

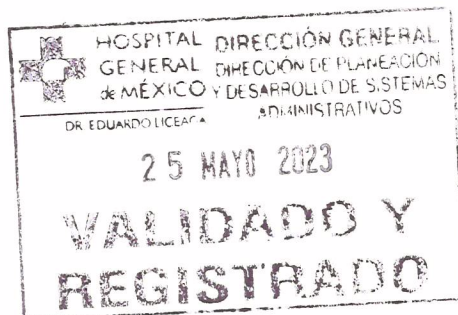


**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD





DR. EDUARDO LICEAGA

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA





**MAYO, 2023**



|   |   |  |                         |
|---|---|--|-------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b> | <br><b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b><br><small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1<br><hr/> Hoja: 1 |
|---|---|--|-------------------------|

## ÍNDICE

|   | HOJA |
|---|------|
| INTRODUCCIÓN  | 1    |
| I.- OBJETIVO DEL MANUAL   | 2    |
| II.- MARCO JURÍDICO   | 3    |
| III.- PROCEDIMIENTOS  |      |
| 1. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DE PRIMERA VEZ EN LA CONSULTA EXTERNA DE ONCOLOGÍA.  |      |
| 2. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN SUBSECUENTE DEL PACIENTE EN LA CONSULTA EXTERNA DE ONCOLOGÍA.   |      |
| 3. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACION DEL SERVICIO ONCOLOGÍA.  |      |
| 4. PROCEDIMIENTO PARA LA PROGRAMACIÓN E INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA.   |      |
| 5. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN POSTOPERATORIA DEL PACIENTE INTERVENIDO EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA.  |      |
| 6. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE PRÓTESIS MAXILOFACIAL.   |      |
| 7. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN QUIENES SE ADMINISTRA RADIOTERAPIA.   |      |
| 8. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA.  |      |
| 9. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN LA SALA AMBULATORIA DE LA UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA.  |      |
| <b>PARA CONSULTA DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS, REFERIRSE AL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DCM (DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN MÉDICA ) PUBLICADO EN EL PORTAL DE INTRANET (192.168.0.25).</b> |      |
| 10. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD Y REALIZACIÓN DE INTERCONSULTAS MÉDICAS.   |      |
| 11. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN SERVICIOS PERIFÉRICOS VÍA CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS.   |      |
| 12. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE Y DEL EXPEDIENTE CLÍNICO PARA SU INGRESO A HOSPITALIZACIÓN VÍA CONSULTA EXTERNA.   |      |



|   |  |  |                                    |
|---|--|--|------------------------------------|
|  <p><b>SALUD</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b></p> |  <p>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</p> <hr/> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p> | <p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 2</p> |
|---|--|--|------------------------------------|

13. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE Y DEL EXPEDIENTE CLÍNICO PARA SU INGRESO A HOSPITALIZACIÓN VÍA URGENCIAS.
14. PROCEDIMIENTO PARA LA PREALTA Y EL EGRESO HOSPITALARIO.
15. PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO POR DEFUNCIÓN, RECEPCIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y LIBERACIÓN AUTOMÁTICA DE CAMAS.
16. PROCEDIMIENTO PARA EL TRASLADO INTERNO DE PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN.
17. PROCEDIMIENTO PARA EL TRASLADO INTERNO DE PACIENTES A TERAPIA MÉDICA INTENSIVA.
18. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PERMISOS PARA ASISTIR A EVENTOS ACADÉMICOS.
19. PROCEDIMIENTO PARA EL LLENADO Y SOLICITUD DE FIRMA DEL FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.
20. PROCEDIMIENTO PARA EL RESGUARDO, TRANSCRIPCIÓN, PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO.
21. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS.
22. PROCEDIMIENTO PARA LA DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS DE LOS SERVICIOS A LA FARMACIA CENTRAL DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”.
23. PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO POR CAUSA DE CAÍDAS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO.
24. PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO POR CAUSA DE CAÍDAS EN EL PACIENTE AMBULATORIO.
25. PROCEDIMIENTO PARA LA CONCILIACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA IDONEIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN LOS SERVICIOS MÉDICOS.
26. PROCEDIMIENTO PARA PREVENIR ERRORES POR ÓRDENES VERBALES O TELEFÓNICAS.
27. PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR CORRECTAMENTE AL PACIENTE.
28. PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LA HIGIENE DE MANOS CON AGUA Y JABÓN EN EL PRESTADOR DE ATENCIÓN MÉDICA.
29. PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LA HIGIENE DE MANOS CON SOLUCIÓN ALCOHOLADA EN EL PRESTADOR DE ATENCIÓN MÉDICA.
30. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y ENTREGA DEL RESUMEN CLÍNICO.
31. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO E INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.
32. PROCEDIMINETO PARA REQUISITAR LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA.

|   |   |  |                       |
|---|---|--|-----------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b> | <br><b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b><br><br><small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1<br><br>Hoja: 3 |
|---|---|--|-----------------------|

- 33. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA
- 34. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE.
- 35. PROCEDIMIENTO PARA LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA.
- 36. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE INDICACIONES MÉDICAS.



|   |   |   |                       |
|---|---|---|-----------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b> | <br><small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1<br><br>Hoja: 4 |
|---|---|---|-----------------------|

## INTRODUCCIÓN

El Servicio de Oncología, comprometido con la Misión del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, de proporcionar atención médica de calidad a la población general y de este modo promover la Salud de nuestro País, en cumplimiento con lo establecido en el Programa de Trabajo de este Hospital, elabora este Manual de Procedimientos con el propósito de proporcionar a todos sus integrantes, a las autoridades de nuestra Institución y cualquier otra personal, una guía práctica sobre las actividades del Servicio.

Cada procedimiento contiene los siguientes puntos:

1. Propósito
2. Alcance
3. Políticas de Operación, Normas y Lineamientos
4. Descripción del Procedimiento
5. Diagrama de Flujo
6. Documentos de Referencia
7. Registros
8. Glosario del Procedimiento
9. Cambios de Versión en el Procedimiento
10. Anexos del Procedimiento



Este documento contiene 36 procedimientos elaborados en apego a la nueva “Guía Técnica para la elaboración y Autorización de Manuales de Procedimientos” autorizada por la Secretaría de Salud y a la Estructura Orgánica Establecida en el Manual de Organización del Servicio, autorizado el 29 de Noviembre del 2021; mismo que deberá revisarse y actualizarse por lo menos cada dos años y/o en los siguientes casos:

- a) Cada vez que cambien los procedimientos
- b) Por emisión de una nueva legislación
- c) Por modificación de las funciones del Manual de Organización

La vigencia del presente manual es a partir de la fecha de autorización; con el sello de “validado y registrado” por la Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos, una vez que se haya firmado por los responsables de su autorización.



El personal del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en el ámbito de competencia, tendrá la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, así como el deber de prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a éstos, favoreciendo en todo tiempo la protección más amplia, además de declarar que la mujer y el hombre son iguales ante la Ley, de acuerdo con el Artículo 1º Constitucional, así como establecer las bases de actuación para la implementación uniforme, homogénea y efectiva de los procedimientos para prevenir, atender y sancionar el hostigamiento sexual y acoso sexual, promoviendo una cultura institucional de igualdad de género y un clima laboral libre de violencia, en apego a la normatividad en la materia.

La actualización del presente Manual, está fundamentada en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (Art. 19); Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (Art. 7 fracc. XIV, Art. 27 fracc. II y Art. 38 fracc. VII); Decreto por el que se crea el organismo descentralizado Hospital General de México, publicado en el DOF el 11 de mayo de 1995 (Art. 10 fracc. II); Estatuto Orgánico del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, O.D., autorizado en la LXXXV Reunión de la Junta de Gobierno del Hospital, celebrada el 5 de marzo de 2015 (Art. 8 fracc. III, Art. 16 fracc. II y Art. 38 fracc. II); así como en las Guías Técnicas para la Elaboración y Actualización de Manuales de Organización Específicos y Manuales de Procedimientos, emitidas por la Secretaría de Salud, septiembre 2013.

|   |   |   |                         |
|---|---|---|-------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b> | <br><hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1<br><hr/> Hoja: 5 |
|---|---|---|-------------------------|

## I. OBJETIVO DEL MANUAL

Proporcionar en forma sistematizada, las actividades del Personal Médico y Paramédico, así como los de otros elementos que interactúan en los principales procedimientos técnico administrativos de consulta externa, hospitalización y cirugía, con el fin de que los recursos humanos asignados al servicio conozcan las actividades que le son inherentes en sus diferentes niveles y ámbitos para dar atención médica integral en la especialidad de Oncología a toda la población que acuda a demandarla.

|   |   |  |                         |
|---|---|--|-------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b> | <br>HOSPITAL<br>GENERAL<br>de MÉXICO<br><hr/> DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1<br><hr/> Hoja: 6 |
|---|---|--|-------------------------|

## II. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

D.O.F. 05-II-1917, Última Reforma D.O.F.18 XI 2022.

### LEYES

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 29-XII-1976, Última Reforma D.O.F.09 SEP 2022.

Ley General de Salud.

D.O.F. 07-II-1984, Última Reforma D.O.F. 16-V-2022.

Ley General de Bienes Nacionales.

D.O.F. 20-V-2004, Última reforma D.O.F. 14-IX-2021

Ley General de Responsabilidades Administrativas.

D.O.F. 18-VII-2016, Última Reforma D.O.F.27 XII 2022.

Ley General para el Control del Tabaco.

D.O.F. 30-V-2008. Última Reforma D.O.F. 17-II-2022.

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

D.O.F. 30-V-2011, Última Reforma 06 I 2023.

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

D.O.F. 4-XII-2014, Última Reforma D.O.F. 28-04-2022.

