salud.</li> <li>En caso de emergencia, podré acudir al Servicio de Urgencias del Instituto. Sin embargo, si el personal médico de ese servicio lo considera pertinente (por saturación, por la naturaleza de mi problema, o por otra razón), aceptaré ser referido(a) a otra institución del Sector Salud para mi atención oportuna.</li> <li>Para el pago de mi atención se me cobrará una cuota de recuperación cuyo monto se ajustará a una clasificación socioeconómica para la que informaré con verdad. Esta clasificación no significa un trato diferente por parte del personal médico y administrativo.</li> <li>Al concluir mi atención en el INCMNSZ tendré derecho a solicitar un resumen clínico que incluya un listado de los problemas de salud que se identificaron y las recomendaciones que se establecieron para su solución o control.</li> <li>Dado que una responsabilidad del INCMNSZ es la investigación médica, durante mi asistencia podré ser invitado (a) a participar en estudios clínicos. Para ellos deberá dárseme una explicación completa de lo que se pretende hacer y yo estaré en plena libertad de decidir si acepto participar o no. Si decido no participar, la atención que reciba continuará siendo de la misma calidad que antes de ser invitado a dicho estudio.</li> <li>No se me realizarán estudios de investigación médica sin mi permiso o el de mi responsable legal.</li> <li>Estoy de acuerdo en que la información médica relativa a mi persona sólo sea comunicada a mí o a la persona que firma el presente.</li> </ol>		
Atentamente Nombre y firma del paciente <div style="text-align: center;">2</div>		Nombre y firma del responsable legal <div style="text-align: center;">3</div>
Domicilio: _____ Colonia: _____ Delegación/Municipio: _____ Estado: _____ Teléfono: _____		Domicilio: _____ Colonia: _____ Delegación/Municipio: _____ Estado: _____ Teléfono: _____
Página 1 / 1    Usuario: _____    Cédula: _____		16-nov-16

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 30 <b>DE:</b> 45

**FORMATO 9.5: CARTA COMPROMISO**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Fecha	La fecha de ingreso.
2	Responsabilidad económica	El nombre completo del Paciente.
3	Registro	El número de expediente del Paciente.
4	Cuarto No.	El número de habitación donde se internará el Paciente.
5	Nombre	El nombre completo del Responsable Legal del Paciente.
6	Domicilio	La dirección del Responsable Legal del Paciente.
7	Cuidad	La ciudad donde reside el Responsable Legal del Paciente.
8	Teléfono	El número de teléfono del Responsable Legal del Paciente.
9	Firma	La firma del Responsable Legal, anexando domicilio y teléfono.
10	Nivel	El nivel socioeconómico del Paciente.
11	Depósito de ingreso	El monto del depósito de acuerdo al nivel socioeconómico del Paciente.
12	Costo día-cama	El costo por día de acuerdo al nivel socioeconómico.
13	Enfermo o familiar responsable	El nombre y la firma del Paciente o del Responsable Legal.
14	Trabajadora Social	El nombre y la firma del Trabajador Social Operativo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 31 <b>DE:</b> 45



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

### CARTA COMPROMISO

Fecha \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, hago constar que estoy enterado y acepto bajo mi responsabilidad económica el cobro total de los servicios proporcionados al paciente:

\_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_ 3  
del cuarto No. \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_

Así mismo acepto el traslado de mi paciente al Servicio de Colectivos de este Instituto de no cumplir con este compromiso, además de cubrir el saldo hasta la fecha acumulado, así como cualquier pago parcial en el momento en que sea requerido

CANCELADO

**DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE:**



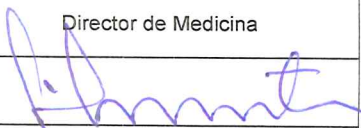
Nombre: \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_

Vasco de Quiroga No. 15  
Colonia Sección XVI  
Delegación Tlalpan  
México, D. F. 14000  
Tel. (52) 54870900  
www.incmnsz.mx

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 32
		<small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>DE:</b> 45



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

POR LA PRESENTE HAGO CONSTAR QUE HE SIDO INFORMADO DE LAS CONDICIONES DE ADMISIÓN EN EL 3er. y 4º PISO DE ESTE INSTITUTO.

- 1.- La clasificación de hospitalización en este piso corresponde al nivel 10, misma que conservará en la Consulta Externa.
- 2.- No existe posibilidad de obtener descuento ni de efectuar pagos posteriores. Deberá pasar a Cuentas por Cobrar dos veces a la semana para conocer su adeudo y realizar el pago correspondiente, liquidando el saldo en su totalidad al ser dado de alta el paciente, independientemente de que se pudieran rebasar los cálculos originales por prolongación de hospitalización y tratamiento.
- 3.- En el caso de pacientes que cuentan con Seguro de Gastos Médicos Mayores y que no proceda el pago por parte de la Compañía Aseguradora, se deberá liquidar el adeudo generado por concepto de la hospitalización.
- 4.- El depósito de ingreso es de: 11, mismo que deberá cubrirse el día de hoy.
- 5.- EL COSTO DIA CAMA ES DE: 12  



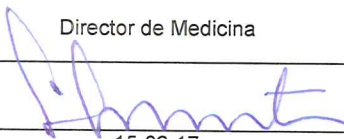
<b>CUBRE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ocupación de la cama</li> <li>- Alimentación vía oral</li> <li>- Servicios Médicos</li> <li>- Cuidados de enfermería</li> <li>- Interconsulta de Especialistas</li> </ul>	<b>NO CUBRE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exámenes de laboratorio y gabinete</li> <li>- Medicamentos</li> <li>- Cirugía y procedimientos terapéuticos</li> </ul>
---	---
- 6.- Se aceptan tarjetas de Crédito (Banamex, Bancomer, Carnet, American Express)
- 7.- Deberá presentarse en la oficina de Cuentas por Cobrar a fin de firmar los documentos correspondientes.
- 8.- Cuando su paciente reciba transfusiones de sangre y/o hemoderivados, la trabajadora social proporcionará información acerca del número total de unidades que se deben recuperar al Banco de Sangre.
- 9.- Es necesario desocupar la habitación a las 11:00 horas del día en que el paciente sea dado de alta.
- 10.- Es necesario cumplir con las disposiciones generales del Instituto, contenidas en el Instructivo de Hospitalización que se entrega al paciente a su ingreso.

CANCELADO

13  
Enfermo o familiar responsable

14  
Trabajadora Social

Vasco de Quiroga No. 15  
 Colonia Sección XVI  
 Delegación Tlalpan  
 México, D. F. 14000  
 Tel. (52) 54870900  
 www.incmnsz.mx



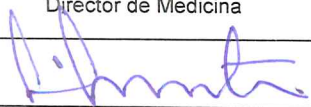
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 33 <b>DE:</b> 45

**FORMATO 9.6: HOJA DE ADMISIÓN**


<b>No.</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
1	EXP:	El número de expediente institucional del Paciente.


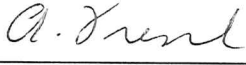
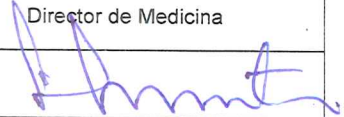
Nota: Los campos correspondientes a los datos personales del Paciente y Responsable Legal los genera automáticamente el sistema informático vigente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17




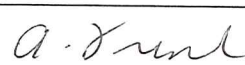
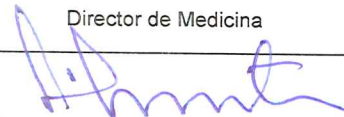
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 34
			<b>DE:</b> 45

 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>		<small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	
<small>Vasco de Quiroga No.15 Colonia Belisario Domínguez Sección XVI Delegación Tlalpan México, D.F. 14080 Tel.: (52) 54-87-09-00 ext 5921, 5922, 5923.</small>		<small>Nombre: OLVERA ORENDA, JOSE JUAN</small>	
<b>Hoja de admisión</b>		<small>Edad: [REDACTED] Fecha Nacimiento: [REDACTED]</small> <small>EXP:1 [REDACTED] TEMP: [REDACTED]</small> <small>Sexo: [REDACTED]</small> <small>Cama: [REDACTED]</small>	
<small>Expediente: [REDACTED] Nombre: [REDACTED]</small> <small>Sexo: [REDACTED] Fecha de ingreso: [REDACTED]</small> <small>Fecha nacimiento: [REDACTED] Edad: [REDACTED]</small>			
<b>Datos demográficos</b>			
<small>País: [REDACTED]</small> <small>Nacionalidad: [REDACTED]</small> <small>Lengua indígena: [REDACTED]</small> <small>Ocupación: [REDACTED]</small>		<small>Estado: [REDACTED]</small> <small>Religión: [REDACTED]</small> <small>Estado civil: [REDACTED]</small> <small>Escolaridad: [REDACTED]</small>	
<b>Domicilio permanente</b>			
<small>Domicilio: [REDACTED]</small> <small>Colonia: [REDACTED]</small> <small>Delegación/Municipio: [REDACTED]</small> <small>Estado: [REDACTED]</small> <small>País: [REDACTED]</small> <small>Código postal: [REDACTED]</small> <small>Referencias: [REDACTED]</small>		<small>Teléfonos: [REDACTED]</small>	
<b>Domicilio temporal</b>			
<small>Domicilio: [REDACTED]</small> <small>Colonia: [REDACTED]</small> <small>Delegación/Municipio: [REDACTED]</small> <small>Estado: [REDACTED]</small> <small>País: [REDACTED]</small> <small>Código postal: [REDACTED]</small> <small>Referencias: [REDACTED]</small>		<small>Teléfonos: [REDACTED]</small>	
<b>Datos del responsable</b>			
<small>Nombre: [REDACTED]</small> <small>Escolaridad: [REDACTED]</small>		<small>Parentesco: [REDACTED]</small>	
<b>Domicilio del responsable</b>			
<small>Domicilio: [REDACTED]</small> <small>Colonia: [REDACTED]</small> <small>Delegación/Municipio: [REDACTED]</small> <small>Estado: [REDACTED]</small> <small>País: [REDACTED]</small> <small>Código postal: [REDACTED]</small> <small>Referencias: [REDACTED]</small>		<small>Teléfono: [REDACTED]</small>	
<b>Datos complementarios del paciente</b>			
<small>Padre: [REDACTED]</small> <small>Madre: [REDACTED]</small> <small>Cónyuge: [REDACTED]</small>		<small>[REDACTED]</small> <small>[REDACTED]</small> <small>[REDACTED]</small>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17


 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./O.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 35 <b>DE:</b> 45

## ANEXOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 36
			<b>DE:</b> 45

**ANEXO 1: SOLICITUD DE INTERNACIÓN**

  
**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION**  
**SALVADOR ZUBIRAN**  
**SOLICITUD DE INTERNACION**

Fecha de Solicitud \_\_\_\_\_

Grado de apremio Urgente Electivo Programado

SECTOR SOLICITADO (Marcar una exclusivamente)

MEDICINA INTERNA	ENDOCRINOLOGÍA	GERIATRIA	HEMATOLOGÍA	REUMATOLOGIA	PRIVADO
SUITE	AISLADO COLECTIVO	AISLADO PRIVADO	ESTANCIA CORTA	U. METABÓLICA	TRASLADO

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_

PROCEDENCIA DEL PACIENTE (Marcar uno exclusivamente)

Urg Hospital (cama _____)	Urg Camilla (camilla _____)	Urg Anexo (anexo _____)	Urg Consultorio (consultorio _____)
Unidad Terapia Intensiva (cama _____)	Unidad Terapia Monitorizada (cama _____)	Estancia Corta (cama _____)	
Unidad Metabólica (cama _____)	Consulta Externa/Preconsulta	Sector ( _____ )	Otro Hospital Directo

**DIAGNÓSTICO(S) QUE MOTIVA(N) ESTA HOSPITALIZACIÓN**

INDICAR LAS METAS CONCRETAS QUE SE PRETENDEN CUMPLIR CON LA INTERNACIÓN (Marcar una exclusivamente)

Diagnóstico y tratamiento pertinente	Realización de procedimiento no quirúrgico (especificar)
Tratamiento quirúrgico	Quimioterapia
Tratamiento médico	Otro (especificar)

¿Se requiere de la participación obligada de algún especialista? **NO SI** ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Se requiere algún examen de laboratorio o estudio de gabinete? **NO SI** ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**DATOS DEL FAMILIAR RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL A QUIEN SE NOTIFICARÁ LA RESOLUCIÓN**

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfonos \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Horas de traslado \_\_\_\_\_ Avisar con \_\_\_\_\_ días de anticipación

**ESTANCIA CORTA**

Fecha programada de la internación \_\_\_\_\_ Días programados \_\_\_\_\_ Grado de cirugía programada \_\_\_\_\_

**DATOS DEL SOLICITANTE (Únicamente médicos especialistas o residentes de especialidad)**

Médico solicitante \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_ Tel. o ext. \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE LA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS MEDICOS**

Cama \_\_\_\_\_ Sector \_\_\_\_\_ Traslado de cama \_\_\_\_\_ Sector \_\_\_\_\_ a cama \_\_\_\_\_ Sector \_\_\_\_\_

Trabajadora social \_\_\_\_\_ Clasificación socio-económica \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_


