



Puebla
Contigo y con rumbo
Gobierno Municipal

Manual de Procedimientos DE LA DIRECCIÓN DE SALUD INTEGRAL

Septiembre 2024



Puebla
Contigo y con rumbo
Gobierno Municipal

DIF

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS de la Dirección de Salud Integral

Registro: PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024

Autoriza:


Carolina Morales
García
Directora General

Valida:


Eliza Carrillo
Rodríguez
Directora de Salud
Integral

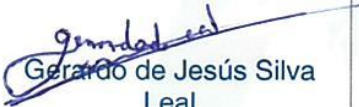
Elabora:


Jehú Rosales
Gómez
Subdirector de
Salud Mental

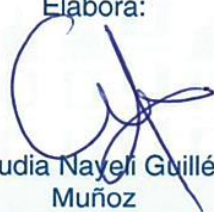
Elabora:


Edsel Alonso
Villarreal Bonilla
Jefe de
Departamento de
Atención Psicológica

Elabora:


Gerardo de Jesús Silva
Leal
Jefe de Departamento de
Prevención Psicosocial

Elabora:


Claudia Nayeli Guillén
Muñoz
Jefa de Departamento de
la Unidad de Atención
Médica

Elabora:


Berenice Miranda Torres
Jefa de Departamento de
Médico Contigo

Elabora:


Cristhian Jiménez Luna
Jefe de Departamento de
Atención Dental

Elabora:


Rosaura Segura Corona
Coordinadora del CMERI

Autoriza:


Alejandra Escandón Torres
Contralor Municipal

Se expide el presente Manual de Procedimientos, en la Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza, a los nueve días del mes de septiembre de dos mil veinticuatro, con fundamento en los artículos 169 fracciones VII y IX de la Ley Orgánica Municipal; 23 TER fracción VII, 27 fracción VII, 33 fracción VII y 34 fracción XIX del Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF del Honorable Ayuntamiento del Municipio de Puebla; y 11 fracción VIII del Reglamento Interior de la Contraloría Municipal del Honorable Ayuntamiento del Municipio de Puebla.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Índice	Página
I. Introducción	5
II. Presentación de los Procedimientos	7
III. Subdirección de Salud Mental	9
Procedimiento para otorgar atención Psicológica.	9
Procedimiento para otorgar atención Psiquiátrica.	45
Procedimiento para otorgar atención Psicológica en casos de violencia.	64
Procedimiento para otorgar atención Psicopedagógica	91
Procedimiento para realizar experiencias Psicoeducativas	111
Procedimiento para realizar evaluaciones y/o tamizajes para detección de riesgos psicosociales	120
Procedimiento para realizar platicas y talleres para la prevención psicosocial	130
IV. Departamento de la Unidad de Atención Médica	141
Procedimiento para la atención médica de urgencias.	141
Procedimiento para el servicio de Farmacia en la Unidad Médica Integral.	155
Procedimiento para la salida de medicamentos a Jornadas de Salud.	160

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Procedimiento para otorgar consulta médica general, consulta de especialidad y expedición de certificado médico.	165
Procedimiento para otorgar consulta de Nutrición.	177
Procedimiento para otorgar el servicio de Vacunación Universal.	188
Procedimiento para otorgar el servicio de detección de Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus.	192
Procedimiento para otorgar el servicio de detección oportuna de Cáncer Cervicouterino y Cáncer de Mama.	202
Procedimiento para realizar las actividades del servicio de enfermería (curaciones, somatometría, signos vitales, administración de medicamentos, nebulizaciones e hidratación oral, acompañamiento en suturas y atención de lesiones).	216
Procedimiento para otorgar atención a personas que solicitan el servicio de análisis clínicos.	220
Procedimiento para otorgar los Servicios de Mastografía.	228
V. Departamento de Atención Dental.	236
Procedimiento para otorgar el servicio de atención Dental y de Odontopediatría.	236
Procedimiento para otorgar el servicio de atención de Ortodoncia.	258
Procedimiento para otorgar el servicio de atención de Endodoncia.	273
Procedimiento para otorgar el servicio de atención de Prostodoncia.	288
Procedimiento para otorgar platicas de prevención y aplicación de flúor.	307
VI. Departamento de Médico Contigo.	312

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Procedimiento de Afiliación al programa Médico Contigo.	312
Procedimiento para realizar consultas a los afiliados al programa Médico Contigo.	316
VII. Coordinación del Centro de Equinoterapia y Rehabilitación.	324
Procedimiento para otorgar servicios de Diagnóstico y Rehabilitación a Personas con Discapacidad Temporal o Permanente.	324
Procedimiento para otorgar servicios de Equinoterapia, terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje y terapia de psicología.	338
Procedimiento para otorgar el certificado de discapacidad.	348
Procedimiento para realizar prueba de coeficiente intelectual.	358
Procedimiento para aplicar eutanasia a los ejemplares equinos.	363
Procedimiento para la inscripción e impartición de talleres de Inclusión Social.	367
Procedimiento para la inscripción e impartición del taller de Diseño Universal.	374
Procedimiento para otorgar servicios en la Unidad de Tecnología Educativa para Personas con Discapacidad.	379
Procedimiento para la inclusión laboral para personas con Discapacidad.	388
Procedimiento para la vinculación de empresas a Bolsa de Trabajo	404
Procedimiento para la inscripción e impartición de talleres de capacitación laboral.	408
Procedimiento para la inscripción e impartición de los talleres de capacitación Sociolaboral.	416
VIII. Glosario de Términos	421

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

I. INTRODUCCIÓN

El Sistema Municipal DIF, Organismo Público Descentralizado, constituido debidamente en el Municipio de Puebla el día 9 de marzo de 1993 y adicionado mediante Acuerdo de Cabildo del Honorable Ayuntamiento del Municipio de Puebla, de fecha 14 de noviembre del 2013 y publicado en el Periódico Oficial el 30 de Diciembre del 2013, con la finalidad de planear, generar y direccionar estrategias dedicada a promover valores y acciones que encaucen al fortalecimiento familiar, como medio para consolidar una mejor sociedad.

El presente Manual de Procedimientos pretende detallar las actividades generales de cada una de las Unidades Administrativas que integran la Dirección mostrando, a través de diagramas de flujos, la secuencia de procesos de forma esquematizada y aquellos puestos que se están involucrados, garantizando así el óptimo desarrollo de estas actividades, de su desarrollo y ejecución. De la misma forma, cuenta con el fundamento legal correspondiente, mismo que sustenta cada una de las actividades que realiza el Sistema Municipal DIF.

Por lo anterior, se pretende que el mismo, tenga una utilidad que permita conocer el funcionamiento interno de la Dirección describiendo en forma detallada las actividades de cada proceso, área o Unidad Administrativa que las ejecuta, requerimientos y puestos responsables de las mismas auxiliando en la inducción del puesto y facilitando la capacitación del personal.

El Manual se usará como una herramienta que facilite el proceso de inducción y capacitación del personal de nuevo ingreso e incentive la polifuncionalidad al interior de cada Área.

El valor de este Manual, como herramienta de trabajo, radica en la información contenida en él, por lo tanto, el mantenerlo actualizado permite que cumpla con su objetivo, atendiendo dicha actualización a:

- La Estructura Orgánica registrada por la Contraloría Municipal;
- El Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF; y
- Métodos de trabajo de las Unidades Administrativas.

Asimismo, y con la intención de fomentar un entorno de respeto e igualdad entre el personal de la Dirección de Atención a la Salud del Sistema Municipal DIF, que considere los principios básicos de igualdad y equidad, que deben existir entre hombres y mujeres para su óptimo desarrollo personal y profesional, toda referencia, incluyendo los cargos y puestos en este Manual, al género masculino lo es también para el género femenino, cuando de su texto y contexto no se establezca que es para uno y otro género.

En este sentido, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 4 que el varón y la mujer son iguales ante la Ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

El contenido técnico del presente documento es responsabilidad de quien lo emite, así como sus modificaciones, cada vez que la normatividad aplicable o las tareas al interior de las Unidades

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Administrativas que la conforman signifiquen cambios en sus procedimientos, a efecto de que siga siendo un instrumento actualizado y eficaz. Por lo que el alcance del registro de los instrumentos normativos que emiten las Dependencias y Entidades del H. Ayuntamiento por parte de la Contraloría Municipal tiene como único objetivo llevar un control institucional sobre dichos documentos.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

II. PRESENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

No.	SUBDIRECCIÓN DE SALUD MENTAL
1	Procedimiento para otorgar atención Psicológica.
2	Procedimiento para otorgar atención Psiquiátrica.
3	Procedimiento para otorgar atención Psicológica en casos de violencia.
4	Procedimiento para otorgar atención Psicopedagógica
5	Procedimiento para realizar experiencias Psicoeducativas
6	Procedimiento para realizar evaluaciones y/o tamizajes para detección de riesgos psicosociales.
7	Procedimiento para realizar platicas y talleres para la prevención psicosocial.
No.	DEPARTAMENTO DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
1	Procedimiento para la atención médica de urgencias.
2	Procedimiento para el servicio de Farmacia en la Unidad Médica Integral.
3	Procedimiento para la salida de medicamentos a Jornadas de Salud.
4	Procedimiento para otorgar consulta médica general, consulta de especialidad y expedición de certificado médico.
5	Procedimiento para otorgar consulta de Nutrición.
6	Procedimiento para otorgar el servicio de Vacunación Universal.
7	Procedimiento para otorgar el servicio de detección de Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus.
8	Procedimiento para otorgar el servicio de detección oportuna de Cáncer Cervicouterino y Cáncer de Mama.
9	Procedimiento para realizar las actividades del servicio de enfermería (curaciones, somatometría, signos vitales, administración de medicamentos, nebulizaciones e hidratación oral, acompañamiento en suturas y atención de lesiones).
10	Procedimiento para otorgar atención a personas que solicitan el servicio de análisis clínicos.
11	Procedimiento para otorgar los Servicios de Mastografía.
No.	DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN DENTAL
1	Procedimiento para otorgar el servicio de atención Dental y de Odontopediatría.
2	Procedimiento para otorgar el servicio de atención de Ortodoncia.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

3	Procedimiento para otorgar el servicio de atención de Endodoncia.
4	Procedimiento para otorgar el servicio de atención de Prostodoncia.
5	Procedimiento para otorgar platicas de prevención y aplicación de flúor.
No.	DEPARTAMENTO DE MÉDICO CONTIGO
1	Procedimiento de Afiliación al programa Médico Contigo.
2	Procedimiento para realizar consultas a los afiliados al programa Médico Contigo.
No.	COORDINACIÓN DEL CENTRO DE EQUINOTERAPIA Y REHABILITACIÓN
1	Procedimiento para otorgar servicios de Diagnóstico y Rehabilitación a Personas con Discapacidad Temporal o Permanente.
2	Procedimiento para otorgar servicios de Equinoterapia, terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje y terapia de psicología.
3	Procedimiento para otorgar el certificado de discapacidad.
4	Procedimiento para realizar prueba de coeficiente intelectual.
5	Procedimiento para aplicar eutanasia a los ejemplares equinos.
6	Procedimiento para la inscripción e impartición de talleres de Inclusión Social.
7	Procedimiento para la inscripción e impartición del taller de Diseño Universal.
8	Procedimiento para otorgar servicios en la Unidad de Tecnología Educativa para Personas con Discapacidad.
9	Procedimiento para la inclusión laboral para personas con Discapacidad.
10	Procedimiento para la vinculación de empresas a Bolsa de Trabajo
11	Procedimiento para la inscripción e impartición de talleres de capacitación laboral.
12	Procedimiento para la inscripción e impartición de los talleres de capacitación Sociolaboral.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

III. SUBDIRECCIÓN DE SALUD MENTAL

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar Atención Psicológica.
Objetivo:	Otorgar y dar tratamiento a las personas que acudan al Sistema Municipal DIF con el fin de velar por el bienestar emocional, las buenas relaciones familiares y sociales, a través de la atención psicológica, promoviendo la estabilidad emocional y la cultura de la salud mental de la población del Municipio de Puebla.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4. • Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167. • Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12 • Ley de Asistencia Social, Artículos 1, 7 y 12. • Ley General de Responsabilidades Administrativas • Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12 fracción V. • Ley Estatal de Salud, Artículo 2. • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos, 1, 8, 13 fracción III y 32. • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos. 1 y 2. • Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados Art. 2 Fracción V, VI, VII. • NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. • NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. • NOM-047-SSA2-2015 Para la atención a la salud del grupo etario 10 a 19 años. • Plan de Desarrollo Municipal 2021-2024. • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 7 fracción IV.1, IV. 1.1 IV. 1.2), y Artículo 40, 41 y 42.
Políticas de Operación:	1. Se otorgará el servicio a cualquier persona que viva en el Municipio de Puebla y requiera atención psicológica.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

2. Toda persona que solicite el servicio del área de atención psicológica será asistida con respeto y amabilidad, atendiendo en todo momento a su calidad humana.
3. Las usuarias/os y el personal de otros programas del Sistema Municipal DIF, al hacer uso de los servicios psicológicos por primera vez, se sujetarán a los horarios de atención, disponibilidad de los espacios, a la agenda de la/el analista A, coordinador técnico o coordinador especializado o a las actividades previamente programadas que tenga el Departamento de Atención Psicológica. Al término de la sesión de primera vez recibirán su tarjeta de citas con su siguiente cita proporcionada por la/el analista A, coordinador técnico o coordinador especializado correspondiente.
4. En el caso de ser Usuario/o subsecuente se les agenda fecha y hora en su tarjeta de citas cada vez que asistan a su sesión psicoterapéutica, para que acudan a su próxima sesión; la Usuario/o tiene que acudir 10 minutos antes a la misma y realizar su pago.
5. La/os Usuario/os deberán pagar la cuota de recuperación correspondiente antes de entrar a su sesión psicológica. De ser necesario un estudio socioeconómico, se le hará mención a la Usuario/o que acuda a trabajo social al final de su sesión psicoterapéutica para la realización del mismo.
6. La/el analista A, coordinador técnico o coordinador especializado asignado deberá canalizar a su Usuario/o a otros programas del Sistema Municipal DIF cuando la valoración correspondiente lo amerite o cuando el propio Usuario/o manifieste esa necesidad.
7. No se proporcionará información del estado emocional o de la dinámica familiar de los Usuario/os a cualquier persona, salvo que lo solicite la autoridad competente tales como: Medidas Cautelares, Fiscalía y Juzgado de lo Familiar, los cuales deberán ser solicitados vía oficio, donde posteriormente se responderá y se hará entrega a solicitud de la autoridad competente.
8. En ningún caso el personal que labora en el Departamento de Atención Psicológica está autorizado para tomar decisiones respecto de custodia temporal o patria potestad, ya que éstas le corresponden a un juez de lo familiar.
9. Cuando algún programa o dirección solicite una valoración de carácter urgente para sustentar una denuncia o canalización de una

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

	persona al Hospital Rafael Serrano (El Batán), se debe turnar al servicio de psiquiatría adscrito a la Subdirección de Salud Mental. 10. Se respetarán las citas que se tienen agendadas por las/os analistas A, coordinadores técnicos o coordinadores especializados, para la/os Usuaría/os, tomando en cuenta que se contará con un espacio para dichas entrevistas, en dado caso que la/el analista A, coordinador técnico o coordinador especializado, no esté disponible o tenga alguna otra función, se deberá dar aviso a la Usuaría/o y reprogramar la cita. 11. En caso de que la Usuaría/o solicite una constancia de ausencia escolar o laboral, la deberá solicitar a la/el analista A, coordinador técnico o coordinador especializado que lo atiende, para su expedición. Esta misma se extenderá siempre y cuando el horario de consulta psicológica se empate al horario escolar o laboral del Usuaría/o. 12. El personal encargado de otorgar el servicio de atención psicológica deberá llevar un control de personas atendidas y una base de datos considerando los datos personales de la Usuaría/o, motivo inicial de consulta, diagnóstico. 13. Para el alta del proceso psicoterapéutico se realiza una breve descripción del cierre del mismo en el apartado de nota de alta de la historia clínica y se recaba la firma de la Usuaría/o. 14. Si la Usuaría/o acumula 3 inasistencias consecutivas, será dado de baja de su proceso psicoterapéutico, y la/el analista A, coordinador técnico o coordinador especializado que lo atiende deberá colocar este motivo en el apartado de nota de baja. Si la Usuaría/o estuviera interesada/o en continuar recibiendo el servicio de atención psicológica se deberá realizar el proceso para atención de primera vez.
Tiempo Promedio de Gestión:	1 hora de la atención psicológica.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del procedimiento: Procedimiento para otorgar atención psicológica.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Solicita ficha para consulta psicológica. Recibe su ficha de Atención de primera vez, realiza su pago y espera su turno.	Ficha de atención de primera vez - FORM.1152 SMDIF 072224	Original
Analista A, Coordinador técnico o Coordinador especializado	2	Recibe a la usuaria/o, en caso de usuarias/os de primera vez, elabora la historia clínica correspondiente para realizar un posible diagnóstico y determinar qué tipo de atención requiere, se explica y se recaban las firmas en contrato terapéutico y consentimiento informado; si es Usuaría/o subsecuente da seguimiento al tratamiento.	Historia Clínica Psicológica Integral Infantil - Form.1146 SMDIF 072224 Historia Clínica Psicológica Integral Adolescente - Form.1144 SMDIF 072224 Historia Clínica Psicológica Integral Adulto - Form.1145 SMDIF 072224 Historia Clínica Psicológica Integral Pareja - Form.1147 SMDIF 072224 Contrato Terapéutico Consentimiento Informado - Form.1146 SMDIF 072224 Form.1144 SMDIF 072224 Form.1145 SMDIF 072224 Form.1147 SMDIF 072224	Original
Analista A, Coordinador técnico o Coordinador especializado	3	Canaliza a la usuaria/o en caso que lo requiera al servicio psiquiátrico, para que proporcionen cita de primera vez.	Formato de Canalización FORM.1141 SMDIF 072224	Original y 1 Copia

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

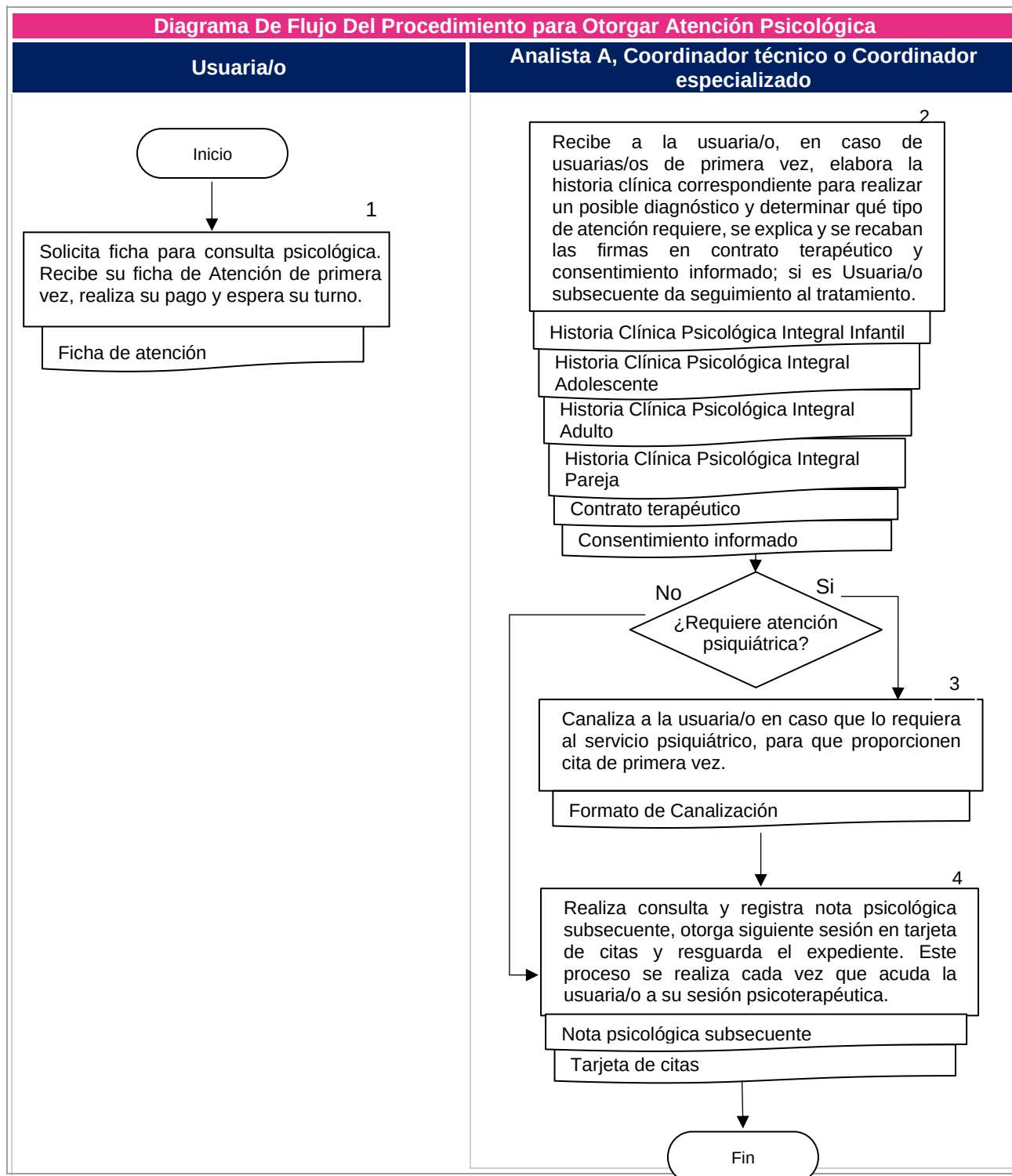
Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del procedimiento: Procedimiento para otorgar atención psicológica.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Analista A, Coordinador técnico o Coordinador especializado	4	Realiza consulta y registra nota psicológica subsecuente, otorga siguiente sesión en tarjeta de citas y resguarda el expediente. Este proceso se realiza cada vez que acuda la usuaria/o a su sesión psicoterapéutica.	Nota psicológica subsecuente FORM.1151 SMDIF 072224)	
			Tarjeta de citas FORM.1155 SMDIF 072224	
		Fin del procedimiento		

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instructivo de llenado

FICHA DE ATENCIÓN DE PRIMERA VEZ

FORM.1152 SMDIF 072224



Puebla
Contigo y con rumbo
Gobierno Municipal

DIF

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

FICHA DE ATENCIÓN DE PRIMERA VEZ

FECHA	CONSULTORIO	NOMBRE DEL PERSONAL
HORARIO		NOMBRE DEL PACIENTE
		(EN CASO DE SER MENOR DE EDAD) NOMBRE DEL PADRE Y/O TUTOR

Contigo y con rumbo pueblacapital.gob.mx

Av. Cua Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche C.P. 72550 Tel. (222) 2.14.00.00 @PueblaAyto H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1152/SMDIF/072224



Puebla
Contigo y con rumbo
Gobierno Municipal

DIF

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

FICHA DE ATENCIÓN DE PRIMERA VEZ

FECHA	CONSULTORIO	NOMBRE DEL PERSONAL
HORARIO		NOMBRE DEL PACIENTE
		(EN CASO DE SER MENOR DE EDAD) NOMBRE DEL PADRE Y/O TUTOR

Contigo y con rumbo pueblacapital.gob.mx

Av. Cua Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche C.P. 72550 Tel. (222) 2.14.00.00 @PueblaAyto H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1152/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA INTEGRAL INFANTIL

FORM.1146 SMDIF 072224



Sistema Municipal
DIF

Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA INTEGRAL INFANTIL

(De 5 a 12 años)

Fecha de elaboración: ____/____/____ Expediente: _____

A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente acepta, por medio de este documento, lo siguiente:

- Que de manera voluntaria solicita al Departamento de Atención Psicológica del Sistema Municipal DIF, la prestación de servicios de atención psicológica a través de la consulta externa, y autoriza al personal de la institución para practicarle una entrevista, seguimiento psicoterapéutico, baterías de pruebas, intervenciones psicológicas e intervenciones psicopedagógicas.
- Otorgar sus datos personales (incluyendo su número telefónico fijo y dirección) al psicólogo para el llenado del presente expediente clínico.
- En caso de menores de edad sólo se puede brindar el servicio con autorización exclusivamente del padre o representante legal.

B. CONTRATO TERAPÉUTICO

Cuando se asiste a un proceso psicoterapéutico es una decisión personal y responsable, donde se comprometen ambas partes en beneficio del paciente. Es por ello que, a partir de la firma al final de la presente historia clínica, usted tiene derecho y obligación a lo siguiente:

- El psicoterapeuta se compromete a proporcionar apoyo psicológico al paciente de acuerdo a los principios de conocimiento y de la ética profesional, previstos en el Código Ético del Psicólogo en México. Así mismo, se compromete a orientar con claridad al paciente en cuanto a su padecimiento, fijando objetivos terapéuticos claros, orientándolo y asesorándolo durante el tiempo que dure el tratamiento.
- El secreto profesional únicamente podría ser roto cuando la vida del usuario o la vida de terceros corra peligro y/o a solicitud de una autoridad judicial.
- El paciente se COMPROMETE a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr un cambio terapéutico en su persona, tratando de lograr su bienestar físico y mental.
- El paciente se COMPROMETE a asistir puntualmente a las citas que se programen con anterioridad; tendrá 10 minutos de tolerancia. En caso de abandono del proceso terapéutico, tendrá que reiniciar su tratamiento con el psicólogo que el departamento designe.
- El paciente está de acuerdo en cubrir el costo de las sesiones terapéuticas de acuerdo al nivel socioeconómico establecido en el estudio. Con excepción en la intervención en crisis.
- Puede darse el caso que el personal que le otorga su atención psicológica no pueda atenderle por causas inesperadas y, por tanto, no sea posible informarle con anterioridad; en estos casos, se reprogramará su cita al espacio más cercano del que se disponga en la agenda del prestador del servicio.
- Toda la información recabada en el presente expediente es confidencial, por lo que no se entregará información a terceros, con excepción de las autoridades judiciales, a quienes sólo se les entregará un resumen clínico.

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Marlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1146/SMDIF/072224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Dirección de Salud Integral
 Subdirección de Salud Mental
 Departamento de Atención Psicológica

C. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: H M
Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Lugar de nacimiento: _____
 Escolaridad: _____ Nombre de escuela: _____
 Domicilio(calle y número): _____
 Colonia: _____ Junta auxiliar: _____ Municipio: _____

D. FAMILIAR RESPONSABLE

Nombre: _____ Contacto: _____

E. MOTIVO DE CONSULTA

F. PADECIMIENTO ACTUAL

Conductuales: _____

Afectivos: _____

Somáticos: _____

Interpersonales: _____

Cognitivos: _____

G. CRONOLOGÍA DEL PROBLEMA

¿Cuándo comenzaron sus problemas? (con fechas si es posible):

Mencione los eventos más importantes que ocurrieron al tiempo que iniciaron sus problemas:

 Mencione de qué manera ha intentado resolver sus problemas, señalando los resultados obtenidos:

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1146/SMDIF/072224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

¿En qué situaciones se siente más alterado?

¿En qué situaciones se siente más relajado o feliz?

H. EXPECTATIVAS DE ATENCIÓN

¿Qué espera que se logre con la terapia?

I. SALUD MENTAL PREVIA

¿En el pasado ha recibido algún tipo de asistencia profesional (médica, psicológica o psiquiátrica) para atender sus problemas? [Sí] [No] ¿De qué tipo y por cuánto tiempo?

J. ANTECEDENTES PRENATALES

¿Fue un embarazo deseado? [Sí] [No] ¿Tuvo la madre supervisión médica? [Sí] [No]
Número de embarazos y abortos anteriores:

Indique si se produjo algunas de las siguientes complicaciones durante el embarazo:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Dificultad para quedarse embarazada | ☐ Aumento excesivo de peso | ☐ Sarampión |
| ☐ Hinchazón excesiva | ☐ Sangrado vaginal | ☐ Vómitos excesivos |
| ☐ Anemia | ☐ Rubéola | ☐ Problemas emocionales |

Otras (incompatibilidad del Rh, etc.):

¿Sufrió lesiones la madre?:

Hospitalización durante el embarazo:

Medicación durante el embarazo:

Consumo de alcohol, tabaco u otras drogas durante el embarazo:

K. ANTECEDENTES PERINATALES

Cuando nació, ¿Qué edad tenía la madre? ¿Nació en hospital? [Sí] [No]

¿Dónde? Duración del embarazo:

Peso al nacer: Kg. Gr. Estado del niño al nacer:

Estado de la madre:

Indique si se produjo alguna de las siguientes complicaciones durante el parto:

- ☐ Uso de fórceps ☐ Nacimiento de nalgas ☐ Parto inducido ☐ Parto por cesárea

Otras complicaciones (problemas respiratorios, incubadora; etc.):

L. ANTECEDENTES ESCOLARES

Nivel escolar: Promedio académico:

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Problemas escolares (académicos), (conductuales):

M. CONDUCTA Y TEMPERAMENTO

- | | |
|--|--|
| ☐ Le cuesta mantener la atención | ☐ Parece impulsivo |
| ☐ Tiene arranques de ira | ☐ Se siente incómodo al conocer nueva gente |
| ☐ Está triste la mayor parte del tiempo | ☐ Requiere mucha atención de los padres |
| ☐ Oculta sentimientos | ☐ Tiene miedos (en caso afirmativo descríbalos) |

¿Qué provoca el enfado del niño?

N. HITOS DEL DESARROLLO

- | | |
|---|--|
| ☐ Problemas emocionales, de conducta | ☐ Muerte de un familiar cercano |
| ☐ Severamente castigado | ☐ Abusos sexuales |
| ☐ Ignorado(a) | ☐ Enuresis/ encopresis |
| ☐ Problemas escolares | ☐ Terrores nocturnos |

O. CLINIMETRÍA

() Entrevista clínica Otras:

P. PRONÓSTICO

☐ Favorable ☐ Desfavorable ☐ Reservado

Q. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Diagnósticos más comunes en niños

Trastornos del neurodesarrollo

- | | |
|--|---|
| ☐ Capacidad intelectual límite (R41.83) | ☐ Maltrato psicológico (PJ22) |
| ☐ Trastorno del desarrollo del aprendizaje (6A03) | ☐ Duelo sin complicaciones (QE62) |
| ☐ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (6A05) | ☐ Apoyo familiar inadecuado (QE70.0) |
| ☐ Trastorno depresivo episodio único (6A70) | ☐ Perturbación familiar por separación o divorcio (QE70.1) |
| ☐ Trastorno mixto depresivo y de ansiedad (6A73) | ☐ Supervisión o control parental inadecuado (QE90) |
| ☐ Trastorno de ansiedad social (6B04) | ☐ Trastorno de oposición desafiante (6C90) |
| ☐ Trastorno de ansiedad por separación (6B05) | Otros: _____ |
| ☐ Trastorno del desarrollo intelectual (6A00) | |
| ☐ Habilidades sociales inadecuadas (QE750.6) | |

R. PLAN

1- _____

2- _____

3- _____

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

S. NOTA DE ALTA

T. NOTA DE BAJA

☐ Por inasistencias ☐ Por canalización ☐ Por solicitud del paciente ☐ Por término de tratamiento

U. GENOGRAMA

Nombre y firma del familiar responsable: _____

Nombre y firma de quien elabora (S.S./P.P): _____

Nombre y firma de psicólogo: _____

Céd. Prof. _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1146/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA INTEGRAL ADOLESCENTES

FORM.1144 SMDIF 072224



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA INTEGRAL ADOLESCENTES

(De 13 a 17 años)

Fecha de elaboración: ____/____/____ Expediente: _____

A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente acepta, por medio de este documento, lo siguiente:

- Que de manera voluntaria solicita al Departamento de Atención Psicológica del Sistema Municipal DIF, la prestación de servicios de atención psicológica a través de la consulta externa, y autoriza al personal de la institución para practicarle una entrevista, seguimiento psicoterapéutico, baterías de pruebas, intervenciones psicológicas e intervenciones psicopedagógicas.
- Otorgar sus datos personales (incluyendo su número telefónico fijo y dirección) al psicólogo para el llenado del presente expediente clínico.

B. CONTRATO TERAPÉUTICO

Cuando se asiste a un proceso psicoterapéutico es una decisión personal y responsable, donde se comprometen ambas partes en beneficio del paciente. Es por ello que, a partir de la firma al final de la presente historia clínica, usted tiene derecho y obligación a lo siguiente:

- El psicoterapeuta se compromete a proporcionar apoyo psicológico al paciente de acuerdo a los principios de conocimiento y de la ética profesional, previstos en el Código Ético del Psicólogo en México. Así mismo, se compromete a orientar con claridad al paciente en cuanto a su padecimiento, fijando objetivos terapéuticos claros, orientándolo y asesorándolo durante el tiempo que dure el tratamiento.
- El secreto profesional únicamente podría ser roto cuando la vida del usuario o la vida de terceros corra peligro y/o a solicitud de una autoridad judicial.
- El paciente se COMPROMETE a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr un cambio terapéutico en su persona, tratando de lograr su bienestar físico y mental.
- El paciente se COMPROMETE a asistir puntualmente a las citas que se programen con anterioridad; tendrá 10 minutos de tolerancia. En caso de abandono del proceso terapéutico, tendrá que reiniciar su tratamiento con el psicólogo que el departamento designe.
- El paciente está de acuerdo en cubrir el costo de las sesiones terapéuticas de acuerdo al nivel socioeconómico establecido en el estudio. Con excepción en la intervención en crisis.
- Puede darse el caso que el personal que le otorga su atención psicológica no pueda atenderle por causas inesperadas y, por tanto, no sea posible informarle con anterioridad; en estos casos, se reprogramará su cita al espacio más cercano del que se disponga en la agenda del prestador del servicio.
- Toda la información recabada en el presente expediente es confidencial, por lo que no se entregará información a terceros, con excepción de las autoridades judiciales, a quienes sólo se les entregará un resumen clínico.

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1144/SMDIF/072224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

C. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo: _____ Edad: _____ Sexo: H M

Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Lugar de nacimiento: _____

Estado civil: 1) Soltero(a) 2) Casado(a) 3) Viudo(a) 4) Divorciado(a) 5) Unión libre 6) Separado(a)

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Celular: _____

Domicilio(calle y número): _____

Colonia: _____ Junta auxiliar: _____ Municipio: _____

D. MOTIVO DE CONSULTA

E. PADECIMIENTO ACTUAL

Conductuales:

Afectivos:

Somáticos:

Interpersonales:

Cognitivos:

F. CRONOLOGÍA DEL PROBLEMA

¿Cuándo comenzaron sus problemas? (con fechas si es posible):

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1144/SMDIF/072224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

Mencione los eventos más importantes que ocurrieron al tiempo que iniciaron sus problemas:

Mencione de qué manera ha intentado resolver sus problemas, señalando los resultados obtenidos:

¿A qué atribuye sus problemas?:

¿En qué situaciones se siente más trastornado?

¿En qué situaciones se siente más relajado o feliz?

G. FUNCIONAMIENTO AFECTIVO

- | | | |
|--------------|----------------|--------------------|
| () Alterado | () Cómodo | () Avergonzado |
| () Agobiado | () Triste | () Relajado |
| () Ansioso | () Miedoso | () Contento |
| () Enojado | () Aburrido | () Decepcionado |
| () Tenso | () Confundido | () Desesperanzado |
| () Inquieto | () Celoso | () Culpable |

H. CONDUCTA Y TEMPERAMENTO

- | | |
|--|--|
| ☐ Se sobreexcita fácilmente en el juego | ☐ Parece demasiado activo en el juego |
| ☐ Le cuesta mantener la atención | ☐ Parece impulsivo |
| ☐ No se controla | ☐ Reacciona exageradamente ante los problemas |
| ☐ Está triste la mayor parte del tiempo | ☐ Se siente incómodo al conocer nueva gente |
| ☐ No demuestra afecto | ☐ Requiere mucha atención de los padres |
| ☐ Oculta sentimientos | |
| ☐ Tiene miedos (en caso afirmativo descríbalos) | |
- ¿Qué provoca el enfado del niño? _____

I. EXPECTATIVAS DE ATENCIÓN

¿Por qué decidió acudir a consulta en este momento?

¿Qué espera lograr con la terapia?

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1144/SMDIF/072224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

J. SALUD MENTAL PREVIA

¿En el pasado ha recibido algún tipo de asistencia profesional (médica, psicológica o psiquiátrica) para atender sus problemas? [SI] [No] ¿De qué tipo y por cuánto tiempo?

¿En algún momento de su vida ha pensado o intentado quitarse la vida? [SI] [No]

¿Hace cuánto tiempo y por qué motivo?

¿Alguien de su familia padece de algún trastorno emocional o mental? [SI] [No]

K. HITOS DEL DESARROLLO

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Problemas emocionales, de conducta | ☐ Consumo de drogas | ☐ Violencia familiar |
| ☐ Severamente castigado | ☐ Abusos sexuales | ☐ Problemas económicos |
| ☐ Ignorado(a) | ☐ Enuresis | ☐ Muerte de un familiar cercano |
| ☐ Problemas escolares | ☐ Problemas legales | ☐ Terrores nocturnos |

L. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

M. CLINIMETRÍA

() Entrevista clínica Otras:

N. PRONÓSTICO

☐ Favorable

☐ Desfavorable

☐ Reservado

O. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Diagnósticos más comunes en adolescentes

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1144/SMDIF/072224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Depresión

Ansiedad

- ☐ Trastorno de ansiedad generalizada (6B00)
- ☐ Trastorno de ansiedad social (6B04)
- ☐ Crisis de ansiedad (MB23.H)
- ☐ Trastorno de ansiedad por separación (6B05)
- ☐ Trastorno por estrés postraumático (6B40)

Duelo

- ☐ Duelo sin complicaciones (QE62)
- ☐ Desaparición de un miembro de la familia (QE61)
- ☐ Trastorno por duelo prolongado (6B42)

Objetos de atención clínica

- ☐ Antecedentes personales de abuso sexual (QE82.1)
- ☐ Problemas asociados a la educación (QD9Y)
- ☐ Historia personal de autolesión (QCab)
- ☐ Trastorno de adaptación (6B43)

- ☐ Intento suicida (MB23.R)
- ☐ Comportamiento agresivo (MB23.0)
- ☐ Reacción de estrés agudo (QE84)
- ☐ Habilidades sociales inadecuadas (QE750.6)

- ☐ Problema de ajuste a las transiciones de los ciclos vitales (QE0Y)

- ☐ Trastorno depresivo, episodio único (6A70)
- ☐ Trastorno depresivo recurrente (6A71)
- ☐ Trastorno distímico (6A72)
- ☐ Trastorno mixto de ansiedad y depresión (6A73)

Psicosis

- ☐ Esquizofrenia (6A20)
- ☐ Trastorno delirante (6A24)
- ☐ Trastorno psicótico agudo y transitorio (6A23)

Otros

- ☐ Trastorno obsesivo compulsivo (6B20)
- ☐ Anorexia nerviosa (6B80)
- ☐ Bulimia nerviosa (6B81)
- ☐ Trastorno explosivo intermitente (6C73)
- ☐ Asesoramiento relacionado con la sexualidad

Personalidad

- ☐ Dificultades de la personalidad (QE50.7)
- ☐ Problemas de la relación entre el cuidador y el niño (QE52.0)
- ☐ Trastorno por hiperactividad y déficit de atención, combinada (6A05.2)
- ☐ Perturbación familiar por separación o divorcio (QE70.1)

Otros: _____

P. DIAGNÓSTICO

Q. PLAN

1- _____

2- _____

3- _____

R. NOTA DE ALTA

S. NOTA DE BAJA

☐ Por inasistencias ☐ Por canalización ☐ Por solicitud del paciente ☐ Por término de tratamiento

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

T. GENOGRAMA

Nombre y firma del familiar responsable: _____

Nombre y firma de quien elabora (S.S.y P.P): _____

Nombre y firma de psicólogo: _____

Céd. Prof. _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1144/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA INTEGRAL PARA ADULTO

FORM.1145 SMDIF 072224



Sistema Municipal
DIF

Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA INTEGRAL PARA ADULTO

Fecha de elaboración: ____/____/____

Expediente: _____

A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente acepta, por medio de este documento, lo siguiente:

- Que de manera voluntaria solicita al Departamento de Atención Psicológica del Sistema Municipal DIF, la prestación de servicios de atención psicológica a través de la consulta externa, y autoriza al personal de la institución para practicarle una entrevista, seguimiento psicoterapéutico, baterías de pruebas, intervenciones psicológicas e intervenciones psicopedagógicas.
- Otorgar sus datos personales (incluyendo su número telefónico fijo y dirección) al psicólogo para el llenado del presente expediente clínico.

B. CONTRATO TERAPÉUTICO

Cuando se asiste a un proceso psicoterapéutico es una decisión personal y responsable, donde se comprometen ambas partes en beneficio del paciente. Es por ello que, a partir de la firma al final de la presente historia clínica, usted tiene derecho y obligación a lo siguiente:

- El psicoterapeuta se compromete a proporcionar apoyo psicológico al paciente de acuerdo a los principios de conocimiento y de la ética profesional, previstos en el Código Ético del Psicólogo en México. Así mismo, se compromete a orientar con claridad al paciente en cuanto a su padecimiento, fijando objetivos terapéuticos claros, orientándolo y asesorándolo durante el tiempo que dure el tratamiento.
- El secreto profesional únicamente podría ser roto cuando la vida del usuario o la vida de terceros corra peligro y/o a solicitud de una autoridad judicial.
- El paciente se COMPROMETE a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr un cambio terapéutico en su persona, tratando de lograr su bienestar físico y mental.
- El paciente se COMPROMETE a asistir puntualmente a las citas que se programen con anterioridad; tendrá 10 minutos de tolerancia. En caso de abandono del proceso terapéutico, tendrá que reiniciar su tratamiento con el psicólogo que el departamento designe.
- El paciente está de acuerdo en cubrir el costo de las sesiones terapéuticas de acuerdo al nivel socioeconómico establecido en el estudio. Con excepción en la intervención en crisis.
- Puede darse el caso que el personal que le otorga su atención psicológica no pueda atenderle por causas inesperadas y, por tanto, no sea posible informarle con anterioridad; en estos casos, se reprogramará su cita al espacio más cercano del que se disponga en la agenda del prestador del servicio.
- Toda la información recabada en el presente expediente es confidencial, por lo que no se entregará información a terceros, con excepción de las autoridades judiciales, a quienes sólo se les entregará un resumen clínico.

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1145/SMDIF/072224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

C. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo: _____ Edad: _____ Sexo: H M
Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Lugar de nacimiento: _____

Estado civil: 1) Soltero(a) 2) Casado(a) 3) Viudo(a) 4) Divorciado(a) 5) Unión libre 6) Separado(a)

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Celular: _____

Domicilio(calle y número): _____

Colonia: _____ Junta auxiliar: _____ Municipio: _____

D. MOTIVO DE CONSULTA

E. PADECIMIENTO ACTUAL

Conductuales: _____

Afectivos: _____

Somáticos: _____

Interpersonales: _____

Cognitivos: _____

F. CRONOLOGÍA DEL PROBLEMA

¿Cuándo comenzaron sus problemas? (con fechas si es posible): _____

Mencione los eventos más importantes que ocurrieron al tiempo que iniciaron sus problemas:

Mencione de qué manera ha intentado resolver sus problemas, señalando los resultados obtenidos:

¿A qué atribuye sus problemas?: _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1145/SMDIF/072224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

¿En qué situaciones se siente más trastornado?

¿En qué situaciones se siente más relajado o feliz?

G. FUNCIONAMIENTO AFECTIVO

- | | | |
|--------------|----------------|--------------------|
| () Alterado | () Cómodo | () Avergonzado |
| () Agobiado | () Triste | () Relajado |
| () Ansioso | () Miedoso | () Contento |
| () Enojado | () Aburrido | () Decepcionado |
| () Tenso | () Confundido | () Desesperanzado |
| () Inquieto | () Celoso | () Culpable |

H. EXPECTATIVAS DE ATENCIÓN

¿Por qué decidió acudir a consulta en este momento?

¿Qué espera lograr con la terapia?

I. SALUD MENTAL PREVIA

¿En el pasado ha recibido algún tipo de asistencia profesional (médica, psicológica o psiquiátrica) para atender sus problemas? [Sí] [No] ¿De qué tipo y por cuánto tiempo?

¿En algún momento de su vida ha pensado o intentado quitarse la vida? [Sí] [No]

¿Hace cuánto tiempo y por qué motivo?

¿Alguien de su familia padece de algún trastorno emocional o mental? [Sí] [No]

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

J. HITOS DEL DESARROLLO

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Problemas emocionales, de conducta | ☐ Consumo de drogas | ☐ Violencia familiar |
| ☐ Severamente castigado | ☐ Abusos sexuales | ☐ Problemas económicos |
| ☐ Ignorado(a) | ☐ Enuresis | ☐ Muerte de un familiar cercano |
| ☐ Problemas escolares | ☐ Problemas legales | ☐ Terrores nocturnos |

K. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

L. CLINIMETRÍA

() Entrevista clínica Otras:

M. PRONÓSTICO

- ☐ Favorable ☐ Desfavorable ☐ Reservado

N. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Diagnósticos más comunes en adultos

Ansiedad

- ☐ Trastorno de ansiedad generalizada (6B00)
- ☐ Trastorno de ansiedad social (6B04)
- ☐ Crisis de ansiedad (MB23.H)
- ☐ Trastorno de ansiedad por separación (6B05)
- ☐ Trastorno por estrés postraumático (6B40)

Duelo

- ☐ Duelo sin complicaciones (QE62)
- ☐ Desaparición de un miembro de la familia (QE61)
- ☐ Trastorno por duelo prolongado (6B42)

Objetos de atención clínica

- ☐ Antecedentes personales de abuso sexual (QE82.1)
- ☐ Problemas asociados a la educación (QD9Y)
- ☐ Problemas asociados al sistema de justicia (QE4Y)
- ☐ Trastorno de adaptación (6B43)
- ☐ Intento suicida (MB23.R)
- ☐ Comportamiento agresivo (MB23.0)
- ☐ Reacción de estrés agudo (QE84)
- ☐ Habilidades sociales inadecuadas (QE750.6)
- ☐ Problemas de interacción con la pareja (QE51)
- ☐ Antecedentes de violencia de la pareja
- ☐ Problema de ajuste a las transiciones de los ciclos vitales (QE0Y)
- ☐ Problemas de la relación entre el cuidador y el niño (QE52.0)

Depresión

- ☐ Trastorno depresivo, episodio único (6A70)
- ☐ Trastorno depresivo recurrente (6A71)
- ☐ Trastorno distímico (6A72)
- ☐ Trastorno mixto de ansiedad y depresión (6A73)

Psicosis

- ☐ Esquizofrenia (6A20)
- ☐ Trastorno delirante (6A24)
- ☐ Trastorno psicótico agudo y transitorio (6A23)

Otros

- ☐ Trastorno obsesivo compulsivo (6B20)
- ☐ Anorexia nerviosa (6B80)
- ☐ Bulimia nerviosa (6B81)
- ☐ Trastorno explosivo intermitente (6C73)
- ☐ Trastorno bipolar tipo I (6A60)

Personalidad

- ☐ Dificultades de la personalidad (QE50.7)
- ☐ Trastorno límite de la personalidad (6D11.5)

Otros: _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

O. PLAN

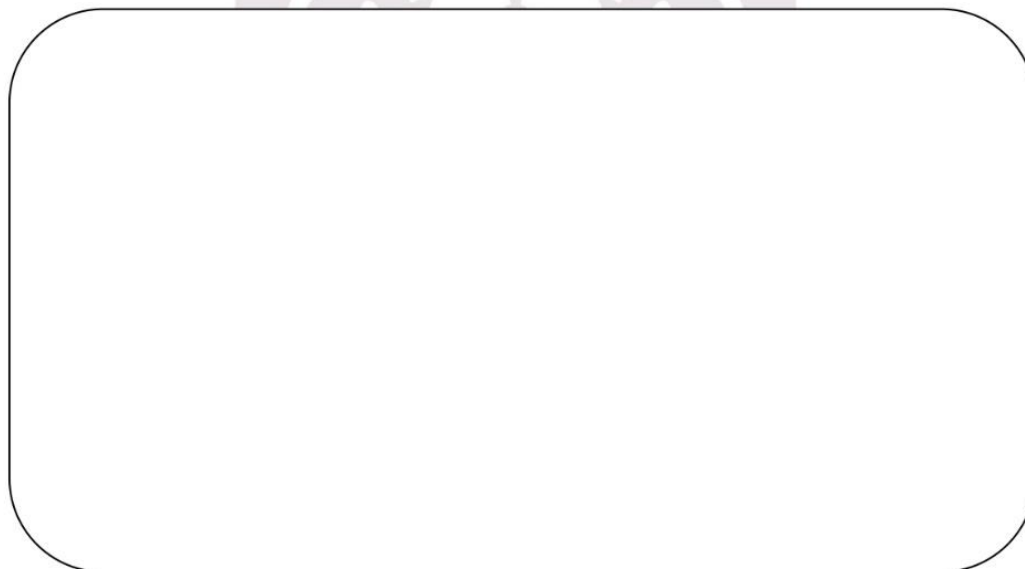
- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____

P. NOTA DE ALTA

Q. NOTA DE BAJA

☐ Por inasistencias ☐ Por canalización ☐ Por solicitud del paciente ☐ Por término de tratamiento

R. GENOGRAMA



Nombre y firma del paciente: _____

Nombre y firma de quien elabora (S.S.y P.P): _____

Nombre y firma de psicólogo: _____

Céd. Prof. _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA INTEGRAL PARA PAREJA

FORM.1147 SMDIF 072224



Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA INTEGRAL PARA PAREJA

Fecha de elaboración: ____/____/____ Expediente: _____

A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente acepta, por medio de este documento, lo siguiente:

- Que de manera voluntaria solicita al Departamento de Atención Psicológica del Sistema Municipal DIF, la prestación de servicios de atención psicológica a través de la consulta externa, y autoriza al personal de la institución para practicarle una entrevista, seguimiento psicoterapéutico, baterías de pruebas, intervenciones psicológicas e intervenciones psicopedagógicas.
- Otorgar sus datos personales (incluyendo su número telefónico fijo y dirección) al psicólogo para el llenado del presente expediente clínico.

B. CONTRATO TERAPÉUTICO

Cuando se asiste a un proceso psicoterapéutico es una decisión personal y responsable, donde se comprometen ambas partes en beneficio del paciente. Es por ello que, a partir de la firma al final de la presente historia clínica, usted tiene derecho y obligación a lo siguiente:

- El psicoterapeuta se compromete a proporcionar apoyo psicológico al paciente de acuerdo a los principios de conocimiento y de la ética profesional, previstos en el Código Ético del Psicólogo en México. Así mismo, se compromete a orientar con claridad al paciente en cuanto a su padecimiento, fijando objetivos terapéuticos claros, orientándolo y asesorándolo durante el tiempo que dure el tratamiento.
- El secreto profesional únicamente podría ser roto cuando la vida del usuario o la vida de terceros corra peligro y/o a solicitud de una autoridad judicial.
- El paciente se COMPROMETE a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr un cambio terapéutico en su persona, tratando de lograr su bienestar físico y mental.
- El paciente se COMPROMETE a asistir puntualmente a las citas que se programen con anterioridad; tendrá 10 minutos de tolerancia. En caso de abandono del proceso terapéutico, tendrá que reiniciar su tratamiento con el psicólogo que el departamento designe.
- El paciente está de acuerdo en cubrir el costo de las sesiones terapéuticas de acuerdo al nivel socioeconómico establecido en el estudio. Con excepción en la intervención en crisis.
- Puede darse el caso que el personal que le otorga su atención psicológica no pueda atenderle por causas inesperadas y, por tanto, no sea posible informarle con anterioridad; en estos casos, se reprogramará su cita al espacio más cercano del que se disponga en la agenda del prestador del servicio.
- Toda la información recabada en el presente expediente es confidencial, por lo que no se entregará información a terceros, con excepción de las autoridades judiciales, a quienes sólo se les entregará un resumen clínico.
- En caso de que a consulta sólo acuda uno de los miembros será reprogramada.

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1147/SMDIF/072224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

• I.- Ficha de identificación

Nombre: _____ Edad: _____

Ocupación: _____ Escolaridad: _____

Teléfono: _____ Domicilio: _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado Civil: _____

• •
Nombre: _____ Edad: _____

Ocupación: _____ Escolaridad: _____

Teléfono: _____

Domicilio: _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado Civil: _____

• •
II.- Motivo de consulta _____

III.-Cronología y descripción del problema

¿Cuándo Inicio el problema? ¿Hubo algún evento asociado?

¿Qué soluciones ha intentado para resolver el problema?

¿Cuáles son sus expectativas sobre su pareja? ella/él

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

É/ella _____

¿Existe amor en la pareja? ella/él _____

É/ella _____

Evaluación del sistema familiar

IV. Jerarquía

¿Existen Acuerdos en la pareja? ¿En qué temas? _____

¿Quién ejerce la Autoridad en la pareja? ¿Sobre quién se ejerce la autoridad? _____

¿Quién toma las decisiones importantes en la pareja? ¿Quién es el que tiene la última palabra? _____

V.- Género

¿Cómo están divididas sus labores domésticas? _____

¿Ambos miembros de la pareja trabajan? _____

¿Hombres y mujeres tienen las mismas normas y libertades en casa? _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

VI.- Sexualidad

¿Con qué frecuencia practican su intimidad sexual? _____

¿Son _____ satisfactorias _____ sus _____ relaciones _____ sexuales?

VII.- Economía

¿Quién se hace cargo de la manutención del hogar? _____

¿Cómo está distribuida su economía familiar? ¿Cómo se dividen los gastos? _____

¿Quién decide cómo y en que gastar el dinero? _____

¿El dinero y su manejo ha sido motivo de conflictos en la pareja? _____

VIII.-Adicciones y psicopatología

¿Algún miembro tiene problemas de adicciones? _____

¿Alguien en la familia tiene problemas psicológicos (se aísla, deprime, es sumamente agresivo o manifiesta ideas o temores extraños) o acude al psicólogo? _____

IX.- Familia de origen

¿Cómo es la relación con la familia de origen de la esposa? _____

¿Cómo es la relación con la familia de origen del esposo? _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

—

X.- Temas especiales

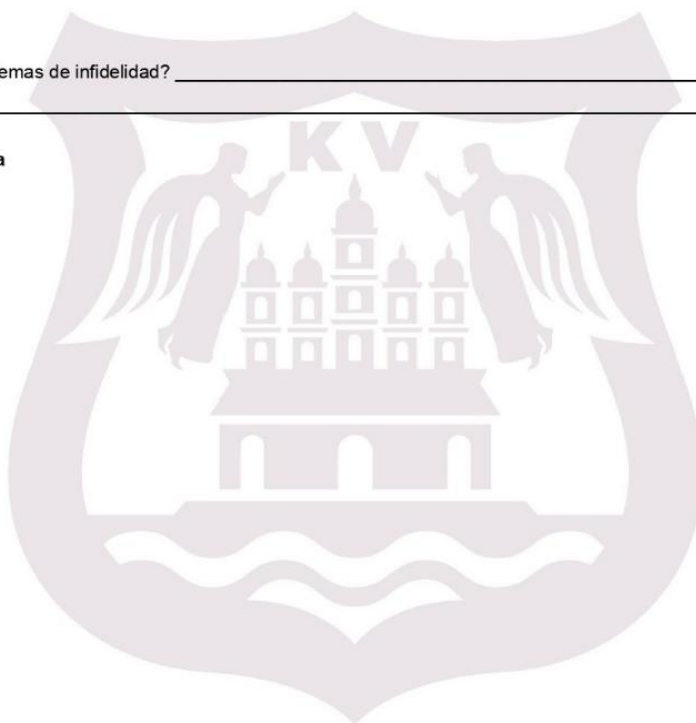
¿Han existido episodios de violencia (física, psicológica o sexual) en esta familia? _____

—

¿Han tenido problemas de infidelidad? _____

—

XI.- Familiograma



Diagnóstico: _____

Nota de Alta:

Nota de Baja:

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1147/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

Nombre y firma psicóloga (o) _____

Nombre y firma él/ella _____

Nombre y firma él/ella _____

Nombre y firma de quien elabora: _____



Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1147/SMDIF/072224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONTRATO TERAPÉUTICO

FORM.1144 SMDIF 072224, FORM.1145 SMDIF 072224, FORM.1146 SMDIF 072224, FORM.1147 SMDIF 072224



Sistema Municipal
DIF

Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA INTEGRAL INFANTIL

(De 5 a 12 años)

Fecha de elaboración: ____/____/____ Expediente: _____

A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente acepta, por medio de este documento, lo siguiente:

- Que de manera voluntaria solicita al Departamento de Atención Psicológica del Sistema Municipal DIF, la prestación de servicios de atención psicológica a través de la consulta externa, y autoriza al personal de la institución para practicarle una entrevista, seguimiento psicoterapéutico, baterías de pruebas, intervenciones psicológicas e intervenciones psicopedagógicas.
- Otorgar sus datos personales (incluyendo su número telefónico fijo y dirección) al psicólogo para el llenado del presente expediente clínico.
- En caso de menores de edad sólo se puede brindar el servicio con autorización exclusivamente del padre o representante legal.

B. CONTRATO TERAPÉUTICO

Cuando se asiste a un proceso psicoterapéutico es una decisión personal y responsable, donde se comprometen ambas partes en beneficio del paciente. Es por ello que, a partir de la firma al final de la presente historia clínica, usted tiene derecho y obligación a lo siguiente:

- El psicoterapeuta se compromete a proporcionar apoyo psicológico al paciente de acuerdo a los principios de conocimiento y de la ética profesional, previstos en el Código Ético del Psicólogo en México. Así mismo, se compromete a orientar con claridad al paciente en cuanto a su padecimiento, fijando objetivos terapéuticos claros, orientándolo y asesorándolo durante el tiempo que dure el tratamiento.
- El secreto profesional únicamente podría ser roto cuando la vida del usuario o la vida de terceros corra peligro y/o a solicitud de una autoridad judicial.
- El paciente se COMPROMETE a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr un cambio terapéutico en su persona, tratando de lograr su bienestar físico y mental.
- El paciente se COMPROMETE a asistir puntualmente a las citas que se programen con anterioridad; tendrá 10 minutos de tolerancia. En caso de abandono del proceso terapéutico, tendrá que reiniciar su tratamiento con el psicólogo que el departamento designe.
- El paciente está de acuerdo en cubrir el costo de las sesiones terapéuticas de acuerdo al nivel socioeconómico establecido en el estudio. Con excepción en la intervención en crisis.
- Puede darse el caso que el personal que le otorga su atención psicológica no pueda atenderle por causas inesperadas y, por tanto, no sea posible informarle con anterioridad; en estos casos, se reprogramará su cita al espacio más cercano del que se disponga en la agenda del prestador del servicio.
- Toda la información recabada en el presente expediente es confidencial, por lo que no se entregará información a terceros, con excepción de las autoridades judiciales, a quienes sólo se les entregará un resumen clínico.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA INTEGRAL ADOLESCENTES

(De 13 a 17 años)

Fecha de elaboración: ____/____/____ Expediente: _____

A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente acepta, por medio de este documento, lo siguiente:

- Que de manera voluntaria solicita al Departamento de Atención Psicológica del Sistema Municipal DIF, la prestación de servicios de atención psicológica a través de la consulta externa, y autoriza al personal de la institución para practicarle una entrevista, seguimiento psicoterapéutico, baterías de pruebas, intervenciones psicológicas e intervenciones psicopedagógicas.
- Otorgar sus datos personales (incluyendo su número telefónico fijo y dirección) al psicólogo para el llenado del presente expediente clínico.

B. CONTRATO TERAPÉUTICO

Quando se asiste a un proceso psicoterapéutico es una decisión personal y responsable, donde se comprometen ambas partes en beneficio del paciente. Es por ello que, a partir de la firma al final de la presente historia clínica, usted tiene derecho y obligación a lo siguiente:

- El psicoterapeuta se compromete a proporcionar apoyo psicológico al paciente de acuerdo a los principios de conocimiento y de la ética profesional, previstos en el Código Ético del Psicólogo en México. Así mismo, se compromete a orientar con claridad al paciente en cuanto a su padecimiento, fijando objetivos terapéuticos claros, orientándolo y asesorándolo durante el tiempo que dure el tratamiento.
- El secreto profesional únicamente podría ser roto cuando la vida del usuario o la vida de terceros corra peligro y/o a solicitud de una autoridad judicial.
- El paciente se COMPROMETE a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr un cambio terapéutico en su persona, tratando de lograr su bienestar físico y mental.
- El paciente se COMPROMETE a asistir puntualmente a las citas que se programen con anterioridad; tendrá 10 minutos de tolerancia. En caso de abandono del proceso terapéutico, tendrá que reiniciar su tratamiento con el psicólogo que el departamento designe.
- El paciente está de acuerdo en cubrir el costo de las sesiones terapéuticas de acuerdo al nivel socioeconómico establecido en el estudio. Con excepción en la intervención en crisis.
- Puede darse el caso que el personal que le otorga su atención psicológica no pueda atenderle por causas inesperadas y, por tanto, no sea posible informarle con anterioridad; en estos casos, se reprogramará su cita al espacio más cercano del que se disponga en la agenda del prestador del servicio.
- Toda la información recabada en el presente expediente es confidencial, por lo que no se entregará información a terceros, con excepción de las autoridades judiciales, a quienes sólo se les entregará un resumen clínico.

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1144/SMDIF/072224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA INTEGRAL PARA ADULTO

Fecha de elaboración: ____/____/____ Expediente: _____

A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente acepta, por medio de este documento, lo siguiente:

- Que de manera voluntaria solicita al Departamento de Atención Psicológica del Sistema Municipal DIF, la prestación de servicios de atención psicológica a través de la consulta externa, y autoriza al personal de la institución para practicarle una entrevista, seguimiento psicoterapéutico, baterías de pruebas, intervenciones psicológicas e intervenciones psicopedagógicas.
- Otorgar sus datos personales (incluyendo su número telefónico fijo y dirección) al psicólogo para el llenado del presente expediente clínico.

B. CONTRATO TERAPÉUTICO

Cuando se asiste a un proceso psicoterapéutico es una decisión personal y responsable, donde se comprometen ambas partes en beneficio del paciente. Es por ello que, a partir de la firma al final de la presente historia clínica, usted tiene derecho y obligación a lo siguiente:

- El psicoterapeuta se compromete a proporcionar apoyo psicológico al paciente de acuerdo a los principios de conocimiento y de la ética profesional, previstos en el Código Ético del Psicólogo en México. Así mismo, se compromete a orientar con claridad al paciente en cuanto a su padecimiento, fijando objetivos terapéuticos claros, orientándolo y asesorándolo durante el tiempo que dure el tratamiento.
- El secreto profesional únicamente podría ser roto cuando la vida del usuario o la vida de terceros corra peligro y/o a solicitud de una autoridad judicial.
- El paciente se COMPROMETE a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr un cambio terapéutico en su persona, tratando de lograr su bienestar físico y mental.
- El paciente se COMPROMETE a asistir puntualmente a las citas que se programen con anterioridad; tendrá 10 minutos de tolerancia. En caso de abandono del proceso terapéutico, tendrá que reiniciar su tratamiento con el psicólogo que el departamento designe.
- El paciente está de acuerdo en cubrir el costo de las sesiones terapéuticas de acuerdo al nivel socioeconómico establecido en el estudio. Con excepción en la intervención en crisis.
- Puede darse el caso que el personal que le otorga su atención psicológica no pueda atenderle por causas inesperadas y, por tanto, no sea posible informarle con anterioridad; en estos casos, se reprogramará su cita al espacio más cercano del que se disponga en la agenda del prestador del servicio.
- Toda la información recabada en el presente expediente es confidencial, por lo que no se entregará información a terceros, con excepción de las autoridades judiciales, a quienes sólo se les entregará un resumen clínico.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA INTEGRAL PARA PAREJA

Fecha de elaboración: ____/____/____

Expediente: _____

A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente acepta, por medio de este documento, lo siguiente:

- Que de manera voluntaria solicita al Departamento de Atención Psicológica del Sistema Municipal DIF, la prestación de servicios de atención psicológica a través de la consulta externa, y autoriza al personal de la institución para practicarle una entrevista, seguimiento psicoterapéutico, baterías de pruebas, intervenciones psicológicas e intervenciones psicopedagógicas.
- Otorgar sus datos personales (incluyendo su número telefónico fijo y dirección) al psicólogo para el llenado del presente expediente clínico.

B. CONTRATO TERAPÉUTICO

Cuando se asiste a un proceso psicoterapéutico es una decisión personal y responsable, donde se comprometen ambas partes en beneficio del paciente. Es por ello que, a partir de la firma al final de la presente historia clínica, usted tiene derecho y obligación a lo siguiente:

- El psicoterapeuta se compromete a proporcionar apoyo psicológico al paciente de acuerdo a los principios de conocimiento y de la ética profesional, previstos en el Código Ético del Psicólogo en México. Así mismo, se compromete a orientar con claridad al paciente en cuanto a su padecimiento, fijando objetivos terapéuticos claros, orientándolo y asesorándolo durante el tiempo que dure el tratamiento.
- El secreto profesional únicamente podría ser roto cuando la vida del usuario o la vida de terceros corra peligro y/o a solicitud de una autoridad judicial.
- El paciente se COMPROMETE a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr un cambio terapéutico en su persona, tratando de lograr su bienestar físico y mental.
- El paciente se COMPROMETE a asistir puntualmente a las citas que se programen con anterioridad; tendrá 10 minutos de tolerancia. En caso de abandono del proceso terapéutico, tendrá que reiniciar su tratamiento con el psicólogo que el departamento designe.
- El paciente está de acuerdo en cubrir el costo de las sesiones terapéuticas de acuerdo al nivel socioeconómico establecido en el estudio. Con excepción en la intervención en crisis.
- Puede darse el caso que el personal que le otorga su atención psicológica no pueda atenderle por causas inesperadas y, por tanto, no sea posible informarle con anterioridad; en estos casos, se reprogramará su cita al espacio más cercano del que se disponga en la agenda del prestador del servicio.
- Toda la información recabada en el presente expediente es confidencial, por lo que no se entregará información a terceros, con excepción de las autoridades judiciales, a quienes sólo se les entregará un resumen clínico.
- En caso de que a consulta sólo acuda uno de los miembros será reprogramada.

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1147/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

FORMATO DE CANALIZACIÓN

FORM.1141 SMDIF 072224



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

FORMATO DE CANALIZACIÓN

Fecha: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____ Ocupación actual: _____

Dirección: _____ Col: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____

Motivo de Consulta:

Servicio, programa y/o institución al que se canaliza:

Procedimiento:

Recomendaciones:

Atendido por:

Firma de la Psicóloga (o)

Firma del Interesado (a)

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1141/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

NOTA PSICOLÓGICA SUBSECUENTE

FORM.1151 SMDIF 072224

NOTA PSICOLÓGICA SUBSECUENTE

Expediente: _____

Fecha: _____

Acontecimientos relevantes entre sesiones:

Tema principal trabajado durante la sesión:

Prescripciones:

Observaciones:

Atendido por:

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1151/SMDIF/072224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

TARJETA DE CITAS

FORM.1155 SMDIF 072224

DIRECCIÓN DE SALUD INTEGRAL

pueblacapital.gob.mx

Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550

Tel. (222) 2.14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla

Puebla
Contigo y con rumbo
Guerrero de Paz

Secretaría Municipal
DIF

Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Psicológica

ATENCIÓN PSICOLÓGICA

TARJETA DE CITAS

Paciente:

Nombre del Psic.:

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

FORM.1155/SMDIF/072224

**Contigo
y con
rumbo**

Puebla
Contigo y con rumbo
Guerrero de Paz

FECHA

HORA

FIRMA

OBSERVACIONES

FORM.1155/SMDIF/072224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar Atención Psiquiátrica
Objetivo:	Otorgar atención psiquiátrica a las personas que acudan al Sistema Municipal DIF o con interconsulta, a fin de promover el desarrollo emocional y la cultura de la salud mental de la población del Municipio, a través de diferentes programas.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4. • Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167. • Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12. • Ley de Asistencia Social, Artículos 7. • Ley de General de Responsabilidades Administrativas. • Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12 fracción V. • Ley Estatal de Salud, Artículo 2. • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos, 1, 8, 13 fracción III y 32. • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos. 1 y 2. • Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados Art. 2 Fracción V, VI, VII. • NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. • NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. • NOM-047-SSA2-2015 Para la atención a la salud del grupo etario 10 a 19 años de edad. • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 7 fracción IV.1, IV. 1.1 IV. 1.2), y Artículo 40, 41 y 42. • Plan de Desarrollo Municipal 2021-2024.
Políticas de Operación:	1. Se otorgará el servicio a cualquier Usuario/o que viva en el Municipio de Puebla y requiera atención psiquiátrica. 2. Toda persona que solicite el servicio del área de atención psiquiátrica será asistida con respeto y amabilidad, atendiendo en todo momento a su calidad humana. 3. Las usuarias/os y el personal de otros programas del Sistema Municipal DIF, al hacer uso por primera vez del servicio psiquiátrico,

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

se sujetarán a los horarios de atención, disponibilidad de los espacios, a la agenda de la analista consultiva/o a, o a las actividades previamente programadas que tenga el Departamento de Atención Psicológica. Al término de la sesión de primera vez recibirán su tarjeta de citas con la programación de su siguiente cita proporcionada por la analista consultiva/o.

4. Las usuarias/os deberán pagar la cuota de recuperación correspondiente antes de entrar a su sesión psiquiátrica. De ser necesario un estudio socioeconómico, se le hará mención a la usuaria/o que acuda a trabajo social al final de su sesión psiquiátrica para la realización del mismo.
5. La analista consultiva/o, deberá remitir a la usuaria/o a otros programas del Sistema Municipal DIF cuando la valoración correspondiente lo amerite o cuando la propia usuaria/o manifieste esa necesidad.
6. La información sobre el estado emocional o la dinámica familiar de la/os usuaria/os no será compartida con ninguna persona que la solicite, ya que es información confidencial; salvo que lo solicite la autoridad competente tales como: Medidas Cautelares, Fiscalía y Juzgado de lo Familiar, los cuales deberán ser solicitados vía oficio, donde posteriormente se responderá y se hará entrega a solicitud de la autoridad competente.
7. En ningún caso el personal que labora en el Departamento de Atención Psicológica está facultado para tomar decisiones respecto de custodia temporal o patria potestad, ya que éstas le corresponden a un juez de lo familiar.
8. Cuando algún programa o dirección solicite una valoración de carácter urgente para sustentar una denuncia o canalización de una persona al Hospital Rafael Serrano (El Batán), se debe turnar al servicio de psiquiatría adscrito a la Subdirección de Salud Mental.
9. Se respetarán las citas que se tienen agendadas por la analista consultiva/o, para las usuarias/os tomando en cuenta que se contará

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

	con un espacio para dichas entrevistas, en dado caso que la analista consultiva/o, no esté disponible o tenga alguna otra función, se deberá dar aviso a la usuaria/o y reprogramar la cita. 10. El personal encargado de otorgar el servicio de atención psiquiátrica deberá llevar un control de personas atendidas y una base de datos considerando los datos personales de la Usuaría/o, motivo inicial de consulta, diagnóstico. 11. Para el alta de la usuaria/o del proceso psiquiátrico, se realiza una breve descripción del cierre del mismo en el apartado de nota de alta de la historia clínica correspondiente y se recaba la firma de la usuaria/o, de esta forma se establece el cierre del tratamiento psiquiátrico. 12. Si la usuaria/o acumula 3 inasistencias consecutivas, será dado de baja de su proceso psiquiátrico, y el analista consultivo a, deberá colocar este motivo en el apartado de nota de baja. Si la usuaria/o estuviera interesada/o en continuar recibiendo el servicio de atención psiquiátrica se deberá realizar el proceso para atención de primera vez.
Tiempo Promedio de Gestión:	1 hora

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: 09/09/2024

Fecha de elaboración: 13/07/2023

Número de Revisión: 02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: para otorgar atención psiquiátrica.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Programa su primera cita de atención psiquiátrica en el departamento de atención psicológica, ya sea por canalización de algún programa del Sistema Municipal DIF o si acude de forma voluntaria.	Formato de canalización Form. 1141 SMDIF 072224	Original
	2	Asiste el día de su consulta programada, realiza el pago en caja, se dirige con el analista administrativo para recibir indicaciones.		
Analista A	3	Informa a la/el analista consultiva/o que ha llegado su paciente.		
Analista Consultiva/o	4	Recibe a la usuaria/o en turno. Si es atención subsecuente continúa en la actividad Núm. 8.		
	5	Realiza historia clínica psiquiátrica, recaba firmas en contrato terapéutico y consentimiento informado; así como, se establece un diagnóstico.	Historia Clínica Psiquiatría - Nota Psicológica Subsecuente Form.1150 SMDIF 072224, Contrato Terapéutico FORM.1143 SMDIF 072224, Carta de Consentimiento informado FORM.1142 SMDIF 072224	Originales

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

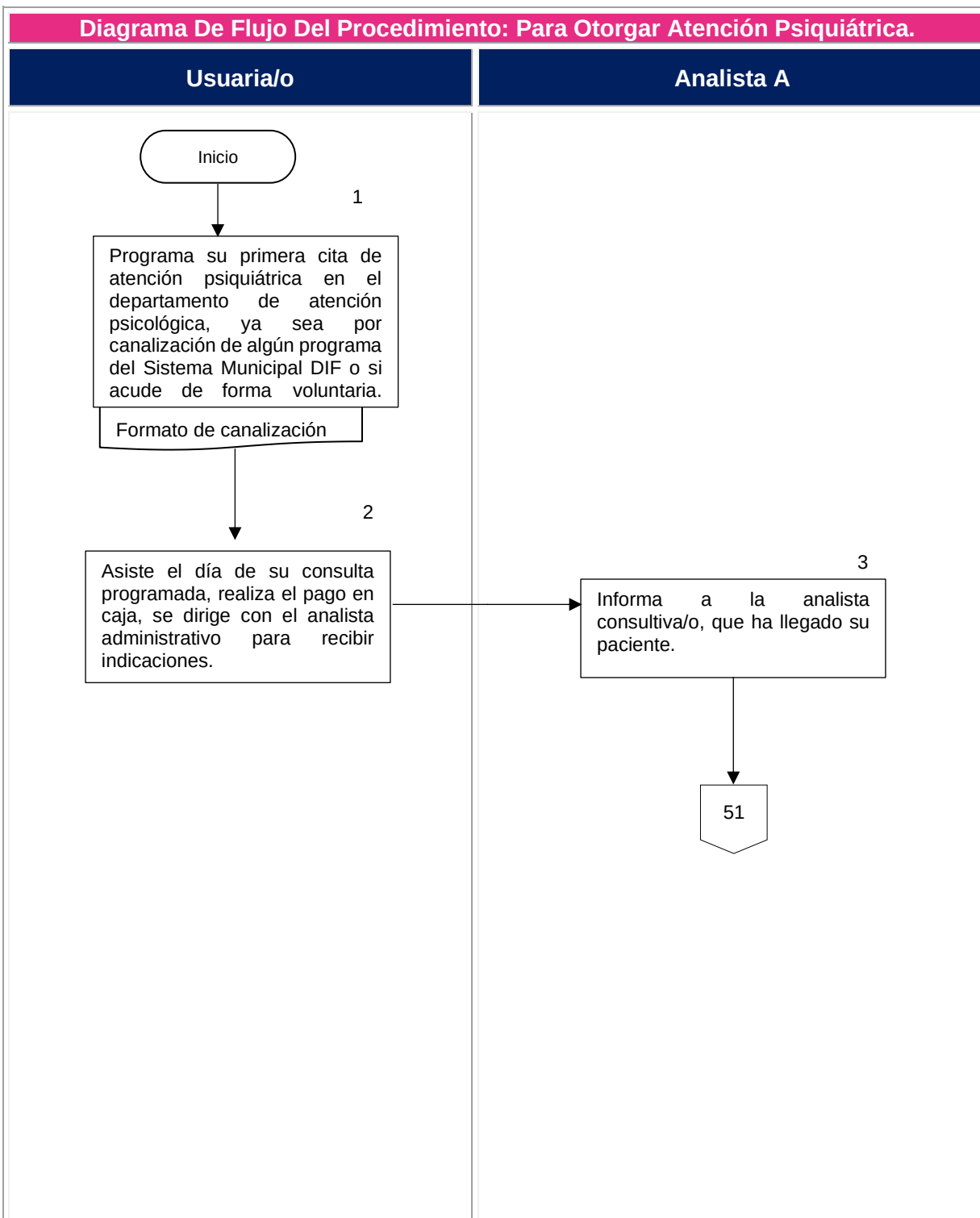
Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

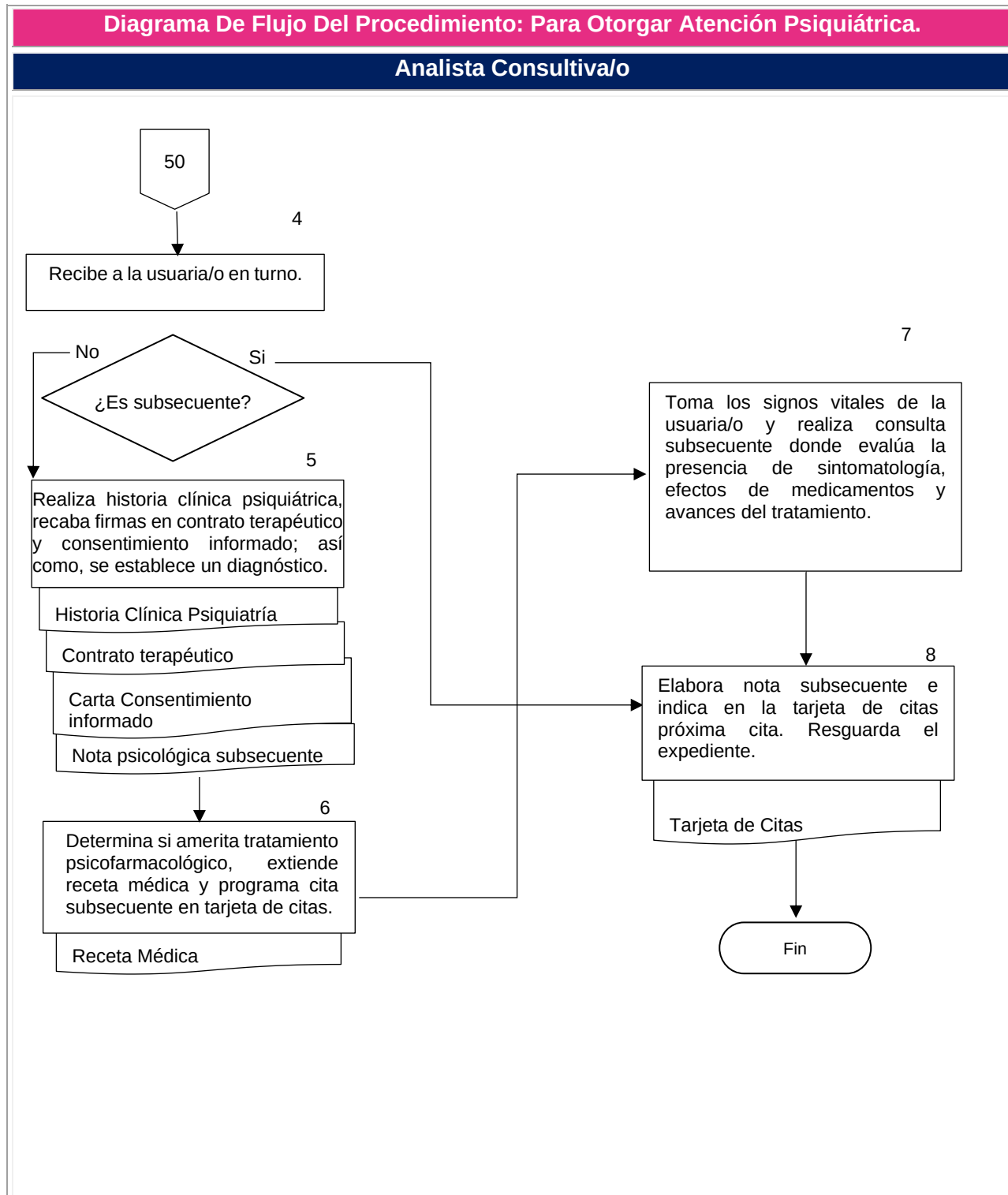
Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: para otorgar atención psiquiátrica.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
	6	Determina si amerita tratamiento psicofarmacológico, extiende receta médica y programa cita subsecuente en tarjeta de citas.	Receta Médica - FORM.1114-A SMDIF 072224	Original y copia
	7	Toma los signos vitales de la usuaria/o y realiza consulta subsecuente donde evalúa la presencia de sintomatología, efectos de medicamentos y avances del tratamiento.		
	8	Elabora nota subsecuente e indica en la tarjeta de citas próxima cita. Resguarda el expediente. Fin del proceso.	Tarjeta De Citas - Form.1156 SMDIF 072224	

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instructivo de Llenado

FICHA DE ATENCIÓN DE PRIMERA VEZ FORM.1152 SMDIF 072224



Puebla
Contigo y con rumbo
Gobierno Municipal

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

FICHA DE ATENCIÓN DE PRIMERA VEZ

FECHA	CONSULTORIO	NOMBRE DEL PERSONAL
HORARIO		NOMBRE DEL PACIENTE
		(EN CASO DE SER MENOR DE EDAD) NOMBRE DEL PADRE Y/O TUTOR

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Av. Cos Marín #201 Col. San Baltazar Campeche C.P. 72550

Tel. (222) 2.14.00.00 @PueblaAyto H. Ayuntamiento de Puebla

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Av. Cos Marín #201 Col. San Baltazar Campeche C.P. 72550

Tel. (222) 2.14.00.00 @PueblaAyto H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1152/SMDIF/072224

Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

FICHA DE ATENCIÓN DE PRIMERA VEZ

FECHA	CONSULTORIO	NOMBRE DEL PERSONAL
HORARIO		NOMBRE DEL PACIENTE
		(EN CASO DE SER MENOR DE EDAD) NOMBRE DEL PADRE Y/O TUTOR

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

HISTORIA CLÍNICA PSIQUIATRÍA FORM.1150 SMDIF 072224



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

HISTORIA CLINICA PSIQUIATRÍA

FECHA: _____ HORA: _____ EXPEDIENTE:

NOMBRE: _____ SEXO: _____ EDAD: _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: _____ OCUPACION: _____

COLONIA: _____ DOMICILIO: _____

JUNTA AUXILIAR: _____ MUNICIPIO: _____ CP: _____

TELÉFONO: _____ N° CONTACTO: _____ PARENTESCO: _____

FAMILIAR RESPONSABLE: _____ ESCOLARIDAD: _____

MOTIVO DE CONSULTA:

PADECIMIENTO ACTUAL:

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1150/SMDIF/072224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS:

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

ANTECEDENTES G&O:

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

FAMILIA ORIGEN:

FAMILIA ACTUAL:

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

	NEURODESARROLLO:
	DESEMPEÑO ACADÉMICO:

EXPLORACIÓN FÍSICA, APARATOS Y SISTEMAS:

EXAMEN MENTAL:

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

CLINIMETRIA:

ESTUDIOS CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS:

ANÁLISIS:

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1150/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

DIAGNÓSTICO:

- I.- _____
- II.- _____
- III.- _____
- IV.- _____
- V.- _____

TRATAMIENTO:

**NOMBRE Y FIRMA
MÉDICO PSIQUIATRA**

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1150/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

CONTRATO TERAPÉUTICO FORM.1143 SMDIF 072224



Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

CONTRATO TERAPÉUTICO

Fecha de elaboración: ____/____/____ No. Expediente: ____ Hora: ____

Cuando se asiste a un proceso psicoterapéutico es una decisión personal y responsable, donde se comprometen ambas partes en beneficio del paciente.

Es por ello que, a partir de la firma de este contrato terapéutico, usted tiene derecho y obligación a lo siguiente:

1. El (a) psicoterapeuta se compromete a proporcionar apoyo psicológico al paciente de acuerdo a los principios de conocimiento y de la ética profesional, previstos en el Código Ético del Psicólogo en México. Así mismo, se compromete a orientar con claridad al paciente en cuanto a su padecimiento, fijando objetivos terapéuticos claros, orientándolo y asesorándolo durante el tiempo que dure el tratamiento.
2. Dejar el tratamiento psicoterapéutico con previo aviso al psicólogo (a).
3. El (a) psicoterapeuta se compromete a que la información que el paciente vierta en las sesiones terapéuticas, será tratada bajo los principios de confidencialidad y de respeto que marquen los cánones éticos de la Psicología, únicamente podría ser roto el principio de confidencialidad cuando su vida o la vida de terceros corra peligro.
4. Usted tiene derecho a una segunda opinión o cambio de psicoterapeuta, con aviso a la Jefatura del Departamento de Psicología.
5. El (a) paciente se COMPROMETE a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr un cambio terapéutico en su persona, tratando de lograr su bienestar físico y mental.
6. El (a) paciente se COMPROMETE a asistir puntualmente a las citas que se programen con anterioridad. En caso de no poder acudir, avisará al Terapeuta con 24 horas de anticipación como mínimo.
7. El (a) paciente está de acuerdo en cubrir el costo de las sesiones terapéuticas de acuerdo al nivel socioeconómico establecido en el estudio.
8. Se establecen ____ sesiones terapéuticas, con posibilidad de realizar un nuevo contrato terapéutico de ser necesario.