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

D.O.F. 02-VIII-2006, Última Reforma D.O.F.31-X-2022.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

D.O.F. 01-II-2007, Última Reforma D.O.F. 18-X-2022.

Ley General de Contabilidad Gubernamental.

D.O.F. 31-XII-2008. Última Reforma D.O.F. 30-I-2018.

Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos.

D.O.F. 08-X-2003. Última Reforma D.O.F. 18-I-2021.

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

D.O.F. 26-I-2017.

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

D.O.F. 04-V-2015. Última Reforma D.O.F. 20-V-2021.

Ley General de Archivos.



D.O.F. 15-VI-2018. Última Reforma D.O.F. 19-01-2023

Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas.

D.O.F. 13-III-2003. Última Reforma D.O.F. 28- IV-2022.

Ley General de Desarrollo Social.

D.O.F. 20-I-2004. Última Reforma D.O.F. 11-V-2022.

|   |   |  |                       |
|---|---|--|-----------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b> | <br>HOSPITAL<br>GENERAL<br>de MÉXICO<br><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1<br><br>Hoja: 7 |
|---|---|--|-----------------------|

Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.  
D.O.F. 24-X-2011. Última Reforma D.O.F. 25-VI-2018.

Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.  
D.O.F. 27-VIII-1932. Última Reforma D.O.F. 22-VI-2018.

Ley General de Víctimas.  
D.O.F. 09-I-2013. Última Reforma D.O.F. 28-IV-2022.

Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.  
D.O.F. 28-I-1988. Última Reforma D.O.F. 11-IV-2022.

Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción.  
D.O.F. 18-VII-2016. Última Reforma D.O.F. 20-V-2021.

Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública.  
D.O.F. 02-I-2009. Última Reforma D.O.F. 23-III-2022.

Ley General en Materia de Desaparición Forzada de Personas, Desaparición Cometida por Particulares y del Sistema Nacional de Búsqueda de Personas.  
D.O.F. 17-XI-2017 Última Reforma D.O.F. 13-V-2022.

Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia.  
D.O.F. 24-I-2012. Última Reforma D.O.F. 04-V-2021.

Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.  
D.O.F. 26-VI-2017 Última Reforma D.O.F. 28-IV-2022.

Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos.  
D.O.F. 14-VI-2012 Última Reforma D.O.F. 20-V-2021.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.  
D.O.F. 14-V-1986, Última Reforma D.O.F. 19-01-2023.

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.  
D.O.F. 30-III-2006, Última Reforma D.O.F. 27-II-2022.



Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.  
D.O.F. 31-XII-1982, Última Reforma D.O.F. 18-VII-2016.

Ley Federal de Procedimiento Administrativo.  
D.O.F. 04-VIII-1994, Última Reforma D.O.F. 18-V-2018.

Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo.  
D.O.F. 01-XII-2005, Última Reforma D.O.F. 27-01-2017

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional.  
D.O.F. 28-XII-1963, Última Reforma D.O.F. 22-XI-2021.

Ley Federal del Trabajo.  
D.O.F. 01-IV-1970, Última Reforma D.O.F. 27-12-2022.

|   |   |  |                       |
|---|---|--|-----------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b> | <br>HOSPITAL<br>GENERAL<br>de MÉXICO<br><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1<br><br>Hoja: 8 |
|---|---|--|-----------------------|

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  
D.O.F. 09-V-2016, Última Reforma D.O.F. 20-V-2021.

Ley Federal de Derechos.  
D.O.F. 31-XII-1981, Última Reforma D.O.F. 14-XI-2022.

Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación.  
D.O.F. 11-VI-2003, Última Reforma D.O.F. 19-01-2023.

Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público.  
D.O.F. 19-XII-2002. Última Reforma D.O.F. 11-V-2022.

Ley Federal del Derecho de Autor.  
D.O.F. 24-XII-1996. Última Reforma D.O.F. 01-VII-2020.

Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.  
D.O.F. 5-VII-2010.

Ley Federal de Protección a la Propiedad Industrial.  
D.O.F. 01-VII-2020.

Ley Federal de Responsabilidad Ambiental.  
D.O.F. 7-VI-2013 Última Reforma D.O.F. 20-V-2021

Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado.  
D.O.F. 31-XII-2004. Última Reforma D.O.F. 20-V-2021

Ley Federal para el Control de Sustancias Químicas Susceptibles de Desvío para la Fabricación de Armas Químicas.  
D.O.F. 9-VI-2009. Última Reforma D.O.F. 20-V-2021.

Ley de Coordinación Fiscal.  
D.O.F. 27-XII-1978, Última Reforma D.O.F. 30-I-2018.

Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2022.  
D.O.F. 12-XI-2021. Vigente a partir del 01-I-2022

Ley de Planeación.  
D.O.F. 05-I-1983, Última Reforma D.O.F. 16-II-2018.



Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.  
D.O.F. 31-III-2007, Última Reforma D.O.F. 20-I-2023.

Ley de Premios, Estímulos y Recompensas Civiles.  
D.O.F. 31-XII-1975, Última Reforma D.O.F. 10-V-2022

Ley de Infraestructura de la Calidad.  
D.O.F. 01-VII-2020.

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.  
D.O.F. 04-I-2000, Última Reforma D.O.F. 20-V-2021.

Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.  
D.O.F. 04-I-2000, Última Reforma D.O.F. 20-V-2021.

|   |   |  |                       |
|---|---|--|-----------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b> | <br>HOSPITAL<br>GENERAL<br>de MÉXICO<br><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1<br><br>Hoja: 9 |
|---|---|--|-----------------------|

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.  
D.O.F. 29-VI-1992, Última Reforma D.O.F. 19-I-2023.

Ley del Impuesto sobre la Renta.  
D. O. F. 11-XII-2013, Última Reforma D.O.F. 12-11-2021.

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.  
D.O.F. 25-VI-2002, Última Reforma D.O.F. 10-V-2022.

Ley de Asistencia Social.  
D.O.F. 02-IX-2004. Última Reforma D.O.F. 16-I-2023.

Ley de Ayuda Alimentaria para los Trabajadores.  
D.O.F. 17-I-2011.

Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.  
D.O.F. 18-VII-2016 Última Reforma D.O.F. 20-05-2021.

Ley de Amparo, Reglamentaria de los Artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.  
D.O.F. 02-IV-2013, Última Reforma D.O.F. 07-VI-2021.

Ley de Asociaciones Público Privadas.  
D.O.F. 16-I-2012. Última Reforma D.O.F. 15-VI-2018.

Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados.  
D.O.F. 18-III-2005. Última Reforma D.O.F. 11-V-2022.

Ley de Ciencia y Tecnología.  
D.O.F. 05-VI-2002. Última Reforma D.O.F. 11-V-2022.

Ley de Comercio Exterior.  
D.O.F. 27-VII-1993. Última Reforma D.O.F. 21-XII-2006.

Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo.  
D.O.F. 6-IV-2011. Última Reforma D.O.F. 06-XI-2020.

Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios.  
D.O.F. 27-IV-2016. Última Reforma D.O.F. 10-V-2022.



Ley de Firma Electrónica Avanzada.  
D.O.F. 11-I-2012 Última Reforma D.O.F. 20-V-2021

Ley de Instituciones de Crédito.  
D.O.F. 18-VII-1990. Última Reforma D.O.F. 11-III-2022.

Ley de los Impuestos Generales de Importación y de Exportación.  
D.O.F. 01-VII-2020. Última Reforma D.O.F. 29 VI 2022.

Ley de Tesorería de la Federación.  
D.O.F. 30-XII-2015.

Ley de Transición Energética.

|   |  |   |                                     |
|---|--|---|-------------------------------------|
|  <p><b>SALUD</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b></p> |  <p><b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b><br/><br/>DR. EDUARDO LICEAGA</p> | <p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 10</p> |
|---|--|---|-------------------------------------|

D.O.F. 24-XII-2015.

Ley de Vías Generales de Comunicación.

D.O.F. 19-II-1940. Última Reforma D.O.F. 22-II-2022.

Ley del Diario Oficial de la Federación y Gacetas Gubernamentales.

D.O.F. 24-XII-1986. Última Reforma D.O.F. 31-V-2019. Fe de erratas D.O.F. 10-VI-2019.

Ley del Impuesto Especial Sobre Producción y Servicios.

D.O.F. 30-XII-1980. Última Reforma D.O.F. 23-XII-2021.

Ley del Seguro Social.

D.O.F. 21-XII-1995. Última Reforma D.O.F. 20-I-2023.

Ley Nacional del Sistema Integral de Justicia Penal para Adolescentes.

D.O.F. 16-VI-2016 Última Reforma D.O.F. 20-XII-2022.

Ley sobre Refugiados, Protección Complementaria y Asilo Político.

D.O.F. 27-I-2011. Última Reforma D.O.F. 18-II-2022.

Ley Reglamentaria del artículo 6o., párrafo primero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia del Derecho de Réplica.

D.O.F. 4-XI-2015. Última Reforma D.O.F. 30-V-2018.

## **TRATADOS Y DISPOSICIONES INTERNACIONALES**

Decreto por el que se aprueba la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, suscrita en la ciudad de Guatemala, el 7 de junio de 1999.

D.O.F. 09-VIII-2000.

Decreto por el que se aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Utilización de los Niños en la Pornografía, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el veinticinco de mayo de dos mil.

D.O.F. 16-I-2002.

Decreto Promulgatorio del Convenio sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas, adoptado por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, durante la Sexagésima Novena Reunión, celebrada en Ginebra, el veinte de junio de mil novecientos ochenta y tres.

D.O.F. 22-IV-2002.

Decreto Promulgatorio del Acuerdo entre los Estados Unidos Mexicanos y el Comité Internacional de la Cruz Roja relativo al Establecimiento en México de una Delegación Regional del Comité, firmado en la Ciudad de México, el veinte de julio de dos mil uno.



D.O.F. 24-V-2002.