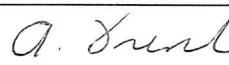
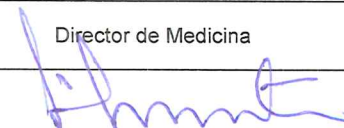
Conserva clasificación **SI NO** Fecha de internación \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

SECRETARÍA DE  
COMUNICACIÓN  
INTERMEDIARIA  
GENERAL  
SECRETARÍA

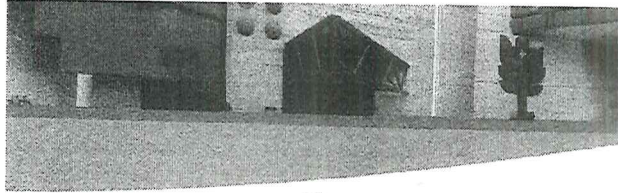
**DESENLACE DE LA SOLICITUD (Solo por la Oficina de Admisión)**

	Se hospitaliza	Se cancela	
<b>Causa de la cancelación:</b>	Paciente desistió	Problema solucionado	Problemas económicos
El paciente se presentó solo	Deceso	Internación en el hospital	Internación en otro hospital
			El paciente no se presentó
			Duplicación de la solicitud

<b>CONTROL DE EMISIÓN</b>			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 37
			<b>DE:</b> 45

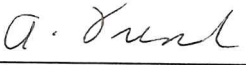
**ANEXO 2: TRÍPTICO DE SECTORES COLECTIVOS**




**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

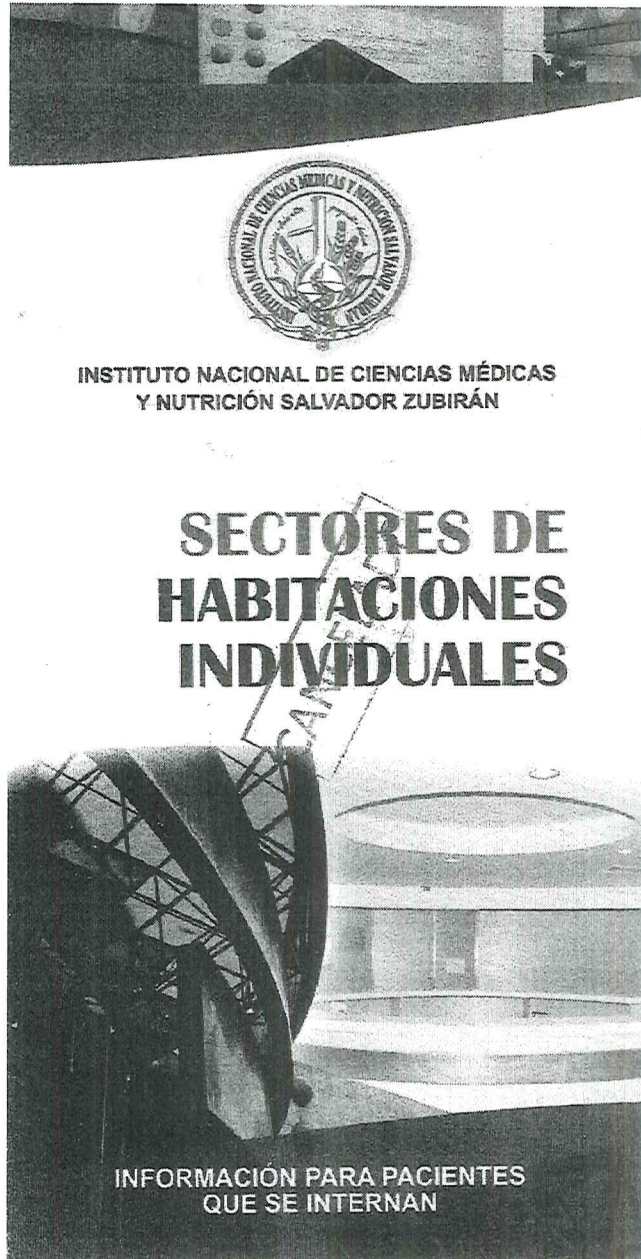
**SECTORES DE CUARTOS COLECTIVOS**


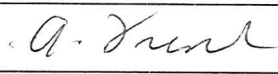
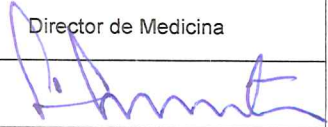


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 38
		<b>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</b>	<b>DE:</b> 45

**ANAEXO 3: TRÍPTICO DE SECTORES INDIVIDUALES**



<b>CONTROL DE EMISIÓN</b>			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
<b>Nombre:</b>	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 39 <b>DE:</b> 45



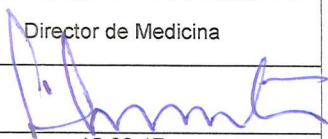
**ANEXO 4: INSTRUCTIVO DEL SERVICIO DE ESTANCIA CORTA**

Instituto Nacional de Ciencias  
Médicas y Nutrición  
Salvador Zubirán

INSTRUCTIVO



Planta baja del edificio principal

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 40
			<b>DE:</b> 45

**ANEXO 5: CARTA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES**


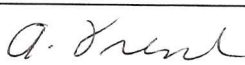
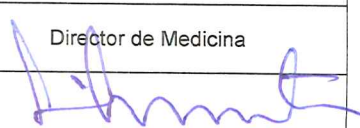


INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

**CARTA DE LOS DERECHOS  
GENERALES DE LAS PACIENTES  
Y LOS PACIENTES**

- 1 RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA
- 2 RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO
- 3 RECIBIR INFORMACIÓN SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ
- 4 DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU ATENCIÓN
- 5 OTORGAR O NO SU CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO
- 6 SER TRATADO CON CONFIDENCIALIDAD
- 7 CONTAR CON FACILIDADES PARA OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN
- 8 RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE URGENCIA
- 9 CONTAR CON UN EXPEDIENTE CLÍNICO
- 10 SER ATENDIDO CUANDO SE INCONFORME POR LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA

FUENTE: COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 41 <b>DE:</b> 45

**ANEXO 6: HOJA DE INFORMACIÓN**



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN

**INFORMACION PARA PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN" SOBRE LOS DATOS PERSONALES QUE PROPORCIONARAN PARA SU ATENCION.**

De conformidad con lo establecido por los lineamientos noveno y décimo séptimo de protección de datos personales publicados por el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre del 2005, el instituto hace de su conocimiento lo siguiente:

1. Los datos personales que usted proporcionará a los diversos integrantes de nuestra institución se utilizarán con la siguiente finalidad:
  - 1.1 Proporcionar la atención médica que el instituto está en posibilidad de brindar.
  - 1.2 Cumplir con actividades de enseñanza.
  - 1.3 Cumplir con actividades de investigación en el ámbito clínico-epidemiológica.
  - 1.4 Determinar su clasificación socioeconómica.
2. Estos datos serán incorporados, tratados y protegidos en los sistemas de datos personales de estudio social inicial y del expediente clínico. Lo anterior, con fundamento en lo establecido por los artículos 20 y 21 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, 47 y 48 del Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, 32 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 6 Fracción I, VII, y VIII de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud y la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico.


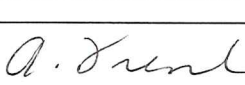

Estos sistemas de datos personales están registrados ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública, y no serán transmitidos sin su consentimiento salvo en las situaciones previstas en la Ley.

Las unidades administrativas responsables del sistema son el Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos y el Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística.

Usted podrá ejercer los derechos de acceso y corrección de datos en la Unidad de Epíctose del Instituto, ubicada en la planta baja del edificio de Enseñanza.

DIRECCION GENERAL

Vasco de Quiroga No. 15  
Colonia Sección XVI  
Delegación Tlalpan  
México, D. F. 14000  
Tel. 152154873900  
www.incmnsz.mx

<b>CONTROL DE EMISIÓN</b>			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
<b>Nombre:</b>	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	15-02-17	15-02-17	15-02-17

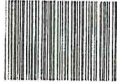




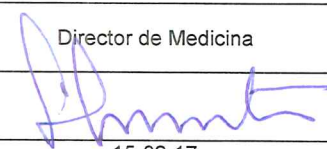
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 42 <b>DE:</b> 45

ANEXO 7: BRAZALETE

INCMNSZ

EXPEDIENTE: 203820    TEMPORAL: 123166  
 JUAN ESQUIVEL CORONA  
 Fecha de nacimiento: 13/12/1948  
 Aergus:





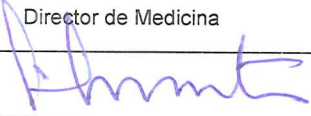
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 43 <b>DE:</b> 45

**ANEXO 8:**


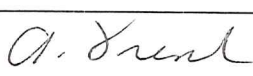
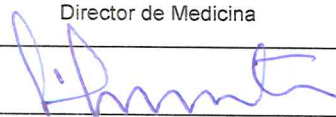
**BASES DE OPERACIÓN PARA LOS NIVELES 6 Y 7**

1. El nivel 7 incluye a aquellos pacientes que: a) Cuenten con seguro de gastos médicos, b) Soliciten ser internados en cuarto piso y torre del 3er. piso y c) Aquellos en los que el convenio lo manifieste expresamente.
2. El nivel 6 se aplicará a los Pacientes que ingresen al tercer piso con excepción de las camas que se encuentren habilitadas como cuartos colectivos de acuerdo a las necesidades del Instituto, en cuyo caso los Pacientes conservan su clasificación.
3. Los convenios de prestación de servicios en nivel 7 deberán incluir a todas las aseguradoras, compañías y empresas no gubernamentales cuando el convenio lo manifieste expresamente.
4. En el caso de organismos gubernamentales con los que se haya establecido convenio, sus pacientes ocuparan el tercer piso, como la torre del mismo o el cuarto piso, según la disponibilidad de camas.
5. El nivel de exentos en las áreas de individuales será autorizado por el Director General o la Dirección Médica.
6. El Director General, el Director de Medicina y/o Director de Cirugía del Instituto podrán autorizar el ingreso de pacientes a los sectores de cuartos individuales con un nivel de clasificación diferente a 6 ó 7.
7. Todo paciente clasificado en nivel 6 y 7, deberá presentar documentos que acrediten solvencia económica o en su caso el documento de autorización por parte de la aseguradora, la empresa o institución.
8. Pacientes no económicamente activos que deseen ingresar al tercer o cuarto piso, deberán contar con un responsable que acredite solvencia económica y que acepte por escrito el compromiso de pago.
9. Todo paciente que sea admitido al tercer y cuarto piso, en clasificaciones 6 y 7, deberá firmar el "Contrato de prestación de servicios profesionales de atención médica y hospitalización" al momento de ingreso.
10. En caso de hospitalización y cuando el paciente no esté cubierto por un seguro o convenio empresarial, deberá dejar un depósito correspondiente a 8 SMMGVCDMX para tercer piso o nivel 6, de 12 SMMGVCDMX mensuales para la torre de tercer piso, cuarto piso o nivel 7 y 39 SMMGVCDMX en caso de requerir tratamiento quirúrgico, el depósito será acuerdo al Tabulador de Cuotas de Recuperación vigente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 44 <b>DE:</b> 45

11. En caso de que la aseguradora no acepte cubrir los gastos a originarse por la atención prevista al paciente, éste será reubicado en el nivel que le corresponda después de que la Aseguradora notifique el rechazo al Departamento de Trabajo Social, a menos que el paciente y/o responsable legal soliciten continuar en ese servicio, en este caso deberá presentar documento de solvencia económica. En el caso anterior, deberá liquidar en su totalidad el saldo generado hasta ese momento y efectuará el depósito correspondiente.
12. Podrán ingresarse a sectores de cuartos individuales aquellos pacientes que sean acreedores a descuentos autorizados por el Instituto (políticas referentes a asignación de nivel socioeconómico a pacientes).
13. En caso de rechazo de pago por parte de la aseguradora, el adeudo generado hasta ese momento deberá ser cubierto en su totalidad por el paciente o su representante legal.
14. El Instituto tendrá la facultad de reubicar al paciente en el área de colectivos cuando no se cumpla semanalmente con el pago de adeudo, o éste sobrepase el monto de depósito de los servicios del área de cuartos individuales, para lo cual Sección de Cuentas Corrientes de Pacientes Hospitalizados efectuará la notificación al paciente y/o responsable Legal, quien firmará de enterado, y posteriormente la Sección de Cuentas Corrientes de Pacientes Hospitalizados turnará la solicitud al Departamento de Trabajo Social.
15. Si el paciente hospitalizado en los sectores de colectivos solicita su traslado a cuartos individuales, deberá reunir los requisitos establecidos para los niveles 6 y 7, debiendo cubrir en su totalidad los gastos generados durante su hospitalización en colectivos.
16. Toda la atención médica y de enfermería está incluida en los precios del Instituto por lo que ningún trabajador solicitará pago adicional por la atención a estos pacientes.
17. Serán susceptibles de reclasificación los niveles 6 y 7 en los siguientes casos:
  - a) Cuando teniendo niveles 6 ó 7 soliciten su ingreso al área de colectivos.
  - b) Cuando no sea cubierto con oportunidad el saldo semanal, la Sección de Cuentas Corrientes de Pacientes Hospitalizados emitirá la "Solicitud de Traslado" al Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos. En este caso la reclasificación se hará efectiva una vez realizado el traslado.
  - c) Cuando se haya agotado la suma asegurada.
  - d) Cuando el seguro de gastos médicos o la institución que había venido cubriendo los gastos deje de hacerlo, previa comprobación documental.
18. No procederá la reclasificación en aquellos pacientes cuyo Seguro de Gastos Médicos Mayores se encuentre vigente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Programar el Ingreso Hospitalario</b>		<b>HOJA:</b> 45 <b>DE:</b> 45