Nombre del (a) paciente: _____

Firma: _____

Nombre del (a) terapeuta: _____

Firma: _____

Familiar responsable (en caso de menores de edad): _____

Firma: _____

Dirección: _____ Colonia: _____

Junta Auxiliar: _____ Municipio: _____ Teléfono: _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1143/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO FORM.1142 SMDIF 072224



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de elaboración: ____/____/____ Hora: ____

El (a) C. con nombre: _____ (o en su defecto su familiar responsable representante legal), solicita al Departamento de Atención Psicológica del Sistema Municipal DIF, la prestación de servicios de atención psicológica y/o psiquiátrica a través de la consulta externa, y autoriza al personal de la institución para practicarle una entrevista, seguimiento médico, baterías de pruebas, intervenciones psicológicas, intervenciones psicopedagógicas, exámenes de laboratorio y de gabinete que se juzguen necesarios para su diagnóstico y tratamiento.

El paciente acepta, por medio de este documento, lo siguiente:

- Otorgar sus datos personales (incluyendo su número telefónico fijo y dirección) al psicólogo (a) y/o médico para el llenado de su expediente clínico.
- Pagar de forma oportuna (en caso necesario) la atención recibida, cuyo recibo de pago será entregado al inicio de la sesión y/o consulta otorgada.
- Llegar puntualmente a sus citas subsecuentes, tomando en cuenta el pago previo del servicio otorgado, así como pasar previamente a la toma de signos vitales al servicio de enfermería.
- En caso de llegar atrasado, tiene el derecho a ser atendido por el tiempo que le reste a su consulta o podrá reagendarla, si así lo desea.
El tiempo inicial de consulta de primera vez en psicología y/o psiquiatría es de 45 - 60 minutos.
El tiempo de citas subsecuentes en el servicio de psicología es de 45 - 60 minutos.
El tiempo de citas subsecuentes en el servicio de psiquiatría es de 30 minutos.
- En caso de intervención en crisis, consulta en el Programa de Atención a la Violencia y/o Jóvenes en Progreso, el paciente NO pagará por el servicio prestado.
- En caso de agendar cita telefónica, usted será el responsable de anotar correctamente fecha y hora del servicio que será prestado.
- Puede darse el caso que el personal que le otorga su atención psicológica o médica no pueda atenderle por causas inesperadas y por tanto no sea posible informarle con anterioridad, en estos casos, se reprogramará su cita al espacio más cercano del que se disponga en la agenda del prestador (a) del servicio.

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1142/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

FORMATO DE CANALIZACIÓN FORM.1141 SMDIF 072224

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

FORMATO DE CANALIZACIÓN

Fecha: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____ Ocupación actual: _____

Dirección: _____ Col: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____

Motivo de Consulta:

Servicio, programa y/o institución al que se canaliza:

Procedimiento:

Recomendaciones:

Atendido por:

Firma de la Psicóloga (o)

Firma del Interesado (a)

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

NOTA PSICOLOGICA SUBSECUENTE FORM.1151 SMDIF 072224

NOTA PSICOLÓGICA SUBSECUENTE

Expediente: _____

Fecha: _____

Acontecimientos relevantes entre sesiones:

Tema principal trabajado durante la sesión:

Prescripciones:

Observaciones:

Atendido por:

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1151/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: 09/09/2024

Fecha de elaboración: 13/07/2023

Número de Revisión: 02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

TARJETA DE CITAS
FORM.1156 SMDIF 072224

[illegible]

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

RECETA MÉDICA FORM.1114-A SMDIF 072224



Sistema Municipal
DIF

Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

RECETA MÉDICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____ Pz: _____

IDx: _____

Nombre y firma del Médico: _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cua Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1114-A/SMDIF/072224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar atención psicológica en casos de violencia.
Objetivo:	Brindar atención psicológica a personas del Municipio de Puebla que estén en situación de violencia y acudan al Sistema Municipal DIF; así como, a Usuario/os que sean generadores de algún tipo de violencia con el fin de promover la cultura de la NO violencia entre la población del Municipio.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4. • Ley General de Salud, Artículos 23, 24,167. • Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Artículo 8 fracción I, II, II,IV,V,VI; artículo 9 fracción Artículo 14 fracción IV, artículo 17,fracción I, artículo 41,fracción VIII, artículo 53 • Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12. • Ley de Asistencia Social, Artículos 7. • Ley General de Responsabilidades Administrativas • Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12 fracción V. • Ley Estatal de Salud, Artículo 2. • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos, 1, 8, 13 fracción III y 32. • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos. 1 y 2. • Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados Art. 2 Fracción V, VI, VII. • NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. • NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. • NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 7 fracción IV.1, IV. 1.1 IV. 1.2), y Artículo 40, 41 y 42. • Plan de Desarrollo Municipal 2021-2024
Políticas de Operación:	1. El servicio de atención psicológica en materia de violencia se proporcionará a Usuario/os que lo soliciten de manera voluntaria, que sean canalizada/os por alguna Medida Cautelar o de parte de la

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Dirección Jurídica y Protección de Derechos del Sistema Municipal DIF.

2. Toda persona que solicite el servicio de atención psicológica por caso de violencia o que sea canalizada/o de la Dirección Jurídica y Protección de Derechos del Sistema Municipal DIF o de Medidas Cautelares será asistida con respeto y amabilidad, atendiendo en todo momento a su calidad humana y no tendrá ningún costo. Solo tendrá costo para aquella/os usuaria/os que acudan por alguna medida cautelar.
3. Cuando una usuaria/o es canalizada/o a través de Medidas Cautelares, el representante legal del Sistema Municipal DIF solicitará atención para la Usuaría/o mediante un oficio que especifique el tipo de servicio requerido, que puede incluir evaluación psicológica y/o tratamiento psicoterapéutico. En caso de requerir este último el oficio deberá incluir información específica como: el motivo de consulta, los temas a abordar y la duración prevista del tratamiento. Una vez realizado este procedimiento se dará respuesta al oficio de cuándo será atendida/o la Usuaría/o.
4. Para brindar atención a las usuarias/os canalizadas/os por la Dirección Jurídica y Protección de Derechos del Sistema Municipal DIF se debe enviar un memorando dirigido a la persona titular de la Subdirección de Salud Mental o la persona titular del Departamento de Atención Psicológica del Sistema Municipal DIF, solicitando el servicio requerido, ya sea evaluación psicológica y/o tratamiento psicoterapéutico. Es imprescindible compartir un resumen acerca del porque es canalizada/o la usuaria/o para no re victimizarla/o y dar una atención adecuada. Una vez realizado este procedimiento se dará contestación al memorando de cuándo será atendida/o la usuaria/o. Lo anterior para documentar apropiadamente las acciones implementadas con la usuaria/o en caso de que alguna instancia de juzgado o la misma usuaria requiera evidencia de la atención.
5. La usuaria/o voluntaria/o, así como el personal de otros programas del Sistema Municipal DIF, al utilizar por primera vez los servicios psicológicos, se ajustarán a los horarios de atención, disponibilidad de

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

espacios, a la agenda de la/os analistas A, coordinadores técnicos o coordinadores especializados de las actividades previamente programadas que tenga el Departamento de Atención Psicológica. Al concluir la sesión de primera vez recibirán su tarjeta de citas de parte del analista A, coordinador técnico o coordinador especializado con fecha y hora de su siguiente cita.

6. Cuando se trate de Usuario/a subsecuente el analista A, coordinador técnico o coordinador especializado programará la fecha y hora de la próxima sesión psicoterapéutica en la tarjeta de citas correspondiente, manteniendo este proceso para cada sesión subsecuente.
7. En caso de que el analista A, coordinador técnico o coordinador especializado, no esté disponible o tenga alguna otra función, se deberá dar aviso a la usuario/a y reagendar la cita.
8. En caso de que la usuario/a solicite una constancia de ausencia escolar o laboral, la deberá solicitar al analista A, coordinador técnico o coordinador especializado que lo atiende, para su expedición. Esta misma se extenderá siempre y cuando el horario de consulta psicológica se empate al horario escolar o laboral de la Usuario/a.
9. El personal encargado de otorgar el servicio de atención psicológica en materia de violencia deberá llevar un control de personas atendidas y una base de datos considerando los datos personales de la usuario/a, motivo inicial de consulta y diagnóstico según aplique.
10. Las usuarias/os canalizadas/os de Medidas Cautelares o de parte de Dirección Jurídica y Protección de Derechos del Sistema Municipal DIF que no asista a su cita programada o se niegue a iniciar o dar seguimiento a su proceso correspondiente, se dará aviso a la institución y/o área correspondiente.
11. El/la analista A, coordinador técnico o coordinador especializado asignada/o canalizará a la Usuario/a a otros programas del Sistema Municipal DIF cuando la valoración correspondiente lo amerite o cuando la propia Usuario/a manifieste esa necesidad.

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

- L2. En caso de identificar que algún menor de edad sea víctima de algún tipo de abuso, el analista(psicóloga/o) dará aviso en ese momento a la Dirección Jurídica y Protección de Derechos del Sistema Municipal DIF, donde ellos llevarán a cabo el proceso correspondiente con la tutora/or a cargo del menor.
- L3. No se proporcionará información del estado emocional o de la dinámica familiar de la/os Usuaría/os a cualquier persona, ya que es información confidencial salvo que lo solicite la autoridad competente como: Medidas Cautelares, Fiscalía y Juzgado de lo Familiar, los cuales deberán ser solicitados vía oficio, se responderá de acuerdo a la solicitud requerida.
- L4. En ningún caso el personal que labora en el Departamento de Atención Psicológica está facultada para tomar decisiones respecto de custodia temporal o toma de la patria potestad, ya que éstas le corresponden a un juez de lo familiar.
- L5. En el caso de Usuarías/os sujetos a Medidas Cautelares que deseen solicitar información sobre el término de su tratamiento psicoterapéutico o su asistencia a sesiones de psicoterapia, deberán dirigir su solicitud a Medidas Cautelares. Esta institución, a través de un oficio dirigido a la representante legal del Sistema Municipal DIF, detallará la información que requiere de la Usuaría/o. Una vez realizado este procedimiento se dará respuesta de acuerdo con la solicitud recibida de parte de la/el analista a, coordinador técnico o coordinador especializado que trata a la Usuaría/o.
- L6. Si la Dirección Jurídica y Protección de Derechos del Sistema Municipal DIF requiere información de alguna Usuaría/o, tendrá que solicitarlo de manera oportuna mediante un memorando dirigido a la Subdirección de Salud Mental o a persona titular del Departamento de Atención Psicológica del Sistema Municipal DIF. Una vez cumplido este procedimiento se responderá de acuerdo a la solicitud recibida de parte de la/el analista a, coordinador técnico o coordinador especializado que trata a la usuaria/o.

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

	L7. Para el alta de la usuaria/o del proceso psicoterapéutico ya sea que acude por voluntad, que es canalizada/o de Medidas Cautelares o del Dirección Jurídica y Protección de Derechos del Sistema Municipal DIF, se realiza una breve descripción del cierre del mismo en el apartado de nota de alta de la historia clínica, acompañada de la firma de la usuaria/o y se da aviso a la institución y/o área correspondiente según aplique, de esta forma se establece de común acuerdo el cierre del tratamiento. L8. Si la usuaria/o que acude por voluntad al servicio de atención psicológica en materia de violencia o es canalizada/o al mismo de Medidas Cautelares o del Dirección Jurídica y Protección de Derechos del Sistema Municipal DIF acumula 3 inasistencias consecutivas, será dada/o de baja de su proceso psicoterapéutico, y el analista(psicóloga/o) deberá colocar este motivo en el apartado de nota de baja. Si la Usuaria/o estuviera interesada/o en continuar recibiendo el servicio de atención psicológica se deberá realizar el proceso para atención de primera vez y se dará aviso a la institución y/o área correspondiente según aplique.
	Tiempo Promedio de Gestión: 1 hora. (Variable en casos de emergencia).

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Procedimiento para otorgar atención psicológica en casos de violencia.

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Solicita ficha para consulta psicológica, recibe su ficha de atención de primera vez, y espera su turno. Usuaría/o derivado de Medidas Cautelares de violencia intrafamiliar solicita su atención requerida mediante oficio, Usuaría/os de Dirección Jurídica y Protección de Derechos del Sistema Municipal DIF son canalizados por memorando.	Ficha de atención de primera vez - FORM.1152 SMDIF 072224	1
Analista A, Coordinador técnico o Coordinador especializado	2	Brinda atención de primera vez a la Usuaría/o que, dependiendo el motivo de asistencia cumpla con los requisitos necesarios según aplique. Realiza historia clínica correspondiente, se determina su diagnóstico y se establece el tipo de apoyo necesario, se entrega contrato terapéutico y consentimiento informado para su firma y si es Usuaría/o/a subsecuente, da continuidad con el tratamiento.	Historia Clínica APV Infantil - Form.1149/SMDIF /072224 APV Adulto FORM.1148/SMDI F/072224 Contrato Terapéutico Consentimiento Informado Form.1149/SMDIF /072224 FORM.1148/SMDI F/072224	1
	3	Canaliza a servicio psiquiátrico de ser necesario, para que proporcionen cita de primera vez.	Formato de Canalización FORM.1141 SMDIF 072224	Original y copia
	4	Consulta y registra nota psicológica subsecuente, otorga siguiente cita en tarjeta de citas y resguarda el expediente.	Nota Psicológica Subsecuente Form.1151 SMDIF 072224	
	5	Comunica a la Dirección Jurídica y Protección de Derechos del Sistema Municipal DIF en caso de detectarse algún tipo de abuso a menores de		

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

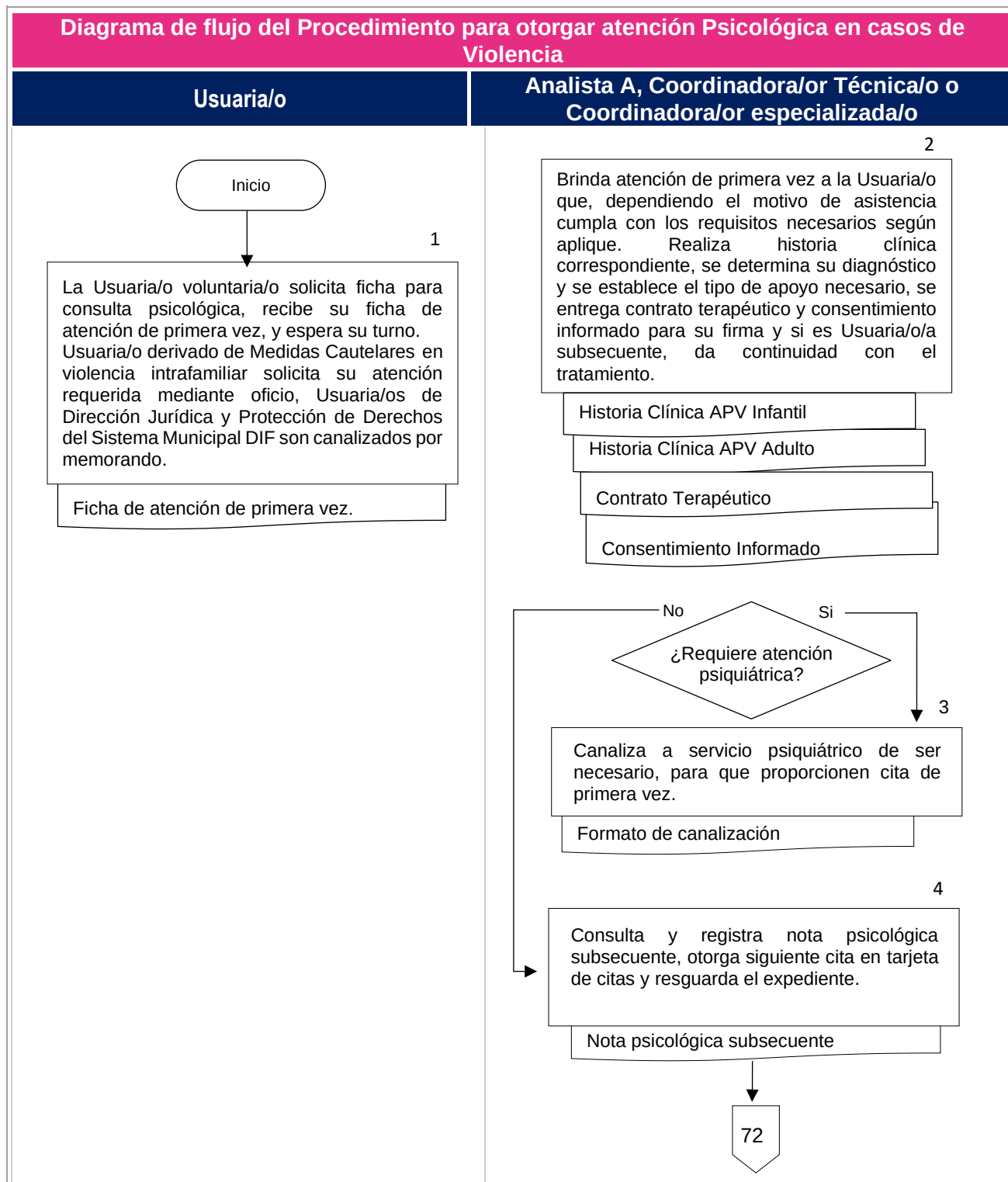
Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

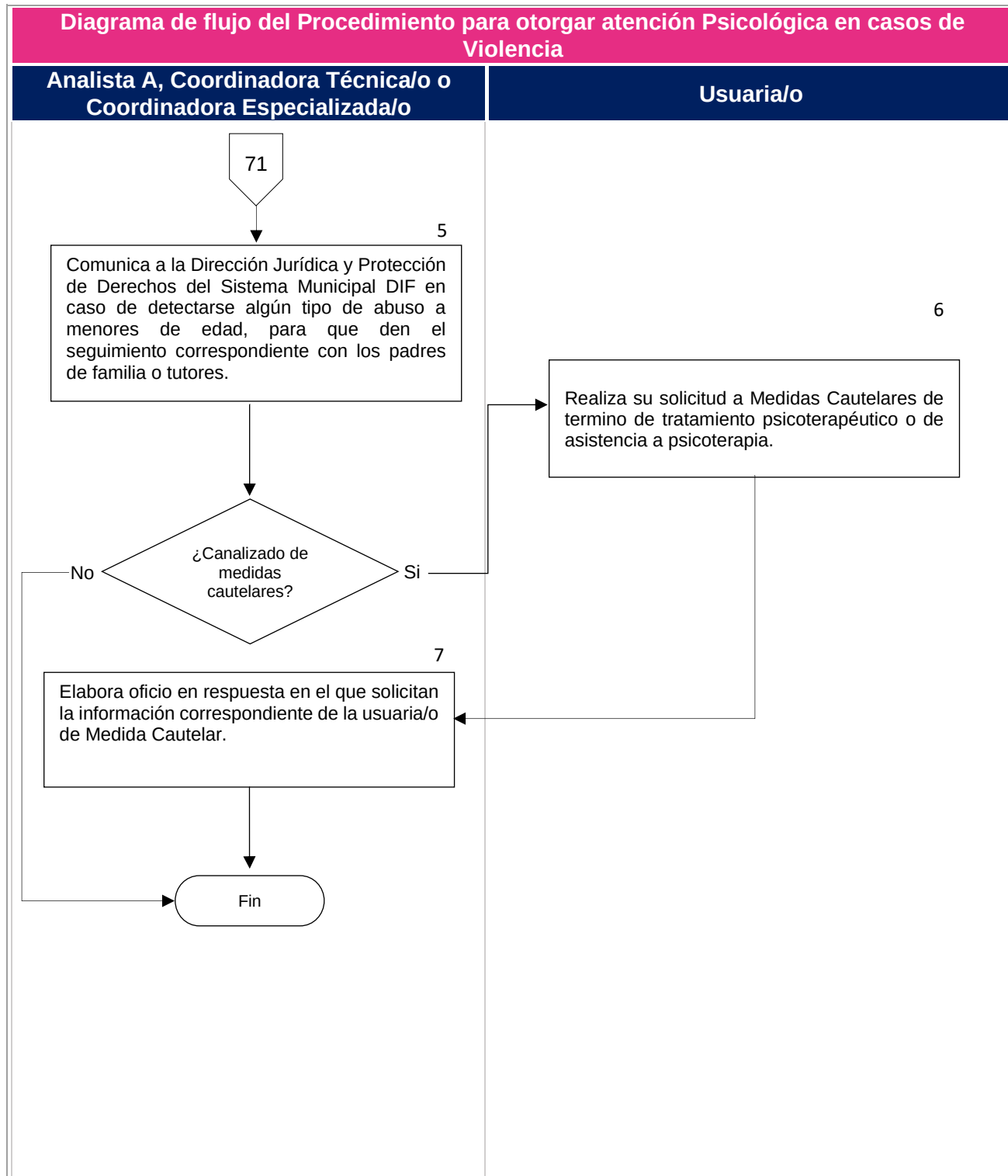
Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Procedimiento para otorgar atención psicológica en casos de violencia.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
		edad, para que den el seguimiento correspondiente con los padres de familia o tutores. - En caso de medidas cautelares sigue en el paso 6, - En caso distinto fin del proceso.		
Usuaría/o	6	Realiza su solicitud a Medidas Cautelares de termino de tratamiento psicoterapéutico o de asistencia a psicoterapia.		
Analista A, Coordinador técnico o Coordinador especializado	7	Elabora oficio en respuesta en el que solicitan la información correspondiente de la usuaria/o de Medida Cautelar. Fin del proceso		

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instructivo de llenado

FICHA DE ATENCIÓN DE PRIMERA VEZ FORM.1152 SMDIF 072224



Puebla
Contigo y con rumbo
Gobierno Municipal

**Sistema Municipal
DIF**

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

FICHA DE ATENCIÓN DE PRIMERA VEZ

FECHA	CONSULTORIO	NOMBRE DEL PERSONAL
HORARIO		NOMBRE DEL PACIENTE
		(EN CASO DE SER MENOR DE EDAD) NOMBRE DEL PADRE Y/O TUTOR

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Av. Cos Mito #201 Col. San Baltazar Campeche
CP 72550

Tel. (222) 2-14-00-00 @Pueblajto H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1152/SMDIF/072224



Puebla
Contigo y con rumbo
Gobierno Municipal

**Sistema Municipal
DIF**

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Av. Cos Mito #201 Col. San Baltazar Campeche
CP 72550

Tel. (222) 2-14-00-00 @Pueblajto H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1152/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

HISTORIA CLÍNICA APV INFANTIL FORM.1149/SMDIF/072224



Sistema Municipal
DIF

Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA APV INFANTIL

Fecha de elaboración: ____/____/____ Expediente: _____

A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente acepta, por medio de este documento, lo siguiente:

- Que de manera voluntaria solicita al Departamento de Atención Psicológica del Sistema Municipal DIF, la prestación de servicios de atención psicológica a través de la consulta externa, y autoriza al personal de la institución para practicarle una entrevista, seguimiento psicoterapéutico, baterías de pruebas, intervenciones psicológicas e intervenciones psicopedagógicas.
- Otorgar sus datos personales (incluyendo su número telefónico fijo y dirección) al psicólogo para el llenado del presente expediente clínico.
- En caso de menores de edad sólo se puede brindar el servicio con autorización exclusivamente del padre o representante legal.

B. CONTRATO TERAPÉUTICO

Cuando se asiste a un proceso psicoterapéutico es una decisión personal y responsable, donde se comprometen ambas partes en beneficio del paciente. Es por ello que, a partir de la firma al final de la presente historia clínica, usted tiene derecho y obligación a lo siguiente:

- El psicoterapeuta se compromete a proporcionar apoyo psicológico al paciente de acuerdo a los principios de conocimiento y de la ética profesional, previstos en el Código Ético del Psicólogo en México. Así mismo, se compromete a orientar con claridad al paciente en cuanto a su padecimiento, fijando objetivos terapéuticos claros, orientándolo y asesorándolo durante el tiempo que dure el tratamiento.
- El secreto profesional únicamente podría ser roto cuando la vida del usuario o la vida de terceros corra peligro y/o a solicitud de una autoridad judicial.
- El paciente se COMPROMETE a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr un cambio terapéutico en su persona, tratando de lograr su bienestar físico y mental.
- El paciente se COMPROMETE a asistir puntualmente a las citas que se programen con anterioridad; tendrá 10 minutos de tolerancia. En caso de abandono del proceso terapéutico, tendrá que reiniciar su tratamiento con el psicólogo que el departamento designe.
- El paciente está de acuerdo en cubrir el costo de las sesiones terapéuticas de acuerdo al nivel socioeconómico establecido en el estudio. Con excepción en la intervención en crisis.
- Puede darse el caso que el personal que le otorga su atención psicológica no pueda atenderle por causas inesperadas y, por tanto, no sea posible informarle con anterioridad; en estos casos, se reprogramará su cita al espacio más cercano del que se disponga en la agenda del prestador del servicio.

Toda la información recabada en el presente expediente es confidencial, por lo que no se entregará información a terceros, con excepción de las autoridades judiciales, a quienes sólo se les entregará un resumen clínico.

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1149/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**
 Fecha de actualización: **09/09/2024**
 Fecha de elaboración: **13/07/2023**
 Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre completo: _____ Edad: _____ Sexo: H M
 Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Lugar de nacimiento: _____
 Estado civil: 1) Soltero(a) 2) Casado(a) 3) Viudo(a) 4) Divorciado(a) 5) Unión libre 6) Separado(a)
 Escolaridad: _____
 Ocupación: _____ Tel. fijo: _____
 Celular: _____
 Domicilio: (calle y número) _____
 Colonia: _____ Junta Auxiliar: _____ Municipio: _____
 Familiar Responsable: _____ Tel./cel. _____
 Motivo de consulta: _____

RELATO BREVE DE LA SITUACIÓN POR LA CUAL SON ENTREVISTADOS

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

ESTRUCTURA FAMILIAR O GENOGRAMA

Incluir quien es el cuidador principal del niño(a)

FUENTES DE ESTRÉS EN LA FAMILIA

- () PRESENCIA DE SUCESOS O SITUACIONES ESTRESANTES EN LA FAMILIA QUE OBSTACULIZAN O INTERRUMPEN LOS ROLES Y ACTIVIDADES HABITUALES DE LA FAMILIA.
- () FORMA DE VIDA CAÓTICA O CONFLICTO FAMILIAR CONTINUO.
- () EL CONFLICTO ES PROVOCADO POR ALGUNA PERSONA EN PARTICULAR. _____

LIMITES

CLAROS	☐	_____
DIFUSOS	☐	_____
RÍGIDOS	☐	_____

DISCIPLINA Y CASTIGOS (COMO ES Y QUIEN LA EJERCE)

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

INTENTOS PREVIOS DE SOLUCIÓN
Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550

Tel. (222) 2.14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1149/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Dirección de Salud Integral
 Subdirección de Salud Mental
 Departamento de Atención Psicológica

REDES DE APOYO:

HABITOS DE ALIMENTACION E HIGIENE

SUEÑO

HISTORIA EDUCATIVA

Dificultades en el aprendizaje

Continuo cambio de escuela

Conducta en clases

FUNCIONAMIENTO CASÍ

Conductual:

Afectivo:

Somático:

Interpersonal:

Cognitivo:

TIPO DE VIOLENCIA

() FÍSICA

() ECONÓMICA

() SIMBÓLICA

() PSICOLÓGICA

() SEXUAL

() SOCIAL

() VERBAL

MODALIDAD DE VIOLENCIA POR LA CUAL SE SOLICITA EL SERVICIO

() VIOLENCIA FAMILIAR

() VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO

() ACOSO ESCOLAR

() VIOLENCIA DE PAREJA

() MALTRATO INFANTIL

() AUTOINFLIGIDA

() SECUELAS DE VIOLENCIA

CRONOLOGÍA DEL PROBLEMA (EPISODIOS DE VIOLENCIA Y CÓMO SUCEDIERON)

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
 C.P 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1149/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**
 Fecha de actualización: **09/09/2024**
 Fecha de elaboración: **13/07/2023**
 Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Antecedentes (médicos, psicológicos, toxicológicos)

¿Ha realizado alguna denuncia o iniciado un proceso legal?

¿Ha sentido en alguna ocasión que su vida ha estado en peligro?
 Sí () NO ()

Clinimetría (Escribir nombre del instrumento y análisis del mismo):

Impresión diagnóstica

1.

2.

3.

Pronóstico:

Plan

1.

2.

3.

Diagnóstico:

Nota de alta:

Nota de baja:

☐ Por inasistencias

☐ Por canalización

☐ Por solicitud del paciente

☐ Por término de tratamiento

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

Continúa en: Psicología: _____ y/o Psiquiatría: _____

Elaboró: _____

Nombre completo: _____

Cédula profesional: _____

Firma psicólogo (a): _____ Firma del paciente: _____



Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1149/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

HISTORIA CLÍNICA APV ADULTO FORM.1148/SMDIF/072224



Sistema Municipal
DIF

Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HISTORIA CLÍNICA APV PARA ADULTO

Fecha de elaboración: _____ Expediente: _____

A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente acepta, por medio de este documento, lo siguiente:

- Que de manera voluntaria solicita al Departamento de Atención Psicológica del Sistema Municipal DIF, la prestación de servicios de atención psicológica a través de la consulta externa, y autoriza al personal de la institución para practicarle una entrevista, seguimiento psicoterapéutico, baterías de pruebas, intervenciones psicológicas e intervenciones psicopedagógicas.
- Otorgar sus datos personales (incluyendo su número telefónico fijo y dirección) al psicólogo para el llenado del presente expediente clínico.
- En caso de menores de edad sólo se puede brindar el servicio con autorización exclusivamente del padre o representante legal.

B. CONTRATO TERAPÉUTICO

Cuando se asiste a un proceso psicoterapéutico es una decisión personal y responsable, donde se comprometen ambas partes en beneficio del paciente. Es por ello que, a partir de la firma al final de la presente historia clínica, usted tiene derecho y obligación a lo siguiente:

- El psicoterapeuta se compromete a proporcionar apoyo psicológico al paciente de acuerdo a los principios de conocimiento y de la ética profesional, previstos en el Código Ético del Psicólogo en México. Así mismo, se compromete a orientar con claridad al paciente en cuanto a su padecimiento, fijando objetivos terapéuticos claros, orientándolo y asesorándolo durante el tiempo que dure el tratamiento.
- El secreto profesional únicamente podría ser roto cuando la vida del usuario o la vida de terceros corra peligro y/o a solicitud de una autoridad judicial.
- El paciente se COMPROMETE a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr un cambio terapéutico en su persona, tratando de lograr su bienestar físico y mental.
- El paciente se COMPROMETE a asistir puntualmente a las citas que se programen con anterioridad; tendrá 10 minutos de tolerancia. En caso de abandono del proceso terapéutico, tendrá que reiniciar su tratamiento con el psicólogo que el departamento designe.
- El paciente está de acuerdo en cubrir el costo de las sesiones terapéuticas de acuerdo al nivel socioeconómico establecido en el estudio. Con excepción en la intervención en crisis.
- Puede darse el caso que el personal que le otorga su atención psicológica no pueda atenderle por causas inesperadas y, por tanto, no sea posible informarle con anterioridad; en estos casos, se reprogramará su cita al espacio más cercano del que se disponga en la agenda del prestador del servicio.

Toda la información recabada en el presente expediente es confidencial, por lo que no se entregará información a terceros, con excepción de las autoridades judiciales, a quienes sólo se les entregará un resumen clínico.

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550

Tel. (222) 2.14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1148/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

Nombre completo: _____ Edad: _____ Sexo: H M
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombres(s)
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Lugar de nacimiento: _____
 Estado civil: 1) Soltero(a) 2) Casado(a) 3) Viudo(a) 4) Divorciado(a) 5) Unión libre 6) Separado(a)
 Escolaridad: _____
 Ocupación: _____ Tel. fijo: _____
 Celular: _____
 Domicilio: (calle y número) _____
 Colonia: _____ Junta Auxiliar: _____ Municipio: _____
 Familiar Responsable: _____ Tel./cel. _____
Motivo de consulta: _____

RELATO BREVE DE LA SITUACIÓN POR LA CUAL SON ENTREVISTADOS

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1148/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

ESTRUCTURA FAMILIAR O GENOGRAMA

Incluir quien es el cuidador principal del niño(a)

FUENTES DE ESTRÉS EN LA FAMILIA

- () PRESENCIA DE SUCESOS O SITUACIONES ESTRESANTES EN LA FAMILIA QUE OBSTACULIZAN O INTERRUMPEN LOS ROLES Y ACTIVIDADES HABITUALES DE LA FAMILIA.
- () FORMA DE VIDA CAÓTICA O CONFLICTO FAMILIAR CONTINUO.
- () EL CONFLICTO ES PROVOCADO POR ALGUNA PERSONA EN PARTICULAR. _____

CREENCIAS Y EXPECTATIVAS PARENTALES ACERCA DE SUS HIJOS

PRACTICAS DE DISCIPLINA HACIA LOS HIJOS

LIMITES

CLAROS		_____
RÍGIDOS		_____
DIFUSOS		_____

JERARQUÍA

¿Quién toma las decisiones en el hogar? (económicas, educativas, administrativas etc.).

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1148/SMDIF/072224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

FUNCIONAMIENTO CASIC

Conductual: _____

Afectivo: _____

Somático: _____

Interpersonal: _____

Cognitivo: _____

ACTOS DE VIOLENCIA IDENTIFICADOS	SI	NO	GENERADOR (A)	FRECUENCIA
			A) Pareja	A) Rara vez
B) Ella/Él	B) Una vez al mes			
C) Compañero/a	C) Una vez a la semana			
D) Miembro de la familia política	D) Varias veces a la semana			
E) Miembro de la familia extensa	E) Diariamente			
F) Otro (especificar)	F) Sucedió en el pasado			

Nota: El nivel de severidad está determinado por la cantidad de actos cometidos (Leve: 1 - 2, Moderada: 3 - 4, Severa: 5 - 6). Cuando los actos de violencia son cometidos varias veces a la semana o diariamente, el nivel de severidad aumenta 1 nivel.

VIOLENCIA SIMBÓLICA

Le deja de hablar por un tiempo prolongado cuando se molesta con usted como una forma de castigo				
Azota las puertas				
Rompe cosas				
Golpea la pared				
Daña sus pertenencias				
La (o) ignora				
Otro:				
Nivel de severidad:				

VIOLENCIA ECONÓMICA

Le reclama cómo gasta el dinero				
Aunque tenga dinero ha sido codo (a) para sus gastos o los de la casa				
Ha amenazado con dejar de dar el gasto				
Ha dejado de dar el gasto				
É/ella maneja los recursos económicos y usted no tiene acceso				
Le ha quitado su dinero				
Otro:				
Nivel de severidad:				

VIOLENCIA SOCIAL

Le llama por teléfono varias veces al día para vigilarla (o)				
Crítica constantemente a sus familiares y amigos				
Se molesta si visita a seres queridos, amistades o si ellos la (o) visitan				
Se molesta si sale de casa				
Le prohíbe trabajar, estudiar o tener actividades fuera de casa				

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
 C.P 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1148/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

La (o) ha dejado encerrada (o)				
Revisa tus redes sociales				
Otro:				
Nivel de severidad:				
VIOLENCIA VERBAL				
Hace bromas o se burla de usted haciéndola (o) sentirse mal				
Le pone apodos o sobrenombres que la (o) insultan y ofenden				
La (o) compara con otras personas o hace comentarios haciéndola (o) sentirse menos				
Habla fuerte o grita haciéndole sentir miedo				
Crítica su físico y/o la manera como se ve				
La (o) insulta y le dice groserías				
Otro:				
Nivel de severidad:				
VIOLENCIA PSICOLÓGICA				
Se molesta si usted no cumple con sus obligaciones en casa				
Se molesta cuando usted llora o expresa lo que piensa o siente				
Le ha sido infiel y/o asegura que usted la (o) engaña				
La (o) evidencia o humilla frente a otras personas				
La (o) amenaza con quitarle a sus hijos				
La (o) hace sentirse menos o inferior a él/ella				
Alienación Parental				
Otro:				
Nivel de severidad:				
VIOLENCIA FÍSICA				
La (o) ha sujetado con fuerza				
La (o) ha empujado o jaloneado				
Le ha dado una cachetada				
La (o) ha golpeado con sus puños, a patadas o asfixiado				
La (o) ha golpeado con objetos, armas o amenazado con ello				
Cuando la (o) ha golpeado ha pensado que la (o) puede matar				
Otro:				
Nivel de severidad:				
VIOLENCIA SEXUAL				
Se molesta porque quiere usar anticonceptivos y/o preservativo				
Le ha contagiado una Enfermedad de Transmisión Sexual				
Toca su cuerpo aunque usted no lo desea, o la (o) espía cuando está desnuda (o)				

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
 C.P 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1148/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Se molesta si no quiere tener relaciones sexuales				
Cuando tienen relaciones sexuales la (o) ha forzado a hacer cosas que a usted no le gustan				
Ha usado su fuerza física para obligarla (o) a tener relaciones sexuales				
Otro:				
Nivel de severidad:				

ESTOS ACTOS HAN:	Aumentado		Disminuido		Se mantiene igual		Se resolvieron	
-------------------------	-----------	--	------------	--	-------------------	--	----------------	--

MODALIDAD DE VIOLENCIA POR LA CUAL SE SOLICITA EL SERVICIO

- ☐ VIOLENCIA FAMILIAR ☐ VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO ☐ ACOSO ESCOLAR
☐ VIOLENCIA DE PAREJA ☐ MALTRATO INFANTIL ☐ AUTOINFLIGIDA
☐ SECUELAS DE VIOLENCIA

CRONOLOGÍA DEL PROBLEMA (EPISODIOS DE VIOLENCIA Y CÓMO SUCEDIERON)

¿Ha realizado alguna denuncia o iniciado un proceso legal?

¿Ha sentido en alguna ocasión que su vida ha estado en peligro?

SÍ ☐ NO ☐

POSIBLES FACTORES DESENCADENANTES DE LOS ACTOS VIOLENTOS

Problemas económicos	Infidelidad por parte de él	
Desempleo	Infidelidad por parte de ella	
Ella entró a trabajar	Celos	
Alguien llegó a vivir con ellos	Por asuntos referentes a los (as) hijos (as)	
Consumo de alcohol u otras drogas	Otros:	

FASE DEL CICLO EN EL QUE SE ENCUENTRA AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA

- ☐ Acumulación de tensión ☐ Etapa aguda (explosión) ☐ No aplica
☐ Luna de miel ☐ Desplazamiento de culpa

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
 C.P 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1148/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

CONTRATO TERAPÉUTICO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO FORM.1149/SMDIF/072224, FORM.1148/SMDIF/072224



Sistema Municipal
DIF

Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA APV INFANTIL

Fecha de elaboración: ____/____/____ Expediente: _____

A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente acepta, por medio de este documento, lo siguiente:

- Que de manera voluntaria solicita al Departamento de Atención Psicológica del Sistema Municipal DIF, la prestación de servicios de atención psicológica a través de la consulta externa, y autoriza al personal de la institución para practicarle una entrevista, seguimiento psicoterapéutico, baterías de pruebas, intervenciones psicológicas e intervenciones psicopedagógicas.
- Otorgar sus datos personales (incluyendo su número telefónico fijo y dirección) al psicólogo para el llenado del presente expediente clínico.
- En caso de menores de edad sólo se puede brindar el servicio con autorización exclusivamente del padre o representante legal.

B. CONTRATO TERAPÉUTICO

Cuando se asiste a un proceso psicoterapéutico es una decisión personal y responsable, donde se comprometen ambas partes en beneficio del paciente. Es por ello que, a partir de la firma al final de la presente historia clínica, usted tiene derecho y obligación a lo siguiente:

- El psicoterapeuta se compromete a proporcionar apoyo psicológico al paciente de acuerdo a los principios de conocimiento y de la ética profesional, previstos en el Código Ético del Psicólogo en México. Así mismo, se compromete a orientar con claridad al paciente en cuanto a su padecimiento, fijando objetivos terapéuticos claros, orientándolo y asesorándolo durante el tiempo que dure el tratamiento.
- El secreto profesional únicamente podría ser roto cuando la vida del usuario o la vida de terceros corra peligro y/o a solicitud de una autoridad judicial.
- El paciente se COMPROMETE a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr un cambio terapéutico en su persona, tratando de lograr su bienestar físico y mental.
- El paciente se COMPROMETE a asistir puntualmente a las citas que se programen con anterioridad; tendrá 10 minutos de tolerancia. En caso de abandono del proceso terapéutico, tendrá que reiniciar su tratamiento con el psicólogo que el departamento designe.
- El paciente está de acuerdo en cubrir el costo de las sesiones terapéuticas de acuerdo al nivel socioeconómico establecido en el estudio. Con excepción en la intervención en crisis.
- Puede darse el caso que el personal que le otorga su atención psicológica no pueda atenderle por causas inesperadas y, por tanto, no sea posible informarle con anterioridad; en estos casos, se reprogramará su cita al espacio más cercano del que se disponga en la agenda del prestador del servicio.

Toda la información recabada en el presente expediente es confidencial, por lo que no se entregará información a terceros, con excepción de las autoridades judiciales, a quienes sólo se les entregará un resumen clínico.

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1149/SMDIF/072224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HISTORIA CLÍNICA APV PARA ADULTO

Fecha de elaboración: ____/____/____ Expediente: _____

A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente acepta, por medio de este documento, lo siguiente:

- Que de manera voluntaria solicita al Departamento de Atención Psicológica del Sistema Municipal DIF, la prestación de servicios de atención psicológica a través de la consulta externa, y autoriza al personal de la institución para practicarle una entrevista, seguimiento psicoterapéutico, baterías de pruebas, intervenciones psicológicas e intervenciones psicopedagógicas.
- Otorgar sus datos personales (incluyendo su número telefónico fijo y dirección) al psicólogo para el llenado del presente expediente clínico.
- En caso de menores de edad sólo se puede brindar el servicio con autorización exclusivamente del padre o representante legal.

B. CONTRATO TERAPÉUTICO

Cuando se asiste a un proceso psicoterapéutico es una decisión personal y responsable, donde se comprometen ambas partes en beneficio del paciente. Es por ello que, a partir de la firma al final de la presente historia clínica, usted tiene derecho y obligación a lo siguiente:

- El psicoterapeuta se compromete a proporcionar apoyo psicológico al paciente de acuerdo a los principios de conocimiento y de la ética profesional, previstos en el Código Ético del Psicólogo en México. Así mismo, se compromete a orientar con claridad al paciente en cuanto a su padecimiento, fijando objetivos terapéuticos claros, orientándolo y asesorándolo durante el tiempo que dure el tratamiento.
- El secreto profesional únicamente podría ser roto cuando la vida del usuario o la vida de terceros corra peligro y/o a solicitud de una autoridad judicial.
- El paciente se COMPROMETE a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr un cambio terapéutico en su persona, tratando de lograr su bienestar físico y mental.
- El paciente se COMPROMETE a asistir puntualmente a las citas que se programen con anterioridad; tendrá 10 minutos de tolerancia. En caso de abandono del proceso terapéutico, tendrá que reiniciar su tratamiento con el psicólogo que el departamento designe.
- El paciente está de acuerdo en cubrir el costo de las sesiones terapéuticas de acuerdo al nivel socioeconómico establecido en el estudio. Con excepción en la intervención en crisis.
- Puede darse el caso que el personal que le otorga su atención psicológica no pueda atenderle por causas inesperadas y, por tanto, no sea posible informarle con anterioridad; en estos casos, se reprogramará su cita al espacio más cercano del que se disponga en la agenda del prestador del servicio.

Toda la información recabada en el presente expediente es confidencial, por lo que no se entregará información a terceros, con excepción de las autoridades judiciales, a quienes sólo se les entregará un resumen clínico.

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1148/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

FORMATO DE CANALIZACIÓN FORM.1141 SMDIF 072224



Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

FORMATO DE CANALIZACIÓN

Fecha: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____ Ocupación actual: _____

Dirección: _____ Col: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____

Motivo de Consulta:

Servicio, programa y/o institución al que se canaliza:

Procedimiento:

Recomendaciones:

Atendido por:

Firma de la Psicóloga (o)

Firma del Interesado (a)

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1141/SMDIF/072224

Registro: PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024

Fecha de actualización: 09/09/2024

Fecha de elaboración: 13/07/2023

Número de Revisión: 02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

NOTA PSICOLÓGICA SUBSECUENTE FORM.1151 SMDIF 072224

	Puebla Contigo y con rumbo Gobierno Municipal	Sistema Municipal DIF	<i>Dirección de Atención a la Salud Subdirección de Salud Mental Departamento de Atención Psicológica</i>
NOTA PSICOLÓGICA SUBSECUENTE			
			Expediente: _____
			Fecha: _____
Acontecimientos relevantes entre sesiones:			

Tema principal trabajado durante la sesión:			

Prescripciones:			

Observaciones:			

Atendido por:			

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche C.P 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1151/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: 09/09/2024

Fecha de elaboración: 13/07/2023

Número de Revisión: 02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

TARJETA DE CITAS
FORM.1155 SMDIF 072224

[illegible]

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar atención psicopedagógica
Objetivo:	Otorgar y brindar apoyo psicoeducativo a las personas que acudan al Sistema Municipal DIF solicitando el servicio con el fin de velar por el bienestar emocional y educativo, a través de la atención Psicopedagógica, promoviendo la estabilidad emocional y el aprendizaje significativo de la población infantil del Municipio.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4. • Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167. • Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12. • Ley de Asistencia Social, Artículos 7. • Ley General de Responsabilidades Administrativas. • Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados Art. 2 Fracción V, VI, VII. • Ley Estatal de Salud, Artículo 2. • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos, 1, 8, 13 fracción III y 32. • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos. 1 y 2. • NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. • NOM-047-SSA2-2015 Para la atención a la salud del grupo etario 10 a 19 años. • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 7 fracción IV.1, IV. 1.1 IV. 1.2), y Artículo 40, 41 y 42. • Plan de Desarrollo Municipal 2021-2024.
Políticas de Operación:	1. Se otorgará el servicio a cualquier persona que viva en el Municipio de Puebla y requiera atención psicopedagógica. 2. Toda persona que solicite el servicio del área será asistida con respeto y amabilidad, atendiendo en todo momento a su calidad humana. 3. La/os Usuaría/os, al hacer uso de los servicios psicopedagógicos, deberán sujetarse a los horarios del área de Atención Psicopedagógica. Al término de la sesión de primera vez recibirán su tarjeta de citas con su siguiente cita proporcionada por la

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

psicopedagoga/go.

4. Los horarios de atención a la/os Usuaría/os de primera vez estarán sujetos a la disponibilidad de espacios y/o tiempo de acuerdo con actividades previamente programadas.
5. Se agendará fecha y hora en su tarjeta de citas cada vez que asista la usuaria/o a su sesión psicopedagógica para que acuda a su próxima sesión; la usuaria/o tendrá que acudir 10 minutos antes de la misma y realizar su pago. Este procedimiento se repetirá cada vez que la/el Usuaría/o acuda a sesión.
6. Las citas subsecuentes deberán ser otorgadas por las personas servidoras públicas que atiendan a la usuaria/o.
7. El analista (psicopedagoga/o) que se asigne canalizará a la usuaria/o a otros programas del Sistema Municipal DIF cuando la valoración correspondiente lo amerite o cuando la misma usuaria/o manifieste esa necesidad.
8. No se proporcionará información del estado emocional o de la dinámica familiar de las usuarias/os, ya que es información confidencial.
9. Los reportes psicopedagógicos deberán ser solicitados por las instituciones educativas a través de los padres de familia o tutores del menor evaluado, se hará entrega del reporte psicopedagógico de la Usuaría/o en sobre sellado.
10. Se respetarán las citas que se tienen agendadas por la psicopedagoga/o para Usuaría/os; en caso de que no esté disponible o tenga alguna otra función, se deberá dar aviso a la/el Usuaría/o y reagendar la cita.
11. El personal encargado de otorgar el servicio de atención psicopedagógica deberá llevar un control de personas atendidas y una base de datos considerando los datos personales de la Usuaría/o, motivo inicial de consulta y diagnóstico según aplique.

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

	12. Para el alta del proceso psicopedagógico se realizará una breve descripción del cierre del mismo en el apartado de nota de alta de la historia clínica y se recaba la firma de la usuaria/o. 13. Si la usuaria/o acumula 3 inasistencias consecutivas, será dado de baja de su proceso psicoterapéutico, y el analista(psicóloga/o) deberá colocar este motivo en el apartado de nota de baja. Si la usuaria/o estuviera interesada/o en continuar recibiendo el servicio de atención psicológica se deberá realizar el proceso para atención de primera vez.
	Tiempo Promedio de Gestión: 1 hora de la atención psicológica.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Procedimiento para otorgar atención psicopedagógica				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Solicita una ficha de atención, para agendar consulta de primera vez.	Ficha de Atención de Primera Vez FORM.1152 SMDIF 072224	Original
Analista consultiva/o	2	Recibe a la usuaria/o agenda una cita para realizar entrevista inicial.	Tarjeta de citas Form.1155 SMDIF 072224	Original
Usuaría/o	3	Realiza pago correspondiente el día de su cita y pasa al área de Psicopedagogía.		
Analista consultiva/o	4	Orienta a los familiares responsables sobre los servicios específicos que otorga el área, se les solicita leer y firmar un consentimiento informado que autoriza a la Psicopedagoga/o para la aplicación de entrevista, evaluación e intervenciones requeridas según el caso. Se realiza entrevista para elaborar la historia clínica de la usuaria/o y se agenda una cita para evaluación posterior.	Historia clínica Psicopedagógica FORM.561 SMDIF 112324 Contrato terapéutico FORM.1143 SMDIF 072224 Consentimiento informado FORM.1142 SMDIF 072224	Original
Usuaría/o	5	Asiste a las citas/s programadas para la aplicación de pruebas correspondientes.		
Analista consultiva/o	6	Aplica evaluación seleccionada en base a historia clínica. Según lo que detecte en la evaluación de la usuaria/o pasa a la actividad 7 o sino continua en la actividad 8.		

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

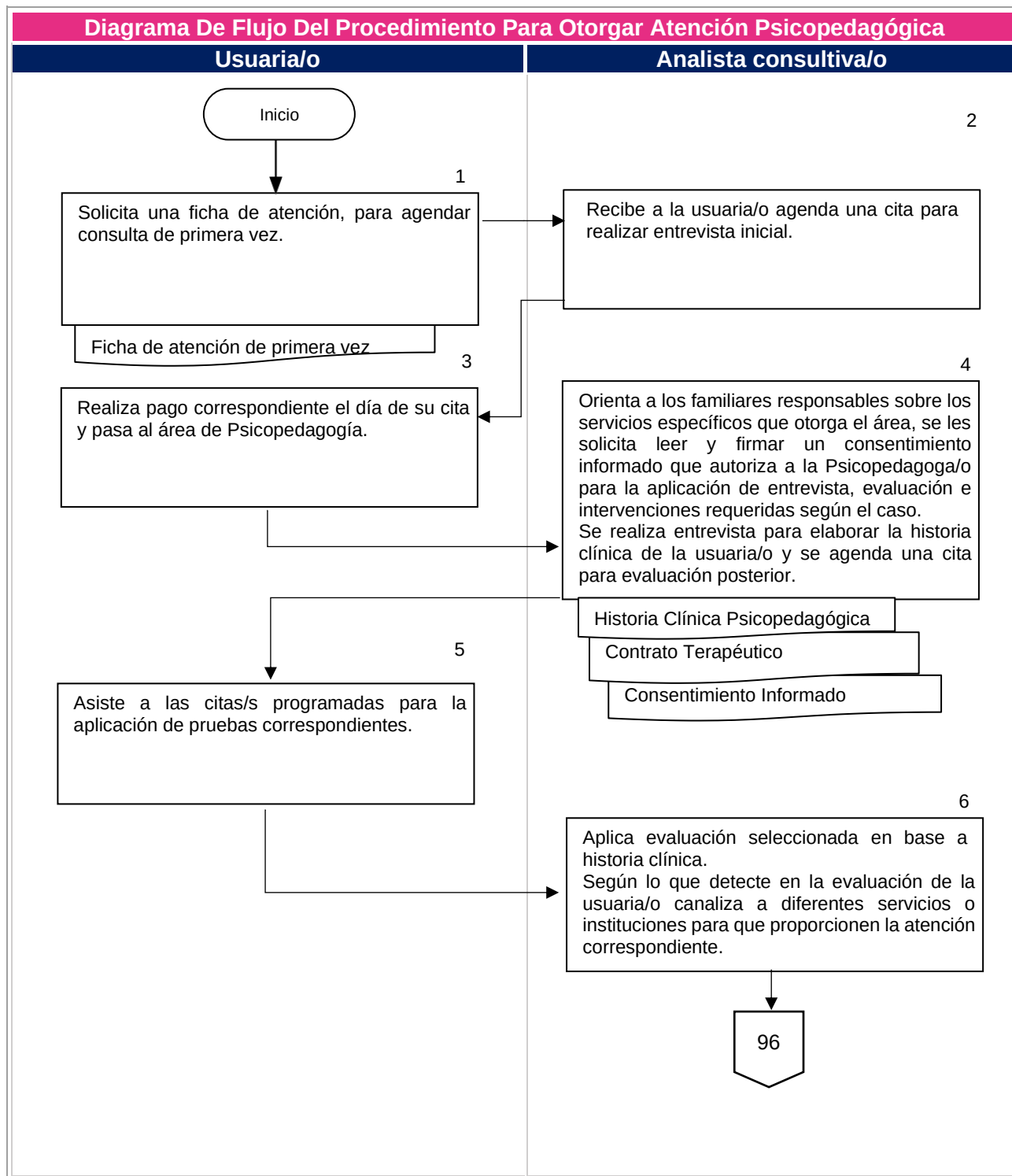
Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

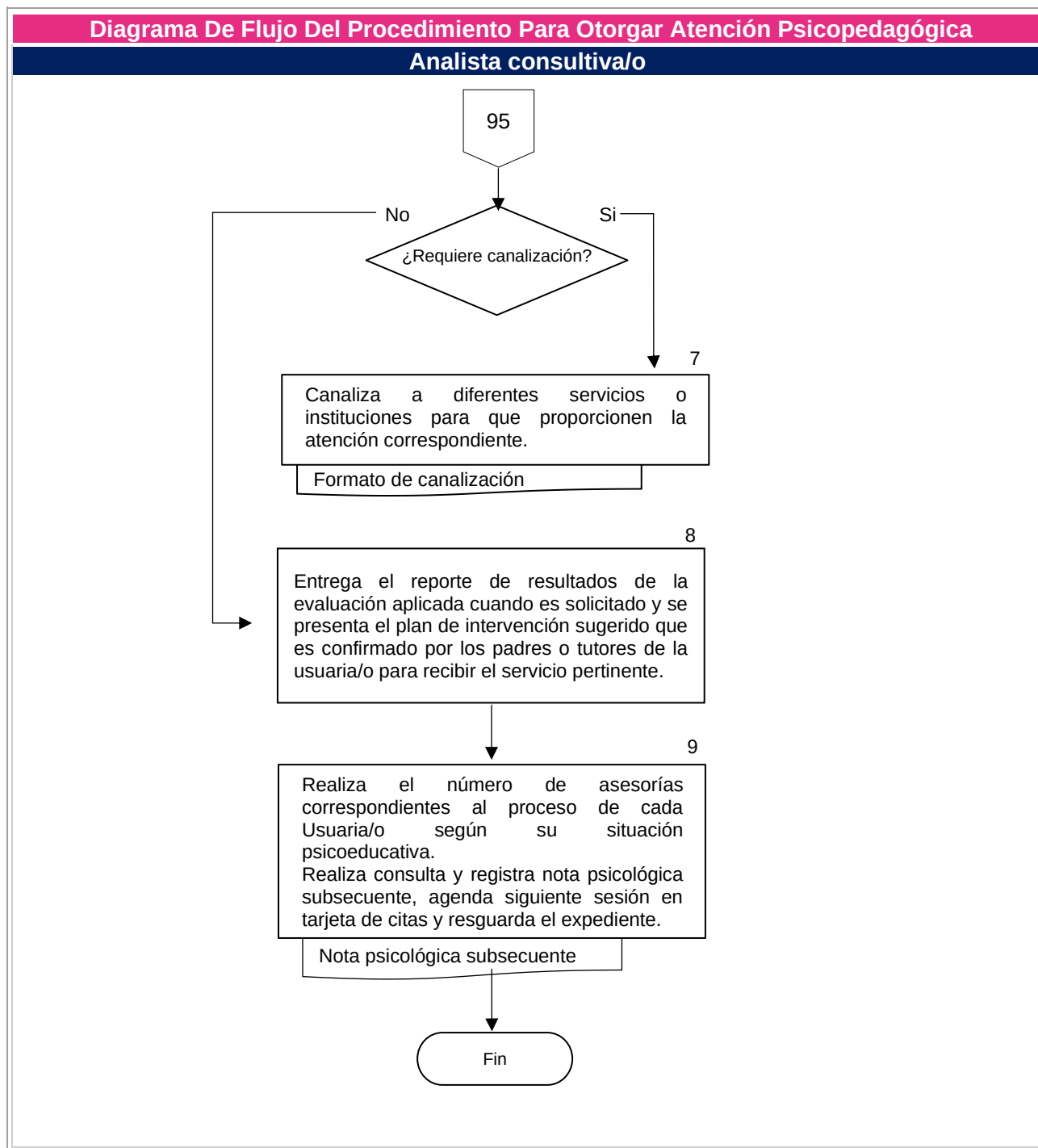
Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Procedimiento para otorgar atención psicopedagógica				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
	7	Canaliza a diferentes servicios o instituciones para que proporcionen la atención correspondiente.	Formato de Canalización FORM.1141 SMDIF 072224	Original y 1 Copia
	8	Entrega el reporte de resultados de la evaluación aplicada cuando es solicitado y se presenta el plan de intervención sugerido que es confirmado por los padres o tutores de la usuaria/o para recibir el servicio pertinente.		
	9	Realiza el número de asesorías correspondientes al proceso de cada Usuaría/o según su situación psicoeducativa. Realiza consulta y registra nota psicológica subsecuente, agenda siguiente sesión en tarjeta de citas y resguarda el expediente. Fin del proceso.	Nota Psicológica Subsecuente FORM.1151 SMDIF 072224	Original

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instrucciones del llenado

FICHA DE ATENCIÓN DE PRIMERA VEZ FORM.1152 SMDIF 072224



Puebla
Contigo y con rumbo
Gobierno Municipal

**Sistema Municipal
DIF**

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

FICHA DE ATENCIÓN DE PRIMERA VEZ

FECHA	CONSULTORIO	NOMBRE DEL PERSONAL
HORARIO		NOMBRE DEL PACIENTE
		(EN CASO DE SER MENOR DE EDAD) NOMBRE DEL PADRE Y/O TUTOR

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Av. Cos Marito #201 Col. San Bartolomé Compostela
C.P. 72550

Tel. (222) 2-14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1152/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

CONSENTIMIENTO INFORMADO FORM.1142 SMDIF 072224



Sistema Municipal
DIF

Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de elaboración: ____/____/____ Hora: ____

El (a) C. con nombre: _____ (o en su defecto su familiar responsable representante legal), solicita al Departamento de Atención Psicológica del Sistema Municipal DIF, la prestación de servicios de atención psicológica y/o psiquiátrica a través de la consulta externa, y autoriza al personal de la institución para practicarle una entrevista, seguimiento médico, baterías de pruebas, intervenciones psicológicas, intervenciones psicopedagógicas, exámenes de laboratorio y de gabinete que se juzguen necesarios para su diagnóstico y tratamiento.

El paciente acepta, por medio de este documento, lo siguiente:

- Otorgar sus datos personales (incluyendo su número telefónico fijo y dirección) al psicólogo (a) y/o médico para el llenado de su expediente clínico.
- Pagar de forma oportuna (en caso necesario) la atención recibida, cuyo recibo de pago será entregado al inicio de la sesión y/o consulta otorgada.
- Llegar puntualmente a sus citas subsecuentes, tomando en cuenta el pago previo del servicio otorgado, así como pasar previamente a la toma de signos vitales al servicio de enfermería.
- En caso de llegar atrasado, tiene el derecho a ser atendido por el tiempo que le reste a su consulta o podrá reagendarla, si así lo desea.
El tiempo inicial de consulta de primera vez en psicología y/o psiquiatría es de 45 - 60 minutos.
El tiempo de citas subsecuentes en el servicio de psicología es de 45 - 60 minutos.
El tiempo de citas subsecuentes en el servicio de psiquiatría es de 30 minutos.
- En caso de intervención en crisis, consulta en el Programa de Atención a la Violencia y/o Jóvenes en Progreso, el paciente NO pagará por el servicio prestado.
- En caso de agendar cita telefónica, usted será el responsable de anotar correctamente fecha y hora del servicio que será prestado.
- Puede darse el caso que el personal que le otorga su atención psicológica o médica no pueda atenderle por causas inesperadas y por tanto no sea posible informarle con anterioridad, en estos casos, se reprogramará su cita al espacio más cercano del que se disponga en la agenda del prestador (a) del servicio.

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1142/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

CONTRATO TERAPÉUTICO FORM.1143 SMDIF 072224



Sistema Municipal
DIF

Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

CONTRATO TERAPÉUTICO

Fecha de elaboración: ____/____/____ No. Expediente: ____ Hora: ____

Cuando se asiste a un proceso psicoterapéutico es una decisión personal y responsable, donde se comprometen ambas partes en beneficio del paciente.

Es por ello que, a partir de la firma de este contrato terapéutico, usted tiene derecho y obligación a lo siguiente:

1. El (a) psicoterapeuta se compromete a proporcionar apoyo psicológico al paciente de acuerdo a los principios de conocimiento y de la ética profesional, previstos en el Código Ético del Psicólogo en México. Así mismo, se compromete a orientar con claridad al paciente en cuanto a su padecimiento, fijando objetivos terapéuticos claros, orientándolo y asesorándolo durante el tiempo que dure el tratamiento.
2. Dejar el tratamiento psicoterapéutico con previo aviso al psicólogo (a).
3. El (a) psicoterapeuta se compromete a que la información que el paciente vierta en las sesiones terapéuticas, será tratada bajo los principios de confidencialidad y de respeto que marquen los cánones éticos de la Psicología, únicamente podría ser roto el principio de confidencialidad cuando su vida o la vida de terceros corra peligro.
4. Usted tiene derecho a una segunda opinión o cambio de psicoterapeuta, con aviso a la Jefatura del Departamento de Psicología.
5. El (a) paciente se COMPROMETE a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr un cambio terapéutico en su persona, tratando de lograr su bienestar físico y mental.
6. El (a) paciente se COMPROMETE a asistir puntualmente a las citas que se programen con anterioridad. En caso de no poder acudir, avisará al Terapeuta con 24 horas de anticipación como mínimo.
7. El (a) paciente está de acuerdo en cubrir el costo de las sesiones terapéuticas de acuerdo al nivel socioeconómico establecido en el estudio.
8. Se establecen ____ sesiones terapéuticas, con posibilidad de realizar un nuevo contrato terapéutico de ser necesario.

Nombre del (a) paciente: _____

Firma: _____

Nombre del (a) terapeuta: _____

Firma: _____

Familiar responsable (en caso de menores de edad): _____

Firma: _____

Dirección: _____ Colonia: _____

Junta Auxiliar: _____ Municipio: _____ Teléfono: _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1143/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

FORMATO DE CANALIZACIÓN FORM.1141 SMDIF 072224



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

FORMATO DE CANALIZACIÓN

Fecha: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____ Ocupación actual: _____

Dirección: _____ Col: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____

Motivo de Consulta:

Servicio, programa y/o institución al que se canaliza:

Procedimiento:

Recomendaciones:

Atendido por:

Firma de la Psicóloga (o)

Firma del Interesado (a)

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1141/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

HISTORIA CLÍNICA PSICOPEDAGÓGICA FORM.561-SMDIF-112324



Sistema Municipal
DIF

Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HISTORIA CLÍNICA PSICOPEDAGÓGICA

(De 4 a 15 años)

A. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: H M
Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Lugar de nacimiento: _____
Escolaridad: _____ Nombre de escuela: _____
Domicilio (calle y número): _____
Colonia: _____ Junta auxiliar: _____ Municipio: _____
Nombre del evaluador: _____

B. FAMILIAR RESPONSABLE

Nombre: _____ Contacto: _____

C. MOTIVO DE CONSULTA

D. EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso: _____

Talla: _____

Perímetro cefálico: _____

Visión: _____

Audición: _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.561/SMDIF/112324

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Dirección de Salud Integral
 Subdirección de Salud Mental
 Departamento de Atención Psicológica

Medicamentos:

E. HISTORIA FAMILIAR

Enfermedades o trastornos en familias colaterales (padres y hermanos)

¿Algún familiar con problemas semejantes? [SI] [No] ¿Quién? _____

	Familiar que lo presenta		Familiar que lo presenta
Problema de Lenguaje		Alcoholismo	
Deficiencia Sensorial		Enfermedad Psiquiátrica	
Parálisis cerebral		Síndrome de Down	
Epilepsia		Retraso global del desarrollo	
Déficit de la atención		Rezago escolar	
Problemas de coordinación motriz		Problemas de aprendizaje	
Drogadicción		Otros	

F. ATENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA PREVIA

¿En el pasado ha recibido algún tipo de asistencia profesional (médica, psicológica o psicopedagógica) para atender sus problemas? [SI] [No] ¿De qué tipo y por cuánto tiempo?

G. ANTECEDENTES PRENATALES

¿Fue un embarazo deseado? [SI] [No] ¿Tuvo la madre supervisión médica? [SI] [No]

Número de embarazos y abortos anteriores:

Indique si se produjo alguna de las siguientes complicaciones durante el embarazo:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Dificultad para quedarse embarazada | ☐ Aumento excesivo de peso | ☐ Sarampión |
| ☐ Hinchazón excesiva | ☐ Sangrado vaginal | ☐ Vómitos excesivos |
| ☐ Anemia | ☐ Rubéola | ☐ Problemas emocionales |

Otras (incompatibilidad del Rh, etc.): _____

¿Sufró lesiones la madre?: _____

Hospitalización durante el embarazo: _____

Medicación durante el embarazo: _____

Consumo de alcohol, tabaco u otras drogas durante el embarazo: _____

H. ANTECEDENTES PERINATALES

¿Cuándo nació, ¿Qué edad tenía la madre? _____ ¿Nació en hospital? [SI] [No] ¿Dónde? _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cua Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.561/SMDIF/112324

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Dirección de Salud Integral
 Subdirección de Salud Mental
 Departamento de Atención Psicológica

Indique las características del parto:

☐ Parto natural ☐ Parto hospitalario ☐ Cesárea ☐ Uso de fórceps
☐ Domiciliario ☐ Otro

Semanas de gestación:

Pretérmino (menos de 38 semanas)
 Término (38 semanas)
 Postérmino: (más de 42 semanas)

Otras complicaciones (problemas respiratorios, incubadora; etc.):

Apgar: _____ Peso: _____ Talla: _____

I. CONDICIONES DEL NIÑO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA

Actividad del niño

☐ Normal
☐ Hipoactivo
☐ Hiperactivo
☐ Flácido
☐ Espástico

J. DESARROLLO MOTOR

Indique la edad en la que el niño logró lo siguiente:

Caminar solo Gatear

En relación al control de esfínteres:

Vesical Anal
 Diurno Nocturno

K. DESARROLLO DEL LENGUAJE

¿Habla? [Si] [No]

Indique la edad en la que el niño logró lo siguiente:

Balbuceo
 Dijo 3 palabras
 Unió dos palabras
 Construyó frases

L. DESARROLLO ACTUAL

Audición: ☐ Normal ☐ Anormal
 Visión: ☐ Normal ☐ Anormal
 ¿Usa lentes? [Si] [No]

Habilidades en la vida diaria:

Autosuficiente:
 Deficiente en:

Motricidad Gruesa
 Hábil para: Correr [Si] [No] Bicicleta [Si] [No] Jugar [Si] [No]
 ¿Le gusta hacer deportes? [Si] [No] Cuales:
 Motricidad gruesa
 Hábil para: Escribir [Si] [No] Dibujar [Si] [No] Recortar [Si] [No]

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cua Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.561/SMDIF/112324

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**
 Fecha de actualización: **09/09/2024**
 Fecha de elaboración: **13/07/2023**
 Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Lenguaje
 Produce todos los sonidos de la lengua [Si] [No]
 Presenta tartamudez [Si] [No]
 Dificultades en la expresión [Si] [No] Cuáles:
 Dificultades para comprender [Si] [No] Cuáles:
 Lengua predominante en casa:
 Lengua secundaria:
 Describe un día ordinario en la vida del niño

¿Quién está involucrado en la educación del niño? ¿Quién representa una mayor figura de autoridad para él?

M. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Traumatismos craneoencefálicos [Si] [No] Pérdida de conciencia [Si] [No] Fecha y duración:
 Hospitalizaciones [Si] [No] Motivo:
 Convulsiones [Si] [No] Tipo y Frecuencia: Enfermedades infecto – contagiosas
 Sarampión [Si] [No] Meningitis [Si] [No] Encefalitis [Si] [No]

N. COMPORTAMIENTO (IMPRESIÓN DE LOS PADRES)

Comportamiento	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Notas
a) Actividad					
Hipoactivo					
Hiperactivo					
Destruyendo					
Agresivo					
b) Atención					
Constante					
Corta					
Nula					
Variable					
c) Crisis coléricas					
Berrinches					
Arroja cosas cuando se enoja					
Arremete verbalmente					
Irrascible					
d) Adaptación					
Se separa de los padres					
Se adecua a la situación					
Reacciones catastróficas					
e) Labilidad emocional					

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Llora muy fácilmente					
Pasa del llanto a la risa					
Se emociona muy fácilmente					
f) Relaciones familiares					
Dificultad para relacionarse con la madre					
Dificultad para relacionarse con el padre					
Dificultad para relacionarse con los hermanos					
g) Sueño					
Promedio de horas que duerme de noche					
Sonambulismo					
Duerme siesta					
Terrores nocturnos					
Dificultad para conciliar el sueño					
Difícil despertar					
Sueño continuo					
h) Comportamiento a la hora de comer					
Permanece sentado					
Juega con los cubiertos					
Come sin distracción					
i) Hábitos alimenticios					
¿Cuántas comidas al día realiza?					
¿Es selectivo con los alimentos?					
j) Tiempo libre					
TV					
Videojuegos					
Computadora					
Juegos al aire libre					
Juegos de fantasía					
Lectura					
Juegos colectivos					
Juegos de construcción					
k) Socialización					
Retraído					
Abierto					
Aislado					
Facilidad para hacer amigos					
Sus amigos son:					
De su edad					
Más grandes					
Más pequeños					
Otros					

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

O. INTELIGENCIA (IMPRESIÓN DE LOS PADRES)

☐ La esperada para la edad ☐ Por debajo del promedio ☐ Superior al promedio

P. MÉTODO DE DISCIPLINA

	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
Regaño				
Castigo físico				
Tiempo fuera				
Premio				
Convencimiento				
Otros				

Q. ESCOLARIDAD

¿Asiste a la escuela? ☐ Sí ☐ No

Educación bilingüe ☐ Sí ☐ No Segunda Lengua Edad de Inicio

Problemas específicos

☐ Lectura Escritura

☐ Cálculo

Lenguaje

☐ Hiperactividad

☐ Atención

☐ Otros

Guardería

Edad de ingreso ¿Por cuántos años?

Jardín de niños

Edad de ingreso ¿Por cuántos años?

Primaria

Edad de ingreso ¿Por cuántos años?

Rendimiento: ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo

Grados repetidos:

Clases particulares: Grado escolar Materia

Terapias de apoyo: Grado Escolar Materia

¿Qué tipo?

¿Por cuánto tiempo?

¿Problemas específicos?

R. APTITUDES E INTERESES ESCOLARES

	Mayor desempeño	Menor desempeño	Preferencia	No preferencia
Lectura				
Escritura				
Matemáticas				
Deportes				

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

Dibujo				
Ciencias				
Música				
Otras				

S. HITOS DEL DESARROLLO

- | | |
|---|--|
| ☐ Problemas emocionales, de conducta | ☐ Muerte de un familiar cercano |
| ☐ Severamente castigado | ☐ Abusos sexuales |
| ☐ Ignorado(a) | ☐ Enuresis/ encopresis |
| ☐ Problemas escolares | ☐ Terrores nocturnos |

T. EXPECTATIVAS DE ATENCIÓN

¿Qué espera que se logre con el proceso de atención psicopedagógico?

U. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Diagnósticos más comunes en niños

Trastornos del neurodesarrollo:

- ☐ Capacidad intelectual límite (R41.83)
- ☐ Trastorno del desarrollo del aprendizaje (6A03)
- ☐ Trastorno del desarrollo intelectual (6A00)
- ☐ Trastorno del desarrollo del aprendizaje con dificultades en la lectura (6A03.0)
- ☐ Trastorno del desarrollo del aprendizaje con dificultades en la escritura (6A03.1)
- ☐ Trastorno del desarrollo del aprendizaje con dificultades en matemáticas (6A03.2)
- ☐ Trastorno del desarrollo del aprendizaje con otras dificultades específicas del aprendizaje (6A03.3)
- ☐ Trastorno del espectro autista (6A02)
- ☐ Trastorno del desarrollo de la coordinación motora (6A04)
- ☐ Trastorno por hiperactividad con déficit de atención (6A05)
- ☐ Trastornos del neurodesarrollo, sin especificación (6A0Z)
- ☐ Otros: _____

NOTA DE ALTA

B. NOTA DE BAJA

☐ Por inasistencias ☐ Por canalización ☐ Por solicitud del paciente ☐ Por término de tratamiento

Nombre y firma del paciente:

Nombre y firma del familiar responsable:

Nombre y firma de quien elabora (S.S./P.P.):

Nombre y firma de titular:

Céd. Prof.

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cuo Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.561/SMDIF/112324

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

NOTA PSICOLÓGICA SUBSECUENTE FORM.1151 SMDIF 072224

 Puebla Contigo y con rumbo Gobierno Municipal	Sistema Municipal DIF	<i>Dirección de Atención a la Salud Subdirección de Salud Mental Departamento de Atención Psicológica</i>
NOTA PSICOLÓGICA SUBSECUENTE		
		Expediente: _____
		Fecha: _____
Acontecimientos relevantes entre sesiones:		
_____ _____ _____ _____ _____		
Tema principal trabajado durante la sesión:		
_____ _____ _____		
Prescripciones:		
_____ _____ _____		
Observaciones:		
_____ _____ _____ _____ _____		
Atendido por:		

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72550

 Tel. (222) 2,14,00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1151/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: 09/09/2024

Fecha de elaboración: 13/07/2023

Número de Revisión: 02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

TARJETA DE CITAS

FORM.1155 SMDIF 072224

[illegible]

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para realizar experiencias Psicoeducativas.
Objetivo:	Acercar el apoyo psicoeducativo a las familias poblanas a través de la aplicación de técnicas terapéuticas para el desarrollo de habilidades para la vida y el fortalecimiento de la resiliencia.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4. • Ley General de Salud, Artículos 23, 24,167. • Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12. • Ley de Asistencia Social, Artículos 7. • Ley General de Responsabilidades Administrativas • Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12 fracción V. • Ley Estatal de Salud, Artículo 2. • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos, 1, 8, 13 fracción III y 32. • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos. 1 y 2. • NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. • NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. • NOM-047-SSA2-2015 Para la atención a la salud del grupo etario 10 a 19 años. • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 7 fracción IV.1, IV. 1.1 IV. 1.2), y Artículo 40, 41 y 42. • Plan de Desarrollo Municipal 2021-2024
Políticas de Operación:	1. Se otorgará el servicio a cualquier persona que lo solicite dentro del Municipio de Puebla. 2. Todos los Usuaría/os y personas que soliciten el servicio del área serán asistidos con respeto y amabilidad, atendiendo en todo momento a su calidad humana. 3. El servicio se realizará en espacios abiertos y parques y consiste de sesiones denominadas experiencias psicoeducativas.

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

	4. Para ser beneficiado por este servicio la/el Usuaría/o deberá solicitar por oficio las sesiones de experiencias psicoeducativas al departamento de prevención psicosocial. 5. La usuaria/o deberá convocar un grupo con mínimo 10 personas para poder llevar a cabo la sesión de experiencia psicoeducativa, en caso de no contar con el aforo necesario será responsabilidad de las/os analistas (psicóloga/o) gestionar la asistencia del mínimo de personas requeridas. 6. Las programaciones de las sesiones de las experiencias psicoeducativas serán otorgadas por los Analistas (psicólogas/os) de acuerdo con la disponibilidad de agenda se confirma fecha, hora, tema, público a quien va dirigido. 7. Coordinadora/or técnica/o (psicóloga/go) deberá brindar las sesiones en el lugar confirmado. 8. Si durante la sesión la/el Coordinadora/or técnica/o (psicóloga/go) observa a una persona en un estado emocional alterado deberá de intervenir en un acercamiento uno a uno para dar contención. En caso de que la/el Coordinadora/or técnica/o (psicóloga/go) lo considere necesario y/o la propia persona manifieste esa necesidad se realiza su canalización al área de atención psicológica del SMDIF. 9. Al cierre de la sesión Coordinadora/or técnica/o (psicóloga/go) realizará una encuesta de satisfacción con los asistentes para identificar fortalezas y áreas de mejora. 10. La/el coordinadora/or técnica/o (psicóloga/go) deberá entregar la evidencia fotográfica, listas de asistencia y formatos de solicitud a la Subdirección de Salud Mental.
Tiempo Promedio de Gestión:	1 hora.

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: 09/09/2024

Fecha de elaboración: 13/07/2023

Número de Revisión: 02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para realizar experiencias psicoeducativas.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Solicita información de manera presencial en el Departamento de Prevención Psicosocial.		
Analista A y Coordinadora/or Técnica/o (Psicóloga/o)	2	Otorga al Usuaría/o la información y requisitos de las sesiones psicoeducativas.		
	3	Otorga a la Usuaría/o los formatos de autorización de los programas de Salud Mental y el formato de registro de los programas de salud mental para la experiencia psicoeducativa.	Formato de registro de los programas de Salud Mental FORM. 158/SMDIF/022324 Formato de autorización de los programas de Salud Mental FORM. 159/SMDIF/022324	Original
Usuaría/o	4	Entrega debidamente requisitado el formato de autorización de los programas de Salud Mental y el formato de registro de los programas de salud mental para la experiencia psicoeducativa	Formato de registro de los programas de Salud Mental FORM. 158/SMDIF/022324 Formato de autorización de los programas de Salud Mental FORM. 159/SMDIF/022324	Original
Analista A y Coordinadora/or Técnica/o (Psicóloga/o)	5	Recibe el formato de autorización de los programas de Salud Mental y el formato de registro de los programas de salud mental para la experiencia psicoeducativa para su resguardo y brinda las fechas disponibles y agenda la sesión psicoeducativa y define el número de participantes.	Formato de registro de los programas de Salud Mental FORM. 158/SMDIF/022324 Formato de autorización de los programas de Salud Mental	Original

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

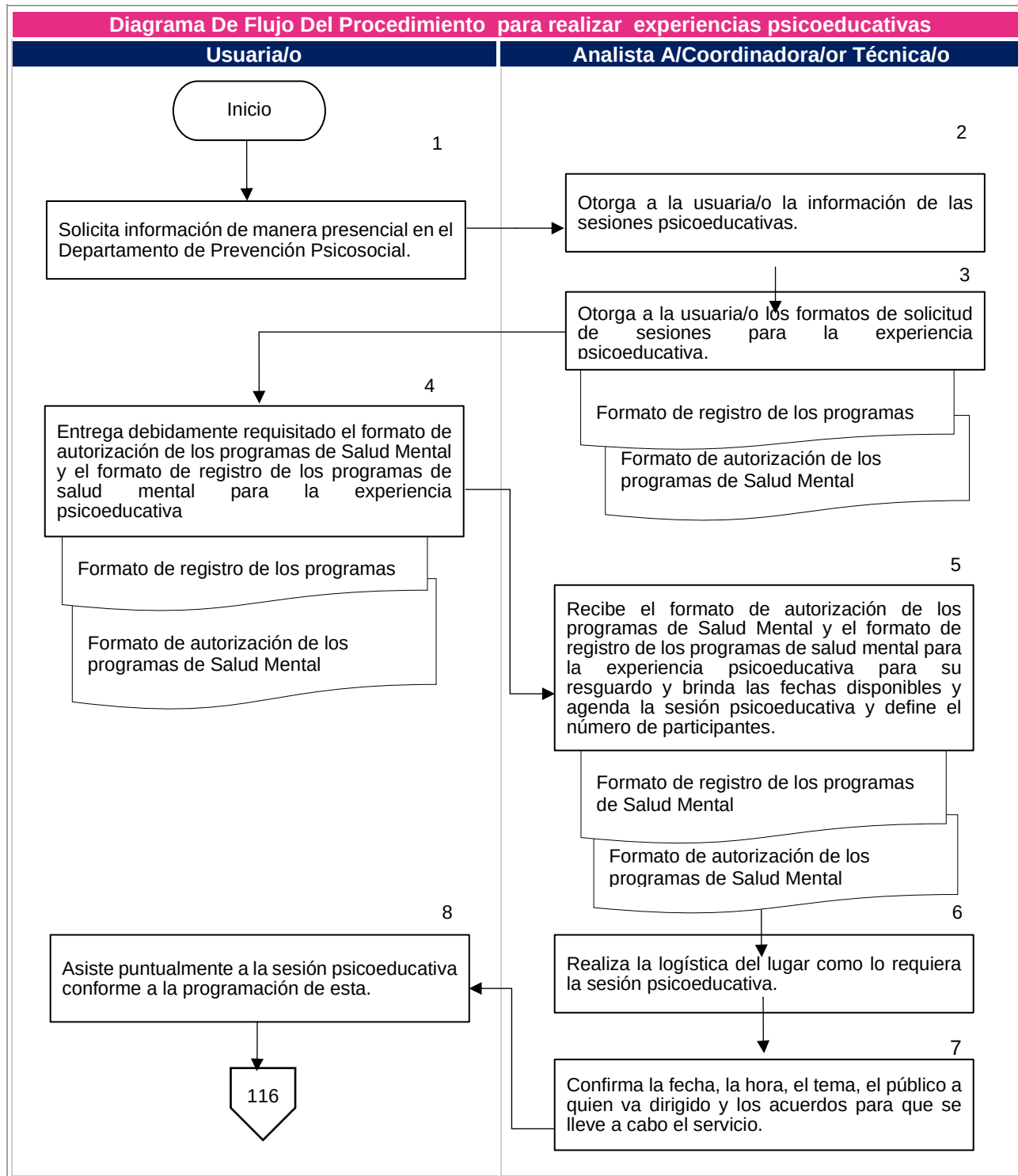
Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para realizar experiencias psicoeducativas.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
			FORM. 159/SMDIF/022324	
	6	Realiza la logística del lugar como lo requiera la sesión psicoeducativa.		
	7	Confirma la fecha, la hora, el tema, el público a quien va dirigido y los acuerdos para que se lleve a cabo el servicio.		
Usuaría/o	8	Asiste puntualmente a la sesión psicoeducativa conforme a la programación de esta.		
Analista A y Coordinadora/or Técnica/o (Psicóloga/o)	9	Llena el formato de lista de asistencia con la información brindada por las Usuaría/os.	Lista de asistencia FORM.1139-A/SMDIF/042324	Original
	10	Lleva a cabo la sesión psicoeducativa, apegándose a la carta descriptiva de esta.	Oficio	Original
	11	Entrega a la Subdirección de Salud Mental el Formato de registro de los programas de Salud Mental, Listas de asistencia y evidencia fotográfica	Lista de asistencia FORM.1139-A/SMDIF/042324 Formato de registro de los programas de Salud Mental FORM.158/SMDIF/022324	Original
		Fin del procedimiento.		