Decreto por el que se aprueba el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, adoptado en Estocolmo, el veintidós de mayo de dos mil uno.

D.O.F. 03-XII-2002.

Decreto por el que se aprueba el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, adoptado en Ginebra, Suiza, el veintiuno de mayo de dos mil tres.

D.O.F. 12-V-2004. Última Reforma D.O.F. 25-II-2005.

|   |   |  |                        |
|---|---|--|------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b> | <br>HOSPITAL<br>GENERAL<br>de MÉXICO<br><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1<br><br>Hoja: 11 |
|---|---|--|------------------------|

Decreto Promulgatorio de las Enmiendas del Protocolo de Montreal relativo a las Sustancias que Agotan la Capa de Ozono, 1987, adoptadas durante la Novena Reunión de las Partes, celebrada en Montreal del quince al diecisiete de septiembre de mil novecientos noventa y siete.

D.O.F. 06-IX-2006.

Decreto promulgatorio de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el trece de diciembre de dos mil seis.

D.O.F. 24-X-2007 Última Reforma D.O.F. 02-V-2008.

Decreto Promulgatorio del Acuerdo entre los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de los Estados Unidos de América sobre Cooperación en la Administración de Emergencias en Casos de Desastres Naturales y Accidentes, firmado en Puerto Vallarta, México, el veintitrés de octubre de dos mil ocho.

D.O.F. 18-III-2011.

Convenio Internacional del trabajo NUM. 19 relativo a la igualdad de trato entre los trabajadores extranjeros y nacionales en materia de indemnización por accidentes de trabajo.

D.O.F. 23-I-1933.

Convención Internacional del trabajo NUM. 87, Relativo a la libertad sindical y a la protección al derecho sindical, adoptado el 9 de julio de 1948.

D.O.F. 26-I-1950.

Convenio Internacional del Trabajo No. 100 relativo a la igualdad de remuneración entre la mano de obra masculina y femenina por un trabajo de igual valor.

D.O.F. 26-VI-1952.

Convenio Internacional del Trabajo NUM. 111, relativo a la discriminación en materia de empleo y ocupación adoptado con fecha 25 de junio de 1958, en la Ciudad de Ginebra, Suiza por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo.

D.O.F. 3-I-1961.

Decreto Promulgatorio del Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas, adoptado por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, durante la Sexagésima Novena Reunión, celebrada en Ginebra, el veinte de junio de mil novecientos ochenta y tres.

D.O.F. 22-IV-2002.

Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco.

D.O.F. 21-V-2003.

## **REGLAMENTOS**

Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública.

D.O.F. 16-IV-2020. Última Reforma D.O.F. 16-VII-2020.

Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

D.O.F. 11-III-2008, Última Reforma D.O.F. 18-X-2022.



Reglamento de la Ley General de Desarrollo Social.

D.O.F. 18-I-2006, Última Reforma D.O.F. 28-VIII-2008.

Reglamento de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

D.O.F. 2-XII-2015.



|  |   |   |                        |
|--|---|---|------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b> | <br><b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b><br><br><small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1<br><br>Hoja: 12 |
|--|---|---|------------------------|

Reglamento de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.

D.O.F. 22-VIII-2012, Última Reforma D.O.F. 10-V-2016.

Reglamento de la Ley General de Protección Civil.

D.O.F. 13-V-2014, Última Reforma D.O.F. 9-XII-2015.

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

D.O.F. 18-I-1988, Última Reforma D.O.F. 28-XII-2004.

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

D.O.F. 6-I-1987, Última Reforma D.O.F. 02-IV-2014.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.

D.O.F. 20-II-1985, Última Reforma D.O.F. 26-III-2014.

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

D.O.F. 14-V-1986. Última Reforma D.O.F. 17-VII-2018.

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

D.O.F. 5-IV-2004. Última Reforma D.O.F. 17-XII-2014.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad.

D.O.F. 4-V-2000. Última Reforma D.O.F. 08-IX-2022.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional.

D.O.F. 18-II-1985. Última Reforma D.O.F. 10-VII-1985.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.

D.O.F. 26-III-2014.

Reglamento de la Ley General de Víctimas.

D.O.F. 28-XI-2014.

Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente en Materia de Prevención y Control de la Contaminación de la Atmósfera.

D.O.F. 25-XI-1988. Última Reforma D.O.F. 31-X-2014.

Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco.

D.O.F. 31-V-2009, Última Reforma D.O.F. 16-XII-2022.

Reglamento de la Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista.

D.O.F. 21-VII-2016.



Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

D.O.F. 30-XI-2012.

Reglamento de la Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia.

D.O.F. 19-IX-2014.

Reglamento de la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos.

|   |   |  |                        |
|---|---|--|------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b> | <br>HOSPITAL<br>GENERAL<br>de MÉXICO<br><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1<br><br>Hoja: 13 |
|---|---|--|------------------------|

D.O.F. 30-XI-2006, Última Reforma D.O.F.31-X-2014.

Reglamento de la Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos.  
D.O.F. 23-IX-2013.

Reglamento de la Ley Federal de Archivos.  
D.O.F. 13-V-2014.

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.  
D.O.F. 26-I-1990, Última Reforma D.O.F. 23-XI-2010.

Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.  
D.O.F. 28-VI-2006, Última Reforma D.O.F. 13-XI-2020.

Reglamento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.  
D.O.F. 21-XII-2011.

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.  
D.O.F. 11-VI-2003.

Reglamento de la Ley Federal del Derecho de Autor.  
D.O.F. 22-V-1998, Última Reforma D.O.F. 14-IX-2005.

Reglamento de la Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público.  
D.O.F. 17-VI-2003, Última Reforma D.O.F. 29-XI-2006.

Reglamento de la Ley Federal Sobre Metrología y Normalización.  
D.O.F. 14-I-1999, Última Reforma D.O.F. 28-XI-2012.

Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo.  
D.O.F. 13-XI-2014.

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.  
D.O.F. 28-VII-2010. Última Reforma D.O.F. 15-IX-2022.

Reglamento de la Ley de Asociaciones Público Privadas.  
D.O.F. 5-XI-2012, Última Reforma D.O.F. 20-II-2017.

Reglamento de la Ley de Ayuda Alimentaria para los Trabajadores.  
D.O.F. 4-VI-2015.



Reglamento de la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados.  
D.O.F. 19-III-2008, Última Reforma D.O.F. 6-III-2009.

Reglamento de la Ley de Comercio Exterior.  
D.O.F. 30-XII-1993, Última Reforma D.O.F. 22-V-2014.

Reglamento de la Ley de la Propiedad Industrial.  
D.O.F. 23-XI-1994, Última Reforma D.O.F. 16-XII-2016.

Reglamento de la Ley de Nacionalidad.  
D.O.F. 17-VI-2009, Última Reforma D.O.F. 25-XI-2013.

Reglamento de la Ley de Tesorería de la Federación.

|   |  |  |                                     |
|---|--|--|-------------------------------------|
|  <p><b>SALUD</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b></p> |  <p>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</p> <hr/> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p> | <p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 14</p> |
|---|--|--|-------------------------------------|

D.O.F. 30-VI-2017.

Reglamento de la Ley de Transición Energética.  
D.O.F. 4-V-2017.

Reglamento de la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios.  
D.O.F. 4-XII-2006.

Reglamento de la Ley del Impuesto Sobre la Renta.  
D.O.F. 8-X-2015, Última Reforma D.O.F. 6-V-2016

Reglamento de la Ley sobre Refugiados y Protección Complementaria.  
D.O.F. 21-II-2012.

Reglamento del Código Fiscal de la Federación.  
D.O.F. 2-IV-2014.

Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.  
D.O.F. 09-VIII-1999. Última Reforma D.O.F. 12-II-2016.

Reglamento de Insumos para la Salud.  
D.O.F. 04-II-1998, Última Reforma D.O.F. 31-V-2021.

Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.  
D.O.F. 13-IV-2004.

Reglamento de la Comisión Intersecretarial de Bioseguridad de los Organismos Genéticamente Modificados.  
D.O.F. 28-XI-2006.

## **CÓDIGOS**

Código Fiscal de la Federación.  
D.O.F. 31-XII-1981, Última Reforma D.O.F. 05-I-2022.

Código Penal Federal.  
D.O.F. 14-VIII-1931, Última Reforma D.O.F. 06 I 2023

Código Civil Federal.  
D.O.F. 26-V-1928, Última Reforma D.O.F. 11-I-2021.



Código Federal de Procedimientos Civiles.  
D.O.F. 24-II-1943, Última Reforma D.O.F. 18-II-2022.

Código Nacional de Procedimientos Penales.  
D.O.F. 5-III-2014, Última Reforma D.O.F. 19-02-2021.

Código de Comercio.  
D.O.F. 07-X-1889, Última Reforma D.O.F. 30-XII-2021.

## **PLANES Y PROGRAMAS**

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.  
D.O.F. 12-VII-2019.

|   |  |  |                                     |
|---|--|--|-------------------------------------|
|  <p><b>SALUD</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b></p> |  <p>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</p> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p> | <p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 15</p> |
|---|--|--|-------------------------------------|

Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores para el ejercicio fiscal 2022.  
D.O.F. 30-XII-2022.

Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad permanente, para el ejercicio fiscal 2022.  
D.O.F. 29-XII-2022.

Reglas de Operación del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro.  
D.O.F. 29-XII-2022.

### **DECRETOS DEL EJECUTIVO FEDERAL**

Decreto por el que se crea el Organismo Descentralizado Hospital General de México.  
D.O.F. 26-I-2005.

Decreto por el que se modifica y adiciona el diverso por el que se crea el organismo descentralizado Hospital General de México.  
D.O.F. 30-IV-2012.

Decreto por el que se reforma el artículo 59 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.  
D.O.F. 15 VIII 2022

Decreto por el que se establecen las medidas de austeridad que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal bajo criterios que en el mismo se indican. D.O.F. 23-IV-2020.