**ANEXO 9: SOLICITUD DE TRASLADO**



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION  
SALVADOR ZUBIRAN

SOLICITUD DE INTERNACION

Fecha de Solicitud \_\_\_\_\_

Grado de apremio Urgente Electivo Programado

SECTOR SOLICITADO (Marcar uno exclusivamente)

MEDICINA INTERNA SUITE    ENDOCRINOLOGÍA AISLADO COLECTIVO    GERIATRIA AISLADO PRIVADO    HEMATOLOGÍA ESTANCIA CORTA    REUMATOLOGÍA U. METABÓLICA    PRIVADO TRASLADO

DATOS DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_

PROCEDENCIA DEL PACIENTE (Marcar uno exclusivamente)

Urg Hospital (cama \_\_\_\_\_)    Urg Camilla (camilla \_\_\_\_\_)    Urg Anexo (anexo \_\_\_\_\_)    Urg Consultorio (consultorio \_\_\_\_\_)  
Unidad Terapia Intensiva (cama \_\_\_\_\_)    Unidad Terapia Monitorizada (cama \_\_\_\_\_)    Estancia Corta (cama \_\_\_\_\_)  
Unidad Metabólica (cama \_\_\_\_\_)    Consulta Externa/Preconsulta    Sector ( \_\_\_\_\_ )    Otro Hospital    Directo

DIAGNÓSTICO(S) QUE MOTIVA(N) ESTA HOSPITALIZACIÓN \_\_\_\_\_

INDICAR LAS METAS CONCRETAS QUE SE PRETENDEN CUMPLIR CON LA INTERNACIÓN (Marcar uno exclusivamente)

Diagnóstico y tratamiento pertinente    Realización de procedimiento no quirúrgico (especificar) \_\_\_\_\_  
Tratamiento quirúrgico    Quimioterapia    Tratamiento médico    Otro (especificar) \_\_\_\_\_  
¿Se requiere de la participación obligada de algún especialista? NO SI ¿Quién? \_\_\_\_\_  
¿Se requiere algún examen de laboratorio o estudio de gabinete? NO SI ¿Cuál? \_\_\_\_\_

DATOS DEL FAMILIAR RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL A QUIEN SE NOTIFICARÁ LA RESOLUCIÓN

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfonos \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Horas de traslado \_\_\_\_\_ Avisar con \_\_\_\_\_ días de anticipación

ESTANCIA CORTA

Fecha programada de la internación \_\_\_\_\_ Días programados \_\_\_\_\_ Grado de cirugía programada \_\_\_\_\_

DATOS DEL SOLICITANTE (Únicamente médicos especialistas o residentes de especialidad)

Médico solicitante \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_ Tel. o ext. \_\_\_\_\_

AUTORIZACIÓN DE LA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS MEDICOS


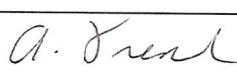
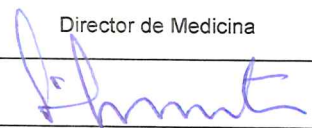
Cama \_\_\_\_\_ Sector \_\_\_\_\_ Traslado de cama \_\_\_\_\_ Sector \_\_\_\_\_ a cama \_\_\_\_\_ Sector \_\_\_\_\_  
Trabajadora social \_\_\_\_\_ Clasificación socio-económica \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Conserva clasificación SI NO    Fecha de Internación \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_





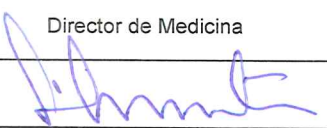
DESENLACE DE LA SOLICITUD (Solo por la Oficina de Admisión)

Se hospitaliza    Se cancela  
Causa de la cancelación: Paciente desistió    Problema solucionado    Problemas económicos    El paciente no se presentó  
El paciente se presentó solo    Deceso    Internación en el hospital    Internación en otro hospital    Duplicación de la solicitud

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Reportar un Caso Médico-Legal</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 7

## 5. PROCEDIMIENTO PARA REPORTAR UN CASO MÉDICO-LEGAL

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Reportar un Caso Médico-Legal</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 7

## 1.0 PROPÓSITO

Cumplir con la disposición oficial de notificar a las autoridades, aquellos casos cuyas lesiones físicas sean sospechosas de la comisión de un delito contra la vida y la integridad personal del Paciente que ingresa al Instituto.

## 2.0 ALCANCE

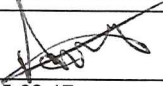
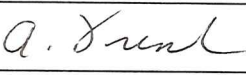
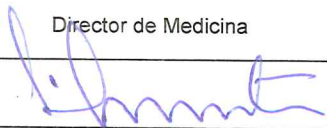
**A Nivel Interno:** Este procedimiento aplica para las Áreas Médicas del Instituto, al Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos (TSAE) y a la Sección de Vigilancia.

**A Nivel Externo:** Este procedimiento aplica a la Fiscalía Desconcentrada de Investigación en Tlalpan y Pacientes del Instituto.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### GENERALES:

1. El Trabajador Social Operativo entrega al Médico Encargado del Paciente el reporte de caso médico-legal (**Formato 1**) por cuadruplicado para el llenado correspondiente y solicita un resumen clínico o informe por escrito del caso que se anexa al reporte del mismo.
2. El Trabajador Social Operativo recibe del Personal de la Sección de Vigilancia Interna la notificación sellada por la Fiscalía Desconcentrada de Investigación en Tlalpan.
3. El Trabajador Social Operativo verifica que se integre una copia del reporte de caso médico-legal (**Formato 1**) al expediente clínico del Paciente.
4. El Trabajador Social Operativo, en caso del fallecimiento del Paciente informa al Personal Médico que no solicite la autorización para realizar la autopsia.
5. El Trabajador Social Operativo, en caso de fallecimiento del Paciente informa vía telefónica a la Fiscalía Desconcentrada de Investigación en Tlalpan y verifica que no se expida el certificado de defunción.
6. El Trabajador Social Operativo orienta al Responsable Legal sobre las implicaciones que conlleva los casos catalogados como médico-legal.
7. El Trabajador Social Operativo en todo momento mantiene una actitud cortés, empática y de respeto hacia el Paciente y/o Responsable Legal, tendiente a preservar los preceptos de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.


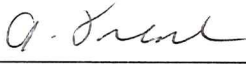
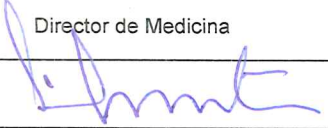
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Reportar un Caso Médico-Legal</b>		<b>HOJA:</b> 3 <b>DE:</b> 7

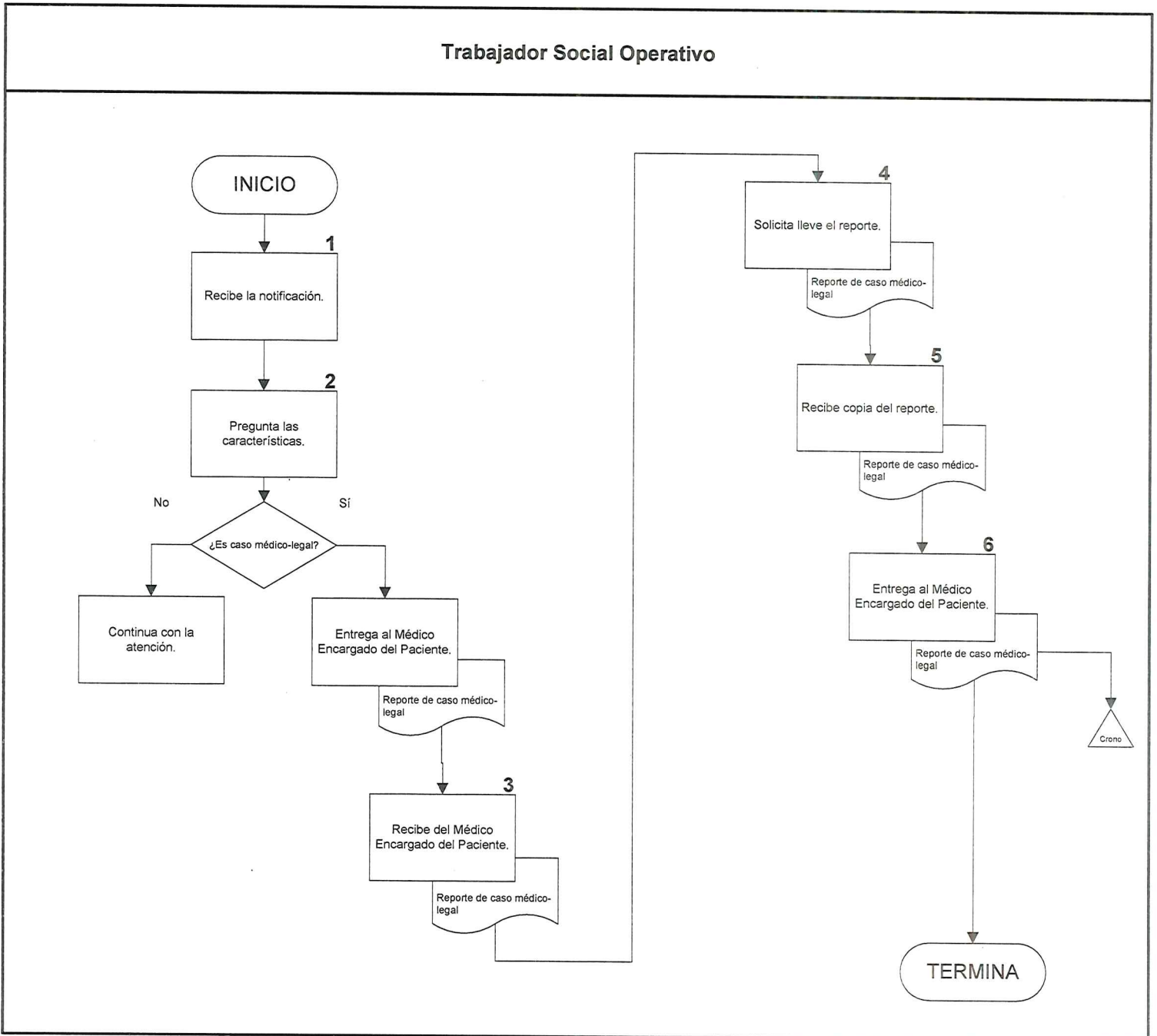
8. El Trabajador Social Operativo, en caso de incumplimiento de las políticas y procedimientos contenidos en el presente manual, es sancionado de acuerdo a las medidas disciplinarias contenidas en las Condiciones Generales de Trabajo del Instituto mediante un comunicado a la Subdirección de Recursos Humanos para su aplicación.

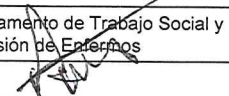
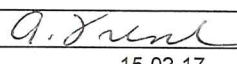
#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Trabajador Social Operativo	1	Recibe la notificación del Médico Encargado del Paciente, cuando existe la posibilidad de un caso médico-legal.
Trabajador Social Operativo	2	Pregunta al Médico Encargado del Paciente las características que presenta el mismo para la determinación del caso.  ¿Es caso médico-legal?  No: Continúa con la atención.  Sí: Entrega al Médico Encargado del Paciente el reporte de caso médico-legal ( <b>Formato 1</b> ) ( <b>Política 1</b> ).
Trabajador Social Operativo	3	Recibe del Médico Encargado del Paciente el reporte de caso médico-legal ( <b>Formato 1</b> ) y el resumen clínico del Paciente.
Trabajador Social Operativo	4	Solicita al Personal de Vigilancia Interna lleve el reporte del caso médico-legal ( <b>Formato 1</b> ) a la Fiscalía Desconcentrada de Investigación de Tlalpan.
Trabajador Social Operativo	5	Recibe del Personal de Vigilancia Interna una copia del reporte de caso médico-legal ( <b>Formato 1</b> ) ( <b>Política 2</b> ).
Trabajador Social Operativo	6	Entrega al Médico Encargado del Paciente copia del reporte médico-legal ( <b>Formato 1</b> ) sellada para ser anexada al expediente clínico ( <b>Política 3</b> ).
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

### 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Reportar un Caso Médico-Legal</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 7

## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Formato 1 Reporte de caso médico-legal	6 años	Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S.5

## 7.0 GLOSARIO

- 7.1. Caso médico-legal:** Es aquel cuyas lesiones físicas sean sospechosas de la comisión de un delito contra la vida y la integridad personal (accidente, intoxicación, heridas por proyectil, armas de fuego o blancas, etc.)
- 7.2. Médico Encargado del Paciente:** Es el que recibe al Paciente.