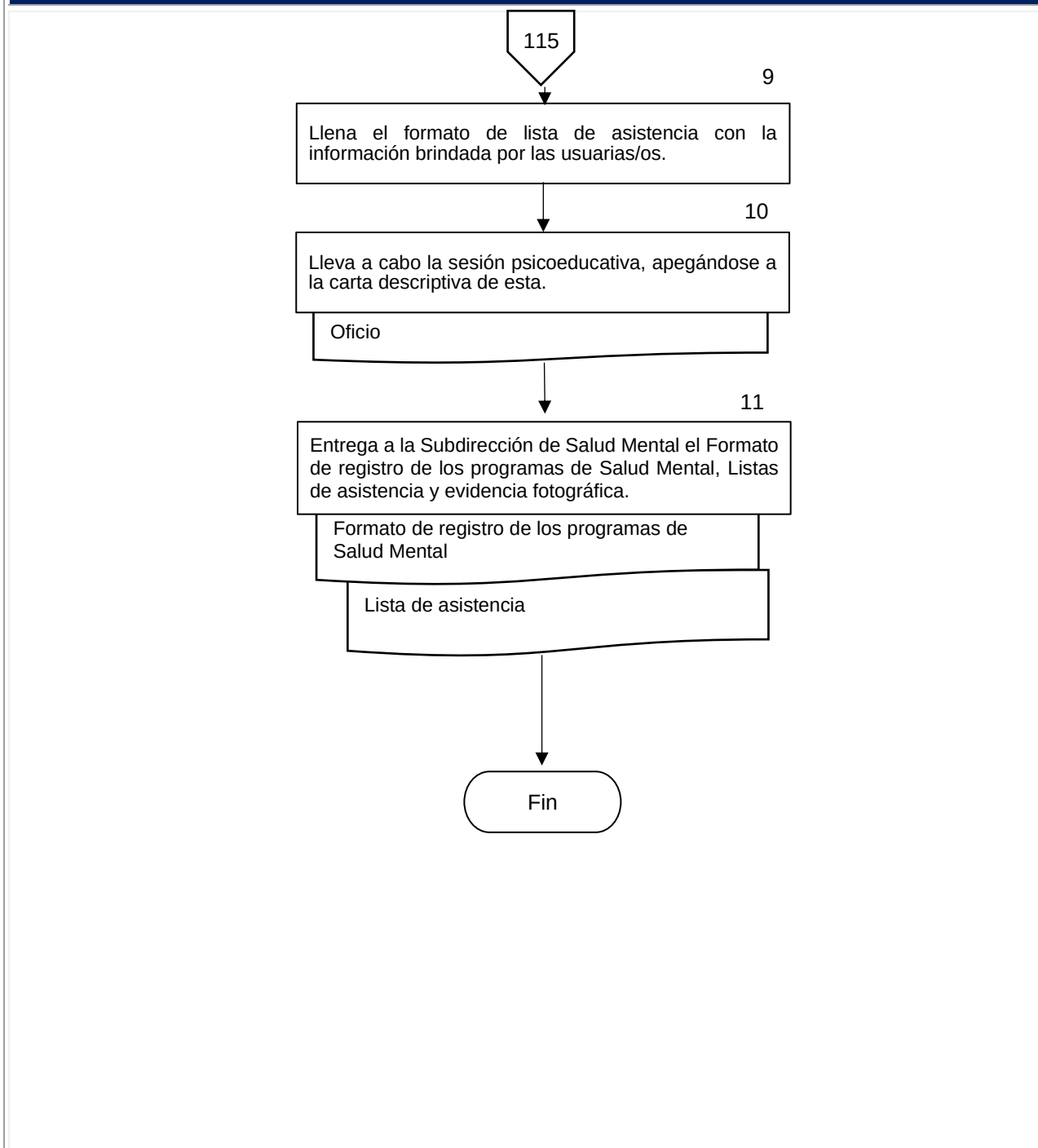
Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Diagrama de flujo del Procedimiento para realizar experiencias psicoeducativas

Analista A o Coordinadora/or Técnica/o



Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instrucciones del llenado

FORMATO DE REGISTRO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD MENTAL FORM.158/SMDIF/022324



Sistema Municipal
DIF



Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

FORMATO DE REGISTRO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD MENTAL

PROGRAMA: _____ Fecha: _____

Nombre del Programa:
Nombre del Lugar:
Dirección:
Colonia:
Junta Auxiliar:
Tema que se impartió:
No. de Talleres / Grupos:
No. de personas de 1ra. Vez beneficiadas:
No. de niñas 0-11 años:
No. de niños 0-11 años:
No. de niñas 12-17 años:
No. de niños 12-17 años:
No. de mujeres 18-59 años:
No. de hombres 18-59 años:
No. de mujeres de 60 en adelante:
No. de hombres de 60 en adelante:
No. de personas de Subsecuentes:
Total de personas Atendidas:

Sello y/o firma
del
Departamento

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72550

Tel. (222) 2.14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.158/SMDIF/022324

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

LISTA DE ASISTENCIA FORM.1139-A/SMDIF/042324

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

LISTA DE ASISTENCIA

Lugar que visita:

Dirección: _____ Colonia: _____ Junta Auxiliar: _____

Programa: _____ Grado: _____ Grupo: _____

Tema: _____ Fecha: _____ Hora: _____

No.	Nombre del asistente	Edad	Sexo		Fecha de Nacimiento	CURP	Contacto (Teléfono)	Firma
			Mujer	Hombre				
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Total:

--	--

Nombre del (a) Psic.: _____ Firma: _____

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD MENTAL FORM.159-A/SMDIF/022324

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD MENTAL

PROGRAMA: _____

LUGAR DE IMPARTICIÓN	
DIRECCIÓN	
COLONIA Y JUNTA AUXILIAR	
TELÉFONOS ESCUELA CELULAR	
TEMA	
FECHA	
HORA	
MATERIAL	
PÚBLICO A QUIEN VA DIRIGIDO	
PERSONAL QUE IMPARTIRÁ LA PLÁTICA	
TRANSPORTE	
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN AUTORIZA AL PERSONAL DE DIF A IMPARTIR SESIONES GRUPALES	
ESPECIFICACIONES DE LA INSTITUCIÓN	
OBSERVACIONES	

NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL GESTOR

Contigo y con rumbo

SELLO DE LA INSTITUCIÓN

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.159/SMDIF/022324

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para realizar evaluaciones y/o tamizajes para detección de riesgos psicosociales.
Objetivo:	Reconocer mediante las evaluaciones y tamizajes en la adolescencia cuales son los riesgos y la vulnerabilidad más presente y la relación con el suicidio para poder detectarlo y prevenirlo.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4. • Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167. • Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12. • Ley de Asistencia Social, Artículos 7. • Ley General de Responsabilidades Administrativas • Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12 fracción V. • Ley Estatal de Salud, Artículo 2. • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos, 1, 8, 13 fracción III y 32. • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos. 1 y 2. • NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. • NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. • NOM-047-SSA2-2015 Para la atención a la salud del grupo etario 10 a 19 años. • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 7 fracción IV.1, IV. 1.1 IV. 1.2), y Artículo 40, 41 y 42. • Plan de Desarrollo Municipal 2021-2024
Políticas de Operación:	1. Todos las Usuarios/os y personas que soliciten el servicio del área serán asistidos con respeto y amabilidad, atendiendo en todo momento a su calidad humana. 2. La institución que solicite el servicio deberá firmar la solicitud del tamizaje. 3. Las citas para visitas de las escuelas serán otorgadas por las/os Analistas (psicólogas/os). 4. Se realizará un diagnóstico a través de los instrumentos de medición de riesgos psicosociales que sirven para detectar: Uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral, conducta agresiva/delincuencial, entre otros.

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

	5. La/el Coordinadora/or Técnica/o (psicóloga/o) asignada/o deberá canalizar al estudiante identificado al servicio psicológico del Sistema Municipal DIF y a las instituciones especializadas de acuerdo con la problemática detectada. 6. Dado que es información confidencial no se proporcionará el diagnóstico ni los resultados de las pruebas Tamizadas, estado emocional, ni ninguna otra información de los pacientes, a alguien que no cumpla lo indicado en la norma (NOM-004 SSA-3 2012). 7. Los reportes psicológicos serán emitidos siempre y cuando la solicitud la realice las autoridades competentes tales como medidas cautelares, fiscalía y juzgado de lo familiar, los mismos deberán ser solicitados vía oficio y se harán en forma de ficha informativa, resumen o constancia del expediente clínico y se entregará en sobre sellado. 8. En ningún caso el personal que labora en el Departamento de Prevención Psicosocial estará autorizado para tomar decisiones respecto de custodia temporal o patria potestad, ya que éstas le corresponden a un Juez de lo Familiar. 9. En caso de que la/la alumna/o entre en crisis, el personal realizará la intervención psicológica, y elaborará Formato de Canalización al departamento de atención psicológica e inicio de su tratamiento psicoterapéutico en caso de que él esté interesado. 10. A los alumnos detectados con riesgo se les brindaran pláticas para prevención y canalización a otra área si lo amerita.
Tiempo Promedio de Gestión:	1 hora.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para realizar evaluaciones y/o tamizajes para detección de riesgos psicosociales				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Coordinadora/or Técnica/o (Psicóloga/o)	1	Acude a la escuela para promover evaluación o tamizaje en las instituciones educativas.	N/A	
Usuaría/o (Directora/or)	2	Acepta que se realice la evaluación o tamizaje en la institución educativa.	N/A	
Coordinadora/or Técnica/o (Psicóloga/o)	3	Confirma la fecha, la hora, el tema de la evaluación o tamizaje, la población objetivo y los acuerdos para que se lleve a cabo el servicio.	N/A	
Coordinadora/or Técnica/o (Psicóloga/o)	4	Otorga a la/el Usuaría/o (directora/or) el instrumento de medición de riesgos psicosociales para su conocimiento y formato de asistencia a la aplicación de pruebas y/o test.	Lista de asistencia FORM.1139-A/SMDIF/040324 Formato de asistencia a la aplicación de pruebas y/o test FORM.1158/SMDIF/072224	Original
Usuaría/o (Directora/or)	5	Programa con la Coordinadora/or Técnica/o el día que asiste a la evaluación el formato de asistencia a la aplicación de pruebas y/o test debidamente requisitado.	Lista de asistencia FORM.1139-A/SMDIF/040324 Formato de asistencia a la aplicación de pruebas y/o test FORM.1158/SMDIF/072224	Original
Coordinadora/or Técnica/o (Psicóloga/o)	6	Lleva a cabo la aplicación de los instrumentos de medición de riesgos psicosociales en la institución educativa.	Instrumento de medición FORM.1141/SMDIF/072224	Original

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

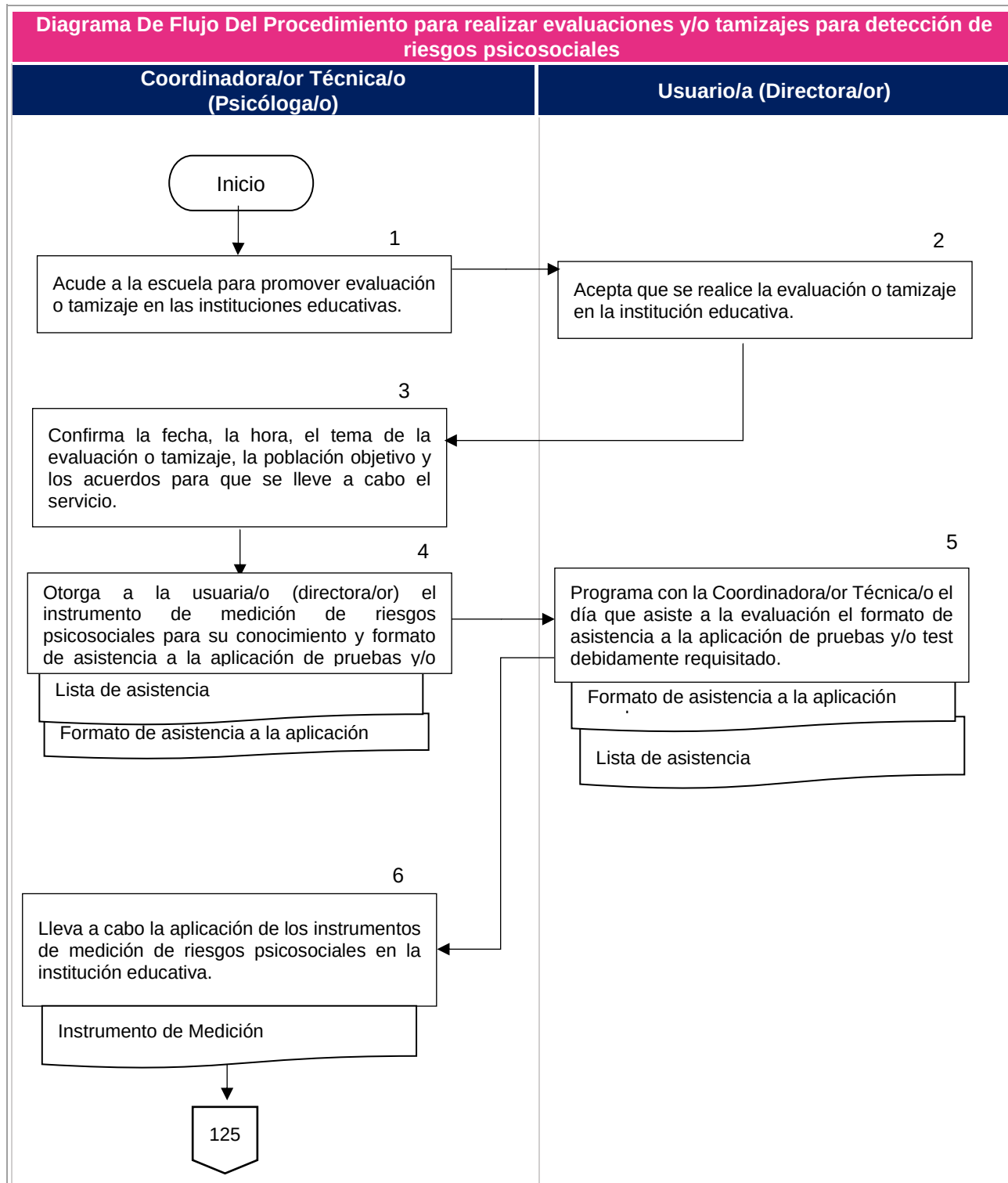
Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

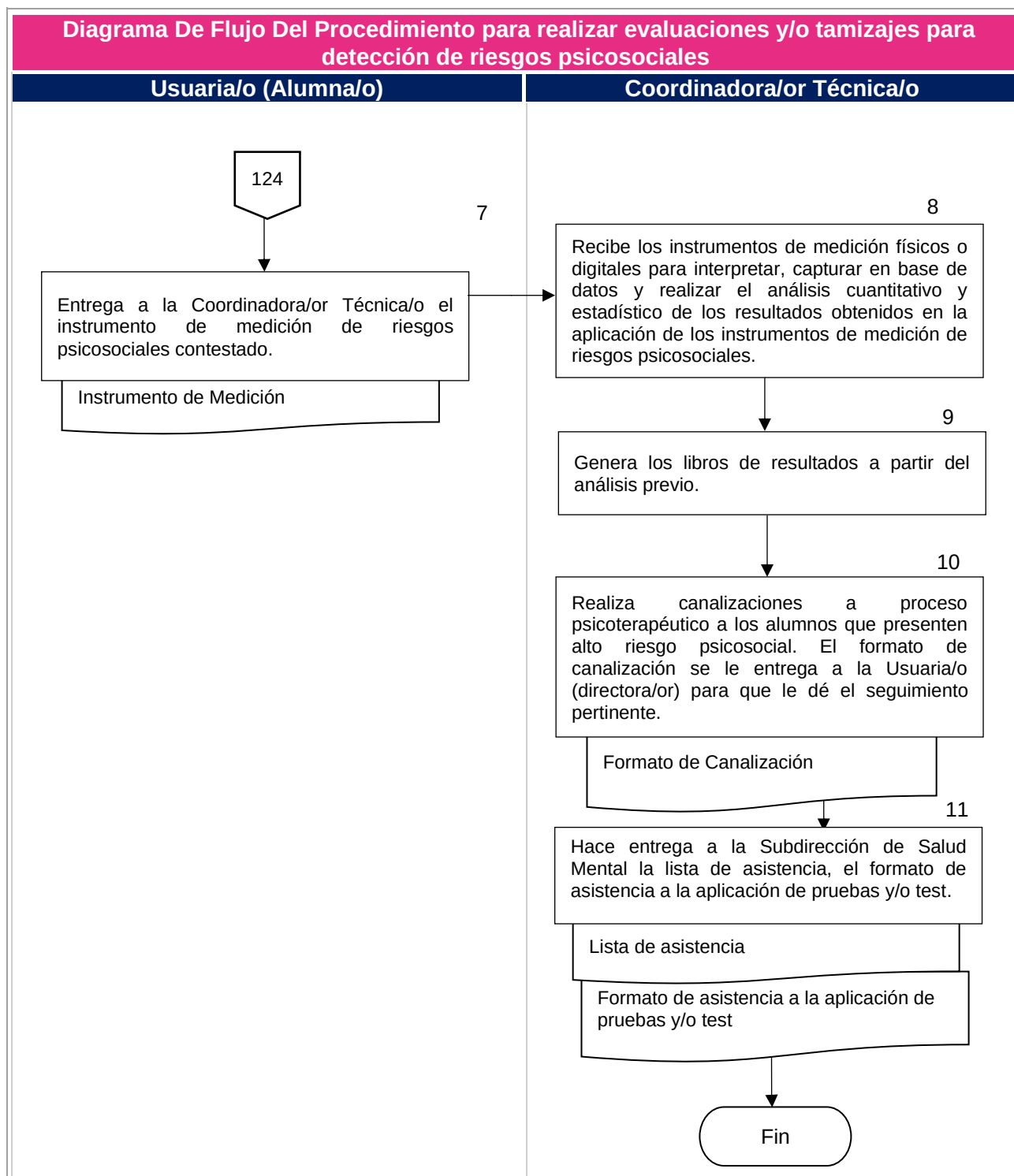
Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para realizar evaluaciones y/o tamizajes para detección de riesgos psicosociales				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o (Alumna/o)	7	Entrega a la Coordinadora/or Técnica/o el instrumento de medición de riesgos psicosociales contestado.	Instrumento de medición FORM.1141/ SMDIF/072224	Original
Coordinadora/or Técnica/o (Psicóloga/o)	8	Recibe los instrumentos de medición físicos o digitales para interpretar, capturar en base de datos y realizar el análisis cuantitativo y estadístico de los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos de medición de riesgos psicosociales.		
	9	Genera los libros de resultados a partir del análisis previo.		
	10	Realiza canalizaciones a proceso psicoterapéutico a los alumnos que presenten alto riesgo psicosocial. El formato de canalización se le entrega a la Usuaría/o (directora/or) para que le dé el seguimiento pertinente.	Formato de Canalización FORM.1141 SMDIF 072224	Original
	11	Hace entrega a la Subdirección de Salud Mental la lista de asistencia, el formato de asistencia a la aplicación de pruebas y/o test Fin del procedimiento.	Lista de asistencia FORM.1139- A/SMDIF/040324 Formato de asistencia a la aplicación de pruebas y/o test FORM. 1158/SMDIF/072 224	Original

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instrucciones del llenado

FORMATO DE ASISTENCIA A LA APLICACIÓN DE PRUEBAS Y/O TEST FORM. 1158/SMDIF/072224



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

FORMATO DE ASISTENCIA A LA APLICACIÓN DE PRUEBAS Y/O TEST

Fecha:

Nombre de la Institución:
Dirección:
Colonia:
Junta Auxiliar:
Teléfono de la institución:
Tema que se impartió:
No. de pruebas y/o test
No. de personas beneficiadas:
No. de niñas 0-11 años:
No. de niños 0-11 años:
No. de niñas 12-17 años:
No. de niños 12-17 años:
No. de mujeres 18-59 años:
No. de hombres 18-59 años:
No. de mujeres de 60 en adelante:
No. de hombres de 60 en adelante:

Sello y/o firma

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cua Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1158/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

LISTA DE ASISTENCIA FORM.1139-A/SMDIF/040324

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

LISTA DE ASISTENCIA

Lugar que visita:

Dirección: _____ Colonia: _____ Junta Auxiliar: _____
Programa: _____ Grado: _____ Grupo: _____
Tema: _____ Fecha: _____ Hora: _____

No.	Nombre del asistente	Edad	Sexo		Fecha de Nacimiento	CURP	Contacto (Teléfono)	Firma
			Mujer	Hombre				
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Total:

Nombre del (a) Psic.: _____ Firma: _____

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

FORMATO DE CANALIZACIÓN FORM.1141 SMDIF 072224



Puebla
Contigo y con rumbo
Gobierno Municipal

Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Subdirección de Salud Mental
Departamento de Atención Psicológica*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

FORMATO DE CANALIZACIÓN

Fecha: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____ Ocupación actual: _____

Dirección: _____ Col: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____

Motivo de Consulta:

Servicio, programa y/o institución al que se canaliza:

Procedimiento:

Recomendaciones:

Atendido por:

Firma de la Psicóloga (o)

Firma del Interesado (a)

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cus Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1141/SMDIF/072224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN FORM.1141 SMDIF 072224

Cuestionario de Ansiedad, Depresión y Desesperanza

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: M/F

Teléfono: _____

GRADO: _____ GRUPO: _____

Hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lee cada uno atentamente y marca la opción de cómo te has sentido en la última semana incluyendo hoy.

	En absoluto	Levemente	Modestamente	Severamente
1 Torpe o entumecido,	☐	☐	☐	☐
2 Acalorado,	☐	☐	☐	☐
3 Con temblor en las piernas,	☐	☐	☐	☐
4 Incapaz de relajarse	☐	☐	☐	☐
5 Con temor a que ocurra lo peor,	☐	☐	☐	☐
6 Mareado, o que se le va la cabeza,	☐	☐	☐	☐
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados,	☐	☐	☐	☐
8 Inestable,	☐	☐	☐	☐
9 Atemorizado o asustado,	☐	☐	☐	☐
10 Nervioso,	☐	☐	☐	☐
11 Con sensación de bloqueo,	☐	☐	☐	☐
12 Con temblores en las manos,	☐	☐	☐	☐
13 Inquieto, inseguro,	☐	☐	☐	☐
14 Con miedo a perder el control,	☐	☐	☐	☐
15 Con sensación de ahogo,	☐	☐	☐	☐
16 Con temor a morir,	☐	☐	☐	☐
17 Con miedo,	☐	☐	☐	☐
18 Con problemas digestivos,	☐	☐	☐	☐
19 Con desvanecimientos,	☐	☐	☐	☐
20 Con rubor facial,	☐	☐	☐	☐
21 Con sudores, fríos o calientes,	☐	☐	☐	☐

Por favor, señala si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

	V	F
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	☐	☐
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	☐	☐
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	☐	☐
4. No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años	☐	☐
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	☐	☐
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	☐	☐
7. Mi futuro me parece oscuro	☐	☐
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	☐	☐
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	☐	☐
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	☐	☐
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	☐	☐
12. No espero conseguir lo que realmente deseo	☐	☐
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	☐	☐
14. Las cosas no marchan como yo quisiera	☐	☐
15. Tengo una gran confianza en el futuro	☐	☐
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	☐	☐
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	☐	☐
18. El futuro me parece vago e incierto	☐	☐
19. Espero más bien épocas buenas que malas,	☐	☐
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	☐	☐
21. ¿Has pensado en quitarte la vida? SI/NO	☐	☐
22. ¿Has pensado en un plan para llevar a cabo ese pensamiento? SI/NO	☐	☐
23. ¿Has intentado quitarte la vida? SI/NO	☐	☐

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para realizar platicas y talleres para la prevención psicosocial.
Objetivo:	Brindar prevención universal para potencializar los factores de protección y disminuir los factores de riesgos a los/as ciudadanas/os del Municipio de Puebla
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4. • Ley General de Salud, Artículos 23, 24,167. • Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12. • Ley de Asistencia Social, Artículos 7. • Ley General de Responsabilidades Administrativas. • Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12 fracción V. • Ley Estatal de Salud, Artículo 2. • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos, 1, 8, 13 fracción III y 32. • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos. 1 y 2. • NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. • NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. • NOM-047-SSA2-2015 Para la atención a la salud del grupo etario 10 a 19 años. • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 7 fracción IV.1, IV. 1.1 IV. 1.2), y Artículo 40, 41 y 42. • Plan de Desarrollo Municipal 2021-2024.
Políticas de Operación:	1. Se otorgará el servicio a cualquier persona o institución que lo solicite dentro del Municipio de Puebla. 2. La usuaria/o solicitará el servicio de pláticas y/o talleres formalmente mediante un oficio a la Subdirección de Salud Mental. 3. La coordinadora/or determinará en conjunto con el Usuaria/o la temática a abordar de acuerdo al público a quien va dirigida, temas y/o programas que el área tiene y las necesidades del solicitante. 4. La coordinadora/or Técnica/o deberá confirmar de acuerdo con la disponibilidad de agenda la fecha, hora, tema y la logística para que se lleve a cabo el servicio.

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

	5. La Coordinadora/or Técnica/o acudirá al lugar y llevará a cabo el servicio solicitado. Y se tomará asistencia de los participantes. 6. En caso de que el alumno/a entre en crisis, el personal realizará la intervención psicológica, así mismo se elaborará Formato de Canalización para la apertura de expediente en las instalaciones de la UMI. Donde se llevará a cabo su tratamiento psicoterapéutico y seguimiento. 7. Los alumnos identificados con vulnerabilidad alta por temas de violencia o alguna agresión que ponga en riesgo su vida, la Coordinadora/or Técnica/o tendrá que generar un memorando y junto a su hoja de canalización se le entregara a jurídico con la firma del psicólogo y del director de la escuela, para que jurídico y atención psicológica puedan proceder. 8. Los datos personales recabados se administrarán bajo la ley de protección de datos personales. 9. La Coordinadora/or Técnica/o responsable deberá generar un registro de las sesiones impartidas a través de una base de datos y entregará documentación (oficio de solitud de pláticas y/o talleres, evidencia fotográfica y listas de asistencia). 10. La/el Usuaría/o llenará el formato de solicitud de plática o taller en la institución.
Tiempo Promedio de Gestión:	1 hora. (Variable en casos de emergencia).

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para realizar pláticas y talleres para la prevención psicosocial.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Solicita información de manera presencial en el Departamento de Prevención Psicosocial acerca de las pláticas, talleres, cursos o conferencias disponibles.		
Coordinadora/or Técnica/o (Psicóloga/o)	2	Otorga al Usuaría/o la información de la plática, taller, curso o conferencia solicitada y entrega el formato de solicitud de pláticas y el formato de asistencia a impartición de pláticas para que realice el llenado correspondiente.	Formato de solicitud de pláticas en instituciones FORM1163/SM DIF/072224 Formato de asistencia de impartición de pláticas FORM 1140/SMDIF/0 72224 Lista de asistencia FORM. 1139- A/SMDIF/0423 24	Original
Usuaría/o	3	Requisita debidamente el formato de solicitud de pláticas y el formato de asistencia a impartición de pláticas y hace entrega al Coordinadora/or Técnica/o (Psicóloga/o)	Formato de solicitud de pláticas en instituciones FORM1163/SM DIF/072224 Formato de asistencia de impartición de pláticas FORM 1140/SMDIF/0 72224 Lista de asistencia FORM. 1139- A/SMDIF/0423 24	Original

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para realizar platicas y talleres para la prevención psicosocial.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Coordinadora/or Técnica/o	4	Recibe y resguarda el formato de solicitud de la plática, taller, curso o conferencia solicitada.	Formato de solicitud de pláticas en instituciones FORM1163/SM DIF/072224 Formato de asistencia de impartición de pláticas FORM 1140/SMDIF/0 72224 Lista de asistencia FORM. 1139-A/SMDIF/0423 24	Original
Coordinadora/or Técnica/o (Psicóloga/o)	5	Brinda las fechas disponibles para agendar la plática, taller, curso o conferencia solicitada.		
Usuaría/o	6	Acuerda el día de la plática, taller, curso o conferencia solicitada y el número de participantes.		
Coordinadora/or Técnica/o (Psicóloga/o)	7	Confirma la fecha, la hora, el tema, el público a quien va dirigido y los acuerdos para que se lleve a cabo la plática, taller, curso o conferencia solicitada.		
Coordinadora/or Técnica/o (Psicóloga/o)	8	Corroborar mediante una llamada que este cuenta con todo lo necesario para llevar a cabo la plática, taller, curso o conferencia solicitada.		
Usuaría/o	9	Asiste puntualmente a la plática, taller, curso o conferencia solicitada conforme a la programación de este.		
Coordinadora/or Técnica/o (Psicóloga/o)	10	Llena el formato de lista de asistencia con la información brindada por las usuaria/os.	Lista de asistencia FORM. 1139-A/SMDIF/0423 24	Original

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

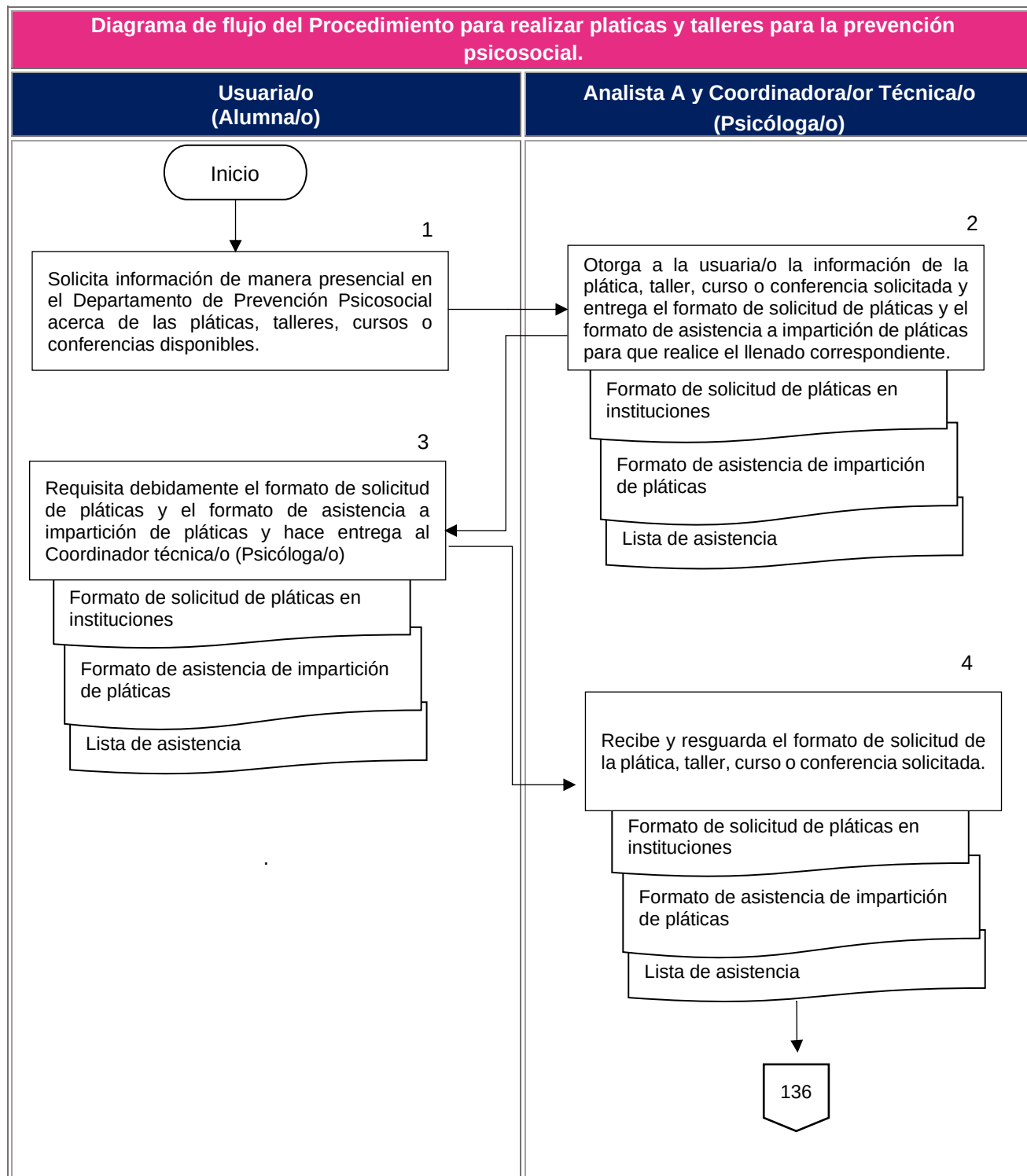
Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

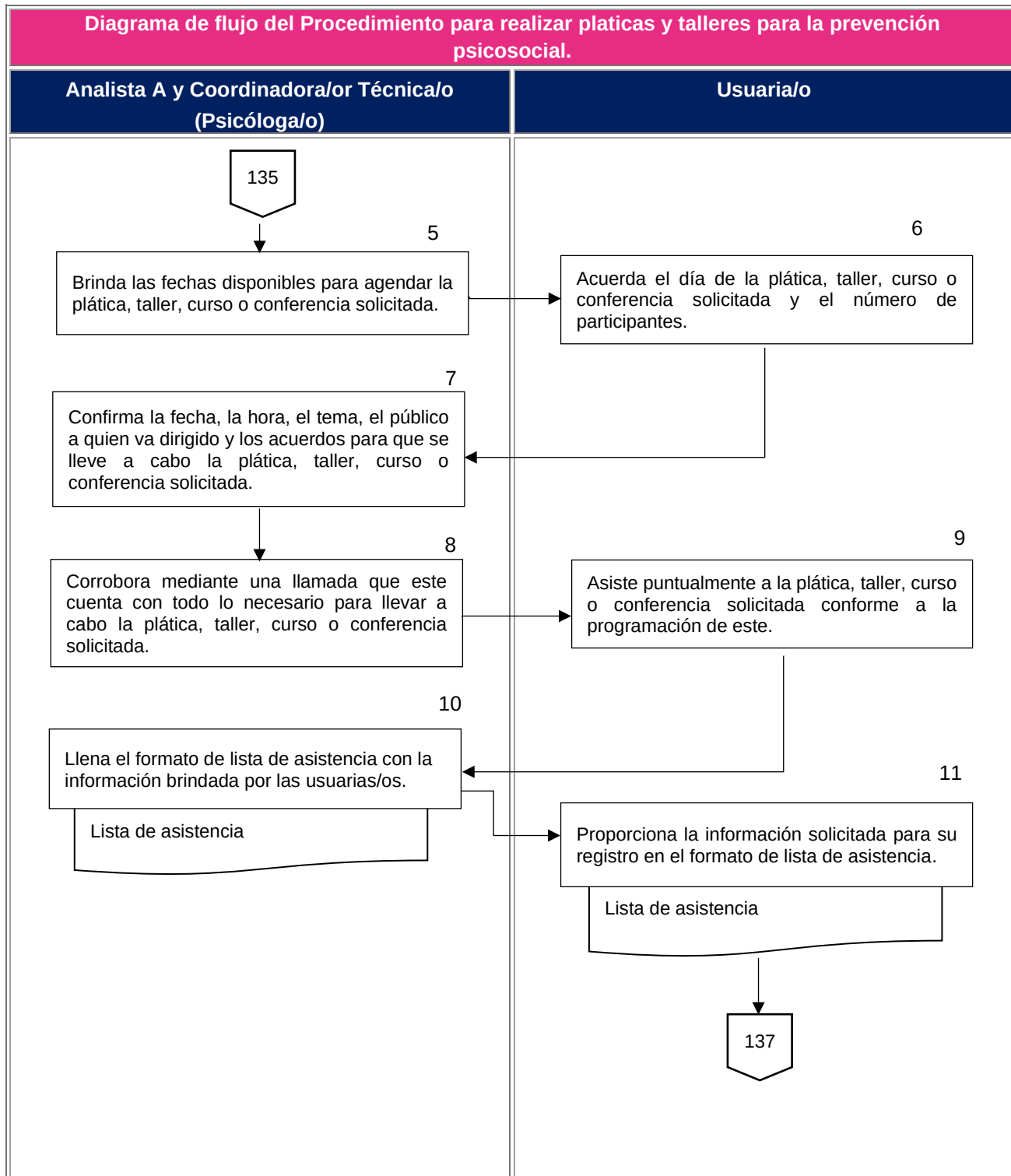
Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para realizar platicas y talleres para la prevención psicosocial.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	11	Proporciona la información solicitada para su registro en el formato de lista de asistencia	Lista de asistencia FORM. 1139-A/SMDIF/0423 24	Original
Coordinadora/or Técnica/o (Psicóloga/o)	12	Lleva a cabo la plática, taller, curso o conferencia solicitada, apegándose a la carta descriptiva de este.	Formato carta descriptiva	Original
	13	Entrega a la Subdirección de Salud Mental formatos de solicitud de las sesiones y listas de asistencia.	Formato de solicitud de pláticas en instituciones FORM1163/SM DIF/072224	Original
		Fin del procedimiento	Formato de asistencia de impartición de pláticas FORM 1140/SMDIF/0 72224 Lista de asistencia FORM. 1139-A/SMDIF/0423 24	

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



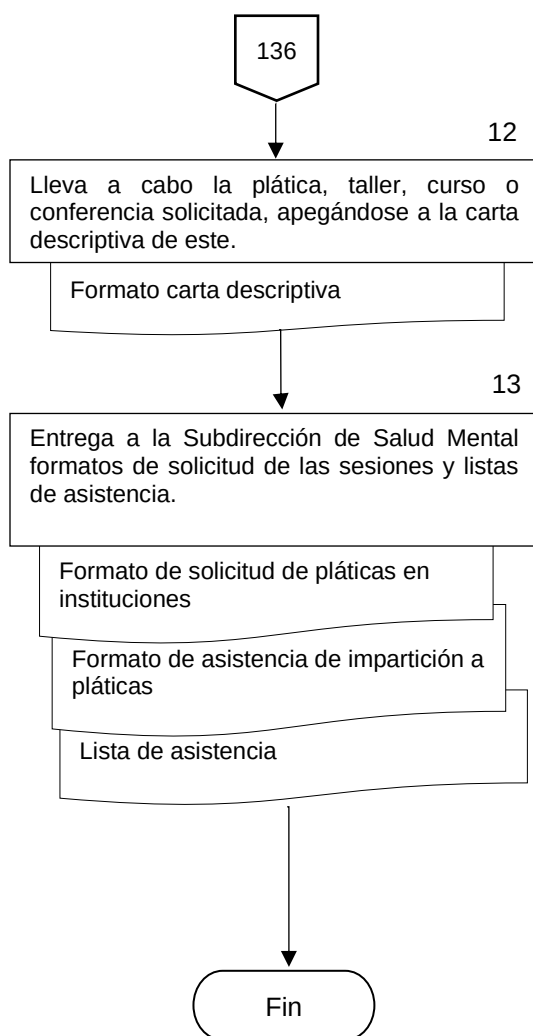
Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Diagrama de flujo del Procedimiento para realizar pláticas y talleres para la prevención psicosocial.

Analista A y Coordinadora/or Técnica/o
(Psicóloga/o)



Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instructivo de Llenado

FORMATO DE SOLICITUD PARA PLÁTICAS EN INSTITUCIONES FORM1163/SMDIF/072224

FORMATO DE SOLICITUD PARA PLÁTICAS EN INSTITUCIONES

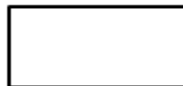
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	
DIRECCIÓN	
COLONIA Y JUNTA AUXILIAR	
TEMA	
FECHA	
HORA	
MATERIAL	
PÚBLICO A QUIEN VA DIRIGIDO	
PERSONAL QUE IMPARTIRÁ LA PLÁTICA	
TRANSPORTE	
NOMBRE DEL GESTOR	
TELÉFONO S E ESCUELA CELULAR	
ESPECIFICACIONES DE LA INSTITUCIÓN	
OBSERVACIONES	

NOMBRE DE QUIEN ELABORA

SELLO

NOMBRE DEL GESTOR

Contigo y con rumbo



pueblacapital.gob.mx

Av. Cua Mario #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72550

Tel. (222) 2.14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla

FORM. 1163/SMDIF/072224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

FORMATO DE ASISTENCIA A IMPARTICIÓN DE PLÁTICAS FORM 1140/SMDIF/072224

*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de
 Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.*

FORMATO DE ASISTENCIA A IMPARTICIÓN DE PLÁTICAS

Fecha: _____

Nombre de la Institución:
Dirección:
Colonia:
Junta Auxiliar:
Teléfono de la institución:
Tema que se impartió:
No. de pláticas
No. de personas beneficiadas:
No. de niñas 0-11 años:
No. de niños 0-11 años:
No. de niñas 12-17 años:
No. de niños 12-17 años:
No. de mujeres 18-59 años:
No. de hombres 18-59 años:
No. de mujeres de 60 en adelante:
No. de hombres de 60 en adelante:

Sello y/o firma

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

LISTA DE ASISTENCIA FORM. 1139-A/SMDIF/042324

Dirección de Salud Integral
 Subdirección de Salud Mental
 Departamento de Atención Psicológica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales
 en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

LISTA DE ASISTENCIA

Lugar que visita:

Dirección: _____ Colonia: _____ Junta Auxiliar: _____
 Programa: _____ Grado: _____ Grupo: _____
 Tema: _____ Fecha: _____ Hora: _____

No.	Nombre del asistente	Edad	Sexo		Fecha de Nacimiento	CURP	Contacto (Teléfono)	Firma
			Mujer	Hombre				
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Total:

Nombre del (a) Psic.: _____ Firma: _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche C.P. 72550

 Tel. (221) 214 00 00

 @PueblaAyto

FORM. 1139-A/SMDIF/042324

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

IV. DEPARTAMENTO DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para la atención médica de urgencias.
Objetivo:	Otorgar un servicio de calidad y eficiencia a la población en general del Municipio de Puebla que requiera de atención médica de urgencias para estabilizar al Usuario/o y preparar traslado y/o referencia en caso necesario.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4. • Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168. • Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12. • Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7. • Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47. • Ley General de Responsabilidades Administrativas • Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12. • Ley Estatal de Salud, Artículo 2. • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1º, 4º, 8º, 13 y 32. • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2. • Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V. • Normas oficiales mexicanas vigentes: • Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico. • 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 para la atención médica. • Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012. Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

	• Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002. Protección ambiental salud ambiental- residuos peligrosos biológico- infecciosos- clasificación y especificaciones de manejo. • Plan de Desarrollo Municipal 2021-2024. • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF artículo 39 Fracción VII y artículo 43 Fracción I.
Políticas de Operación:	1. Se brindará atención inmediata y oportuna, por parte del personal médico y/o paramédico del Departamento de la Unidad de Atención Medica del SMDIF, a toda persona que requiera de atención médica de urgencias y/o primeros auxilios y que según su estado de salud puedan ser atendidas en un Primer Nivel de atención. 2. Las personas serán referidas, si así lo amerita, a Hospitales Públicos de referencia de segundo nivel de atención correspondientes, inmediatamente después de haber estabilizado su estado de salud. 3. El costo de la atención de urgencias dependerá del servicio que se le otorgue a la usuaria/o y deberá realizar el pago al finalizar la atención.
Tiempo Promedio de Gestión:	5 minutos.

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para la atención médica de urgencias.

Responsable	No	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Llega con Coordinadora/or Técnica/o Especializada de la Unidad de Atención Ciudadana y de Gestión Social, donde pregunta sobre el servicio requerido.		
Coordinadora/or Técnica/o/ Coordinadora especializada/o (Unidad de Atención Ciudadana y de Gestión Social)	2	Registra y envía de inmediato al Área Médica.	Bitácora de Control de Usuaría/os	Original
Recepcionista	3	Asigna Médico disponible. Solicita a la enfermera toma de signos vitales. Requiere a Analista (administrativo) que se encuentra en archivo, número de Expediente Clínico (en caso de ser Usuaría/o de primera vez se asigna número de expediente y tarjeta de citas) y/o Expediente clínico (en caso de ser Usuaría/o subsecuente).	Hoja Frontal Pendiente de FORM Historia Clínica FORM.150/SMDIF/0 22324 Tarjeta de citas FORM. FORM.432/SMDIF/0 72324	Original
Analista A (Archivo)	4	Entrega expediente Clínico.	Hoja Frontal Pendiente de FORM Historia Clínica FORM.150/SMDIF/0 22324	Original

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para la atención médica de urgencias.

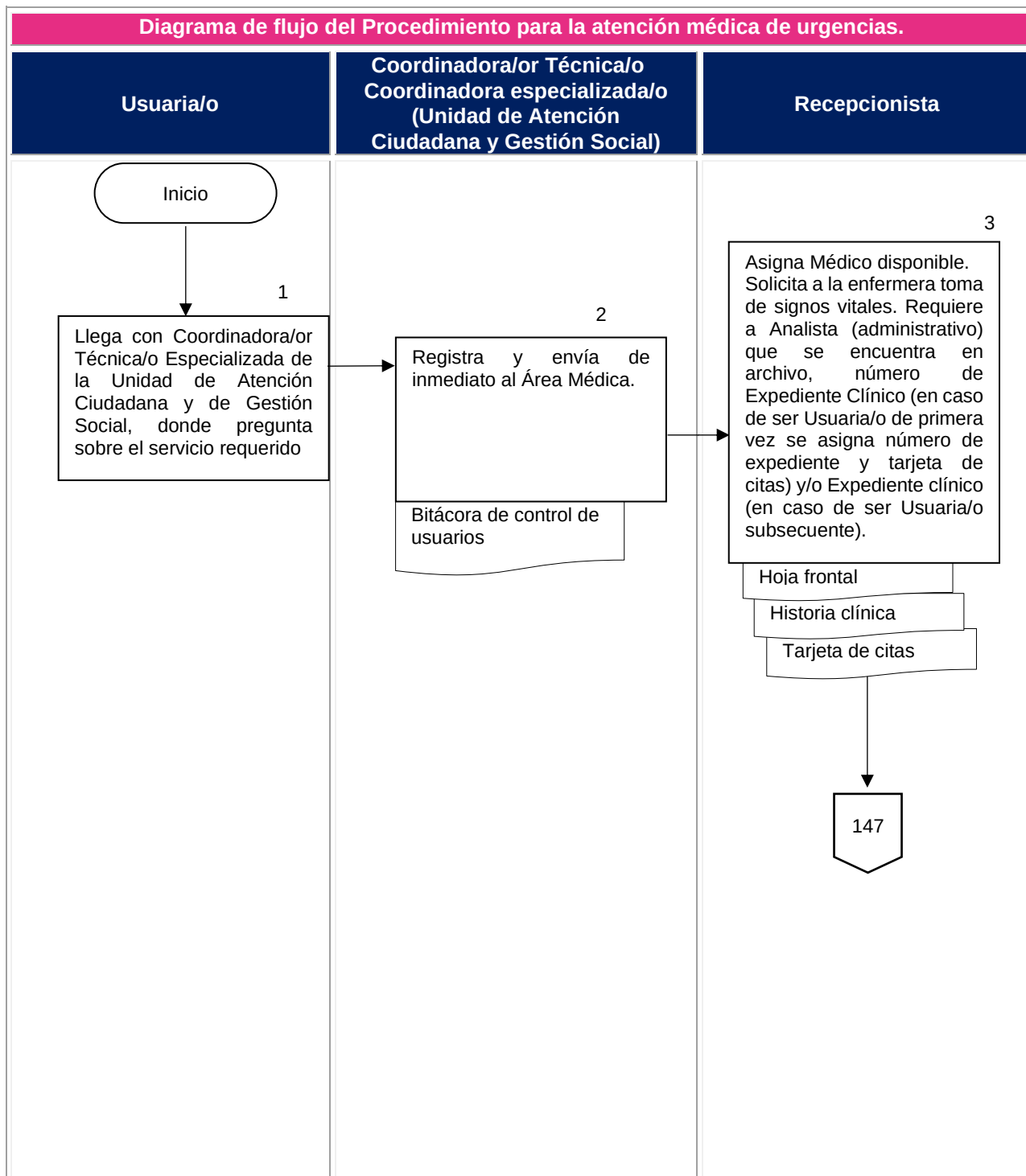
Responsable	No	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Coordinadora/ or Técnica/o Analista (Enfermera o paramédico)	5	Recibe el expediente con la historia clínica del personal administrativo y atiende a la Usuaría/o necesitada de atención urgente (toma de signos vitales) apunta datos en el expediente clínico e informa los signos vitales de la Usuaría/o al Analista, Analista consultiva/o o Coordinadora/or Especializada/o	Historia Clínica FORM.150/SMDIF/ 022324	Original
Analista, Analista consultiva/o o Coordinadora/or Especializada/o (Médico)	6	Valora el estado de salud del Usuaría/o, determina el tratamiento o la necesidad de ser referido a algún hospital público. • Si no requiere ser referido continúa en la actividad Núm. 9, • En caso contrario continua en Núm. 7.	Historia Clínica FORM.150/SMDIF/ 022324	Original
Analista, Analista consultiva/o o Coordinadora/or Especializada/o (Médico)	7	Refiere a la Usuaría/o a Hospital Público, según corresponda, mediante formato de Referencia.	Hoja de Referencia y contra referencia FORM.149/SMDIF/0 22324	Original
Analista, Analista consultiva/o o Coordinadora/or Especializada/o (Médico)	8	Llama al CRUM, solicitando que reciba a la Usuaría/o en el servicio de Urgencias de Hospital Público y da seguimiento de los resultados de la referencia.		
Usuaría/o	9	Inicia, en caso de ser necesario trámite en área de Trabajo Social, para condonación de pago del servicio.		
Analista, Analista consultiva/o o	10	Diagnostica el estado de salud del Usuaría/o, determina el tratamiento y da	Hoja Frontal	Original

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

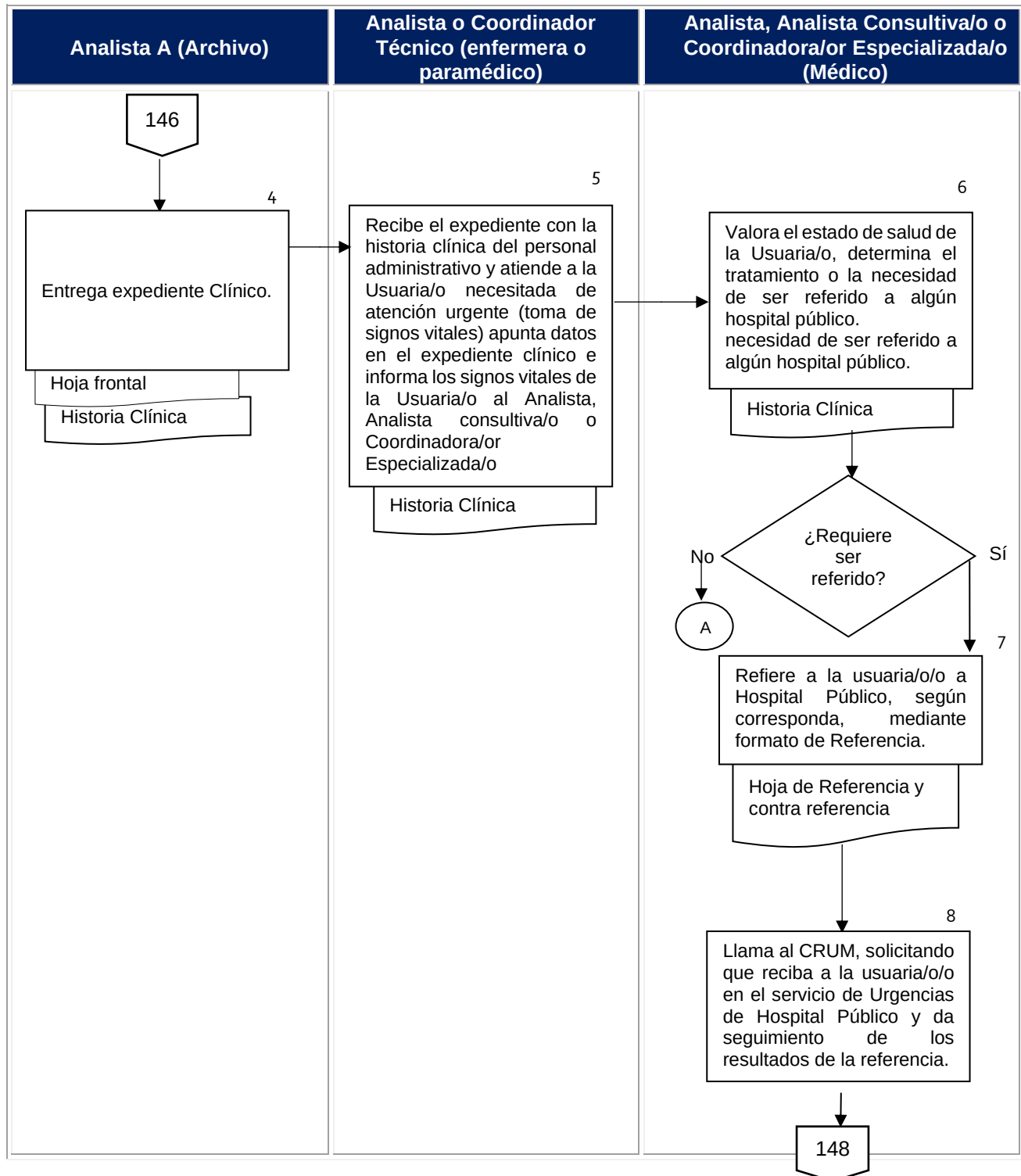
Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para la atención médica de urgencias.				
Responsable	No	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Coordinadora/or Especializada/o (Médico)		indicaciones de atención de primer nivel a la enfermera.	Pendiente de FORM Historia Clínica FORM.150/SMDIF/022324	
Analista o Coordinadora/o Técnico (Enfermera/ Paramédico)	11	Realiza el tratamiento indicado por el médico.	Historia Clínica FORM.150/SMDIF/022324	Original
Analista, Analista consultiva/o o Coordinadora/or Especializada/o (Médico)	12	Valora, da instrucciones al Usuaría/o y lo da de alta.	Historia Clínica FORM.150/SMDIF/022324	Original
Usuaría/o	13	Paga el servicio otorgado en el área de la caja. Termina procedimiento.	Recibo de Pago FORM.061/SMDIF/012224	Original y Copia

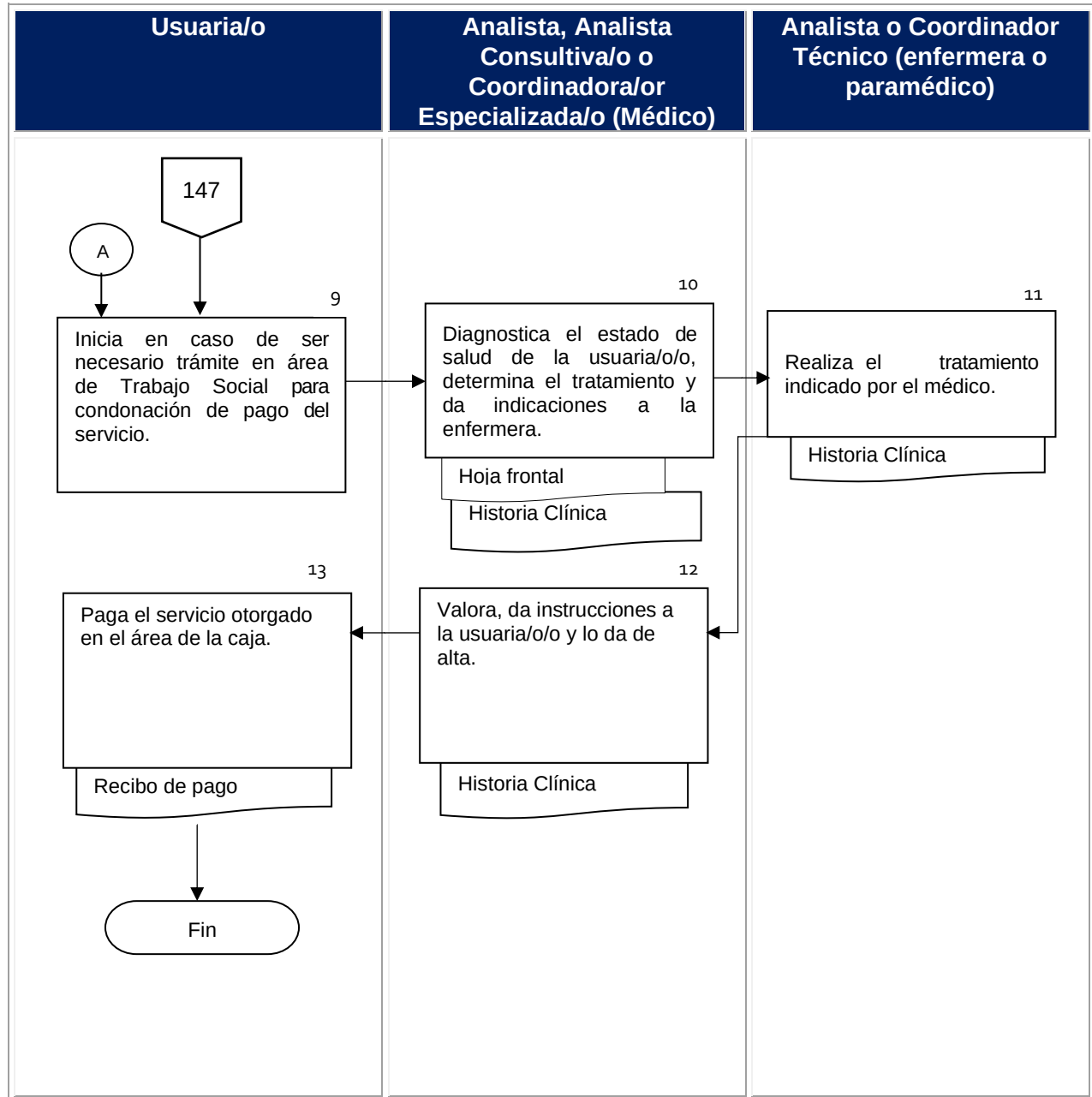
Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instrucciones del llenado

HOJA FRONTAL



Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Religión: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____
Domicilio: _____
Servicio: _____ Expediente: _____

[illegible]

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

HISTORIA CLÍNICA FORM.150/SMDIF/022324



Sistema Municipal
DIF



Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HISTORIA CLÍNICA

Fecha: _____ Expediente: _____ Hora: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: ____/____/____
Edad: ____ Sexo: ____ Estado civil: ____ Religión: ____ Seguridad Social: ____ Tel.: ____	
Lugar de origen: _____	Lugar de residencia: _____
Escolaridad: _____	Ocupación: _____
Domicilio: _____	C.P.: _____

ANTECEDENTES

Heredo familiares: _____

Personales no patológicos:

Hemotipo: _____	Alcoholismo: _____
Tabaquismo: _____	Zoonosis: _____

Personales patológicos:

Cirugías: _____	Padecimientos: _____
Alergias: _____	Transfusiones: _____
	Traumáticos: _____

Antecedentes pediátricos:

Producto de la gesta: _____	Obtenido (a) por: _____
Peso al nacer: ____ Talla al nacer: ____ Alimentado (a) al seno materno: ____ Inmunizaciones: ____	
Introducción de alimentos diferentes o Lácteos: _____	Desarrollo psicomotor: ____ Tamiz: ____

Gineco-obstétricos:

Menarca: _____ Ciclos: _____ IVSA: _____ Parejas sexuales: _____	
FUM: _____ FPP: _____ FUP: _____	
Gesta: ____ Para: ____ Aborto: ____ Cesárea: ____ Planificación familiar: _____	
Menopausia / Climaterio: _____	
Citología vaginal: _____ Exploración mama: _____	

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

1/2

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

MOTIVO DE CONSULTA / PADECIMIENTO ACTUAL:

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEM: _____ PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____

DIAGNÓSTICO:

PLAN TERAPÉUTICO:

TRATAMIENTO:

PRONÓSTICO:

Sello y firma del médico

2/2

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA FORM.149/SMDIF/022324



Sistema Municipal
DIF



Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HOJA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Fecha de referencia: _____ Expediente: _____
Nombre del paciente: _____
Domicilio del paciente: _____

EDAD		SEXO	
Años	Meses	M	F
URG			
		Sí	No

Médico que envía	Médico que envía	Médico que envía
------------------	------------------	------------------

Motivo del envío (impresión diagnóstica): _____
Unidad a la que se refiere: _____ Especialidad: _____

Hoja de referencia
Fecha de referencia: _____ Seguridad social: _____

Urgencias: sí: _____ no: _____ Expediente: _____

Nombre: _____
apellido paterno apellido materno nombre (s)
Núm. de expediente: _____ edad: años: _____ meses: _____ sexo: m _____ f _____

Unidad que refiere: _____

Unidad a la que se refiere: _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____
calle número colonia
Servicio al que se envía: _____

Resumen clínico del padecimiento: ta: _____ temp: _____ fr: _____ fc: _____ peso: _____ talla: _____

Impresión diagnóstica: _____

Nombre y firma del médico que refiere

Nombre y firma del responsable de la unidad

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.149/SMDIF/022324

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

Visita domiciliaria

Fecha de visita: _____

Se le atendió: sí: _____ fecha: _____ no: _____ por qué: _____

Continúa bajo tratamiento médico: sí: _____ no: _____ por qué: _____

Observaciones: _____

Hoja de contrarreferencia

Unidad que contrarrefiere: _____

Domicilio: _____ fecha: _____

Servicio: _____

Manejo del paciente

Resumen clínico: _____

Nombre y firma del médico que refiere

Nombre y firma del responsable de la unidad

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.149/SMDIF/022324

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: 09/09/2024

Fecha de elaboración: 13/07/2023

Número de Revisión: 02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

TARJETA DE CITAS
FORM.432/SMDIF/072324



Puebla
Contigo y con rumbo
hacia el futuro



Sistema
Municipal de
Desarrollo Integral



Médico Contigo
Atención Primaria

*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Médica*

TARJETA DE CITAS

**DIRECCIÓN DE
SALUD INTEGRAL**

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cae Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72500

 Tel. (222) 2.14.00.00
Ext.: 212

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

Apellidos: _____

Nombre (a): _____

Fecha de nacimiento: _____ día / _____ mes / _____ año

Dirección: _____

Teléfono: _____

No. de Expediente: _____

FORM. 432/ SMDIF/ 07/23

**Contigo
y con
rumbo**



Puebla
Contigo y con rumbo
hacia el futuro

[illegible]

RECIBO DE PAGO
FORM.061/SMDIF/012224

Puebla
Capital Gobierno Municipal

Puebla
Capital Gobierno Municipal

Sistema Municipal de Recaudación Administrativa
Departamento de Recursos Financieros

Los datos contenidos en este documento son de carácter confidencial, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sonora Colegios del Estado de México, y no deben ser divulgados a terceros sin la debida autorización.

SISTEMA MUNICIPAL DIF
RECIBO DE COBRO VERIFICADO
ADMINISTRACION 2021-2024

Fecha: 28 / 5 / 2024 V-116 SMOIF DIF FOLIO SAP: 2143252

Nombre del Cliente: ANTONIA HUERTA FUENTES

Observaciones:

1 CONSULTA MÉDICA	30.00	30.00
TREINTA PESOS Y 00 /100 MXN	\$	30.00

Contigo y con rumbo **puebla capital gob.mx**

☑ Que Meno #201 Col. San Baltazar Campeche C.P. 72

☎ (222) 2-14-00-00

☑ @Pueblaayto

☑ @H. Ayuntamiento de Puebla

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del procedimiento:	Procedimiento para el servicio de Farmacia en la Unidad Médica Integral.
Objetivo:	Establecer las acciones que se llevan a cabo para la entrega de medicamentos a través de cuotas de recuperación accesibles en la farmacia y donación en jornadas de salud del SMDIF.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4. • Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168. • Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social. Artículos 1 y 12. • Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7. • Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47. • Ley General de Responsabilidades Administrativas • Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla. Art. 12 • Ley Estatal de Salud, Artículo 2 • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1º, 4º, 8º, 13 y 32. • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1º y 2º • Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V. • Plan de Desarrollo Municipal 2021-2024. • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF Artículo 43 Fracción IV y V.
Políticas de Operación:	1. La usuaria/o deberá presentar receta vigente 2. Se proporcionará al medicamento cuando esté en existencia. 3. La usuaria/o deberá manifestar conformidad con los medicamentos ofertados para elaborar el recibo que presentar en la caja para cubrir la cuota de recuperación. 4. La usuaria/o deberá presentar en farmacia su recibo de pago para entregarle sus medicamentos. 5. Si se trata de antibióticos, la receta se quedará en el área de farmacia.
Tiempo Promedio de Gestión:	20 minutos.

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para el servicio de Farmacia en la Unidad Médica Integral.				
Responsable	No	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Llega con el analista de la Unidad de Atención ciudadana y de gestión social, donde preguntará sobre el servicio requerido.		
Coordinadora/or Técnica/o/ Coordinadora especializada/o (Unidad de Atención Ciudadana y de Gestión Social)	2	Registra y envía al Usuaría/o al Área de Farmacia.		
Usuaría/o	3	Solicita el medicamento a la encargada de Farmacia.		
Coordinadora/or Técnica (Encargada de Farmacia)	4	Elabora el recibo correspondiente a los medicamentos solicitados.	Recibo provisional para cuota de recuperación. FORM.152/SMDIF/022324	Original
Usuaría/o	5	Presenta el recibo provisional de farmacia con cuota de recuperación a la coordinadora especializada en la caja, quien expedirá el recibo oficial.	Recibo provisional para cuota de recuperación. FORM.152/SMDIF/022324	Original y Copia
	6	Regresa a farmacia y presenta los recibos oficiales y provisionales sellados al Coordinadora/or Técnica (Encargada de Farmacia).	Recibo provisional para cuota de recuperación. FORM.152/SMDIF/022324 Recibo de pago FORM.061/SMDIF/012224	Original

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

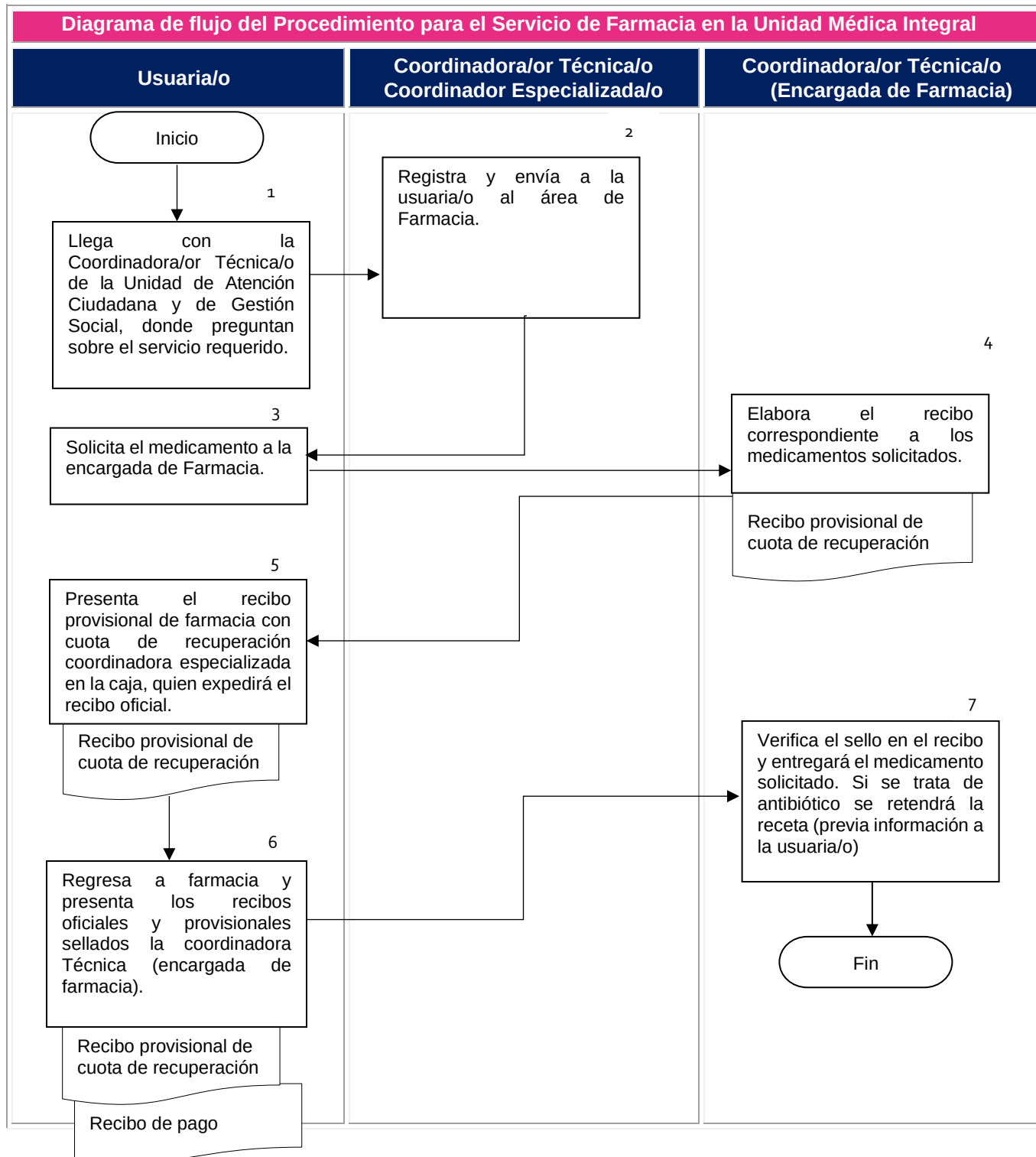
Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para el servicio de Farmacia en la Unidad Médica Integral.				
Responsable	No	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Coordinadora/or Técnica (Encargada de Farmacia)	7	Verifica el sello en el recibo y entregará el medicamento solicitado. Si se trata de antibiótico se retendrá la receta (previa información a la usuaria/o) Fin del procedimiento.		

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**
 Fecha de actualización: **09/09/2024**
 Fecha de elaboración: **13/07/2023**
 Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instructivo de Llenado

RECIBO PROVISIONAL DE CUOTA DE RECUPERACIÓN FORM.152/SMDIF/022324

				<i>Dirección de Salud Integral Departamento de la Unidad de Atención Médica</i>	
RECIBO DE FARMACIA				FOLIO	
DESCRIPCIÓN		CANTIDAD	P. UNITARIO	TOTAL	
				\$	
TOTAL CON LETRA					
FORM. 152/SMDIF/022324					

RECIBO DE PAGO FORM.061/SMDIF/012224


Puebla
 Contigo y con rumbo
 Gobierno Municipal

Dirección Administrativa
 Departamento Recursos Financieros

"Los datos registrados en este documento, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y sus disposiciones legales aplicables"

R.F.C. SMD-630308-6U8

Fecha: 28 / 5 / 2024 Folio SAP: 1198406
 Nombre del Cliente:
 PEDRO PEREZ ABREGO

Observaciones:

1 DEXAMETASONA / NEOMICINA 1.03 g MG SOL. OPTALMICA FRASCO 5ML	15.00	15.00
1 PARACETAMOL / NAPROXENO 300 MG / 250 MG TAB. C14	43.00	43.00
CINCUENTA Y OCHO PESOS Y 00 / 100 MXN	\$	58.00

Contigo y con rumbo pueblacapital.gob.mx
 Calle Merlo #201 Col San Baltazar / Campeche C.P. 72
 Tel: (222) 2 14 00 00
 @PueblaAyto Ayuntamiento de Puebla PUEBLA DE LA UNIDAD 2012

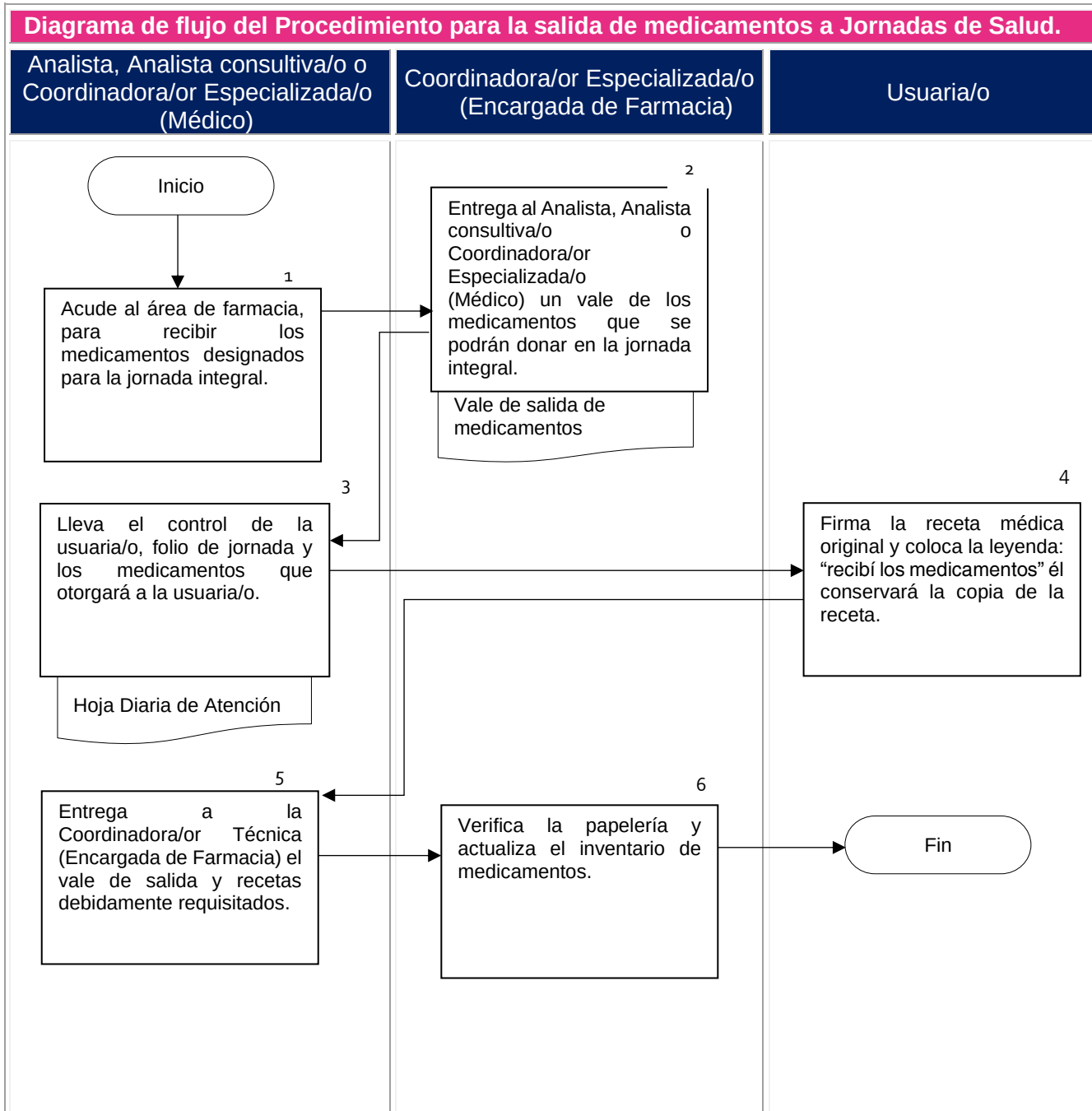
Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del procedimiento:	Procedimiento para la salida de medicamentos a Jornadas de Salud.
Objetivo:	Establecer las acciones que se llevan a cabo para la entrega de medicamentos gratuitos en las Jornadas de Salud, que otorga el SMDIF en el Municipio de Puebla.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4. • Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168. • Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social. Artículos 1 y 12. • Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7. • Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47. • Ley General de Responsabilidades Administrativas • Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla. Artículo 12. • Ley Estatal de Salud, Artículo 2 • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1º, 4º, 8º, 13 y 32. • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1º y 2º • Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V. • Plan de Desarrollo Municipal 2021-2024. • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF Artículo 39 Fracción VII y artículo 43 Fracción I.
Políticas de Operación:	1. Se entregará la lista de medicamentos en existencia al médico responsable de la jornada. 2. El médico otorgará el medicamento en la jornada a las usuarias/os que así lo requieran de manera gratuita. 3. El médico deberá resguardar la copia de receta presentada por la usuaria/o con firma de recepción del medicamento otorgado. 4. Al término de la jornada el médico elaborará un reporte de medicamentos entregados y medicamentos sobrantes mismos que entregará a la farmacia.
Tiempo Promedio de Gestión:	15 minutos.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para la salida de medicamentos a Jornadas de Salud.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Analista, Analista consultiva/o o Coordinadora/or Especializada/o (Médico)	1	Acude al área de farmacia, para recibir los medicamentos designados para la jornada integral.		
Coordinadora/or Técnica (Encargada de Farmacia)	2	Entrega al Analista, Analista consultiva/o o Coordinadora/or Especializada/o (Médico) un vale de los medicamentos que se podrán donar en la jornada integral.	Vale de salida de medicamentos FORM.153/SMDIF/022324	Original
Analista, Analista consultiva/o o Coordinadora/or Especializada/o (Médico)	3	Lleva el control del Usuaría/o, folio de jornada y los medicamentos que otorgará a la Usuaría/o.	Hoja Diaria de Atención FORM. 433/SMDIF/072324	Original
Usuaría/o	4	Firma la receta médica original y coloca la leyenda: "recibí los medicamentos" él conservará la copia de la receta.		
Analista, Analista consultiva/o o Coordinadora/or Especializada/o (Médico)	5	Entrega a la Coordinadora/or Técnica (Encargada de Farmacia) el vale de salida y recetas debidamente requisitados.		
Coordinadora/or Técnica (Encargada de Farmacia)	6	Verifica la papelería y actualiza el inventario de medicamentos. Fin del procedimiento.		

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instructivo de Llenado

VALE DE SALIDA DE MEDICAMENTO

FORM.153/SMDIF/022324



Pinnae de Salsol latroque
Pinnae de la Salsol de l'Algerie d'Algerie

TALE DE SALIDA DE MEDICAMENTOS

FECHA: _____

LUGAR DE JORNADA: _____

MÉDICO RESPONSABLE: _____

[illegible]

Contigo y con rumbo

TEL: 55575H0IF/822324
puertoacapital@gmail.com

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

HOJA DIARIA DE ATENCIÓN FORM.433/SMDIF/072324

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HOJA DIARIA DE ATENCIÓN

Nombre del responsable: _____

Fecha: _____

Servicio: _____

Lugar: _____

No.	Nº expediente	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	Edad	Sexo M/H	P	S	R	C	D	Diagnóstico	Colonia	Junta Auxiliar	Seguridad Social	Número de folio																
1																																
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																
17																																
18																																
19																																
20																																
Total pacientes atendidos		Total pacientes de primera vez				P= Primera vez		S= Subsecuente		R= Referido		C= Contrareferido		D= Discapacitado																		
Pacientes de primera vez		Niños (Menores de 11 años)				Observaciones		Tipo de seguridad social		Firma y sello del responsable																						
Pacientes subsecuentes		Niños (Menores de 11 años)																														
Certificado Médico		Adolescentes mujeres (12 a 17 a.)																														
Planificación familiar		Adolescentes hombres (12 a 17 a.)																														
Control prenatal		Mujeres de 15 a 59 años																														
		Hombres de 15 a 59 años																														
		Mujeres Mayores de 60 años																														
		Hombres Mayores de 60 años																														
		Mujeres con discapacidad																														
		Hombres con discapacidad																														

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar consulta médica general, consulta de especialidad y expedición de certificado médico.
Objetivo:	Atender a los grupos vulnerables que solicitan servicios médicos básicos a través de las consultas médicas, general, de especialidad y expedición de certificados médicos.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4. • Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168. • Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12. • Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7. • Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47. • Ley General de Responsabilidades Administrativas • Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo. 12. • Ley Estatal de Salud, Artículo 2. • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1º, 4º, 8º, 13 y 32. • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2. • Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V. • Plan de Desarrollo Municipal 2021-2024. • Normas Oficiales Mexicanas: • Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Del expediente clínico. • Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012. Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. • Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002. Protección ambiental salud ambiental- residuos peligrosos biológico- infecciosos- clasificación y especificaciones de manejo. • Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012. En materia de información en salud. • Reglamento Interior del Sistema Municipal del DIF, Artículo 43 Fracción I.
Políticas de Operación:	1. Se proporcionará consulta médica general, consulta de especialidad y expedición de certificado médico al público en general que solicite el servicio en la Unidad Médica Integral del Sistema Municipal DIF.

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

	- Se atenderá a todos los que previamente hayan pagado el servicio solicitado. - Las condonaciones en determinado porcentaje serán realizadas exclusivamente por el personal de Trabajo Social. - Se atenderá en un horario de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 horas. - En caso de que la usuaria/o solicite un justificante de ausencia escolar o trabajo, lo deberá solicitar al médico que lo atendió para su expedición. - La consulta de Gineco-Obstetricia se otorgará en un horario de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 horas. - En caso de adultos mayores que requieren certificado médico previo a su atención se le canaliza al área de Trabajo Social para su atención.
Tiempo Promedio de Gestión:	30 minutos.

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: 09/09/2024

Fecha de elaboración: 13/07/2023

Número de Revisión: 02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para otorgar consulta médica general, consulta de especialidad y expedición de certificado médico.