Decreto por el que se expide la Ley Federal de Austeridad Republicana; y se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Responsabilidades Administrativas y de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidades Hacendarias. D.O.F. 19-XI-2019.

### **ACUERDOS SECRETARIALES DE OTRAS DEPENDENCIAS**



Acuerdo por el que se emite las Disposiciones Generales para Transparencia y los Archivos de la Administración Pública Federal y el Manual Administrativo de Aplicación General en las Materias de Transparencia y de Archivos.  
D.O.F. 12-VII-2010 Última reforma D.O.F. 23-XI-2012.

Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en materia de Planeación, Organización y Administración de los Recursos Humanos, y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en dicha materia.  
D.O.F. 12-VII-2010 Acuerdo por el que se establecen las Disposiciones Generales para la Realización del Proceso de Fiscalización.  
D.O.F. 12-VII-2010 Última Reforma D.O.F. 05-XI-2020.

Acuerdo por el que modifica el diverso por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Financieros.  
D.O.F. 15-VII-2010, Última Reforma D.O.F. 30-XI-2018.

Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se establecen las disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales.  
D.O.F. 16-VII-2010, Última Reforma D.O.F. 05-IV-2016.

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

|   |  |   |                                     |
|---|--|---|-------------------------------------|
|  <p><b>SALUD</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b></p> |  <p><b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b><br/><br/>DR. EDUARDO LICEAGA</p> | <p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 16</p> |
|---|--|---|-------------------------------------|

D.O.F. 9-VIII-2010, Última Reforma D.O.F. 3-II-2016.

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

D.O.F. 9-VIII-2010, Última Reforma D.O.F. 02-XI-2017.

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

D.O.F. 10-VIII-2010, Última Reforma D.O.F. 21-VIII-2012.

Acuerdo por el que se establecen las disposiciones que deberán observar las dependencias y los organismos descentralizados de la Administración Pública Federal, para la recepción de promociones que formulen los particulares en los procedimientos administrativos a través de medios de comunicación electrónica, así como para las notificaciones, citatorios, emplazamientos, requerimientos, solicitudes de informes o documentos y las resoluciones administrativas definitivas que se emitan por esa misma vía.

D.O.F. 17-I-2002.

Acuerdo por el que se modifica el diverso que determina como obligatoria la presentación de las declaraciones de situación patrimonial de los servidores públicos federales, por medio de comunicación electrónica, utilizando para tal efecto, firma electrónica avanzada.

D.O.F. 25-III-2009, Última Reforma D.O.F. 25-IV-2013.

Acuerdo mediante el cual se expiden los Lineamientos para la evaluación del desempeño de los servidores públicos de la Administración Pública Federal, así como su Anexo.

D.O.F. 2-V-2005.

Acuerdo por el que se expiden los Lineamientos que se deberán observar para el otorgamiento del seguro de responsabilidad civil y asistencia legal a los servidores públicos de las dependencias de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 13-XII-2005, Última Reforma D.O.F. 16-III-2012.

Acuerdo Interinstitucional por el que se establecen los Lineamientos para la homologación, implantación y uso de la firma electrónica avanzada en la Administración Pública Federal.

D.O.F. 24-VIII-2006.

Acuerdo por el que se emiten diversos lineamientos en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios y de obras públicas y servicios relacionados con las mismas.

D.O.F. 9-IX-2010.

Acuerdo por el que se emiten las disposiciones en materia de recepción y disposición de obsequios, regalos o similares, por parte de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal.



D.O.F. 28-VI-2013. Última Reforma D.O.F. 12-XI-2019.

Acuerdo que tiene por objeto emitir las políticas y disposiciones para la Estrategia Digital Nacional, en materia de tecnologías de la información y comunicaciones, y en la de seguridad de la información, así como establecer el Manual Administrativo de Aplicación General en dichas materias.

D.O.F. 8-V-2014, Última Reforma D.O.F. 23-VII-2018.

Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el procedimiento de cumplimiento y seguimiento de las recomendaciones emitidas a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

D.O.F. 19-VIII-2014.

|   |  |   |                                     |
|---|--|---|-------------------------------------|
|  <p><b>SALUD</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b></p> |  <p><b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b><br/><br/>DR. EDUARDO LICEAGA</p> | <p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 17</p> |
|---|--|---|-------------------------------------|

Acuerdo por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del diverso por el que se dan a conocer los formatos que deberán utilizarse para presentar las declaraciones de situación patrimonial.  
D.O.F. 29-IV-2015, Última Reforma D.O.F. 22-II-2019.

Acuerdo por el que se modifica el diverso que expide el Protocolo de actuación en materia de contrataciones públicas, otorgamiento y prórroga de licencias, permisos, autorizaciones y concesiones.  
D.O.F. 20-VIII-2015, Última Reforma D.O.F. 28-II-2017.

Código de Ética de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 08-II-2022, Acuerdo por el que se establecen las disposiciones administrativas de carácter general para el uso del Sistema de Bitácora Electrónica y Seguimiento a Obra Pública.  
D.O.F. 2-XI-2016. Última Reforma D.O.F. 11-VI-2018.

Acuerdo que reforma el diverso por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.  
D.O.F. 12-VII-2010, Última Reforma D.O.F. 5-IX-2018.

Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos Generales para el registro y autorización de las Estrategias y Programas de Comunicación Social y de Promoción y Publicidad de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal para el ejercicio fiscal 2022.  
D.O.F. 04-I-2021. Última Reforma D.O.F. 14-I-2022.

Acuerdo por el que se establece la obligación de incorporar a CompraNet, la información relativa a la planeación de las contrataciones y la ejecución de contratos que regula la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.  
D.O.F. 5-I-2017.

Acuerdo que fija los lineamientos que deberán ser observados por las dependencias y organismos descentralizados de la Administración Pública Federal, en cuanto a la emisión de los actos administrativos de carácter general a los que les resulta aplicable el artículo 69-H de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.  
D.O.F. 8-III-2017.



Acuerdo que tiene por objeto emitir las Disposiciones Generales en las materias de Archivos y de Gobierno Abierto para la Administración Pública Federal y su Anexo Único.  
D.O.F. 15-V-2017.

Acuerdo por el que se establecen las bases generales para la rendición de cuentas de la Administración Pública Federal y para realizar la entrega-recepción de los asuntos a cargo de los servidores públicos y de los recursos que tengan asignados al momento de separarse de su empleo, cargo o comisión.  
D.O.F. 6-VII-2017.

Acuerdo que reforma el diverso por el que se establecen los Lineamientos generales para la regulación de los procesos de entrega-recepción y de rendición de cuentas de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 24-VII-2017, Última Modificación 14-XII-2018.

Acuerdo mediante el cual se expide el Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 29-V-2020 Última Reforma D.O.F. 31-V-2022.

Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y tercer nivel, el catálogo de insumos. D.O.F 24-XII-2002.

|   |  |   |                                     |
|---|--|---|-------------------------------------|
|  <p><b>SALUD</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b></p> |  <p><b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b></p> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p> | <p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 18</p> |
|---|--|---|-------------------------------------|

Acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría.  
D.O.F. 27-V-2013.

Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría, publicado el 27 de mayo de 2013.  
D.O.F. 30-XI-2020.

**NORMAS OFICIALES MEXICANAS EXPEDIDAS POR EL COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE REGULACIÓN Y FOMENTO SALITARIO (SSA1)**

Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA1-2011, Salud ambiental-Índices biológicos de exposición para el personal ocupacionalmente expuesto a sustancias químicas.  
D.O.F. 6-VI-2012.

Norma Oficial Mexicana, NOM-048-SSA1-1993, Que establece el método normalizado para la evaluación de riesgos a la salud como consecuencia de agentes ambientales.  
D.O.F. 9-I-1996.

Norma Oficial Mexicana NOM-059-SSA1-2015, Buenas prácticas de fabricación de medicamentos.  
D.O.F. 5-II-2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-064-SSA1-1993, Que establece las especificaciones sanitarias de los equipos de reactivos utilizados para diagnóstico.  
D.O.F. 24-II-1995.

Norma Oficial Mexicana NOM-076-SSA1-2002, Salud ambiental. - Que establece los requisitos sanitarios del proceso del etanol (alcohol etílico).  
D.O.F. 09-II-2004.

Norma Oficial Mexicana NOM-077-SSA1-1994, Que establece las especificaciones sanitarias de los materiales de control (en general) para Laboratorio de Patología Clínica.  
D.O.F. 1-VII-1996.



Norma Oficial Mexicana NOM-078-SSA1-1994, Que establece las especificaciones sanitarias de los estándares de calibración utilizados en las mediciones realizadas en los laboratorios de patología clínica.  
D.O.F. 1-VII-1996.

Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.  
D.O.F. 17-II-2003.

Norma Oficial Mexicana, NOM-114-SSA1-1994, Bienes y servicios. Método para la determinación de salmonella en alimentos.  
D.O.F. 22-IX-1995.

Norma Oficial Mexicana, NOM-115-SSA1-1994, Bienes y servicios. Método para la determinación de Staphylococcus aureus en alimentos.  
D.O.F. 25-IX-1995.



|   |  |   |                                     |
|---|--|---|-------------------------------------|
|  <p><b>SALUD</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b></p> |  <p><b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b><br/><br/>DR. EDUARDO LICEAGA</p> | <p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 19</p> |
|---|--|---|-------------------------------------|

Norma Oficial Mexicana, NOM-117-SSA1-1994, Bienes y servicios. Método de prueba para la determinación de cadmio, arsénico, plomo, estaño, cobre, fierro, zinc y mercurio en alimentos, agua potable y agua purificada por espectrometría de absorción atómica.  
D.O.F. 16-VIII-1995.

Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba.  
D.O.F. 10-IX-2012. Última Reforma D.O.F. 28-IV-2014.

Norma Oficial Mexicana, NOM-137-SSA1-2008, Etiquetado de Dispositivos Médicos.  
D.O.F. 12-XII-2008.

Norma Oficial Mexicana NOM-138-SSA1-2016, Que establece las especificaciones sanitarias del alcohol etílico desnaturalizado, utilizado como material de curación, así como para el alcohol etílico de 96° G.L. sin desnaturalizar, utilizado como materia prima para la elaboración y/o envasado de alcohol etílico desnaturalizado como material de curación.  
D.O.F. 25-IV-2017.

Norma Oficial Mexicana NOM-143-SSA1-1995, Bienes y servicios. Método de prueba microbiológico para alimentos. Determinación de Listeria monocytogenes.  
D.O.F. 19-XI-1997.

Norma Oficial Mexicana NOM-164-SSA1-2015, Buenas prácticas de fabricación para fármacos.  
D.O.F. 4-II-2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-177-SSA1-2013, Que establece las pruebas y procedimientos para demostrar que un medicamento es intercambiable. Requisitos a que deben sujetarse los Terceros Autorizados que realicen las pruebas de intercambiabilidad. Requisitos para realizar los estudios de biocomparabilidad. Requisitos a que deben sujetarse los Terceros Autorizados, Centros de Investigación o Instituciones Hospitalarias que realicen las pruebas de biocomparabilidad.  
D.O.F. 20-IX-2013 Última Reforma D.O.F. 03-V-2021.

Norma Oficial Mexicana NOM-199-SSA1-2000, Salud ambiental. Niveles de plomo en sangre y acciones como criterios para proteger la salud de la población expuesta no ocupacionalmente.  
D.O.F. 18-X-2002 Última Reforma D.O.F. 30-VIII-2017.

Norma Oficial Mexicana NOM-210-SSA1-2014, Productos y servicios. Métodos de prueba microbiológicos. Determinación de microorganismos indicadores. Determinación de microorganismos patógenos.  
D.O.F. 26-VI-2015.



Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia.  
D.O.F. 19-VII-2017. Última Reforma D.O.F. 30-IX-2020.

Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.  
D.O.F. 15-IX-2006. Última Reforma D.O.F. 29-XII-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-240-SSA1-2012, Instalación y operación de la tecnovigilancia.  
D.O.F. 30-X-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.



|   |  |  |                                     |
|---|--|--|-------------------------------------|
|  <p><b>SALUD</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b></p> |  <p>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</p> <hr/> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p> | <p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 20</p> |
|---|--|--|-------------------------------------|

D.O.F. 1-III-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

D.O.F. 26-X-2012 Última Reforma D.O.F. 18-IX-2015.

Norma Oficial Mexicana NOM-257-SSA1-2014, En materia de medicamentos biotecnológicos.

D.O.F. 11-XII-2014.

**NORMAS OFICIALES MEXICANAS EXPEDIDAS POR EL COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES (SSA2):**

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.

D.O.F. 13-XI-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

D.O.F. 7-IV-2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la Prevención y el Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

D.O.F. 10-XI-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011, Para la prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos.

D.O.F. 8-XII-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.

D.O.F. 23-XI-2016.

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

D.O.F. 06-VI-1994 Última Reforma D.O.F. 31-V-2007.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

D.O.F. 23-XI-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-2012, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.

D.O.F. 23-X-2012 Última Reforma D.O.F. 17-VI-2015.

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.



D.O.F. 19-II-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-021-SSA2-1994, Para la prevención y control del binomio teniosis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica.

D.O.F. 21-VIII-1996 Última Reforma D.O.F. 21-V-2004.

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA2-2012, Para la prevención y control de la brucelosis en el ser humano.

D.O.F. 11-VII-2012.

|   |  |  |                                     |
|---|--|--|-------------------------------------|
|  <p><b>SALUD</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b></p> |  <p>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</p> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p> | <p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 21</p> |
|---|--|--|-------------------------------------|

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.  
D.O.F. 04-IX-2015.

Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-2007, Para la prevención y control de la lepra.  
D.O.F. 31-VIII-2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.  
D.O.F. 21-VIII-2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-029-SSA2-1999, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano.  
D.O.F. 2-II-2001.

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.  
D.O.F. 31-V-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.  
D.O.F. 9-II-2001 Última Reforma D.O.F. 26-IX-2006.

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2014, Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.  
D.O.F. 16-IV-2015.

Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA2-2011, Para la vigilancia, prevención y control de la intoxicación por picadura de alacrán.  
D.O.F. 8-XII-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.  
D.O.F. 24-VI-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica.  
D.O.F. 7-I-2013.



Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.  
D.O.F. 28-IX-2012 Última Reforma D.O.F. 12-X-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.  
D.O.F. 13-VII-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-038-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo.  
D.O.F. 21-IV-2011.

Modificación al numeral 7.12.3 y eliminación de los numerales A.18, A.18.1 y A.18.2, del Apéndice A Normativo, de la Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, publicada el 1 de junio de 2017.  
D.O.F. 1-VI-2017 Última Reforma D.O.F. 1-XII-2017.

Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

|   |  |   |                                     |
|---|--|---|-------------------------------------|
|  <p><b>SALUD</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b></p> |  <p><b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b><br/><br/>DR. EDUARDO LICEAGA</p> | <p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 22</p> |
|---|--|---|-------------------------------------|

D.O.F. 9-VI-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

D.O.F. 22-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

D.O.F. 20-XI-2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

D.O.F. 16-IV-2009, Última Reforma D.O.F. 24-III-2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años.

D.O.F. 12-VIII-2015, Última Reforma D.O.F. 18-VIII-2015.

Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata).

D.O.F. 15-XII-2017.

### **NORMAS OFICIALES MEXICANAS SSA3:**

Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

D.O.F. 4-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2007, Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia.

D.O.F. 11-VI-2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de la hemodiálisis.

D.O.F. 20 I 2017.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

D.O.F. 15-X-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

D.O.F. 12 VI 2020.

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.



D.O.F. 06 XII 2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

D.O.F. 06 XII 2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

D.O.F. 18-V-2018.

|  |   |  |                          |
|--|---|--|--------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b> | <br><small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1<br><hr/> Hoja: 23 |
|--|---|--|--------------------------|

Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología.

D.O.F. 28-VII-2014 Última Reforma D.O.F. 07-VIII-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos.

D.O.F. 9-XII-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

D.O.F. 4-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA3-2013, Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo.

D.O.F. 11-XI-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad.

D.O.F. 14-IX-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

D.O.F. 06 XII 2016

Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

D.O.F. 2-IX-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.

D.O.F. 18-IX-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.

D.O.F. 30-XI-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.

D.O.F. 17-IX-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.

D.O.F. 06-XII-2016.

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.



D.O.F. 4-IX-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.

D.O.F. 06-XII-2016

Norma Oficial Mexicana NOM-029-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la cirugía oftalmológica con láser excimer.

D.O.F. 02-VIII-2012.

|   |  |  |                                     |
|---|--|--|-------------------------------------|
|  <p><b>SALUD</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b></p> |  <p>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</p> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p> | <p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 24</p> |
|---|--|--|-------------------------------------|

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

D.O.F. 12-IX-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.

D.O.F. 13-IX-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.

D.O.F. 25-II-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.

D.O.F. 23-IX-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

D.O.F. 15-XI-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA3-2016, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica.

D.O.F. 21-II-2017.

**NORMAS OFICIALES MEXICANAS EMITIDAS POR OTRAS DEPENDENCIAS CON PARTICIPACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD:**

Norma Oficial Mexicana NOM-031-NUCL-2011, Requisitos para el entrenamiento del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes.

D.O.F. 26-X-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-039-NUCL-2020, Criterios para la exención de fuentes de radiación ionizante o prácticas que las utilicen.

D.O.F. 09-XII-2020.

Norma Oficial Mexicana NOM-003-SEGOB-2011, Señales y avisos para protección civil. Colores, formas y símbolos a utilizar.

D.O.F. 23-XII-2011 Última Reforma D.O.F. 15-VII-2015.

Normas para la Operación del Registro de Servidores Públicos.

D.O.F. 24-IX-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-026-NUCL-2011, Vigilancia Médica del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes.



D.O.F. 26-X-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-NUCL-2014, Requerimientos de seguridad radiológica que deben ser observados en los implantes permanentes de material radiactivo con fines terapéuticos a seres humanos.

D.O.F. 5-III-2015.

**OTROS ORDENAMIENTOS JURÍDICOS:**

Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2022

|   |  |   |                                     |
|---|--|---|-------------------------------------|
|  <p><b>SALUD</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b></p> |  <p><b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b><br/><br/>DR. EDUARDO LICEAGA</p> | <p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 25</p> |
|---|--|---|-------------------------------------|

D.O.F. 18 VII 2022.

Recomendación General No. 4 derivada de las prácticas administrativas que constituyen violaciones a los derechos humanos de los miembros de las comunidades indígenas respecto de la obtención de consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar.

D.O.F. 26-XII-2002.

Lineamientos del Servicio de Administración y Enajenación de Bienes para la destrucción de bienes.

D.O.F. 13I-2006.

Lineamientos del Instituto para Devolver al Pueblo lo Robado para la transferencia de bienes asegurados, abandonados y decomisados en procedimientos penales federales. D.O.F. 23-III-2021.

Lineamientos del Servicio de Administración y Enajenación de Bienes para la devolución de bienes.

D.O.F. 13-I-2006 Acuerdo por el que se dan a conocer las reformas a los Lineamientos del Servicio de Administración y Enajenación de Bienes para el nombramiento de depositarios y administradores en los procedimientos penales federales y para conceder la utilización de estos, intitulados a raíz de las mismas, Lineamientos del Servicio de Administración y Enajenación de Bienes para el nombramiento de depositarios y administradores de bienes y conocer la utilización de los mismos.