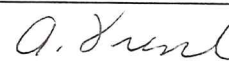
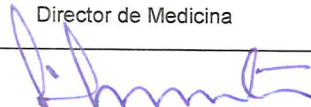
## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
01	15-01-15	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o documentos Normativos vigente
02	15-02-17	Actualización del Procedimiento.

## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS



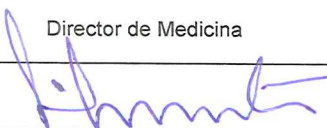
### FORMATO 9.1: REPORTE DE CASO MÉDICO-LEGAL

**No.**                      **CONCEPTO**    **SE ANOTARÁ**  
 1      Fecha    Día, mes y año en que se elabora la notificación.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Reportar un Caso Médico-Legal</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 7

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
3	Siendo las	La hora en la que llegó el Paciente al Instituto.
4	Servicio	El Servicio al que ingresó.
5	El Ciudadano (C)	El nombre del Paciente con el formato apellido paterno, apellido materno y nombre (s).
6	Edad	La edad del Paciente en años cumplidos.
7	Sexo	El género al que pertenece el Paciente.
8	Domicilio	El domicilio permanente del Paciente en formato calle y número externo, número interno, colonia, delegación, localidad, municipio y entidad federativa.
9	Presenta	La descripción en texto libre de las lesiones que presenta el Paciente al momento de llegar al servicio.
10	Médico que realiza la notificación	El nombre completo y firma del Médico que realiza la notificación.
11	Cédula Profesional	El número de la Cédula expedida por la Dirección General de Profesiones que lo acredita como Médico.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Reportar un Caso Médico-Legal</b>		<b>HOJA:</b> 7 <b>DE:</b> 7



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

México, D.F., a 1 de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Procuraduría General de Justicia  
del Distrito Federal  
Fiscalía Desconcentrada de Investigación  
en Tlalpan  
Coordinación Territorial  
TLP-3  
Unidad Tres con Detenido  
Presente.

Me permito hacer de su conocimiento que siendo las 2 horas del día,

llegó al servicio de 3 de este Instituto él (la) C.

4  
Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombre(s)

Edad 5      Sexo 6      y quien declara tener su domicilio en:

7  
Calle y No.                      No. Interior                      Colonia

Delegación                      Localidad                      Municipio

Entidad Federativa.

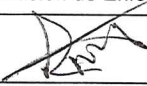
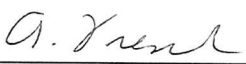
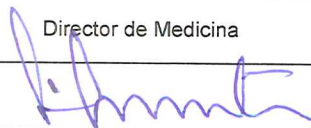
Y quien presenta: 8

Lo que comunico atentamente para los fines a que haya lugar.

Médico que realiza la notificación                      Cédula Profesional


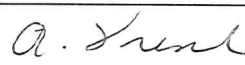
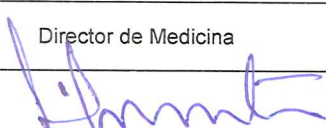
9                      10

Avenida Vasco de Quiroga No. 15  
Colonia Belisario Domínguez Sección XVI  
Delegación Tlalpan  
Código Postal 14080  
México, Distrito Federal  
Tel. (52)54870900  
www.incmnsz.mx

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>6. Procedimiento para Canalizar a los Pacientes a Organizaciones de Asistencia Social</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 11

## 6. PROCEDIMIENTO PARA CANALIZAR A LOS PACIENTES A ORGANIZACIONES DE ASISTENCIA SOCIAL

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>6. Procedimiento para Canalizar a los Pacientes a Organizaciones de Asistencia Social</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 11

## 1.0 PROPÓSITO

Gestionar apoyo asistencial a los Pacientes de escasos recursos económicos del Instituto para continuar con su tratamiento médico.

## 2.0 ALCANCE


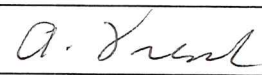
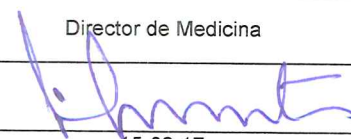
**A Nivel Interno:** Este procedimiento aplica al Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos (TSAE), Departamento de Tesorería y al Voluntariado del Instituto.

**A Nivel Externo:** Este procedimiento aplica a los Pacientes del Instituto, Familiares y a Organizaciones de Asistencia Social.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### GENERALES:

1. El Trabajador Social Operativo valora la situación económica y social del Paciente para gestionar el apoyo a la instancia correspondiente.
2. El Trabajador Social Operativo determina el tipo de apoyo que requiere después de una entrevista al Paciente y/o Responsable Legal.
3. El Trabajador Social Operativo llena los formatos correspondientes después de comentar el caso con el Jefe del Departamento de TSAE o el Supervisor de Trabajo Social.
4. El Trabajador Social Operativo sólo la canaliza a la instancia correspondiente a los Pacientes que tengan clasificación 1, 2 y excepcionalmente 3.
5. El Trabajador Social Operativo y el Asistente Administrativo en todo momento mantiene una actitud cortés, empática y de respeto hacia el Paciente y/o Responsable Legal, tendiente a preservar los preceptos de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.
6. El Trabajador Social Operativo y el Asistente Administrativo, en caso de incumplimiento de las políticas y procedimientos contenidos en el presente manual, es sancionado de acuerdo a las medidas disciplinarias contenidas en las Condiciones Generales de Trabajo del Instituto mediante un comunicado a la Subdirección de Recursos Humanos para su aplicación.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>6. Procedimiento para Canalizar a los Pacientes a Organizaciones de Asistencia Social</b>		<b>HOJA:</b> 3 <b>DE:</b> 11

**DE LA CANALIZACIÓN A PACIENTES AL VOLUNTARIADO DEL INSTITUTO:**

7. El Trabajador Social Operativo verifica si el Voluntariado del Instituto cuenta con recursos para el apoyo del Paciente.
8. El Trabajador Social Operativo informa al Paciente y/o Responsable Legal que el Voluntariado del Instituto es el encargado de proporcionar el apoyo correspondiente.
9. El Trabajador Social Operativo anota en la Canalización al Voluntariado (**Formato 1**) el número de folio proporcionado por la persona designada del Voluntariado del Instituto.
10. El Trabajador Social Operativo requisita la Canalización al Voluntariado del Instituto (**Formato 1**), firma y envía al Paciente y/o Responsable Legal a la oficina del Voluntariado del Instituto para que le proporcionen el apoyo requerido.

**DE LA CANALIZACIÓN A PACIENTES A LAS ORGANIZACIONES DE ASISTENCIA SOCIAL:**

11. El Trabajador Social Operativo integra el expediente del Paciente de acuerdo a los requisitos de cada Organización de Asistencia Social.
12. El Jefe del Departamento de TSAE o el Supervisor de Trabajo Social revisa el expediente del Paciente con la finalidad de solicitar la elaboración de los oficios correspondientes.
13. El Jefe del Departamento de TSAE firma el oficio de canalización, en caso de que sea requisito de la Organización de Asistencia Social solicita al Director de Medicina el visto bueno del mismo.
14. El Supervisor de Trabajo Social es el único autorizado, en caso de ausencia del Jefe del Departamento de TSAE para firmar la documentación requerida.
15. El Trabajador Social Operativo entrega el expediente al Paciente y/o Responsable Legal para continuar con el trámite en la Organización de Asistencia Social.
16. El Trabajador Social Operativo, cuando se trate de apoyo para pagos de servicios hospitalarios en el Instituto solicita el estado de cuenta del Paciente que corresponda y entrega al Jefe del Departamento de TSAE o al Supervisor de Trabajo Social.
17. El Jefe del Departamento de TSAE o Supervisor de Trabajo Social envía al Departamento de Tesorería el aviso para informar que recibirá el apoyo de alguna organización de asistencia social anexando el estado de cuenta del Paciente.
18. El Trabajador Social Operativo da seguimiento a la solicitud y apoyo brindado a los Pacientes por las Organizaciones de Asistencia Social.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>6. Procedimiento para Canalizar a los Pacientes a Organizaciones de Asistencia Social</b>		<b>HOJA:</b> 4
			<b>DE:</b> 11

19. La Asistente Administrativo es la responsable de resguardar el directorio de las Organizaciones de Asistencia Social y mantenerlo actualizado.

#### DE LA RECEPCIÓN DE DONATIVOS:

20. El Trabajador Social Operativo asesora al Paciente, Responsable Legal y Proveedores de medicamentos que manifiestan interés por realizar alguna donación en especie al Instituto.


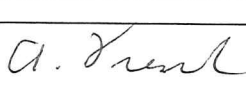
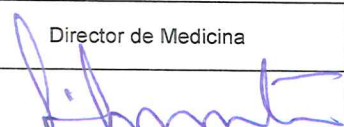
21. El Trabajador Social Operativo determina si el donativo puede ser utilizado por algún Paciente del Instituto de acuerdo a los padecimientos que se atienden.

22. El Trabajador Social Operativo canaliza al Voluntariado del Instituto a los Pacientes y/o Responsables Legales y Proveedores para el trámite de donación de medicamentos.

### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

#### 4.1 Canalizar a Pacientes al Voluntariado del Instituto

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Trabajador Social Operativo	1	Entrevista al Paciente y/o Responsable Legal para valorar el caso y determinar el tipo de apoyo ( <b>Política 1</b> ).  ¿Reúne los requisitos para solicitar el apoyo?  No: Informa al Paciente y/o Responsable Legal que no procede la gestión del apoyo.  Sí: Comenta el caso con el Jefe del Departamento de TSAE o con el Supervisor de Trabajo Social.
Trabajador Social Operativo	2	Verifica si el Voluntariado del Instituto cuenta con recursos ( <b>Política 7</b> ).  ¿Cuentan con recursos disponibles?  No: Informa al Paciente y/o Responsable Legal que no hay recursos y termina el procedimiento.  Sí: Informa al Personal del Voluntariado el tipo de apoyo que requiere el Paciente para su tratamiento ( <b>Política 8</b> ).
Trabajador Social Operativo	3	Llena la canalización al voluntariado del Instituto ( <b>Formato 1</b> ) con el número de folio proporcionado ( <b>Política 9</b> ).


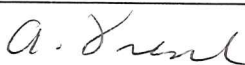
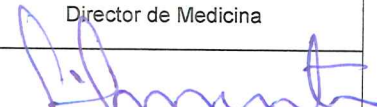
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>6. Procedimiento para Canalizar a los Pacientes a Organizaciones de Asistencia Social</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 11

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Trabajador Social Operativo	4	Envía al Paciente y/o Responsable Legal a la oficina del Voluntariado del Instituto para recibir el apoyo solicitado ( <b>Política 10</b> ).
Trabajador Social Operativo	5	Guarda copia de la canalización al voluntariado del Instituto ( <b>Formato 1</b> ) del Paciente.
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		

#### 4.2 Canalizar a Pacientes a las Organizaciones de Asistencia Social



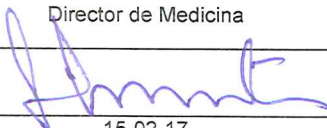
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Trabajador Social Operativo	1	Entrevista al Paciente y/o Responsable Legal para valorar el caso y determinar el tipo de apoyo ( <b>Política 1</b> ).  ¿Reúne los requisitos para solicitar el apoyo?  No: Informa al Paciente y/o Responsable Legal que no procede la gestión del apoyo.  Sí: Comenta el caso con el Jefe del Departamento de TSAE o con el Supervisor de Trabajo Social.
Trabajador Social Operativo	2	Integra el expediente del Paciente con los requisitos de las diferentes Organizaciones de Asistencia Social ( <b>Política 11</b> ).
Trabajador Social Operativo	3	Envía al Jefe del Departamento de TSAE o al Supervisor de Trabajo Social para su revisión.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17