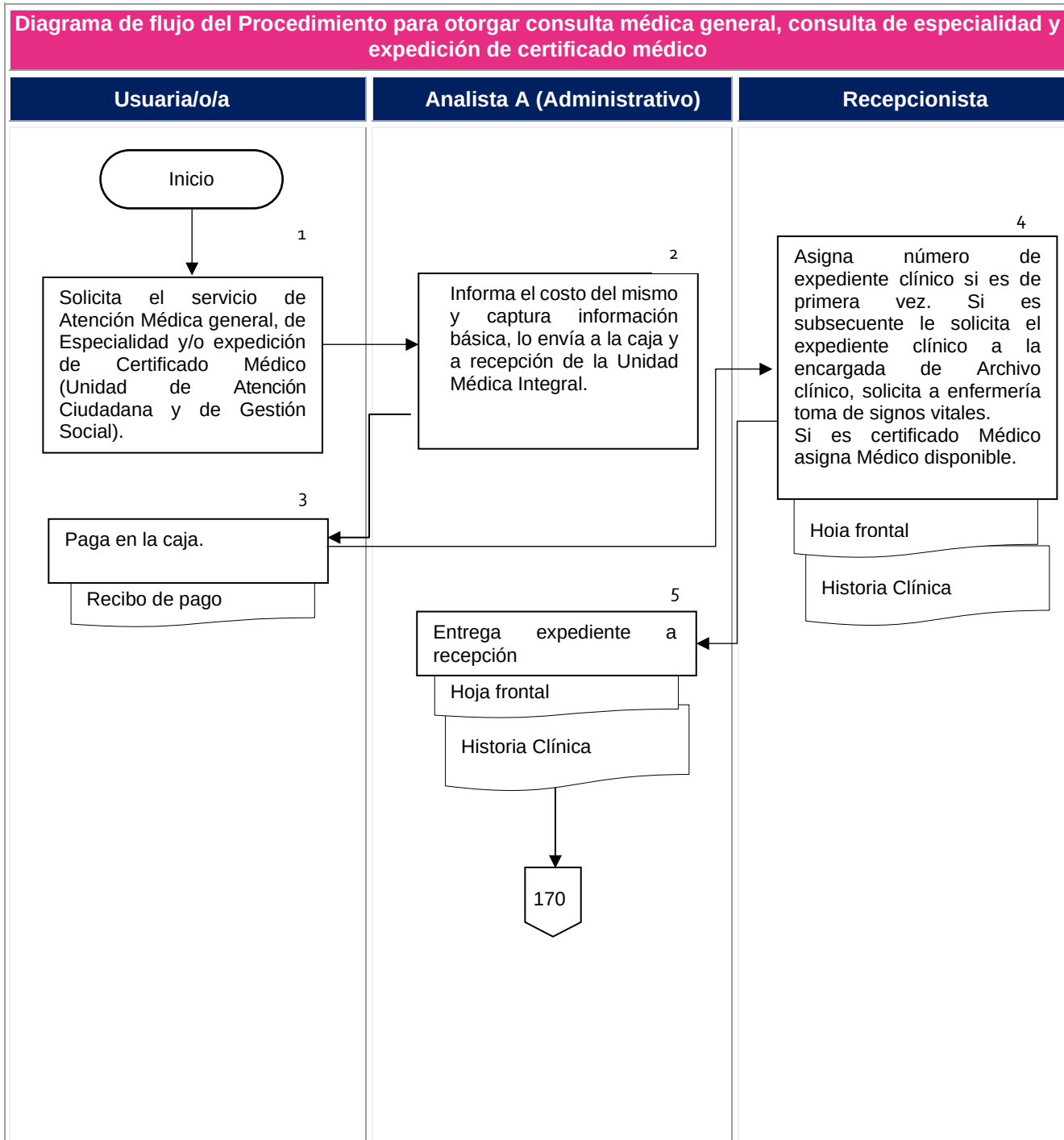
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Solicita el servicio de atención médica general, de especialidad y/o expedición de certificado médico (Unidad de Atención ciudadana y de gestión social).		
Analista A (Administrativo)	2	Informa el costo de este y captura información básica, lo envía a la caja y a recepción de la Unidad Médica Integral.		
Usuaría/o	3	Paga en la caja.	Recibo de pago FORM.061/SMDIF/ 012224	Original
Recepcionista	4	Asigna número de expediente clínico si es de primera vez. Si es subsecuente le solicita el expediente clínico a la encargada de Archivo clínico, solicita a enfermería toma de signos vitales. Si es certificado Médico asigna Médico disponible.	Hoja frontal En espera que Contraloría Municipal autorice los números de FORMS Historia Clínica FORM. 150/SMDIF/022324	Original
Analista A (Administrativo)	5	Entrega expediente a Recepción.	Hoja frontal En espera que Contraloría Municipal autorice los números de FORMS Historia Clínica FORM. 150/SMDIF/022324	Original

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

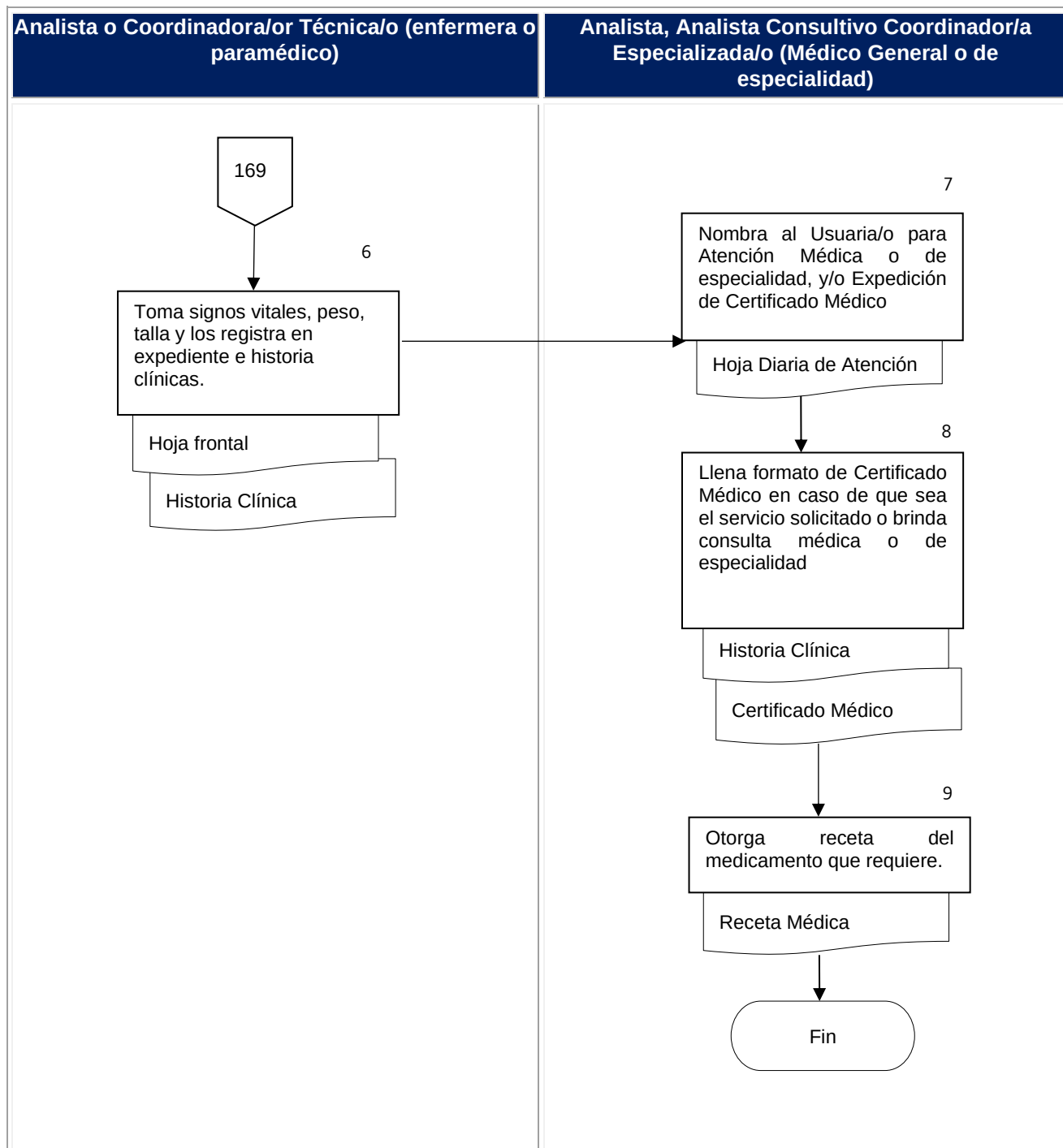
Descripción del Procedimiento: Para otorgar consulta médica general, consulta de especialidad y expedición de certificado médico.

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Coordinadora/or Técnica/o (Enfermera)	6	Toma signos vitales, peso, talla y los registra en Expediente Clínico e Historia Clínica.	Hoja frontal En espera que Contraloría Municipal autorice los números de FORMS Historia Clínica FORM. 150/SMDIF/022324	Original
Analista, Analista Consultivo Coordinador/a Especializada/o (Médico General o de especialidad)	7	Nombra al Usuario/o para Atención Médica o de especialidad, y/o Expedición de Certificado Médico	Hoja Diaria de Atención FORM. 433/SMDIF/072324	Original
Analista, Analista Consultivo Coordinador/a Especializada/o (Médico General o de especialidad)	8	Llena formato de Certificado Médico en caso de que sea el servicio solicitado o brinda consulta médica o de especialidad.	Certificado Médico FORM. 1195/SMDIF/08222 4 O Historia Clínica FORM. 150/SMDIF/022324	Original
Analista, Analista Consultivo Coordinador/a Especializada/o (Médico General o de especialidad)	9	Otorga receta del medicamento que requiere. Fin del procedimiento	Receta Médica FORM. 1114- A/SMDIF/082224	Original

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instructivo de Llenado

HOJA FRONTAL



Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Religión: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Domicilio: _____
 Servicio: _____ Expediente: _____

[illegible]

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

HISTORIA CLÍNICA FORM.150/SMDIF/022324



Puebla
Contigo y con rumbo
Gobierno Municipal

Sistema Municipal
DIF



Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos
Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HISTORIA CLÍNICA

Fecha: _____ Expediente: _____ Hora: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: ____/____/____
Edad: ____ Sexo: ____ Estado civil: ____ Religión: ____ Seguridad Social: ____ Tel.: ____	
Lugar de origen: _____	Lugar de residencia: _____
Escolaridad: _____	Ocupación: _____
Domicilio: _____	C.P.: _____

ANTECEDENTES

Heredo familiares:

Personales no patológicos:

Hemotipo: _____	Alcoholismo: _____
Tabaquismo: _____	Zoonosis: _____

Personales patológicos:

Cirugías: _____	Padecimientos: _____
Alergias: _____	Transfusiones: _____
	Traumáticos: _____

Antecedentes pediátricos:

Producto de la gesta: _____	Obtenido (a) por: _____
Peso al nacer: ____ Talla al nacer: ____ Alimentado (a) al seno materno: ____ Inmunizaciones: ____	
Introducción de alimentos diferentes o Lácteos: _____	Desarrollo psicomotor: ____ Tamiz: ____

Gineco-obstétricos:

Menarca: _____ Ciclos: _____ IVSA: _____ Parejas sexuales: _____
FUM: _____ FPP: _____ FUP: _____
Gesta: ____ Para: ____ Aborto: ____ Cesárea: ____ Planificación familiar: _____
Menopausia / Climaterio: _____
Citología vaginal: _____ Exploración mama: _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

1/2

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

MOTIVO DE CONSULTA / PADECIMIENTO ACTUAL:

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEM: _____ PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____

DIAGNÓSTICO:

PLAN TERAPÉUTICO:

TRATAMIENTO:

PRONÓSTICO:

Sello y firma del médico

2/2

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche C.P 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.150/SMDIF/022324

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

HOJA DIARIA FORM.433/SMDIF/072324

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HOJA DIARIA DE ATENCIÓN

Nombre del responsable: _____
Fecha: _____

Servicio: _____
Lugar: _____

No.	Nº expediente	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	Edad	Sexo M/H	P	S	R	C	D	Diagnóstico	Colonia	Junta Auxiliar	Seguridad Social	Numero de folio
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

Total pacientes atendidos	Total pacientes de primera vez	P= Primera vez	S= Subsecuente	R= Referido	C= Contrareferido	D= Discapacitado
Pacientes de primera vez	Infantes (Menores de 11 años)					
Pacientes subsecuentes	Infantes (Menores de 11 años)					
Certificado Médicos	Adolescentes mujeres (12 a 17 a.)					
Planificación familiar	Adolescentes hombres (12 a 17 a.)					
Control prenatal	Mujeres de 18 a 39 años					
	Hombres de 15 a 55 años					
	Mujeres Mayores de 60 años					
	Hombres Mayores de 60 años					
	Mujeres con discapacidad					
	Hombres con discapacidad					

Observaciones	Tipo de seguridad social	Firma y sello del responsable
	1.- INSAH	
	2.- IMSS	
	3.- ISSSTE	
	4.- ISSSTAP	
	5.- Ninguna	

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Registro: PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024

Fecha de actualización: 09/09/2024

Fecha de elaboración: 13/07/2023

Número de Revisión: 02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

CERTIFICADO MÉDICO FORM.1195/SMDIF/082224



Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

CERTIFICADO MÉDICO

Cuatro Vices Heroica Puebla de Zaragoza, a _____ de _____ de 202__.

El (a) que suscribe _____ Médico adscrito a la

Unidad Médica Integral del Sistema Municipal DIF, HACE CONSTAR que en este momento se le realizó

al: C. _____ Edad: _____ Sexo: M _____ F _____

Posteriormente de haber realizado un reconocimiento médico completo, CERTIFICO que se encuentra
clínicamente _____ para ejercer cualquier actividad física o mental que se le encomiende.

Peso: _____ Talla: _____

Presenta resultados de laboratorio:

VIIH: _____ VDRL: _____

COPROPARASITOSCÓPICO: _____ Hemotipo: Grupo: _____ Rh: _____

(Anexos al Presente)

OBSERVACIONES:

Se extiende el presente a petición del (a) interesado (a), para los fines que a este (a) convengan.

A-T-E-N-T-A-M-E-N-T-E

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1195/SMDIF/082224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

RECETA MÉDICA FORM.1114-A/SMDIF/082224

 **Puebla**
Contigo y con rumbo
Gobierno Municipal

Sistema Municipal
DIF

Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

RECETA MÉDICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Peso: _____ Talia: _____ Pz: _____

IDx: _____

Nombre y firma del Médico: _____

Contigo y con rumbo **pueblacapital.gob.mx**

 Av. Cua Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla
FORM.1114-A/SMDIF/082224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar consulta de Nutrición.
Objetivo:	Brindar consultas de nutrición a la población vulnerable, a través de la información respecto a la cantidad y calidad de los alimentos para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar general que coadyuve al logro de su desarrollo.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4. • Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168. • Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12. • Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7. • Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47. • Ley General de Responsabilidades Administrativas • Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12. • Ley Estatal de Salud, Artículo 2. • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 8, 13 y 32. • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2. • Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V. • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, artículo 43 Fracción X. • Plan de Desarrollo Municipal 2021-2024. • Norma Oficial Mexicana NOM -168.SSA1-1998, Del Expediente Clínico.
Políticas de Operación:	1. Se le proporcionará consulta de nutrición, al público en general que solicite el servicio en la Unidad Médica Integral del Sistema Municipal DIF. 2. La usuaria/o deberá realizar el pago del servicio previo a recibir la atención. 3. Las condonaciones en determinado porcentaje serán autorizadas exclusivamente por el personal de Trabajo Social. 4. Se brindara atención en un horario de lunes a viernes de 08:00 a 16:00 horas.
Tiempo Promedio de Gestión:	30 minutos.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para otorgar consulta de Nutrición.				
Responsable	No	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Solicita la consulta en la Unidad de atención ciudadana y gestión social.		
Coordinadora/or Técnica/o o Coordinadora/or especializada/do (Unidad de Atención Ciudadana y de Gestión Social)	2	Informa el costo y captura el nombre en libro de registro, enviando al Usuaría/o al área de recepción del Departamento de Atención Médica.		
Usuaría/o	3	Paga en la caja.	Recibo de Pago FORM.061/SMDIF/012224	Original
Recepcionista/Administrativo (Analista A)	4	Recibe a la usuaria/o y asigna número de expediente clínico si es de primera vez y si es subsecuente le solicita su expediente clínico a la encargada de Archivo clínico, se lo entrega a Nutrióloga.	Hoja frontal en espera de autorización por Contraloría Municipal Historia Clínica Nutrición Niños (as) FORM.722/SMDIF/082424 Historia Clínica Nutrición Adultos FORM.721/SMDIF/082424	Original
Coordinadora/or Técnica/o (Nutrióloga)	5	Recibe al Usuaría/o y elabora Historia Clínica Nutrición, toma medidas antropométricas, efectúa una evaluación del estado nutricional proporciona orientación nutrición, plan de alimentación y actividades diarias.	Hoja frontal en espera de autorización por Contraloría Municipal Historia Clínica Nutrición Niños (as) FORM.722/SMDIF/082424 Historia Clínica Nutrición Adultos FORM.721/SMDIF/082424	Original

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

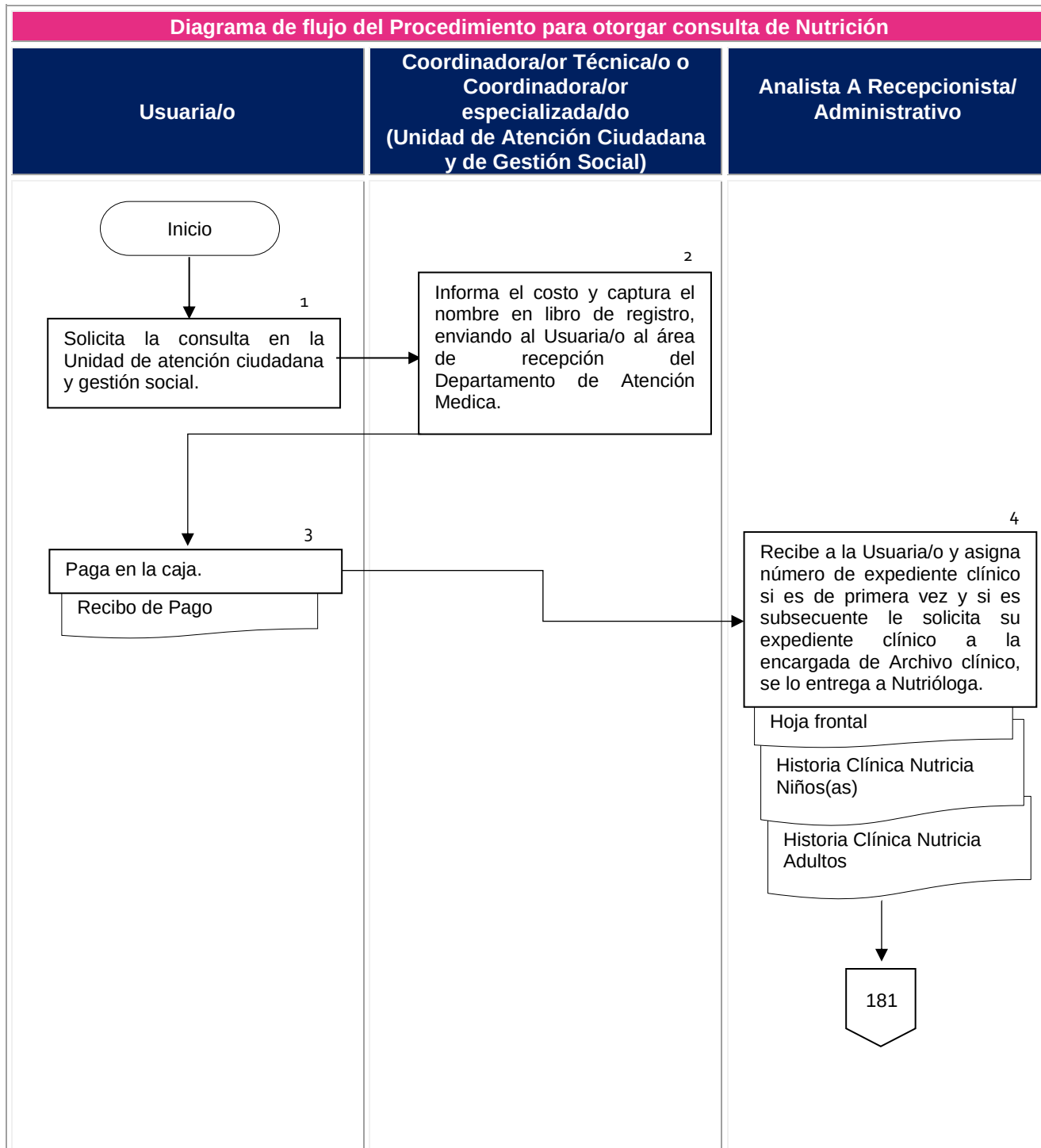
Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

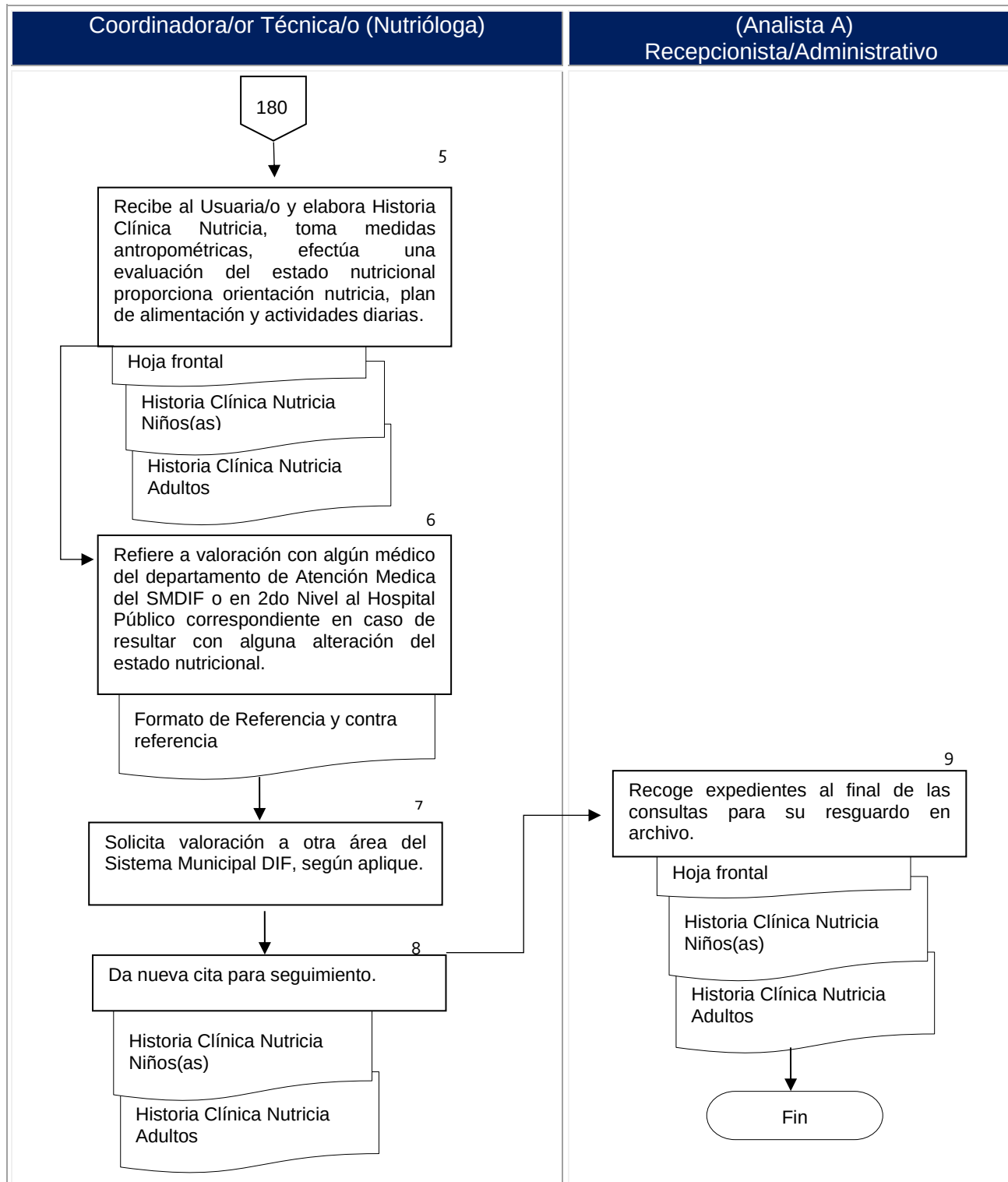
Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para otorgar consulta de Nutrición.				
Responsable	No	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Coordinadora/or Técnica/o (Nutrióloga)	6	Refiere a valoración con algún médico del departamento de Atención Médica del SMDIF o en 2do Nivel al Hospital Público correspondiente en caso de resultar con alguna alteración del estado nutricional.	Formato Referencia y contra referencia FORM.149/SMDIF/022324	Original
Coordinadora/or Técnica/o Técnico (Nutrióloga)	7	Solicita valoración a otra área del Sistema Municipal DIF, según aplique.		Original
Coordinadora/or Técnica/o (Nutrióloga)	8	Da nueva cita para seguimiento.	Hoja frontal en espera de autorización por Contraloría Municipal Historia Clínica Nutricia Niños (as) FORM.722/SMDIF/082424 Historia Clínica Nutricia Adultos FORM.721/SMDIF/082424	Original
Analista A Recepcionista/ administrativo	9	Recoge expedientes al final de las consultas para su resguardo en archivo. Fin del procedimiento.	Hoja frontal en espera de autorización por Contraloría Municipal Historia Clínica Nutricia Niños (as) FORM.722/SMDIF/082424 Historia Clínica Nutricia Adultos FORM.721/SMDIF/082424	Original

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instructivo de Llenado

HOJA FRONTAL

Pendiente de envío a Contraloría Municipal para autorización de los números de FORMS



Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Religión: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Domicilio: _____
 Servicio: _____ Expediente: _____

[illegible]

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

HISTORIA CLÍNICA NUTRICIA NIÑOS (AS)

FORM.722/SMDIF/082424



Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HISTORIA CLÍNICA NUTRICIA NIÑOS (AS)

Nombre _____ Fecha _____ Hora _____
 F/M _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Tel _____
 Ocupación _____

Antropometría

P. actual _____ CB _____ P/E _____ PB/E _____ Edo. Nut. _____
 Estatura _____ P. Cefálico _____ P/EST _____ Peso _____
 Carpo _____ IMC _____ EST/E _____ meta _____ Plan y manejo _____

Historial de peso

Perfil bioquímico

Antecedentes heredo familiares

Padecimiento actual

Antecedentes perinatales

¿Durante el embarazo hubo algún problema? _____
 ¿Hubo algún problema cuando nació? _____
 ¿Parto normal o cesárea? _____ Peso al nacer _____ Est. al nacer _____

Antecedentes pediátricos

Alim. al seno materno, fórmula o mixta _____
 Introd. de alimentos sólidos _____
 ¿Existe aberración por algún alimento? _____
 ¿Existe alergia alimentaria? _____
 ¿Practica algún deporte? _____
 Cantidad de agua que bebe al día _____ Horas de sueño _____

Frecuencia alimentaria

Verduras	Frutas	Arroz	Manteca	Pescado
Leche	Oleag.	Pan	Res	Azúcar
Yogurt	Tortilla	Legum.	Pollo	Dulces
Quesos	Pastas	Aceite	Cerdo	Refresco

Recordatorio de 24hrs

¿Existe horario para el consumo de alimentos?
 Desayuno _____ Col.1 _____ Comida _____ Col.2 _____ Cena _____

FORM.722/SMDIF/082424

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Av. Cue Merlo #201 San Baltazar Campeche

Tel. (222) 2.14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**
 Fecha de actualización: **09/09/2024**
 Fecha de elaboración: **13/07/2023**
 Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

HISTORIA CLÍNICA NUTRICIA ADULTOS FORM.721/SMDIF/082424



Dirección de Salud Integral
 Departamento de la Unidad de Atención Médica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HISTORIA CLÍNICA NUTRICIA ADULTOS

Nombre _____ Fecha _____ Hora _____
 F/M _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Tel _____

Antropometría

Peso actual _____ CB _____ Edad _____ Peso ideal _____
 Estatura _____ G. corporal _____ metabólica _____ Peso meta _____
 Carpo _____ Masa musc _____ Agua total _____ Edo. Nut. _____
 Cintura _____ Masa osea _____ Nivel grasa _____
 Cadera _____ IMC _____ visceral _____ Plan y manejo _____

Historial de peso

Perfil bioquímico _____

Antecedentes heredo familiares

Padecimiento actual

¿Existe alergia alimentaria? _____
 ¿Practica algún deporte? _____
 Horas de sueño _____
 Cantidad de agua que bebe al día _____

Frecuencia alimentaria

Verduras	Frutas	Arroz	Manteca	Pescado
Leche	Oleag.	Pan	Res	Azúcar
Yogurt	Tortilla	Legum.	Pollo	Dulces
Quesos	Pastas	Aceite	Cerdo	Refresco

Recordatorio de 24hrs

¿Existe horario para el consumo de alimentos?

Desayuno _____ Col.1 _____ Comida _____ Col.2 _____ Cena _____

FORM.721/SMDIF/082424

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 San Baltazar Campeche



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA FORM.149/SMDIF/022324



Sistema Municipal
DIF



Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HOJA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Fecha de referencia: _____ Expediente: _____
Nombre del paciente: _____
Domicilio del paciente: _____

EDAD		SEXO	
Años	Meses	M	F
		URG	
		Si	No

Médico que envía	Médico que envía	Médico que envía
------------------	------------------	------------------

Motivo del envío (impresión diagnóstica): _____

Unidad a la que se refiere: _____ Especialidad: _____

Hoja de referencia

Fecha de referencia: _____ Seguridad social: _____

Urgencias: sí: _____ no: _____ Expediente: _____

Nombre:	_____		
	apellido paterno	apellido materno	nombre (s)
Núm. de expediente:	edad: años:	meses:	sexo: m f
Unidad que refiere:	_____		

Unidad a la que se refiere:	_____		
Domicilio:	calle	número	colonia
Servicio al que se envía:	_____		
Resumen clínico del padecimiento: ta: temp: fr: fc: peso: talla:	_____		
Impresión diagnóstica:	_____		

Nombre y firma del médico que refiere

Nombre y firma del responsable de la unidad

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.149/SMDIF/022324

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Visita domiciliaria

Fecha de visita: _____
Se le atendió: sí: _____ fecha: _____ no: _____ por qué: _____

Continúa bajo tratamiento médico: sí: _____ no: _____ por qué: _____

Observaciones: _____

Hoja de contrarreferencia

Unidad que contrarrefiere: _____

Domicilio: _____ fecha: _____

Servicio: _____

Manejo del paciente

Resumen clínico: _____

Diagnóstico de ingreso: _____

Diagnóstico de egreso: _____

Instrucciones y recomendaciones para el manejo del paciente en su unidad de adscripción

Control del paciente

Tratamiento concluido: _____ Continuar tratamiento: _____

Envío a consulta subsecuente al servicio de: _____

Nombre y firma del médico que refiere

Nombre y firma del responsable de la unidad

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.149/SMDIF/022324

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**
 Fecha de actualización: **09/09/2024**
 Fecha de elaboración: **13/07/2023**
 Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

RECIBO DE PAGO FORM.061/SMDIF/012224


Puebla
 Contigo y con rumbo
 Gobierno Municipal

SISTEMA MUNICIPAL DIF
 Dirección Administrativa
 Departamento de Recursos Financieros

"Los datos contenidos en este documento, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla, por lo que se aplican las leyes aplicables"

SISTEMA MUNICIPAL DIF
 DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
 DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS

RECIBO DE COBRO VERIFICADO
ADMINISTRACIÓN 2021-2024

Fecha: 28 / 5 / 2024 V. 1.18 / SMDIF-DRF-E Follo SAP: 2143252

Nombre del Cliente: **ANTONIA HUERTA FUENTES**

Observaciones:

1	CONSULTA MÉDICA	30.00	30.00
TREINTA PESOS Y 00 /100 MXN		\$	30.00

Contigo y con rumbo **puebla capital.gob.mx**

Que Mérida #201 Col. San Baltazar Campeche CP 72

Tel: (222) 2,14,00,00.

@PueblaAyto

@H. Ayuntamiento de Pueb

FORM.061/SMDIF/012224

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar el servicio de Vacunación Universal.
Objetivo:	Otorgar un servicio de calidad y eficiencia a la población en General del Municipio de Puebla que requiera de una vacunación universal para poder prevenir enfermedades virales y bacterianas.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4. • Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168. • Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12. • Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7. • Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47. • Ley General de Responsabilidades Administrativas • Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12. • Ley Estatal de Salud, Artículo 2. • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 8, 13 y 32. • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2. • Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V. • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, artículo 39 Fracción VII y artículo 43 Fracción X. • Plan de Desarrollo Municipal 2021-2024. • Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en humano.
Políticas de Operación:	1. Las vacunas se aplicarán conforme al Esquema Nacional de Vacunación y campañas nacionales de Vacunación y con base a la disponibilidad en el departamento de atención médica. 2. Será requisito presentar de la Usuaia/o del servicio: • CURP • Cartilla Nacional de Vacunación o comprobante de vacunación para aplicar y registrar la dosis correspondiente.
Tiempo Promedio de Gestión:	30 minutos o menos

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

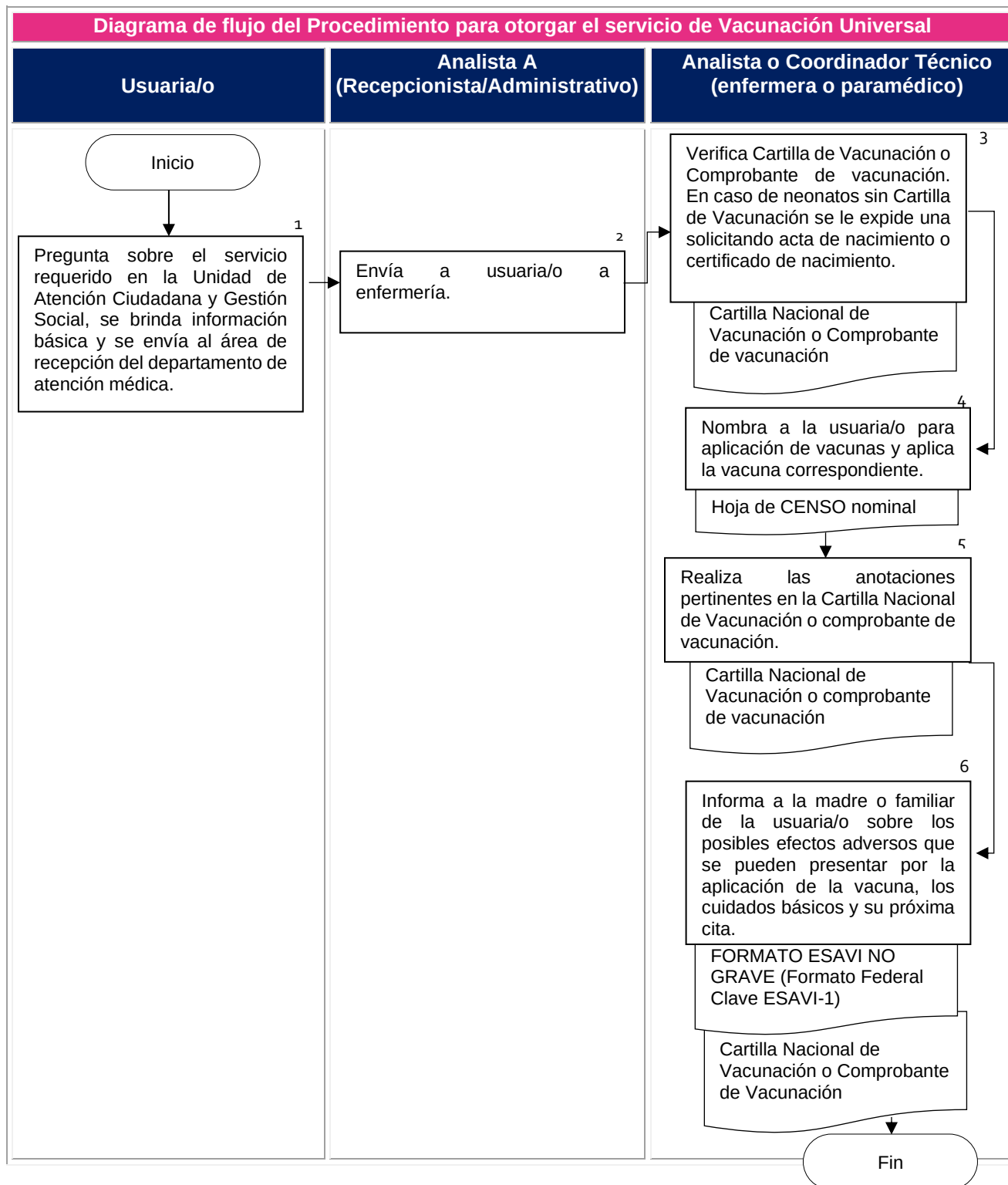
Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para otorgar el servicio de Vacunación Universal.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o /a	1	Pregunta sobre el servicio requerido en la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social, se le brinda información básica y se envía al área de recepción del departamento de atención médica.		
Analista A (Recepcio nista/Admi nistrativo)	2	Envía a usuaria/o a Enfermería.		Original y copia
Analista o Coordinador Técnico (enfermera o paramédico)	3	Verifica Cartilla de Vacunación o Comprobante de vacunación. En caso de neonatos sin Cartilla de Vacunación se le expide una solicitando acta de nacimiento o certificado de nacimiento.	Cartilla Nacional de Vacunación o Comprobante de vacunación FORM 156/SMDIF/022324	Original y copia
	4	Nombra a la usuaria/o para aplicación de vacunas y aplica la vacuna correspondiente.	Hoja de Censo Nominal	Original
	5	Realiza las anotaciones pertinentes en la Cartilla Nacional de Vacunación o comprobante de vacunación.	Cartilla Nacional de Vacunación o Comprobante de Vacunación FORM 156/SMDIF/022324	Original
	6	Informa a la madre o familiar de la usuaria/o sobre los posibles efectos adversos que se pueden presentar por la aplicación de la vacuna, los cuidados básicos y su próxima cita. Fin del procedimiento.	FORMATO ESAVI NO GRAVE (Formato Federal Clave ESAVI-1) Cartilla Nacional de Vacunación o Comprobante de Vacunación FORM 156/SMDIF/022324.	Original

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

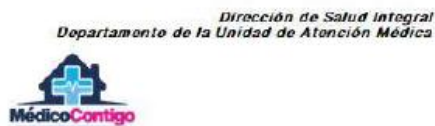


Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**
 Fecha de actualización: **09/09/2024**
 Fecha de elaboración: **13/07/2023**
 Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instructivo de Llenado

COMPROBANTE DE VACUNACIÓN FORM 156/SMDIF/022324



"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

COMPROBANTE DE VACUNACIÓN

Nombre: _____
 Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____
 Domicilio: _____

 Localidad: _____
 Municipio: _____
 B.C.G. única dosis: _____
 Hepatitis B única dosis: _____
 Hexavalente: _____
 Neumococo Trecevalente: _____
 Rotavirus: _____
 Triple Viral S.R.P.: _____
 D.P.T. : _____
 Influenza tipo A. : _____
 S.R.: _____
 T.D.: _____
 Otras: _____
 Enfermera: _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Av. Cuernavaca #201 Col. San Baltazar Cuernavaca
C.P. 72300

Tel. (222) 2 14 00 99

@PueblaYo

H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.156/SMDIF/022324

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar el servicio de detección de Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus.
Objetivo:	Lograr un tamizaje adecuado en la población atendida en la Unidad Médica del SMDIF con el fin de lograr una adecuada prevención, detección, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 y la Hipertensión Arterial sistémica, enfermedades crónico degenerativa de mayor frecuencia y prevalencia a nivel mundial.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4. • Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168. • Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12. • Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7. • Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47. • Ley General de Responsabilidades Administrativas • Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12. • Ley Estatal de Salud, Artículo 2. • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 8 y 32. • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2. • Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V. • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, artículo 43 Fracción X. • Plan de Desarrollo Municipal 2021-2024 • Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente
Políticas de Operación:	1. La Usuaría/o deberá presentarse en las condiciones óptimas para realizar la prueba, ya sea en ayuno de 8 a 12 horas o 2 horas posterior a haber consumido alimento para realización de la prueba de Diabetes. 2. El material utilizado para la prueba de Diabetes será único para cada Usuaría/o y desechado al término de su uso.
Tiempo Promedio de Gestión:	10 minutos

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para otorgar el servicio de detección de Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Acude a la Unidad de atención ciudadana y gestión social donde pregunta sobre el servicio requerido y es enviado al departamento de atención médica.		
Usuaría/o	2	Pago en la caja por el servicio de toma de glucosa.	Recibo de Pago FORM.061/SMDIF/ 012224	Original
Analista o Coordinador Técnico (enfermera o paramédico)	3	Recibe a la usuaria/o que solicita el servicio, toma la presión y/o glucosa capilar. • Si no existe alteración en los resultados • Continúa en la actividad Núm. 7 en caso contrario:	Hoja Diaria de atención FORM.433/SMDIF/ 072324	Original
Analista o Coordinador Técnico (enfermera o paramédico)	4	Notifica al médico general el resultado fuera de los rangos normales, glucosa por arriba de 100, tensión arterial por arriba de 130/90 mmHg., y en caso de glucosa mayor a 250, pasa al área de Urgencias.		
Analista o Analista Consultiva / Coordinadora/or Especializada/o (Médico)	5	Atiende en el consultorio en casos de Hiperglicemia menor a 250 e Hipertensión menor a 110 y en caso de Hiperglicemia mayor a 250 o Crisis hipertensiva mayor a 110 la diastólica atiende en el área de Urgencias: • Si el médico estabiliza a la Usuaría/o, continúa en la actividad Núm. 7, en caso contrario	Hoja frontal en espera de autorización por Contraloría Municipal Historia Clínica FORM.150/SMDIF/ 022324	Original

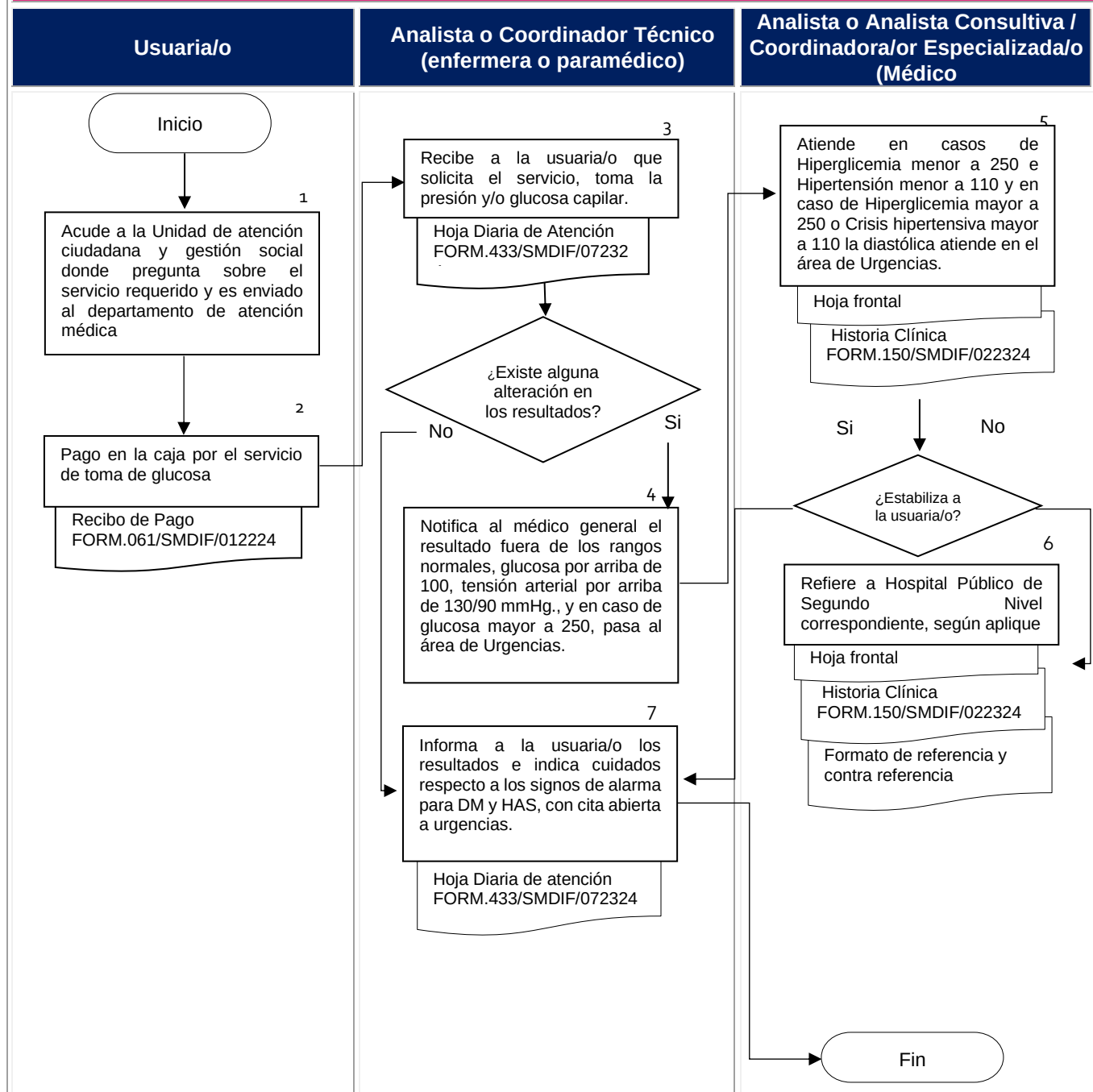
Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para otorgar el servicio de detección de Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Analista o Analista Consultiva / Coordinadora/or Especializada/o (Médico)	6	Refiere a Hospital Público de Segundo Nivel correspondiente, según aplique.	Formato de Referencia y contra referencia FORM.149/SMDIF/022324 Hoja frontal en espera de autorización por Contraloría Municipal Historia Clínica FORM.150/SMDIF/022324	Original y copia
Analista o Coordinador Técnico (enfermera o paramédico)	7	Informa a la usuaria/o los resultados e indica cuidados respecto a los signos de alarma para DM y HAS, con cita abierta a urgencias. Fin del procedimiento.	Hoja Diaria de atención FORM.433/SMDIF/072324	Original

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar el servicio de detección de Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instructivo de Llenado

HOJA FRONTAL



Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Religión: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Domicilio: _____
 Servicio: _____ Expediente: _____

[illegible]

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

HISTORIA CLÍNICA FORM.150/SMDIF/022324

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HISTORIA CLÍNICA

Fecha: _____ Expediente: _____ Hora: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: ____/____/____
Edad: ____ Sexo: ____ Estado civil: ____ Religión: ____ Seguridad Social: ____ Tel.: ____	
Lugar de origen: _____	Lugar de residencia: _____
Escolaridad: _____	Ocupación: _____
Domicilio: _____	C.P.: _____

ANTECEDENTES

Heredo familiares: _____

Personales no patológicos:

Hemotipo: _____	Alcoholismo: _____
Tabaquismo: _____	Zoonosis: _____

Personales patológicos:

Cirugías: _____	Padecimientos: _____
Alergias: _____	Transfusiones: _____
	Traumáticos: _____

Antecedentes pediátricos:

Producto de la gesta: _____	Obtenido (a) por: _____
Peso al nacer: ____ Talla al nacer: ____ Alimentado (a) al seno materno: ____ Inmunizaciones: ____	
Introducción de alimentos diferentes o Lácteos: _____	Desarrollo psicomotor: ____ Tamiz: ____

Gineco-obstétricos:

Menarca: _____ Ciclos: _____ IVSA: _____ Parejas sexuales: _____
FUM: _____ FPP: _____ FUP: _____
Gesta: ____ Para: ____ Aborto: ____ Cesárea: ____ Planificación familiar: _____
Menopausia / Climaterio: _____
Citología vaginal: _____ Exploración mama: _____

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF



Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

MOTIVO DE CONSULTA / PADECIMIENTO ACTUAL:

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEM: _____ PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____

DIAGNÓSTICO:

PLAN TERAPÉUTICO:

TRATAMIENTO:

PRONÓSTICO:

Sello y firma del médico

2/2

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche C.P 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.150/SMDIF/022324

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**
 Fecha de actualización: **09/09/2024**
 Fecha de elaboración: **13/07/2023**
 Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA FORM.149/SMDIF/022324



Sistema Municipal
DIF



Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HOJA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Fecha de referencia: _____ Expediente: _____
 Nombre del paciente: _____
 Domicilio del paciente: _____

EDAD		SEXO	
Años	Meses	M	F
		URG	
		Sí	No

Médico que envía	Médico que envía	Médico que envía
------------------	------------------	------------------

Motivo del envío (impresión diagnóstica): _____

Unidad a la que se refiere: _____ Especialidad: _____

Hoja de referencia

Fecha de referencia: _____ Seguridad social: _____

Urgencias: sí: _____ no: _____ Expediente: _____

Nombre: _____
 apellido paterno apellido materno nombre (s)
 Núm. de expediente: _____ edad: años: _____ meses: _____ sexo: m _____ f _____

Unidad que refiere: _____

Unidad a la que se refiere: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____
 calle número colonia
 Servicio al que se envía: _____

Resumen clínico del padecimiento: ta: _____ temp: _____ fr: _____ fc: _____ peso: _____ talla: _____

Impresión diagnóstica: _____

Nombre y firma del médico que refiere

Nombre y firma del responsable de la unidad

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.149/SMDIF/022324

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

Visita domiciliaria

Fecha de visita: _____

Se le atendió: sí: _____ fecha: _____ no: _____ por qué: _____

Continúa bajo tratamiento médico: sí: _____ no: _____ por qué: _____

Observaciones: _____

Hoja de contrarreferencia

Unidad que contrarrefiere: _____

Domicilio: _____ fecha: _____

Servicio: _____

Manejo del paciente

Resumen clínico: _____

Diagnóstico de ingreso: _____

Diagnóstico de egreso: _____

Instrucciones y recomendaciones para el manejo del paciente en su unidad de adscripción

Control del paciente

Tratamiento concluido: _____ Continuar tratamiento: _____

Envío a consulta subsecuente al servicio de: _____

Nombre y firma del médico que refiere

Nombre y firma del responsable de la unidad

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.149/SMDIF/022324

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

HOJA DIARIA FORM.433/SMDIF/072324

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HOJA DIARIA DE ATENCIÓN

Nombre del responsable: _____ Servicio: _____
Fecha: _____ Lugar: _____

No.	Nº expediente	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	Edad	Sexo M/H	P	S	R	C	D	Diagnóstico	Colonia	Junta Auxiliar	Seguridad Social	Número de foto
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																
30																
31																
32																
33																
34																
35																
36																
37																
38																
39																
40																
41																
42																
43																
44																
45																
46																
47																
48																
49																
50																
51																
52																
53																
54																
55																
56																
57																
58																
59																
60																
61																
62																
63																
64																
65																
66																
67																
68																
69																
70																
71																
72																
73																
74																
75																
76																
77																
78																
79																
80																
81																
82																
83																
84																
85																
86																
87																
88																
89																
90																
91																
92																
93																
94																
95																
96																
97																
98																
99																
100																

Total pacientes atendidos	Total pacientes de primera vez	R= Primera vez	S= Subsecuente	R= Referido	C= Contrareferido	D= Discapacitado
Pacientes de primera vez	Niños (Menores de 11 años)	Observaciones				
Pacientes de segunda vez	Adolescentes (12 a 17 años)					
Certificado Médico	Adolescentes (18 a 19 años)					
Planificación familiar	Mujeres de 10 a 19 años					
Control prenatal	Mujeres de 20 a 29 años					
	Mujeres de 30 a 39 años					
	Mujeres de 40 a 49 años					
	Mujeres de 50 a 59 años					
	Mujeres de 60 a 69 años					
	Mujeres de 70 a 79 años					
	Mujeres de 80 a 89 años					
	Mujeres de 90 a 99 años					
	Mujeres con discapacidad					
	Mujeres con discapacidad					

Tipo de seguridad social	Firma y sello del responsable
1- IMSS	
2- ISSSTE	
3- ISSSTE	
4- ISSSTE	
5- Ninguna	

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Av. Cua Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche C.P. 72559

Tel. (222) 214.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla
FORM.433/SMDIF/072324

RECIBO DE PAGO FORM.061/SMDIF/012224

Puebla
Contigo y con rumbo
Gobierno Municipal

Dirección Administrativa
Departamento de Recursos Financieros

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

RFC: SMD-930308-806

Fecha: 30/5/2024 Folio SAP: 1198428

Nombre del Cliente: CANDELARIA ACOSTA

Observaciones:

1	GLUCOSA CAPILAR	5.00	5.00
	CINCO PESOS Y 00/100 MXN	\$	5.00

Contigo y con rumbo **puebla capital.gob.mx**

Av. Cua Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche C.P. 72559

Tel. (222) 214.00.00

@PueblaAyto H. Ayuntamiento de Puebla

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar el servicio de detección oportuna de Cáncer Cervicouterino y Cáncer de Mama.
Objetivo:	Otorgar un servicio de calidad y eficiencia a la población del Municipio de Puebla para la detección oportuna de cáncer cervicouterino y cáncer de mama.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4 • Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168. • Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12. • Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7. • Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47. • Ley General de Responsabilidades Administrativas • Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12. • Ley Estatal de Salud, Artículo 2. • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 8, 13 y 32. • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2. • Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículos 37, Fracción V. • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 39, Fracción VII y Artículo 43 Fracción X. • Plan de Desarrollo Municipal 2021-2024
Políticas de Operación:	1. La detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario podrá realizarse por la ginecóloga, médico general y/o enfermera general. 2. El resultado de los exámenes solo se le entregará a la usuaria/o. 3. Las campañas de detección masiva se llevarán a cabo de acuerdo con cronogramas establecido en el PBR.
Tiempo Promedio de Gestión:	30 minutos.

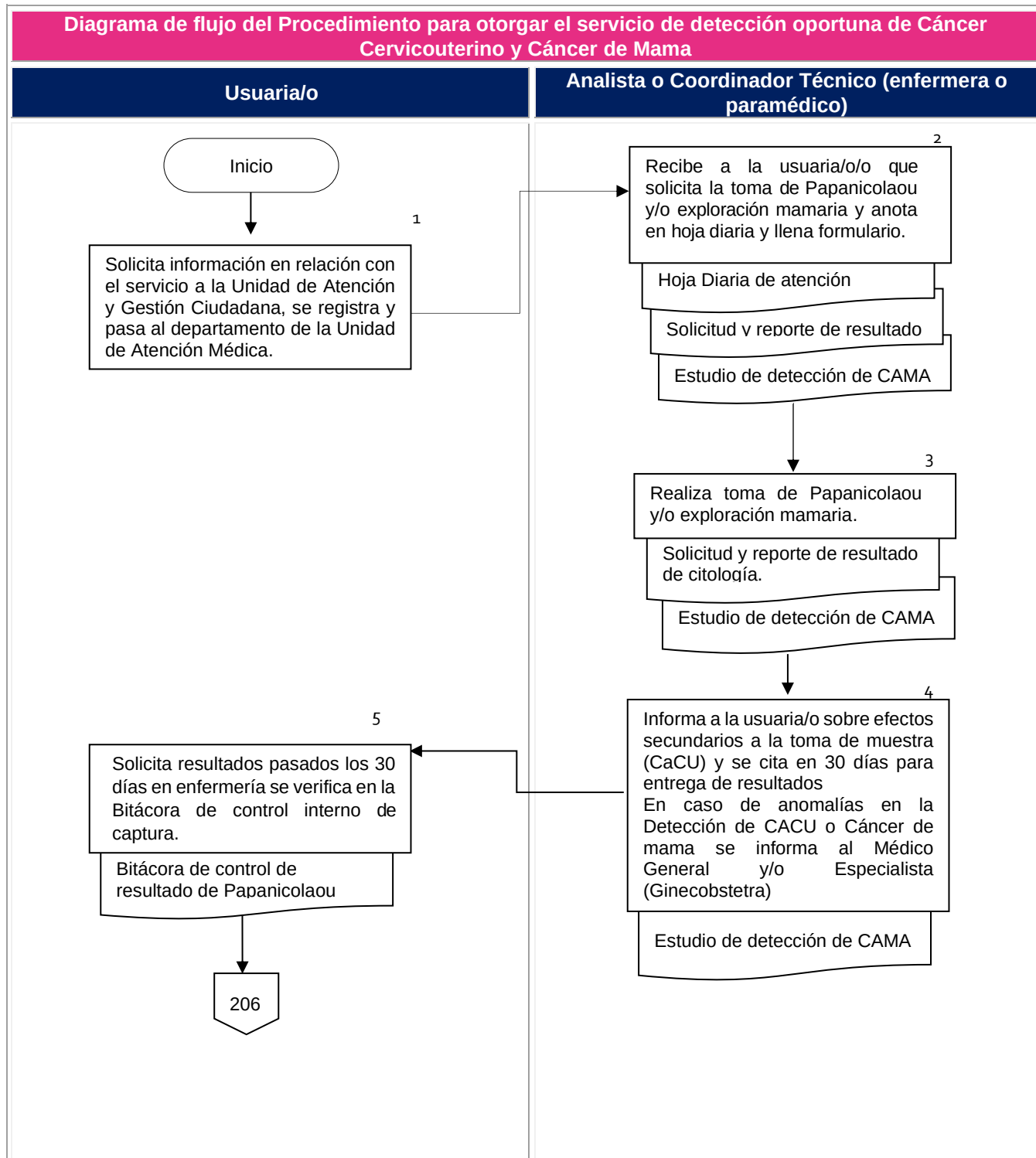
Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para otorgar el servicio de detección oportuna de Cáncer Cervicouterino y Cáncer de Mama.				
Responsable	No	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Solicita información en relación con el servicio a la Unidad de Atención y Gestión Ciudadana, se registra y pasa al departamento de la Unidad de Atención Médica.		
Analista o Coordinador Técnico (enfermera o paramédico)	2	Recibe a la usuaria/o que solicita la toma de Papanicolaou y/o exploración mamaria y anota en hoja diaria y llena formulario.	Hoja Diaria de atención FORM.433/SMDIF/072324 Solicitud y Reporte de resultado de Citología Cervicovaginal/Estudio De Detección Cáncer Mama.	Original
	3	Realiza toma de Papanicolaou y/o exploración mamaria.	Solicitud y Reporte de resultado de Citología Vaginal/Estudio de detección Cáncer Mama.	Original
	4	Informa a la usuaria/o sobre efectos secundarios a la toma de muestra (CaCU) y se cita en 30 días para entrega de resultados en el caso de Papanicolaou y los resultados de la exploración mamaria. En caso de anomalías en la Detección de CACU o Cáncer de mama se informa al Médico General y/o Especialista (Ginecobstetra)	Estudio de detección de CAMA	N/A
Usuaría/o	5	Solicita resultados pasados los 30 días en enfermería se verifica en la Bitácora de control interno de captura.	Bitácora de control de resultado de Papanicolaou	Original

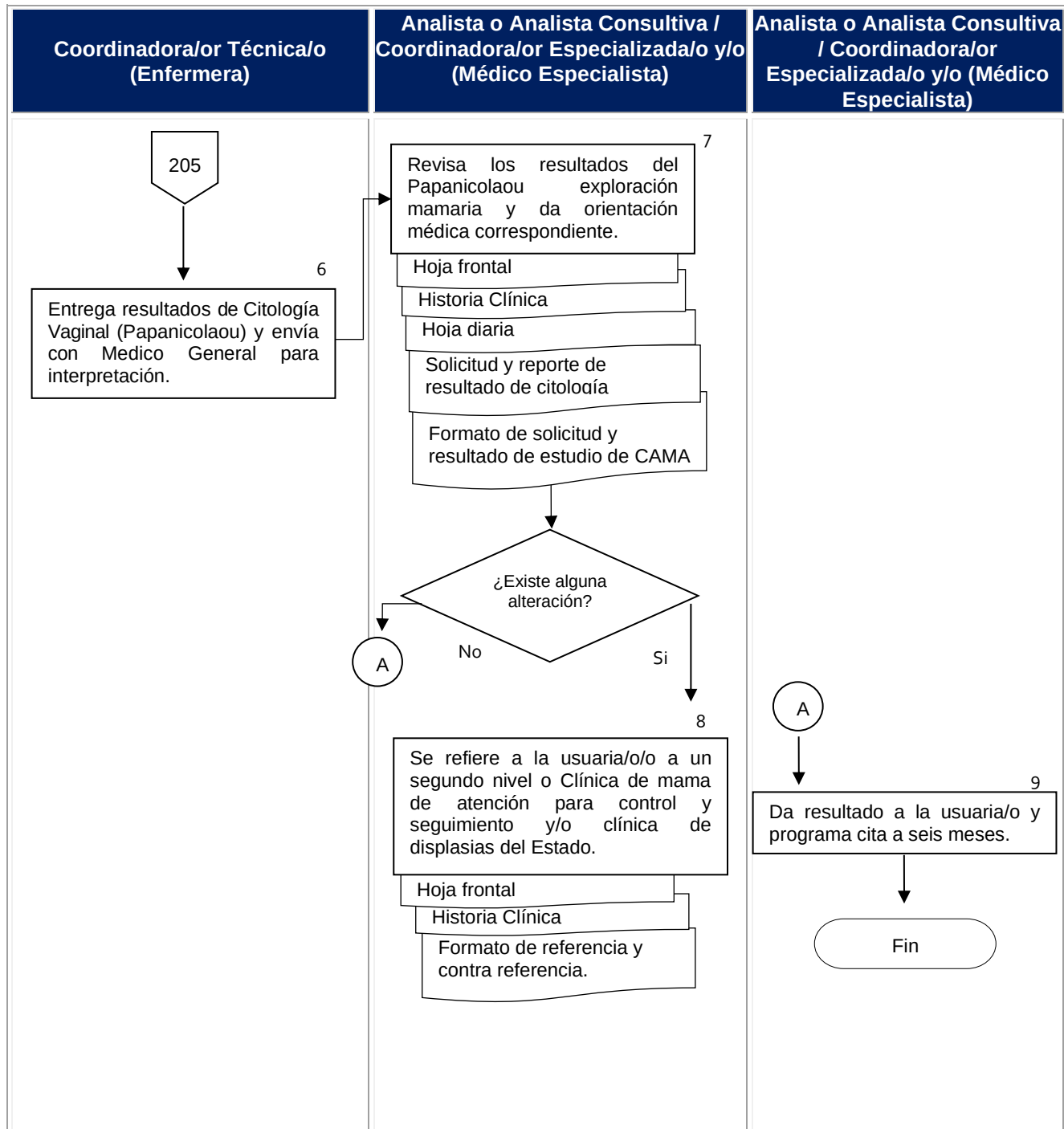
Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para otorgar el servicio de detección oportuna de Cáncer Cervicouterino y Cáncer de Mama.				
Responsable	No	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Analista o Coordinador Técnico (enfermera o paramédico)	6	Entrega resultados de Citología Cervicovaginal (Papanicolaou) y envía con Médico General o Médico Especialista para interpretación.		
Analista o Analista Consultiva / Coordinadora/or Especializada/o (Médico General)	7	Revisa los resultados del Papanicolaou exploración mamaria y da orientación médica correspondiente. • Si no existe alguna alteración en la exploración de mama o en el Papanicolaou continúa Núm. 9, en caso contrario continua con el procedimiento continúa Núm. 8	Hoja Diaria FORM.433/SMDIF/072324 Expediente clínico Hoja frontal en espera de autorización por Contraloría Municipal Historia Clínica FORM.150/SMDIF/022324 Solicitud y Reporte de resultado de Citología cervical / Estudio de Detección CaMa	Originales
Analista o Analista Consultiva / Coordinadora/or Especializada/o (Médico General) y/o Analista Consultivo (Médico Especialista)	8	Refiere al Usuario/o a un segundo nivel o Clínica de mama de atención para control y seguimiento y/o clínica de displasias del Estado.	Expediente clínico (Hoja frontal) en espera de autorización por Contraloría Municipal (Historia Clínica) FORM.150/SMDIF/022324 Formato de Referencia y contra referencia FORM.149/SMDIF/022324	Original y copia
Analista o Analista Consultiva / Coordinadora/or Especializada/o (Médico General)	9	Da resultado a la usuaria/o y programa cita a seis meses. Fin del Procedimiento.		

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instructivo de Llenado

HOJA FRONTAL



Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Religión: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Domicilio: _____
 Servicio: _____ Expediente: _____

[illegible]

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

HISTORIA CLÍNICA FORM.150/SMDIF/022324



Sistema Municipal
DIF



Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HISTORIA CLÍNICA

Fecha: _____ Expediente: _____ Hora: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: ____/____/____
Edad: ____ Sexo: ____ Estado civil: ____ Religión: ____ Seguridad Social: ____ Tel.: ____	
Lugar de origen: _____	Lugar de residencia: _____
Escolaridad: _____	Ocupación: _____
Domicilio: _____	C.P.: _____

ANTECEDENTES

Heredo familiares:

--

Personales no patológicos:

Hemotipo: _____	Alcoholismo: _____
Tabaquismo: _____	Zoonosis: _____

Personales patológicos:

Cirugías: _____	Padecimientos: _____
Alergias: _____	Transfusiones: _____
	Traumáticos: _____

Antecedentes pediátricos:

Producto de la gesta: _____	Obtenido (a) por: _____
Peso al nacer: ____ Talla al nacer: ____ Alimentado (a) al seno materno: ____ Inmunizaciones: ____	
Introducción de alimentos diferentes o Lácteos: _____	Desarrollo psicomotor: ____ Tamiz: ____

Gineco-obstétricos:

Menarca: _____ Ciclos: _____ IVSA: _____ Parejas sexuales: _____
FUM: _____ FPP: _____ FUP: _____
Gesta: ____ Para: ____ Aborto: ____ Cesárea: ____ Planificación familiar: _____
Menopausia / Climaterio: _____
Citología vaginal: _____ Exploración mama: _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

1/2

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



MOTIVO DE CONSULTA / PADECIMIENTO ACTUAL:

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEM: _____ PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____

DIAGNÓSTICO:

PLAN TERAPÉUTICO:

TRATAMIENTO:

PRONÓSTICO:

Sello y firma del médico

2/2

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

HOJA DIARIA FORM.433/SMDIF/072324

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HOJA DIARIA DE ATENCIÓN

Nombre del responsable: _____

Fecha: _____

Servicio: _____

Lugar: _____

No. N° expediente	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	Edad	Sexo M/H	P	S	R	C	D	Diagnóstico	Colonia	Junta Auxiliar	Seguridad Social	Numero de folio
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
Total pacientes atendidos			Total pacientes de primera vez			P= Primera vez S= Subsecuente R= Referido C= Contrareferido D= Discapacitado									
Pacientes de primera vez	Niños (Menores de 11 años)				Observaciones 					Tipo de seguridad social 1.- INSABI 2.- IMSS 3.- ESSE 4.- ISSSTE 5.- Ninguna					
Pacientes subsecuentes	Niños (Menores de 11 años)														
Certificado Médico	Adolescentes (12 a 17 años)														
Planificación familiar	Adolescentes (12 a 17 años)														
Control prenatal	Mujeres de 15 a 59 años														
	Hombres de 15 a 59 años				Firma y sello del responsable 										
	Mujeres Mayores de 60 años														
	Hombres Mayores de 60 años														
	Mujeres con discapacidad														
	Hombres con discapacidad														

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Av. Cua Merio #201 Col. San Baltazar Campeche C.P 72550

Tel. (222) 2-14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.433/SMDIF/072324

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

FORMATO DE SOLICITUD Y RESULTADO DE ESTUDIO DE CÁNCER DE MAMA FORM.154/SMDIF/022324



Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

ÁREA DE MASTOGRAFÍA ESTUDIO DE DETECCIÓN

Fecha de estudio: _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar _____

Nombre de la paciente: _____

Dirección: _____

Edad: _____ CP: _____ Teléfono: _____

Edad de la primera menstruación: _____ Fecha de la última menstruación: _____

¿Tiene útero (matriz)? Sí () No () ¿Cuándo se lo quitaron? _____

¿Toma hormonas? (Anticonceptivos, ¿reemplazo hormonal? Sí () No ()

¿Cuáles? _____ ¿Desde cuándo? _____

¿Está Usted EMBARAZADA? Sí () No () ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____

¿Número de hijos vivos? _____ ¿Se encuentra amamantando? Sí () No ()

¿A cuántos hijos amamantó? _____ ¿Toma algún medicamento? Sí () No ()

¿Cuáles? _____ ¿Desde cuándo? _____

¿Tiene alguna alergia? Sí () No () ¿A qué? _____

¿Le han diagnosticado algún tipo de cáncer? Sí () No () ¿Desde cuándo? _____

¿Qué tipo de Cáncer y donde está localizado? _____

¿Recibió quimioterapia? Sí () No () ¿Cuántas sesiones? _____ Fecha: _____

¿Recibió radioterapia? Sí () No () ¿Cuántas sesiones? _____ Fecha: _____

¿Qué medicamento tomo para el cáncer? _____

¿Le han realizado alguna biopsia de la mama? Sí () No () ¿Cuándo? _____

Del lado derecho () izquierdo () ¿Diagnóstico? _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.154/SMDIF/022324

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF



Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

¿Ha sido operada de sus mamas? Sí () No () Explique qué le hicieron: _____

¿Tiene alguna seña particular en la mama? Sí () No ()

¿Cuál? Cicatriz () Lunar () Verruga () ¿Dónde? _____

¿Ha recibido algún golpe en sus mamás Sí () No () ¿Dónde? _____

¿Alguien de la familia ha padecido cáncer? Sí () No () ¿Quién? _____

¿A qué edad? _____ ¿Qué tipo de cáncer? _____

¿Ha notado algún cambio en sus mamas? Sí () No ()

Dolor () Derecha () Izquierda () Desde hace: _____

Secreción () Derecha () Izquierda () Desde hace: _____

Tumoración () Derecha () Izquierda () Desde hace: _____

Endurecimiento () Derecha () Izquierda () Desde hace: _____

Cambios de Piel () Derecha () Izquierda () Desde hace: _____

Aumento de volumen () Derecha () Izquierda () Desde hace: _____

Pezón hundido () Derecha () Izquierda () Desde hace: _____

¿Le han practicado estudio de Mastografía anteriormente? Sí () No ()

¿Cuándo? _____

¿Le han practicado estudio de Ultrasonido Mamario anteriormente? Sí () No ()

¿Cuándo? _____ ¿Cuenta con el? Sí () No () ¿Diagnósticos? _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

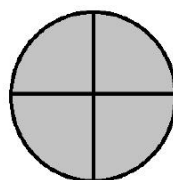
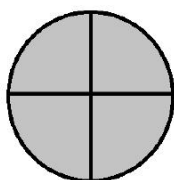
FORM.154/SMDIF/022324

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Señalé el lugar donde se ha sentido o palpado alguna bolita o tumoración

Derecha

Izquierda



Realice algún comentario que considere necesario al respecto:

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
FORM.149/SMDIF/022324



Sistema Municipal
DIF



Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás *disposiciones legales aplicables.*"

HOJA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Fecha de referencia: _____ Expediente: _____

Nombre del paciente: _____

Domicilio del paciente: _____

EDAD		SEXO	
Años	Meses	M	F
		URG	
		Sí	No

Médico que envía	Médico que envía	Médico que envía
------------------	------------------	------------------

Motivo del envío (impresión diagnóstica):

Unidad a la que se refiere: _____ Especialidad: _____

Hoja de referencia

Fecha de referencia: _____ Seguridad social: _____

Urgencias: sí: _____ no: _____ Expediente: _____

Nombre: _____
 apellido paterno apellido materno nombre (s)
 Núm. de expediente: _____ edad: años: _____ meses: _____ sexo: m _____ f _____
 Unidad que refiere: _____

Unidad a la que se refiere: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____
 calle número colonia

Servicio al que se envía: _____

Resumen clínico del padecimiento: ta: _____ temp: _____ fr: _____ fc: _____ peso: _____ talla: _____

Impresión diagnóstica: _____

Nombre y firma del médico que refiere

Nombre y firma del responsable de la unidad

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.149/SMDIF/022324

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

Visita domiciliaria

Fecha de visita: _____

Se le atendió: sí: _____ fecha: _____ no: _____ por qué: _____

Continúa bajo tratamiento médico: sí: _____ no: _____ por qué: _____

Observaciones: _____

Hoja de contrarreferencia

Unidad que contrarrefiere: _____

Domicilio: _____ fecha: _____

Servicio: _____

Manejo del paciente

Resumen clínico: _____

Diagnóstico de ingreso: _____

Diagnóstico de egreso: _____

Instrucciones y recomendaciones para el manejo del paciente en su unidad de adscripción

Control del paciente

Tratamiento concluido: _____ Continuar tratamiento: _____

Envío a consulta subsecuente al servicio de: _____

Nombre y firma del médico que refiere

Nombre y firma del responsable de la unidad

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx


 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
 C.P 72550


 Tel. (222) 2.14.00.00


 @PueblaAyto


 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.149/SMDIF/022324

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

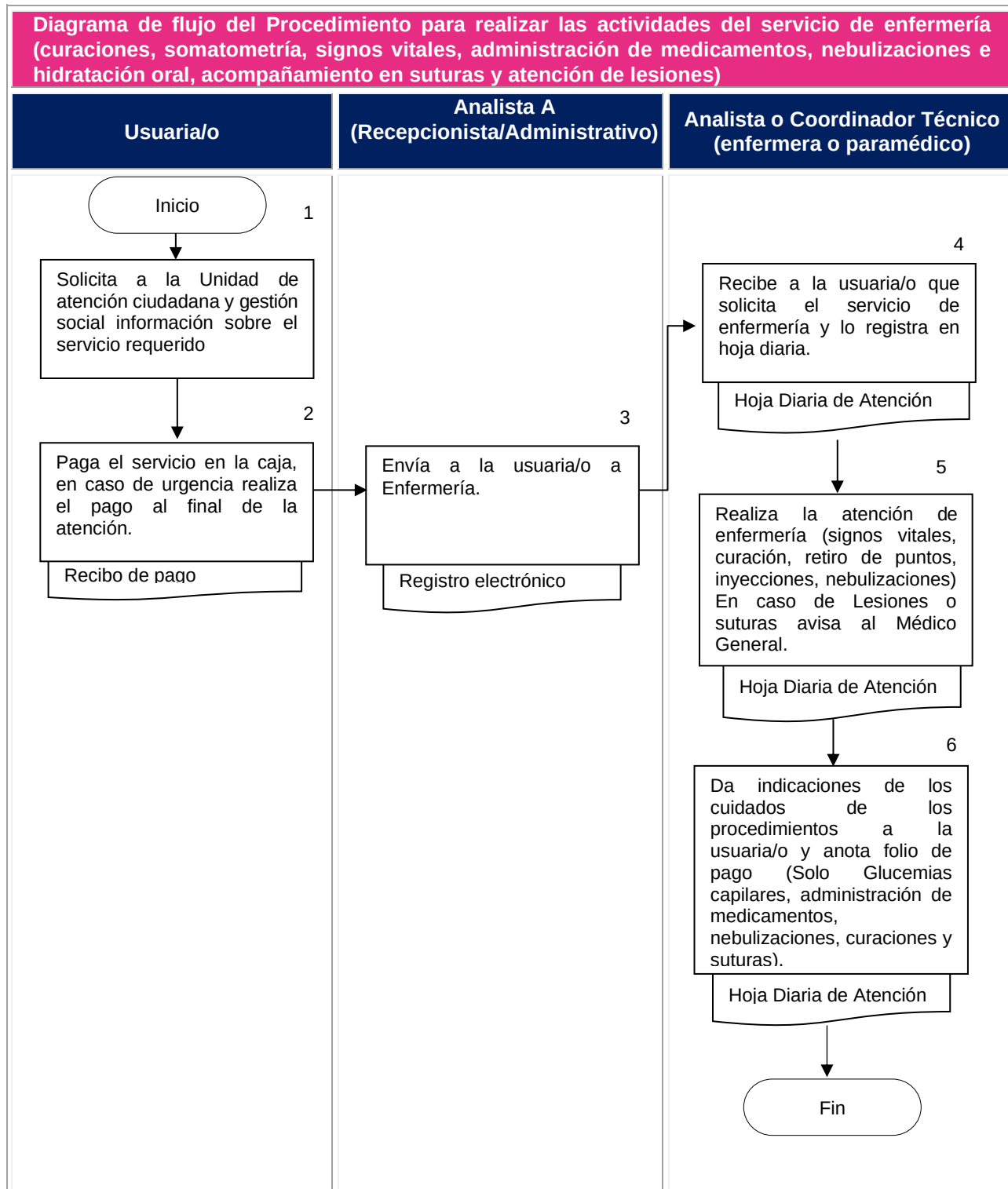
Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para realizar las actividades del servicio de enfermería (curaciones, somatometría, signos vitales, administración de medicamentos, nebulizaciones e hidratación oral, acompañamiento en suturas y atención de lesiones)
Objetivo:	Brindar servicios de enfermería (curación, sutura, retiro de puntos, inyecciones y nebulizaciones), con calidad, calidez y eficiencia a la población que lo requiera con el fin de garantizar una atención médica adecuada, promover la recuperación de la salud y mejorar el bienestar general de los pacientes.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4. • Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168. • Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12. • Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7. • Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47. • Ley General de Responsabilidades Administrativas • Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12. • Ley Estatal de Salud, Artículo 2. • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 13 y 32. • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2. • Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V. • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 43 Fracción VI, V, VI. • Plan de Desarrollo Municipal 2021-2024 • Norma Oficial Mexicana NOM-036-ssa2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterapicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.
Políticas de Operación:	1. Todo el material que se requiere para llevar a cabo las actividades de atención a Usuario/os de enfermería deberá estar esterilizado. 2. El material y/o equipo desechable será manejado de acuerdo con el manejo de R.P.B.I.
Tiempo Promedio de Gestión:	10 minutos.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para realizar las actividades del servicio de enfermería (curaciones, somatometría, signos vitales, administración de medicamentos, nebulizaciones e hidratación oral, acompañamiento en suturas y atención de lesiones)

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Solicita a la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social información sobre el servicio requerido.		
Usuaría/o	2	Paga el servicio en la caja, en caso de urgencia realiza el pago al final de la atención.	Recibo de pago FORM.061/SMDIF/012224	Original
Analista A (Recepcionista/ Administrativo)	3	Envía a Enfermería.	Registro electrónico	Original
Analista o Coordinador Técnico (enfermera o paramédico)	4	Recibe a la usuaria/o que solicita el servicio de enfermería y lo registra en hoja diaria.	Hoja diaria de atención FORM.433/SMDIF/072324	Original
Analista o Coordinador Técnico (enfermera o paramédico)	5	Realiza la atención de enfermería (signos vitales, curación, retiro de puntos, inyecciones, nebulizaciones) y en caso de lesiones o suturas, avisa al médico general.	Hoja Diaria de atención FORM.433/SMDIF/072324	Original
Analista o Coordinador Técnico (enfermera o paramédico)	6	Da indicaciones de los cuidados de los procedimientos a la usuaria/o y anota folio de pago (Solo Glucemias capilares, administración de medicamentos, nebulizaciones, curaciones y suturas). Fin del procedimiento.	Hoja diaria de atención FORM.433/SMDIF/072324	Original

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instrucciones del llenado

HOJA DIARIA FORM.433/SMDIF/072324

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HOJA DIARIA DE ATENCIÓN

Nombre del responsable: _____
Fecha: _____

Servicio: _____
Lugar: _____

No.	Nº expediente	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	Edad	Sexo M/H	P	S	R	C	D	Diagnóstico	Colonia	Junta Auxiliar	Seguridad Social	Número de foto.
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

Total pacientes atendidos	Total pacientes de primera vez	P= Primera vez	S= Subsecuente	R= Referido	C= Contrareferido	D= Discapacitado
Pacientes de primera vez	Mujeres (Menores de 11 años)	Observaciones				
Pacientes subsecuentes	Mujeres (Menores de 11 años)					
Certificado Médico	Adolescentes mujeres (12 a 17 años)					
Planificación familiar	Adolescentes hombres (12 a 17 años)					
Control prenatal	Mujeres de 18 a 35 años					
	Mujeres de 36 a 45 años					
	Mujeres Mayores de 46 años					
	Mujeres Mayores de 46 años					
	Mujeres con discapacidad					
	Mujeres con discapacidad					

Tipo de seguridad social	Firma y sello del responsable
1- INSS	
2- IMSS	
3- ISSSTE	
4- ISSSTE	
5- Ninguna	

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Av. Cua Merio #201 Col. San Baltazar Campeche C.P. 72550

Tel. (222) 2-14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla
CENSA 455401NE/070904

RECIBO DE PAGO FORM.061/SMDIF/012224

Puebla
Gobierno Municipal

Dirección Administrativa
Departamento de Recursos Financieros

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

R.F.C. SMD-030308-BUS

Fecha: 19/4/2024 Folio SAP: 1198527

Nombre del Cliente: MARIA ELENA MUGHO TAPIA

Observaciones:

1	GLUCOSA CAPILAR	5.00	5.00
	CINCO PESOS Y 00/100 MXN	\$	5.00

Contigo y con rumbo **pueblacapital.gob.mx**

Av. Cua Merio #201 Col. San Baltazar Campeche C.P. 72550

Tel. (222) 2-14.00.00

@PueblaAyto H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.061/SMDIF/012224

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar atención a personas que solicitan el servicio de análisis clínicos.
Objetivo:	Brindar el servicio de estudios de laboratorio mediante análisis clínicos que contribuyan al control, diagnóstico, pronóstico, seguimiento y tratamiento oportuno de los padecimientos detectados en las usuaria/os solicitantes del Municipio de Puebla.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4. • Ley General de Salud, Artículos 23 y 24, 167 y 168. • Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12. • Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7. • Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47. • Ley General de Responsabilidades Administrativas • Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12. • Ley Estatal de Salud, Artículo 2. • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 8, 13 y 32. • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2. • Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V. • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 43 Fracción IV. • Plan de Desarrollo Municipal 2021-2024.
Políticas de Operación:	1. El servicio se otorgará a cualquier persona que solicite estudios de análisis clínicos. 2. Toda persona será atendida con respeto y amabilidad. 3. Las personas que asisten al Laboratorio se deberán ajustar a los horarios establecidos y reglamento interno, así como hacer el buen uso de las instalaciones. 4. Los resultados de las pruebas se entregarán al siguiente día de la toma de la muestra, a excepción de algunos estudios.

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

	5. Los pacientes deberán presentar CURP e identificación; en caso de ser menores de edad, CURP, identificación del tutor y credencial escolar. 6. El laboratorio de análisis clínicos del SMDIF, se regirá bajo las siguientes normas que están establecidas a nivel nacional: NOM-087-ECOL-SSA1-2002 RPBI -RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS y NOM-007-SSA1-2011 ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS LABORATORIOS CLÍNICOS, así como los criterios establecidos por COFEPRIS y demás normas aplicables.
Tiempo Promedio de Gestión:	25 minutos.

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para otorgar atención a personas que solicitan el servicio de análisis clínicos.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o documento	Tantos
Usuaría/o	1	Solicita información en relación con los estudios de laboratorio en la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social.		
Coordinadora/or Técnica/o Coordinadora/or especializada/o (Unidad de Atención Ciudadana y de Gestión Social)	2	Envían al Usuaría/o a la recepción del Laboratorio de la Unidad Médica Integral donde le informa del servicio solicitado.	Bitácora de Control de Usuaría/os	
Analista A (Laboratorio)	3	Revisa la solicitud externa o interna de los análisis de laboratorio que se solicitan.		
Analista A (Laboratorio)	4	Informa a la usuaría/o los requisitos y costos para las tomas de muestra y en caso de que no presente se genera solicitud de laboratorio interna para el pago en caja.	Solicitud de Laboratorio FORM.186/SMDI F/022324	Original
Usuaría/o	5	Acude a la caja y realiza el pago de los análisis clínicos	Recibo de pago FORM.061/SMDI F/012224	Original
	6	Acude al laboratorio con su recibo de pago y la Solicitud de Laboratorio	Recibo de Pago FORM.061/SMDI F/012224 y Solicitud de Laboratorio FORM.186/SMDI F/022324	Originales
Analista A (Laboratorio)	7	Recibe la solicitud de laboratorio, coteja el recibo de pago y efectúa registro de usuaría/o en base de datos.	Recibo de Pago FORM.061/SMDI F/012224 Solicitud de Laboratorio FORM.186/SMDI F/022324	Original y copia

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

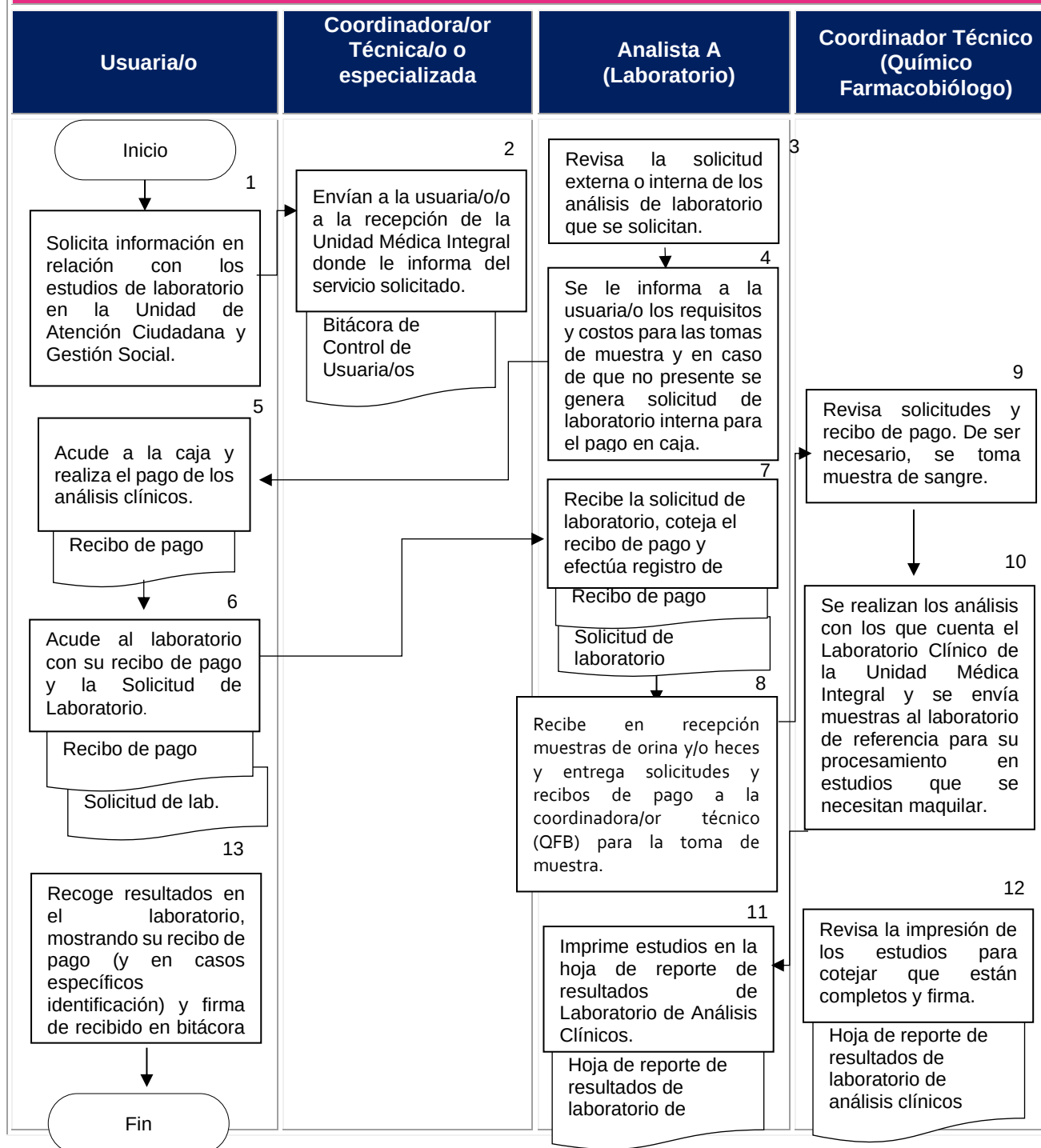
Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para otorgar atención a personas que solicitan el servicio de análisis clínicos.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o documento	Tantos
Analista A (Laboratorio)	8	Recibe en recepción muestras de orina y/o heces y entrega solicitudes y recibos de pago a la coordinadora/or técnico (QFB) para la toma de muestra.		
Coordinador/a Técnico (Químico/a Farmacobiólogo)	9	Revisa solicitudes y recibo de pago. De ser necesario, se toma muestra de sangre.		
	10	Realizan los análisis con los que cuenta el Laboratorio Clínico de la Unidad Médica Integral y se envía muestras al laboratorio de referencia para su procesamiento en estudios que se necesitan maquilar.	Relación de Muestras para estudios de maquila	Original
Analista A (Laboratorio)	11	Imprime estudios en la hoja de reporte de resultados de Laboratorio de Análisis Clínicos.	Hoja de reporte de resultados de Laboratorio de Análisis Clínicos FORM.151/SMDI F/022324	Original
Coordinador/a Técnico (Químico/a Farmacobiólogo)	12	Revisa la impresión de los estudios para cotejar que están completos y firma.	Hoja de reporte de resultados de Laboratorio de Análisis Clínicos FORM.151/SMDI F/022324	
Usuaría/o	13	Recoge resultados en el laboratorio, mostrando su recibo de pago (y en casos específicos, identificación oficial) y firma de recibido en bitácora administrativa del Laboratorio Clínico de la Unidad Médica Integral Fin del procedimiento.	Bitácora	Originales y copias

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Diagrama de flujo para otorgar atención a personas que solicitan el servicio de análisis clínicos.