D.O.F. 19-VII-2010. Última Reforma D.O.F. 28-III-2016.

Lineamientos para el ejercicio eficaz, transparente, ágil y eficiente de los recursos que transfieren las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal a las entidades federativas mediante convenios de coordinación en materia de reasignación de recursos.

D.O.F. 28-III-2007.

Lineamientos Generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 30-III-2007. Última Reforma D.O.F. 09-X-2007.

Recomendaciones para la organización y conservación de correos electrónicos institucionales de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 10-II-2009.

Acuerdo por el que se establecen las acciones específicas adoptadas por la Secretaría de la Función Pública en cumplimiento a las medidas dictadas en materia de prevención y control del brote de influenza en el país.

D.O.F. 29-IV-2009.

Recomendación General 15 sobre el Derecho a la Protección de la Salud.

D.O.F. 07-V-2009.

DECRETO por el que se reforman diversas disposiciones del diverso por el que se crea el órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética.



D.O.F. 7-IX-2005. Última Reforma D.O.F. 16-II-2017.

ACUERDO por el que se modifica el diverso por el que se emiten Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética, publicado el 31 de octubre de 2012.

D.O.F. 31-X-2012 Última Reforma D.O.F. 10-XII-2020.

ACUERDO por el que se modifica el Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal.

D.O.F. 28-XII-2010, Última Reforma D.O.F. 15 VI 2016.

|   |   |  |                        |
|---|---|--|------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b> | <br>HOSPITAL<br>GENERAL<br>de MÉXICO<br><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1<br><br>Hoja: 26 |
|---|---|--|------------------------|

Reglas para la determinación, acreditación y verificación del contenido nacional de los bienes que se ofertan y entregan en los procedimientos de contratación, así como para la aplicación del requisito de contenido nacional en la contratación de obras públicas, que celebren las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 14-X-2010.

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

D.O.F. 22-XI-2010, Última Reforma D.O.F. 23-XII-2020

ACUERDO del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos generales en materia de clasificación y desclasificación de la información, así como para la elaboración de versiones públicas. D.O.F. 28-II-2012. Última Reforma D.O.F. 15-IV-2016.

Lineamientos que deberán cumplir los medicamentos biotecnológicos biocomparables.

D.O.F. 19-VI-2012.

Lineamientos para el cumplimiento de obligaciones de transparencia, acceso a información gubernamental y rendición de cuentas, incluida la organización y conservación de archivos, respecto de recursos públicos federales transferidos bajo cualquier esquema al presidente electo de los Estados Unidos Mexicanos y a su equipo de colaboradores durante el ejercicio fiscal de 2012.

D.O.F. 21-VI-2012.

Lineamientos para la elaboración y presentación de los análisis costo y beneficio de los programas y proyectos de inversión.

D.O.F. 10 III 2017.

Aviso por el que se da a conocer el formato para el registro de todo acto que se lleve a cabo y esté relacionado con el alcohol etílico sin desnaturalizar, a que se refiere el Acuerdo que establece las medidas para la venta y producción de alcohol etílico y metanol, publicado el 6 de enero de 2014.

D.O.F. 6-I-2014, Última Reforma D.O.F. 17-I-2014.

Lineamientos de eficiencia energética para la Administración Pública Federal.

D.O.F. 13 VIII 2012.

Lineamientos para la determinación de los requerimientos de información que deberá contener el mecanismo de planeación de programas y proyectos de inversión.

D.O.F. 18 III 2008.

Lineamientos para la entrega de información, por parte de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, sobre los usuarios con un patrón de alto consumo de energía.

D.O.F. 03 II 2010

Lineamientos para el seguimiento del ejercicio de los programas y proyectos de inversión, proyectos de infraestructura productiva de largo plazo y proyectos de asociaciones público-privadas, de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 20-II-2015.



Modelo Integral de Atención a Víctimas.

D.O.F. 04-VI-2015.

Guía de Implementación de la Política de Datos Abiertos.

D.O.F. 12-XII-2017.



|   |  |  |                                     |
|---|--|--|-------------------------------------|
|  <p><b>SALUD</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b></p> |  <p>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</p> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p> | <p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 27</p> |
|---|--|--|-------------------------------------|

Lineamientos para la creación y uso de Sistemas Automatizados de Gestión y Control de Documentos.  
D.O.F. 3-VII-2015.

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

Reglas generales para la tramitación electrónica de permisos para el uso de recetas especiales con código de barras para medicamentos de la fracción I del artículo 226 de la Ley General de Salud.  
D.O.F. 14-X-2015.  
Acuerdo por el que se establecen las Disposiciones generales de accesibilidad Web que deben observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y las empresas productivas del Estado.  
D.O.F. 3-XII-2015.

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos que deberán observar los sujetos obligados para la atención de requerimientos, observaciones, recomendaciones y criterios que emita el organismo garante.  
D.O.F. 10-II-2016.

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos que los sujetos obligados deben seguir al momento de generar información, en un lenguaje sencillo, con accesibilidad y traducción a lenguas indígenas.  
D.O.F. 12-II-2016.

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos que establecen los procedimientos internos de atención a solicitudes de acceso a la información pública.  
D.O.F. 12-II-2016.

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos para recabar la información de los sujetos obligados que permitan elaborar los informes anuales.  
D.O.F. 12-II-2016.



Lineamientos en materia de Austeridad Republicana de la Administración Pública Federal D.O.F. 22-II-2016.  
Última Reforma D.O.F. 18- IX-2020.

Oficio circular por el que se establecen los procedimientos para el informe, dictamen, notificación o constancia de registro de los ingresos excedentes obtenidos durante el ejercicio por la Oficina de la Presidencia de la República, las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como por los Poderes Legislativo y Judicial y los entes autónomos y Tribunales Administrativos.  
D.O.F. 29-V-2019.

Lineamientos para analizar, valorar y decidir el destino final de la documentación de las dependencias y entidades del Poder Ejecutivo Federal.  
D.O.F. 16-III-2016.

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se emiten los Criterios para que los Sujetos Obligados Garanticen Condiciones de Accesibilidad que Permitan el Ejercicio de los Derechos Humanos de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales a Grupos Vulnerables.



|   |  |   |                                     |
|---|--|---|-------------------------------------|
|  <p><b>SALUD</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b></p> |  <p><b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b></p> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p> | <p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 28</p> |
|---|--|---|-------------------------------------|

D.O.F. 4-V-2016.

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos para la implementación y operación de la Plataforma Nacional de Transparencia.

D.O.F.04-V-2016.

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los lineamientos que deberán observar los sujetos obligados para la atención de requerimientos, observaciones, recomendaciones y criterios que emita el Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales.

D.O.F. 4-V-2016.

Acuerdo mediante el cual el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, aprueba el padrón de sujetos obligados del ámbito federal, en términos de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

D.O.F. 4-V-2016.

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

D.O.F. 4-V-2016.

Condiciones Generales del Trabajo de la Secretaría de Salud 2016-2019.

Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para incorporar la perspectiva de género en las Reglas de Operación de los programas presupuestarios federales.

D.O.F. 29-VI-2016.

Protocolo para la prevención, atención y sanción del hostigamiento y acoso sexuales.

D.O.F. 03-I-2020.

Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo.

D.O.F. 20-IX-2016.



Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para la Integración de la Aportación Solidaria Estatal del Sistema de Protección Social en Salud.

D.O.F. 20-IX-2016.

Acuerdo por el cual se aprueba la modificación del plazo para que los sujetos obligados de los ámbitos Federal, Estatal y Municipal incorporen a sus portales de Internet y a la Plataforma Nacional de Transparencia, la información a la que se refieren el Título Quinto y la fracción IV del artículo 31 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como la aprobación de la definición de la fecha a partir de la cual podrá presentarse la denuncia por la falta de publicación de las obligaciones de transparencia, a la que se refiere el Capítulo VII y el Título Quinto de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

D.O.F. 2-XI-2016.

Acuerdo mediante el cual se realizan modificaciones a los formatos establecidos en los anexos de los Lineamientos Técnicos Generales para la publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el Título Quinto y en la fracción IV del artículo 31 de la Ley General de

|   |  |   |                                     |
|---|--|---|-------------------------------------|
|  <p><b>SALUD</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b></p> |  <p><b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b><br/><br/>DR. EDUARDO LICEAGA</p> | <p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 29</p> |
|---|--|---|-------------------------------------|

Transparencia y Acceso a la Información Pública, que deben de difundir los sujetos obligados en los portales de Internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia.  
D.O.F. 10-XI-2016.

Modificación al Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica.  
D.O.F. 6-XII-2016. Última Reforma D.O.F. 22-VIII-2019.

Lista de valores mínimos para desechos de bienes muebles que generen las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 02-VIII-2022.

Lineamientos de clasificación de contenidos audiovisuales de las transmisiones radiodifundidas y del servicio de televisión y audio restringidos.  
D.O.F. 15-II-2017, Última Reforma D.O.F. 14-II-2020.

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos que establecen el procedimiento para la atención de solicitudes de ampliación del periodo de reserva por parte del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.  
D.O.F. 7-II-2014. Última Reforma D.O.F. 15-II-2017.



Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos Generales que establecen los criterios para el cumplimiento de las obligaciones de transparencia y acceso a la información a cargo de las personas físicas y morales que reciben y ejercen recursos públicos o realicen actos de autoridad.  
D.O.F. 13-III-2017.

Acuerdo mediante el cual se modifican los Lineamientos que establecen el procedimiento de denuncia por incumplimiento a las obligaciones de transparencia previstas en los artículos 70 a 83 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 69 a 76 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  
D.O.F. 17-II-2017. Última Reforma 30-IV-2018.