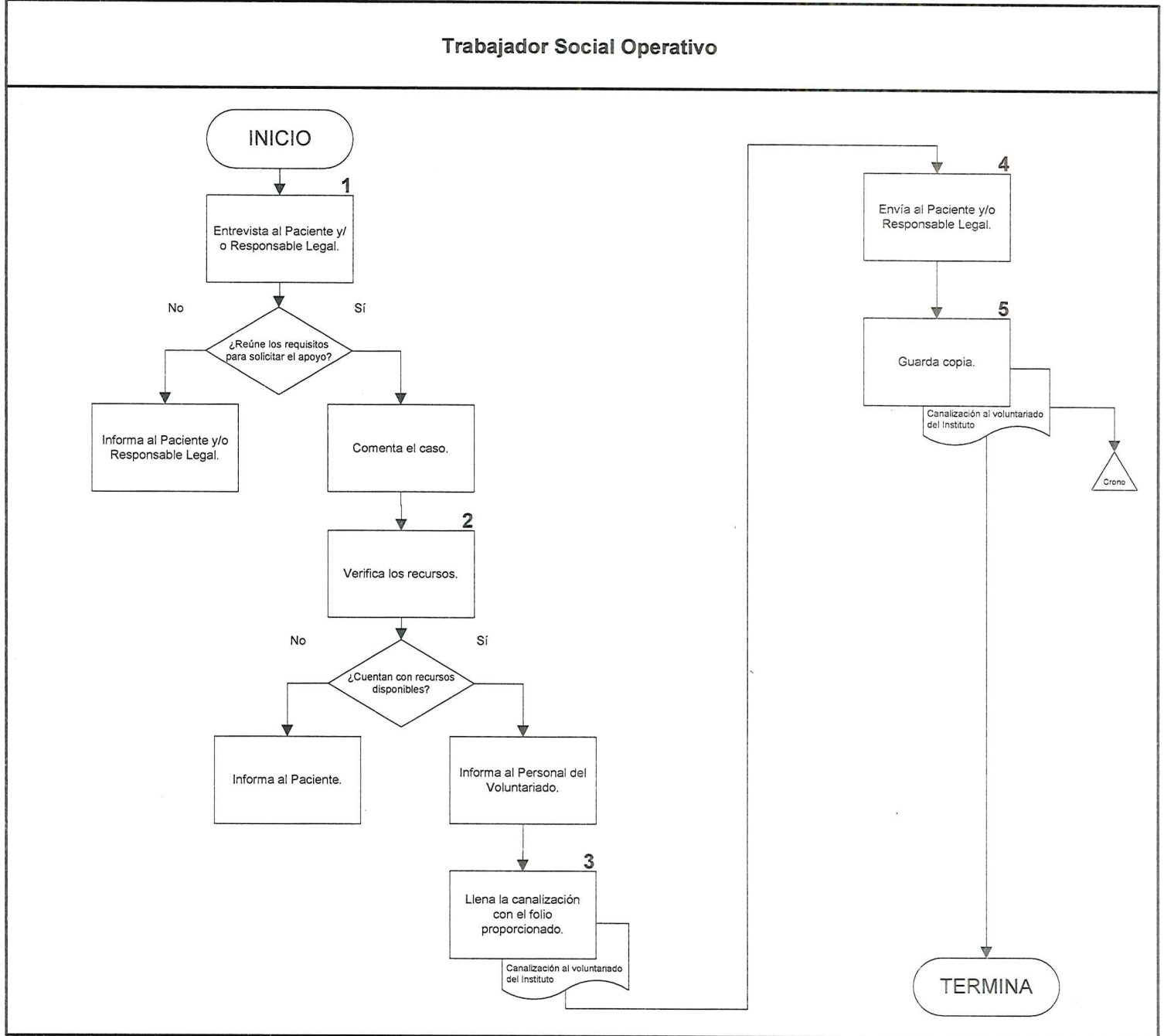
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>6. Procedimiento para Canalizar a los Pacientes a Organizaciones de Asistencia Social</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 11

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Jefe de Departamento de TSAE o Supervisor de Trabajo Social	4	<p>Revisa que el expediente cuente con todos los requisitos correspondientes dependiendo la Organización de Asistencia Social a la que se enviará al Paciente.</p> <p>¿El expediente contiene todos los requisitos?</p> <p>No: Regresa al Trabajador Social Operativo para su corrección.</p> <p>Sí: Solicita a la Asistente Administrativo la elaboración del oficio de canalización y regresa el expediente al Trabajador Social Operativo.</p>
Asistente Administrativo	5	<p>Elabora el oficio de canalización y entrega al Jefe del Departamento de TSAE o al Supervisor de Trabajo Social para su revisión o firma.</p>
Jefe de Departamento de TSAE o Supervisor de Trabajo Social	6	<p>Revisa que el oficio de canalización cuente con los requisitos necesarios (<b>Políticas 12, 13, y 14</b>).</p> <p>¿El oficio está correcto?</p> <p>No: Regresa al Asistente Administrativo para su corrección.</p> <p>Sí: Firma el oficio de canalización y lo devuelve al Asistente Administrativo para su entrega.</p>
Asistente Administrativo	7	<p>Entrega el oficio autorizado al Trabajador Social Operativo para continuar con el trámite.</p>
Trabajador Social Operativo	8	<p>Entrega el expediente al Paciente y/o Responsable Legal para continuar con su trámite (<b>Política 15</b>).</p>
Trabajador Social Operativo	9	<p>Solicita el estado de cuenta de los Pacientes para el pago de los servicios otorgados en Instituto y entrega al Jefe de Departamento de TSAE o al Supervisor de Trabajo Social (<b>Política 16</b>).</p>
Jefe de Departamento de TSAE o Supervisor de Trabajo Social	10	<p>Envía estado de cuenta del Paciente al Departamento de Tesorería (<b>Política 17</b>).</p>
Jefe de Departamento de TSAE o Supervisor de Trabajo Social	11	<p>Informan al Trabajador Social Operativo que ya está el trámite en el Departamento de Tesorería para el seguimiento a la solicitud (<b>Política 18</b>).</p> <p style="text-align: center;"><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

### 5.1 Canalizar a Pacientes al Voluntariado del Instituto

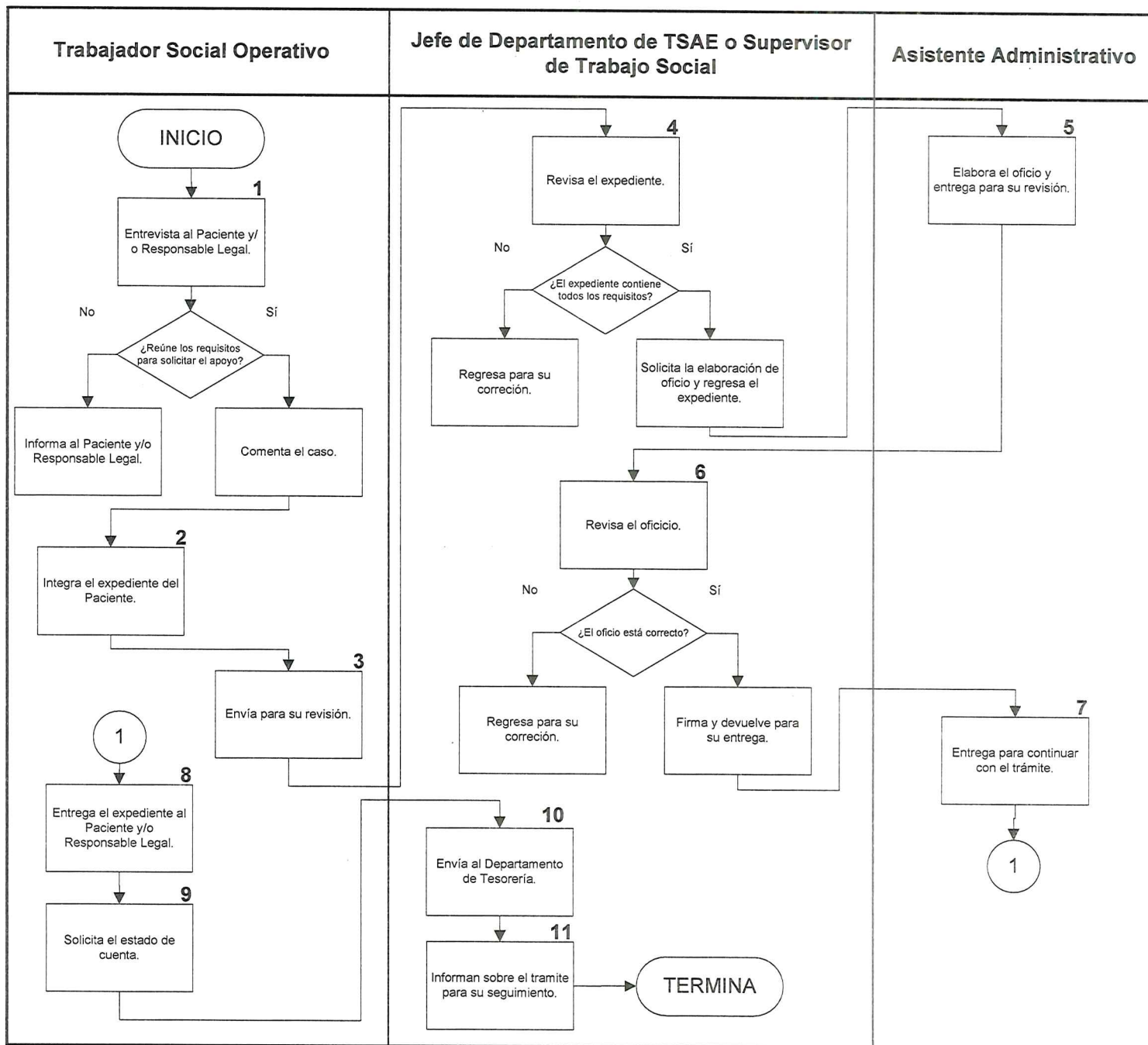


### CONTROL DE EMISIÓN


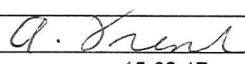
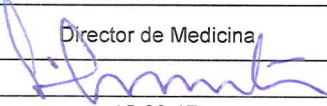
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

### 5.2 Canalizar a Pacientes a las Organizaciones de Asistencia Social



### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>6. Procedimiento para Canalizar a los Pacientes a Organizaciones de Asistencia Social</b>		<b>HOJA:</b> 9 <b>DE:</b> 11

## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Formato 1 Canalización al Voluntariado del Instituto	5 años	Departamento de TSAE	NO APLICA

## 7.0 GLOSARIO

NO APLICA

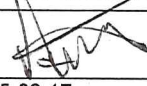
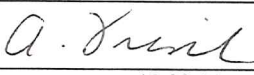
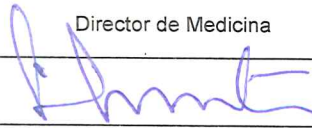
## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
01	15-01-15	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o documentos Normativos vigente
02	15-02-17	Actualización del Procedimiento y cambio de nombre.

## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

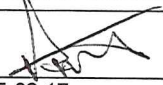
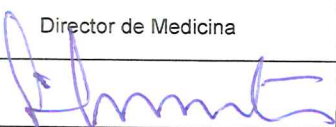
### FORMATO 9.1: CANALIZACIÓN AL VOLUNTARIADO DEL INSTITUTO

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre del paciente	El nombre completo del Paciente.
2	Fecha	El día, mes y año en que se solicita la ayuda.
3	Registro	El número de expediente del Paciente.
4	Nivel	El nivel socioeconómico del Paciente.
5	Folio	El número de folio.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>6. Procedimiento para Canalizar a los Pacientes a Organizaciones de Asistencia Social</b>		<b>HOJA:</b> 10 <b>DE:</b> 11

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
6	Ayuda consistente en	El tipo de ayuda solicitada por el Paciente.
7	Total	El total de la ayuda solicitada por el Paciente.
8	Lugar de la cotización	El lugar donde se cotiza la apoyo al Paciente.
9	Teléfono	El número de teléfono donde se realiza la cotización de la ayuda del Paciente.
10	Motivo	Una X en el motivo que describa el cual necesita la ayuda el Paciente (Falta de recursos económicos, Paciente foránea, Polifarmacia, Escasa o nula red de apoyo).
11	Firma de la Trabajadora Social	La firma del Trabajador Social Operativo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		CÓDIGO: M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		REV: 02
	<b>6. Procedimiento para Canalizar a los Pacientes a Organizaciones de Asistencia Social</b>		HOJA: 11 DE: 11



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL Y ADMISIÓN DE ENFERMOS**

*CANALIZACIÓN AL VOLUNTARIADO DEL INSTITUTO*

Nombre del paciente: 1 \_\_\_\_\_ Fecha 2 \_\_\_\_\_

Registro: 3 \_\_\_\_\_ Nivel: 4 \_\_\_\_\_ Folio: 5 \_\_\_\_\_

Ayuda consistente en: 6 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Total: 7 \_\_\_\_\_



Lugar de la cotización: 8 \_\_\_\_\_ Teléfono 9 \_\_\_\_\_

Motivo: **10** Falta de recursos económicos ( ) Paciente foráneo ( ) Polifarmacia ( )  
Escasa o nula red de apoyo ( )


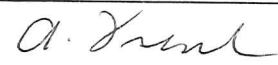
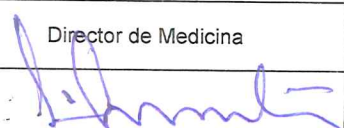
11




Firma de la Trabajadora Social

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>7. Procedimiento para Solicitar y Expedir el Certificado de Defunción</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 16

## 7. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR Y EXPEDIR EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>7. Procedimiento para Solicitar y Expedir el Certificado de Defunción</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 16

## 1.0 PROPÓSITO

Informa las defunciones ocurridas en el Instituto a la Dirección General de Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, asimismo expedir y entregar el certificado de defunción al Responsable Legal y/o Familiar del Paciente para los fines correspondientes.

## 2.0 ALCANCE



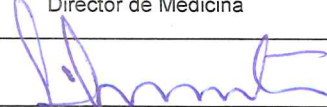
**A Nivel Interno:** Este procedimiento aplica a la Subdirección de Epidemiología Hospitalaria y Control de la Calidad de la Atención Médica, Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos (TSAE), Departamento de Estadística y Archivo Clínico y a las Áreas Médicas.

**A Nivel Externo:** Este procedimiento aplica a la Dirección General de Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Responsables Legales y/o Familiares de los Pacientes fallecidos.



## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### GENERALES:

1. La Secretaria elabora una lista semanal de los Pacientes fallecidos y lo entrega al Jefe del Departamento de TSAE para el envío a la Subdirección de Epidemiología Hospitalaria y Control de la Calidad de la Atención Médica.
2. La Secretaria es la responsable de realizar un registro en bitácora y en el sistema informático entregado por la Subdirección de Programas Prioritarios y Evaluación de Riesgos, en la Oficina de Trámites Funerarios vinculado a la Dirección General de Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México de los certificados de defunción (**Formato 1**) utilizados y cancelados.
3. El Jefe del Departamento de TSAE o el Supervisor de Trabajo Social sólo proporciona certificados de defunción (**Formato 1**) a otra Institución Médica cuando haya una petición escrita por parte de las autoridades de la Institución de Salud solicitante.
4. El Supervisor de Trabajo Social firma la documentación necesaria en caso de ausencia del Jefe de TSAE.
5. La Secretaria en todo momento mantiene una actitud cortés, empática y de respeto hacia el Paciente y/o Responsable Legal, tendiente a preservar los preceptos de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.
6. La Secretaria, en caso de incumplimiento de las políticas y procedimientos contenidos en el presente manual, es sancionado de acuerdo a las medidas disciplinarias contenidas en las Condiciones Generales de Trabajo del Instituto mediante un comunicado a la Subdirección de Recursos Humanos para su aplicación.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17



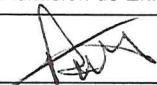

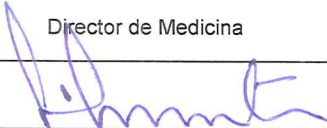
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> <b>02</b>
	<b>7. Procedimiento para Solicitar y Expedir el Certificado de Defunción</b>		<b>HOJA:</b> <b>3</b> <b>DE:</b> <b>16</b>


**DE EMITIR REPORTES A LA DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA E INTELIGENCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO:**

7. La Secretaria es la responsable de elaborar la relación de folios de los certificados otorgados y los cancelados que será enviado a la Subdirección de Programas Prioritarios y Evaluación de Riesgos, en la Oficina de Trámites Funerarios vinculado a la Dirección General de Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y obtener una nueva dotación.
8. La Secretaria elabora la relación de folios de los certificados de defunción cancelados, en caso de que éste tenga raspaduras o enmendaduras, registra el dato en el archivo proporcionado por la Subdirección de Programas Prioritarios y Evaluación de Riesgos, en la Oficina de Trámites Funerarios vinculado a la Dirección General de Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (por ningún motivo se destruirá) y conserva el original y las copias; mismos que son devueltos a dicha Dirección.
9. La Secretaria es la responsable de acudir a la Subdirección de Programas Prioritarios y Evaluación de Riesgos, en la Oficina de Trámites Funerarios vinculado a la Dirección General de Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México el día indicado, por la nueva dotación de certificados de defunción, entregando el informe de los certificados expedidos y cancelados.

**DE LA EXPEDICIÓN DE LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN:**

10. La Secretaria proporciona al Médico Encargado de expedir el certificado de defunción un borrador para el llenado del certificado de defunción (**Formato 2**). Una vez llenado el borrador de dicho documento de acuerdo a la información del sistema informático vigente, el Médico Encargado corrobora los datos con el Responsable Legal o Familiar del Paciente fallecido.
11. La Secretaria entrega el certificado de defunción (**Formato 1**) al Responsable Legal o Familiar del Paciente fallecido.
12. La Secretaria, en caso de que el Responsable Legal no se encuentre presente, solicita al Familiar del Paciente fallecido una copia de la identificación oficial para la entrega del certificado de defunción.
13. La Secretaria es la responsable de transcribir la información del borrador del certificado de defunción (**Formato 2**) al documento oficial del certificado de defunción (**Formato 1**).
14. La Secretaria solicita al Responsable Legal o Familiar que verifique que los datos del Paciente fallecido sean los correctos, asimismo solicita que firme de recibido en original y 2 copias. En caso de que la Secretaria no sea la que elabore el certificado de defunción (**Formato 1**) el Médico Encargado de expedir el certificado de defunción realiza la actividad.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17


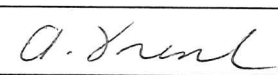
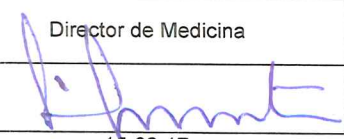
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>7. Procedimiento para Solicitar y Expedir el Certificado de Defunción</b>		<b>HOJA:</b> 4
			<b>DE:</b> 16


15. La Secretaria es la responsable de entregar al Departamento de Estadística y Archivo Clínico una copia del certificado de defunción (**Formato 1**) expedido, a fin de que sea anexado al expediente clínico del Paciente fallecido.
16. La Secretaria es la responsable de controlar minuciosamente el número de certificados de defunción (**Formato 1**) que entrega, así como los que deja en la caja de cobro que se ubica en el Departamento de Atención Institucional y Urgencias para utilizar fuera de los horarios de la Coordinación de Admisión.
17. La Secretaria entrega el certificado de defunción (**Formato 1**) al Responsable Legal o Familiar del Paciente fallecido, en caso de que la Secretaria no elabore el certificado de defunción (**Formato 1**) el Cajero de Cobros del Departamento de Tesorería que se encuentra en la caja ubicada en el Departamento de Atención Institucional y Urgencias lo entrega.
18. La Secretaria o el Médico Encargado de expedir el certificado de defunción, en caso de que el Paciente fallecido sea un caso médico-legal no expide el certificado de defunción (**Formato 1**).
19. La Secretaria o el Médico Encargado de expedir el certificado de defunción, por ningún motivo puede cambiar el nombre del Paciente fallecido, salvo que se acredite fehacientemente en el acta de nacimiento y cualquier otro documento oficial (credencial de elector, pasaporte, cédula profesional o cartilla de servicio militar en caso de varones).
20. La Secretaria es responsable de proporcionar el certificado de defunción (**Formato 1**) a los Médicos que lo solicite del Instituto.

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

##### 4.1 Emitir Reportes a la Dirección General de Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Secretaria	1	Elabora el reporte de los certificados de defunción expedidos y cancelados ( <b>Política 7</b> ).
Secretaria	2	Entrega al Jefe del Departamento de TSAE o al Supervisor de Trabajo Social el reporte para su revisión y aprobación.
Jefe del Departamento de TSAE o Supervisor de Trabajo Social	3	<p>Revisa el reporte de los certificados expedidos y cancelados.</p> <p>¿Están correctos los folios de los cancelados y expedidos?</p> <p>No: Regresa para su corrección.</p> <p>Sí: Firma el reporte y regresa a la Secretaria.</p>


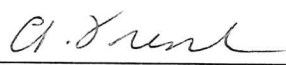
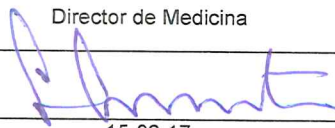
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17




 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>7. Procedimiento para Solicitar y Expedir el Certificado de Defunción</b>		<b>HOJA:</b> 5
			<b>DE:</b> 16

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Secretaria	4	Lleva el reporte de los certificados de defunción expedidos y cancelados, solicitando la nueva dotación de los mismos ( <b>Políticas 7 y 8</b> ).
Secretaria	5	Recibe en la Dirección General de Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México la nueva dotación de certificados de defunción para el Instituto ( <b>Política 9</b> ).
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>


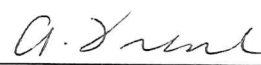
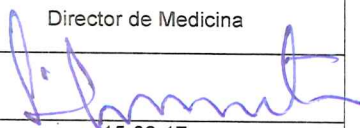
#### 4.2 Expedir los Certificados de Defunción




RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Secretaria	1	Entrega el borrador para el llenado del certificado de defunción ( <b>Formato 2</b> ) al Médico Encargado de expedir el certificado de defunción ( <b>Políticas 10, 11 y 12</b> ).
Secretaria	2	Recibe del Médico Encargado de expedir el certificado de defunción el borrador para el llenado del certificado de defunción ( <b>Formato 2</b> ).
Secretaria	3	Elabora el certificado de defunción ( <b>Formato 1</b> ) de acuerdo con el borrador para el llenado del certificado de defunción ( <b>Formato 2</b> ).
Secretaria	4	Llama al Responsable Legal del Paciente fallecido para entregar el certificado de defunción ( <b>Formato 1</b> ) ( <b>Políticas 13 y 14</b> ).  ¿Se encuentra el Responsable Legal?  No: Solicita identificación al Familiar para la entrega del certificado de defunción ( <b>Formato 1</b> ).  Sí: Entrega al Responsable Legal del Paciente fallecido el certificado de defunción ( <b>Formato 1</b> ) en original y dos copias y solicita que corrobore los datos asentados y la firma de recibido.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>7. Procedimiento para Solicitar y Expedir el Certificado de Defunción</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 16

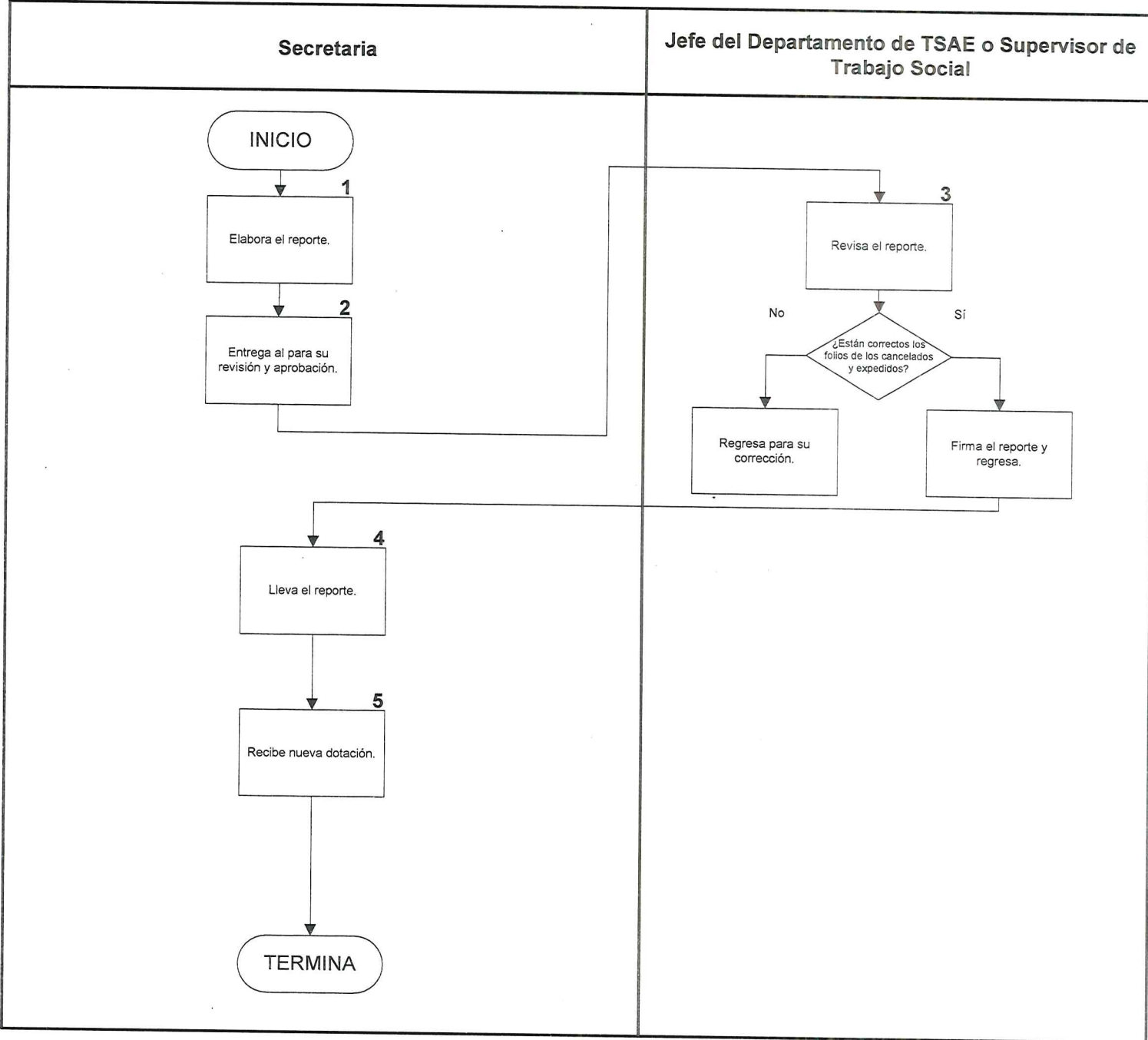
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Secretaria	5	<p>Entrega la tercera copia del certificado de defunción (<b>Formato 1</b>) al Departamento de Estadística y Archivo Clínico para que sea anexado al expediente clínico del Paciente fallecido (<b>Política 15</b>).</p> <p style="text-align: center;"><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>7. Procedimiento para Solicitar y Expedir el Certificado de Defunción</b>		<b>HOJA:</b> 7
			<b>DE:</b> 16