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instrucciones del llenado

SOLICITUD DE LABORATORIO FORM.186/SMDIF/022324



Sistema Municipal
DIF



Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

MÉDICO: _____

Dx: _____

FECHA: _____

EDAD: _____

SEXO F _____ M _____

HEMATOLOGÍA

☐ Biometría hemática completa

PARASITOLOGÍA

☐ Coproparasitoscópico 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

☐ Amiba en fresco

☐ Sangre oculta en Heces 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

MICROBIOLOGÍA

☐ Cultivo faringeo

☐ Cultivo Vaginal

☐ Coprocultivo

☐ Urocultivo

☐ Cultivo Micótico de: _____

☐ BAAR en: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

ANTIBIOTILOGÍA

☐ Antibiograma

HORMONAS

☐ T3 ☐ T4 ☐ THS

☐ Estradiol

☐ Progesterona

☐ LH ☐ FSH ☐ PRL

☐ GCH-Fracción Beta

BIOQUÍMICA

☐ Glucosa

☐ Hemoglobina A1c

☐ Curva de Tolerancia a la Glucosa

☐ Química Sanguínea Parda

☐ Química Sanguínea de 3 elementos

☐ Química Sanguínea de 6 elementos

☐ Química Sanguínea de 12 elementos

☐ Electrolitos parciales (Na, K, Cl, Ca)

☐ Electrolitos Complejos (Na, K, Cl, Ca y p)

☐ Ácido Úrico

☐ Colesterol

☐ Triglicéridos

☐ Colesterol HDL y LDL

☐ Bilirrubinas

☐ Transaminasas TGO y TGP

☐ Fosfatasa Alcalina

☐ Calcio Sérico

☐ Proteínas Totales

☐ Albúmina

SEROLOGÍA

☐ Factor Reumatoide

☐ VDRL

☐ Proteína C Reactiva

☐ Reacciones Febriles

☐ Antiestreptolisinas

☐ VIH

☐ Grupo Sanguíneo y Rh

☐ Antidoping

☐ Prueba de Embarazo Cualitativa

ORINA

☐ Examen General de Orina

☐ Depuración de Creatinina

☐ Proteínas Totales en 24

☐ Microalbuminuria

OTROS ESTUDIOS

COAGULACIÓN

☐ Tiempo de Protrombina

☐ Tiempo de Protrombina Parcial

☐ Tiempo de Trombina

PERFILES

☐ Perfil Hepático Completo

☐ Perfil de Lípidos

☐ Pruebas de Función Renal

☐ Perfil Tiroideo

FIRMA DEL MEDICO

CÉDULA

pueblacapital.gob.mx

Contigo
y con rumbo



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.186/SMDIF/022324

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: 09/09/2024

Fecha de elaboración: 13/07/2023

Número de Revisión: 02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

HOJA DE REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS
FORM.151/SMDIF/022324

[illegible]

FOUO-15175MDIP7H22924

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

RECIBO DE PAGO FORM.061/SMDIF/0012224


Puebla
 Contigo y con rumbo
 Gobierno Municipal

SISTEMA MUNICIPAL DIF
 DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
 DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS

"Los servicios médicos en el presente Recibo de Pago, se otorgan de acuerdo a la resolución de la Junta de Gobierno Municipal de Puebla, obligados de Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables"

R.F. 03/SMD-930309-0U6

Fecha: 24 / 4 / 2024 Folio SAP: 1196751
 Nombre del Cliente:
 AMBAR CERON PERALTA

Observaciones:

1	BIOMETRIA HEMÁTICA COMPLETA	70.00	70.00
1	QUÍMICA SANGÜINEA DE 6 ELEMENTOS	140.00	140.00
1	VDRL	90.00	90.00
1	GRUPO SANGÜINEO	40.00	40.00
TRESCIENTOS CUARENTA PESOS Y 00 \$ /100 MXN			340.00

Contigo y con rumbo pueblacapital.gob.mx
 Pue Merlo #201 Col San Baltazar Campeche C.P 72
 ☎ (222) 2,14,00,00.
 @PueblaAyto @H. Ayuntamiento de Pueb

FORMA 061/SMDIF/0012224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar los Servicios de Mastografía.
Objetivo:	Brindar a la población del Municipio de Puebla estudios de Mastografía con calidad, calidez y eficiencia para el diagnóstico de diversas enfermedades para la prevención y tamizaje del Cáncer de Mama.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4. • Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168. • Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12. • Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7. • Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47. • Ley General de Responsabilidades Administrativas • Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12. • Ley Estatal de Salud, Artículo 2. • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, °, 13 y 32. • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2. • Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V. • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 43 Fracción II y X. • Plan de Desarrollo Municipal 2021-2024
Políticas de Operación:	1. Se realizará el estudio a las usuarias/os que cuenten con la preparación previamente indicada. 2. Por parte del personal se deberá verificar la adecuada funcionalidad de los equipos de Mastografía, al iniciar la jornada para garantizar el poder otorgar los servicios solicitados.
Tiempo Promedio de Gestión:	30 a 60 minutos.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

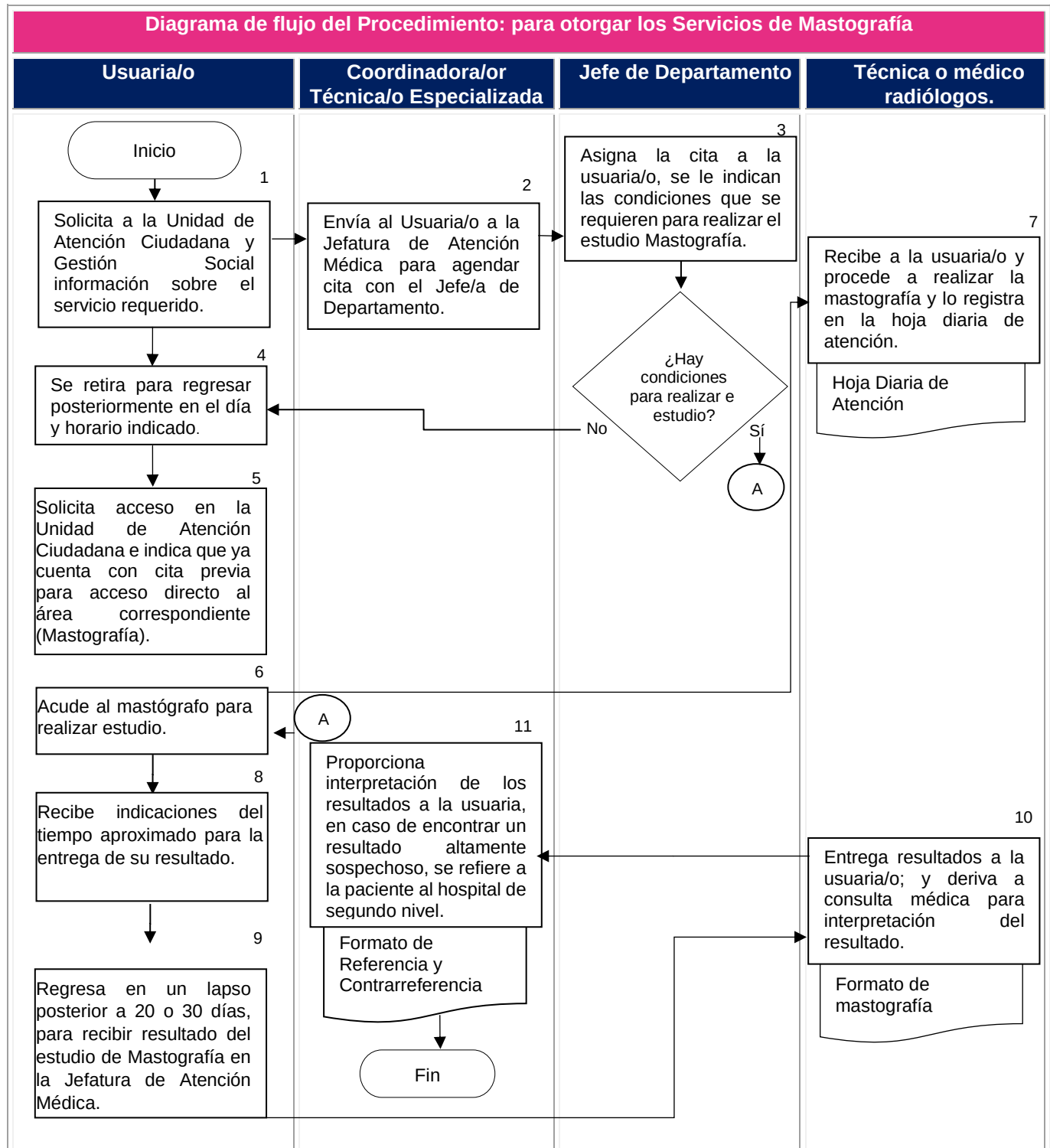
Descripción del Procedimiento: Procedimiento para otorgar los Servicios de Mastografía				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Solicita a la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social información sobre el servicio requerido.		
Coordinadora/or Técnica/o Especializada (Unidad de Atención Ciudadana y de Gestión Social)	2	Envía al Usuaría/o a la Jefatura de Atención Médica para agendar cita con la Persona titular del Departamento.		
Jefe/a de Departamento	3	Asigna la cita a la usuaria/o, le indica las condiciones que se requieren para realizar el estudio (Mastografía). - En caso de tener espacio disponible y que la usuaria/o se encuentren en las condiciones requeridas, se atiende al momento, continúa al paso #6. - Caso contrario:		
Usuaría/o	4	Se retira para regresar posteriormente en el día y horario indicado.		
	5	Solicita acceso en la Unidad de Atención Ciudadana e indica que ya cuenta con cita previa para acceso directo al área correspondiente (Mastografía)		
	6	Acude al mastografo para realizar estudio		
Técnica radióloga, Ultrasonografía o Médico Radiólogo	7	Recibe a la usuaria/o y procede a realizar la mastografía y lo registra en la hoja diaria de atención.	Hoja diaria FORM.433/SMD IF/072324	Original
Usuario	8	Recibe indicaciones del tiempo aproximado para la entrega de su resultado.		

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Procedimiento para otorgar los Servicios de Mastografía				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	9	Regresa en un lapso posterior a 20 o 30 días, para recibir resultado del estudio de Mastografía en la Jefatura de Atención Médica.		
Técnica radióloga, Ultrasonografía o Médico Radiólogo	10	Entrega resultados a la usuaria/o; y deriva a consulta médica para interpretación del resultado.	Formato de mastografía FORM. 155/SMDIF/022 324	
Analista o Analista Consultiva / Coordinadora/or Especializada/o (Médico General)	11	Proporciona interpretación de los resultados a la usuaria, en caso de encontrar un resultado altamente sospechoso, se refiere a la paciente al hospital de segundo nivel. Fin del procedimiento.	Formato de Referencia y Contrarreferencia FORM.149/SMDIF/022324	Original

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instructivo de Llenado

HOJA DIARIA FORM.433/SMDIF/072324

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HOJA DIARIA DE ATENCIÓN

Nombre del responsable:

Servicio:

Fecha:

Lugar:

No.	Nº expediente	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	Edad	Sexo M/H	P	S	R	C	D	Diagnóstico	Colonia	Junta Auxiliar	Seguridad Social	Número de folio																
1																																
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																
17																																
18																																
19																																
20																																
Total pacientes atendidos		Total pacientes de primera vez				P= Primera vez		S= Subsecuente		R= Referido		C= Contrareferido		D= Discapacitado																		
Pacientes de primera vez		Niños (Menores de 11 años)				Observaciones		Tipo de seguridad social		Firma y sello del responsable																						
Pacientes subsecuentes		Niños (Menores de 11 años)																														
Certificado Médico		Adolescentes (12 a 17 años)																														
Planificación familiar		Adolescentes (12 a 17 años)																														
Control prenatal		Mujeres de 18 a 59 años																														
		Mujeres de 18 a 59 años																														
		Mujeres Mayores de 60 años																														
		Hombres Mayores de 60 años																														
		Mujeres con discapacidad																														
		Hombres con discapacidad																														

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Av. Cue Merio #201 Col. San Baltazar Campeche C.P 72550

Tel. (222) 2.14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla
FORM.433/SMDIF/072324

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA FORM. 155/SMDIF/022324

Puebla **DIF** **Médico Contigo** *Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica*

Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

1. Institución _____ 2. Entidad _____

3. CLUES _____ 4. Jurisdicción _____

5. Municipio _____ 6. Unidad Médica _____

II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

7. Clave Institucional _____ 8. CURP _____

9. Nombre _____ 10. Edad _____

11. Entidad de nacimiento _____ 12. Fecha de nacimiento _____

13. Dirección _____

14. Derechohabiente ☐ 1. INSA ☐ 2. IMSS ☐ 3. ISSSTE ☐ 4. PEMEX ☐ 5. SEDENA ☐ 6. SEDENA ☐ 7. IMSS Oportunidades ☐ 8. Ninguno ☐ 9. Otro ☐

III. ANTECEDENTES

15. De mastografía ☐ 16. Fecha de última mastografía ☐ 17. Resultado BIRADS ☐

IV. MASTOGRAFÍA

18. Modalidad de mastografía _____

19. Fecha de toma de la mastografía _____

20. Mastografía técnicamente adecuada ☐ 1 SI 2 NO

21. Fecha de interpretación de la mastografía _____

22. Resultado y hallazgos de la mastografía

HALLAZGO	DER.	IZQ.	23. BIRADS	Lector	Resultado	RFC
Tumor	☐	☐	[0] Estudio no concluyente	Uno	☐	☐
Asimetría	☐	☐	[1] Mama normal	Dos	☐	☐
Deformidad	☐	☐	[2] Hallazgos Benignos	Decisión	☐	☐
Calificación	☐	☐	[3] Probablemente benigno			
Densidad asimétrica	☐	☐	[4] Probablemente maligno			
Otros	☐	☐	[5] Maligno			
Observaciones						

24. Fecha de informe de resultados a la mujer ☐ 25. Repetir por estudio inadecuado ☐ 26. Próxima detección por mastografía en 2 años ☐

27. Referencia a ginecología por tratamiento de patología benigna ☐ 28. Referencia a evaluación diagnóstica a unidad _____

29. Fecha de referencia _____

30. Nombre de radiólogo _____ RFC: _____ Firma: _____

Contigo y con rumbo **pueblacapital.gob.mx**

Av. Cae Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche C.P. 72550 Tel. (222) 2 14 00 00 @PueblaAyto H. Ayuntamiento de Puebla
FORM 155/SMDIF/022324

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA FORM.149/SMDIF/022324



Sistema Municipal
DIF



Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HOJA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Fecha de referencia: _____ Expediente: _____
Nombre del paciente: _____
Domicilio del paciente: _____

EDAD		SEXO	
Años	Meses	M	F
		URG	
		Sí	No

Médico que envía	Médico que envía	Médico que envía
------------------	------------------	------------------

Motivo del envío (impresión diagnóstica): _____

Unidad a la que se refiere: _____ Especialidad: _____

Hoja de referencia

Fecha de referencia: _____ Seguridad social: _____

Urgencias: sí: _____ no: _____ Expediente: _____

Nombre:	apellido paterno	apellido materno	nombre (s)
Núm. de expediente:	edad: años:	meses:	sexo: m _____ f _____
Unidad que refiere: _____			

Unidad a la que se refiere:
Domicilio: _____ Teléfono: _____
calle _____ número _____ colonia _____
Servicio al que se envía: _____
Resumen clínico del padecimiento: ta: _____ temp: _____ fr: _____ fc: _____ peso: _____ talla: _____
Impresión diagnóstica: _____

Nombre y firma del médico que refiere

Nombre y firma del responsable de la unidad

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550

Tel. (222) 2.14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.149/SMDIF/022324

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

Dirección de Salud Integral
Departamento de la Unidad de Atención Médica

Visita domiciliaria

Fecha de visita: _____

Se le atendió: sí: _____ fecha: _____ no: _____ por qué: _____

Continúa bajo tratamiento médico: sí: _____ no: _____ por qué: _____

Observaciones: _____

Hoja de contrarreferencia

Unidad que contrarrefiere: _____

Domicilio: _____ fecha: _____

Servicio: _____

Manejo del paciente

Resumen clínico: _____

Nombre y firma del médico que refiere

Nombre y firma del responsable de la unidad

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.149/SMDIF/022324

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

V. DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN DENTAL

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar el servicio de atención Dental y Odontopediatría
Objetivo:	Brindar a la población vulnerable servicios odontológicos, detectando los problemas y necesidades dentales para emprender acciones preventivas y correctivas.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4. • Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168. • Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12. • Ley de Asistencia Social, Artículo 4 y 7. • Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12. Fracción V • Ley Estatal de Salud, Artículo 2. • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 8, 13 Fracción III y 32 • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2. • Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracciones V y XXIV. • Normas Oficiales Mexicanas: • Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. • Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales. • Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. • Plan Municipal de Desarrollo 2021-2024 • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF Artículo 45 Fracción I, IV.
Políticas de Operación:	1. Se brindará atención a todo el público en general que llegue a la Unidad Médica Integral del Sistema Municipal DIF solicitando la atención.

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

	2. Para ser atendido deberá registrarse en el Módulo de Orientación Integral y pasar a la recepción de la clínica dental para registrarse y se le asigne su turno. 3. Se realizará el pago posterior a recibir el servicio de atención dental. 4. Todo trabajo de laboratorio dental se pagará anticipadamente. 5. Las condonaciones serán aprobadas por la Dirección General y respaldado por el estudio socioeconómico realizado por el personal de Trabajo Social. 6. Se brindará atención en un horario de 08:00 a 16:00 horas de lunes a viernes. 7. Toda persona menor de edad, con capacidad diferente y/o de la tercera edad, deberá acudir acompañado de un responsable con identificación oficial y CURP del paciente. 8. Los servicios de especialidad en ortodoncia, endodoncia y odontopediatría se realizarán bajo cita previa y la valoración correspondiente.
Tiempo Promedio de Gestión:	Variable, depende de cada caso.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para otorgar el servicio de atención Dental y Odontopediatría				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Presenta en el Módulo de Orientación Integral del Sistema Municipal DIF con una identificación oficial. Se dirige a la recepción de la clínica dental, se anota en la lista de espera y se le asigna un turno.		
Coordinadora/ o Técnica/o (Odontóloga/o)	2	Realiza la historia clínica, solo en caso de que sea Usuaría/o de primera vez, en caso de subsecuentes retoma expediente. Toman signos vitales.	Historia Clínica Dental FORM. 749/SMDIF/032224	Original
Analista Consultiva/o (odontóloga/o)	3	Recibe y atiende al Usuaría/o y procede con la valoración para diagnóstico.	Nota de egreso voluntario FORM.762/SMDIF/032224 4 Nota de evolución FORM.761/SMDIF/032224 4 Receta Médica FORM. 750/SMDIF/032224	Original
Analista Consultiva/o (odontóloga/o)	4	Realiza el diagnóstico, así como el plan de tratamiento y consentimiento informado, para posteriormente comunicarle a la usuaria/o. Le indica la cuota de recuperación.	Consentimiento Informado para operatoria dental FORM.758/SMDIF/032224 4 Consentimiento informado de extracción y cirugía FORM.754/SMDIF/032224 4 Consentimiento de anestesia local FORM.765/SMDIF/032224 4 Consentimiento informado de Odontopediatría FORM.757/SMDIF/032224 4	

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

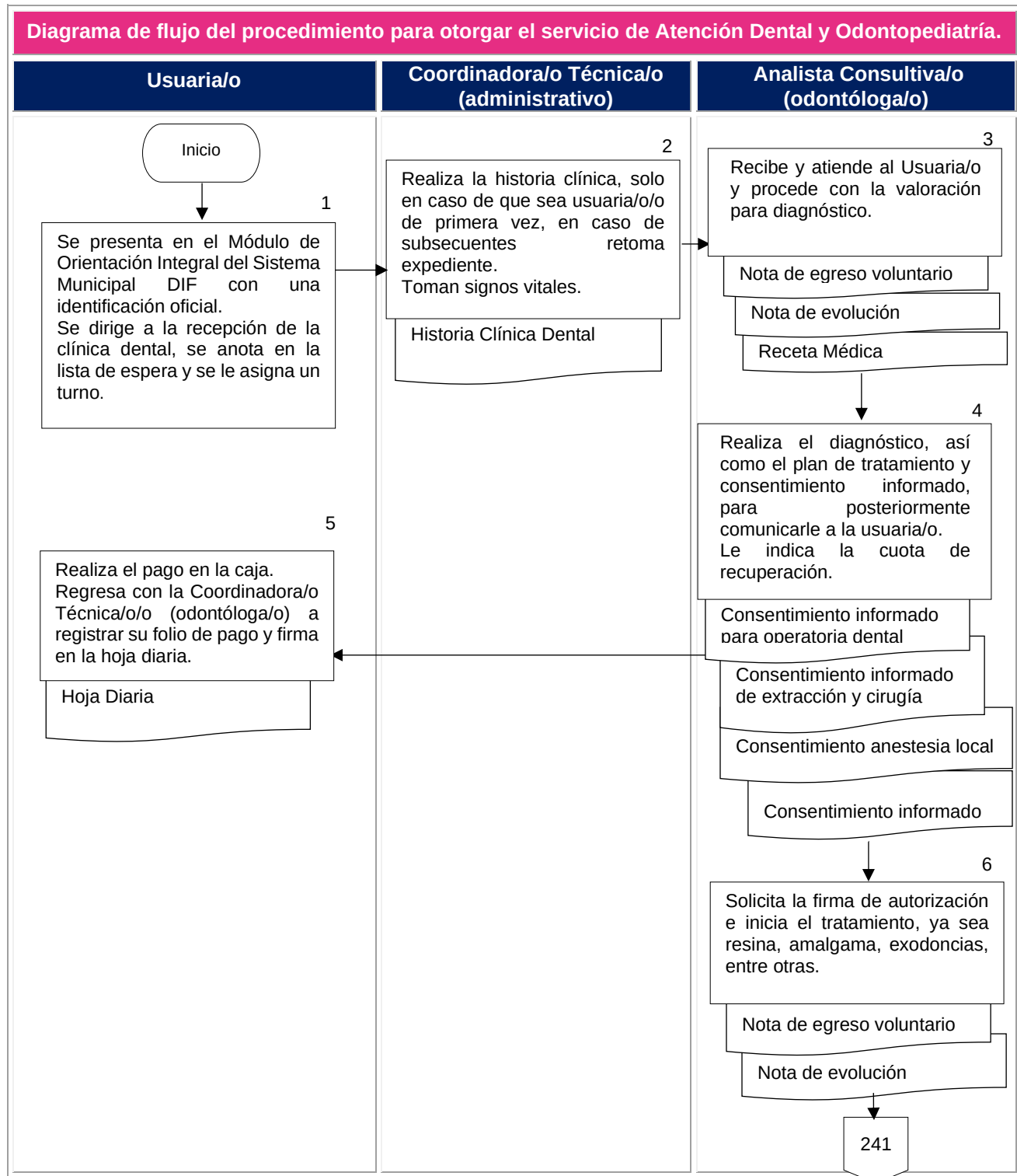
Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

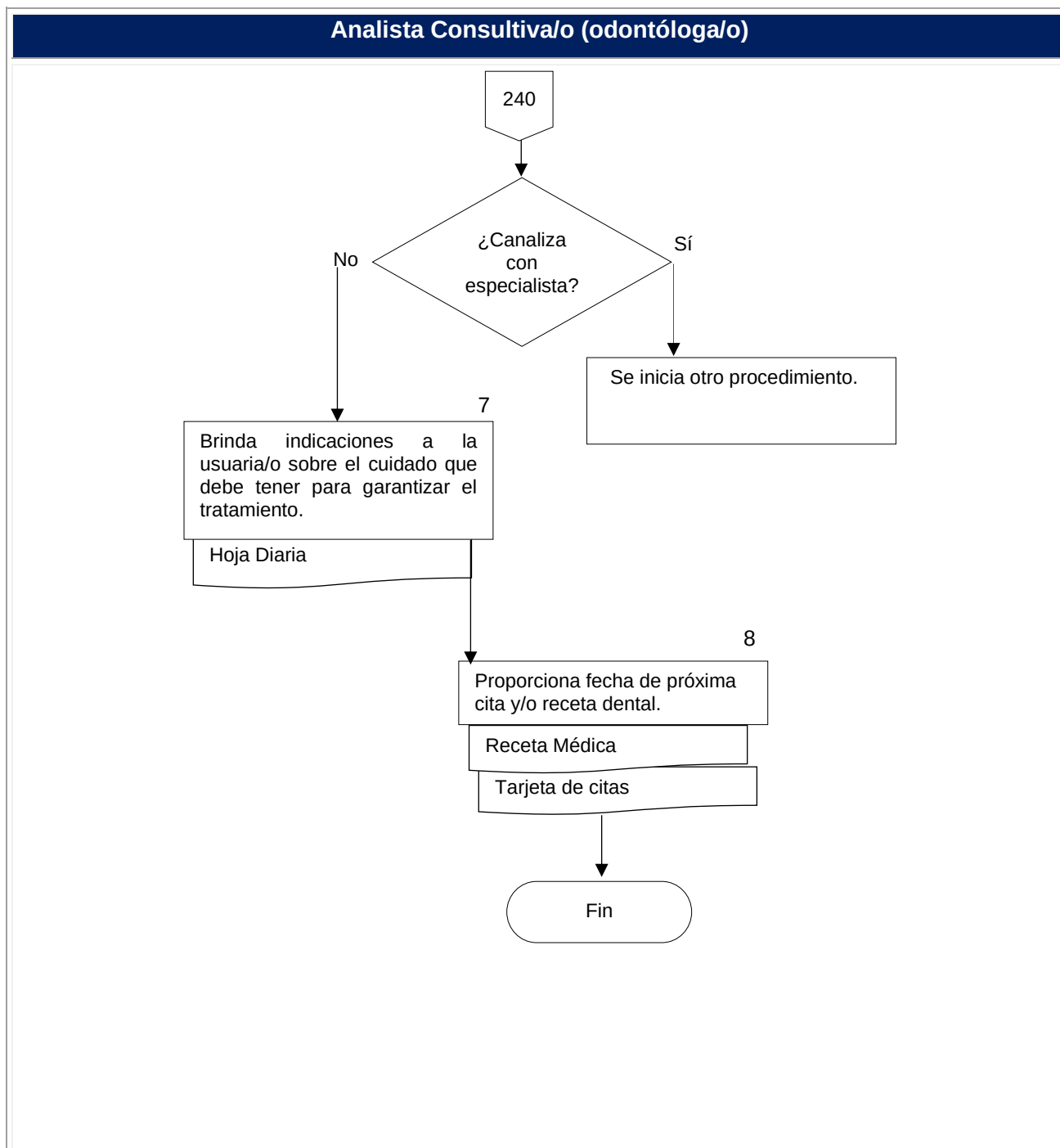
Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para otorgar el servicio de atención Dental y Odontopediatría				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	5	Realiza el pago en la caja. Regresa con la Coordinadora/o Técnica/o/o (odontóloga/o) a registrar su folio de pago y firma en la hoja diaria.	Hoja Diaria FORM.753/SMDIF/03222 4	
Analista Consultiva/o (odontóloga/o)	6	Solicita la firma de autorización e inicia el tratamiento, ya sea resina, amalgama, exodoncias, entre otras. En caso de ser necesario, se canaliza con especialista y se inicia otro procedimiento		
	7	Brinda indicaciones a la usuaria/o sobre el cuidado que debe tener para garantizar el tratamiento.	Hoja Diaria FORM.753/SMDIF/03222 4	
	8	Proporciona fecha de próxima cita y/o receta dental. Termina procedimiento.	Receta médica FORM.750/SMDIF/0322 24 Tarjeta de citas FORM.764/SMDIF/0322 24	

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instructivo de Llenado

HISTORIA CLÍNICA DENTAL FORM.749/SMDIF/032224



Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

000041

CLUES PLDIF

HISTORIA CLÍNICA DENTAL

Fecha: _____

Hora: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)
Sexo: _____ Edad: _____ AÑOS Estado civil: _____ Fecha de nacimiento _____
Domicilio: _____ SOLTERO (A)/CASADO (A) DDMM/AA
Estado _____ Ocupación: _____ Teléfono(s): (_____) _____
CALLE NÚMERO EXTERIOR NÚMERO INTERIOR COLONIA JUNTA AUXILIAR
LADA NÚMERO FIJO Y/O NÚMERO CELULAR

Embarazo: ☐ sí ☐ no

Antecedentes heredo-familiares

Diabetes: ☐ sí ☐ no ¿Quién? _____
Cáncer: ☐ sí ☐ no ¿Quién? _____
Enfermedades del corazón: ☐ sí ☐ no ¿Quién? _____
Enfermedades cerebro vasculares: ☐ sí ☐ no ¿Quién? _____
Trastornos psiquiátricos: ☐ sí ☐ no ¿Quién? _____
Otra: _____
Hipertensión: ☐ sí ☐ no ¿Quién? _____
Malformaciones congénitas: ☐ sí ☐ no ¿Quién? _____
Alcoholismo: ☐ sí ☐ no ¿Quién? _____
Tabaquismo: ☐ sí ☐ no ¿Quién? _____

Antecedentes personales no patológicos

Su vivienda cuenta con los servicios de luz, agua potable, drenaje, pavimento, internet, etc. ☐ sí ☐ no
Alimentación: buena ☐ mala ☐ regular ☐ Fuma: ☐ sí ☐ no
Activación física: ☐ sí ☐ no Farmacodependiente ☐ sí ☐ no
Bebidas alcohólicas: ☐ sí ☐ no

Antecedentes personales patológicos

¿Es usted diabético? ☐ sí ☐ no Tipo: _____
¿Es usted hipertenso? ☐ sí ☐ no
Infecciones en vías urinarias: ☐ sí ☐ no
Discrasias sanguíneas (anemia, leucemia, Problemas de coagulación, equimosis) ☐ sí ☐ no ¿cuál? _____
Enfermedades de Transmisión Sexual: ☐ sí ☐ no ¿cuál? _____
¿Padece alguna otra enfermedad actualmente? ☐ sí ☐ no ¿cuál? _____
¿Está bajo tratamiento médico? ☐ sí ☐ no ¿cuál? _____
¿Está tomando algún medicamento? ☐ sí ☐ no ¿de qué? _____
¿Lo han operado? ☐ sí ☐ no

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72550

Tel. (222) 2.14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla
FORM.749/SMDIF/032224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

¿Ha tenido alguna fractura? sí ☐ no ☐
¿Ha tenido alguna transfusión sanguínea? sí ☐ no ☐
¿Ha perdido el conocimiento alguna vez? sí ☐ no ☐
¿Cuenta usted con su padrón de vacunas? sí ☐ no ☐
¿Es alérgico a algún medicamento, alimento sí ☐ no ☐ ¿Cuál? _____
polvo, mascotas etc?

Interrogatorio por aparatos y sistemas
Ha tenido algún tipo de enfermedad como: _____

Enfermedades Contagiosas

Sarampión: ☐ Rubéola: ☐ Varicela: ☐

Sistema respiratorio

Asma ☐ Bronquitis ☐ Sinusitis ☐ Neumonía ☐ Tos ☐
Tuberculosis ☐ Disnea ☐ Cianosis ☐ Rinorrea ☐ Expectoración ☐

Sistema digestivo

Gastritis ☐ Colitis ☐ Reflujo ☐ Hepatitis ☐ Absceso hepático ☐
Cirrosis ☐ Estreñimiento ☐ Enfermedades del colon ☐ Cirrosis ☐

Sistema neurológico

Epilepsia ☐ Convulsiones ☐ Vértigo ☐
Migraña ☐ Mareos ☐ Meningitis ☐

Sistema cardiovascular

Bradicardia ☐ Hipertensión ☐ Hipotensión ☐ Taquicardia ☐

Sistema genitourinario

Nefrosis ☐ Cálculo renal ☐ Uretritis ☐ Nicturia ☐ Enuresis ☐ Edema ☐

Sistema hematopoyetico

Hemorragia ☐ Epistaxis ☐ Hematuria ☐
Petequias ☐ Equimosis ☐ Adenopatías ☐

Sistema endocrino

Poliuria ☐ Polifagia ☐ Polidipsia ☐ Insomnio ☐ Nerviosismo ☐
Pérdida o aumento de peso involuntario ☐ Parotiditis ☐

Exploración física de cavidad oral y zonas adyacentes:

Exploración física de cabeza y cuello cadena ganglionar submaxilar, retroarticular, borde anterior del esternocleidomastoideo, región parotídea _____

Examen cavidad oral

Carrillos: _____ Lengua: _____ Paladar: _____
Piso de la boca: _____ Labios: _____ Mucosas: _____
Tejidos duros: _____ Observaciones: _____

Motivo de la consulta: _____

Padecimiento actual: _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.749/SMDIF/032224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

ODONTOGRAMA INICIAL

Fecha: _____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

CRITERIOS DE REGISTRO	INICIAL	SEGUIMIENTO
SANO.- PALOMA AZUL		
CAREADO.- SUPERFICIE ROJA		
OBTURADO.- SUPERFICIE AZUL		
PERDIDO.- "X" EN ROJO		
EXODONCIA.- LÍNEA OBLICUA EN ROJO		

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

ODONTOGRAMA DE SEGUIMIENTO

Estudios de gabinete y laboratorio: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Pronóstico: _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550

Tel. (222) 2.14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla
FORM.749/SMDIF/032224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

TERAPÉUTICA EMPLEADA (VÍA, DÓSIM Y PERIODICIDAD)	
FECHA Y HORA	MEDICAMENTO

DECLARO QUE TODOS LOS DATOS ANOTADOS EN LA PRESENTE HISTORIA CLÍNICA SON VERDADEROS.

FIRMA Y NOMBRE DEL PACIENTE

NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL (A)
ESTOMATÓLOGO (A)

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.749/SMDIF/032224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OPERATORIA DENTAL FORM.758/SMDIF/032224



Sistema Municipal
DIF

Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OPERATORIA DENTAL

Fecha: ____/____/____
MES / DÍA / AÑO

Yo _____ con fecha de nacimiento _____
en forma voluntaria consiento y autorizo que él (a) odontólogo (a) _____
con cédula profesional N° _____, me realice o realice a
con número de expediente _____, el tratamiento que consiste en
amalgama, resina, selladores de fosetas y fisuras, necesario para atender el diagnóstico
de: _____.

El profesional de la salud me ha informado sobre los beneficios y complicaciones que se
pueden presentar durante el tratamiento las cuales no dependen del procedimiento
empleado ni de su correcta realización, sino de situaciones completamente imprevistas o
como reacciones secundarias y adversas:

- Se me ha explicado que el tratamiento que se va a realizar se efectuará bajo **anestesia local**. Su finalidad es bloquear, de forma reversible, la transmisión de los impulsos nerviosos, para poder realizar la intervención sin dolor. Se me ha informado que notaré una sensación de entumecimiento del labio, lengua o de otras zonas de la cara y que normalmente desaparecerá entre dos y cuatro horas. Si bien a partir de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidad a los componentes de la solución anestésica, ello no excluye la posibilidad de que, a pesar de ser poco probable, puedan presentarse manifestaciones alérgicas de cualquier tipo que pueden desencadenar edema angioedema, se pueden originar leves alteraciones del pulso como bradicardia, taquicardia y en bajo porcentaje paro cardiorrespiratorio y en casos extremos shock anafiláctico, que pueden requerir tratamiento médico urgente. También se me ha explicado que la administración de anestesia local puede provocar, a veces y en el punto de inyección, ulceración de la mucosa y dolor. Asimismo es posible que transitoriamente quede una cierta dificultad en los movimientos de apertura de boca.

- Complicaciones nerviosas: anestesia o hipoestesia del nervio dentario inferior, nervio mentoniano, nervio lingual, nervio infraorbitario que pueden ser temporales o permanentes.

- Complicaciones de ruptura de algún instrumento en boca.

- Me queda claro que los **beneficios de la operatoria** y que el propósito principal de estos tratamientos consiste en eliminar los tejidos duros afectados, proteger la pulpa dental y restaurarlos, para conservar la pieza dentaria y su función, restableciendo al tiempo, siempre que sea posible, la estética adecuada. Se me ha explicado que es posible la aparición de una mayor sensibilidad, que normalmente desaparecerá de modo espontáneo, y de que, especialmente en caries profundas, pueden producirse efectos sobre la pulpa dentaria que requerirán tratamiento de endodoncia, por lo cual la pieza dental quedará frágil

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.758/SMDIF/032224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

y podrá ser necesaria la realización de otro tipo de reconstrucción o la colocación de una Corona protésica. También comprendo que es posible que no me encuentre satisfecho, estéticamente, con la forma y el color del diente tras el tratamiento, porque las cualidades de las restauraciones directas nunca serán idénticas a su aspecto sano.

NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA
DEL (A) ESTOMATOLOGO (A)

NOMBRE Y FIRMA DEL
PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL
TESTIGO (1)

NOMBRE Y FIRMA DEL
TESTIGO (2)

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.758/SMDIF/032224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

HOJA DIARIA FORM.753/SMDIF/032224

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Coligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

NOMBRE DEL RESPONSABLE (FIRMA Y SELLO):										HOJA DIARIA DE ATENCIÓN DENTAL				
										FECHA:	LUGAR:			
No.	Edad	Nombre (a)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	Sexo	Seg. Social	Número de expediente	Colora	Justo molar	Diagnóstico	Tratamiento	FIRMA	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

TOTAL DE INCIDENTES MENCIONADOS	TOTAL DE LOS TRATAMIENTOS	DESMAYOS DENTALES	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	TRATAMIENTOS DE ESPECIALIDAD	AVANCE DE DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTOS
HEMODINAMIA MENCIONADA HEMODINAMIA MENCIONADA HEMODINAMIA MENCIONADA HEMODINAMIA MENCIONADA HEMODINAMIA MENCIONADA HEMODINAMIA MENCIONADA HEMODINAMIA MENCIONADA HEMODINAMIA MENCIONADA HEMODINAMIA MENCIONADA HEMODINAMIA MENCIONADA	ED. TOTAL DE LOS TRATAMIENTOS ED. TOTAL DE LOS TRATAMIENTOS ED. TOTAL DE LOS TRATAMIENTOS ED. TOTAL DE LOS TRATAMIENTOS ED. TOTAL DE LOS TRATAMIENTOS ED. TOTAL DE LOS TRATAMIENTOS ED. TOTAL DE LOS TRATAMIENTOS ED. TOTAL DE LOS TRATAMIENTOS ED. TOTAL DE LOS TRATAMIENTOS ED. TOTAL DE LOS TRATAMIENTOS	SUBSISTENTE DE EMERGENCIAS SUBSISTENTE DE EMERGENCIAS SUBSISTENTE DE EMERGENCIAS SUBSISTENTE DE EMERGENCIAS SUBSISTENTE DE EMERGENCIAS SUBSISTENTE DE EMERGENCIAS SUBSISTENTE DE EMERGENCIAS SUBSISTENTE DE EMERGENCIAS SUBSISTENTE DE EMERGENCIAS SUBSISTENTE DE EMERGENCIAS	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Av. Cua Meru #201 Col. San Baltazar Campeche C.P. 72550

Tel. (222) 2.14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla
FORM.753/SMDIF/032224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: 09/09/2024

Fecha de elaboración: 13/07/2023

Número de Revisión: 02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

TARJETA DE CITAS
FORM.764/SMMDIF/032224

DIRECCIÓN DE SALUD INTEGRAL

pueblacapital.gob.mx

Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550

Tel. (222) 2.14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla



Puebla
Contigo y con rumbo
Gobierno Municipal

Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

TARJETA DE CITAS

Apellido paterno: _____

Apellido materno: _____

Nombre (s): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____

Teléfono: _____

No. de Expediente: _____



Contigo y con rumbo



Puebla
Contigo y con rumbo
Gobierno Municipal

[illegible]

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

RECETA MÉDICA DENTAL FORM.750/SMMDIF/032224



Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

RECETA MÉDICA DENTAL

Nombre del Paciente: _____

Médico Tratante: _____

Rx: _____

Fecha: _____

Edad: _____

Peso: _____

T/A: _____

Temp: _____

Talla: _____

Firma del Médico: _____

Cédula Profesional: _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

NOTA DE EVOLUCIÓN
FORM.761/SMDIF/032224



*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

NOTA DE EVOLUCIÓN

NOMBRE: _____ EDAD: _____

[illegible]

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



 Tel. (222) 2.14.00.00



 @PueblaAyto



 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.761/SMDIF/032224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EXTRACCIÓN Y CIRUGÍA FORM.754/SMDIF/032224



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

CONSENTIMIENTO INFORMADO EXTRACCIÓN Y CIRUGÍA

Fecha: ____/____/____
MES / DÍA / AÑO

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y, en cumplimiento de la ley. Yo,

Sr. (a) _____ como
paciente, o Sr. (a.) _____ como su
representante en pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente DECLARO que he
sido debidamente INFORMADO (A) por el (a) Dr. (a) _____ y en consecuencia,

AUTORIZO a _____ para
que me sea realizado el procedimiento diagnóstico/ terapéutico denominado _____.

Me doy por enterado (a) de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento: La cirugía oral se realiza para resolver determinados problemas de la cavidad oral, tales como: extracción de piezas dentarias o restos incluidos de raíces, apertura mucosa o tracción de dientes retenidos, frenillos labiales, extirpación de quistes maxilares y de pequeños tumores de los mismos o del resto de la cavidad oral. La intervención puede realizarse con anestesia general o local con riesgo inherente asociado a la misma, que serán informados por su anestesta, y los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones de nivel de conciencia por lo que no podré realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo. Todos estos procedimientos suponen un indudable beneficio, sin embargo no están exentos de complicaciones, algunas de ellas inevitables siendo las estadísticamente más frecuentes:

- *Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía.
- *Hematoma e hinchazón de la región.
- *Hemorragia postoperatoria
- *Apertura de los puntos de sutura
- *Daño a los dientes vecinos
- *Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior. (Sensibilidad del labio inferior).
- *Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o definitivo (de la lengua y del gusto).
- *Falta de sensibilidad parcial o total del nervio infraorbitario (de la mejilla), temporal o definitiva.
- *Infección de los tejidos o del hueso.
- *Sinusitis.
- *Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
- *Fracturas óseas.
- *Desplazamiento de dientes a estructuras y vecinas.
- *Tragado o aspiración de dientes o alguna de sus partes.
- *Rotura de instrumentos, rotura de la aguja de anestesia.
- *Infección de los puntos de sutura.

Se me explicó que es importante evitar infecciones; pues son los órganos dentarios más relacionados con el desarrollo de quistes, tumores y reabsorción de piezas dentales; todas estas patologías tienen gran poder destructivo. Así como evitar caries en dientes adyacentes o en el mismo.

En ocasiones excepcionales, durante la cirugía pueden surgir situaciones imprevistas que obliguen al cirujano a realizar algún procedimiento adicional o distinto al planificado. En ese caso, autorizo al cirujano a tomar decisiones que crea más justificadas y convenientes para mi salud.

Recibida la información anterior, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72550

Tel. (222) 2.14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.754/SMDIF/032224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

Además, en entrevista personal con el (a) Dr. (a) _____ he sido informado (a), en términos que he comprendido, del alcance de dicho tratamiento. En la entrevista he tenido la oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de sopesar debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener.

Estoy satisfecho (a), en términos que he comprendido y por ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se practique _____.
En este consentimiento puede ser revocado por mí sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones:

Y para que así conste, firmo el presente original después de leído.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a _____ de _____ del
202_____

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y cédula del (a)
estomatólogo (a)

Testigo 1

Testigo 2

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.754/SMDIF/032224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

NOTA EGRESO VOLUNTARIO FORM.762/SMDIF/032224



*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

NOTA EGRESO VOLUNTARIO

Nombre del paciente: _____
APELLIDO PATERNO / APELLIDO MATERNO / NOMBRES

Sexo: M / F Edad: _____ Estado civil: _____ Fecha de nacimiento: _____
DIA / MES / AÑO

Dirección: _____
CALLE NUMERO EXTERIOR NUMERO INTERIOR

COLONIA _____

T. A. _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ F.R. _____

Exploración bucal: _____

Estado mental: _____

Resultado de laboratorios: _____

Diagnóstico:
Pronóstico :
Tratamiento:

NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL (A)
ESTOMATÓLOGO (A)

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA TESTIGO 1

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA TESTIGO 2

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.762/SMDIF/032224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

CONSENTIMIENTO DE ANESTESIA LOCAL FORM.765/SMDIF/032224



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

CONSENTIMIENTO DE ANESTESIA LOCAL

El (a) que suscribe _____
de _____ años de edad, con domicilio en _____

Declaro que el (a) Dr. (a) _____ me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que *consiste* en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los impulsos nerviosos de tal manera que se inhibe transitoriamente la función sensitiva con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. Me ha explicado que tendré la sensación de adormecimiento del labio o de la cara, que normalmente desaparece en dos o tres horas.

También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor y, menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento, y que la anestesia puede provocar bajada de tensión que, en casos menos frecuentes, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente, e, incluso, excepcionalmente, la muerte.

También se me ha explicado que, aunque tampoco de mis antecedentes se deduce ningún tipo de patología cardiovascular, uno de los componentes de la anestesia, la adrenalina, puede llegar a favorecer la aparición de una cardiopatía isquémica que debe ser tratada posteriormente. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. Y en tales condiciones. Declaro que en caso de que se presenten las anteriores complicaciones, acepto las molestias y riesgos mencionados y los que se señalen como derivados del tratamiento realizado. Y con ello autorizo se me administre anestesia local.

Nombre y firma

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.765/SMDIF/032224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ODONTOPEDIATRÍA FORM.757/SMDIF/032224



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ODONTOPEDIATRÍA

Fecha: ____/____/____
MES / DÍA / AÑO

Por la presente se hace saber a usted que tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido el menor de edad y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento explica todas estas cuestiones, léalo atentamente y consulte todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que por imperativo legal, el representante legal, tendrá que firmar el consentimiento informado para que pueda realizarse dicho procedimiento. A propósito, declaro haber sido informado y haber comprendido completamente el objetivo del tratamiento a realizar.

Yo,de.....años de edad, como representante legal de he sido informado (a) por el Dr. (a) de los procedimientos propios clínicos en odontopediatría, que constan en el plan de tratamiento otorgando mi consentimiento para realizar las prácticas necesarias al caso clínico.

Estoy de acuerdo a que el (a) niño (a) sea sometido a las técnicas de control de conducta que ya me han sido explicadas en caso de ser necesario (restricción física, control de voz, el uso del abrebocas, y durante el tratamiento no podré estar dentro del consultorio).

Estoy de acuerdo a que se utilice anestesia local en caso que fuera necesario, sabiendo los riesgos que ello implica, delegando al (a) odontólogo (a) la elección del tipo de anestesia. Se me ha explicado el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad que padece mi representado y su evolución natural, objetivos del tratamiento propuesto, así como las alternativas del tratamiento que pueden ser practicadas, descripción de las consecuencias derivadas del tratamiento o la intervención, **beneficios y complicaciones** comunes que se pueden desencadenar durante o después del mismo, riesgos personales y entendiendo que ante alguna manifestación de complicaciones deberé acudir nuevamente al profesional tratante de mi representado (a). Queda explícito en el siguiente texto lo siguiente:

Diagnóstico.....

Tratamiento al que va a ser sometido el menor de edad:

.....
.....
.....

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.757/SMDIF/032224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

Riesgos y complicaciones esperados: Dolor, inflamación, infección, fractura del elemento dentario por deterioro, pulpitis (inflamación del nervio): determina que se le realice al paciente un tratamiento del nervio, hematomas y hemorragias (sangrado - moretones). Comprendo y entiendo que si no se realiza el tratamiento odontológico, podría sufrir cualquiera de los siguientes problemas: inflamación de las encías, infección, sensibilidad, movilidad de los dientes seguida por la necesidad de realizar la extracción.

Observaciones.....

Comprendo que la odontopediatría, es el área de la odontología que se encarga de restablecer la salud bucal integral de niños, niñas y adolescentes. Comprendo que la odontología no es una ciencia exacta y por lo que los resultados están sujetos a múltiples factores. He tenido información clara y suficiente, la oportunidad de preguntar y he obtenido respuestas satisfactorias, me siento libre para decidir de acuerdo a mis valores e intereses y me declaro competente para tomar la decisión que corresponda.

Por lo antes expuesto doy el consentimiento al (a) Dr.(a):
..... a realizar el tratamiento
antes expuesto al menor de edad o persona con
discapacidad..... según lo
antes expuesto.

Fecha:

Hora:

Nombre y Firma del
representante legal

Nombre, firma y cédula del (a)
Estomatólogo (a)

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla
FORM.757/SMDIF/032224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar el servicio de atención de Ortodoncia.
Objetivo:	Brindar a la población vulnerable servicios ortodónticos, detectando los problemas y necesidades oclusales y de apiñamiento dental para emprender acciones correctivas.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4. • Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168. • Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12. • Ley de Asistencia Social, Artículo 4 y 7. • Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12. Fracción V • Ley Estatal de Salud, Artículo 2. • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 8, 13 Fracción III y 32 • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2. • Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracciones V y XXIV. • Normas Oficiales Mexicanas: • Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. • Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales. • Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. • Plan Municipal de Desarrollo 2021-2024, • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF Artículo 45 Fracción I, IV.
Políticas de Operación:	1. Se atenderá a todo el público en general que llegue a la Unidad médica del sistema DIF Municipal solicitando la atención. 2. Deberá registrarse en el Módulo de Orientación con una identificación oficial.

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

	3. Para ser atendido deberá tener cita previa, la cual se dará una vez que sea dado de alta de rehabilitación integral. 4. Se brindará el servicio dental y una vez terminado se realizará el pago de este. 5. Todo trabajo de laboratorio dental se pagará anticipadamente. 6. Las condonaciones serán aprobadas por la Dirección General y respaldado por el estudio socioeconómico realizado por el personal de Trabajo Social. 7. Se brindará atención en un horario de 08:00 a 16:00 horas de lunes a viernes. 8. Toda persona menor de edad, con capacidad diferente y/o de la tercera edad, deberá acudir acompañado de un responsable con identificación oficial y CURP del paciente. 9. Los servicios de especialidad en ortodoncia, se realizarán bajo cita previa y la valoración correspondiente.
Tiempo Promedio de Gestión:	1 hora aproximadamente.

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: para otorgar el servicio de atención de Ortodoncia.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Presenta en el Módulo de Orientación Integral del Sistema Municipal DIF con una identificación oficial. Se dirige a la recepción de la clínica dental, entrega su carnet de citas y espera a ser llamado.		
Coordinadora/o Técnica/o (Administrativo)	2	Anuncia al Analista Consultiva/o (Odontólogo) la llegada del Usuaría/o.		
Analista Consultiva/o (odontóloga/o)	3	Realiza historia clínica y brinda un diagnóstico en caso de pacientes de primera vez, si es subsecuente solicita su expediente clínico y da seguimiento.	Historia Clínica de Ortodoncia FORM. 760/SMDIF/032224	Originales
	4	Realiza historia clínica, diagnóstica, valora e informa el monto de la cuota de recuperación que tendrá el tratamiento y firma el Consentimiento para pacientes de Ortodoncia informado. Si está de acuerdo con el costo pasa al usuario a actividad 5, sino solicita el pago de la consulta de diagnóstico y finaliza el proceso.	Consentimiento informado para pacientes de Ortodoncia FORM. 750/SMDIF/032224 Nota de egreso voluntario FORM. 762/SMDIF/032224 Nota de evolución FORM. 761/SMDIF/032224	Originales
	5	Agenda a la usuaria/o para inicio del tratamiento y se solicitan los estudios requeridos.		
	6	Inicia con el tratamiento de ortodoncia. Y al finalizar informa a la usuaria/o que debe realizar el pago.	Tarjeta de citas FORM. 764/SMDIF/032224	Originales
Usuaría/o	7	Inicia con el tratamiento de ortodoncia, Realiza el pago en la caja.		Originales

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

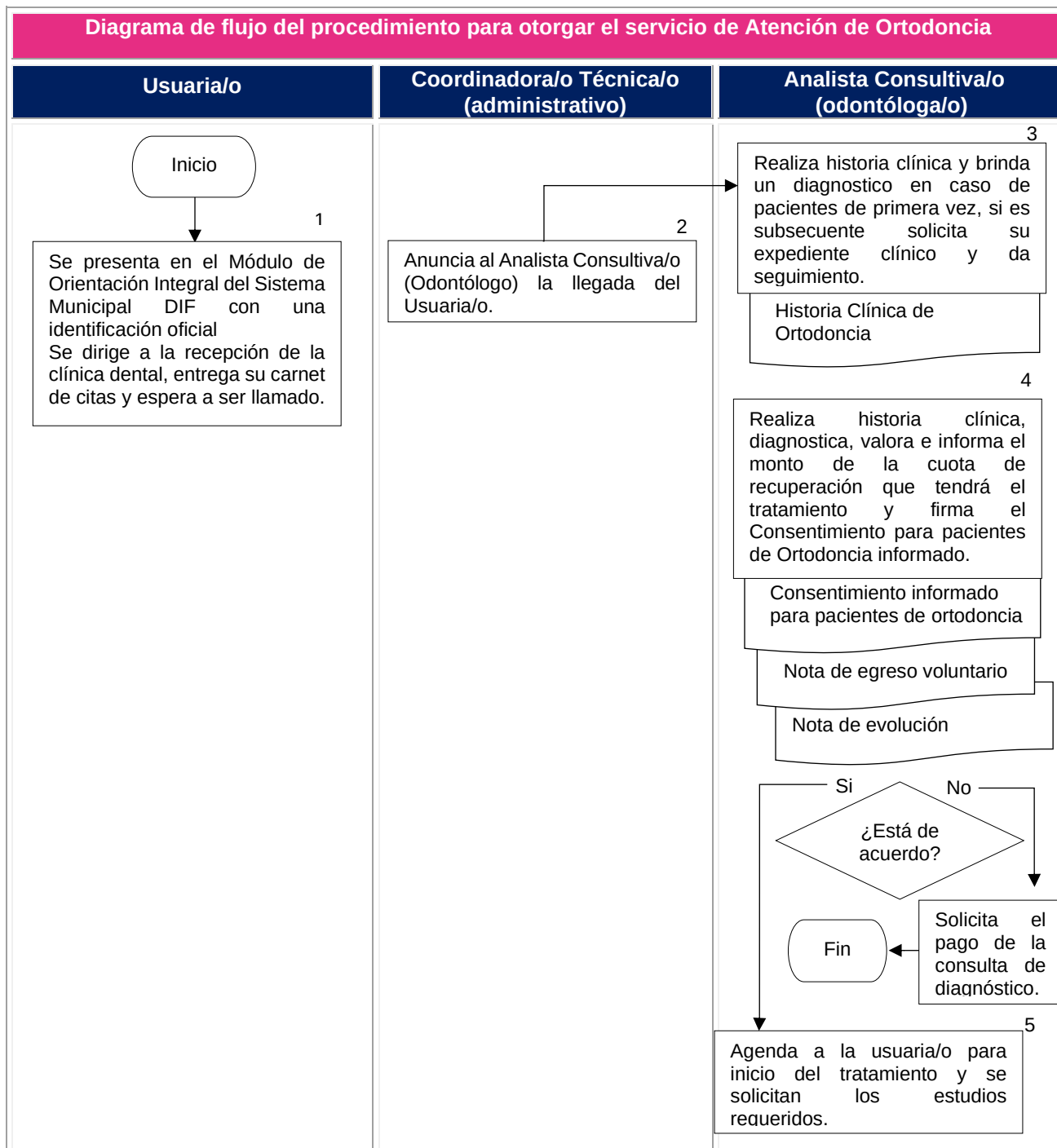
Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

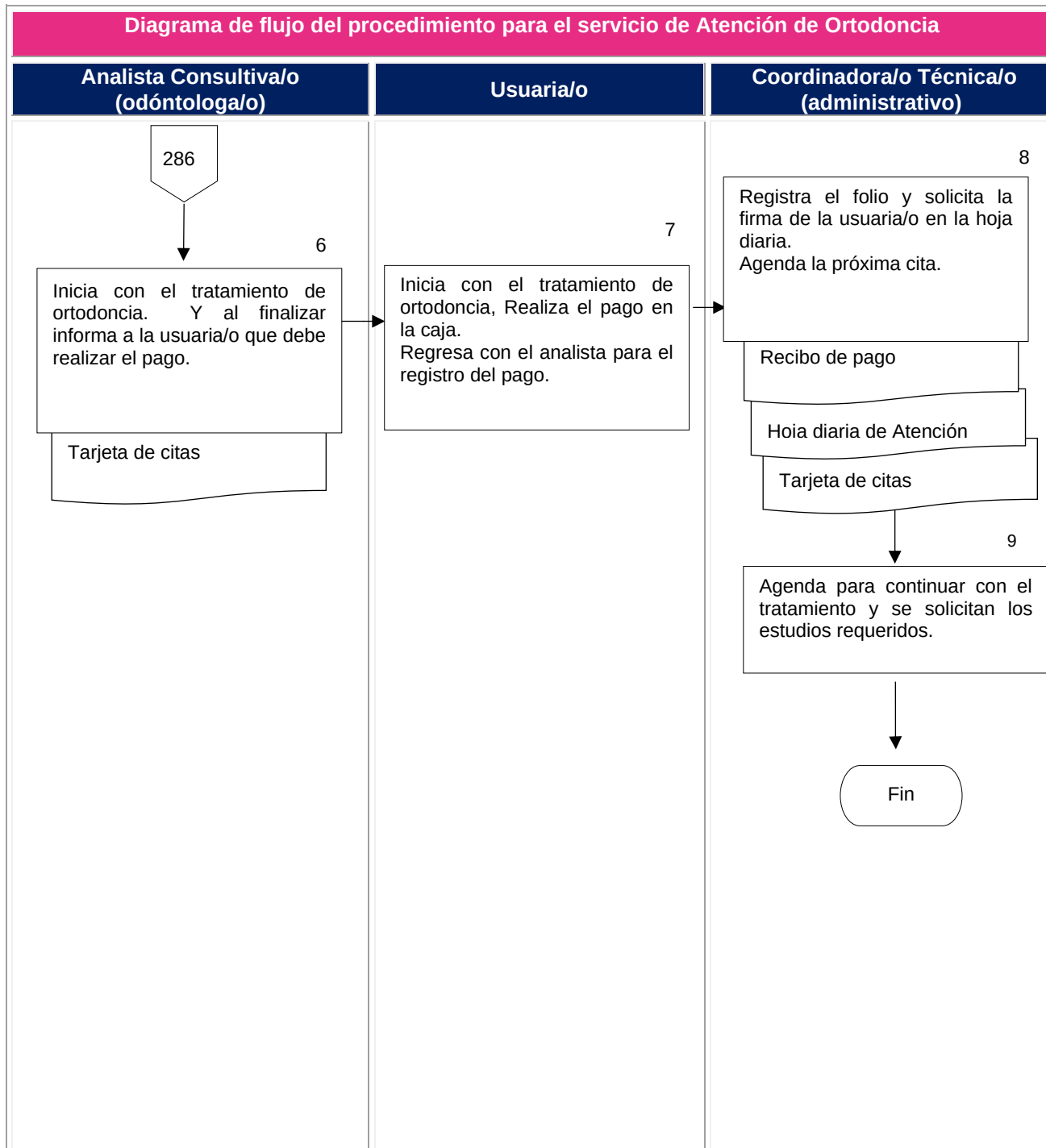
Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: para otorgar el servicio de atención de Ortodoncia.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
		Regresa con el analista para el registro del pago.		
Coordinadora/o Técnica/o (Administrativa/o)	8	Registra el folio y solicita la firma de la usuaria/o en la hoja diaria. Agenda la próxima cita.	Recibo de pago FORM 061/SMDIF012224 Hoja diaria de Atención Dental FORM. 753/SMDIF/032224 Tarjeta de citas FORM. 764/SMDIF/032224	Original
	9	Agenda para continuar con el tratamiento y se solicitan los estudios requeridos. Fin del procedimiento		

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instructivo de Llenado

HISTORIA CLÍNICA DE ORTODONCIA FORM.760/SMDIF/032224



Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HISTORIA CLÍNICA DE ORTODONCIA

CLUES PLDIF000041

Fecha: ____/____/____.

No. de expediente. _____.

I. DATOS GENERALES

Nombre del paciente _____

Escolaridad _____

Edad: _____

Sexo: _____

Tel: _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____.

Nombre del padre o tutor (a) _____

II. ANÁLISIS ESQUELÉTICO / FACIAL

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| 1. Forma de la cara | ☐ oval | ☐ cuadrada | ☐ redonda |
| 2. Tipo facial | ☐ ortognático | ☐ retrognático | ☐ prognático |
| 3. Perfil | ☐ recto | ☐ cóncavo | ☐ convexo |
| 4. Patrón de crecimiento | ☐ normal | ☐ horizontal | ☐ vertical |
| 5. Altura facial | ☐ normal | ☐ corta | ☐ larga |
| 6. Simetría facial | ☐ simétrico | ☐ asimétrico | ☐ der.
☐ izq. |

III. ANÁLISIS MUSCULAR (balance y tonicidad)

- | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Orbicular de los labios | ☐ normal | ☐ hipertónico | ☐ hipotónico |
| 2. Borla del mentón | ☐ normal | ☐ hipertónico | ☐ hipotónico |
| 3. Maseteros | ☐ normal | ☐ hipertónico | ☐ hipotónico |
| 4. Buccinador | ☐ normal | ☐ hipertónico | ☐ hipotónico |
| 5. Distancia inter labial en reposo | _____ mm. | | |

IV. ANÁLISIS FUNCIONAL

- | | | | |
|-----------------------|---|---|--|
| 1. Función mandibular | _____ | | |
| 2. ATM | ☐ chasquido | ☐ crepitación | ☐ sub-luxación |
| | ☐ apertura | ☐ cierre | ☐ der.
☐ izq.
☐ ambas |
| 3. Apertura máxima | _____ mm. | | |
| 4. Hábitos | ☐ succión digital | ☐ deglución atípica | ☐ postural |
| | ☐ mordedor de uñas | ☐ mordedor de plumas u objetos | ☐ ninguno |
| 5. Respiración | ☐ normal | ☐ bucal | ☐ mixta |
| 6. Fonación | ☐ normal | ☐ nasal | ☐ gutural |
| 7. Frenillo lingual | ☐ normal | ☐ largo | ☐ corto |
| 8. Frenillo labial | ☐ normal | ☐ corto | ☐ largo |

V. ANÁLISIS DENTAL

- | | | | |
|---------------------------|--------------|---------------|---------------|
| 1. Clasificación de Angle | clase molar | der. I II III | izq. I II III |
| | clase canino | der. I II III | izq. I II III |

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.760/SMDIF/032224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

2. Sobre mordida vertical _____ porcentaje _____ abierta mm.
3. Sobre mordida horizontal _____ mm
4. Línea media en oclusión _____ normal
desviada izq. sup. _____ desviada der. sup. _____ desviada izq. inf. _____ desviada der. inf.
5. Línea media en desoclusión _____ normal
6. Mordida cruzada _____ anterior _____ posterior
(Especificar que órganos dentarios están en mordida cruzada)
17- 16 -15-14-13-12-11-21-22-23-24-25-26-27
7. Mordida telescópica _____ anterior _____ posterior
17- 16 -15-14-13-12-11-21-22-23-24-25-26-27
47-46-45-44-43-42-41-31-32-33-34-35-36-37
8. Presenta Guías canina der. sí no canina izq. sí no incisiva sí no
9. Higiene oral _____ buena _____ regular _____ mala

VI. ETIOLOGÍA

_____ esquelética _____ dentaria _____ esquelético / dentaria

VII. PRONÓSTICO

_____ Favorable _____ desfavorable

VIII. PLAN DE TRATAMIENTO (Objetivos)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

IX. APARATOLOGÍA

_____ Roth _____ MBT _____ Otro

X. RETENCIÓN

_____ Placas Hawley _____ ESSEX _____ Otro

XI. TRATAMIENTO:

_____ Primera Fase _____ Segunda Fase

XII. DURACIÓN

_____ 12 meses _____ 18 meses _____ 24 meses _____ más de 24 meses

XIII. OBSERVACIONES

Estomatólogo (a)

Firma del Padre o Tutor (a)

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES DE ORTODONCIA FORM.759/SMDIF/032224



"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES DE ORTODONCIA Riesgos y Limitaciones del Tratamiento de Ortodoncia

Fecha: ____/____/____
MES / DÍA / AÑO

Un tratamiento de ortodoncia exitoso es el resultado de una buena relación entre ortodoncista y paciente. Sin embargo, debe estar consiente que tal como sucede en todas las artes médicas, existen riesgos y limitaciones.

Ortodoncia y ortopedia dentofacial es la especialidad dental que incluye el diagnóstico, prevención, intercepción y corrección de la maloclusión, así como las anomalías neuromusculares y esqueléticas de las estructuras orofaciales en desarrollo o maduras.

Resultados del tratamiento

Por lo general, el tratamiento de ortodoncia se desarrolla tal como se planificó, y tratamos de hacer todo lo posible para alcanzar los mejores resultados en cada paciente. No obstante, no es posible garantizarle que usted estará completamente satisfecho con los resultados, ni podemos prever todas las complicaciones o consecuencias. El éxito del tratamiento depende de su cooperación al cumplir con las citas, mantener una buena higiene bucal, evitar perder o romper los aparatos, y seguir las instrucciones del ortodoncista cuidadosamente.

Duración del tratamiento

La duración del tratamiento depende de varios factores, incluyendo la gravedad del problema, el crecimiento del paciente y el nivel de cooperación de éste. Generalmente, el tiempo real de tratamiento coincide con el tiempo estimado de duración del mismo, aunque éste puede extenderse.

Molestias

La boca es muy sensible y, por lo tanto, es posible que haya un periodo de adaptación durante el cual habrá molestias causadas por los aparatos de ortodoncia. Durante este periodo de ajuste, podrán utilizarse analgésicos que no requieran receta médica.

Recidiva

Serán necesarios retenedores a fin de mantener los dientes en su nueva posición como resultado del tratamiento de ortodoncia. Deberá usar los retenedores según le indiquen. De no hacerlo, es posible que sus dientes se desplacen, además de padecer efectos adversos adicionales.

Extracciones

Algunos casos requerirán la remoción de dientes temporales (de leche) o permanentes.

Cirugía ortognática

Algunos pacientes presentan desarmonías esqueléticas significantes que requieren tratamiento de ortodoncia en combinación con cirugía ortognática (dentofacial). Es posible que los pacientes que interrumpen el tratamiento de ortodoncia sin completar los procedimientos quirúrgicos planificados tengan una maloclusión peor que cuando comenzaron el tratamiento!

Descalcificación y Caries Dental

Una excelente higiene bucal es fundamental durante el tratamiento de ortodoncia, así como las visitas regulares a su dentista general. La higiene inadecuada o incorrecta podría resultar en cavidades, dientes manchados, enfermedad periodontal y/o descalcificación.

Resorción Radicular

Las raíces de los dientes de algunos pacientes se acortan (resorción) durante el tratamiento de

ortodoncia. No se sabe con exactitud la causa de la resorción, ni se puede predecir qué pacientes la experimentarán. Sin embargo, muchos pacientes a pesar de tener dientes con raíces seriamente acortadas los mantienen en boca durante toda su vida.

Enfermedad Periodontal

La enfermedad periodontal (encía y hueso) puede desarrollarse o empeorarse durante el tratamiento de ortodoncia debido a muchos factores, aunque con mayor frecuencia se debe a la falta de una adecuada higiene bucal. Si los problemas periodontales no pueden controlarse, es posible que el tratamiento de ortodoncia haya que interrumpirlo antes de finalizar.

Lesiones causadas por los Aparatos de Ortodoncia

Deberán evitarse las actividades o alimentos que pudieran dañar, aflojar o desalojar los aparatos de ortodoncia. Los aparatos de ortodoncia desalojados o dañados pueden inhalarse o tragarse o podrían causar otros daños al paciente. Usted deberá informar a su ortodoncista de cualquier signo inusual o sobre cualquier aparato flojo o roto en cuanto lo advierta.

Disfunción de la Articulación Temporomandibular (Mandíbula)

Pueden ocurrir problemas en las articulaciones mandibulares, v.g., las articulaciones temporomandibulares, causando

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.759/SMDIF/032224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

dolor, dolores de cabeza o problemas de oído. Cualquier síntoma de las articulaciones temporomandibulares, incluyendo dolor, chasquido del maxilar inferior o dificultad para abrir o cerrar, deberá informarse de inmediato al ortodoncista.

Dientes Retenidos, Anquilosados y No Erupcionados

Los dientes pueden retenerse (quedar atrapados debajo del hueso o encía), anquilosarse (quedar fusionados al hueso) o no erupcionar. El tratamiento de dichas condiciones depende de la circunstancia particular y de la importancia del diente involucrado, y puede requerir su extracción, exposición quirúrgica, trasplante quirúrgico o reemplazo protésico.

Resultados No Ideales

Debido a una amplia variación en el tamaño y forma de los dientes, dientes faltantes, etc., es posible que no se pueda lograr un resultado ideal (por ejemplo, cierre completo de un espacio). Es posible que se indique un tratamiento de restauración dental,

tal como adhesivos estéticos, coronas o puentes o terapia periodontal. Le recomendamos que pregunte a su ortodoncista y dentista sobre atención accesoria.

Terceros Molares

Cuando los terceros molares (muelas del juicio) se desarrollan, es posible que sus dientes cambien su alineación. Su dentista y/u ortodoncista deberá monitorearlos a fin de determinar si será necesario extraer los terceros molares y, en caso afirmativo, cuándo.

Alergias

Ocasionalmente, los pacientes pueden ser alérgicos a algunos de los materiales que componen los aparatos de ortodoncia. Esto puede requerir un cambio en el plan de tratamiento o la interrupción del tratamiento antes de finalizar. A pesar de ser muy poco común, es posible que sea necesario un

tratamiento médico de las alergias al material dental.

Problemas de Salud en General

Los problemas de salud en general tales como enfermedades de los huesos, sangre o trastornos endócrinos, así como muchos medicamentos recetados o de venta libre pueden afectar su tratamiento de ortodoncia. Es imperativo que usted le informe a su ortodoncista de cualquier cambio en su estado de salud general.

Uso de productos de Tabaco

Se ha demostrado que fumar o masticar tabaco aumenta el riesgo de enfermedad de las encías e interfiere con la cicatrización después de una cirugía bucal. Los usuarios de tabaco están también más propensos al cáncer bucal, a la recesión gingival y al movimiento más lento de los dientes durante el tratamiento de ortodoncia. Si usted consume tabaco, deberá considerar la posibilidad de un resultado ortodóncico comprometido.

RECONOCIMIENTO

Por la presente, reconozco que he leído y entendido por completo las consideraciones sobre el tratamiento y los riesgos que se presentan en este formulario. Asimismo entiendo que es posible que existan otros problemas que ocurren con menos frecuencia que los que se presentaron, y que los resultados reales pueden diferir de aquellos previstos. Reconozco también que he platicado acerca de este formulario con él, o los ortodoncistas abajo firmantes y que tuve la oportunidad de hacer cualquier pregunta. Me solicitaron que hiciera una elección acerca de mi tratamiento.

Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto y autorizo a él, o los ortodoncistas que se

indican a continuación para que provean el tratamiento.

FIRMA PACIENTE/PADRE/GUARDIAN

FECHA

NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA
DEL ORTODONCISTA

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

TARJETA DE CITAS
FORM.764/SMDIF/032224

DIRECCIÓN DE SALUD INTEGRAL

pueblacapital.gob.mx

Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche C.P 72550

Tel. (222) 2.14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla

Puebla
Contigo y con rumbo
Gobierno Municipal

Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

TARJETA DE CITAS

Apellido paterno:	
Apellido materno:	
Nombre (s):	
Fecha de nacimiento:	dia / mes / año
Dirección:	
Teléfono:	
No. de Expediente:	

[illegible]

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

HOJA DIARIA DE ATENCIÓN DENTAL FORM.753/SMMDIF/032224

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

NOMBRE DEL RESPONSABLE (FIRMA Y SELLO):										HOJA DIARIA DE ATENCIÓN DENTAL					FECHA:		LUGAR:	
No.	Id.	Nombre (N)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	Sexo	Seg. Social	Número de expediente	Colora	Justa social	Diagnóstico	Tratamientos	FIRMA					
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		

TOTAL DE INCIDENTES ATENDIDOS	TOTAL DE LOS TRATAMIENTOS	OFICINA DENTAL	ATENCIÓN DE URGENCIA	TRATAMIENTOS DE ESPECIALIDAD	ASIGNACIÓN DE DIAGNÓSTICO	LABORATORIO
Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)
Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)
Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)
Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)
Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)
Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)
Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)
Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)
Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)	Atención de urgencia (12 h)

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

RECIBO DE PAGO FORM.061/SMDIF/0012224


Puebla
 Contigo y con rumbo
 Gobierno Municipal

Sistema Municipal DIF

Dirección Administrativa
Departamento de Recursos Financieros

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables"

R.F.C. SMD-930309-8U6

Fecha: 24 / 6 / 2024 Folio SAP: 1199298

Nombre del Cliente:
JENIFERLOPEZ ROMERO

Observaciones:

1	CONSULTA MENSUAL ARCADA SUPERIOR	160.00	160.00
1	CONSULTA MENSUAL ARCADA INFERIOR	160.00	160.00
TRESCIENTOS VEINTE PESOS Y 00/100\$ MXN			320.00

Contigo y con rumbo **puebla**capital.gob.mx

Que Merlo #201 Col San Baltazar Campeche C.P 72

Tel: (222) 2.14.00.00.

 @PueblaAyto
  @H. Ayuntamiento de Puet

FORM.061 SMD F012224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

NOTA DE EVOLUCIÓN
FORM.761/SMDIF/032224



*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

NOTA DE EVOLUCIÓN

NOMBRE: _____ EDAD: _____

[illegible]

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merio #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



 Tel. (222) 2.14.00.00



 @PueblaAyto



 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.761/SMDIF/032224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

NOTA EGRESO VOLUNTARIO FORM.762/SMDIF/032224



*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

NOTA EGRESO VOLUNTARIO

Nombre del paciente: _____
 APELLIDO PATERNO / APELLIDO MATERNO / NOMBRES
 Sexo: M / F _____ Edad: _____ Estado civil: _____ Fecha de nacimiento: _____
 DIA / MES / AÑO
 Dirección: _____
 CALLE NUMERO EXTERIOR NUMERO INTERIOR
 COLONIA _____
 T. A. _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ F.R. _____
 Exploración bucal: _____
 Estado mental: _____
 Resultado de laboratorios: _____

Diagnóstico:

Pronóstico :

Tratamiento:

 NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL (A)
 ESTOMATÓLOGO (A)

 NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA TESTIGO 1

 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA TESTIGO 2

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.762/SMDIF/032224

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar el servicio de atención de Endodoncia.
Objetivo:	Brindar a la población vulnerable servicios endodónticos, detectando los problemas de dolor y caries profunda, para prolongar el tiempo de la pieza dentaria en boca.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4. • Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168. • Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12. • Ley de Asistencia Social, Artículo 4 y 7. • Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12. Fracción V • Ley Estatal de Salud, Artículo 2. • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 8, 13 Fracción III y 32 • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2. • Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracciones V y XXIV. • Normas Oficiales Mexicanas: • Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. • Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales. • Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. • Plan Municipal de Desarrollo 2021-2024, • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF Artículo 45 Fracción I, IV.
Políticas de Operación:	1. Se atenderá a todo el público en general que llegue a la Unidad médica del sistema DIF Municipal solicitando la atención. 2. Deberá registrarse en el Módulo de Orientación con una identificación oficial.

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

	3. Para ser atendido deberá tener cita previa, la cual se dará una vez la endodoncia esté indicada. 4. Se brindará el servicio dental y una vez terminado se realizará el pago de este. 5. Las condonaciones serán aprobadas por la dirección general y respaldado por el estudio socioeconómico realizado por el personal de trabajo social. 6. Se brindará atención en un horario de 08:00 a 16:00 horas de lunes a viernes. 7. Toda persona menor de edad, con capacidad diferente y/o de la tercera edad, deberá acudir acompañado de un responsable con identificación oficial y CURP del Usuario/o 8. Los servicios de especialidad en endodoncia, se realizarán bajo cita previa y la valoración correspondiente.
Tiempo Promedio de Gestión:	1 hora 30 minutos aproximadamente.