Acuerdo mediante el cual se aprueban diversas modificaciones a los Lineamientos que establecen el procedimiento de verificación y seguimiento del cumplimiento de las obligaciones de transparencia que deben publicar los sujetos obligados del ámbito federal en los portales de Internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia, así como el Manual de procedimientos de metodología de evaluación para verificar el cumplimiento de las obligaciones que deben de publicar los sujetos obligados del ámbito federal en los portales de Internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia.  
D.O.F. 20-II-2017. Última Reforma D.O.F. 14-VI-2019.

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos por los que se establecen los costos de reproducción, envío o, en su caso, certificación de información del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.  
D.O.F. 21-IV-2017.

Acuerdo mediante el cual se modifican los Lineamientos Técnicos Generales para la publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el título quinto y en la fracción IV del artículo 31 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, que deben de difundir los sujetos obligados en los portales de Internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia; así como así como los criterios y formatos contenidos en los anexos de los propios lineamientos, derivado de la verificación diagnóstica realizada por los organismos garantes de la Federación y de las entidades federativas; asimismo se modifican las Directrices del Pleno del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales en materia de Verificación Diagnóstica de las obligaciones de transparencia y atención a la Denuncia por incumplimiento a las obligaciones de transparencia.  
D.O.F. 28-XII-2017.

|   |   |  |                        |
|---|---|--|------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b> | <br>HOSPITAL<br>GENERAL<br>de MÉXICO<br><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1<br><br>Hoja: 30 |
|---|---|--|------------------------|

Protocolo de actuación de los Comités de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés en la atención de presuntos actos de discriminación.

D.O.F. 18-VII-2017.

Lineamientos para el impulso, conformación, organización y funcionamiento de los mecanismos de participación ciudadana en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 11-VIII-2017.

Acuerdo mediante el cual se aprueban las modificaciones al procedimiento para la modificación de la tabla de aplicabilidad para el cumplimiento de las obligaciones de transparencia comunes de los sujetos obligados del ámbito federal.

D.O.F. 1-IX-2017.

Oficio Circular mediante el cual se emiten diversas directrices para los Oficiales Mayores de las dependencias y equivalentes en las entidades de la Administración Pública Federal y titulares de los Órganos Internos de Control, que deberán observarse en las contrataciones que se realicen entre entes públicos.

D.O.F. 6-XI-2017.

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Criterios mínimos y metodología para el diseño y documentación de Políticas de Acceso a la Información, Transparencia Proactiva y Gobierno Abierto, así como el uso del Catálogo Nacional de Políticas.

D.O.F. 23-XI-2017.

Acuerdo mediante el cual se aprueban las disposiciones administrativas de carácter general para la elaboración, presentación y valoración de evaluaciones de impacto en la protección de datos personales.

D.O.F. 23-I-2018.

Lineamientos que regulan la aplicación de las medidas administrativas y de reparación del daño en casos de discriminación.

D.O.F. 13-VI-2014.

#### **DISPOSICIONES INTERNACIONALES:**

Decreto que promulga la Convención celebrada entre México y varias naciones, sobre Condiciones de los Extranjeros. D.O.F. 20-VIII-1931.

Decreto por el cual se promulga la Convención relativa a la Esclavitud.

D.O.F. 13-IX-1935.

Decreto que promulga el Convenio relativo a las Estadísticas de las Causas de Defunción.

D.O.F. 23-III\_1938



Decreto que aprueba el Convenio Internacional relativo al Transporte de Cadáveres.

D.O.F. 15-II-1938.

Decreto por el que se comunica el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas hecho en Viena el 21 de febrero de 1971. D.O.F. 24-VI-1975.

Decreto de Promulgación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, adoptada en la ciudad de San José de Costa Rica, el 22 de noviembre de 1969.

D.O.F. 07-V-1981.

|   |  |  |                                     |
|---|--|--|-------------------------------------|
|  <p><b>SALUD</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b></p> |  <p>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</p> <p>DR. EDUARDO LICEAGA</p> | <p>Rev. 1</p> <hr/> <p>Hoja: 31</p> |
|---|--|--|-------------------------------------|

Decreto de Promulgación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, abierto a firma en la ciudad de Nueva York, E.U.A. el 19 de diciembre de 1966. D.O.F. 20-V-1981.

Decreto de Promulgación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 18 de diciembre de 1979. D.O.F. 12-V-1981.

Decreto Promulgatorio del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el dieciocho de diciembre de dos mil dos. D.O.F. 15-VI-2006.

Decreto por el que se aprueba la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura. D.O.F. 03-II-1987.

Decreto por el que se aprueba la Convención sobre Asistencia en Caso de Accidente Nuclear o Emergencias Radiológicas adoptada en la ciudad de Viena, Austria, el 26 de septiembre de 1986. D.O.F. 29-07-1988.

Decreto de Promulgación de la Convención sobre Asilo Territorial, abierta a firma en la ciudad de Caracas, Venezuela, el 28 de marzo de 1954. D.O.F. 04-V-1981.

Decreto promulgatorio de la Convención sobre Derechos del Niño. D.O.F. 25-I-1991.

Decreto de promulgación de la Convención Interamericana sobre Restitución Internacional de Menores. D.O.F. 18-XI-1994.

Decreto por el que se aprueba la Convención sobre la Protección de Menores y la Cooperación en Materia de Adopción Internacional. D.O.F. 17 VIII 2016.

Decreto por el que se aprueba la Convención Interamericana sobre Tráfico Internacional de Menores. D.O.F. 14-V-1996.



Decreto Promulgatorio de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención de Belém do Pará, adoptada en la ciudad de Belém do Pará, Brasil, el nueve de junio de mil novecientos noventa y cuatro. D.O.F. 27-VIII-2018.

Decreto Promulgatorio del Protocolo sobre el Estatuto de Refugiados, hecho en Nueva York, el treinta y uno de enero de mil novecientos sesenta y siete. D.O.F. 30 III 2001

Decreto por el que se aprueba la Convención sobre el Estatuto de los Apátridas, hecha en Nueva York, el veintiocho de septiembre de mil novecientos cincuenta y cuatro. D.O.F. 30 III 2001

Decreto Promulgatorio de la Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intolerancia, adoptada en la Antigua, Guatemala, el cinco de junio de dos mil trece. D.O.F. 20-II-2020.

Decreto Promulgatorio de la Convención sobre la Imprescritibilidad de los Crímenes de Guerra y de los Crímenes de Lesa Humanidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el veintiséis de noviembre de mil novecientos sesenta y ocho. D.O.F. 23-III-2003.

|   |   |  |                        |
|---|---|--|------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b> | <br><b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b><br><br><small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1<br><br>Hoja: 32 |
|---|---|--|------------------------|

Decreto por el que se aprueban la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo aprobados por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el trece de diciembre de dos mil seis, así como la Declaración Interpretativa a Favor de las Personas con Discapacidad.

D.O.F. 24-X-2007.

Decreto Promulgatorio del Acuerdo entre los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de los Estados Unidos de América sobre Cooperación en la Administración de Emergencias en Casos de Desastres Naturales y Accidentes, firmado en Puerto Vallarta, México, el veintitrés de octubre de dos mil ocho.



D.O.F. 18-III-2011.

Decreto por el que se aprueba el Protocolo de Nagoya sobre Acceso a los Recursos Genéticos y Participación Justa y Equitativa en los Beneficios que se Deriven de su Utilización al Convenio sobre la Diversidad Biológica, adoptado en Nagoya el veintinueve de octubre de dos mil diez.



D.O.F. 10-X-2014.

Decreto por el que se aprueba el Protocolo de Nagoya - Kuala Lumpur sobre Responsabilidad y Compensación Suplementario al Protocolo de Cartagena sobre Seguridad de la Biotecnología, hecho en Nagoya el quince de octubre de dos mil diez.

D.O.F. 26-II-2018.

|   |   |   |                     |
|---|---|---|---------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  <b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b> | Rev. 1              |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |   | DR. EDUARDO LICEAGA |
|   | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología |   |                     |

**1. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DE PRIMERA VEZ EN LA CONSULTA EXTERNA DE ONCOLOGÍA**

|   |   |  |          |
|---|---|--|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br><b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> | Rev. 1   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |          |
|   | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología | DR. EDUARDO LICEAGA  | Hoja: 34 |

## 1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los mecanismos administrativos que sirvan de guía al Personal Médico y Paramédico necesarios para brindar la atención adecuada a los pacientes que acuden por primera vez a la Consulta Externa de Oncología del Hospital General de México."Dr. Eduardo Liceaga" con la finalidad de que ésta sea otorgada de manera adecuada, a

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección de Coordinación Médica , coordina la realización adecuada del procedimiento, la Dirección Quirúrgica supervisa que las Subdirecciones de área verifiquen el correcto funcionamiento, la Subdirección Quirúrgica "A" supervisa que se cumplan los lineamientos, los Servicios que solicitan interconsulta a Oncología, solicitan segunda opiniones para integrar un diagnóstico integral y multidisciplinario y el Servicio de Oncología efectúa las actividades necesarias para el diagnóstico y tratamiento del paciente que acude a la Consulta Externa del mismo.

2.2 A nivel externo: Este procedimiento tiene alcance para los pacientes referidos de otras instituciones de Salud.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS



3.1 La Jefatura del Servicio en colaboración con los coordinadores de Consulta Externa, Cirugía y Hospitalización del Servicio son responsables de la difusión y vigilancia adecuada para que se lleve a cabo este procedimiento, además de darlo a conocer a todos los médicos para su conocimiento y el buen funcionamiento de las actividades dentro del Hospital y del propio Servicio, además de verificar que se cumpla con el horario de atención médica para consulta externa, que será: Matutino de 8:30 a 13:30 horas y vespertino de 15:00 a 21:00 horas.