### 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

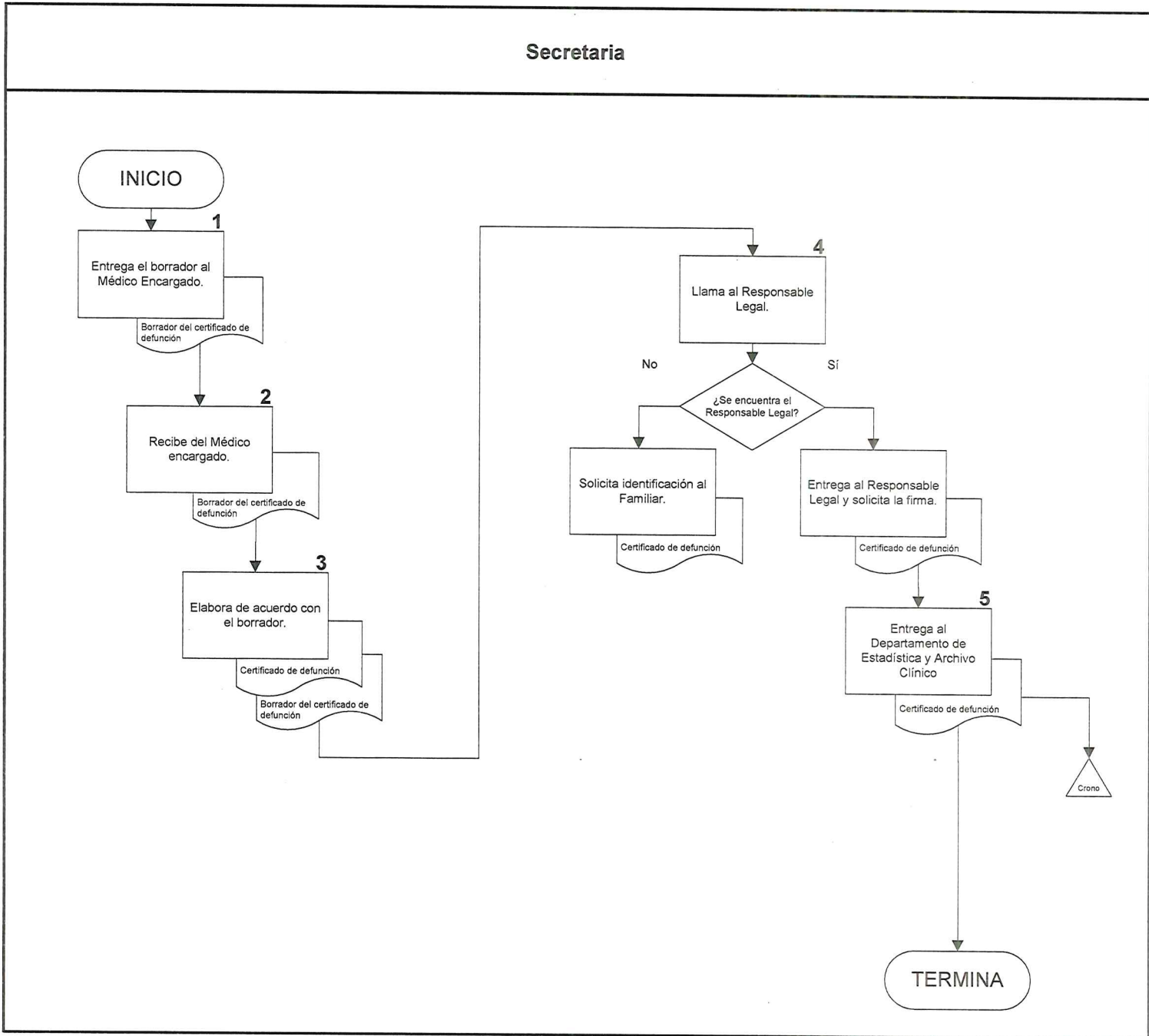
#### 5.1 Emitir Reportes a la Dirección General de Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17




## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

### 5.2 Expedir los Certificados de Defunción



### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>7. Procedimiento para Solicitar y Expedir el Certificado de Defunción</b>		<b>HOJA:</b> 9 <b>DE:</b> 16

## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Formato 1 Certificado de defunción	6 años	Original y 2 copias: Responsable Legal o Familiar 1 copia: Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S.5
Formato 2 Borrador para el llenado del certificado de defunción	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

## 7.0 GLOSARIO

**7.1. Médico Encargado de expedir el certificado de defunción:** Cualquier Médico que este atendiendo al Paciente en el momento en que fallezca el mismo.

## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN




Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
01	15-01-15	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o documentos Normativos vigente
02	15-02-17	Actualización del Procedimiento.

## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS


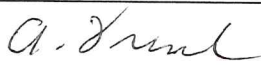
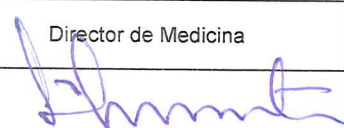
### FORMATO 9.1: CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

<b>No.</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
1	Nombre del fallecido	Nombre completo de la persona fallecida.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>7. Procedimiento para Solicitar y Expedir el Certificado de Defunción</b>		<b>HOJA:</b> 10 <b>DE:</b> 16

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
2	Fecha de nacimiento	Día, mes y año de nacimiento del fallecido.
3	Sexo	Sexo.
4	Edad cumplida.	Años cumplidos.
5	Nacionalidad	Nacionalidad.
6	Estado civil	Estado civil.
7	Residencia habitual	Domicilio permanente donde vivía el fallecido.
8	Ocupación habitual	Actividad que desempeñaba.
9	Escolaridad	Grado escolar que tenía.
10	Derecho habiente	Si el fallecido, tenía derecho a alguna institución con servicio médico.
11	Nombres	Nombre del padre, de la madre y/o cónyuge.
12	Lugar donde ocurrió la defunción	Domicilio completo del lugar de defunción.
13	Sitio	Especificar genéricamente el lugar en donde ocurrió la defunción.
14	Fecha y hora de la defunción	Día, mes, año <del>Fecha</del> y la hora de la defunción.
15	¿Tuvo atención médica durante su última enfermedad?	Deberá especificar si recibió atención médica.
16	Causas de la defunción	Causas que originaron la muerte.
17	SI: la defunción es del sexo femenino	Marcar con una X la opción requerida.
18	SI: la muerte fue accidental o violenta especifique	Especificar como fue la muerte. *
19	Certificada por	El nombre y número de cédula profesional del Médico que expide el certificado de defunción.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>7. Procedimiento para Solicitar y Expedir el Certificado de Defunción</b>		<b>HOJA:</b> 11 <b>DE:</b> 16

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
20	Nombre del informante	Nombre completo de la persona que proporcionó los datos.
21	La defunción fue inscrita en la oficialía o juzgado	Lugar y fecha de registro de la defunción.
22	Lugar y fecha de registro	Lugar día, mes y año donde se registró la defunción.
23	C.U.R.P.	La Clave Única de Registro Poblacional, en caso de tenerla.

\* No expedir certificado si puede darse respuesta a este punto.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

## Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos

### 7. Procedimiento para Solicitar y Expedir el Certificado de Defunción



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

CÓDIGO:  
M.P./0.2.3.2

REV: 02

HOJA: 12

DE: 16



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

130195053

ENTRENAR EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA GOBERNAR EL ACTA DE DEFUNCIÓN.  
 LOS DATOS PERSONALES SE DEBE TRANSMITIR CONFORME AL ALE FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.  
 LOS EMPLEADOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN PROVISIÓN DE DATOS PARTICULARES.

**DEL FALLECIDO**

1. NOMBRE DEL FALLECIDO: Nombre(s) Apellido(s) completo(s) Sexo:  Hombre  Mujer

2. CUIP:

3. MARILADA ALUMNA LENGUA INDIGENA:  4. NACIONALIDAD:

5. EPOCA:  6. FECHA DE NACIMIENTO:

7. TALLA:  8. PESO:

9. ESTADO CIVIL:  10. ESTADO CONYUGAL:

11. RESIDENCIA HABITUAL:

12. EDUCACION:  13. OCUPACION MARITAL:

14. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD:  15. SITIO DE OCUERRENCIA DE LA DEFUNCIÓN:

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN:

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN:

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:

19. ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA DEFUNCIÓN:

20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA VULNERABILIDAD DE 16 A 65 AÑOS:

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN:

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL:

23. SI LA DEFUNCIÓN FUE RESULTADO DE UN ACCIDENTE:

24. NOMBRE:

25. IDENTIFICACION:

26. NOMBRE:




27. IDENTIFICACION:

28. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO:

29. FECHA DE CERTIFICACION:



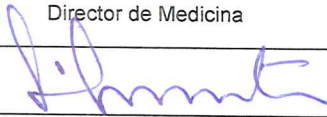
ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>7. Procedimiento para Solicitar y Expedir el Certificado de Defunción</b>		<b>HOJA:</b> 13 <b>DE:</b> 16

**FORMATO 9.2: BORRADOR PARA EL LLENO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**


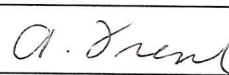
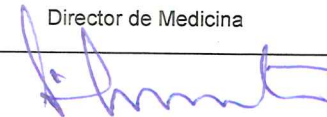
No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre del fallecido	Nombre completo de la persona fallecida.
2	Fecha de nacimiento	Día, mes y año de nacimiento del fallecido.
3	Sexo	Sexo.
4	Edad cumplida.	Años cumplidos.
5	Nacionalidad	Nacionalidad.
6	Estado civil	Estado civil.
7	Residencia habitual	Domicilio permanente donde vivía el fallecido.
8	Ocupación habitual	Actividad que desempeñaba.
9	Escolaridad	Grado escolar que tenía.
10	Derecho habiente	Si el fallecido, tenía derecho a alguna institución con servicio médico.
11	Nombres	Nombre del padre, de la madre y/o cónyuge.
12	Lugar donde ocurrió la defunción	Domicilio completo del lugar de defunción.
13	Sitio	Especificar genéricamente el lugar en donde ocurrió la defunción.
14	Fecha y hora de la defunción	Día, mes, año y la hora de la defunción.
15	¿Tuvo atención médica durante su última enfermedad?	Deberá especificar si recibió atención médica.
16	Causas de la defunción	Causas que originaron la muerte.
17	SI: la defunción es del sexo femenino	Marcar con una X la opción requerida.
18	SI: la muerte fue accidental o violenta especifique	Especificar como fue la muerte. *

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>7. Procedimiento para Solicitar y Expedir el Certificado de Defunción</b>		<b>HOJA:</b> 14 <b>DE:</b> 16

<b>No.</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
19	Certificada por	El nombre y número de cédula profesional del Médico que expide el certificado de defunción.
20	Nombre del informante	Nombre completo de la persona que proporcionó los datos.
21	La defunción fue inscrita en la oficialía o juzgado	Lugar y fecha de registro de la defunción.
22	Lugar y fecha de registro	Lugar día, mes y año donde se registró la defunción.
23	C.U.R.P.	La Clave Única de Registro Poblacional, en caso de tenerla.

\* No expedir certificado si puede darse respuesta a este punto.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

## Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos

### 7. Procedimiento para Solicitar y Expedir el Certificado de Defunción



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

CÓDIGO:  
M.P./0.2.3.2

REV: 02

HOJA: 15

DE: 16

**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

**DEL PALECIDO**

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

2. CURP

3. SEXO

4. NACIONALIDAD

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

6. PESO

7. TALLA

8. FECHA DE NACIMIENTO

9. EDAD CUMPLIDA

10. ESTADO CONYUGAL

11. RESIDENCIA HABITUAL

12. ESCOLARIDAD

13. OCUPACIÓN HABITUAL

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

19. ¿FUE PRÁCTICAMENTE RECIÉN-CUMPLIDA?

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

24. NOMBRE

25. PARIENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

26. CERTIFICADA POR

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

28. NOMBRE

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

35. ACTA NÚM.

3.1 Para menores de un año escriba el número de días y meses

3.2 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.3 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.4 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.5 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.6 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.7 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.8 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.9 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.10 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.11 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.12 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.13 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.14 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.15 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.16 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.17 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.18 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.19 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.20 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.21 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.22 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.23 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.24 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.25 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.26 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.27 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.28 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.29 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.30 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.31 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.32 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.33 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.34 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.35 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.36 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.37 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.38 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.39 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.40 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.41 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.42 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.43 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.44 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.45 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.46 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.47 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.48 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.49 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.50 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.51 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.52 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.53 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.54 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.55 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.56 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.57 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.58 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.59 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.60 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.61 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.62 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.63 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.64 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.65 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.66 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.67 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.68 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.69 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.70 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.71 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.72 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.73 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.74 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.75 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.76 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.77 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.78 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.79 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.80 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.81 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.82 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.83 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.84 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.85 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.86 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.87 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.88 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.89 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.90 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.91 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.92 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.93 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.94 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.95 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.96 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.97 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.98 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.99 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

3.100 Para mayores de un año escriba el número de años, meses y días

ENTREGUE EL ORIGINAL Y LAS DOS COPIAS AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

DEL PALECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

DE MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL CLIENTE

FOLIO 3038

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>8. Procedimiento para Autorizar el Pago Parcial de Servicios Hospitalarios</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 6

## 8. PROCEDIMIENTO PARA AUTORIZAR EL PAGO PARCIAL DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>8. Procedimiento para Autorizar el Pago Parcial de Servicios Hospitalarios</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 6

## 1.0 PROPÓSITO

Minimizar el impacto económico a los Pacientes dados de alta que no cuentan con la cantidad total requerida para cubrir el saldo deudor en una sola exhibición.