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

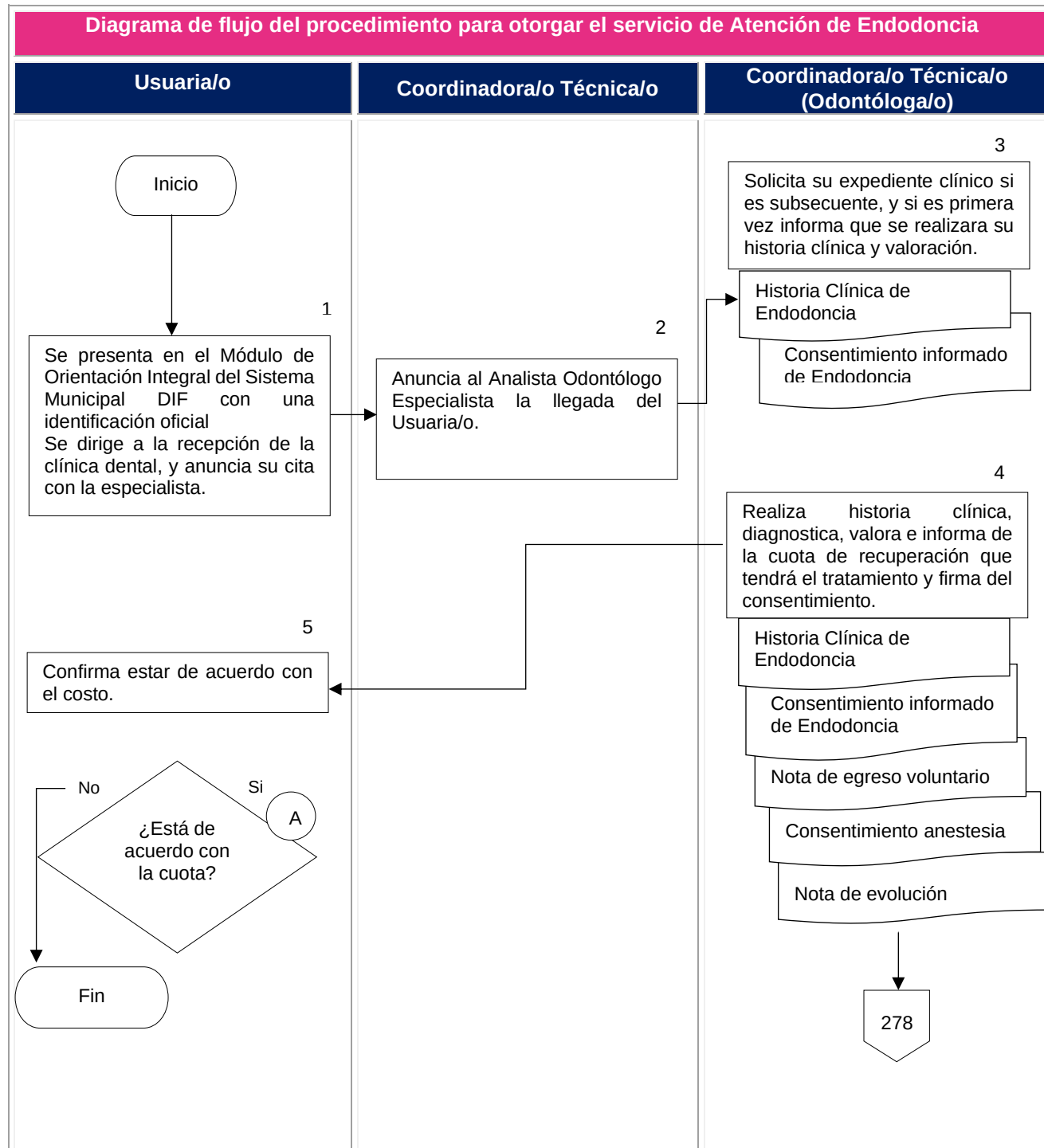
Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para otorgar el servicio de atención de Endodoncia.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Se presenta en el Módulo de Orientación Integral del Sistema Municipal DIF con una identificación oficial Se dirige a la recepción de la clínica dental, y anuncia su cita con la especialista.		
Coordinadora/or Técnica/o Administrativo	2	Anuncia al Analista Odontólogo Especialista la llegada del Usuaría/o.		
Coordinadora/or Técnica/o (Odontóloga/o)	3	Solicita su expediente clínico si es subsecuente, y si es primera vez informa que se realizara su historia clínica y valoración.	Historia Clínica de Endodoncia FORM. 766/SMDIF/032224 Consentimiento informado de Endodoncia FORM. 755/SMDIF/032224	Originales
	4	Realiza historia clínica, diagnóstica, valora e informa de la cuota de recuperación que tendrá el tratamiento y firma del consentimiento	Historia Clínica de Endodoncia FORM. 766/SMDIF/032224 Consentimiento válidamente informado para el tratamiento de Endodoncia FORM. 755/SMDIF/032224 Nota de egreso voluntario FORM. 762/SMDIF/032224 Nota de evolución FORM. 761/SMDIF/032224 Consentimiento de anestesia local FORM. 765/SMDIF/032224	Originales

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

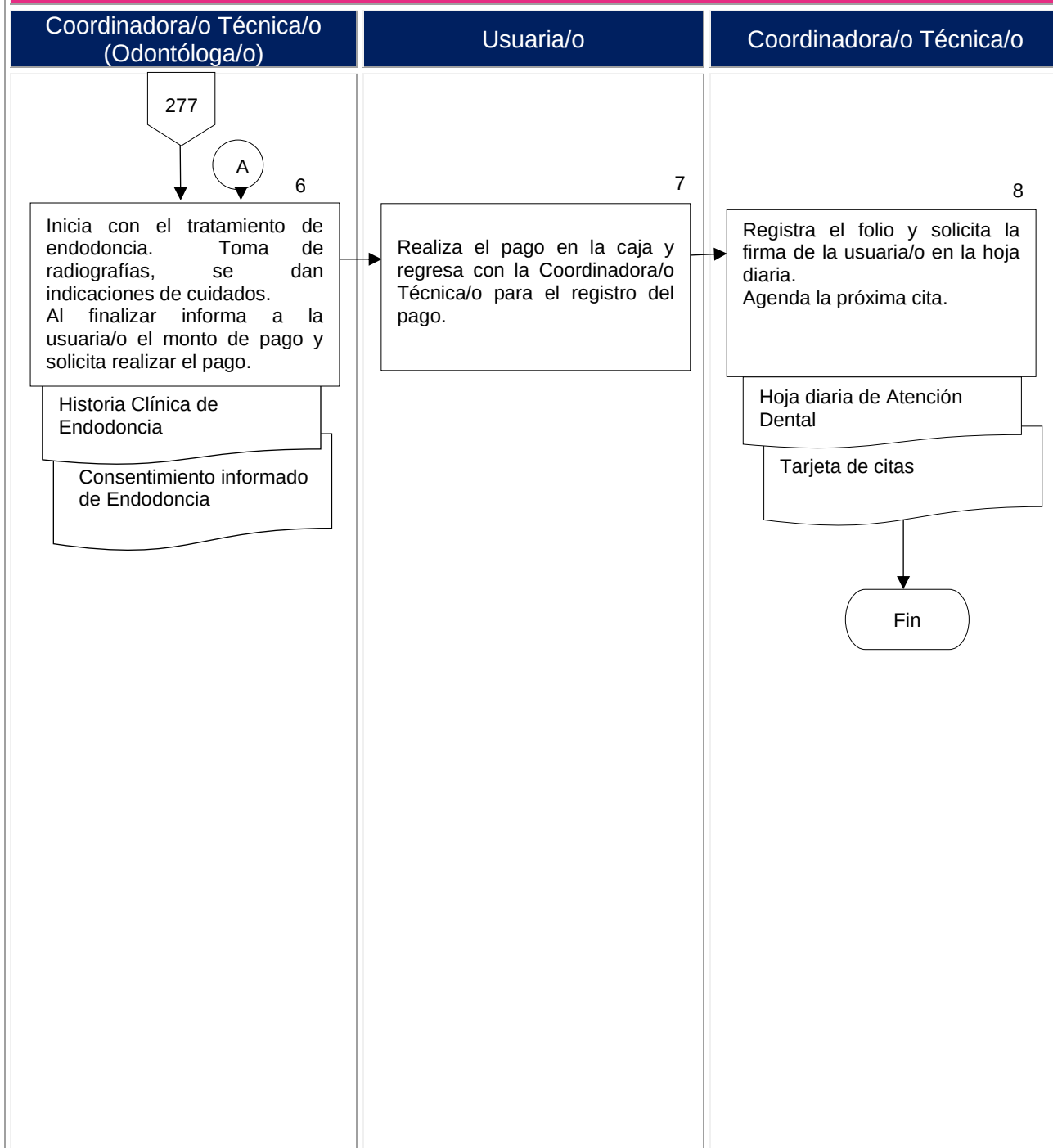
Descripción del Procedimiento: Para otorgar el servicio de atención de Endodoncia.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	5	Confirma estar de acuerdo con el costo y continúa en actividad 6 Si no está de acuerdo, Fin del procedimiento.		
Coordinadora/o Técnica/o (Odontóloga/o)	6	Inicia con el tratamiento de endodoncia. Toma de radiografías, se dan indicaciones de cuidados. Al finalizar informa a la usuaria/o el monto de pago y solicita realizar el pago.	Historia Clínica de Endodoncia FORM. 766/SMDIF/032224 Consentimiento informado de Endodoncia FORM. 755/SMDIF/032224	Originales
Usuaría/o	7	Realiza el pago en la caja y regresa con la Coordinadora/o Técnica/o para el registro del pago		Original
Coordinadora/o Técnica/o Administrativo	8	Registra el folio y solicita la firma del Usuaría/o en la hoja diaria. Agenda la próxima cita. Fin del proceso.	Hoja diaria de Atención Dental FORM. 753/SMMDIF/032224 Tarjeta de citas FORM. 764/SMDIF/032224	Originales

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Diagrama de flujo del procedimiento para otorgar el servicio de Atención de Endodoncia



Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instrucciones del llenado

HISTORIA CLÍNICA DE ENDODONCIA FORM.766/SMDIF/032224



Sistema Municipal
DIF

Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HISTORIA CLÍNICA DE ENDODONCIA

DATOS GENERALES

No. Exp.:	Fecha:	Sexo	M	H	O.D.
Nombre:					
Teléfono:	Referido por:				

INTERROGATORIO

ANTECEDENTES	OBTURACIONES	DOLOR	ESTIMULO
Caries ☐	Resina ☐	Referido ☐	Frio ☐
Abrasión ☐	Amalgama ☐	Localizado ☐	Calor ☐
Traumatismo ☐	Corona ☐	Fugaz ☐	Dulce ☐
Otros ☐	Incrustación ☐	Persistente ☐	Acido ☐
	Otra ☐	Espontaneo ☐	Masticación ☐
			Otro ☐

EXPLORACIÓN

LESIÓN	EXPOSICIÓN PULPAR	INFLAMACIÓN
Física ☐	Presente ☐	Presente ☐
Química ☐	Causa ☐	Extraoral ☐
Bacteriana ☐	Caries ☐	Intraoral ☐
Otra ☐	Otra ☐	Endurecida ☐
		Nódulos ☐

PRUEBAS DE SENSIBILIDAD PULPAR

ELÉCTRICA	TÉRMICA AL FRÍO	TÉRMICA AL CALOR
Diente problema ☐	Positiva ☐	Positiva ☐
O.D. ☐	Localizada ☐	Localizada ☐
Diente testigo ☐	Negativa ☐	Negativa ☐
O.D. ☐	Referida ☐	Referida ☐
	Fugaz ☐	Fugaz ☐
	Incrementa ☐	Incrementa ☐
	Diente testigo ☐	Diente testigo ☐
	O.D. ☐	O.D. ☐
	(+) (-)	

PRUEBAS PERIODONTALES

PERCUSIONES	PALPACIÓN	SONDEO PERIODONTAL	MOVILIDAD
Vertical ☐	P. Periapical ☐	Profundidad de la bolsa ☐	Negativa ☐
Horizontal ☐	Diente testigo ☐	mm ☐	Grado 1° 2° 3°
Diente testigo ☐	O.D. ☐	Diente testigo ☐	Diente testigo ☐
O.D. ☐		O.D. ☐	O.D. ☐

HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS

CÁMARA	CONDUCTOS	PERIODONTO
Normal ☐	Estrecho ☐	Normal ☐
Fractura ☐	Calcificado ☐	Engrosado ☐
Resorción ☐	Perforación ☐	Resorción Apical ☐
Interna ☐	Externo ☐	Lesión Apical ☐
Obstrucción ☐	Desarrollo ☐	Presente ☐
Otros ☐	incompleto ☐	Ausente ☐
		Diámetro mm x mm
		Descripción

Número de conductos

Nemotecnia

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.766/SMDIF/032224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

DIAGNÓSTICO			
DIAGNÓSTICO PULPAR		DIAGNÓSTICO PERIAPICAL	
Pulpa sana	☐	Periapice sano	☐
Pulpitis reversible	☐	Periodontitis aguda	☐
Pulpitis irreversible	☐	Absceso periapical agudo	☐
Necrosis pulpar	☐	Absceso fénix	☐
Pulpitis hiperplásica	☐	Periodontitis crónica	☐
Despulpado	☐	Superada	☐
		Quiste periapical	☐

ABORDAJE ENDODONTICO			
PREPARACIÓN		INSTRUMENTACIÓN	
Anestésico	c/vasoc. ☐	s/vasoc. ☐	Crown-Down ☐
Aguja	corta ☐	extra corta ☐	Step-back ☐
Técnica	relativo ☐	absoluto ☐	OBTURACIÓN
Aislado	00 - 2 - 7 - 8 - 9 - 14 - 14 A ☐		Condensación
Grapa			lateral ☐
			Condensación horizontal ☐

CONDUCTO	RADIOGRAFÍA	LIMA	CLÍNICA	GATES	INSTRUMENTACIÓN
_____	_____ mm	_____	_____ mm	1-2-3-4-5-6	06/08/10 / 15/20/25/30/35/40 / 45/50/55/60/70/80
_____	_____ mm	_____	_____ mm	1-2-3-4-5-6	06/08/10 / 15/20/25/30/35/40 / 45/50/55/60/70/80
_____	_____ mm	_____	_____ mm	1-2-3-4-5-6	06/08/10 / 15/20/25/30/35/40 / 45/50/55/60/70/80
_____	_____ mm	_____	_____ mm	1-2-3-4-5-6	06/08/10 / 15/20/25/30/35/40 / 45/50/55/60/70/80

RADIOGRAFÍAS

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE ENDODONCIA FORM.755/SMDIF/032224



Sistema Municipal
DIF

Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE ENDODONCIA

Fecha: / /
MES / DÍA / AÑO

Por medio de la presente se hace saber a usted que tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido (a) y las complicaciones más frecuentes que ocurren, así como sus beneficios. Este documento explica todas estas cuestiones, léalo atentamente y consulte todas sus dudas.

Le recordamos que por imperativo legal deberá firmar el presente consentimiento informado para poder realizarle dicho procedimiento.

El propósito del tratamiento de conductos (endodoncia) es salvar el diente que de otra manera requeriría la extracción. Si bien este tratamiento tiene un alto grado de éxito, los resultados como cualquier procedimiento médico o dental no pueden ser garantizados. Este tratamiento no le previene de futuras caries, fracturas o enfermedades de la encía. Ocasionalmente los dientes con tratamiento endodóntico podrán necesitar un retratamiento, cirugía o bien la extracción.

Riesgos: con pocas probabilidades de que ocurran, sin embargo, pueden presentarse alguno de estos:

- Fractura de instrumentos dentro del conducto.
- Perforación del conducto con el instrumento.
- Bloqueo del conducto radicular que no permita completarlo adecuadamente (calcificación).
- Recuperación incompleta.
- Infección post-operatoria que requiera de administración de antibióticos.
- Fractura de la corona o de la raíz que requiera extracción.
- Ligera molestia post-operatoria.
- Entumecimiento temporal.
- Dificultad al morder o al abrir la boca.
- Si el tratamiento es abandonado, pueden presentarse problemas sistémicos.
- Reacción a los anestésicos, químicos o medicamentos utilizados.

Beneficios:

- Eliminar el dolor y malestar.
- Preservar el órgano dentario.
- Devolver la función del mismo.

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.755/SMDIF/032224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

Alternativas al tratamiento de conductos

- No efectuar ningún tratamiento.
- Esperar a que desarrolle síntomas más severos.
- Extracción y reemplazo por una prótesis o nada.

Declaro haber sido informado (a) y haber comprendido el objetivo del tratamiento a realizar. Por lo tanto, yo de años de edad, estoy de acuerdo que el (a) Dr.(a)..... realice el procedimiento de endodoncia, aceptando sus complicaciones y beneficios.

Así bien se me informa y debo entender que este procedimiento requiere la utilización de varias películas radiográficas (5 aproximadamente) y que es parte del tratamiento necesario para el órgano dentario, el complemento será la restauración del mismo (obtusión, incrustación o corona) quedando a mi completa responsabilidad; por lo que una vez terminada la endodoncia deberá ser restaurado adecuadamente dentro de un tiempo aproximado de 30 días con el propósito de disminuir las probabilidades de fracaso y/o fractura

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a de de

Nombre y Firma del Paciente

Nombre, Firma y Cédula del (a)
Estomatólogo (a)

Nombre y Firma Testigo 1

Nombre y Firma Testigo 2

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.755/SMDIF/032224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: 09/09/2024

Fecha de elaboración: 13/07/2023

Número de Revisión: 02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

TARJETA DE CITAS
FORM.764/SMDIF/032224

DIRECCIÓN DE SALUD INTEGRAL

pueblacapital.gob.mx

Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550

Tel. (222) 2.14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla

Sistema Municipal
DIF
Puebla
Contigo y con rumbo
Gobierno Municipal

Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental

TARJETA DE CITAS

Apellido paterno:	
Apellido materno:	
Nombre (s):	
Fecha de nacimiento:	día / mes / año
Dirección:	
Telefono:	
No. de Expediente:	

Contigo
y con
rumbo

Puebla
Contigo y con rumbo
Gobierno Municipal

[illegible]

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

HOJA DIARIA DE ATENCIÓN DENTAL FORM.753/SMMMDIF/032224

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

NOMBRE DEL RESPONSABLE (FIRMA Y SELLO):										FECHA:		LUGAR:	
No.	Edad	Nombre (N)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	Sexo	Seg. Social	Número de expediente	Colora	Justia auxiliar	Diagnóstico	Tratamiento	FIRMA
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS	TOTALES LOS TRATAMIENTOS	OPEDATOSIA DENTAL	ATENCIÓN RESIDENTIA	TRATAMIENTOS ES ESPECIALIZADA	EXAMENES DE DIAGNÓSTICO	LABORATORIO
Atención de emergencia (07:00 a 19:00)	Atención de emergencia (07:00 a 19:00)	Atención de emergencia (07:00 a 19:00)	Atención de emergencia (07:00 a 19:00)	Atención de emergencia (07:00 a 19:00)	Atención de emergencia (07:00 a 19:00)	Atención de emergencia (07:00 a 19:00)
Atención de urgencia (19:00 a 07:00)	Atención de urgencia (19:00 a 07:00)	Atención de urgencia (19:00 a 07:00)	Atención de urgencia (19:00 a 07:00)	Atención de urgencia (19:00 a 07:00)	Atención de urgencia (19:00 a 07:00)	Atención de urgencia (19:00 a 07:00)
Atención de urgencia (07:00 a 19:00)	Atención de urgencia (07:00 a 19:00)	Atención de urgencia (07:00 a 19:00)	Atención de urgencia (07:00 a 19:00)	Atención de urgencia (07:00 a 19:00)	Atención de urgencia (07:00 a 19:00)	Atención de urgencia (07:00 a 19:00)
Atención de urgencia (19:00 a 07:00)	Atención de urgencia (19:00 a 07:00)	Atención de urgencia (19:00 a 07:00)	Atención de urgencia (19:00 a 07:00)	Atención de urgencia (19:00 a 07:00)	Atención de urgencia (19:00 a 07:00)	Atención de urgencia (19:00 a 07:00)
Atención de urgencia (07:00 a 19:00)	Atención de urgencia (07:00 a 19:00)	Atención de urgencia (07:00 a 19:00)	Atención de urgencia (07:00 a 19:00)	Atención de urgencia (07:00 a 19:00)	Atención de urgencia (07:00 a 19:00)	Atención de urgencia (07:00 a 19:00)
Atención de urgencia (19:00 a 07:00)	Atención de urgencia (19:00 a 07:00)	Atención de urgencia (19:00 a 07:00)	Atención de urgencia (19:00 a 07:00)	Atención de urgencia (19:00 a 07:00)	Atención de urgencia (19:00 a 07:00)	Atención de urgencia (19:00 a 07:00)
Atención de urgencia (07:00 a 19:00)	Atención de urgencia (07:00 a 19:00)	Atención de urgencia (07:00 a 19:00)	Atención de urgencia (07:00 a 19:00)	Atención de urgencia (07:00 a 19:00)	Atención de urgencia (07:00 a 19:00)	Atención de urgencia (07:00 a 19:00)
Atención de urgencia (19:00 a 07:00)	Atención de urgencia (19:00 a 07:00)	Atención de urgencia (19:00 a 07:00)	Atención de urgencia (19:00 a 07:00)	Atención de urgencia (19:00 a 07:00)	Atención de urgencia (19:00 a 07:00)	Atención de urgencia (19:00 a 07:00)

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

NOTA DE EVOLUCIÓN
FORM.761/SMDIF/032224



Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

NOTA DE EVOLUCIÓN

NOMBRE: _____ EDAD: _____

[illegible]

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



 Tel. (222) 2.14.00.00



 @PueblaAyto



 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.761/SMDIF/032224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

NOTA EGRESO VOLUNTARIO FORM.762/SMMDIF/032224



*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

NOTA EGRESO VOLUNTARIO

Nombre del paciente: _____
APELLIDO PATERNO / APELLIDO MATERNO / NOMBRES

Sexo: M / F _____ Edad: _____ Estado civil: _____ Fecha de nacimiento: _____
DÍA / MES / AÑO

Dirección: _____
CALLE NÚMERO EXTERIOR NÚMERO INTERIOR

COLONIA _____

T. A. _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ F.R. _____

Exploración bucal: _____

Estado mental: _____

Resultado de laboratorios: _____

Diagnóstico:

Pronóstico :

Tratamiento:

NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL (A)
ESTOMATÓLOGO (A)

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA TESTIGO 1

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA TESTIGO 2

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.762/SMDIF/032224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

CONSENTIMIENTO DE ANESTESIA LOCAL FORM.765/SMMDIF/032224



Sistema Municipal
DIF

Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

CONSENTIMIENTO DE ANESTESIA LOCAL

El (a) que suscribe _____
de _____ años de edad, con domicilio en _____

Declaro que el (a) Dr. (a) _____ me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los impulsos nerviosos de tal manera que se inhibe transitoriamente la función sensitiva con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. Me ha explicado que tendré la sensación de adormecimiento del labio o de la cara, que normalmente desaparece en dos o tres horas.

También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor y, menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento, y que la anestesia puede provocar bajada de tensión que, en casos menos frecuentes, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente, e, incluso, excepcionalmente, la muerte.

También se me ha explicado que, aunque tampoco de mis antecedentes se deduce ningún tipo de patología cardiovascular, uno de los componentes de la anestesia, la adrenalina, puede llegar a favorecer la aparición de una cardiopatía isquémica que debe ser tratada posteriormente. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. Y en tales condiciones. Declaro que en caso de que se presenten las anteriores complicaciones, acepto las molestias y riesgos mencionados y los que se señalen como derivados del tratamiento realizado. Y con ello autorizo se me administre anestesia local.

Nombre y firma

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550

Tel. (222) 2.14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.765/SMDIF/032224

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar el servicio de atención de Prostodoncia.
Objetivo:	Brindar a la población vulnerable servicios protésicos, detectando los problemas y necesidades oclusales y reemplazando los dientes ausentes.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4. • Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168. • Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12. • Ley de Asistencia Social, Artículo 4 y 7. • Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12. Fracción V • Ley Estatal de Salud, Artículo 2. • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 8, 13 Fracción III y 32 • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2. • Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracciones V y XXIV. • Normas Oficiales Mexicanas: • Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. • Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales. • Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. • Plan Municipal de Desarrollo 2021-2024. • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF Artículo 45 Fracción I, IV.
Políticas de Operación:	1. Se atenderá a todo el público en general que llegue a la Unidad médica del sistema DIF Municipal solicitando la atención. 2. Deberá registrarse en el Módulo de Orientación con una identificación oficial. 3. Para ser atendido deberá tener cita previa, la cual se dará una vez haya valorado previamente por un estomatólogo.

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

	4. El protesista realizará una valoración y de ser necesario se agenda cita para extracciones y/o regularización de proceso. 5. Se brindará el servicio dental y una vez terminado se realizará el pago del mismo. 6. Las condonaciones serán aprobadas por la dirección general y respaldado por el estudio socioeconómico realizado por el personal de trabajo social. 7. Se brindará atención en un horario de 08:00 a 16:00 horas de lunes a viernes. 8. Toda persona menor de edad, con capacidad diferente y/o de la tercera edad, deberá acudir acompañado de un responsable con identificación oficial. 9. Los servicios de especialidad en prostodoncia, se realizarán bajo cita previa y la valoración correspondiente.
Tiempo Promedio de Gestión:	1 hora 30 minutos aproximadamente.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

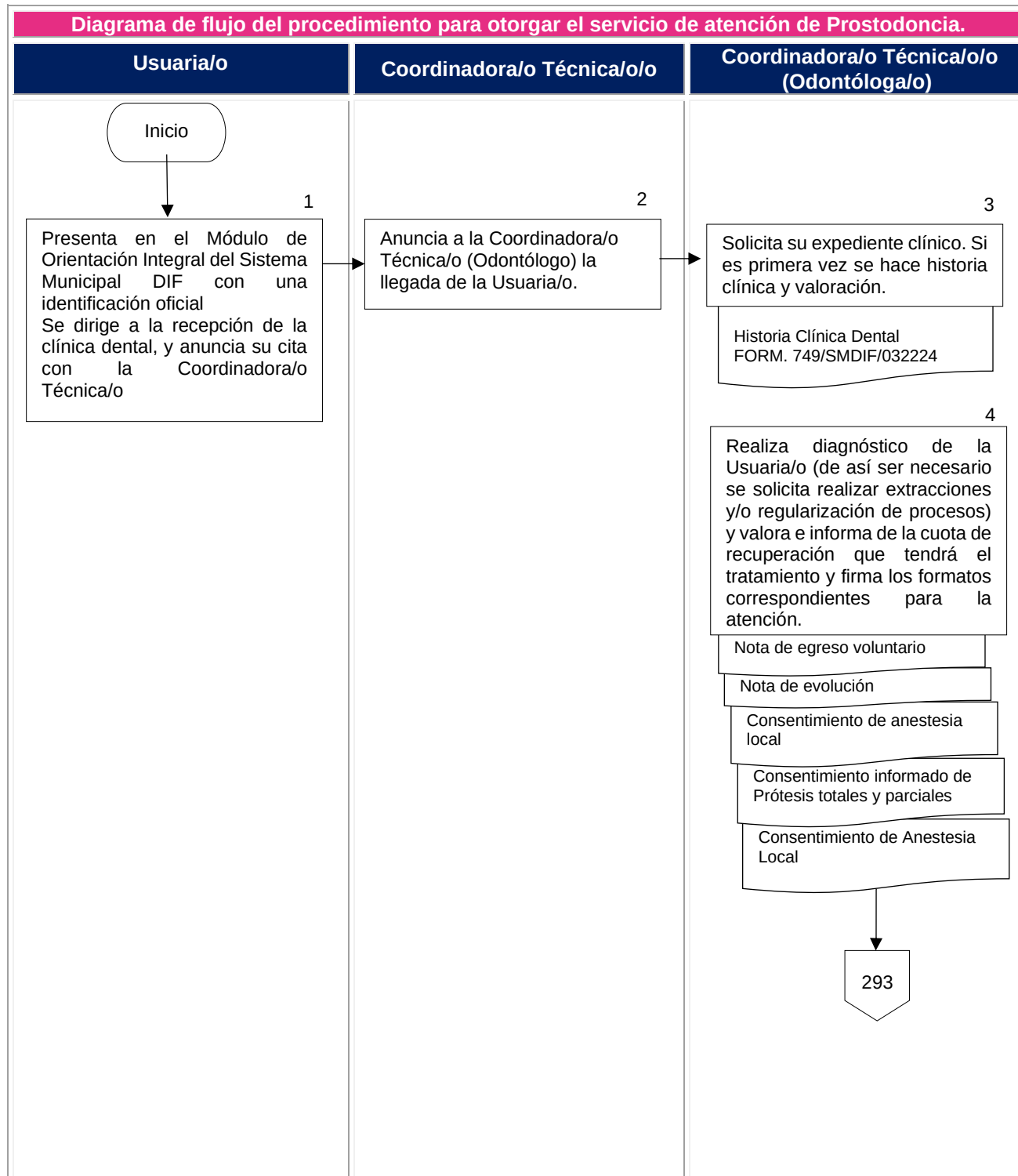
Descripción del Procedimiento: para otorgar el servicio de atención de Prostodoncia.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Presenta en el Módulo de Orientación Integral del Sistema Municipal DIF con una identificación oficial Se dirige a la recepción de la clínica dental, y anuncia su cita con la Coordinadora/o Técnica/o		
Coordinadora/o Técnico/a	2	Anuncia a la Coordinadora/o Técnica/o (Odontólogo) la llegada de la Usuaría/o.		
Coordinadora/o Técnica/o (odontólogo/a)	3	Solicita su expediente clínico. Si es primera vez se hace historia clínica y valoración.	Historia Clínica Dental FORM. 749/SMDIF/032224	Originales
Coordinadora/o Técnica/o (odontóloga/o)	4	Realiza diagnóstico de la Usuaría/o (de así ser necesario se solicita realizar extracciones y/o regularización de procesos) y valora e informa de la cuota de recuperación que tendrá el tratamiento y firma los formatos correspondientes para la atención. En caso de requerir exodoncias y/o regularización continua en el paso 5 de no ser así continua en el paso 6.	Nota de egreso voluntario FORM. 762/SMDIF/032224 Nota de evolución FORM. 761/SMDIF/032224 Consentimiento de anestesia local FORM. 765/SMDIF/032224 Consentimiento informado de Prótesis totales y parciales FORM. 756/SMDIF/032224 Consentimiento de Anestesia Local FORM. 765/SMMDIF/032224	Originales
	5	Se programan exodoncias y/o regularización.		

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

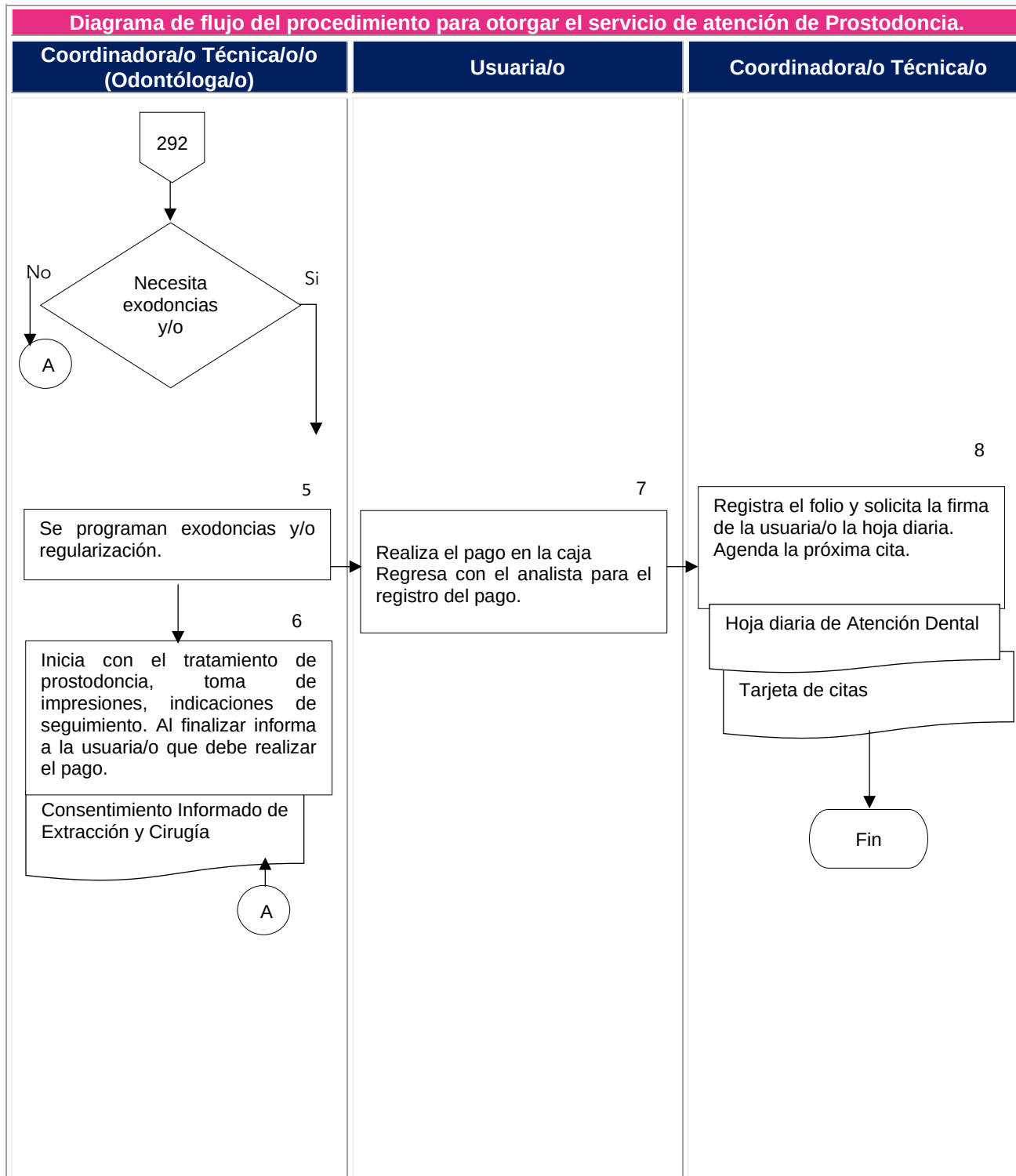
Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: para otorgar el servicio de atención de Prostodoncia.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
	6	Inicia con el tratamiento de prostodoncia, toma de impresiones, indicaciones de seguimiento. Al finalizar informa a la usuaria/o que debe realizar el pago.	Consentimiento Informado de Extracción y Cirugía FORM. 754/SMMDIF/032224	Original
Usuaría/o	7	Realiza el pago en la caja Regresa con el analista para el registro del pago.		
Coordinadora/ o técnica/o (odontóloga/o)	8	Registra el folio y solicita la firma del Usuaría/o en la hoja diaria. Agenda la próxima cita. Fin del proceso.	Hoja diaria de Atención Dental FORM. 753/SMMDIF/032224 Tarjeta de citas FORM. 764/SMDIF/032224	Originales

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instrucciones del llenado

HISTORIA CLÍNICA DE PROTESIS DENTAL FORM.749/SMDIF/032224



Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

CLUES PLDIF

000041

HISTORIA CLÍNICA DENTAL

Fecha: _____

Hora: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____
Sexo: _____ Edad: _____ AÑOS Estado civil: _____ Fecha de nacimiento: _____
Domicilio: _____
Estado: _____ Ocupación: _____ Teléfono(s): (_____) _____
Embarazo: sí _____ no _____

Antecedentes heredo-familiares

Diabetes: sí ☐ no ☐ ¿Quién? _____
Cáncer: sí ☐ no ☐ ¿Quién? _____
Enfermedades del corazón: sí ☐ no ☐ ¿Quién? _____
Enfermedades cerebro vasculares: sí ☐ no ☐ ¿Quién? _____
Trastornos psiquiátricos: sí ☐ no ☐ ¿Quién? _____
Otra: _____
Hipertensión: sí ☐ no ☐ ¿Quién? _____
Malformaciones congénitas: sí ☐ no ☐ ¿Quién? _____
Alcoholismo: sí ☐ no ☐ ¿Quién? _____
Tabaquismo: sí ☐ no ☐ ¿Quién? _____

Antecedentes personales no patológicos

Su vivienda cuenta con los servicios de luz, agua potable, drenaje, pavimento, internet, etc. ☐ sí ☐ no
Alimentación: buena ☐ mala ☐ regular ☐ Fuma: ☐ sí ☐ no
Activación física: sí ☐ no ☐ Farmacodependiente ☐ sí ☐ no
Bebidas alcohólicas: sí ☐ no ☐

Antecedentes personales patológicos

¿Es usted diabético? ☐ sí ☐ no ☐ Tipo: _____
¿Es usted hipertenso? ☐ sí ☐ no ☐
Infecciones en vías urinarias: ☐ sí ☐ no ☐
Discrasias sanguíneas (anemia, leucemia, ☐ sí ☐ no ☐ ¿cuál? _____
Problemas de coagulación, equimosis) ☐ sí ☐ no ☐ ¿cuál? _____
Enfermedades de Transmisión Sexual: ☐ sí ☐ no ☐ ¿cuál? _____
¿Padece alguna otra enfermedad actualmente? ☐ sí ☐ no ☐ ¿cuál? _____
¿Está bajo tratamiento médico? ☐ sí ☐ no ☐ ¿cuál? _____
¿Está tomando algún medicamento? ☐ sí ☐ no ☐ ¿de qué? _____
¿Lo han operado? ☐ sí ☐ no ☐

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550

Tel. (222) 2.14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla
FORM.749/SMDIF/032224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

¿Ha tenido alguna fractura? ☐ sí ☐ no
 ¿Ha tenido alguna transfusión sanguínea? ☐ sí ☐ no
 ¿Ha perdido el conocimiento alguna vez? ☐ sí ☐ no
 ¿Cuenta usted con su padrón de vacunas? ☐ sí ☐ no
 ¿Es alérgico a algún medicamento, alimento ☐ sí ☐ no
 polvo, mascotas etc? ☐ ☐ ¿Cuál? _____

Interrogatorio por aparatos y sistemas
 Ha tenido algún tipo de enfermedad como: _____

Enfermedades Contagiosas

Sarampión: ☐ Rubeola: ☐ Varicela: ☐

Sistema respiratorio

Asma ☐ Bronquitis ☐ Sinusitis ☐ Neumonía ☐ Tos ☐
 Tuberculosis ☐ Disnea ☐ Cianosis ☐ Rinorrea ☐ Expectoración ☐

Sistema digestivo

Gastritis ☐ Colitis ☐ Reflujo ☐ Hepatitis ☐ Absceso hepático ☐
 Cirrosis ☐ Estreñimiento ☐ Enfermedades del colon ☐ Cirrosis ☐

Sistema neurológico

Epilepsia ☐ Convulsiones ☐ Vértigo ☐
 Migraña ☐ Mareos ☐ Meningitis ☐

Sistema cardiovascular

Bradicardia ☐ Hipertensión ☐ Hipotensión ☐ Taquicardia ☐

Sistema genitourinario

Nefrosis ☐ Cálculo renal ☐ Uretritis ☐ Nicturia ☐ Enuresis ☐ Edema ☐

Sistema hematopoyetico

Hemorragia ☐ Epistaxis ☐ Hematuria ☐
 Petequias ☐ Equimosis ☐ Adenopatías ☐

Sistema endocrino

Poliuria ☐ Polifagia ☐ Polidipsia ☐ Insomnio ☐ Nerviosismo ☐
 Pérdida o aumento de peso involuntario ☐ Parotiditis ☐

Exploración física de cavidad oral y zonas adyacentes:

Exploración física de cabeza y cuello cadena ganglionar submaxilar, retroarticular, borde anterior del esternocleidomastoideo, región parotídea _____

Examen cavidad oral

Carrillos: _____ Lengua: _____ Paladar: _____
 Piso de la boca: _____ Labios: _____ Mucosas: _____
 Tejidos duros: _____ Observaciones: _____

Motivo de la consulta: _____
 Padecimiento actual: _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

ODONTOGRAMA INICIAL

Fecha: _____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

CRITERIOS DE REGISTRO	INICIAL	SEGUIMIENTO
SANO.- PALOMA AZUL		
CAREADO.- SUPERFICIE ROJA		
OBTURADO.- SUPERFICIE AZUL		
PERDIDO.- "X" EN ROJO		
EXODONCIA.- LÍNEA OBLICUA EN ROJO		

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

ODONTOGRAMA DE SEGUIMIENTO

Estudios de gabinete y laboratorio: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Pronóstico: _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Av. Cue Merio #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550

Tel. (222) 2.14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla
FORM.749/SMDIF/032224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

TERAPÉUTICA EMPLEADA (VÍA, DÓ SIS Y PERIODICIDAD)	
FECHA Y HORA	MEDICAMENTO

DECLARO QUE TODOS LOS DATOS ANOTADOS EN LA PRESENTE HISTORIA CLÍNICA SON VERDADEROS.

FIRMA Y NOMBRE DEL PACIENTE

NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL (A)
ESTOMATÓLOGO (A)

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.749/SMDIF/032224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROTESIS TOTALES Y PARCIALES FORM.756/SMDIF/032224



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PRÓTESIS TOTALES Y PARCIALES

Fecha: / /
MES / DÍA / AÑO

Por medio de la presente se hace saber a usted que tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido (a) y las complicaciones más frecuentes que ocurren, así como sus beneficios. Este documento explica todas estas cuestiones, léalo atentamente y consulte todas sus dudas.

Le recordamos que por imperativo legal deberá firmar el presente consentimiento informado para poder realizarle dicho procedimiento.

Se me ha informado que los **beneficios** de reemplazar los órganos dentarios perdidos son: mejorar mi fonación, poder comer adecuadamente, evitar pérdida ósea en los procesos alveolares y verme bien estéticamente, etc.

Las recomendaciones que se me han dado son, masticar con cuidado para no mordirme y sobrecargar las encías, masticar alimentos blandos no pegajosos.

LIMITACIONES:

- Al carecer de sujeción al hueso, estos aparatos experimentan una cierta movilidad al comer, sobre todo el inferior.
- Una limitación estética derivada de la inestabilidad, no siempre pueden montarse sobre los anteriores e inferiores, sino que los bordes cortantes tienen que estar a la misma altura que la cara triturante del resto de los dientes, por eso cuando existen dientes naturales anteriores e inferiores, los dientes de la prótesis superior suelen ser más cortos que los originales.

RIESGOS:

- Sensación extraña de ocupación.
- Más producción de saliva de lo normal.
- Disminución del sentido del gusto.
- Dificultades de pronunciación.
- Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas o lengua.
- Algunas molestias en las zonas donde apoyan las prótesis, sobre todo a la altura de los bordes (aftas).
- Probablemente se muevan mucho al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados.
- Probable cambio de color.

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.756/SMDIF/032224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

INDICACIONES:

- ✓ Lavar la prótesis y la boca después de cada comida.
- ✓ Es aconsejable que se de masajes en las encías para mejorar su circulación sanguínea y prevenir en lo posible su reabsorción.
- ✓ Se debe realizar revisión cada seis meses para efectuar correcciones adaptativas requeridas por las modificaciones que sufren las encías.
- ✓ Acudir a una consulta inmediata siempre que aparezcan molestias en las encías que no desaparezcan al cabo de cuatro o cinco días.

He comprendido todas las explicaciones que se me han facilitado en lenguaje claro y sencillo, se me han aclarado todas las dudas; por lo que estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento. Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir retoques.

Declaro haber sido informado y haber comprendido el objetivo del tratamiento a realizar. Por lo tanto, yo de años de edad, estoy de acuerdo que el (a) Dr. (a)..... realice el procedimiento de prótesis, aceptando sus complicaciones y beneficios.

Nombre y firma del paciente.

Nombre, firma y cédula del (a) estomatólogo (a).

Nombre y firma del testigo 1.

Nombre y firma del testigo 2.

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.756/SMDIF/032224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

TARJETA DE CITAS
FORM.764/SMDIF/032224

DIRECCIÓN DE SALUD INTEGRAL

pueblacapital.gob.mx

Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche C.P 72550

Tel. (222) 2.14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla

Puebla
 Contigo y con rumbo
Gobierno Municipal

Sistema Municipal
DIF
Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental

TARJETA DE CITAS

Apellido paterno:	
Apellido materno:	
Nombre (s):	
Fecha de nacimiento:	día / mes / año
Dirección:	
Telefono:	
No. de Expediente:	

**Contigo
y con
rumbo**

Puebla
Contigo y con rumbo
Gobierno Municipal

[illegible]

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

HOJA DIARIA DE ATENCIÓN DENTAL
FORM.753/SMMDIE/032224



Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental

*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sistema (Instituto del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables)

[illegible]

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

NOTA DE EVOLUCIÓN
FORM.761/SMDIF/032224



Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

NOTA DE EVOLUCIÓN

NOMBRE: _____ EDAD: _____

[illegible]

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EXTRACCIÓN Y CIRUGÍA FORM.754/SMMDIF/032224



*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

CONSENTIMIENTO INFORMADO EXTRACCIÓN Y CIRUGÍA

Fecha: ____/____/____
MES / DÍA / AÑO

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y, en cumplimiento de la ley. Yo, Sr. (a) _____ como

paciente, o Sr. (a) _____ como su representante en pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente DECLARO que he sido debidamente INFORMADO (A) por el (a) Dr. (a) _____ y en consecuencia,

AUTORIZO a _____ para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico/ terapéutico denominado _____.

Me doy por enterado (a) de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento: La cirugía oral se realiza para resolver determinados problemas de la cavidad oral, tales como: extracción de piezas dentarias o restos incluidos de raíces, apertura mucosa o tracción de dientes retenidos, frenillos labiales, extirpación de quistes maxilares y de pequeños tumores de los mismos o del resto de la cavidad oral. La intervención puede realizarse con anestesia general o local con riesgo inherente asociado a la misma, que serán informados por su anestesta, y los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones de nivel de conciencia por lo que no podré realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo. Todos estos procedimientos suponen un indudable beneficio, sin embargo no están exentos de complicaciones, algunas de ellas inevitables siendo las estadísticamente más frecuentes:

- *Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía.
- *Hematoma e hinchazón de la región.
- *Hemorragia postoperatoria
- *Apertura de los puntos de sutura
- *Daño a los dientes vecinos
- *Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior. (Sensibilidad del labio inferior).
- *Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o definitivo (de la lengua y del gusto).
- *Falta de sensibilidad parcial o total del nervio infraorbitario (de la mejilla), temporal o definitiva.
- *Infección de los tejidos o del hueso.
- *Sinusitis.
- *Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
- *Fracturas óseas.
- *Desplazamiento de dientes a estructuras y vecinas.
- *Tragado o aspiración de dientes o alguna de sus partes.
- *Rotura de instrumentos, rotura de la aguja de anestesia.
- *Infección de los puntos de sutura.

Se me explicó que es importante evitar infecciones; pues son los órganos dentarios más relacionados con el desarrollo de quistes, tumores y reabsorción de piezas dentales; todas estas patologías tienen gran poder destructivo. Así como evitar caries en dientes adyacentes o en el mismo.

En ocasiones excepcionales, durante la cirugía pueden surgir situaciones imprevistas que obliguen al cirujano a realizar algún procedimiento adicional o distinto al planificado. En ese caso, autorizo al cirujano a tomar decisiones que crea más justificadas y convenientes para mi salud.

Recibida la información anterior, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento _____

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.754/SMDIF/032224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

Además, en entrevista personal con el (a) Dr. (a) _____ he sido informado (a), en términos que he comprendido, del alcance de dicho tratamiento. En la entrevista he tenido la oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de sopesar debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener.

Estoy satisfecho (a), en términos que he comprendido y por ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se practique _____

En este consentimiento puede ser revocado por mí sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones:

Y para que así conste, firmo el presente original después de leído.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a _____ de _____ del
202_____

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y cédula del (a)
estomatólogo (a)

Testigo 1

Testigo 2

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.754/SMDIF/032224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

NOTA EGRESO VOLUNTARIO FORM.762/SMMDIF/032224



*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

NOTA EGRESO VOLUNTARIO

Nombre del paciente: _____
APELLIDO PATERNO / APELLIDO MATERNO / NOMBRES

Sexo: M / F _____ Edad: _____ Estado civil: _____ Fecha de nacimiento: _____
DÍA / MES / AÑO

Dirección: _____
CALLE NÚMERO EXTERIOR NÚMERO INTERIOR

COLONIA _____

T. A. _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ F.R. _____

Exploración bucal: _____

Estado mental: _____

Resultado de laboratorios: _____

Diagnóstico:

Pronóstico :

Tratamiento:

NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL (A)
ESTOMATÓLOGO (A)

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA TESTIGO 1

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA TESTIGO 2

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.762/SMDIF/032224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

CONSENTIMIENTO DE ANESTESIA LOCAL FORM.765/SMMDIF/032224



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

CONSENTIMIENTO DE ANESTESIA LOCAL

El (a) que suscribe _____
de _____ años de edad, con domicilio en _____

Declaro que el (a) Dr. (a) _____ me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los impulsos nerviosos de tal manera que se inhibe transitoriamente la función sensitiva con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. Me ha explicado que tendré la sensación de adormecimiento del labio o de la cara, que normalmente desaparece en dos o tres horas.

También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor y, menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento, y que la anestesia puede provocar bajada de tensión que, en casos menos frecuentes, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente, e, incluso, excepcionalmente, la muerte.

También se me ha explicado que, aunque tampoco de mis antecedentes se deduce ningún tipo de patología cardiovascular, uno de los componentes de la anestesia, la adrenalina, puede llegar a favorecer la aparición de una cardiopatía isquémica que debe ser tratada posteriormente. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. Y en tales condiciones. Declaro que en caso de que se presenten las anteriores complicaciones, acepto las molestias y riesgos mencionados y los que se señalen como derivados del tratamiento realizado. Y con ello autorizo se me administre anestesia local.

Nombre y firma

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.765/SMDIF/032224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar pláticas de prevención y aplicación de flúor.
Objetivo:	Brindar a la población información sobre prevención bucal y aplicación de flúor para mejorar la salud dental y prevenir enfermedades bucales.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4. • Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168. • Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12. • Ley de Asistencia Social, Artículo 4 y 7. • Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12. Fracción V. • Ley Estatal de Salud, Artículo 2. • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 8, 13 Fracción III y 32. • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2. • Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracciones V y XXIV. • Normas Oficiales Mexicanas: • Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales. • Plan Municipal de Desarrollo 2021-2024. • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF Artículo 45 Fracción I, IV.
Políticas de Operación:	1. Se realizará la búsqueda de escuelas interesadas en el servicio de pláticas de prevención y aplicación de flúor. 2. En caso de aceptar, se solicitará la información necesaria y se programan las fechas. 3. Se acudirá a la escuela con el material, se impartirán las pláticas y se realizará la aplicación de flúor a los alumnos. 4. Se realizará el llenado de formatos correspondientes a la actividad con la información de los alumnos.
Tiempo Promedio de Gestión:	30 minutos, depende de cada caso.

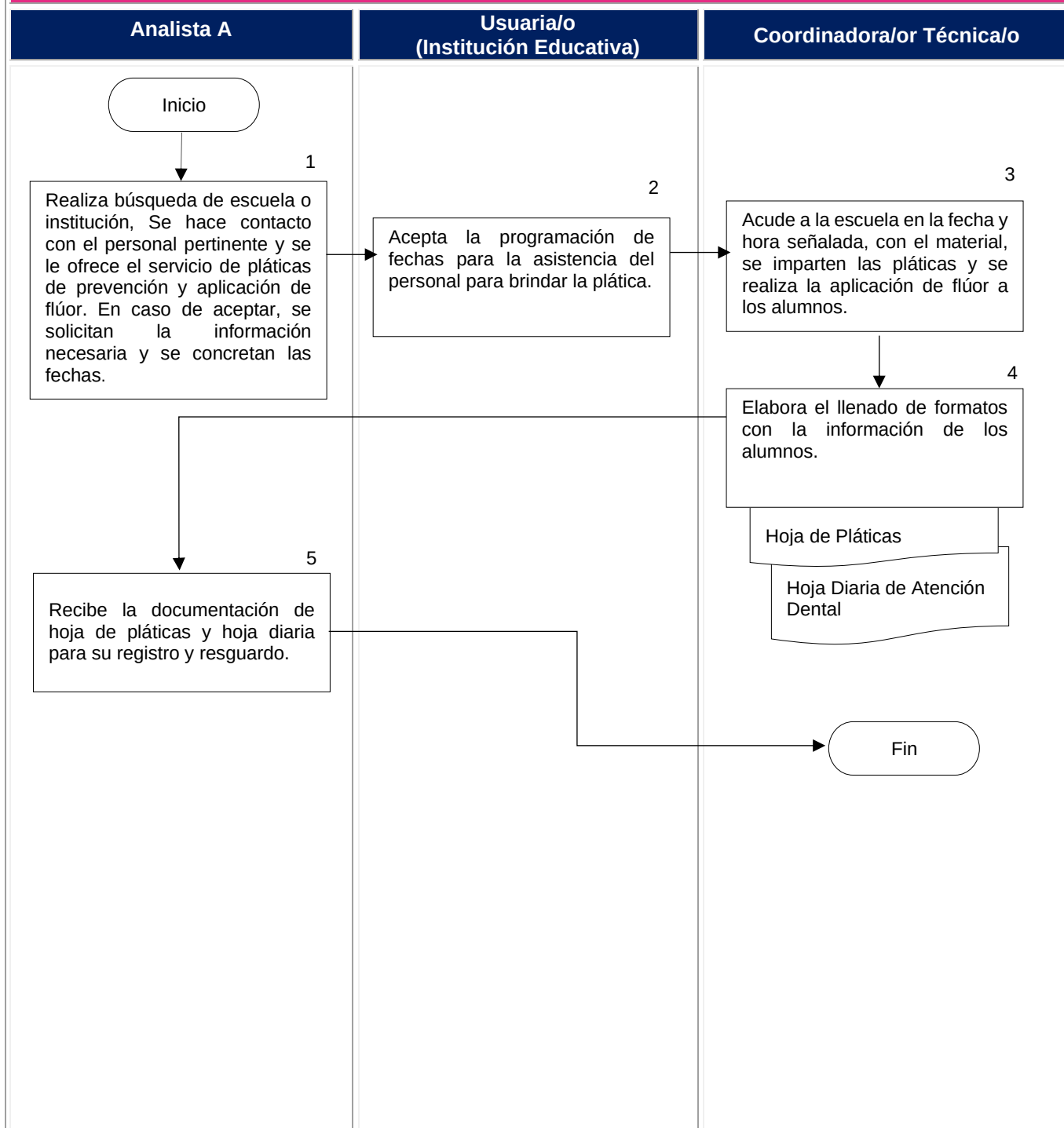
Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Diagrama de flujo del procedimiento: Para otorgar pláticas de prevención y aplicación de flúor.

Responsable	No.	Actividad	Formato o documento	Tantos
Analista A	1	Realiza búsqueda de escuela o institución, Se hace contacto con el personal pertinente y se le ofrece el servicio de pláticas de prevención y aplicación de flúor. En caso de aceptar, se solicitan la información necesaria y se concretan las fechas.		
Usuaría/o (institución educativa)	2	Acepta la programación de fechas para la asistencia del personal para brindar la plática.		
Coordinadora/or Técnica/o y/o Jefa/e de departamento	3	Acude a la escuela en la fecha y hora señalada, con el material, se imparten las pláticas y se realiza la aplicación de flúor a los alumnos.		
	4	Elabora el llenado de formatos con la información de los alumnos.	Hoja de Pláticas FORM.763/SMMDIF/ 032224 Hoja Diaria de Atención Dental FORM.753/SMMDIF/ 032224	
Analista A	5	Recibe la documentación de hoja de pláticas y hoja diaria para su registro y resguardo. Fin del procedimiento.		

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Diagrama de flujo del procedimiento para otorgar pláticas de prevención y aplicación de flúor.



Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instrucciones del llenado

HOJA DE PLÁTICAS FORM.763/SMMDIF/032224



*Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental*

"Las datos requeridos en el presente formato, serán protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

HOJA DE PLÁTICA DE ATENCIÓN DENTAL									
NOMBRE DEL RESPONSABLE (FIRMA Y SELLO):						FECHA:			
						TEMA:			
						LUGAR:		CLÍNICA JORNADA	
No.	Nombre (a)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	Sexo	Colegio	Fecha Asistencia	Firma	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

OBSERVACIONES

DEL TOTAL DE PACIENTES		RANGO DE EDADES		
SEXO		0-17	18-64	MÁS DE 65
MUJERES				
HOMBRES				

TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS	
PACIENTES DE PRIMERA VEZ (14)	
MENORES DE 18 AÑOS HOMBRES (PRIMERA VEZ)	
MENORES DE 18 AÑOS MUJERES (PRIMERA VEZ)	
HOMBRES ENTRE 18 Y 59 AÑOS (PRIMERA VEZ)	
MUJERES ENTRE 18 Y 59 AÑOS (PRIMERA VEZ)	
ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS HOMBRES (PRIMERA VEZ)	
ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS MUJERES (PRIMERA VEZ)	

SELLOS

FORM.763/SMDIF/032224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

HOJA DIARIA DE ATENCIÓN DENTAL
FORM.753/SMMDIE/032224



Dirección de Salud Integral
Departamento de Atención Dental

*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables

HOJA DIARIA DE ATENCIÓN DENTAL

NOMBRE DEL RESPONSABLE (FIRMA Y SELLO): _____ **FECHA:** _____ **LUGAR:** _____

No.	Sexo	Edad	Número (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	Sexo	Sig. Social	Número de expediente	Colorista	Justo anterior	Diagnóstico	Tratamientos	FIRMA
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

TOTAL DE PROXIMOS ATENDIDOS:

Quedando pendiente: 00/00

Reservados para el próximo día: 00/00

Requiere de 1 a 4 días (pendiente 100%)

Requiere de 5 a 10 días (pendiente 50%)

Requiere de 11 a 15 días (pendiente 25%)

Requiere de 16 a 20 días (pendiente 10%)

Requiere de 21 a 30 días (pendiente 5%)

Requiere de 31 a 40 días (pendiente 2%)

Requiere de 41 a 50 días (pendiente 1%)

Requiere de 51 a 60 días (pendiente 0.5%)

Requiere de 61 a 70 días (pendiente 0.2%)

Requiere de 71 a 80 días (pendiente 0.1%)

Requiere de 81 a 90 días (pendiente 0.05%)

Requiere de 91 a 100 días (pendiente 0.02%)

Requiere de 101 a 110 días (pendiente 0.01%)

Requiere de 111 a 120 días (pendiente 0.005%)

Requiere de 121 a 130 días (pendiente 0.002%)

Requiere de 131 a 140 días (pendiente 0.001%)

Requiere de 141 a 150 días (pendiente 0.0005%)

Requiere de 151 a 160 días (pendiente 0.0002%)

Requiere de 161 a 170 días (pendiente 0.0001%)

Requiere de 171 a 180 días (pendiente 0.00005%)

Requiere de 181 a 190 días (pendiente 0.00002%)

Requiere de 191 a 200 días (pendiente 0.00001%)

Requiere de 201 a 210 días (pendiente 0.000005%)

Requiere de 211 a 220 días (pendiente 0.000002%)

Requiere de 221 a 230 días (pendiente 0.000001%)

Requiere de 231 a 240 días (pendiente 0.0000005%)

Requiere de 241 a 250 días (pendiente 0.0000002%)

Requiere de 251 a 260 días (pendiente 0.0000001%)

Requiere de 261 a 270 días (pendiente 0.00000005%)

Requiere de 271 a 280 días (pendiente 0.00000002%)

Requiere de 281 a 290 días (pendiente 0.00000001%)

Requiere de 291 a 300 días (pendiente 0.000000005%)

Requiere de 301 a 310 días (pendiente 0.000000002%)

Requiere de 311 a 320 días (pendiente 0.000000001%)

Requiere de 321 a 330 días (pendiente 0.0000000005%)

Requiere de 331 a 340 días (pendiente 0.0000000002%)

Requiere de 341 a 350 días (pendiente 0.0000000001%)

Requiere de 351 a 360 días (pendiente 0.00000000005%)

Requiere de 361 a 370 días (pendiente 0.00000000002%)

Requiere de 371 a 380 días (pendiente 0.00000000001%)

Requiere de 381 a 390 días (pendiente 0.000000000005%)

Requiere de 391 a 400 días (pendiente 0.000000000002%)

Requiere de 401 a 410 días (pendiente 0.000000000001%)

Requiere de 411 a 420 días (pendiente 0.0000000000005%)

Requiere de 421 a 430 días (pendiente 0.0000000000002%)

Requiere de 431 a 440 días (pendiente 0.0000000000001%)

Requiere de 441 a 450 días (pendiente 0.00000000000005%)

Requiere de 451 a 460 días (pendiente 0.00000000000002%)

Requiere de 461 a 470 días (pendiente 0.00000000000001%)

Requiere de 471 a 480 días (pendiente 0.000000000000005%)

Requiere de 481 a 490 días (pendiente 0.000000000000002%)

Requiere de 491 a 500 días (pendiente 0.000000000000001%)

Requiere de 501 a 510 días (pendiente 0.0000000000000005%)

Requiere de 511 a 520 días (pendiente 0.0000000000000002%)

Requiere de 521 a 530 días (pendiente 0.0000000000000001%)

Requiere de 531 a 540 días (pendiente 0.00000000000000005%)

Requiere de 541 a 550 días (pendiente 0.00000000000000002%)

Requiere de 551 a 560 días (pendiente 0.00000000000000001%)

Requiere de 561 a 570 días (pendiente 0.000000000000000005%)

Requiere de 571 a 580 días (pendiente 0.000000000000000002%)

Requiere de 581 a 590 días (pendiente 0.000000000000000001%)

Requiere de 591 a 600 días (pendiente 0.0000000000000000005%)

Requiere de 601 a 610 días (pendiente 0.0000000000000000002%)

Requiere de 611 a 620 días (pendiente 0.0000000000000000001%)

Requiere de 621 a 630 días (pendiente 0.00000000000000000005%)

Requiere de 631 a 640 días (pendiente 0.00000000000000000002%)

Requiere de 641 a 650 días (pendiente 0.00000000000000000001%)

Requiere de 651 a 660 días (pendiente 0.000000000000000000005%)

Requiere de 661 a 670 días (pendiente 0.000000000000000000002%)

Requiere de 671 a 680 días (pendiente 0.000000000000000000001%)

Requiere de 681 a 690 días (pendiente 0.0000000000000000000005%)

Requiere de 691 a 700 días (pendiente 0.0000000000000000000002%)

Requiere de 701 a 710 días (pendiente 0.0000000000000000000001%)

Requiere de 711 a 720 días (pendiente 0.00000000000000000000005%)

Requiere de 721 a 730 días (pendiente 0.00000000000000000000002%)

Requiere de 731 a 740 días (pendiente 0.00000000000000000000001%)

Requiere de 741 a 750 días (pendiente 0.000000000000000000000005%)

Requiere de 751 a 760 días (pendiente 0.000000000000000000000002%)

Requiere de 761 a 770 días (pendiente 0.000000000000000000000001%)

Requiere de 771 a 780 días (pendiente 0.0000000000000000000000005%)

Requiere de 781 a 790

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

VI. DEPARTAMENTO DE MÉDICO CONTIGO

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento de Afiliación al programa Médico Contigo.
Objetivo:	Brindar atención médica gratuita y a domicilio a personas de la tercera edad, con alguna discapacidad o en situación vulnerable. Generando un padrón de personas beneficiadas por el servicio.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos • Ley General de Salud • Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social • Ley Estatal de Salud • Ley Orgánica Municipal • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF Artículo 44 fracciones II y VI. • Plan Municipal de Desarrollo 2021-2024
Políticas de Operación:	1. Se otorgará el servicio a cualquier persona que viva en el Municipio de Puebla y que por su condición requiera de atención médica a domicilio. 2. Toda persona que solicite el servicio será asistida con respeto y amabilidad, atendiendo en todo momento a su calidad humana. 3. El Usuario/o podrá realizar el proceso de afiliación al servicio de manera presencial en los módulos de afiliación en diversas colonias del municipio, en la Unidad Médica Integral del SMDIF o de manera virtual, a través de la página web o vía WhatsApp. 4. Para ser afiliado al servicio, el Usuario/o deberá presentar los siguientes requisitos: • Identificación oficial vigente con fotografía y CURP. • Copia del comprobante de domicilio no mayor a tres meses (recibo de agua, luz, teléfono, agua, predial, gas, servicio de televisión de paga). • En su caso, presentar documento que ampare la discapacidad o movilidad reducida.
Tiempo Promedio de Gestión:	5 minutos

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

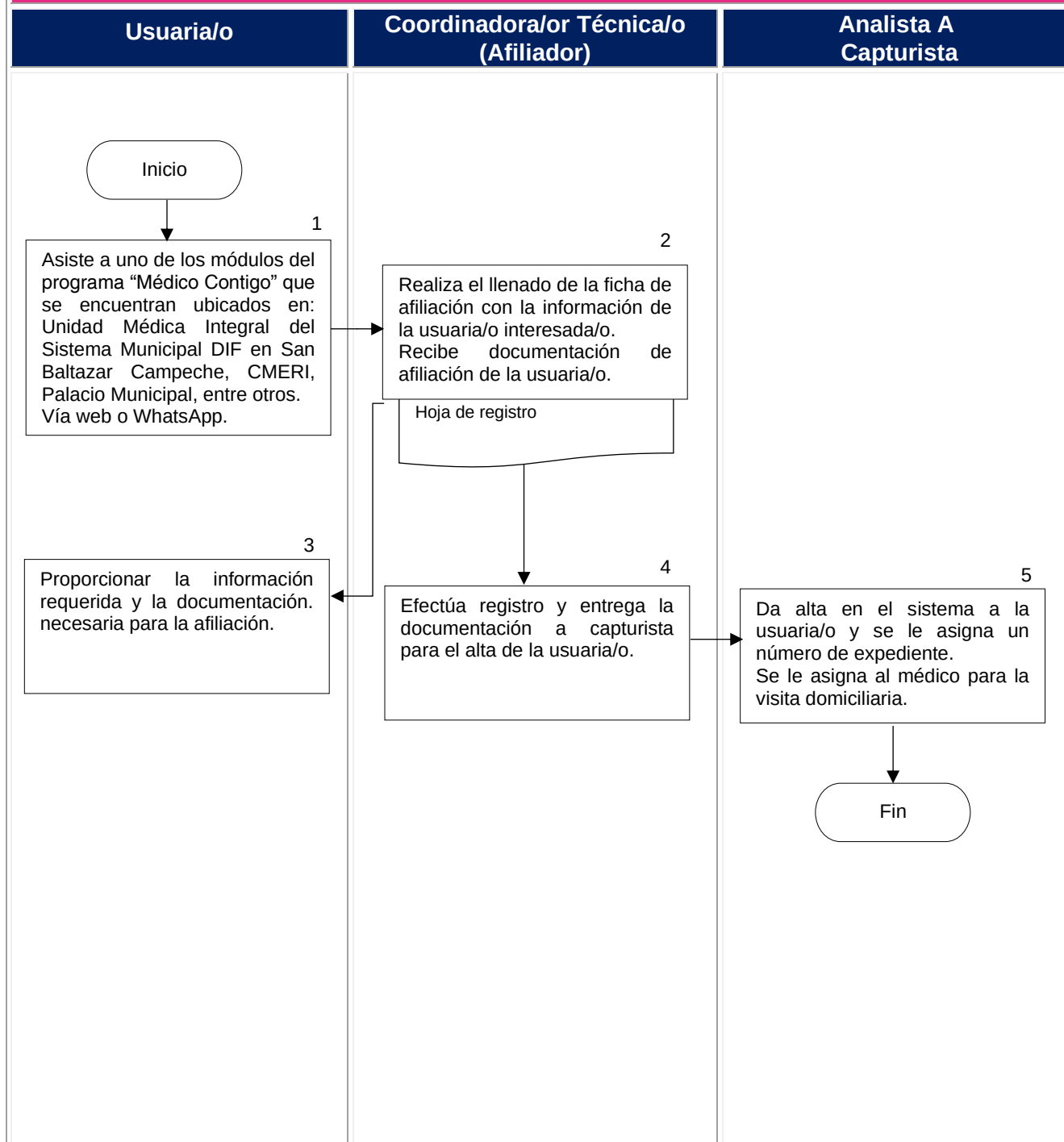
Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para la afiliación al programa Médico Contigo				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Asiste a uno de los módulos del programa “Médico Contigo” que se encuentran ubicados en: Unidad Médica Integral del Sistema Municipal DIF en San Baltazar Campeche, CMERI, Palacio Municipal, entre otros. En la página web y vía WhatsApp.		
Coordinadora/or Técnica/o (Afiliadora/or)	2	Realiza el llenado de la hoja de registro con la información de la Usuaría/o interesada/o. Recibe documentación de afiliación de la Usuaría/o.	Hoja de registro FORM. 1120- A/SMDIF/082224	Original
Usuaría/o	3	Proporciona la información requerida y la documentación necesaria para la afiliación.		
Coordinadora/or Técnica/o (Afiliadora/or)	4	Efectúa registro en base de datos y entrega la documentación a capturista para alta de la Usuaría/o.		
Analista A	5	Da alta en el sistema a la Usuaría/o y se le asigna un número de expediente. Se le asigna al médico para la visita domiciliaria. Fin del proceso.		

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Diagrama de flujo: Para la afiliación al programa Médico Contigo



Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**
 Fecha de actualización: **09/09/2024**
 Fecha de elaboración: **13/07/2023**
 Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instrucciones del llenado

HOJA DE REGISTRO FORM.1120-A/SMDIF/082224



Sistema Municipal
DIF

FICHA REGISTRO

Dirección de Salud Integral
Departamento de Médico Contigo

NÚMERO DE AFILIACIÓN

Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

DATOS DEL ÁREA MÉDICO CONTIGO					
FECHA DE AFILIACIÓN: / / 2024	PERSONAL QUE LEVANTA LA AFILIACIÓN: Preguntas del Centro de llamadas El Afiliado contestó la llamada: Si () No () Acepto la consulta Si () No () Fue empático el afiliado: Si () No () En caso de un "No" agregar el motivo en la parte de observaciones.				
DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE Y/O AFILIADO					
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES (S)			
CURP	SEGURIDAD SOCIAL Tiene seguridad social Si () NO () En caso de decir "Si", cual: IMSS () ISSTE () INSABI () CESSA () Otro:	EDAD	FECHA DE	GÉNERO	
CALLE Y NÚMERO		COLONIA			
REFERENCIA	CÓDIGO POSTAL	MUNICIPIO / ESTADO		JUNTA AUXILIAR	
TELÉFONO CELULAR Y/O FIJO	ESTADO CIVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CONTACTO EN CASO DE QUE NO PUEDA CONTESTAR EL AFILIADO		
	Casado () Unión Libre () Soltero () Divorciado () Viudo ()		Nombre completo: _____		
			Teléfono: _____ Correo: _____		
DISCAPACIDAD:	PADECIMIENTOS:				
Intelectual () Motriz () Visual () Auditiva () Lenguaje () Ninguna ()	Diabetes () Hipertensión () Osteoporosis () Artritis () Enfermedad pulmonar () Tiene COVID19 Si () No ()		Otros: _____		
OBSERVACIONES: _____					

Contigo y con rumbo

NOMBRE Y FIRMA
PERSONAL QUE AFILIÓ

FIRMA
pueblacapital.gob.mx

Av. Cua Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche C.P 72550

Tel. (222) 2.14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1120-A/SMDIF/082224

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para realizar consultas a los afiliados al programa Médico Contigo.
Objetivo:	Otorgar consulta médica y entregar medicamentos del cuadro básico de manera gratuita, hasta la puerta del hogar de adultos mayores, personas en situación vulnerable, y personas con alguna discapacidad que habiten en el Municipio de Puebla, ya sea por su condición física o económica, con el fin de mejorar su calidad de vida, garantizar su acceso a servicios de salud y promover su bienestar integral.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos • Ley General de Salud • Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social • Ley Estatal de Salud • Ley Orgánica Municipal • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF Artículo 44 fracciones II, IV y VI. • Plan Municipal de Desarrollo 2021-2024
Políticas de Operación:	1. Se otorgará el servicio a cualquier persona que viva en el Municipio de Puebla y que por su condición requiera de atención médica a domicilio. 2. Toda persona que solicite el servicio será asistida con respeto y amabilidad, atendiendo en todo momento a su calidad humana. 3. La consulta médica general gratuita a domicilio, consistirá de la revisión y diagnóstico del estado de salud o de enfermedad de la usuaria/o, informando sobre el tratamiento a seguir en caso de enfermedad general. 4. La primera consulta se programará una vez que la usuaria/o es afiliada/o al programa, mientras que las consultas subsecuentes en caso de requerirse podrán ser programadas vía telefónica vía WhatsApp, o ingresando a la página web del Sistema Municipal DIF Puebla o de manera presencial en las instalaciones de la Unidad Médica Integral del DIF. 5. Las consultas tendrán una duración aproximada de 20 minutos cada una, y se brindarán entre las 24 y 72 horas hábiles siguientes a la llamada, y en un horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 horas.

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

	6. Se realizará la entrega de medicamento de la receta prescrita por el médico general durante la consulta siempre y cuando esté dentro del cuadro básico con el que cuenta el programa. 7. Si derivado de la consulta médica, el paciente requiere de análisis clínicos, el médico elaborará la orden de servicio (laboratorio) para realizar el análisis correspondiente, para que el paciente acuda al laboratorio de su preferencia. 8. El medico deberá recabar evidencia fotográfica de la Usuaría/o con su receta médica.
Tiempo Promedio de Gestión:	20 minutos

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: para realizar consultas a los afiliados al programa Médico Contigo.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Coordinadora/or técnica/o	1	Agenda consultas y planifica ruta para los médicos.		
Médico	2	Acude al domicilio, de acuerdo con la agenda generada previamente en el sistema. Solicita firma autógrafa en el formato de consentimiento.	Formato de consentimientos y Autorización de Imagen FORM. 316/SMDIF/042324	Original
Usuaría/o	3	Firma consentimiento de ingreso.		
Médico	4	Realiza la consulta médica Registra datos generales del paciente en la receta. Revisa signos vitales: -Tensión arterial -Saturación de oxígeno -Frecuencia cardíaca -Frecuencia respiratoria -Toma de glucemia capilar -Temperatura En caso de alteración pasa a la actividad 5, sino continuamos en actividad 6.		
Médico	5	Indaga sobre las razones y hace sugerencias higiénico dietéticas.		

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

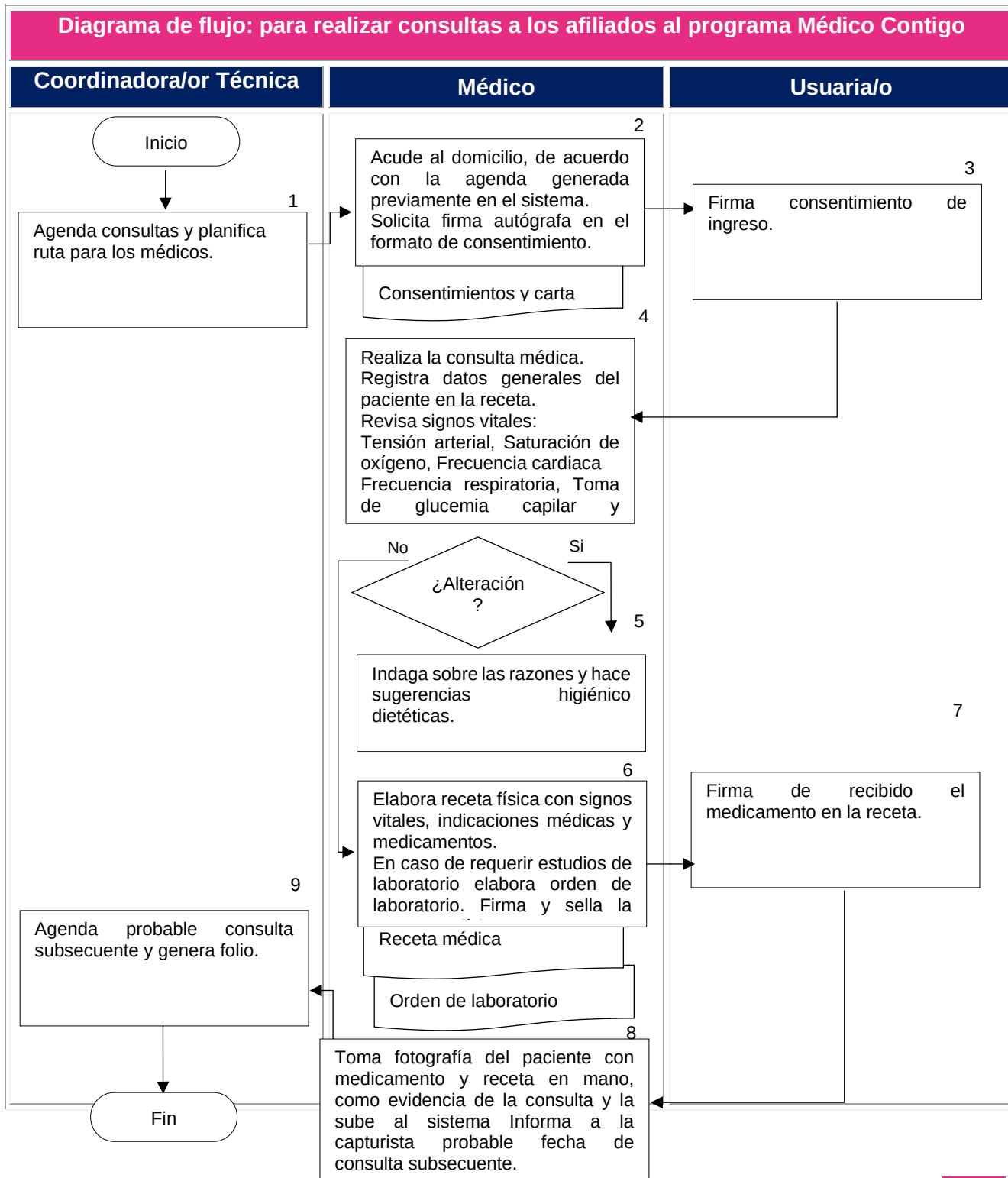
Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: para realizar consultas a los afiliados al programa Médico Contigo.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
	6	Elabora receta física con signos vitales, indicaciones médicas y medicamentos. En caso de requerir estudios de laboratorio elabora orden de laboratorio. Firma y sella la receta, en físico. Entrega medicamento y receta original, en caso de ser necesario.	Receta médica FORM.1275-A/SMDIF/022424 Orden de laboratorio FORM. 623/SMDIF/022425	Original y copia
Usuaría/o	7	Firma de recibido el medicamento en la receta.		
Médico	8	Toma fotografía del paciente con medicamento y receta en mano, como evidencia de la consulta y la sube al sistema Informa a la capturista probable fecha de consulta subsecuente.		
Coordinadora/or técnica/o	9	Agenda probable consulta subsecuente y genera folio. Fin del proceso.		

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instrucciones de llenado

RECETA MÉDICA FORM.1275-A/SMDIF/022424



Dirección de Salud Integral
Departamento de Médico Contigo

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

RECETA MÉDICA

Nombre del Paciente:

Fecha:

Edad:

Peso:

Talla:

PX:

IDx:

Nombre y firma del Médico:

Cédula Profesional:

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla
FORM.1275-A/SMDIF/022424

ORDEN DE LABORATORIO FORM.623/SMDIF/022425



Dirección de Salud Integral
Departamento de Médico Contigo

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

ESTUDIOS DE GABINETE

Nombre del Paciente:

Fecha:

Edad:

IDx:

Nombre y firma del Médico:

Cédula Profesional:

Contigo
y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72550



Tel. (222) 2.14.00.00



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla
FORM.623/SMDIF/022424

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

CONSENTIMIENTOS Y CARTA DE AUTORIZACIÓN DE IMAGEN FORM.316/SMDIF/042324



Puebla
Contigo y con rumbo
Gobierno Municipal

Sistema Municipal
DIF

Dirección de Salud Integral
Departamento de Médico Contigo

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables"

CONSENTIMIENTOS Y CARTA DE AUTORIZACION DE IMAGEN

Yo: _____, a través del presente, declaro y manifiesto en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente, en consecuencia, que mi domicilio se encuentra en _____ colonia _____ del Municipio de Puebla, en el cual declaro según el inciso a) de este oficio mi voluntad para que me sea otorgado el tratamiento médico en mi domicilio de ser así posible.

Así mismo manifiesto que, como beneficiario del Programa "Médico Contigo", y como lo ratifico en el inciso b) de este oficio, me comprometo a proporcionar información verídica y completa sobre cualquier enfermedad preexistente o problema de salud que presente o padezca mi presentado, así como realizar los análisis y estudios clínicos y a seguir al pie de la letra el tratamiento que sea indicado por los médicos. En consecuencia, deslindo al Sistema Municipal DIF, sus funcionarios, personal y médicos del programa "Médico Contigo", de cualquier consecuencia o responsabilidad que surja precisamente por brindar información errónea o incompleta respecto a cualquier enfermedad preexistente, no realizar los estudios clínicos o el tratamiento indicado por los médicos. Que en el caso de que el beneficiario sea menor de edad, y/o la persona no cuente con las facultades y/o capacidades intelectuales y/o físicas, quien suscribe afirmo ser madre, padre o tutor y que conforme se indica en el inciso c) doy conformidad al tratamiento médico.

De conformidad con la Ley Federal del Derecho de Autor, y como lo manifiesto mediante el inciso d) sobre mi voluntad de que el Ayuntamiento del Municipio de Puebla pueda usar fotografías o video grabaciones que incluyen mi imagen en campañas, promocionales y demás material de apoyo que se consideren pertinentes para difusión y promoción del Ayuntamiento del Municipio de Puebla y que se distribuyen en el país o en el extranjero por cualquier medio, ya sea impreso, electrónico o de otro tipo. Asimismo, con fundamento en los artículos 86, 87 y 88 de la Ley Federal del Derecho de Autor, es mi deseo expresar que esta decisión es voluntaria y totalmente gratuita, por lo tanto, el Ayuntamiento del Municipio de Puebla en caso de ser aprobada por el inciso d) de este documento, podrá utilizar, reproducir, transmitir, retransmitir, mostrar públicamente, crear otras obras derivadas de mi imagen en las campañas de promoción que se realicen por cualquier medio, así como la fijación de la cita de imagen en proyecciones, videos, graficas, textos, filmas y todo el material suplementario de las promociones y campañas, estableciendo que se utilizará única y exclusivamente para los fines señalados.

1/2

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche C.P 72550
  Tel. (222) 2.14.00.00
  @PueblaAyto
  H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.316/SMDIF/042324

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

Dirección de Salud Integral
Departamento de Médico Contigo

En ese sentido, y con base en mi resolución conforme al inciso **b)** de este oficio para el uso de mi nombre y cualquier comentario que yo pudiese haber hecho mientras grababa el video y que tal comentario sea editado con los fines señalados. Manifiesto que derivada a dicha resolución renuncio a todo derecho de inspeccionar o aprobar la secuencia de video grabación o fotografía. Que el uso de mi imagen sea utilizado durante el tiempo que el Ayuntamiento del Municipio de Puebla considere adecuado; no obstante, dicha autorización podrá ser revocada mediante escrito dirigido a la Coordinación General de Comunicación Social del Ayuntamiento del Municipio de Puebla, y entregado en las oficinas ubicadas en Av. Juan de Palafox y Mendoza No. 14 Centro Histórico Puebla, Puebla código postal 72000. Asimismo, declaro que tengo a mi vista el aviso de privacidad integral de la Coordinación General de Comunicación Social del cual estoy de acuerdo en sus términos. Declaro que soy mayor de edad y que, en caso de no serlo, uno de mis padres o tutores legales ha firmado el formulario de Consentimiento/Liberación Legal.

Autorizaciones

a) Autorización al ingreso a mi domicilio	() Sí autorizo	() No autorizo	() No Aplica
b) * Autorización al tratamiento médico	() Sí autorizo	() No autorizo	() No Aplica
c) Consentimiento/liberación legal del padre/tutor legal (en caso de que el beneficiario sea el menor de edad)	() Sí autorizo	() No autorizo	() No Aplica
d) Autorización de uso de imagen	() Sí autorizo	() No autorizo	() No Aplica

He leído cuidadosa y detenidamente el presente escrito y entiendo totalmente el contenido y alcance legal del mismo, lo que firmo de conformidad.

Nombre y firma

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a _____, de _____ de 202__

*En caso de no autorizar el tratamiento médico, el paciente será dado de baja del programa al no poder cumplir el objetivo del mismo.

2/2

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P 72550

Tel. (222) 2.14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.316/SMDIF/042324

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

VII. COORDINACIÓN DEL CENTRO DE EQUINOTERAPIA Y REHABILITACIÓN

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar servicios de diagnóstico y rehabilitación a personas con discapacidad temporal o permanente.
Objetivo:	Brindar servicios de diagnóstico y rehabilitación, con la finalidad de mejorar la capacidad de las personas con discapacidad para realizar independientemente las actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social y ocupacional.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Art 4, tercer párrafo. • Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 ,168 fracción I, 174 fracción III y 176. • Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículo 1, 2, 7 y 8. • Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7. • Ley para las Personas con Discapacidad del Estado de Puebla, Artículos 8, 9, 10,21,23 fracción I, IV, 26 y 31 • Ley Estatal de Salud, Artículo 2 Fracción I y V. • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4 fracción VI, 8, 13 fracción III. • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2. • Plan Municipal de Desarrollo 2021-2024, Eje 2, programa 3 • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 60, fracciones I, IV, V y VII.
Políticas de Operación:	1. Toda persona que solicite el servicio del Departamento será atendida, cubriendo estándares de calidad con profesionalismo, respeto y amabilidad, así como brindando la información suficiente y clara con apoyos de comunicación. 2. Se otorgarán los servicios de rehabilitación a personas con discapacidad temporal o permanente. 3. La usuaria/o deberá cubrir la cuota de recuperación establecida para agendar su valoración y presentarse el día y hora indicada de lo contrario perderá su pago y tendrá que volver a realizar dicho trámite. 4. El Usuario/o deberá firmar los siguientes documentos que integrarán parte de su expediente el día de su cita de valoración: a. Carta de consentimiento informado. b. Reglamento de ingreso a CMERI.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

	c. Responsiva de tratamiento. 5. El especialista, con base en su valoración, determinará cuál es el área correspondiente para otorgar el tratamiento adecuado para facilitar el alcance de un nivel físico, mental, sensorial óptimo, que le permita optimizar sus funciones. Las áreas a las cuales podrán ser canalizados para rehabilitación, son las siguientes: - Equinoterapia. - Mecanoterapia. - Hidroterapia. - Electroterapia. - Terapia Cardiorrespiratoria - Terapia de lenguaje. - Terapia ocupacional. - Cuarto de Estimulación Multisensorial (CEMS). - Terapia de Psicología. 6. La usuaria/o deberá presentar los documentos solicitados: (1 juego de copias): - CURP del Usuario/o, en caso de ser menor de edad. - Credencial de Elector alguna identificación oficial vigente, en caso de ser menor de edad, presentar la del padre o tutor. - Comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses de antigüedad). - Estudios de Gabinete o radiológicos o previos diagnósticos (en caso de tener). 7. Una vez concluido el tratamiento establecido por el médico especialista, el Usuario/o deberá solicitar una consulta de revaloración para determinar el alta o replanteamiento del tratamiento.
Tiempo Promedio de Gestión:	8 días hábiles para consulta de diagnóstico y rehabilitación. (Bajo demanda).

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para otorgar servicios de diagnóstico y rehabilitación a personas con discapacidad temporal o permanente.

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Solicita de manera presencial, información para conocer los servicios de Diagnóstico y Rehabilitación que otorga el Centro Municipal de Equinoterapia y Rehabilitación Integral (CMERI.) y agendar cita con el médico especialista en rehabilitación.		
Coordinadora/ or Técnica/o Administrativo	2	Brinda información al solicitante sobre los servicios de diagnóstico y rehabilitación, la cuota de recuperación y el proceso para agendar cita con el médico especialista en rehabilitación.		
Usuaría/o	3	Realiza pago de la cuota de recuperación en caja y acude a agendar cita con el médico especialista en rehabilitación.	Recibo de pago FORM. 061/SMDIF/0 12224	Original
Coordinadora/ or Técnica/o Administrativa/ o	4	Agenda cita con el número de folio del recibo de pago y entrega la tarjeta de citas donde especifica el día y la hora de consulta e informa al Usuaría/o los requisitos que debe entregar al médico especialista para la integración de su expediente, asigna folio de expediente y entrega al médico especialista en rehabilitación caratula, consentimiento informado, reglamento para el paciente y responsiva de tratamiento, para recabar firmas.	Recibo de pago FORM. 061/SMDIF/0 12224 Tarjeta de Citas FORM. 1293/SMDIF/ 102224 Caratula de expediente Consentimien	Originales

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para otorgar servicios de diagnóstico y rehabilitación a personas con discapacidad temporal o permanente.

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
			to Informado FORM. 1101/SMDIF/ 062224 y FORM. 1291/SMDIF/ 102224 Reglamento para el paciente FORM. 1116/SMDIF/ 062224 Responsiva de tratamiento FORM. 1117/SMDIF/ 062224	
Usuaría/o	5	Se presenta el día de su cita con los requisitos previamente establecidos.		
Analista consultiva/o Médico en Rehabilitación	6	Valora al Usuaría/o/a, elabora la historia clínica, nota médica, recaba la firma del paciente en el consentimiento informado, reglamento para el paciente y responsiva de tratamiento y lo ingresa al expediente, informa el diagnóstico, tratamiento, y pronóstico al Usuaría/o/a; lo refiere a las diferentes áreas para su rehabilitación, llena la lista de Usuaría/os y entrega el expediente al o la Coordinadora/or	Expediente Lista de Usuarías/os FORM. 1110/SMDIF/ 062224	Originales

Registro: PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024

Fecha de actualización: 09/09/2024

Fecha de elaboración: 13/07/2023

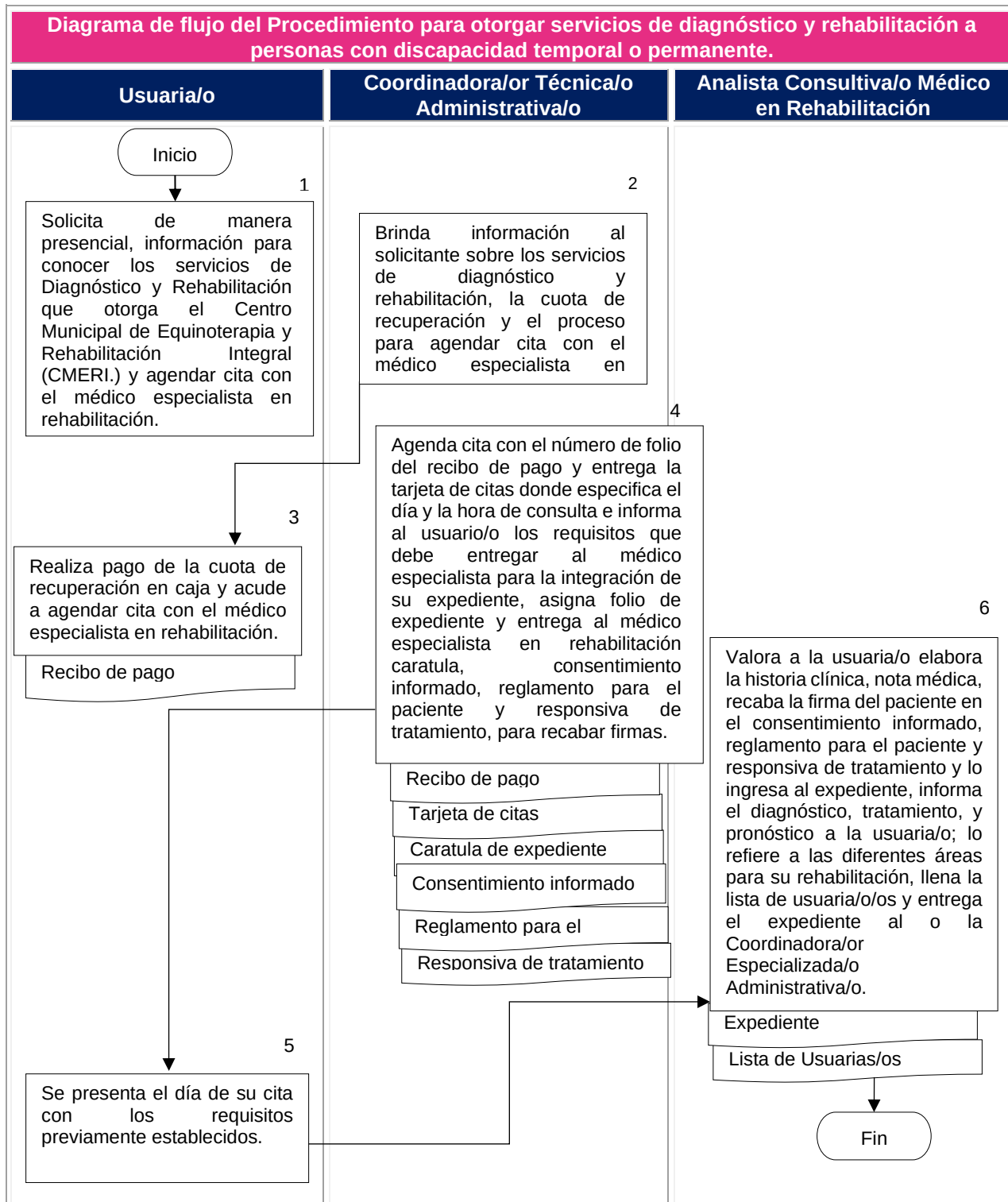
Número de Revisión: 02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para otorgar servicios de diagnóstico y rehabilitación a personas con discapacidad temporal o permanente.