## 2.0 ALCANCE


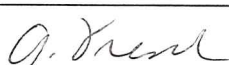
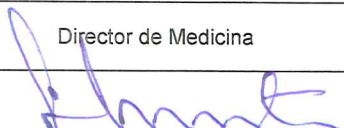
**A Nivel Interno:** Este procedimiento aplica al Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos (TSAE), Departamento de Tesorería y a la Sección de Cuentas Corrientes de Pacientes Hospitalizados.

**A Nivel Externo:** Este procedimiento aplica a los Pacientes hospitalizados, Responsable Legal o Familiar.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### GENERALES:

1. El Trabajador Social Operativo recibe al Responsable Legal o Familiar del Paciente que se encuentra internado en alguno de los sectores de hospitalización o medicina crítica cuyo nivel sea igual o inferior a 5, que no cuenten con recursos económicos para pagar la totalidad del saldo generado por concepto de servicios hospitalarios. Excepto a los Pacientes incluidos en las políticas 32, 34, 35, 36 y 37 del Procedimiento 1 de este manual, en cuyo caso la autorización está a cargo de la Sección de Cuentas Corrientes de Pacientes Hospitalizados.
2. El Trabajador Social Operativo informa al Responsable Legal o Familiar del Paciente que el plazo otorgado para liquidar la deuda es de 10 días, después de los cuales puede presentarse a la Sección de Cuentas Corrientes de Pacientes Hospitalizados.
3. El Trabajador Social Operativo, en caso de que el Paciente hospitalizado tenga nivel socioeconómico 6 ó 7 envía a la Sección de Cuentas Corrientes de Pacientes Hospitalizados para que su caso sea analizado y se determine su procedencia.
4. El Trabajador Social Operativo es el encargado de sensibilizar al Responsable Legal o Familiar del Paciente acerca de la importancia de cubrir la totalidad del saldo en un plazo posterior al alta hospitalaria.
5. El Trabajador Social Operativo, en caso de que se presente esta situación en días y horas no hábiles cuenta con la facultad para dar la autorización, a reserva de recabar la firma del Jefe del Departamento de TSAE o con el Supervisor de Trabajo Social.
6. El Supervisor de Trabajo Social firma la documentación necesaria en caso de ausencia del Jefe de TSAE.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17






 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>8. Procedimiento para Autorizar el Pago Parcial de Servicios Hospitalarios</b>		<b>HOJA:</b> 3 <b>DE:</b> 6

7. El Trabajador Social Operativo y el Asistente Administrativo en todo momento mantienen una actitud cortés, empática y de respeto hacia el Paciente y/o Responsable Legal, tendiente a preservar los preceptos de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.
8. El Trabajador Social Operativo y el Asistente Administrativo, en caso de incumplimiento de las políticas y procedimientos contenidos en el presente manual, es sancionado de acuerdo a las medidas disciplinarias contenidas en las Condiciones Generales de Trabajo del Instituto mediante un comunicado a la Subdirección de Recursos Humanos para su aplicación.

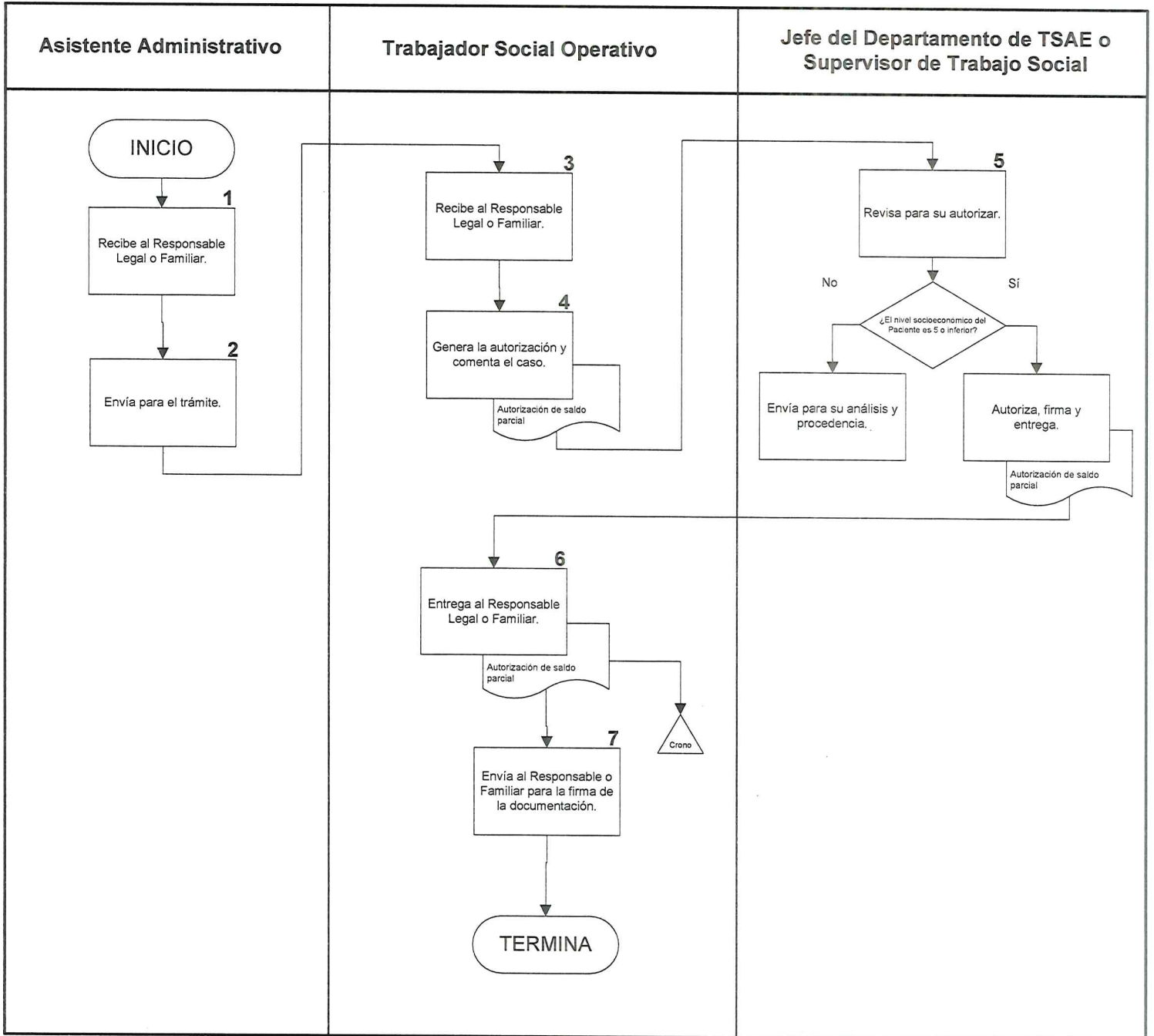
#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Asistente Administrativo	1	Recibe al Responsable Legal o Familiar que solicita apoyo para la prórroga de pago.
Asistente Administrativo	2	Envía con el Trabajador Social Operativo para el trámite correspondiente.
Trabajador Social Operativo	3	Recibe al Responsable Legal o Familiar del Paciente e informa acerca de las condiciones establecidas para la autorización de saldo parcial ( <b>Políticas 1 y 2</b> ).
Trabajador Social Operativo	4	Genera la autorización de saldo parcial ( <b>Formato 1</b> ) en el sistema informático vigente y comenta el caso con el Jefe del Departamento de TSAE o con el Supervisor de Trabajo Social.
Jefe del Departamento de TSAE o Supervisor de Trabajo Social	5	Revisa la prórroga de saldo parcial ( <b>Formato 1</b> ) con el Trabajador Social Operativo para su autorización ( <b>Política 1</b> ).  ¿El nivel socioeconómico del Paciente es 5 o inferior?  No: Envía el caso a la Sección de Cuentas Corrientes de Pacientes Hospitalizados para su análisis y procedencia ( <b>Política 3</b> ).  Sí: Autoriza y firma la prórroga de pago de saldo parcial ( <b>Formato 1</b> ) y entrega al Trabajador Social Operativo.
Trabajador Social Operativo	6	Entrega al Responsable Legal o Familiar la autorización de saldo parcial ( <b>Formato 1</b> ) ya autorizado.
Trabajador Social Operativo	7	Envía al Responsable Legal o Familiar a la Sección de Cuentas Corrientes de Pacientes Hospitalizados para la firma de la documentación correspondiente.
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>8. Procedimiento para Autorizar el Pago Parcial de Servicios Hospitalarios</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 6

### 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>8. Procedimiento para Autorizar el Pago Parcial de Servicios Hospitalarios</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 6

## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Formato 1 Autorización de saldo parcial	6 años	Sección de Cuentas Corrientes de Pacientes Hospitalizados	5C.4

## 7.0 GLOSARIO

NO APLICA

## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN



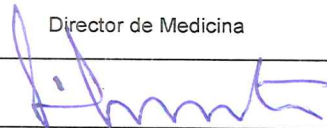
Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
01	15-01-15	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o documentos Normativos vigente
02	15-02-17	Actualización del Procedimiento y cambio de nombre.

## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS



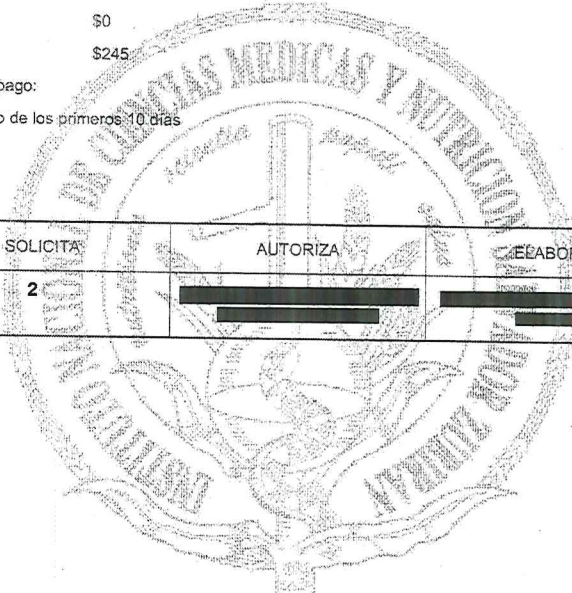
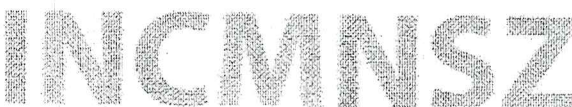
### FORMATO 9.1: AUTORIZACIÓN DE PRÓRROGA DE PAGO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS


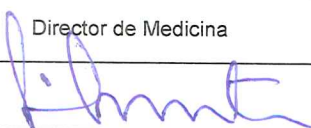
No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	EXP:	El número de expediente institucional del Paciente.
2	SOLICITA	El nombre completo y firma del Responsable Legal del Paciente.

Nota: Los campos correspondientes a los datos del saldo del Paciente los genera automáticamente el sistema informático vigente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./O.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>8. Procedimiento para Autorizar el Pago Parcial de Servicios Hospitalarios</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 6

	<small>Vasco de Quiroga No.15 Colonia Belisario Domínguez Sección XVI Delegación Tlalpan México, D.F. 14080 Tel.: (52) 54-87-09-00 ext 5921, 5922, 5923 5940 www.incmnsz.mx</small>							
	<b>Trabajo Social</b> <b>Autorización de saldo parcial</b>							
Paciente: ██████████ Edad: ██████ Sexo: ██████ EXP: 1 ██████ TEMP: ██████ Cama: ██████								
Importe de los servicios: \$245 Abonos: \$0 Saldo a pagar: \$245 Condiciones de pago: Se pagará dentro de los primeros 10 días								
								
								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SOLICITA</th> <th>AUTORIZA</th> <th>ELABORA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">██████████</td> <td style="text-align: center;">██████████</td> </tr> </tbody> </table>			SOLICITA	AUTORIZA	ELABORA	2	██████████	██████████
SOLICITA	AUTORIZA	ELABORA						
2	██████████	██████████						

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>Autorización</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 2

## AUTORIZACIÓN

### ELABORADO POR:



Lic. T.S. María Cecilia Carmina Ruíz González.  
Jefe del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos.




Lic. T.S. María Eva Almaraz Arriaga.  
Supervisora de Trabajo Social.

### REVISADO POR:

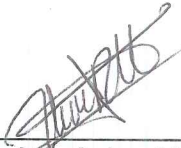


Dra. Alicia Josefina Frenk Mora.  
Subdirectora de Servicios Paramédicos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.2
	<b>Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>Autorización</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 2

**REVISIÓN METODOLÓGICA:**

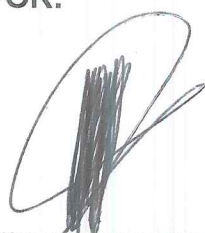


C.P. Remedios Verónica Hernández Tenorio.  
Coordinadora de Organización y Modernización.



Pas. L.I.A. Perla Donaji Cedillo Miralrio.  
Analista Especializado de Organización y Modernización.

**AUTORIZADO POR:**



Dr. David Kershenovich Stalnikowitz.  
Director General.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.S. María Cecilia Carmina Ruiz González	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	15-02-17	15-02-17	15-02-17