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
		Especializada/o Administrativa/vo.		
		Fin del procedimiento.		

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instructivo de llenado

TARJETA DE CITAS FORM.1293/SMDIF/102224

	SERVICIOS	NOMBRE	FECHA	HORA	FECHA	HORA	FECHA	HORA	FECHA	HORA
CONSULTA	Rehabilitación									
	Psicología									
TERAPIA OCUPACIONAL										
CEMS										
TERAPIA DE LENGUAJE										
TERAPIA FISICA	Intervención Grupal									
	Grupo									
	Mecanoterapia									
	Electroterapia									
	Termoterapia									
Hidroterapia										
EQUINOTERAPIA										
UTEPD										

OBSERVACIONES:

LINEAMIENTOS

1. Es requisito indispensable presentar su tarjeta de citas para realizar el pago de consulta y/o terapia.
2. Asistir puntualmente a la cita indicada en la tarjeta.
3. Los pacientes no podrán ser atendidos en horas o días no señalados en su tarjeta.
4. Cuidar esta tarjeta y conservarla en las mejores condiciones.
5. El paciente solo deberá conlleva una tarjeta de citas.
6. Tres faltas injustificadas, causará baja de los servicios.

7. La institución no se hace responsable por objetos olvidados en el área.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO

FORM.1293/SMDIF/102224

RECIBO DE PAGO FORM. 061/SMDIF/012224



Dirección Administrativa
Departamento de Recursos Financieros

Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y de las disposiciones legales aplicables.

R.F.C. SMD-930309-BU6

Fecha: 19/4/2024

Folio SAP:

Nombre del Cliente:

Observaciones:

1 CONSULTA DEL MEDICO EN REHABILITACION 120.00 120.00
CIENTO VEINTE PESOS Y 00/100 MXN \$ 120.00

Contigo y con rumbo pueblacapital.gob.mx

2 de Merito #201 Col San Baltazar Campeche C.P. 72

tel: (222) 214 00 00

@PueblaAyto

3-H Ayuntamiento de Puert

FORM061/SMDIF/012224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO FORM. 1101/SMIDIF/062224 y FORM. 1291/SMDIF/102224



DIRECCIÓN DE SALUD INTEGRAL
COORDINACIÓN DEL CMERI

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con fundamento en la **Norma Oficial Mexicana NOM-004SSA3-2012, del expediente clínico.**

Con la presente, el (a) suscrito (a), con fecha de nacimiento del _____ en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de **paciente** declaro en forma libre y espontánea lo siguiente:

Por este medio, libremente y sin presión alguna, doy mi pleno consentimiento y por ende mi autorización para que el personal médico y terapeutas adscritos al Centro Municipal de Equinoterapia y Rehabilitación Integral del SMDIF realicen diagnóstico, pronóstico y tratamiento de mi padecimiento.

Para ser llenado sólo en caso de ser menor de edad y/o presentar alguna discapacidad que no permita su libre decisión.

Con la presente, el (a) suscrito (a) _____ en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de **Familiar o tutor (a)**, declaro en forma libre y espontánea lo siguiente:

Manifiesto ser legalmente el (a) responsable del paciente _____, cuya fecha de nacimiento es _____ quien tiene como limitación para la toma de decisiones personales la característica de _____

Por este medio, libremente y sin presión alguna, doy mi pleno consentimiento y por ende mi autorización para que el personal médico y terapeutas adscritos al Centro Municipal de Equinoterapia y Rehabilitación Integral del SMDIF realicen diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su padecimiento.

Estoy informado (a) que la práctica de la terapia física, ocupacional, de lenguaje y Equinoterapia, implicarán **beneficios** tales como:

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Prolongación 11 sur #11901 Cuarta Sección Bio Parque
Agua Santa C.P. 72490

 Tel. (222) 2.41.56.09

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1101/SMDIF/062224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



*DIRECCIÓN DE SALUD INTEGRAL
COORDINACIÓN DEL CMERI*

Así como **riesgos**, complicaciones, secuelas, atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado e incluso la posible defunción y que los resultados no se pueden asegurar. Los principales **riesgos** son:

Se me informó que la participación en este tratamiento es **voluntaria** y soy libre de rehusar mi consentimiento para continuar sin pérdida de **beneficios**, penalizaciones o interferencia en un futuro tratamiento. Sin embargo, la suspensión o modificación pueden condicionar los beneficios de mi padecimiento.

Por lo anterior firmo al margen y al calce para constancia y efectos legales a que haya lugar, el día _____ de _____ de 20____.

Nombre completo y firma

Nombre completo y firma

Paciente / Familiar o tutor (a)

Médico

TESTIGOS

Nombre completo y firma

Nombre completo y firma

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



*Dirección de Salud Integral
Coordinación del CMERI*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA

Con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM-004SSA3-2012, del expediente clínico:

Con la presente, el(a) suscrito(a) _____ con fecha de nacimiento del _____ en pleno uso de mis facultades mentales y habiendo solicitado voluntariamente el servicio de psicología y en mi calidad de **paciente**, declaro en forma libre y espontánea lo siguiente:

Por este medio, libremente y sin presión alguna, doy mi consentimiento para la realización de procedimientos y técnicas psicológicas que sean necesarias tales como pruebas diagnósticas.

Declaro haber sido informado por el psicólogo tratante, de acuerdo con los resultados obtenidos en la entrevista inicial, el motivo de la atención psicológica.

Para ser llenado sólo en caso de ser menor de edad y/o presentar alguna discapacidad que no permita su libre decisión.

Con	la	presente,	el(a)	suscrito(a)
				en pleno uso de mis
facultades mentales y en mi calidad de _____				familiar o
tutor(a) , declaro en forma libre y espontánea lo siguiente:				
Manifiesto	ser	legalmente	el (a)	responsable del paciente
cuya fecha de nacimiento es: _____ quien tiene como limitación para la toma de decisiones personales.				
Por este medio, libremente y sin presión alguna, doy mi consentimiento para la realización de procedimientos y técnicas psicológicas que sean necesarias tales como pruebas diagnósticas.				
Declaro haber sido informado por el psicólogo tratante, de acuerdo con los resultados obtenidos en la entrevista inicial, el motivo de la atención psicológica.				

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Se me ha explicado la naturaleza de la condición mental, su pronóstico y eventuales complicaciones que se pueden producir, se me ha informado sobre las diferentes alternativas de tratamiento disponibles y sobre los beneficios tales como:

_____, así como eventuales riesgos tales como:

_____ que cada uno de ellos conlleva.

Por lo anterior, acepto lo establecido anteriormente el día _____ de _____ del 20_____.

Nombre completo y firma _____ Paciente / Familiar o tutor (a)	Nombre completo y firma _____ Psicólogo(a)
--	---

TESTIGOS

Nombre completo y firma _____	Nombre completo y firma _____
---	---

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

RESPONSIVA DE TRATAMIENTO FORM. 1117/SMDIF/062224



Sistema Municipal
DIF

DIRECCION DE SALUD INTEGRAL
COORDINACION DEL CMERI

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

RESPONSIVA DEL TRATAMIENTO

HACE CONSTAR QUE EL (LA) C. _____
CON DOMICILIO EN _____
Y ORIGINARIO (A) DE _____ DE _____ AÑOS DE EDAD, CON ESTADO CIVIL _____
DECLARA:

AL PERSONAL DE ESTE CENTRO DE REHABILITACION DE ATENCION ME COMPROMETO Y AUTORIZO
QUE A MI HIJO(A) DE NOMBRE _____
DE _____ AÑOS DE EDAD:

1. SEA VALORADO CLINICAMENTE POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS (REHABILITACION, Y PSICOLOGIA).
2. DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO SE LE INDICARA TRATAMIENTO MEDICO, TERAPIAS Y CANALIZACION A OTRA DEPENDENCIA SEGUN EL CASO.
3. ACUDIR PUNTUALMENTE A LAS TERAPIAS ESTABLECIDAS, O EN CASO DE NO PRESENTARSES AVISAR, DESPUES DE TRES FALTAS SE LE DARA DE BAJA TEMPORAL O DEFINITIVA DEPENDIENDO EL CASO.
4. EN CASO DE UNA URGENCIA SE TRASLADARA AL MENOR A OTRA INSTITUCION MEDICA COMPROMETIENDOSE A ASISTIR EN FORMA INMEDIATA EL FAMILIAR.
5. SE DARA AVISO A LAS AUTORIDADES CORRESPONDIENTES DE CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE.
6. DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN CASO DE PRESENTAR EL RIESGO DE SUBLUXACION, LUXACION, FRACTURA, ETC. EN TERAPIAS SE INFORMARA AL TUTOR.
7. DESLINDARE DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD AL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y MEDICO DE LA INSTITUCION.

CUATRO VECES HEROICA PUEBLA DE ZARAGOZA A, _____ DE _____ DEL
20____.

HORA: _____

NOMBRE DEL MEDICO RESONSABLE

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Prolongación 11 sur #11901 Cuarta Sección Bío Parque
Agua Santa C.P. 72490

 Tel. (222) 2.41.56.09

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1117/SMDIF/062224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

REGLAMENTO PARA EL PACIENTE FORM. 1116/SMDIF/062224



DIRECCION DE SALUD INTEGRAL
COORDINACIÓN DEL CMERI

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables"

CENTRO MUNICIPAL DE EQUINOTERAPIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL

REGLAMENTO DEL PACIENTE

1. Acudir puntualmente a sus terapias, teniendo 15 minutos de tolerancia.
2. Llegar en su horario establecido.
3. Respetar al personal del CMERI, de lo contrario podrá ser dado de baja del servicio.
4. Acudir con su carnet conservándolo en buenas condiciones, de lo contrario su pago se cobrará con el rango más alto.
5. Acudir a su terapia aseado y con ropa cómoda.
6. En caso de padecer (gripe, tos, fiebre etc.) guardar reposo necesario e incorporarse a sus sesiones cuando su estado de salud haya mejorado.
7. Cuidar el material y equipo del CMERI, ya que es para su servicio.
8. Solo el paciente podrá ingresar al área de tratamiento, en caso de ser menor de edad, deberá acudir con su tutor mayor de edad y no salirse de las instalaciones.
9. Avisar un día antes si usted faltará a su terapia.
10. Durante su bloque de sesiones únicamente tendrá derecho a 3 faltas y el o la terapeuta del CMERI lo tendrá que eliminar del horario y reagendar revaloración con el médico especialista en rehabilitación. 3 retardos serán acreedores a 1 falta.
11. Favor de traer completo el material solicitado para su terapia.
12. El paciente únicamente asistirá el número de sesiones que el médico especialista en rehabilitación indique.
13. Favor de realizar las actividades que el terapeuta indique para realizar en casa.
14. Traer la documentación solicitada para la conformación de su expediente en tiempo y forma, de lo contrario se dará de baja.
15. En caso de tener alguna inconformidad, duda o aclaración presentarse con la coordinación del CMERI o el área de diagnóstico y rehabilitación.

Estas medidas se toman únicamente por el bienestar del paciente y el personal del CMERI, agradecemos su cooperación.

Nombre y Firma del Paciente o Tutor (a):

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Prolongación 11 sur #11901 Cuarta Sección Bio Parque
Agua Santa C.P. 72490

 Tel. (222) 2.41.56.09

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1116/SMDIF/062224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

LISTA DE USUARIOS FORM. 1110/SMDIF/062224

DIRECCIÓN DE SALUD INTEGRAL
COORDINACIÓN DEL CMERI

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos. Personas en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

LISTA DE USUARIOS

ÁREA								MES	
No.	FECHA	FOLIO	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	No. DE EXPEDIENTE	NOMBRE DEL USUARIO	FIRMA DE PADRE O TUTOR (A)	NOMBRE DEL RESPONSABLE	OBSERVACIONES
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

FORM. 1110/SMDIF/062224

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Prolongación 11 sur #111901 Cuarta Sección Bío Parque Agua Santa C.P. 72490

 Tel. (222) 2.41.56.09

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar servicios de equinoterapia, terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje y terapia de psicología.
Objetivo:	Proporcionar una atención de excelencia a todas las personas con discapacidad temporal o permanente que solicitan el servicio de rehabilitación para mejorar y estimular la capacidad funcional y autónoma de los Usuario/os en las actividades básicas de la vida diaria; así como restablecer o establecer la comunicación lingüística no desarrollada, alterada o interrumpida en la población, así como promover la rehabilitación física o mental de niños, adolescentes y adultos a nivel neuromuscular, psicológico, cognitivo y social.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4, 3er párrafo. • Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 ,168 fracción I, 174 fracción III y 176. • Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículo 1, 2, 7 y 8. • Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7. • Ley para las Personas con Discapacidad del Estado de Puebla, Artículos 8, 9, 10,21,23 fracción I, IV, 26 y 31 • Ley Estatal de Salud, Artículo 2 Fracción I y V. • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4 fracción VI, 8, 13 fracción III. • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2. • Plan Municipal de Desarrollo 2021-2024, Eje 2, programa 3 • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 60, Fracción II, IV y VII.
Políticas de Operación:	1. La usuaria/o deberá comprometerse a asistir a sus terapias, en la fecha y hora asignada. 2. El estudio socioeconómico determinará el costo que se le asignará a la usuaria/o para el pago de su terapia. 3. En caso de que la usuaria/o solicite un justificante de ausencia escolar o laboral, lo deberá solicitar al Departamento de Diagnóstico y Rehabilitación para su expedición. 4. Las sesiones de terapia física, ocupacional, lenguaje y equinoterapia se otorgarán de lunes a viernes en un horario de 8:00 a 16:00 horas. 5. Para recibir el servicio será necesario cubrir la cuota de recuperación.

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

	6. Toda persona que solicite el servicio del área será atendida cubriendo estándares de calidad de respeto y amabilidad. 7. El trámite requerirá la asistencia presencial del tutor o del solicitante. 8. Documentos solicitados: - Tarjeta de Citas. - Copia de acta de nacimiento de la/el Usuaría/o - Copia CURP de la/el Usuaría/o. - Copia de la Credencial de Elector alguna identificación oficial vigente, en caso de ser menor de edad, presentar la del padre o tutor. - Copia del Comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses de antigüedad). - Recibo de pago de cuota de recuperación.
	Tiempo Promedio de Gestión: 5 días hábiles.

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: 09/09/2024

Fecha de elaboración: 13/07/2023

Número de Revisión: 02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para otorgar servicios de equinoterapia, terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje y terapia de psicología.

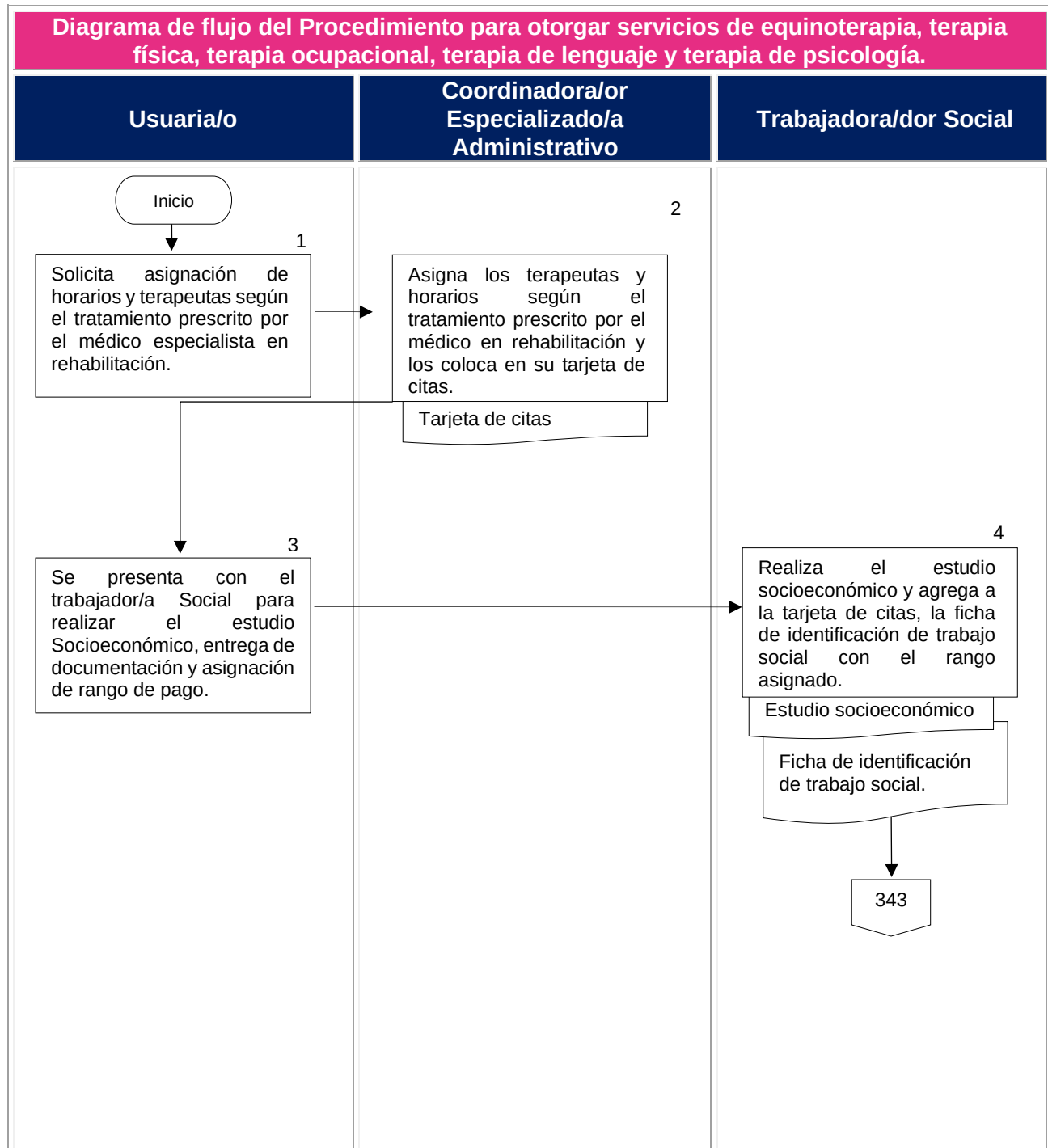
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Solicita asignación de horarios y terapeutas según el tratamiento prescrito por el médico especialista en rehabilitación.		
Coordinadora/or Especializada/o Administrativa/o	2	Asigna los terapeutas y horarios según el tratamiento prescrito por el médico en rehabilitación y los coloca en su tarjeta de citas.	Tarjeta de Citas FORM. 1293/SMDIF/102224	
Usuaría/o	3	Se presenta con la trabajadora/or Social para realizar el estudio Socioeconómico, entrega de documentación y asignación de rango de pago.		
Trabajadora/or Social	4	Realiza el estudio socioeconómico y agrega a la tarjeta de citas, la ficha de identificación de trabajo social con el rango asignado.	Estudio Socioeconómico FORM. 211-A/SMDIF/062224 Ficha de Identificación de Trabajo Social FORM. 215/SMDIF/012224	Original
Usuaría/o	5	Asiste puntual a terapia, en los días y horarios previamente establecidos. Realiza el pago del servicio en el módulo de la caja y entrega ticket de pago al Coordinadora/or Técnica/o en el área de registro para la ejecución de la terapia.		

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

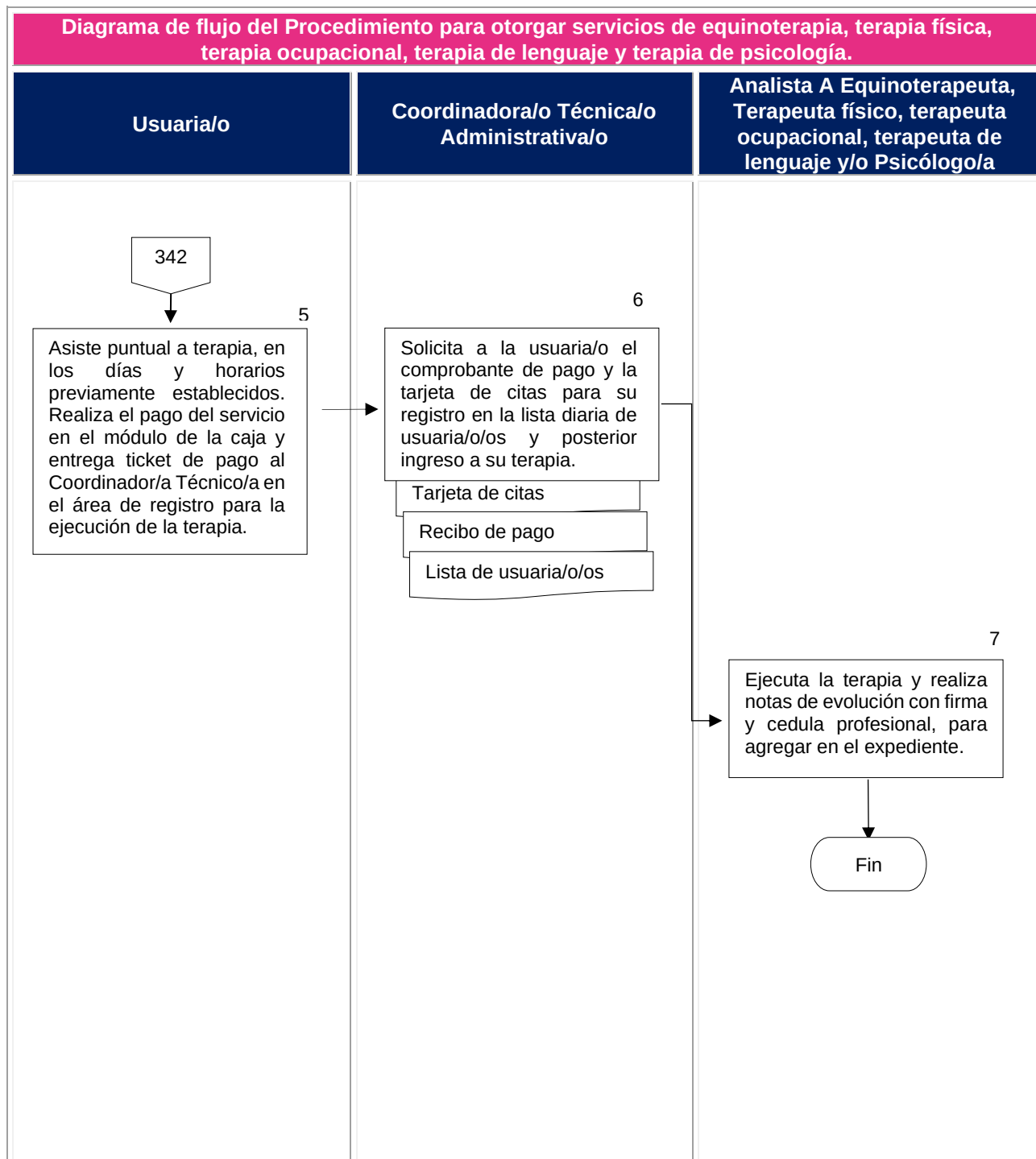
Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para otorgar servicios de equinoterapia, terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje y terapia de psicología.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Coordinadora/or Técnica/o Administrativo	6	Solicita al Usuario/a el comprobante de pago y la tarjeta de citas para su registro en la lista diaria de Usuario/os y posterior ingreso a su terapia.	Tarjeta de Citas FORM. 1293/SMDIF/102224 Recibo de pago FORM. 061/SMDIF/012224 Lista de Usuario/os FORM. 1110/SMDIF/062224 Lista de usuarios de terapias FORM. 654/SMDIF/032424	Original
Analista A Equinoterapeuta, Terapeuta físico, terapeuta ocupacional, terapeuta de lenguaje y/o Psicólogo/a	7	Ejecuta la terapia y realiza notas de evolución con firma y cedula profesional, para agregar en el expediente. Fin del procedimiento.	Nota de evolución FORM. 1112/ SMDIF062224	Original

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instructivo de llenado

TARJETA DE CITAS FORM.1293/SMDIF/102224

SERVICIOS	NOMBRE	FECHA	HORA	FECHA	HORA	FECHA	HORA	FECHA	HORA
CONSULTA	Rehabilitación								
	Psicología								
	TERAPIA OCUPACIONAL								
CEMS									
TERAPIA DE LENGUAJE									
TERAPIA FISICA	Intervención Grupal								
	Grupo								
	Mecanoterapia								
	Electroterapia								
	Termoterapia								
	Hidroterapia								
EQUINOTERAPIA									
UTEPD									

OBSERVACIONES:

LINEAMIENTOS

1. Es requisito indispensable presentar su tarjeta de citas para realizar el pago de consulta y/o terapia.
2. Asistir puntualmente a la cita indicada en el día y hora señalada en la tarjeta.
3. Los pacientes no podrán ser atendidos en horas o días no señalados en su tarjeta.
4. Cuidar esta tarjeta y conservarla en las mejores condiciones.
5. El paciente solo deberá contar con una tarjeta de citas.
6. Tres faltas injustificadas, causará baja de los servicios.

7. La institución no se hace responsable por objetos olvidados en el área.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO

FORM.1293/SMDIF/102224

RECIBO DE PAGO FORM. 061/SMDIF/012224



Dirección Administrativa
Departamento de Recursos Financieros

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y de las disposiciones legales vigentes."

R.F.C. SMD-930309-BU6

Fecha: 19/4/2024

Folio SAP:

Nombre del Cliente:

Observaciones:

1 CONSULTA DEL MEDICO EN REHABILITACION 120.00 120.00
CIENTO VEINTE PESOS Y 00/100 MXN \$ 120.00

Contigo y con rumbo pueblacapital.gob.mx

2de Merito #201 Col San Baltazar Campeche C.P. 72

tel: (222) 2-14-00-00.

@Puebla-yto

f

SH Ayuntamiento de Pue

FORM061/SMDIF/012224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

LISTA DE USUARIO/O FORM. 1110/SMDIF/062224

"Se debe registrar en el presente formato, en los predios de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

LISTA DE USUARIOS									
ÁREA	FECHA	FOLIO	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	No. DE EXPEDIENTE	NOMBRE DEL USUARIO	FIRMA DE PADRE O TUTOR (A)	NOMBRE DEL RESPONSABLE	MES
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

FORM. 1110/SMDIF/062224

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Prolongación 11 sur #11901 Cuarta Sección Bío Parque Agua Santa C.P. 72490

Tel. (222) 2.41.56.09

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla

LISTA DE USUARIOS DE TERAPIAS FORM. 654/SMDIF/032424

"Se debe registrar en el presente formato, en los predios de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

LISTA DE USUARIOS DE TERAPIAS									
ÁREA	FECHA	FOLIO	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	No. DE EXPEDIENTE	NOMBRE DEL USUARIO (A)	EDAD	FIRMA DEL PADRE O TUTOR (A)	MES
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

FORM 654/SMDIF/032424

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Prolongación 11 sur #11901 Cuarta Sección Bío Parque Agua Santa C.P. 72490

Tel. (222) 2.41.56.09

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO FORM. 211-A/SMDIF/062224



Sistema Municipal
DIF

DIRECCIÓN GENERAL
SUBDIRECCIÓN DE VINCULACIÓN Y APOYO TÉCNICO
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN CIUDADANA Y GESTIÓN SOCIAL

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables".

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____							
EDAD: _____		OCUPACIÓN: _____		SEXO: M () H ()			
ESCOLARIDAD: _____				MOTIVO DEL ESTUDIO: _____			
ESTADO CIVIL: _____							
INGRESOS MENSUALES: _____							
TELÉFONO: _____							
SERVICIO MÉDICO: _____				DISCAPACIDAD: _____			
DOMICILIO: _____							
COLONIA: _____				JUNTA AUXILIAR: _____			
C.P.: _____				MUNICIPIO: _____			
ORGANIZACIÓN FAMILIAR							
NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	PARENTESCO	INGRESOS	EGRESOS	
						ALIMENTACIÓN	
						GAS	
						LUZ	
						TELÉFONO /INTERNET	
						SERVICIO MÉDICO	
						VIVIENDA	
						TRANSPORTE	
						TOTAL	
ALIMENTACIÓN:		DESAYUNO () COMIDA () CENA () OTRO: _____					
TIPO DE VIVIENDA:		PROPIA () PRESTADA () RENTADA () CASA () CUARTO () DEPARTAMENTO () AGUA () LUZ () DRENAJE ()					
DISTRIBUCIÓN:		SALA () COMEDOR () COCINA () RECAMARAS () WC () OTRO: _____					
RECIBE APOYO DE ALGÚN PROGRAMA SOCIAL: SI () No () ¿CUÁL? _____							
RELACIONES FAMILIARES: _____							
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: _____							
RECOMENDACIONES Y/O APOYO: _____							
ENTREVISTÓ NOMBRE Y FIRMA: _____				NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE: _____			

Contigo y con rumbo

FORM.211-A/SMDIF/062224 pueblacapital.gob.mx

 Av. Cus Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche C.P 72550

 Tel. (222) 2.14.00.00

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**
 Fecha de actualización: **09/09/2024**
 Fecha de elaboración: **13/07/2023**
 Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE TRABAJO SOCIAL FORM. 215/SMDIF/012224


Puebla
 Contigo y con rumbo
 Gobierno Municipal

Sistema Municipal
DIF

Dirección General
 Subdirección de Vinculación y Apoyo Técnico
 Departamento de Atención Ciudadana y Gestión Social
 Folio:

TRABAJO SOCIAL
FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____
 Edad: _____ Teléfono: _____
 Domicilio: _____
 Porcentaje asignado: _____
 Servicio: _____

Fecha: _____
 *favor de enmendar.
FORM.215/SMDIF/012224

Contigo y con rumbo

Av. Cua Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
 C.P. 72550

Tel. (222) 2.14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla

pueblacapital.gob.mx

NOTA DE EVOLUCIÓN FORM. 1112/SMDIF062224


Puebla
 Contigo y con rumbo
 Gobierno Municipal

Sistema Municipal
DIF

DIRECCION DE SALUD INTEGRAL
 COORDINACION DEL CMERI

Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Nombre

Edad	Sexo	No. Expediente

NOTAS

FECHA/HORA/TERAPIA	NOTA DE EVOLUCIÓN

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Prolongación 11 sur #11901 Cuarta Sección Bto Parque
 Agua Santa C.P. 72490

Tel. (222) 2.41.56.09

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1112/SMDIF/062224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar el certificado de discapacidad.
Objetivo:	Otorgar un documento que acredite la discapacidad de una persona, emitido por un médico especialista en rehabilitación adscrito al Sistema Nacional de Salud o médico autorizado por el Sistema Nacional DIF, previo diagnóstico médico emitido por un especialista dependiendo de la discapacidad de la usuaria/o, con el fin de facilitar su acceso a beneficios, servicios y apoyos específicos que mejoren su calidad de vida y aseguren su inclusión social.
Fundamento Legal:	- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4, 3er párrafo. - Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167, 168 fracción I, 174 fracción III y 176. - Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículo 1, 2, 7 y 8. - Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7. - Ley para las Personas con Discapacidad del Estado de Puebla, Artículos 8, 9, 10, 21, 23 fracción I, IV, 26 y 31 - Ley Estatal de Salud, Artículo 2 Fracción I y V. - Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4 fracción VI, 8, 13 fracción III. - Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2. - Plan Municipal de Desarrollo 2021-2024, Eje 2, programa 3 - Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 60, Fracción II, IV y VII.
Políticas de Operación:	- El Certificado de discapacidad solo se emitirá a personas que acrediten discapacidad con un documento probatorio de su especialista de acuerdo a la discapacidad y este documento no deberá ser mayor a 1 año de vigencia, puede ser público o privado el especialista, deberá venir la firma y cedula profesional del especialista. - Toda persona que solicite el servicio será atendida cubriendo estándares de calidad como profesionalismo, respeto y amabilidad, así como brindando la información suficiente y clara. - En caso de que el Usuario/o/a solicite un justificante de ausencia escolar o laboral, lo deberá solicitar a la Coordinación de Diagnóstico y Rehabilitación para su expedición. - El certificado de discapacidad es un documento único a nivel nacional que será emitido por un médico especialista en rehabilitación o médico autorizado por el Sistema Nacional DIF. - La usuaria/o será responsable de presentar la documentación que

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

	soporte la discapacidad que acreditará el certificado. 6. Previa cita se someterá a una entrevista y valoración del médico especialista en rehabilitación inscrito en el sistema nacional de salud. 7. Documentos solicitados: - Original y copia de resumen médico con diagnóstico, emitido por el especialista de acuerdo a su discapacidad. - Visual – Oftalmólogo. - Auditiva – Audiometría. - Intelectual – Psicólogo, Paidopsiquiatra o psiquiatra, resultado de Coeficiente Intelectual (CI) para nivel de discapacidad. - Musculo esquelética – Ortopedista o reumatólogo. - Psicosocial (Autismo o trastornos psiquiátricos) – Psiquiatra o neurólogo. - Parkinson – Neurólogo. 1 copia CURP del Usuario/o, en caso de ser menor de edad. 1 copia de la Credencial de Elector alguna identificación oficial vigente, en caso de ser menor de edad, presentar la del padre o tutor. 1 copia del Comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses de antigüedad). 3 fotografías tamaño infantil. - Recibo de pago de cuota de recuperación.
Tiempo Promedio de Gestión:	8 días hábiles, para la consulta con el médico en rehabilitación (Bajo demanda).

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para otorgar el certificado de discapacidad.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Solicita de manera presencial o vía telefónica, información para conocer los requisitos para la emisión del certificado de discapacidad y agendar cita para su valoración.		
Coordinadora/or Técnica/o Administrativo	2	Brinda información al solicitante sobre los requisitos necesarios para la emisión del certificado, verifica que cuente con todos los requisitos: • Si cuenta con todos los requisitos pasa a siguiente actividad • Si no cuenta con todos los requisitos, fin del procedimiento		
	3	Agenda cita al solicitante.		
Usuaría/o	4	Se presenta puntual el día y la hora de su cita con el médico especialista en rehabilitación, con todos los requisitos solicitados.		
Analista consultivo/a Médico en Rehabilitación	5	Realiza entrevista y valoración del paciente, y del diagnóstico médico de su especialista, integra el expediente, realiza la nota clínica y determina si se otorga el certificado de discapacidad: • Si se otorga pasa a la actividad 6. • Si no se otorga, realiza nota clínica del motivo, se anexa al expediente y Fin del procedimiento.		
Usuaría/o	6	Realiza el pago del certificado en el módulo de caja y regresa con el médico especialista en	Recibo de pago FORM. 061/SMDIF/012224	Original y Copia

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

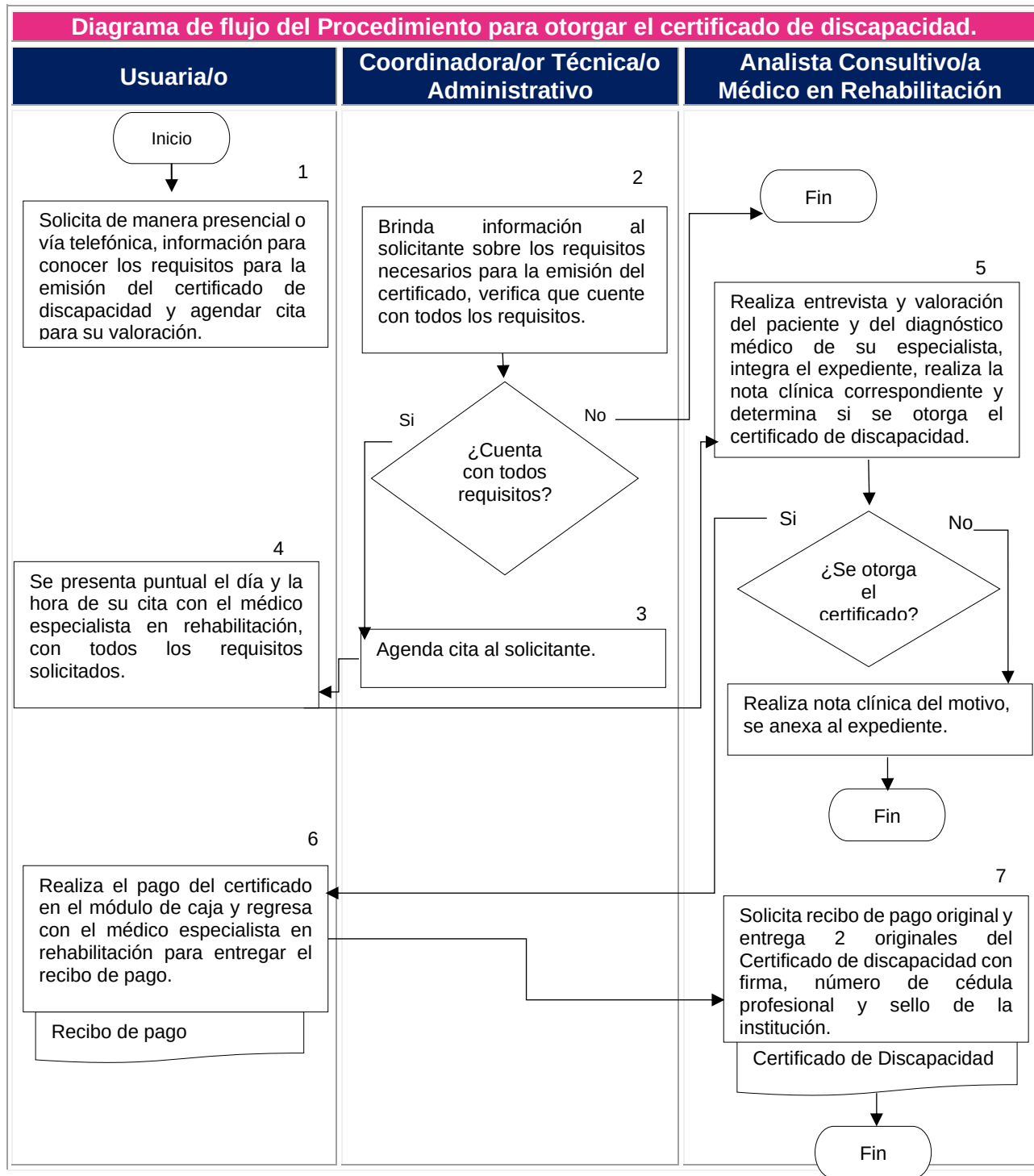
Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para otorgar el certificado de discapacidad.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
		rehabilitación para entregar el recibo de pago.		
Analista consultiva/o Médico en Rehabilitación	7	Solicita recibo de pago original y entrega 2 originales del Certificado de discapacidad con firma, número de cédula profesional y sello de la institución. Fin del procedimiento.	Expediente Certificado de Discapacidad FORM. DIF NACIONAL	Original

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instructivo de llenado

RECIBO DE PAGO FORM. 061/SMDIF/012224



*Dirección Administrativa
Departamento de Recursos Financieros*

Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en el ámbito de Puebla, Obradores del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

R.F.C. SMD-930309-BU6

Fecha: 19 / 4 / 2024 Folio SAP:

Nombre del Cliente:

Observaciones:

1	CONSULTA DEL MEDICO EN REHABILITACION	120.00	120.00
CIENTO VEINTE PESOS Y 00 /100 MXN \$		120.00	

Contigo y con rumbo **pueblacapital.gob.mx**

📍 Que Menio #201 Col San Baltazar Campeche CP 72

📞 (222) 214.00.00.

📧 Puebla@yo 📌 SM Ayuntamiento de Puebl

FORM 061 SMDIF 012224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**
 Fecha de actualización: **09/09/2024**
 Fecha de elaboración: **13/07/2023**
 Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD FORM. DIF NACIONAL

 SALUD SMDIF Sistema Municipal de Discapacidad Integral		CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD	
Centro de Rehabilitación:		Fecha de expedición:	
No. de folio:	No. de expediente:		
FICHA DE IDENTIFICACIÓN			
	Nombre: _____		
	CLUP:	Edad:	Sexo: ☐ ☐
	Entidad de nacimiento: -	Teléfono de contacto:	
	Estado civil: -	Hijos: -	Dependientes económicos: -
	Usuario de servicios de salud: -	Servicios de salud utilizados: -	
	Excluido para menores de edad o adultos con discapacidad que requieran el apoyo habitual de otra persona. Nombre de tutor/cuidador o facilitador: _____		
DOMICILIO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD			
Tipo de vivienda: -		Nombre de vivienda: _____	
No. exterior:	No. interior:	Colonia:	
C.P.:	Municipio:	Entidad de residencia: -	
FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD			
CONDICIÓN DE SALUD			
Marque conceptual basado en la etiología. Debe incluir código oftalmológico correspondiente a la CIE-10. En caso de presentar más de una afección, el diagnóstico principal corresponderá al causante de mayor limitación y restricción.			
Diagnóstico principal:		Código CIE-10:	
Diagnóstico ampliado:			
DEFICIENCIAS EN FUNCIONES CORPORALES (b)			
Corresponden a derivaciones significativas o pérdida de las funciones fisiológicas, incluyendo las psicológicas. Puede seleccionar más de una.			
FUNCIONES CORPORALES		Grado de deficiencia: -	
Tabla de códigos de la CIE y sus códigos de referencia		Grado de deficiencia	
☐ Mentales (pensamiento, memoria, juicio, afecto y cognición)	(b110-b199)		
☐ Sensoriales y del dolor	(b210-b299)		
☐ La voz y el habla	(b310-b399)		
☐ Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	(b410-b499)		
☐ Sistema digestivo, metabólico y endocrino	(b510-b599)		
☐ Genitourinarias y reproductoras	(b610-b699)		
☐ Neuromusculoesqueléticas y del movimiento	(b710-b799)		
☐ Piel y estructuras relacionadas	(b810-b899)		
DEFICIENCIAS EN ESTRUCTURAS CORPORALES (x)			
Corresponden a las derivaciones significativas o pérdidas en partes anatómicas. Puede seleccionar más de una.			
ESTRUCTURAS CORPORALES		Grado de deficiencia: -	
Tabla de códigos de la CIE y sus códigos de referencia		Grado de deficiencia	
☐ Sistema nervioso	(x110-x199)		
☐ Ojo, oído y estructuras relacionadas	(x210-x299)		
☐ Involucradas en la voz y el habla	(x310-x399)		
☐ Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	(x410-x499)		
☐ Sistema digestivo, metabólico y endocrino	(x510-x599)		
☐ Genitourinarias y reproductoras	(x610-x699)		
☐ Relacionadas con el movimiento	(x710-x799)		
☐ Piel y estructuras relacionadas	(x810-x899)		
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN			
Actividad en la realización de una tarea o acción por una persona. Participación es el acto de involucrarse en una situación vital.			
Si la persona es mayor de 18 años, pregunte acerca de las dificultades que tienen debido a sus condiciones de salud (versión administrada por entrevistador de 12 preguntas de WHODAS 2.0). En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para?			
S1	Estar de pie por largos períodos como por ejemplo 30 minutos	-	
S2	Ocuparse de responsabilidades domésticas	-	
S3	Aprender una nueva tarea, por ejemplo, aprender cómo llegar a un nuevo lugar	-	
S4	Participar en actividades de su comunidad (por ejemplo, festividades, actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que cualquier otra persona	-	
S5	Cuánto ha sido afectado emocionalmente por su condición de salud	-	

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**
 Fecha de actualización: **09/09/2024**
 Fecha de elaboración: **13/07/2023**
 Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

S6	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos	
S7	Caminar una larga distancia como un kilómetro (o equivalente)	
S8	Lavarse todo el cuerpo (bañarse)	
S9	Vestirse	
S10	Relacionarse con personas que no conoce	
S11	Mantener una amistad	
S12	Llevar a cabo su trabajo o las actividades escolares diarias	

Esta dificultad con la realización de sus actividades se debe: -

LIMITACIONES EN ACTIVIDAD Y RESTRICCIÓN EN PARTICIPACIÓN (d)		
Seleccione las actividades y participación comprometidas. Puede seleccionar más de una.		
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	Título de capítulos de la CIF y sus códigos de referencia	Grado de limitación/restricción
☐ Aprendizaje y aplicación del conocimiento	(d110-d199)	Grados amplificados
☐ Tareas y demandas generales	(d210-d299)	
☐ Comunicación	(d310-d399)	
☐ Movilidad	(d410-d499)	
☐ Autocuidado	(d510-d599)	
☐ Vida doméstica	(d610-d699)	
☐ Interacciones y relaciones interpersonales	(d710-d799)	
☐ Áreas principales de la vida	(d810-d899)	
☐ Vida comunitaria, social y cívica	(d910-d999)	

FACTORES CONTEXTUALES

Grado máximo de estudio: - Ocupación actual: -

Principal medio de transporte: - Tipo de vivienda: -

Servicios intradomiciliarios: ☐ Agua potable ☐ Drenaje ☐ Electricidad ☐ Gas

AYUDAS FUNCIONALES		
Seleccione las ayudas funcionales utilizadas ACTUALMENTE por la persona. Puede seleccionar más de una.		
☐ Animales de servicio y asistencia	☐ Dígitos/hemodígitos	☐ Prótesis de miembro superior
☐ Asistencia por otra persona	☐ Equipos de escritura Braille	☐ Productos para sismos
☐ Ayudas funcionales auditivas	☐ Ortesis de columna	☐ Productos cateterismo vesical
☐ Auxiliar de la marcha/movimiento	☐ Ortesis de miembro inferior	☐ Tecnologías de información y comunicación (TICs)
☐ Ayudas funcionales visuales	☐ Ortesis de miembro superior	☐ Silla de ruedas
☐ Bastón guía	☐ Oxígeno suplementario	☐ Tableros de comunicación
☐ Cojín/colchón antiescaras	☐ Prótesis de miembro inferior	

Especificar ayudas funcionales no descritas previamente:

USO DE MEDICAMENTOS A LARGO PLAZO		
Seleccione el grupo de medicamentos NECESARIOS para el funcionamiento de la persona. Puede seleccionar más de uno		
☐ Ninguno	☐ Efecto a nivel gastrointestinal	☐ Efecto a nivel musculoesquelético
☐ Analgésicos/antiinflamatorios	☐ Efecto a nivel metabólico	☐ Efecto a nivel sistema nervioso
☐ Efecto a nivel cardiovascular	☐ Efecto a nivel endocrino	☐ Oncológicos
☐ Efecto a nivel pulmonar	☐ Efecto a nivel genitourinario	☐ Psicofármacos

FACILITADORES Y BARRERAS (e)

Principal FACILITADOR identificado: -

Principal BARRERA identificada: -

Actualmente la persona vive en condición de discapacidad: -

Otras áreas del funcionamiento comprometidas: No ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Intelectual ☐ Psicosocial ☐ Neuromotora

Grado de afectación funcional: - Causa de la deficiencia: -

DATOS DE QUIEN EMITE EL CERTIFICADO		
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)
Cédula profesional:	Médico: -	Roma del médico y sello de la institución pública

ESTE CERTIFICADO TIENE UNA VIGENCIA DE -
A PARTIR DE SU FECHA DE EXPEDICIÓN

La información contenida en este documento es producto de los datos proporcionados por el interesado(a) y su corroboración clínica, con apego a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Art.1º), la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley General de Salud (Art.389), la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad y el Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (Art.19). Carece de validez pericial.

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**
 Fecha de actualización: **09/09/2024**
 Fecha de elaboración: **13/07/2023**
 Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD PEDIÁTRICO FORM. DIF NACIONAL

 SALUD Secretaría de Salud		 SNDIF Sistema Nacional de Discapacidad		CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD PEDIÁTRICO		 Puebla Contigo y con rumbo		
Centro de Rehabilitación:		No. de expediente:		Fecha de expedición:				
No. de folio:								
FICHA DE IDENTIFICACIÓN								
	Nombre:							
	CURP:			Edad:		Sexo: -		
	Entidad de nacimiento: -			Teléfono de contacto:				
	Usuario de servicios de salud: -			Servicios de salud utilizados: -				
	DATOS DE TUTOR							
Nombre de tutor:								
Edad:			Parentesco:		E escolaridad: -			
DOMICILIO DEL MENOR CON DISCAPACIDAD								
Tipo de validez: -		Nombre de validez:						
No. exterior:		No. interior:		Colonia:				
C.P.:		Municipio:		Entidad de residencia: -				
FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD								
CONDICIÓN DE SALUD								
Marcas conceptuales basadas en la etiología. Debe incluir código o descripción correspondiente a la CIF-10. En caso de presentar más de una afección, el diagnóstico principal corresponderá al concepto de mayor limitación y restricción.								
Diagnóstico principal:				Código CIF-10:				
Diagnóstico ampliado:								
DEFICIENCIAS EN FUNCIONES CORPORALES (b)								
Corresponden a deficiencias significativas o pérdida de las funciones fisiológicas, incluyendo las psicológicas. Puede seleccionar más de una.								
FUNCIONES CORPORALES				Grado de deficiencia: -				
Tabla de códigos de la CIF y sus códigos de referencia				Datos amplificados				
Mentales (pensamiento, memoria, juicio, afecto y cognición)				(b110-b199)				
Sensoriales y del dolor				(b210-b299)				
La voz y el habla				(b310-b399)				
Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio				(b410-b499)				
Sistema digestivo, metabólico y endocrino				(b510-b599)				
Genitourinarias y reproductoras				(b610-b699)				
Neuromusculoesqueléticas y del movimiento				(b710-b799)				
Piel y estructuras relacionadas				(b810-b899)				
DEFICIENCIAS EN ESTRUCTURAS CORPORALES (a)								
Corresponden a las deficiencias significativas o pérdidas en partes anatómicas. Puede seleccionar más de una.								
ESTRUCTURAS CORPORALES				Grado de deficiencia: -				
Tabla de códigos de la CIF y sus códigos de referencia				Datos amplificados				
Sistema nervioso				(a110-a199)				
Ojo, oído y estructuras relacionadas				(a210-a299)				
Involucradas en la voz y el habla				(a310-a399)				
Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio				(a410-a499)				
Sistema digestivo, metabólico y endocrino				(a510-a599)				
Genitourinarias y reproductoras				(a610-a699)				
Relacionadas con el movimiento				(a710-a799)				
Piel y estructuras relacionadas				(a810-a899)				
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN								
Actividad es la realización de una tarea o acción por una persona. Participación es el acto de involucrarse en una situación vital.								
TRAYECTORIA DEL DESARROLLO								
Seleccione la trayectoria del desarrollo en la que encuentra al menor en sus diferentes áreas al momento de la evaluación.								
Motricidad gruesa: -								
Motricidad fina: -								
Lenguaje y comunicación: -								

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**
 Fecha de actualización: **09/09/2024**
 Fecha de elaboración: **13/07/2023**
 Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Cognición: Conducta: Interacción social:	
Datos ampliados de TRAYECTORIA DEL DESARROLLO 	
LIMITACIONES EN ACTIVIDAD Y RESTRICCIÓN EN PARTICIPACIÓN (d) <i>Seleccione las actividades y participación comprometidas. Puede seleccionar más de una.</i>	
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN <i>Lista de categorías de la CIF y sus códigos de referencia</i>	Grado de limitación/restricción:
☐ Aprendizaje y aplicación del conocimiento (d110-d199) ☐ Tareas y demandas generales (d210-d299) ☐ Comunicación (d310-d399) ☐ Movilidad (d410-d499) ☐ Autocuidado (d510-d599) ☐ Vida doméstica (d610-d699) ☐ Interacciones y relaciones interpersonales (d710-d799) ☐ Áreas principales de la vida (d810-d899) ☐ Vida comunitaria, social y cívica (d910-d999)	Datos ampliados
FACTORES CONTEXTUALES	
Grado máximo de estudio: Principal medio de transporte: Servicios intradomiciliares: ☐ Agua potable ☐ Drenaje ☐ Electricidad ☐ Gas	Ocupación actual: Tipo de vivienda:
AYUDAS FUNCIONALES <i>Seleccione las ayudas funcionales utilizadas ACTUALMENTE por la persona. Puede seleccionar más de una.</i>	
☐ Animales de servicio y asistencia ☐ Asistencia por otra persona ☐ Ayudas funcionales auditivas ☐ Auxiliar de la marcha/movimiento ☐ Ayudas funcionales visuales ☐ Bastón guía ☐ Cojín/cojchón antiescaras	☐ Diálisis/hemodiálisis ☐ Equipos de escritura Braille ☐ Órtesis de columna ☐ Órtesis de miembro inferior ☐ Órtesis de miembro superior ☐ Oxígeno suplementario ☐ Prótesis de miembro inferior
☐ Prótesis de miembro superior ☐ Productos para estomas ☐ Productos cateterismo vesical ☐ Tecnologías de información y comunicación (TICs) ☐ Silla de ruedas ☐ Tableros de comunicación	
Especificar ayudas funcionales no descritas previamente:	
USO DE MEDICAMENTOS A LARGO PLAZO <i>Seleccione el grupo de medicamentos NECESARIOS para el funcionamiento de la persona. Puede seleccionar más de uno</i>	
☐ Ninguno ☐ Analgésicos/antiinflamatorios ☐ Efecto a nivel cardiovascular ☐ Efecto a nivel pulmonar	☐ Efecto a nivel gastrointestinal ☐ Efecto a nivel metabólico ☐ Efecto a nivel endocrino ☐ Efecto a nivel genitourinario
☐ Efecto a nivel musculoesquelético ☐ Efecto a nivel sistema nervioso ☐ Oncológicos ☐ Psicofármacos	
FACTORES Y BARRERAS (e) <i>Seleccione el grupo de factores y barreras</i>	
Principal FACTOR identificado: Principal BARRERA identificada:	
Actualmente la persona vive en condición de discapacidad: Otras áreas del funcionamiento comprometidas: No ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Intelectual ☐ Psicosocial ☐ Neuromotora Grado de afectación funcional: Causa de la deficiencia:	
DATOS DE QUIEN EMITE EL CERTIFICADO	
Primer apellido: Segundo apellido: Cédula profesional: Médico:	Nombres (s): Firma del médico y sello de la institución pública
ESTE CERTIFICADO TIENE UNA VIGENCIA DE A PARTIR DE SU FECHA DE EXPEDICIÓN	
No reconociendo al contenido consistente y derivado de los efectos, la información contenida en este documento puede cambiar en su siguiente renovación, incluso debido a su evolución o cambios debidos a mejoría en el desempeño funcional del sujeto.	
La información contenida en este documento es producto de los datos proporcionados por el interesado y su consultor clínico, con apego a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Art.17) la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley General de Salud (Art.305), la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad y el Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (Art.315) Como documento público.	

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para realizar prueba de coeficiente intelectual.
Objetivo:	Aplicar una prueba que mida el coeficiente intelectual del Usuario/a y entregar un resultado que permita diagnosticar o descartar una discapacidad intelectual.
Fundamento Legal:	• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4, 3er párrafo. • Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 ,168 fracción I, 174 fracción III y 176. • Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículo 1, 2, 7 y 8. • Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7. • Ley para las Personas con Discapacidad del Estado de Puebla, Artículos 8, 9, 10,21,23 fracción I, IV, 26 y 31 • Ley Estatal de Salud, Artículo 2 Fracción I y V. • Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4 fracción VI, 8, 13 fracción III. • Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2. • Plan Municipal de Desarrollo 2021-2024, Eje 2, programa 3 • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 60, Fracción II, IV y VII.
Políticas de Operación:	1. Solo se aplicará la prueba a los Usuario/os que lo soliciten, previo pago realizado para agendar cita. 2. Toda persona que solicite el servicio será atendida cubriendo estándares de calidad como profesionalismo, respeto y amabilidad, así como brindando la información suficiente y clara. 3. En caso de que la/el Usuario/o solicite un justificante de ausencia escolar o laboral, lo deberá solicitar a la Coordinación de Diagnóstico y Rehabilitación para su expedición. 4. El resultado de la prueba de coeficiente intelectual, se entregará por escrito con firma y sello oficial y una interpretación básica por parte de las psicólogas/os. 5. Documentos solicitados: a. Copia CURP del Usuario/a, en caso de ser menor de edad. b. Copia de la Credencial de Elector alguna identificación oficial

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

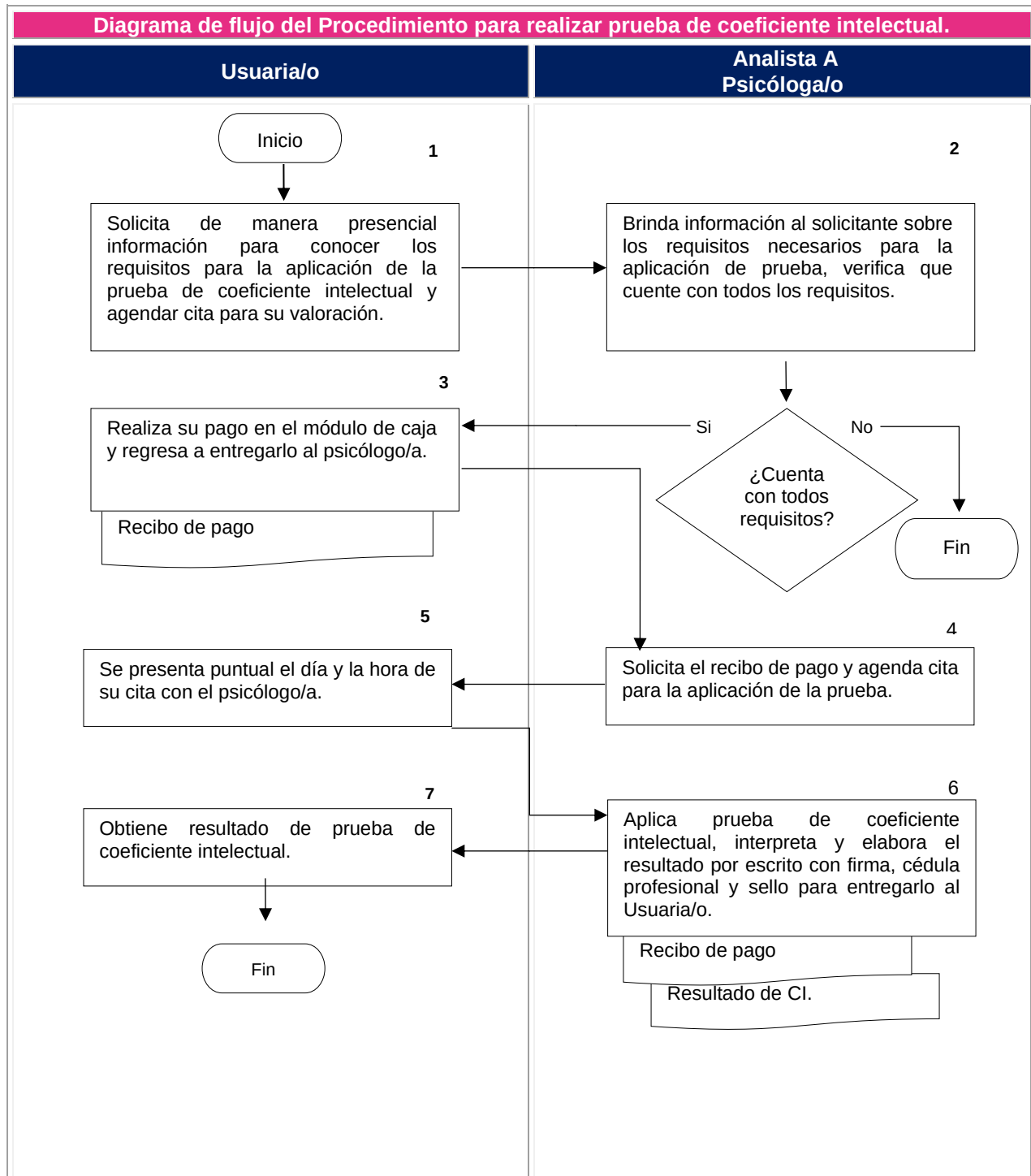
Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

	vigente, en caso de ser menor de edad, presentar la del padre o tutor. c. Copia del Comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses de antigüedad). d. Recibo de pago de cuota de recuperación.
Tiempo Promedio de Gestión:	8 días hábiles.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para realizar prueba de coeficiente intelectual.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Solicita de manera presencial información para conocer los requisitos para la aplicación de la prueba de coeficiente intelectual y agendar cita para su valoración.		
Analista A Psicólogo/a	2	Brinda información al solicitante sobre los requisitos necesarios para la aplicación de prueba, verifica que cuente con todos los requisitos: • Si cuenta con todos los requisitos pasa a siguiente actividad • Si no cuenta con todos los requisitos, fin del procedimiento		
Usuaría/o	3	Realiza su pago en el módulo de caja y regresa a entregarlo al psicólogo/a.	Recibo de pago FORM. 061/SMDIF/01 2224	Original y copia
Analista A Psicólogo/a	4	Solicita el recibo de pago y agenda cita para la aplicación de la prueba.		
Usuaría/o	5	Se presenta puntual el día y la hora de su cita con el psicólogo/a.		
Analista A Psicólogo/a	6	Aplica prueba de coeficiente intelectual, interpreta y elabora el resultado por escrito con firma, cédula profesional y sello para entregarlo al Usuaría/o.	Recibo de pago FORM. 061/SMDIF/01 2224	
Usuaría/o	7	Obtiene resultado de prueba de coeficiente intelectual. Fin del procedimiento.		

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**
 Fecha de actualización: **09/09/2024**
 Fecha de elaboración: **13/07/2023**
 Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos para realizar prueba de coeficiente intelectual.

RECIBO DE PAGO FORM. 061/SMDIF/012224


Puebla
 Contigo y con rumbo
 Gobierno Municipal

Dirección Administrativa
 Departamento de Recursos Financieros

Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de
 acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos
 Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

R.F.C. SMD-830309-BU6

Fecha: 19/4/2024 Folio SAP:

Nombre del Cliente:

Observaciones:

1	CONSULTA DEL MEDICO EN REHABILITACION	120.00	120.00
CIENTO VEINTE PESOS Y 00/100 MXN \$		120.00	

Contigo y con rumbo pueblacapital.gob.mx

2ue Merio #201 Col San Baltazar Campeche C.P. 72

222) 2:14:00:00.

@Puebla-yto 3-H. Ayuntamiento de Puert
 FORM061/SMDIF/012224

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para aplicar eutanasia a los ejemplares equinos.
Objetivo:	Aplicar el sacrificio humanitario, de manera rápida, a fin de disminuir al máximo el dolor, sufrimiento, ansiedad y estrés.
Fundamento Legal:	• Norma Oficial Mexicana NOM-033-SAG/ZOO-2014 Métodos para dar muerte a los animales domésticos y silvestres. Apartado 6.2 • Ley de Bienestar del Estado de Puebla. Emitida el 05 de noviembre 2021 Honorable Congreso del Estado de Puebla. Artículo 40,42 y 43. • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF Artículo 46, fracciones II, III, IV, VI y IX •
Políticas de Operación:	1. El protocolo de emergencia de eutanasia para los ejemplares equinos será el siguiente: a. Se realizará una ficha informativa del estado de salud, donde diagnostica la gravedad y sugiere el procedimiento de eutanasia. b. La persona titular de la Coordinación solicitará autorización vía telefónica a la persona titular de la Dirección de Salud Integral y persona titular de la Dirección General del SMDIF para realizar el procedimiento de eutanasia. c. Si es autorizado el procedimiento se ejecutará. d. Una vez realizado el procedimiento, se solicitará la autorización y apoyo para llevar a cabo la inhumación del cuerpo.
Tiempo Promedio de Gestión:	Inmediato.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

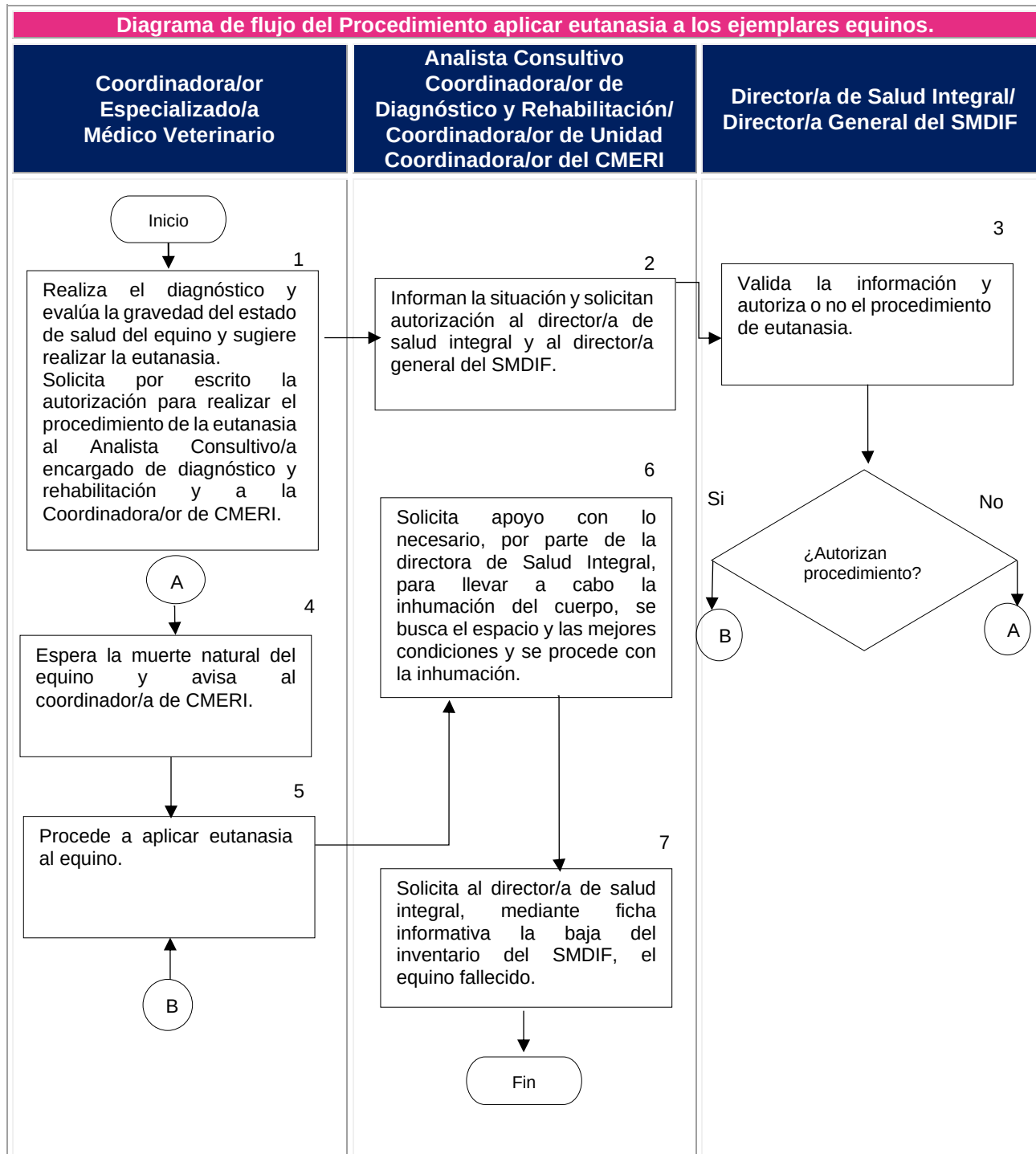
Descripción del Procedimiento: Para aplicar eutanasia a los ejemplares equinos.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Coordinadora/or Especializada/o Médico Veterinario	1	Realiza el diagnóstico y evalúa la gravedad del estado de salud del equino y sugiere realizar la eutanasia. Solicita por escrito la autorización para realizar el procedimiento de la eutanasia al Analista Consultivo/a encargado de diagnóstico y rehabilitación y a la Coordinadora/or de CMERI.		
Analista Consultivo Coordinadora/or de Diagnóstico y Rehabilitación/ Coordinadora/or de Unidad Coordinador/a del CMERI.	2	Informan la situación y solicitan autorización la persona titular de la dirección de salud integral y a la persona titular de la dirección general del SMDIF. - Si no es autorizado pasa a la actividad 4. - Si es autorizado pasa a la actividad 5.		
Director/a de Salud Integral/ Director/a General del SMDIF	3	Valida la información y autoriza o no el procedimiento de eutanasia.		
Coordinadora/or Especializado/a Médico Veterinario	4	Espera la muerte natural del equino y avisa a la Coordinadora/or de CMERI.		
Coordinadora/or Especializado/a Médico Veterinario	5	Procede a aplicar eutanasia al equino y pasa a la actividad 6.		
Analista Consultivo Coordinadora/or de Diagnóstico y Rehabilitación/ Coordinadora/or de Unidad Coordinar/a del CMERI	6	Solicita apoyo con lo necesario, por parte de la directora de Salud Integral, para llevar a cabo la inhumación del cuerpo, se busca el espacio y las mejores condiciones y se procede con la inhumación.		

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para aplicar eutanasia a los ejemplares equinos.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Analista Consultivo Coordinadora/or de Diagnóstico y Rehabilitación/ Coordinadora/or de Unidad Coordinar/a del CMERI	6	Solicita a la persona titular de la dirección de salud integral, mediante ficha informativa la baja del inventario del SMDIF, del equino fallecido. Fin del procedimiento.		

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para la inscripción e impartición de talleres de Inclusión Social.
Objetivo:	Talleres impartidos a personas con o sin discapacidad con el objetivo de promover estrategias que contribuyan en la conformación de una cultura de respeto e inclusión social de las personas con discapacidad, a través de actividades deportivas, artísticas, familiares, educativas y culturales.
Fundamento Legal:	- Programa Nacional para el Desarrollo de la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018. Estrategia 1.2, 1.4 - Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículos 1, 2, 7 y 8. - Plan Municipal de Desarrollo del Municipio de Puebla 2021 -2024. Programa 3, Estrategia 1, L.A 22; Estrategia 3, LA 27, 28 y 30. - Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF Artículo 46, fracciones II, III, IV, VI y IX.
Políticas de Operación:	- El taller será dirigido a personas con o sin discapacidad, cuidadores primarios, instituciones y asociaciones. - La solicitud de talleres para instituciones y/o asociaciones deberá hacerse con el llenado de un formato previamente solicitado al área de inclusión social y laboral. - El beneficiario solicitará informes al área de Inclusión Social, para saber la disponibilidad y horarios de los talleres. - El beneficiario acudirá al inicio del taller en la fecha establecida. - La duración de los talleres variará según el objetivo de cada uno. - El Usuario/o deberá asistir de manera constante a las sesiones y en el horario asignado cumpliendo el 90% de su asistencia. - El Taller podrá brindarse de forma presencial y/o en Línea - El Usuario/o deberá llenar la ficha de inscripción, que el área de Inclusión Social y Laboral otorgará. - Al finalizar el taller será otorgada una constancia de participación (Solamente aplica para Lengua de Señas Mexicana y Resiliencia).
Tiempo Promedio de Gestión:	Inmediato.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para la inscripción e impartición de talleres de Inclusión Social.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Coordinadora/o r técnica/o Talleristas /Analistas A Talleristas	1	Contactan a Instituciones para brindar información de los talleres y dar a conocer los requisitos.		
Institución	2	Envía formato de solicitud con todos los datos requeridos.	Formato de solicitud FORM. 667/SMDIF/0424 24	Original
Analista Consultiva/o Coordinadora/o r de Inclusión Social y Laboral	3	Recibe el formato y da indicaciones al tallerista para otorgar continuidad a la solicitud.		
Coordinadora/o r técnica/o Talleristas /Analistas A Talleristas	4	Revisa la disponibilidad de horarios y fechas, para informar a la institución los días que se impartirá el taller y envía ficha de registros para los Usuaría/os interesados.	Ficha de registro FORM. 1303/SMDIF/102 224	Original
Institución	5	Informa a los Usuaría/os del taller de acuerdo con los horarios establecidos, modalidad y da a conocer la ficha de registro como requisito para ingresar a los talleres.		
Usuaría/o	6	Llena la ficha de registro como requisito para recibir el servicio, el cual deberá ser entregado de forma presencial o en línea al responsable del taller.	Ficha de registro FORM. 1303/SMDIF/10222 4	Original
Coordinadora/o r técnica/o Talleristas /Analistas A Talleristas	7	Recibe la ficha de registro y realiza la lista de asistencia para dar inicio al taller el cual podrá ser de forma presencial o en línea.	Lista de Asistencia FORM. 1073- A/SMDIF/112224 Ficha de registro FORM. 1303/SMDIF/10222 4	Original y/o Digital

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

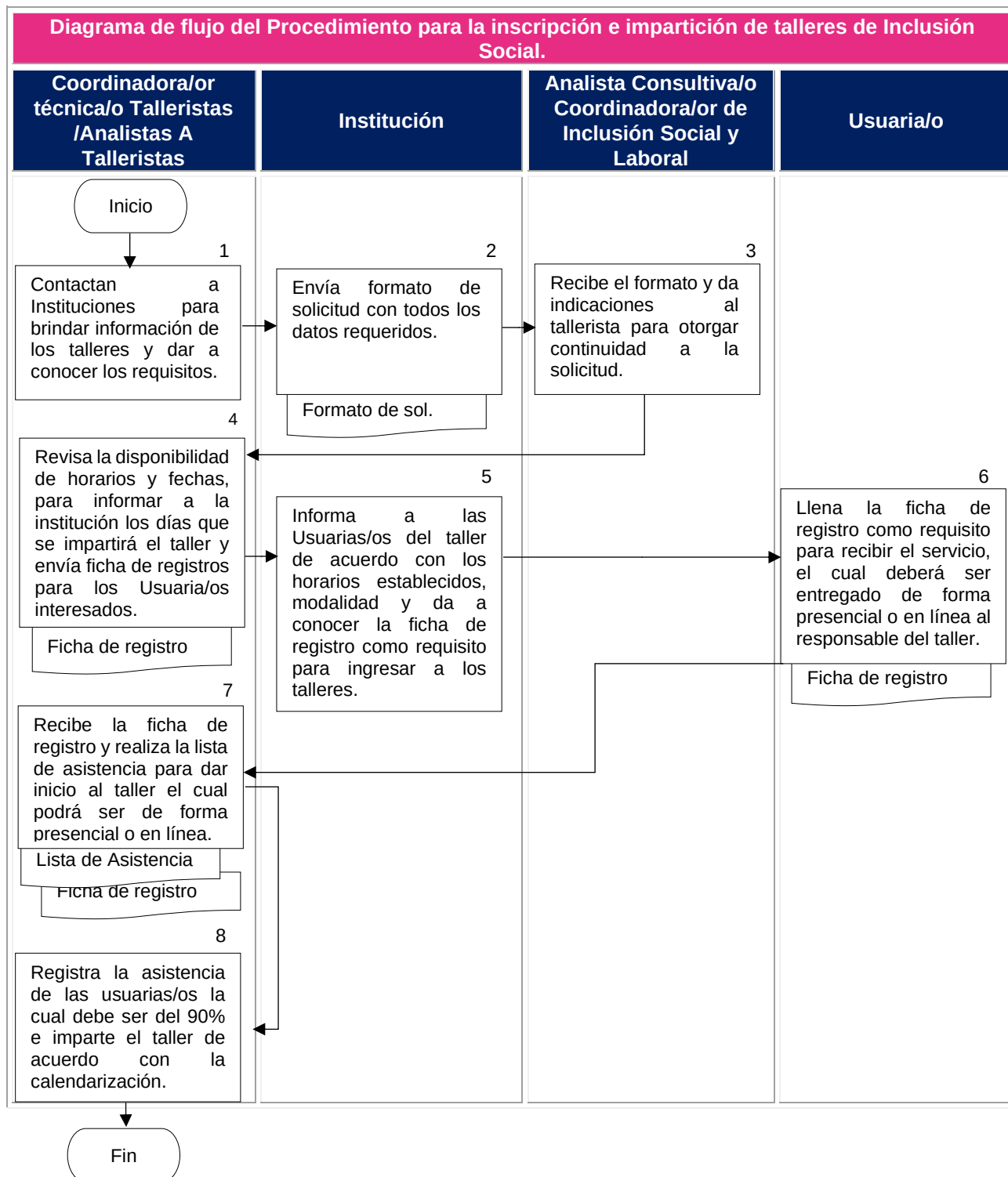
Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para la inscripción e impartición de talleres de Inclusión Social.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
	8	Registra la asistencia de las usuarias/os la cual debe ser del 90% e imparte el taller de acuerdo con la calendarización. Termina procedimiento.		

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos para la inscripción e impartición de talleres de Inclusión Social.

FORMATO DE SOLICITUD

FORM. 667/SMDIF/042424



**AYUNTAMIENTO
DE PUEBLA**

Sistema
Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Coordinación del CMERI*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables"

FORMATO DE SOLICITUD DE TALLER

Fecha: ____/____/____

1. Tipo de Actividad:
Evento () Taller () Plática () Capacitación () Otro _____
2. Nombre de la actividad que requiere:
3. Número de personas que asistirán a la actividad:
4. Fechas en las que requiere la actividad:
5. Modalidad en la que requiere la actividad:
Línea () Presencial ()
6. En caso de solicitar la actividad de manera presencial, lugar donde se realizara:
7. Nombre y teléfono de la persona responsable que solicita la actividad:

Firma del solicitante

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

LISTA DE ASISTENCIA.
FORM. 1073-A/SMDIF/112224



*Dirección de Salud Integral
Departamento de la Coordinación del CMERI
Área: Inclusión Social y Laboral*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

LISTA DE ASISTENCIA

Nombre del Servicio:		Departamento:	
Responsable:		Periodo	Año

[illegible]

SIMBOLOGÍA			
Asistencia	A	Falta	F
Baja	B	Retardo	R
Justificada	J	Suspensión	S

Observaciones:

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

FICHA DE REGISTRO. FORM. 1303/SMDIF/102224

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

FICHA DE REGISTRO						FECHA:	
Tipo de Actividad:	Evento	()	Taller	()	Jornada	()	Capacitación
Nombre de la Actividad:							
Nombre del Departamento:	Coordinación del CMERI/ Inclusión social y laboral						
Responsable:							
Lugar:							

NO.	NOMBRE COMPLETO	SEXO	EDAD	FIRMA O HUELLA
1		Mujer () Hombre ()		
2		Mujer () Hombre ()		
3		Mujer () Hombre ()		
4		Mujer () Hombre ()		
5		Mujer () Hombre ()		
6		Mujer () Hombre ()		
7		Mujer () Hombre ()		
8		Mujer () Hombre ()		
9		Mujer () Hombre ()		
10		Mujer () Hombre ()		
11		Mujer () Hombre ()		

Total Mujeres	
Total Hombres	
Total Usuarios	

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para la inscripción e impartición del taller de Diseño Universal
Objetivo:	Concientizar a personas sin discapacidad, con el objetivo de que brinden un trato digno a personas con discapacidad, a partir de estrategias desde el modelo de inclusión social, que serán impartidas en el taller.
Fundamento Legal:	- Plan Municipal de Desarrollo del Municipio de Puebla 2021 -2024. Programa 3, Estrategia 1, L.A 22; Estrategia 3, LA 27, 28 y 30 - Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF Artículo 46, fracciones II, III, IV, VI y IX - Programa Nacional para el Desarrollo de la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018. Estrategia 5.4.1,5.4.10 - Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículo 1, 2, 7 y 8.
Políticas de Operación:	- La usuaria/o solicitará información vía telefónica o presencial en las instalaciones del CMERI. - Presentará el formato de solicitud vía correo electrónico o de manera física. - Para la impartición del taller será indispensable un mínimo de 15 personas y un máximo de 30 personas. - Se requerirá una edad mínima para tomar el taller de 16 años. - El taller se realizará en un solo día y tendrá una duración de 2 horas. El horario será establecido en colaboración con la coordinación de Inclusión Social y Laboral. - El horario disponible para impartir el taller podrá variar de 09:00 a las 16:00 horas. - La usuaria/o deberá hacer el uso adecuado de los aparatos ortopédicos y materiales que se emplean en las actividades del taller. - En lugares externos al CMERI, se evaluarán las instalaciones donde se llevará a cabo el taller para conocer la viabilidad de la realización del mismo.
Tiempo Promedio de Gestión:	Inmediato.

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

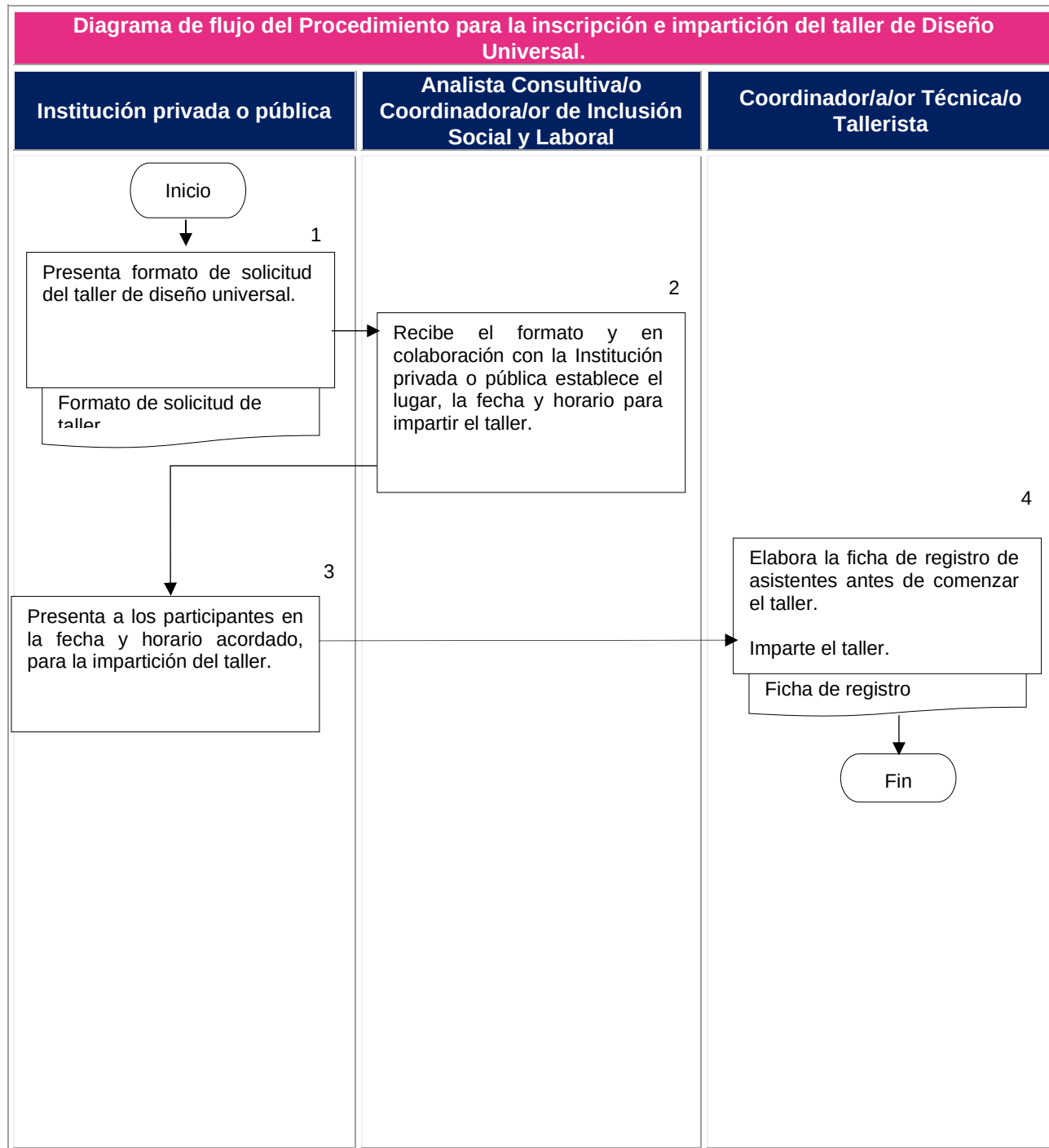
Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para la inscripción e impartición del taller de Diseño Universal.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Institución privada o pública	1	Presenta formato de solicitud del taller de diseño universal.	Formato de solicitud de taller FORM. 667/SMDIF/04242 4	Original
Analista Consultiva/o Coordinadora/or de Inclusión Social y Laboral	2	Recibe el formato y en colaboración con la Institución privada o pública establece el lugar, la fecha y horario para impartir el taller.		
Institución privada o pública	3	Presenta a los participantes en la fecha y horario acordado, para la impartición del taller.		
Coordinadora/or Técnica/o Tallerista	4	Elabora la ficha de registro de asistentes antes de comenzar el taller. Imparte el taller Fin del procedimiento.	Ficha de registro FORM. 1303/SMDIF/1022 24	Original

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instructivo de llenado

FORMATO DE SOLICITUD DE TALLER

FORM. 667/SMDIF/042424



**AYUNTAMIENTO
DE PUEBLA**

Sistema
Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Coordinación del CMERI*

*"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en
posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables"*

FORMATO DE SOLICITUD DE TALLER

Fecha: ____/____/____

1. Tipo de Actividad:

Evento () Taller () Plática () Capacitación () Otro _____

2. Nombre de la actividad que requiere:

3. Número de personas que asistirán a la actividad:

4. Fechas en las que requiere la actividad:

5. Modalidad en la que requiere la actividad:

Línea () Presencial ()

6. En caso de solicitar la actividad de manera presencial, lugar donde se realizara:

7. Nombre y teléfono de la persona responsable que solicita la actividad:

Firma del solicitante

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

FICHA DE REGISTRO. FORM. 1303/SMDIF/102224

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

FICHA DE REGISTRO						FECHA:	
Tipo de Actividad:	Evento	()	Taller	()	Jornada	()	Capacitación
Nombre de la Actividad:							
Nombre del Departamento:	Coordinación del CMERI/ Inclusión social y laboral						
Responsable:							
Lugar:							

NO.	NOMBRE COMPLETO	SEXO	EDAD	FIRMA O HUELLA
1		Mujer () Hombre ()		
2		Mujer () Hombre ()		
3		Mujer () Hombre ()		
4		Mujer () Hombre ()		
5		Mujer () Hombre ()		
6		Mujer () Hombre ()		
7		Mujer () Hombre ()		
8		Mujer () Hombre ()		
9		Mujer () Hombre ()		
10		Mujer () Hombre ()		
11		Mujer () Hombre ()		

Total Mujeres	
Total Hombres	
Total Usuarios	

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar servicios en la Unidad de Tecnología Educativa para Personas con Discapacidad (UTEPD)
Objetivo:	Ofrecer estrategias encaminadas a la inclusión educativa de personas con discapacidad visual, auditiva, motriz, intelectual o psicosocial, a través del uso de Tecnologías del Aprendizaje y el Conocimiento (TACS) y material didáctico, contribuyendo a mejorar su calidad de vida en condiciones de equidad.
Fundamento Legal:	- Plan Municipal de Desarrollo del Municipio de Puebla 2021 - 2024. Programa 3, Estrategia 1, L.A 22; Estrategia 3, LA 27, 28 y 30 - Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF Artículo 46, fracciones II, III, IV, VI y IX - Programa Nacional para el Desarrollo de la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018. Estrategia 4.2. - Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículos 1, 2,3, 8, 14, 15, 32,33 y 34.
Políticas de Operación:	- Toda persona que solicite el servicio del área será atendida con respeto y amabilidad, brindando la información necesaria. - Para otorgar los servicios de la UTEPD, el solicitante deberá agendar cita de valoración con la encargada/o de la UTEPD. - El Usuario/o deberá firmar los siguientes documentos que integrarán parte de su expediente: - Carta de consentimiento informado. - Lineamientos para el uso de servicio de la UTEPD. - Carta Responsiva. - La usuaria/o deberá contar con requisitos indispensables como son la Valoración Inicial del Paciente y Ficha de inscripción debidamente requisitada - La usuaria/o deberá comprometerse a asistir a las sesiones, en la fecha y hora asignada. - El estudio socioeconómico por parte del área de trabajo social determina el costo que se le asignará a la usuaria/o para el pago de las sesiones. - La edad de atención para las usuarias/os será de 3 a 59 años escolarizados y no escolarizados.
Tiempo Promedio de Gestión:	15 días hábiles.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

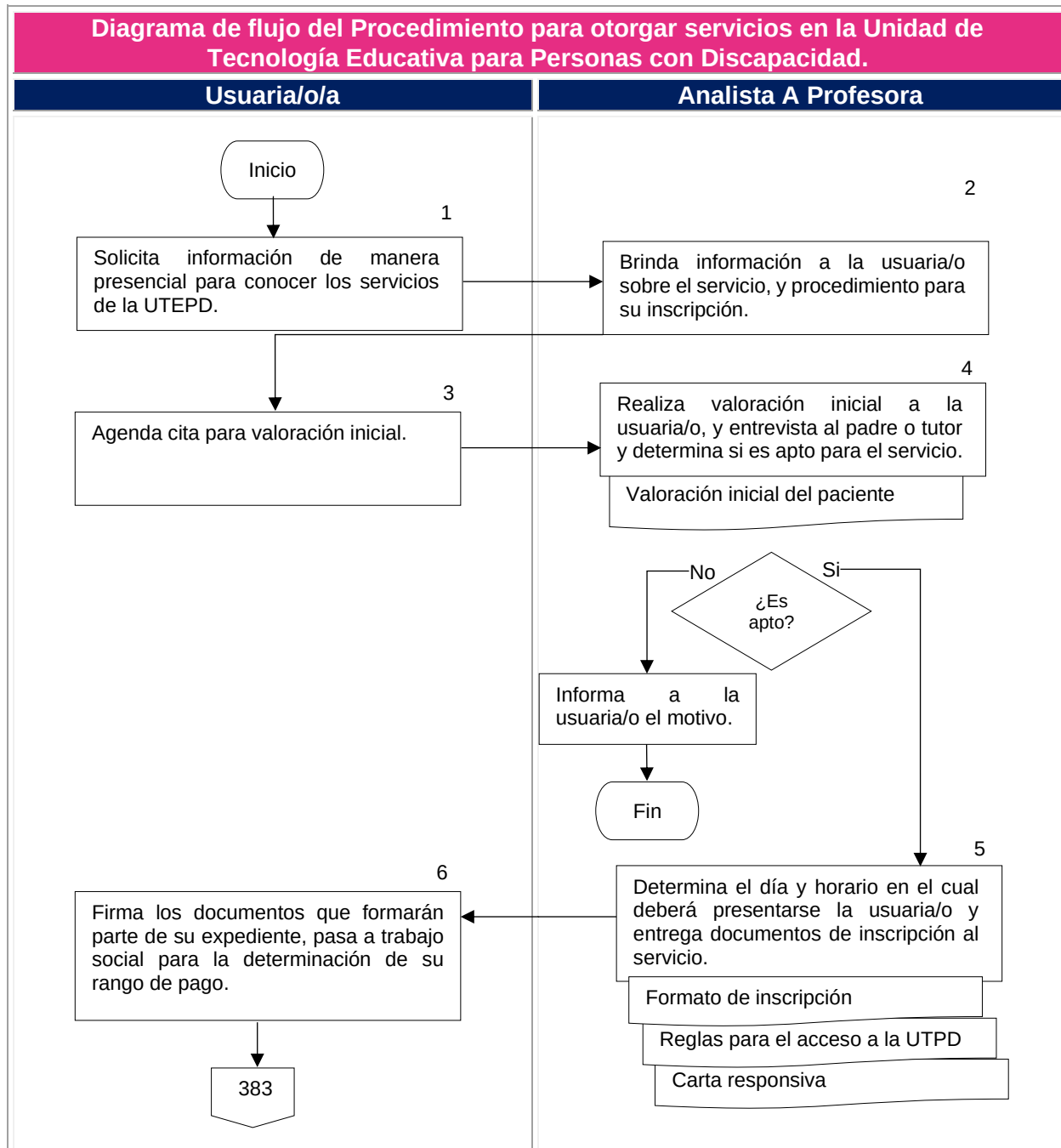
Descripción del Procedimiento: Para otorgar servicios en la Unidad de Tecnología Educativa para Personas con Discapacidad.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Solicita información de manera presencial para conocer los servicios de la UTEPD.		
Analista A Profesora	2	Brinda información a la usuaria/o sobre el servicio, y procedimiento para su inscripción.		
Usuaría/o	3	Agenda cita para valoración inicial.		
Analista A Profesora	4	Realiza valoración inicial a la usuaria/o, y entrevista al padre o tutor y determina si es apto para el servicio: • Si es apto, continúa en la actividad 5. • Si no es apto informa al Usuaría/o/a el motivo y Fin del procedimiento.	Valoración inicial del paciente FORM. 1090/SMDIF/062224	Original
Analista A Profesora	5	Determina el día y horario en el cual deberá presentarse el Usuaría/o/a y recaba las firmas en la carta de consentimiento informado, los lineamientos para el uso de servicio de la UTEPD, responsiva de tratamiento y formato de inscripción al servicio.	Ficha de Inscripción FORM.1081/SM DIF/062224 Reglas para el acceso a la UTEPD FORM.683/SM DIF/052424 Carta Responsiva FORM. 1087/SMDIF/062224	Originales
Usuaría/o	6	Firma los documentos que formarán parte de su expediente, pasa a trabajo social para la determinación de su rango de pago.		

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

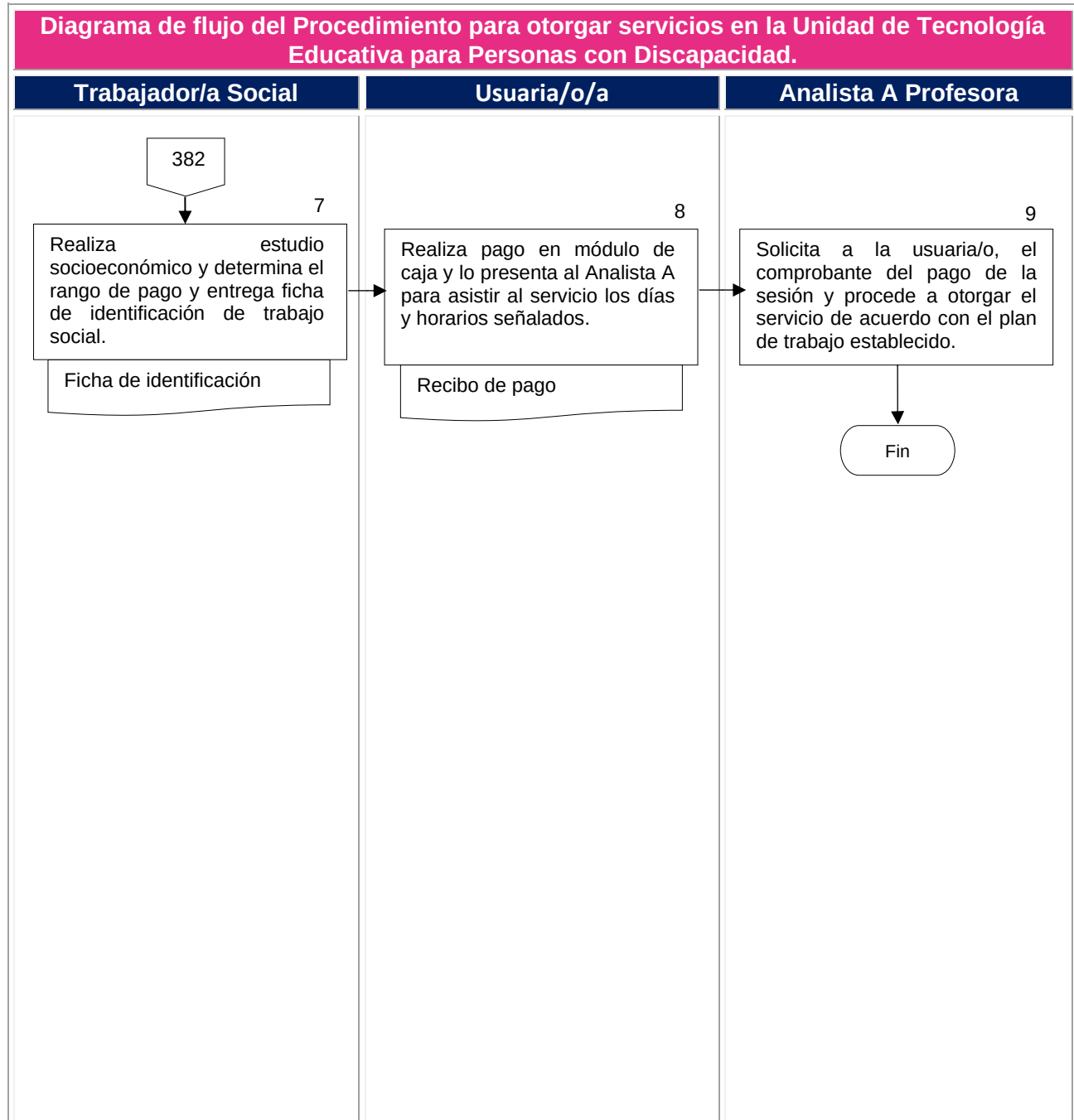
Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para otorgar servicios en la Unidad de Tecnología Educativa para Personas con Discapacidad.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Trabajadora/o r social	7	Realiza estudio socioeconómico y determina el rango de pago y entrega ficha de identificación de trabajo social.	Ficha de identificación de trabajo social FORM. 215/SMDIF/012 224	Original
Usuaría/o	8	Realiza pago en módulo de caja y lo presenta al Analista A para asistir al servicio los días y horarios señalados.	Recibo de pago FORM. 061/SMDIF/012 224	Original
Analista A Profesora	9	Solicita a la usuaria/o, el comprobante del pago de la sesión y procede a otorgar servicio al Usuaría/o/a de acuerdo con el plan de trabajo establecido. Termina procedimiento		

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instructivo de llenado

VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE FORM. 1090/SMDIF/062224



"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

Dirección de Salud Integral
Coordinación del CIMERI
Inclusión Social y Laboral

VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

Nombre del Usuario (a):	Edad:	Fecha:
Dx:	Evaluador (a):	
Escuela: Regular () Especial ()	Escolaridad:	

Conocimientos Generales	Adquirido	Refuerzo	Por Adquirir
Conceptos:			
Matemáticas:			
Lecto- Escritura:			

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Prolongación 11 sur #11901 Cuarta Sección Bío Parque Agua Santa C.P. 72490

Tel. (222) 2.41.56.09

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla
FORM.1090/SMDIF/062224



Capacidades cognitivas: -Atención -Memoria -Percepción -Razonamiento			
--	--	--	--

Aceptado: SI () NO ()

Plan de trabajo:

Nombre y firma del Evaluador (a)

Nombre y firma del....

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Prolongación 11 sur #11901 Cuarta Sección Bío Parque Agua Santa C.P. 72490

Tel. (222) 2.41.56.09

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla
FORM.1090/SMDIF/062224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

REGLAS PARA EL ACCESO A LA UNIDAD DE TECNOLOGÍA EDUCATIVA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD FORM.683/SMDIF/052424



**AYUNTAMIENTO
DE PUEBLA**

Sistema
Municipal
DIF

**Dirección de Salud Integral
Coordinación del CMERI
Inclusión Social y Laboral**

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

REGLAS PARA EL ACCESO A LA UNIDAD DE TECNOLOGÍA EDUCATIVA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Cuatro veces Heroica Puebla de Zaragoza a _____

1. Para la inscripción al área se deberá entregar documentos requeridos, en apego al proceso de inscripción.
2. Se deberá respetar el horario que se asignó al usuario, en el entendido de la consecuencia en caso de no hacerlo.
3. Para generar un espacio que permita la concentración de los usuarios, la puerta del área permanecerá cerrada hasta el final de la sesión.
4. Cada tres meses se realizará una evaluación al usuario, en la cual se determinarán los avances que se han obtenido en el tiempo indicado, en base a los resultados la maestra determinará si es necesario continuar con las sesiones o si se dará de alta al usuario.
5. Se deberá traer una libreta a cada una de las sesiones que le correspondan y cumplir con las tareas asignadas, de lo contrario podrá ingresar a la sesión, pero con falta.
6. Cumplir con el mínimo de 90% de asistencia y avisar en caso de tener que faltar.
7. Informar acerca de los cambios importantes en la vida de su hijo (a), así como cualquier duda o inquietud relacionada con el mismo.
8. Sera motivo de baja del servicio al tener tres faltas injustificadas. Para poder justificar la inasistencia se tendrá que dar aviso, mínimo con una hora de anticipación del horario establecido de la sesión.
9. Solo se aceptarán un máximo de tres justificaciones que pueden ser por motivos escolares, enfermedad o causas de fuerza mayor, presentando un documento que avale la situación en cuestión.
10. En caso de daño al material e inmobiliario del área el padre o tutor se hará responsable de la reposición.
11. Dar cumplimiento a la norma de higiene y seguridad correspondida.

A T E N T A M E N T E

Nombre y firma del padre o tutor

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

FICHA DE INSCRIPCIÓN FORM.1081/SMDIF/062224



Sistema Municipal
DIF

**Dirección de Salud Integral
Coordinación del CMERI
Inclusión Social y Laboral**

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

FICHA DE INSCRIPCIÓN A TALLER

TALLER/SERVICIO: _____		FECHA: _____	
NOMBRE: _____			
SEXO:	Hombre ()	Mujer ()	EDAD: _____
TELÉFONO:	_____		CELULAR: _____
CORREO ELECTRÓNICO:	_____		
DOMICILIO:	_____		
OBSERVACIONES:	_____		
Nombre y Firma _____			

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Prolongación 11 sur #11901 Cuarta Sección Bio Parque
Agua Santa C.P. 72490



Tel. (222) 2.41.56.09



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1081/SMDIF/062224

RECIBO DE PAGO FORM. 061/SMDIF/012224



**Dirección Administrativa
Departamento de Recursos Financieros**

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

R.F.C. SMD-930308-BU6

Fecha: 19/4/2024

Folio SAP: _____

Nombre del Cliente: _____

Observaciones: _____

1	CONSULTA DEL MEDICO EN REHABILITACIÓN	120.00	120.00
CIENTO VEINTE PESOS Y 00/100 MXN \$		120.00	

Contigo y con rumbo pueblacapital.gob.mx

Pue. Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche C.P. 72

Tel: (222) 2.41.56.09

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.061/SMDIF/012224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE TRABAJO SOCIAL FORM. 215/SMDIF/012224

Puebla
Contigo y con rumbo
Gobierno Municipal

Sistema Municipal
DIF

*Dirección General
Subdirección de Vinculación y Apoyo Técnico
Departamento de Atención Ciudadana y Gestión Social*

Folio:

**TRABAJO SOCIAL
FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Porcentaje asignado: _____

Servicio: _____

Fecha: _____
*favor de enmarcar.
FORM.215/SMDIF/012224

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Av. Cue Merlo #201 Col. San Baltazar Campeche
C.P. 72550

Tel. (222) 2-14.00.00

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla

CARTA RESPONSIVA DE SERVICIOS DE LA UTEPD FORM. 1087/SMDIF/062224

Puebla
Contigo y con rumbo
Gobierno Municipal

Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Coordinación del CMERI
Inclusión Social y Laboral*

Los datos registrados en el presente formato están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

CARTA RESPONSIVA DE SERVICIOS DE LA UTEPD

Por este conducto **DOY POR ENTENDIDO** que recibí la valoración y explicación de las actividades a realizar en el área de la UTEPD.

Me comprometo a **RESPETAR** las citas que me otorgue el personal del SMDIF, presentarme con la tarjeta de citas vigente y acudir a todos los servicios a donde sea canalizado.

Datos del Usuario		
Nombre del Usuario: _____		
Diagnóstico: _____	Sexo: M () F ()	No. de Expediente: _____
Domicilio: _____		
Colonia: _____	C.P.: _____	Teléfono: _____

Favor de responder con una "X" si el usuario presenta los siguientes síntomas o enfermedades que deban ser tomados en cuenta para determinar si es candidato a recibir los servicios de la UTEPD:

Enfermedad o Síntomas	SI	NO	¿Está recibiendo tratamiento? y ¿Qué medicamento/s toma?
Epilepsia			
Hipotensión (presión baja)			
Hipertensión (presión alta)			
Hipoglucemia (niveles de azúcar en sangre bajos)			
Hiperglucemia (niveles de azúcar en sangre altos)			
Convulsiones			
Vértigo			
Otro que impida la atención de la UTEPD			

Hago constar que la información aquí referida es verídica y deslindo al Sistema Municipal DIF de cualquier percance por motivo de omisión o falsedad en mi declaración.

Cuatro Vices Heroica Puebla de Zaragoza, a _____ de _____ de 202__.

Firma del usuario (a) _____ Firma del padre o tutor (a) _____

En caso de que el usuario (a) sea menor de edad o su capacidad no se lo permita, el padre o tutor (a) será responsable de dar el consentimiento para el plan de trabajo, así como será el encargado de firmar.

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Protección 11 sur #11001 Cuarta Sección Bio Parque
Agua Santa C.P. 72490

Tel. (222) 2-41.56.09

@PueblaAyto

H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1087/SMDIF/062224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para la inclusión laboral para personas con Discapacidad.
Objetivo:	Facilitar a personas con discapacidad el proceso de inclusión en la vida laboral, con el fin de promover su independencia económica, fomentar la igualdad de oportunidades, y contribuir a su desarrollo personal y profesional dentro de la sociedad.
Fundamento Legal:	• Convenciones sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU), Artículo 27 Fracción I. • Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 5. • Ley General para la inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículos 3 y 11. • Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014 – 2018, Estrategia 3.1, Línea de acción 3.1.5 y 3.1.6. • Plan Municipal de Desarrollo del Municipio de Puebla 2021 -2024. Programa 3, Estrategia 1, L.A 22; Estrategia 3, LA 27, 28 y 30 • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF Artículo 46, fracciones II, III, IV, VI y IX
Políticas de Operación:	1. El servicio se otorgará a personas con discapacidad a partir de 18 años de edad con actitud de trabajo y habilidades para desarrollarlo. 2. Las personas con discapacidad deberán solicitar el servicio de inclusión laboral. 3. El solicitante deberá cumplir con los siguientes requisitos: a. Solicitud de empleo elaborada o CV. b. Identificación Oficial Vigente. c. CURP d. Comprobante domiciliario (no mayor a tres meses de antigüedad) e. Certificado de discapacidad. f. Copia del último certificado de estudios (en caso de contar con este) g. Valoración psicológica (En caso de ser requerida) 4. El solicitante deberá firmar los siguientes documentos que formarán parte de su expediente: a. Carta compromiso de bolsa de trabajo b. Carta compromiso para Usuario/a con crisis convulsivas c. Carta Compromiso de Talleres de Capacitación Laboral d. Formato de inscripción para bolsa de trabajo.

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

	5. Se elaborará el plan de acción personalizado de la usuaria/o para la inclusión laboral, siendo indispensable su compromiso con el mismo para su alta en el programa de inclusión laboral. 6. Las oportunidades de empleo para su inclusión laboral serán acordes al perfil de el/la Usuaria/o/a (grado de estudio, habilidades, discapacidad, etc.) así como de la disponibilidad de vacantes. 7. La usuaria/o deberá atender las indicaciones y dar seguimiento a lo planteado en el plan de acción, de otra manera se dará de baja en la bolsa de trabajo.
Tiempo Promedio de Gestión:	6 meses.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para la inclusión laboral para personas con Discapacidad.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Coordinadora/or Técnica/o Administrativo	1	Establece el primer contacto con la usuaria/o mediante ferias de trabajo, asociaciones civiles, etc., a fin de informarle acerca del servicio de inclusión laboral, así como los documentos requeridos para su inscripción y costos de los talleres.		
Usuaría/o	2	Acude al área de inclusión laboral con la documentación requerida, para su inscripción al servicio de bolsa de trabajo.		
Coordinadora/or Técnica/o Administrativo	3	Revisa que la documentación esté completa y realiza una entrevista al Usuaría/o/a, para recabar datos de importancia referentes al proceso de inclusión laboral y recaba firma en los formatos que formarán parte de su expediente, carta compromiso de bolsa de trabajo, carta compromiso para crisis convulsiva (si aplica).	Formato de inscripción para bolsa de trabajo FORM.1301-B/SMDIF/052424 Carta compromiso de bolsa de trabajo FORM. 1302/SMDIF/102224 Carta compromiso para Usuaría/o con crisis convulsivas FORM. 1304/SMDIF/102224 Carta compromiso talleres de capacitación laboral FORM. 1075/SMDIF/062224	Originales
Usuaría/o	4	Firma los formatos que formarán parte de su expediente, carta compromiso de bolsa de trabajo, carta compromiso para crisis convulsiva (si aplica).		
Coordinadora/or Técnica/o Administrativo	5	Integra el expediente, con los documentos entregados por el Usuaría/o/a.		

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

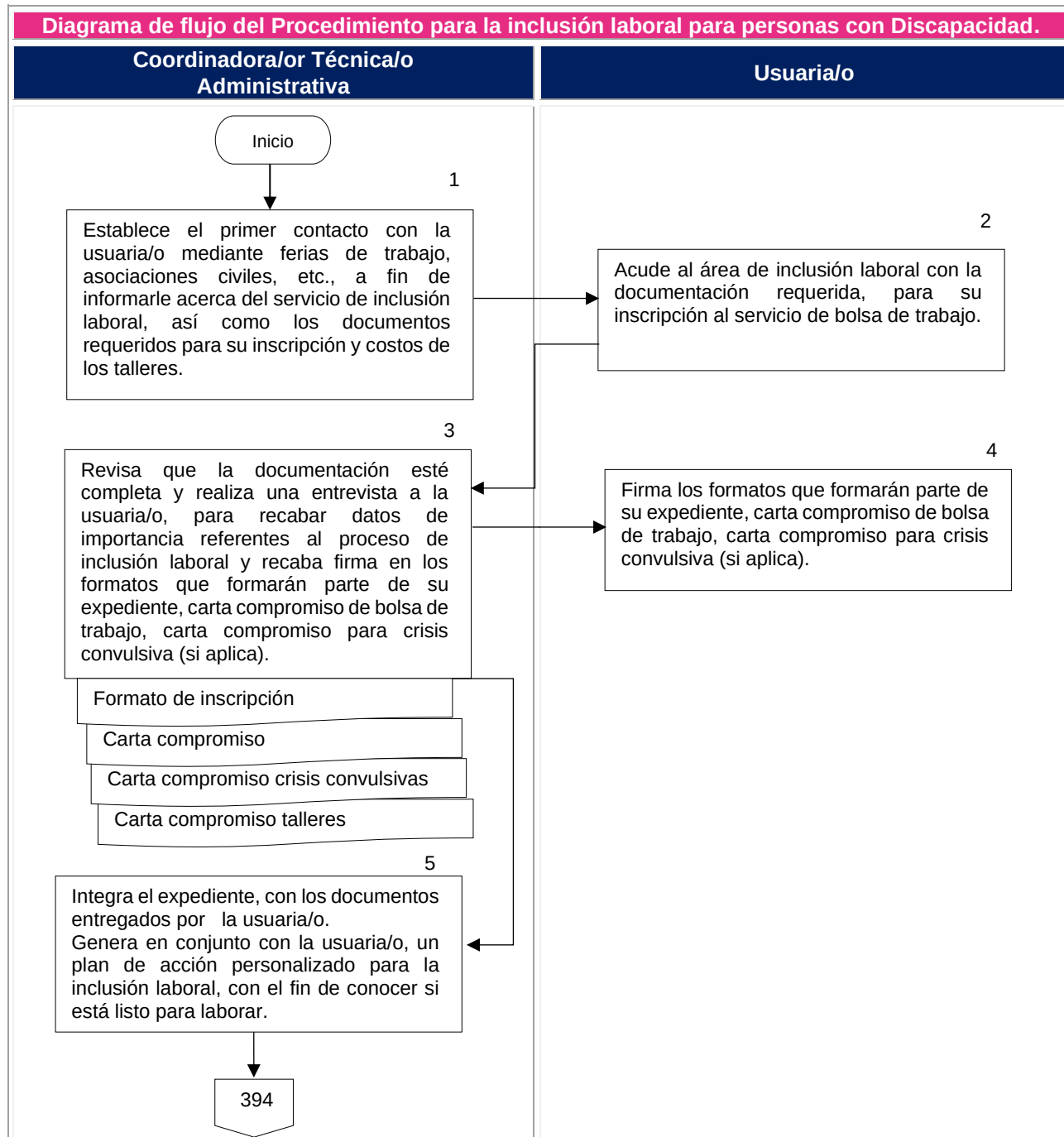
Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para la inclusión laboral para personas con Discapacidad.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
		Genera en conjunto con el Usuaría/o/a, un plan de acción personalizado para la inclusión laboral, con el fin de conocer si está listo para laborar: • Si está listo continua actividad 9. • Si no continua actividad 6.		
Coordinadora/or Técnica/o Administrativo	6	oferta los talleres de capacitación laboral al Usuaría/o		
Usuaría/o	7	Decide si continúa con el proceso de capacitación para la inclusión laboral o declina: • Si no continúa, termina el procedimiento • Si continúa, pasa a la actividad 8.		
Coordinadora/or Técnica/o Administrativo	8	Confirma al Usuaría/o/a su alta en la inscripción a la bolsa de trabajo, e inicia procedimiento de inscripción e impartición de talleres de capacitación laboral, a los cuales deberá presentarse.		
Coordinadora/or Técnica/o Administrativo	9	Busca, una vez finalizado el proceso de capacitación laboral, una vacante que empate con el perfil de la usuaria/o y se enviará su perfil a la empresa, previamente inscrita en Bolsa de Trabajo para generar la entrevista laboral con Recursos Humanos de la empresa interesada en la inclusión.		
Usuaría/o	10	Asiste a la entrevista en la fecha y hora acordadas. De no asistir a la entrevista, Fin del procedimiento.		

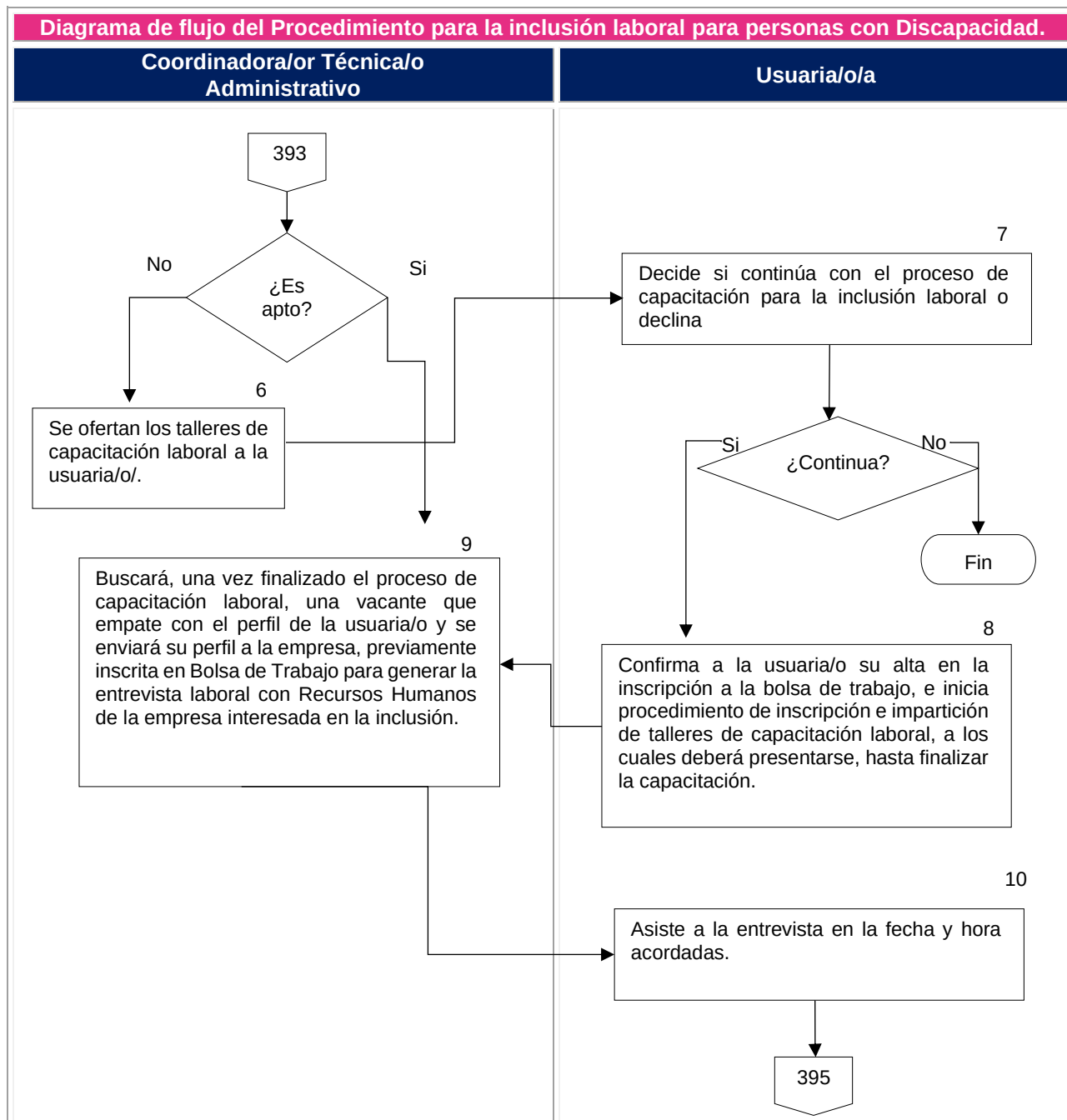
Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para la inclusión laboral para personas con Discapacidad.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Empresa	11	Inicia la selección de los perfiles adecuados a sus necesidades e informa por correo electrónico o vía telefónica al Coordinador Técnico si el aspirante fue o no aceptado.		
Coordinadora/or Técnica/o Administrativo	12	Recibe decisión de la empresa: • Si es aceptado informa al Usuaría/o/a la decisión de la empresa, continua actividad 14 • Si no es aceptado continua actividad 13.		
Coordinadora/or Técnica/o Administrativo	13	Incorpora al Usuaría/o/a en bases de datos de bolsa de trabajo y regresa actividad 9		
Coordinadora/or Técnica/o Administrativo	14	Genera la inclusión, confirma con la empresa y le solicita una carta de inclusión laboral.		
Usuaría/o	15	Se incorpora a laborar.		
Empresa	16	Entrega la carta de inclusión laboral del Usuaría/o/a al Coordinadora/or Técnica/o administrativo.	Carta de Inclusión Laboral	Original
Coordinadora/or Técnica/o Administrativo	17	Recibe Carta de inclusión laboral del Usuaría/o/a, agrega a su expediente y realiza seguimiento puntual de la inclusión. Fin del procedimiento	Reporte de seguimiento de Usuaría/o y empresa. FORM. 1086/SMDIF/062224	Original

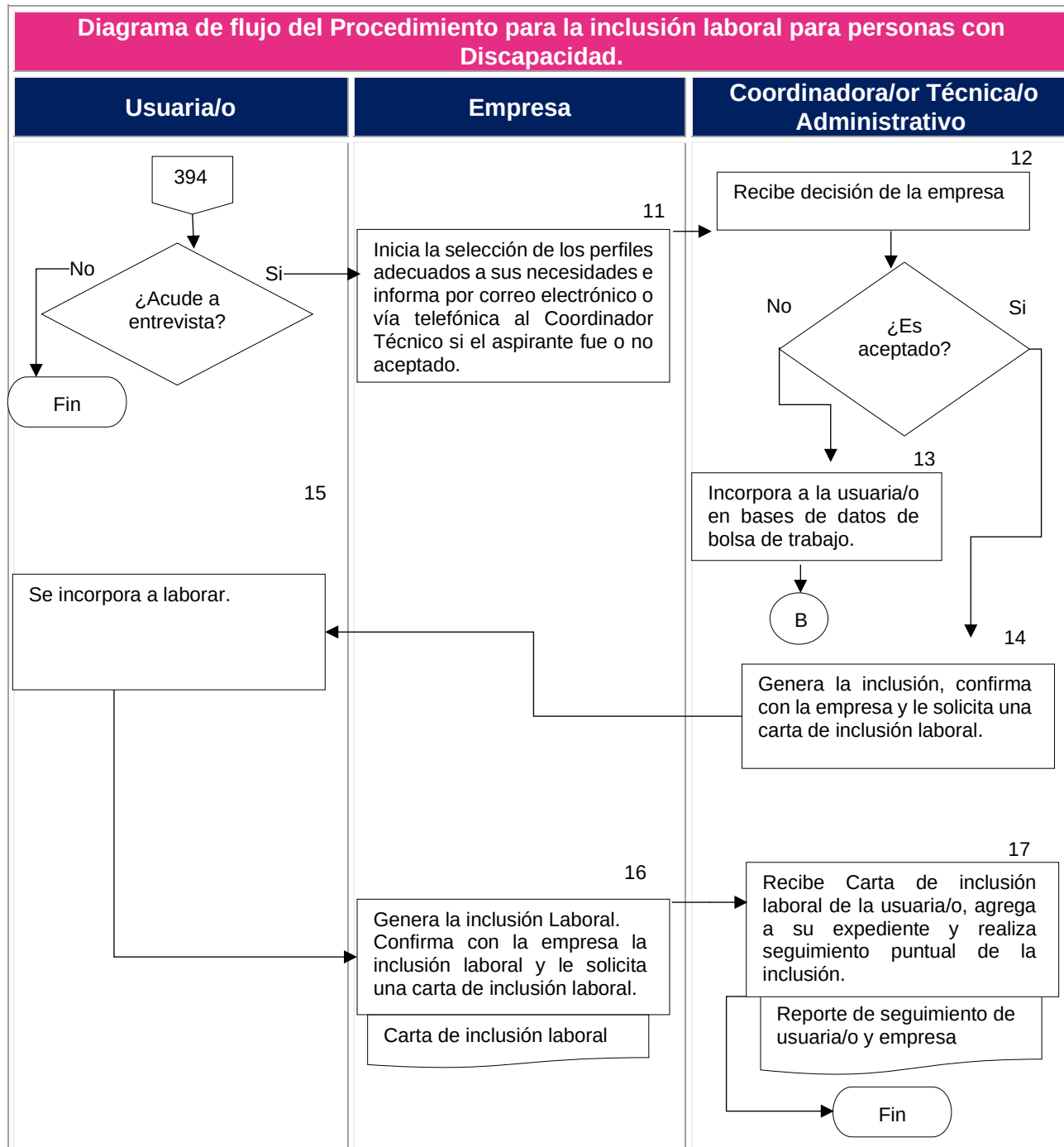
Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instructivo de llenado

FORMATO DE INSCRIPCIÓN PARA BOLSA DE TRABAJO. FORM.1301-B/SMDIF/052424



**AYUNTAMIENTO
DE PUEBLA**

Sistema
Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Departamento de la Coordinación de CMERI
Inclusión Social y Laboral*

*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos

FORMATO DE INSCRIPCIÓN PARA BOLSA DE TRABAJO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL (LA) USUARIO (A)				FOTO
Fecha:				
Nombre (s):				
Apellido paterno:		Apellido materno:		
Edad:	Sexo:	Tel:	Cel:	
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento:		
E-mail:		Ocupación:		
CURP:		RFC:		
				FOLIO
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DOMICILIARIA				
Domicilio:		N°. ext.:	C.P.:	
Colonia:	Municipio:	Junta Auxiliar:		
Entre calles:		Localidad:		
DATOS DE CONTACTO				
Nombre:		Parentesco:		
Domicilio:		Tel. Casa:		
Tel. celular:		Correo electrónico:		
Lugar de trabajo:		Tel. de oficina:		
Nombre:		Parentesco:		
Domicilio:		Tel. Casa:		
Tel. celular:		Correo electrónico:		
Lugar de trabajo:		Tel. de oficina:		
DOCUMENTOS PARA ENTREGA				
Solicitud de empleo (original)	☐	CURP (copia)	☐	
Credencial de elector (copia)	☐	Último comprobante de estudios	☐	
Certificado de Discapacidad (copia)	☐	Comprobante de domicilio (copia)	☐	
Valoración psicológica (Copia) *En caso de ser requerido	☐	Carta compromiso (original)	☐	

Prolongación 11 sur #11901 Cuarta Sección Bio Parque Agua Santa, C.P. 72490 Puebla, Pue. / Teléfono: 2222415609

FORM.1301-B/SMDIF/052424

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



**AYUNTAMIENTO
DE PUEBLA**

Sistema
Municipal
DIF

DATOS DE DISCAPACIDAD			
Tipo de discapacidad:		Causas de la discapacidad:	
Visual		Gestación	Especificaciones:
Auditiva		Nacimiento	
Intelectual		Accidente	
Motriz		Enfermedad	
Psicosocial			
Enfermedad:			
Tipo de sangre:			
Alérgico (a):		Medicamento que toma:	
Qué tiempo tiene tomándola y cada cuánto:			
Afiliado (a):		No de afiliación:	
Grado de estudios:		Puesto de interés:	
Limitaciones en función:			
Habilidades:			
Experiencia:			
Observaciones:			
Pruebas aplicadas:			
Tipo de Perfil:			
Plan de acción:			
Capacitación:			
Estatus:			
Observación socio-familiar:			

Prolongación 11 sur #11901 Cuarta Sección Bio Parque Agua Santa, C.P. 72490 Puebla, Pue. / Teléfono: 2222415609

FORM.1301-B/SMDIF/052424

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

CARTA COMPROMISO DE BOLSA DE TRABAJO. FORM.1302/SMDIF/102224



Sistema Municipal
DIF

*Dirección de Salud Integral
Coordinación del CMERI
Inclusión Social y Laboral*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

CARTA COMPROMISO DE BOLSA DE TRABAJO

El (a) suscrito (a) C. _____, con
discapacidad _____, domicilio en _____
número telefónico _____, me identifico con _____
expedida por _____, y manifiesto de conformidad lo siguiente:

1. Me encuentro inscrito (a) desde el día _____ en la Bolsa de Trabajo
ofrece la Coordinación del CMERI a través del área de Inclusión Social y Laboral del SMDIF, es
totalmente gratuito que ofrece la Coordinación del CMERI a través del área de Inclusión Social y
Laboral, con la finalidad de lograr la inserción laboral.
2. Estar enterado (a) que el trámite de inscripción a la Bolsa de Trabajo que ofrece la Coordinación del
CMERI a través del área de Inclusión Social y Laboral del SMDIF, es totalmente gratuito.
3. Comprometerme a la entrega de los documentos solicitados para mi inscripción, en el entendido de
que la falta de algunos de ellos imposibilitará mi alta en la Bolsa de Trabajo, por lo cual no podré
integrarme al proceso de inclusión laboral.
4. Atender y seguir las indicaciones requeridas por el analista en su plan de acción, toda vez que las
mismas son elaboradas con base en el proceso de inclusión laboral. Estoy enterado (a) que al
incumplir lo establecido, seré dado de Baja de la Bolsa de Trabajo de inclusión laboral.
5. Aceptar que se comparta mi información con el objetivo de lograr la inclusión laboral.
6. Asistir de manera puntual y bien presentado a las entrevistas de trabajo que se agenden, en caso de
no hacerlo seré dado (a) de baja de la Bolsa de Trabajo.
7. Avisar, al momento de ser incluido laboralmente.

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Prolongación 11 sur #11001 Cuarta Sección Bío Parque
Agua Santa C.P. 72490



Tel. (222) 2.41.56.09



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1302/SMDIF/102224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

8. Actualizar mis datos de contacto cuando sea necesario, ya que en caso de ser contactado y los datos no fueran correctos seré dado (a) de baja de la Bolsa de Trabajo.
9. Responder al proceso de seguimiento.
10. Continuar en la búsqueda de vacantes y reportar en caso de localizar vacantes acorde a mi perfil, con el fin de generar mayor fluidez y mayores oportunidades de incorporarme pronto a la vida laboral.

ATENTAMENTE

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza, a ____ de ____ de 20__

C. _____

Nombre y firma

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx



Prolongación 11 sur #11901 Cuarta Sección Bío Parque
Agua Santa C.P. 72490



Tel. (222) 2-41-56-09



@PueblaAyto



H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1302/SMDIF/102224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

CARTA COMPROMISO PARA USUARIO/OS CON CRISIS CONVULSIVAS. FORM.1304/SMDIF/102224



*Dirección de Salud Integral
Coordinación del CMERI/
Inclusión Social y Laboral*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

CARTA COMPROMISO PARA USUARIO CON CRISIS CONVULSIVAS

El (a) suscrito (a) C. _____ tutor (a) de _____ con discapacidad _____, con domicilio en _____

y número telefónico _____, me identifico con _____ expedida por _____, y manifiesto de conformidad lo siguiente:

1. El (a) C. _____ presenta crisis convulsivas, mismas que pueden presentarse en cualquier momento, por lo cual al hacer uso de los servicios otorgados por la Coordinación del CMERI, deslindo al SMDIF de cualquier responsabilidad en caso de un accidente que pueda presentarse dentro de las instalaciones del Centro Municipal de Equinoterapia y Rehabilitación Integral, a causa de su condición.

ATENTAMENTE

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza, a _____

C. _____

Numero de Form.

Nombre y firma

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Prolongación 11 sur #11901 Cuarta Sección Bio Parque Agua Santa C.P. 72490

 Tel. (222) 2-41.56-09

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1304/SMDIF/102224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

REPORTE DE SEGUIMIENTO DE USUARIO/O Y EMPRESA. FORM.1086/SMDIF/062224

*Dirección de Salud Integral
Coordinación del CMERI
Inclusión Social y Laboral*

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

FORMATO REPORTE DE SEGUIMIENTO DE USUARIO Y EMPRESA

DATOS		
Nombre:	Folio BT Usuario:	
Discapacidad:	Fecha de Inclusión:	
Empresa:	Folio Empresa:	
Giro:	Estatus:	
Jefe (a) Directo:	Teléfono	
Fecha	Usuario	Empresa
Observaciones		
Desempeño		
Problemática		
Propuesta de solución		
Resultado		

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Prolongación 11 sur #11901 Cuarta Sección Bio Parque Agua Santa C.P. 72490

 Tel. (222) 2.41.56.09

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla
FORM.1086/SMDIF/062224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

CARTA COMPROMISO DE TALLERES DE CAPACITACIÓN LABORAL. FORM.1075/SMDIF/062224



**Dirección de Salud Integral
Coordinación del CMERI
Inclusión Social y Laboral**

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

CARTA COMPROMISO DE TALLERES DE CAPACITACIÓN LABORAL

El (a) suscrito (a) C. _____, con discapacidad _____, con domicilio en _____, número telefónico _____, me identifico con _____, expedida por _____, y manifiesto de conformidad lo siguiente:

1. Me encuentro inscrito (a) desde el día _____ de _____ del _____ en el Taller de Inclusión Socio Laboral _____ que ofrece la Coordinación del CMERI con la finalidad de lograr la inserción laboral.
2. Conocer que el costo del Taller de Capacitación Laboral es de \$ _____ (_____ pesos 00/100 M.N.) mensuales y que deberé realizar el pago y entregar la ficha correspondiente a más tardar los primeros 5 (cinco) días hábiles de cada mes, en caso contrario, no podré ingresar al Taller de Capacitación.
3. Asistir de manera puntual y constante a las clases, conforme al calendario de actividades aprobado y en el horario asignado.
4. Cubrir un 80% de asistencia mínima requerida del total de las clases impartidas para tener derecho a la constancia. En caso de ausencia, sólo se aceptarán justificantes médicos.
5. Ser puntual con la hora de entrada, por lo que sólo habrá 15 minutos de tolerancia, en caso de no respetarse este horario contará como falta.
6. Respetar las reglas que cada tallerista establezca.
7. Informar al tallerista, si tomo algún medicamento, de lo contrario al omitir dicha información, se me dará de baja.
8. El tallerista tiene prohibido el suministro de medicamentos hacia el usuario durante el horario de capacitación, en caso de ser necesario deberá el usuario proveérselo y tendrá que presentar la receta médica que lo justifique.
9. En caso de no asistir al taller de capacitación por enfermedad o causa de fuerza mayor, avisar anticipadamente al tallerista.
10. Presentarme aseado (a), con uñas cortas, bien peinado (mujeres con cabello recogido y hombres con cabello corto).
11. Presentarme desayunado (a), ya que sólo se darán 10 minutos para ingerir un refrigerio ligero. No será obligación del centro de capacitación proporcionar alimentos y bebidas.

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Prolongación 11 sur #11901 Cuarta Sección Bio Parque
Agua Santa C.P. 72490

 Tel. (222) 2.41.56.09

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla
FORM.1075/SMDIF/062224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

12. Cuidar y mantener ordenadas y limpias las instalaciones y el material de trabajo, durante y después del taller de capacitación.
13. El (a) usuario (a) se hace responsable por algún daño o deterioro por el mal uso de las instalaciones del Centro de Capacitación.
14. Guardar respeto, buen comportamiento y obediencia a las indicaciones del tallerista y un trato amable y cordial con los compañeros y personal del SMDIF, de lo contrario de acuerdo a la falta cometida se me sancionará.
15. Cumplir con todos los trabajos y tareas que el tallerista asigne.
16. Respetar el método de evaluación de los talleristas.
17. El centro de capacitación no se hará responsable en caso de accidente dentro de las instalaciones.
18. Tener derecho a recibir un trato amable, respetuoso y sin discriminación por parte del tallerista, de los compañeros y personal del SMDIF. En caso contrario, informar al área de Inclusión Social y Laboral para llevar a cabo las medidas pertinentes.

ATENTAMENTE

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza, a _____

C. _____ C. _____
Nombre y firma del (a) usuario (a) Nombre y firma del Padre o tutor (a)

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Prolongación 11 sur #11901 Cuarta Sección Bio Parque
Agua Santa C.P. 72490

 Tel. (222) 2.41.56.09

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla
FORM.1075/SMDIF/062224

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para la Vinculación de Empresas a la Bolsa de Trabajo.
Objetivo:	Informar, capacitar y sensibilizar al personal de las empresas con la finalidad de incluir en su plantilla laboral a personas con discapacidad.
Fundamento Legal:	• Convenciones sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU), Artículo 27 Fracción I. • Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 5. • Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículos 3 y 11. • Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014 – 2018, Estrategia 3.1, Línea de acción 3.1.5 y 3.1.6. • Plan Municipal de Desarrollo del Municipio de Puebla 2021 -2024. Programa 3, Estrategia 1, L.A 22; Estrategia 3, LA 27, 28 y 30 • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF Artículo 46, fracciones II, III, IV, VI y IX
Políticas de Operación:	1. La empresa deberá mostrar interés en la inclusión laboral y estar dispuesto a realizar las modificaciones necesarias. 2. Tener claro que, en el proceso de inclusión laboral, la persona incluida deberá tener los mismos derechos y obligaciones que un trabajador regular. 3. Deberá comprometerse a permitir la capacitación de los colaboradores enfocada al proceso de inclusión laboral de personas con discapacidad, mediante el taller de concientización. 4. Deberá comprometerse en el proceso de seguimiento y retroalimentación para vigilar el proceso de inclusión laboral.
Tiempo Promedio de Gestión:	Dependiendo de la oferta de vacantes vigentes.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para la Vinculación de Empresas a la Bolsa de Trabajo.

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Analista Consultiva/o Coordinadora/or de Inclusión Social y Laboral	1	Contacta a la empresa a través de ferias de trabajo, asociaciones civiles, o visitas para informar acerca del servicio de inclusión laboral, solicita una cita con la persona titular de la empresa para presentar el proceso de inclusión laboral beneficios fiscales y gubernamentales, (De manera presencial y/o virtual).		
Empresa	2	Recibe la información y analiza si acepta la capacitación: • Si acepta continua actividad 3 • Si no acepta, Fin del procedimiento.		
Analista Consultiva/o Coordinadora/or de Inclusión Social y Laboral	3	Se presenta el día y la hora acordada para brindar la capacitación a la empresa acerca del proceso de inclusión, beneficios fiscales y gubernamentales, (De manera presencial y/o virtual).		
Empresa	4	Se compromete a generar las facilidades necesarias para el proceso de inclusión laboral, así como tomar el taller de concientización.		
Coordinadora/or Técnica/o Administrativo	5	Elabora y entrega a la empresa, una propuesta de puestos laborales factibles a la inclusión laboral de acuerdo con sus instalaciones, actividades, etc. Y solicita una descripción de puestos viables de inclusión laboral.		
Empresa	6	Elabora y proporciona una descripción de puestos, basado en la propuesta previamente otorgada.		
Coordinadora/or Técnica/o Administrativo	7	Recibe las descripciones de puesto y envía vía correo electrónico los perfiles que cumplen con la descripción de puesto para ser valorados por la empresa e inicia con el procedimiento para la inclusión laboral para personas con Discapacidad.		

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

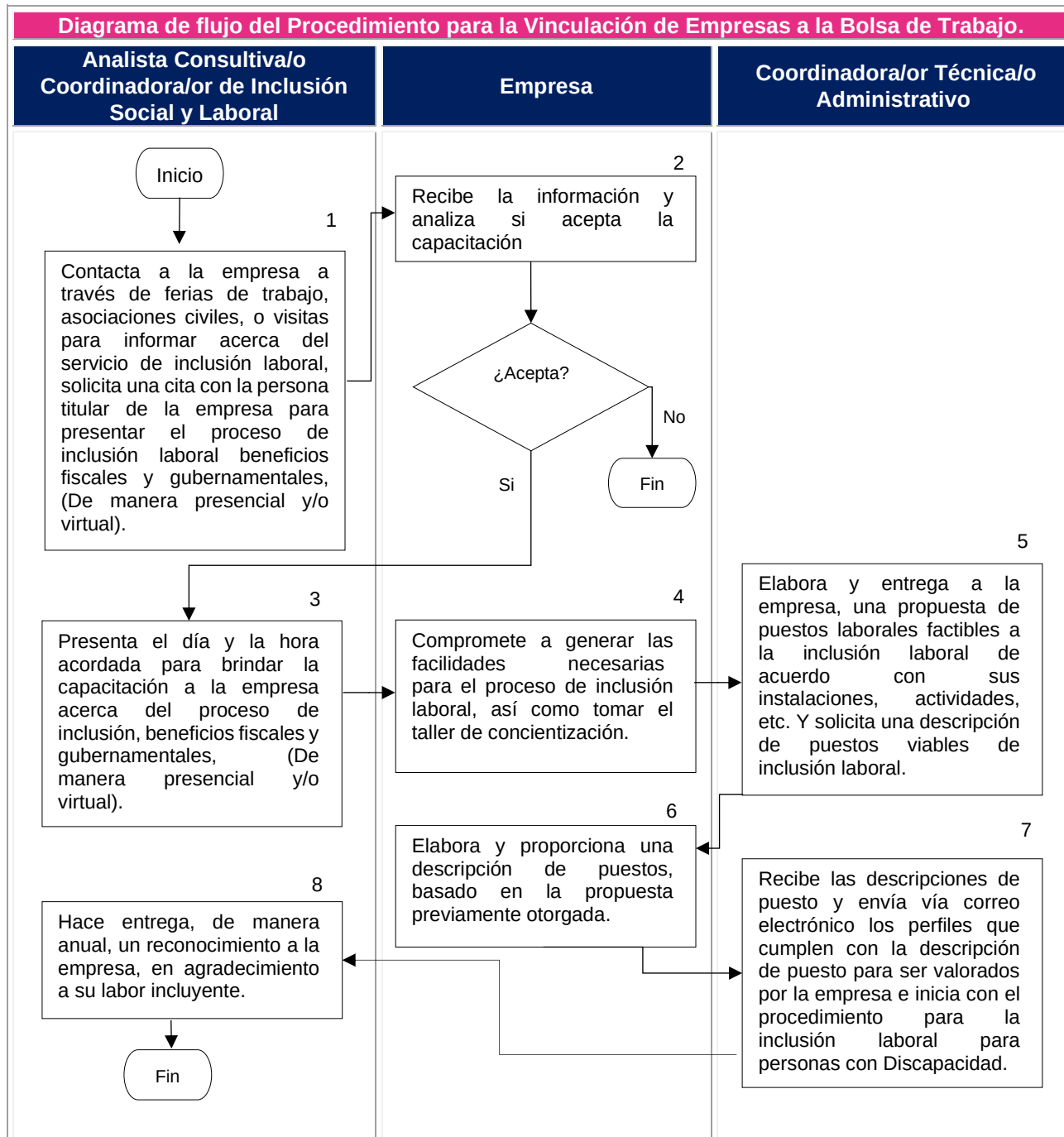
Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para la Vinculación de Empresas a la Bolsa de Trabajo.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Analista Consultiva/o Coordinadora/or de Inclusión Social y Laboral	8	Hace entrega, de manera anual, un reconocimiento a la empresa, en agradecimiento a su labor incluyente. Termina el procedimiento		

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para la inscripción e impartición de talleres de capacitación laboral.
Objetivo:	Proporciona herramientas que brinden mayores y mejores oportunidades laborales a las personas con discapacidad, a través de una capacitación personalizada, con el fin de mejorar sus habilidades y competencias, aumentar sus posibilidades de empleo y promover su integración efectiva en el mercado laboral.
Fundamento Legal:	• Convenciones sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU), Artículo 27 Fracción I. • Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 5. • Ley General para la inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículos 3 y 11. • Programa nacional para el desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014 – 2018, Estrategia 3.1, Línea de acción 3.1.5 y 3.1.6. • Plan Municipal de Desarrollo del Municipio de Puebla 2021 -2024. Programa 3, Estrategia 1, L.A 22; Estrategia 3, LA 27, 28 y 30 • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF Artículo 46, fracciones II, III, IV, VI y IX
Políticas de Operación:	1. El servicio estará dirigido a personas con discapacidad motriz, intelectual (leve y moderada), auditiva, psicosocial y visual. 2. La edad mínima permitida para el taller de computación será de 12 años, para los talleres de Gastronomía y Auxiliar general mientras que para la atención al Cliente SMDIF-OXXO es de 15 años. 3. Las personas con discapacidad deberán presentar la solicitud de inscripción al taller interesado. 4. En caso de ser mayor de edad deberá inscribirse a la Bolsa de Trabajo. 5. En caso de ser menores de edad deberán registrarse a los talleres con la siguiente documentación: a. CURP b. Comprobante de estudios (En caso de tenerlo) c. Certificado de Discapacidad d. Identificación vigente Oficial del tutor e. Comprobante domiciliario. 6. La usuaria/o deberá atender a las indicaciones del programa del taller de capacitación.

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

	7. El solicitante deberá firmar la carta compromiso que formará parte de su expediente. 8. La usuaria/o para incorporarse a los talleres, deberá cubrir la cuota establecida, de no hacerlo no se les permitirá el acceso a los talleres. 9. La usuaria/o ya incorporada a los talleres deberá asistir los días programados ya establecidos, en caso de tener un 20% de inasistencia injustificada, se le dará de baja en el proceso. 10. Los talleres tendrán una duración de 3 meses, con un horario de lunes a viernes de 08:00 a 14:00 horas.
	Tiempo Promedio de Gestión: Inmediato.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

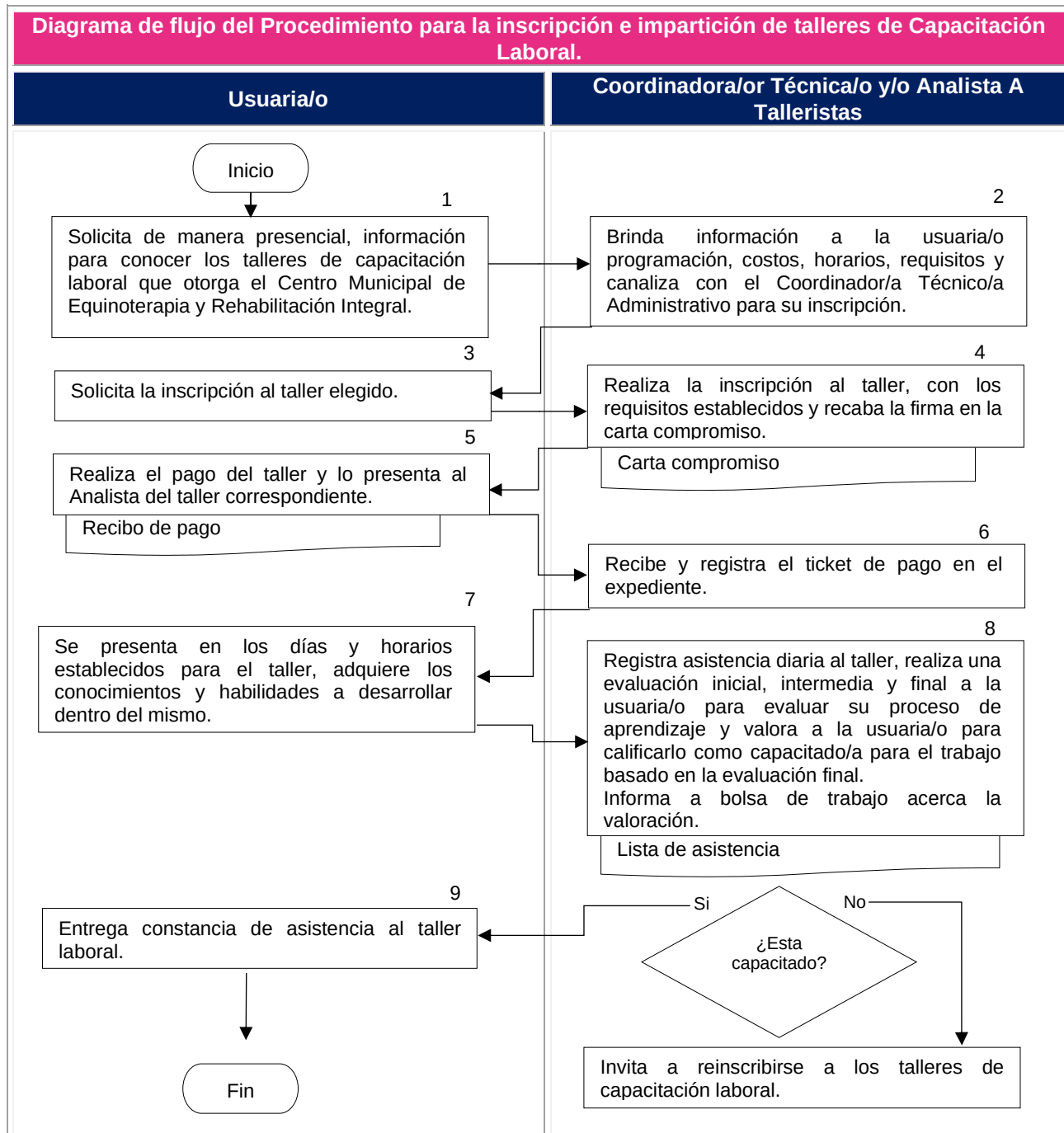
Descripción del Procedimiento: Para la inscripción e impartición de talleres de Capacitación Laboral.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría/o	1	Solicita de manera presencial, información para conocer los talleres de capacitación laboral que otorga el Centro Municipal de Equinoterapia y Rehabilitación Integral.		
Coordinadora/or Técnica/o y/o Analista A Talleristas	2	Brinda información al Usuaría/o, programación, costos, horarios, requisitos y canaliza con el Coordinadora/or Técnica/o Administrativo para su inscripción.		
Usuaría/o	3	Solicita la inscripción al taller elegido.		
Coordinadora/or Técnica/o y/o Analista A Talleristas	4	Realiza la inscripción al taller, con los requisitos establecidos y recaba la firma en la carta compromiso.	Carta Compromiso FORM. 1075/SMDIF/062224	Original
Usuaría/o	5	Realiza el pago del taller y lo presenta al Analista del taller correspondiente.	Recibo de pago FORM. 061/SMDIF/012224	Original
Coordinadora/or Técnica/o y/o Analista A Talleristas	6	Recibe y registra el ticket de pago en el expediente.		
Usuaría/o	7	Se presenta en los días y horarios establecidos para el taller, adquiere los conocimientos y habilidades a desarrollar dentro del mismo.		
Coordinadora/or Técnica/o y/o	8	Registra asistencia diaria al taller, realiza una evaluación inicial, intermedia y final al	Lista de Asistencia FORM.	Original

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Para la inscripción e impartición de talleres de Capacitación Laboral.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Analista A Talleristas		Usuaría/o/a para evaluar su proceso de aprendizaje y valora al Usuaría/o/a para calificarlo como capacitado/a para el trabajo basado en la evaluación final. Informa a bolsa de trabajo acerca de la valoración: • Si está capacitado/a continua actividad 9. • Si no está capacitado/a se invita a reinscribirse a los talleres de capacitación laboral y termina procedimiento.	1073-A/SMDIF/112224	
Coordinadora/or Técnica/o y/o Analista A Talleristas	9	Entrega constancia de asistencia al taller laboral. Termina procedimiento.		

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instructivo de llenado

CARTA COMPROMISO DE TALLERES DE CAPACITACIÓN LABORAL. FORM.1075/SMDIF/062224



Dirección de Salud Integral
Coordinación del CMERI
Inclusión Social y Laboral

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

CARTA COMPROMISO DE TALLERES DE CAPACITACIÓN LABORAL

El (a) suscrito (a) C. _____, con discapacidad _____, con domicilio en _____, número telefónico _____, me identifico con _____, expedida por _____, y manifiesto de conformidad lo siguiente:

- Me encuentro inscrito (a) desde el día _____ de _____ del _____ en el Taller de Inclusión Socio Laboral _____ que ofrece la Coordinación del CMERI con la finalidad de lograr la inserción laboral.
- Conocer que el costo del Taller de Capacitación Laboral es de \$ _____ (_____ pesos 00/100 M.N.) mensuales y que deberé realizar el pago y entregar la ficha correspondiente a más tardar los primeros 5 (cinco) días hábiles de cada mes, en caso contrario, no podré ingresar al Taller de Capacitación.
- Asistir de manera puntual y constante a las clases, conforme al calendario de actividades aprobado y en el horario asignado.
- Cubrir un 80% de asistencia mínima requerida del total de las clases impartidas para tener derecho a la constancia. En caso de ausencia, sólo se aceptarán justificantes médicos.
- Ser puntual con la hora de entrada, por lo que sólo habrá 15 minutos de tolerancia, en caso de no respetarse este horario contará como falta.
- Respetar las reglas que cada tallerista establezca.
- Informar al tallerista, si tomo algún medicamento, de lo contrario al omitir dicha información, se me dará de baja.
- El tallerista tiene prohibido el suministro de medicamentos hacia el usuario durante el horario de capacitación, en caso de ser necesario deberá el usuario proveérselo y tendrá que presentar la receta médica que lo justifique.
- En caso de no asistir al taller de capacitación por enfermedad o causa de fuerza mayor, avisar anticipadamente al tallerista.
- Presentarme aseado (a), con uñas cortas, bien peinado (mujeres con cabello recogido y hombres con cabello corto).
- Presentarme desayunado (a), ya que sólo se darán 10 minutos para ingerir un refrigerio ligero. No será obligación del centro de capacitación proporcionar alimentos y bebidas.

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Prolongación 11 sur #11901 Cuarta Sección Bio Parque
 Agua Santa C.P. 72490

 Tel. (222) 2.41.56.09

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla
FORM.1075/SMDIF/062224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Sistema Municipal
DIF

12. Cuidar y mantener ordenadas y limpias las instalaciones y el material de trabajo, durante y después del taller de capacitación.
13. El (a) usuario (a) se hace responsable por algún daño o deterioro por el mal uso de las instalaciones del Centro de Capacitación.
14. Guardar respeto, buen comportamiento y obediencia a las indicaciones del tallerista y un trato amable y cordial con los compañeros y personal del SMDIF, de lo contrario de acuerdo a la falta cometida se me sancionará.
15. Cumplir con todos los trabajos y tareas que el tallerista asigne.
16. Respetar el método de evaluación de los talleristas.
17. El centro de capacitación no se hará responsable en caso de accidente dentro de las instalaciones.
18. Tener derecho a recibir un trato amable, respetuoso y sin discriminación por parte del tallerista, de los compañeros y personal del SMDIF. En caso contrario, informar al área de Inclusión Social y Laboral para llevar a cabo las medidas pertinentes.

ATENTAMENTE

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza, a _____

C. _____

Nombre y firma del (a) usuario (a)

C. _____

Nombre y firma del Padre o tutor (a)

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Prolongación 11 sur #11901 Cuarta Sección Bio Parque
Agua Santa C.P. 72490

 Tel. (222) 2.41.56.09

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla
FORM.1075/SMDIF/062224

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: 09/09/2024

Fecha de elaboración: 13/07/2023

Número de Revisión: 02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

LISTA DE ASISTENCIA.
FORM.1073-A/SMDIF/112224



Dirección de Salud Integral
Departamento de la Coordinación del CMERI
Área: Inclusión Social y Laboral

Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

LISTA DE ASISTENCIA

[illegible]

SIMBOLOGÍA			
Asistencia	A	Falta	F
Baja	B	Retardo	R
Justificada	J	Suspensión	S

Observaciones:

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

 Prolongación 11 sur #11901 Cuarta Sección Bio Parque Agua Santa C.P. 72490

 Tel. (222) 2.41.56.09

 @PueblaAyto

 H. Ayuntamiento de Puebla
FORM.1073-A/SMDIF/112224

RECIBO DE PAGO
FORM. 061/SMDIF/012224



*Dirección Administrativa
Departamento de Recursos Financieros*

Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Florida y demás disposiciones legales aplicables.

R.F.C. SMD-930309-BU6

Fecha: 19 / 4 / 2024

Folio SAP:

Nombre del Cliente:

Observaciones:

1	CONSULTA DEL MEDICO EN REHABILITACION	120.00	120.00
	CIENTO VEINTE PESOS Y 00 /100 MXN \$		120.00

Contigo y con rumbo **pueblacapital.gob.mx**

© Due Merito #201 Col. San Baltazar Campeche C.P. 72

☎ +86 (22) 21400000

©P. Jettli & J. To

③ ④ H. Ayuntamiento de Puert

FORM 961 SMDIF 012224

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para la inscripción e impartición de los talleres de capacitación Sociolaboral.
Objetivo:	Proporcionar herramientas y habilidades para generar relaciones laborales sanas, que faciliten la inclusión laboral, con el fin de crear un ambiente de trabajo inclusivo y respetuoso, mejorar la colaboración y el entendimiento mutuo entre todos los empleados, y asegurar una integración efectiva y armoniosa de personas con discapacidad en el entorno laboral.
Fundamento Legal:	• Convenciones sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU), Artículo 27 Fracción I. • Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 5. • Ley General para la inclusión de las Personas con Discapacidad, Artículos 3 y 11. • Programa nacional para el desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014 – 2018, Estrategia 3.1, Línea de acción 3.1.5 y 3.1.6. • Plan Municipal de Desarrollo del Municipio de Puebla 2021 -2024. Programa 3, Estrategia 1, L.A 22; Estrategia 3, LA 27, 28 y 30 • Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF Artículo 46, fracciones II, III, IV, VI y IX
Políticas de Operación:	1. Estos talleres deberán estar dirigidos a los usuarios inscritos en bolsa de trabajo o que estén por concluir los talleres de capacitación laboral. 2. Se elaborará el plan de acción personalizado de los usuarios para la inclusión laboral, haciendo de conocimiento al mismo para su integración al programa. 3. Los usuarios deberán atender a las indicaciones del programa del Taller de Capacitación Sociolaboral. 4. El Taller de Capacitación Sociolaboral será gratuito.
Tiempo Promedio de Gestión:	Inmediato.

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

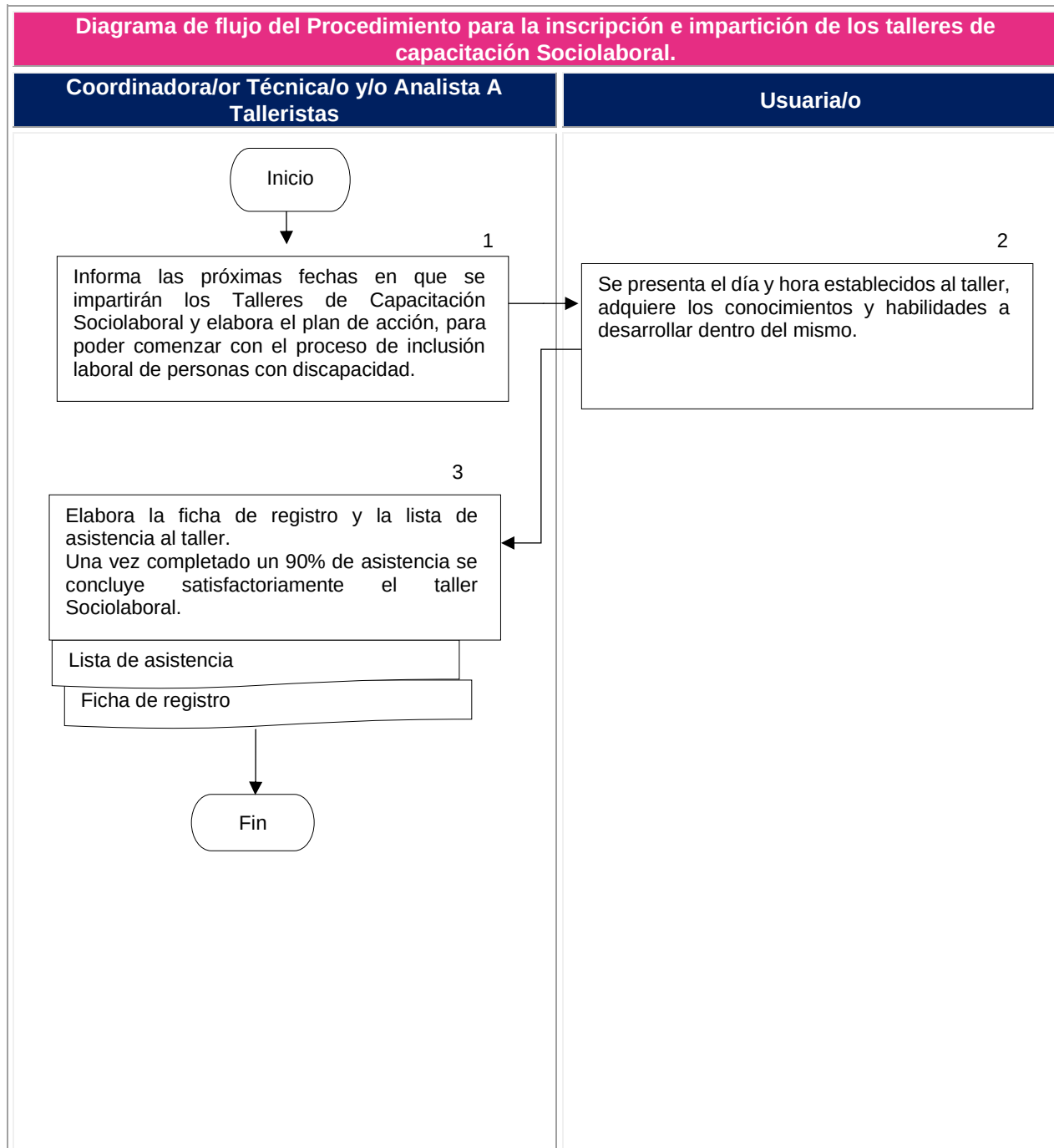
Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Descripción del Procedimiento: Procedimiento para la inscripción e impartición de los talleres de capacitación Sociolaboral.				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Coordinadora/or Técnica/o Administrativa/o	1	Informa las próximas fechas en que se impartirán los Talleres de Capacitación Sociolaboral y elabora el plan de acción, para poder comenzar con el proceso de inclusión laboral de personas con discapacidad.		
Usuaría/o	2	Se presenta el día y hora establecidos al taller, adquiere los conocimientos y habilidades a desarrollar dentro del mismo.		
Coordinadora/or Técnica/o Administrativa/o	3	Elabora la ficha de registro y la lista de asistencia al taller. Una vez completado un 90% de asistencia se concluye satisfactoriamente el taller Sociolaboral. Fin del procedimiento.	Lista de asistencia FORM. 1073- A/SMDIF/112224 Ficha de registro FORM. 1303/SMDIF/102224	Originales

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral



Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

Formatos e instructivo de llenado

LISTA DE ASISTENCIA.
FORM.1073-A/SMDIF/112224



*Dirección de Salud Integral
Departamento de la Coordinación del CMERI
Área: Inclusión Social y Laboral*

*Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.¹⁰

LISTA DE ASISTENCIA

LISTA DE ASISTENCIA				
Nombre del Servicio:		Departamento:		
Responsable:		Periodo	Año	

[illegible]

SIMBOLOGÍA			
Asistencia	A	Falta	F
Baja	B	Retardo	R
Justificada	J	Suspensión	S

Observaciones:

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Registro: **PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024**

Fecha de actualización: **09/09/2024**

Fecha de elaboración: **13/07/2023**

Número de Revisión: **02**

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

FICHA DE REGISTRO FORM.1303/SMDIF/102224

"Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables."

FICHA DE REGISTRO				FECHA:					
Tipo de Actividad:	Evento	()	Taller	()	Jornada	()	Capacitación	()	Otra:
Nombre de la Actividad:									
Nombre del Departamento:	Coordinación del CMERI/ Inclusión social y laboral								
Responsable:									
Lugar:									

NO.	NOMBRE COMPLETO	SEXO	EDAD	FIRMA O HUELLA
1		Mujer () Hombre ()		
2		Mujer () Hombre ()		
3		Mujer () Hombre ()		
4		Mujer () Hombre ()		
5		Mujer () Hombre ()		
6		Mujer () Hombre ()		
7		Mujer () Hombre ()		
8		Mujer () Hombre ()		
9		Mujer () Hombre ()		
10		Mujer () Hombre ()		
11		Mujer () Hombre ()		

Total Mujeres	
Total Hombres	
Total Usuarios	

Contigo y con rumbo

pueblacapital.gob.mx

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

VIII. GLORASIO DE TÉRMINOS

- a) **ADICCIÓN.** - Sumisión del individuo a un producto o a una conducta de la que no puede o no es capaz de liberarse. Hábito de quienes se dejan dominar por el consumo de estupefacientes.
- b) **ANÁLISIS.** -Examen químico o bacteriológico que permite establecer un diagnóstico médico.
- c) **CONSULTA.** - Examen y atención que un médico presta a sus Usuaría/os.
- d) **CONSULTA SUBSECUENTE.** De la segunda a la última consulta del proceso terapéutico de un Usuaría/o.
- e) **CONTRATO TERAPÉUTICO.** - El contrato terapéutico o alianza terapéutica es el acuerdo entre cliente y terapeuta donde se fijan el marco y los criterios de la relación profesional a la que ambos se comprometen.
- f) **CONSENTIMIENTO INFORMADO.** - Es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en un tratamiento, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del mismo, los beneficios, y los posibles riesgos.
- g) **CRUM.** – Centro Regulador de Urgencias Médicas
- h) **DIAGNÓSTICO.** -Determinación o identificación de una enfermedad mediante el examen de los síntomas que presenta.
- i) **DICTÁMEN.** Opinión técnica y experta que se da sobre un hecho o una cosa
- j) **DISCAPACIDAD.** - Es un término que engloba deficiencias, limitaciones a la actividad y restricciones a la participación, refiriéndose a los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con la condición de salud) y los factores contextuales de ese mismo individuo (factores personales y ambientales) (CIF)
- k) **DM.** – Diabetes Mellitus
- l) **ENFERMERÍA.** - Lugar, como una casa o sala de un edificio, donde se presta una atención primaria a las personas enfermas o heridas.
- m) **EQUINOTERAPIA.** - Es una terapia integral empleada por profesionales de la salud, para promover la rehabilitación física o mental de niños, adolescentes y adultos a nivel neuromuscular, psicológico, cognitivo y social, por medio del caballo como herramienta terapéutica y coadyuvante.

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

- n) **FARMACIA.** - Establecimiento donde se elaboran y venden medicamentos.
- o) **HAS.** – Hipertensión Arterial Sistémica
- p) **HISTORIA CLÍNICA.** - Es un documento médico que surge del contacto entre el profesional de la salud y el Usuario/o, donde se recoge la información necesaria para la correcta atención de los Usuarios/os. La historia clínica es un documento válido desde el punto de vista clínico, que recoge información de tipo asistencial, preventivo y social.
- q) **INTERCONSULTA.** - Es la derivación de una usuaria/o, por parte del médico tratante, a otro profesional sanitario, para ofrecerle una atención complementaria para su diagnóstico, su tratamiento y/o su rehabilitación.
- r) **MEDICINA.** - Sustancia que sirve para curar o prevenir una enfermedad, o para aliviar un dolor físico.
- s) **MÉDICO.** - Persona que es licenciada en medicina y que se dedica a curar o prevenir las enfermedades.
- t) **NEUROPSICOLOGÍA DEL ADULTO.** -Se analizan las alteraciones de las funciones psicológicas que resultan como consecuencia de daño cerebral. Entre estas se encuentran las afasias, agnosias y apraxias y otros síndromes neuropsicológicos clásicos. Se enfatiza el desarrollo de procedimientos y técnicas para su rehabilitación.
- u) **NEUROPSICOLOGÍA INFANTIL.** - Se analizan las dificultades que presentan los niños en el desarrollo y formación de los procesos psicológicos, así como de las dificultades que presentan en el aprendizaje escolar. Se enfatiza la elaboración de procedimientos para el diagnóstico diferencial, así como en la elaboración de programas, técnicas y métodos que faciliten el desarrollo y la formación de los procesos psicológicos que permitan la superación de las dificultades en el aprendizaje escolar.
- v) **NUTRICIÓN.** - Conjunto de acciones y hábitos relacionados con la alimentación humana.
- w) **ODONTOPEDIATRÍA.** -Es una especialidad de la Odontología definida por la edad, que brinda cuidado oral preventivo y terapéutico a infantes, niños y adolescentes, incluyendo aquellos que requieren cuidados especiales.
- x) **ORTODONCIA.** -Tratamiento que consiste en corregir la posición de los dientes de las personas.
- y) **USUARIO/O.** - Persona que recibe tratamiento médico o quirúrgico, respecto de su médico o cirujano.

Registro:	PCCR2124/RMP/SMDIF/DSI/078-A/09092024
Fecha de actualización:	09/09/2024
Fecha de elaboración:	13/07/2023
Número de Revisión:	02

Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud Integral

- z) **PSICOLOGÍA.** - Ciencia que estudia los fenómenos y procesos psíquicos y el comportamiento del ser humano en relación con el medio que lo rodea y condiciona.
- aa) **PSICOPEDAGOGÍA.** - Rama de la psicología aplicada al estudio de los problemas educativos.
- bb) **RESILIENCIA.** - Capacidad del ser humano de aprender y fortalecerse de situaciones adversas.
- cc) **SINTOMATOLOGÍA.** - Se conoce por sintomatología al conjunto de síntomas que presenta una persona en un momento dado y que obedecen a la presencia de un trastorno específico de la salud. Los síntomas a su vez, son manifestaciones objetivas que corresponden a la forma en que el organismo responde a un determinado estímulo.
- dd) **TERAPIA FÍSICA.** - Consiste en aplicar tratamientos por medio de agentes físicos y ejercicio terapéutico para la prevención, mantenimiento y recuperación neuromusculoesquelética.
- ee) **TERAPIA OCUPACIONAL.** - Se trata de intervenir en el tratamiento rehabilitatorio de la usuaria/o con problemas neuromusculoesqueléticos de 45 días de edad en adelante, para mejorar sus habilidades neuromotoras y así poder aplicarlas en su vida diaria.
- ff) **TERAPIA DE LENGUAJE.** - Prevenir, habilitar y rehabilitar las áreas dañadas que intervienen en el proceso del pensamiento para la comunicación.
- gg) **UMI.** - Unidad Médica Integral.
- hh) **VALPAR.** - Sistema como método de evaluación para la inclusión laboral de las Personas con Discapacidad.