3.2 Es responsabilidad del Personal Administrativo del servicio de Oncología revisar y verificar que el paciente cuente con el carnet de citas, el comprobante de pago y la solicitud de interconsulta (si se requiere) para poder ser atendido en la Consulta Externa de primera vez de Oncología.

3.3 El Personal de Enfermería asignado a la Consulta Externa del Servicio Oncología es el responsable de verificar los datos proporcionados por el paciente, identificándolo a través de una credencial de elector, además de realizar la obtención de dos datos de identificación institucionales (nombre completo y Número de expediente, o fecha de nacimiento si no cuenta con expediente, en los servicios de Urgencias) y de presentarse con él, tomar signos vitales y coadyuvar al médico en la atención del paciente.

3.4 La Jefatura del Servicio es responsable de realizar la distribución y establecimiento de un rol de médicos asignados para la consulta externa del Servicio y de los médicos encargados de atender las interconsultas que se soliciten por otros Servicios, mismo que deberá enviar a la Dirección de Área correspondiente con periodicidad mensual.

3.5 Es responsabilidad de la Jefatura del Servicio supervisar y verificar que el médico Tratante de Oncología realice diagnóstico y tratamiento adecuados, además de que, en los casos de pacientes periféricos, se proporcione el seguimiento clínico hasta que suceda una de las siguientes situaciones: el alta definitiva o el traslado al servicio correspondientes, además de supervisar las actividades de los médicos residentes que rotan con él.

|   |   |  |          |
|---|---|--|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br><b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> | Rev. 1   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |          |
|   | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología | DR. EDUARDO LICEAGA  | Hoja: 35 |

3.6 Será responsabilidad del Médico Tratante de Oncología valorar, de acuerdo a las condiciones del paciente, el tipo de atención que se brindará al mismo: urgente o electiva, para garantizar que existen niveles de prioridades la misma, de acuerdo a las políticas establecidas. En caso de urgencia, enviará al paciente con su familiar al Servicio de Urgencias Adultos para que sea atendido de manera inmediata, de acuerdo a disponibilidad de recursos (humanos, materiales y de infraestructura), en caso necesario, acompañado de enfermera, camillero y médico residente.

3.7 Es responsabilidad del Médico Tratante de Oncología proporcionar adecuada información al paciente y sus familiares sobre el padecimiento, ventajas, desventajas y alternativas del tratamiento propuesto en un lenguaje claro y sencillo, asegurando la total comprensión por parte del enfermo, y/o su familiar, así como de informar que, por ser un hospital escuela, en algunas ocasiones, el personal en formación (médico, de enfermería, nutriología, etc) podrían ser los responsables de proporcionar la atención médica solicitada, siempre bajo supervisión de médicos de base.

3.8 Es responsabilidad del Médico Tratante de Oncología que asiste a la Consulta Externa en los turnos matutino y vespertino, realizar una evaluación al paciente con calidad y calidez, de acuerdo a los resultados de laboratorio y gabinete solicitados, establecer un diagnóstico clínico integral, siempre con calidad y calidez, decidir su tratamiento definitivo (conservador o quirúrgico) con apego a las Guías de Práctica Clínica institucionales vigentes, además de extender, en caso necesario la receta médica correspondiente, colocando en el formato proporcionado para ello su nombre completo, el número de cédula profesional y firma.

3.9 El Médico Tratante del Servicio de Oncología asignado a la Consulta Externa será responsable de realizar, si considera necesario, las solicitudes de interconsulta a las diferentes especialidades para garantizar un diagnóstico integral adecuado y el tratamiento que requiera el paciente, a través del formato de interconsulta, con apego al procedimiento "Para la solicitud y realización de interconsultas médicas" difundido por La Dirección de Coordinación Médica .

3.10 Es responsabilidad del Médico Tratante de Oncología que acude a proporcionar la consulta, realizar el adecuado llenado del formato electrónico de la "Hoja diaria de Consulta" imprimirla y entregarla al personal administrativo del servicio al término de la jornada con el fin de concentrar los datos y elaborar el reporte de productividad mensual de la Unidad, para enviarlo en tiempo y forma a la Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos.


3.11 Es responsabilidad del personal médico llenar adecuadamente los formatos de Plataforma de Ambiente para la Administración y Manejo de Atención en Salud (AAMATES) de nota médica y receta de gratuidad al paciente que no cuente con Derechohabiencia o Gratuidad nacional, y en pacientes que cuenten con alguna derechohabiencia (IMSS, ISSSTE u otra seguridad) emitir receta institucional.

3.12 El Personal de Seguridad del Servicio de Oncología es responsable de controlar la entrada y salida de toda persona ajena al mismo, solicitando una identificación oficial que canjeará por un gafete de visitante, que se deberá portar en sitio visible durante su estancia y deberá entregar a la salida.

3.13. Todas las actividades que requieran interrelación personal serán realizadas con apego al Código de Ética de los Servidores Públicos vigente, con respeto a los Derechos Humanos individuales, del paciente, de su familiar y del prestador de servicios.

3.14 En caso de que el paciente sea identificado como parte de un grupo vulnerable, se le deberá dar prioridad a su atención, dentro de lo posible, con apego al procedimiento "Para la identificación y atención de pacientes pertenecientes a grupos vulnerables", difundido por La Dirección de Coordinación Médica .



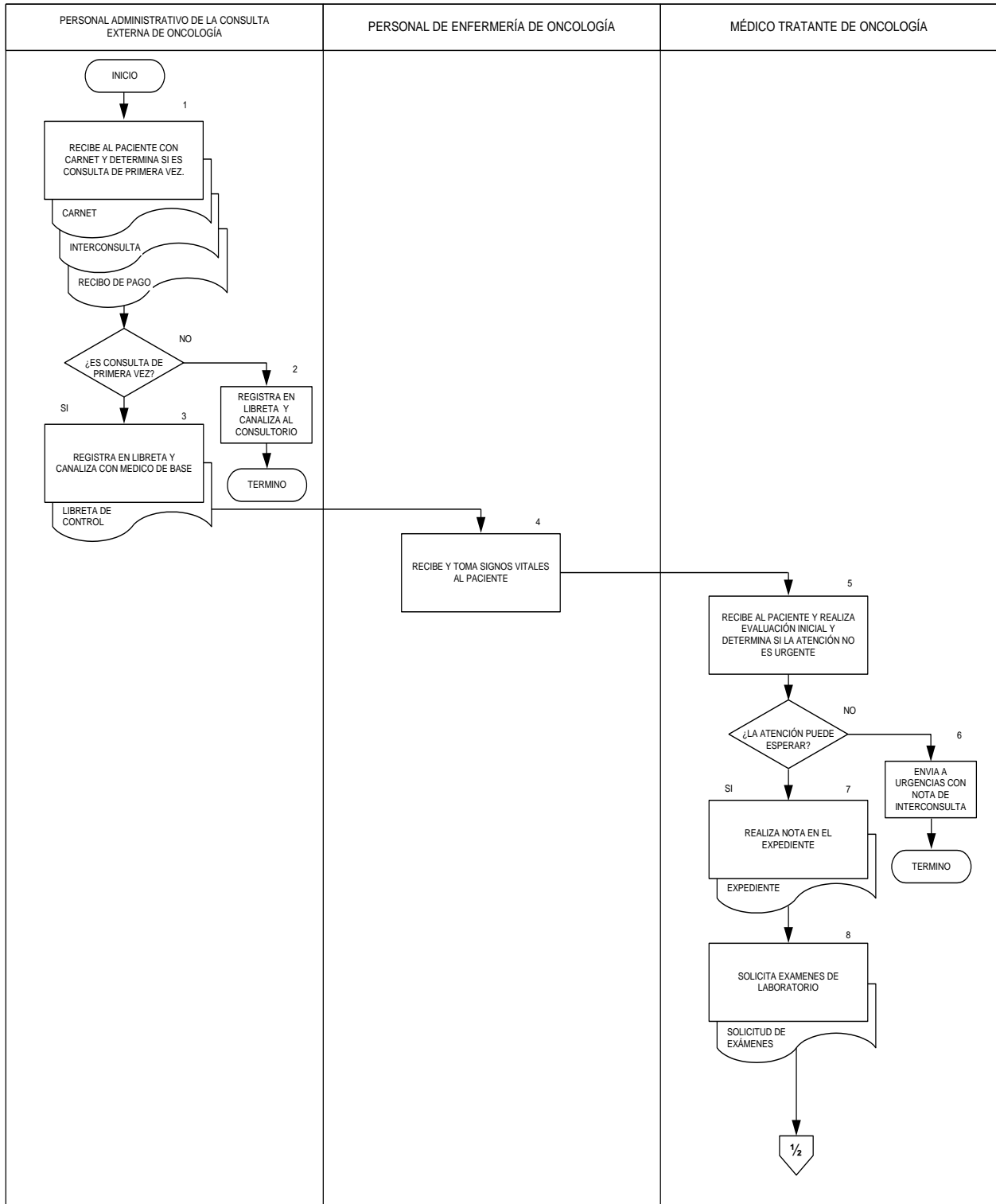
|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |
|   | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología |



Hoja: 36

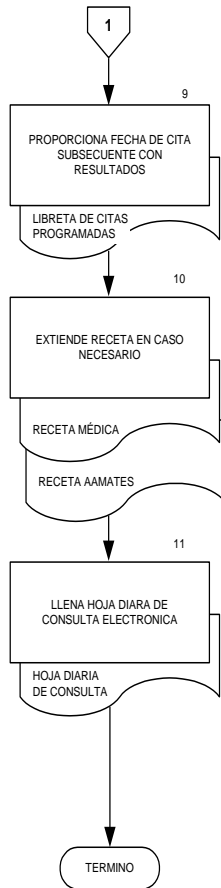
#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



| Responsable  | No. Act. | Descripción de actividades   | Documento o anexo   |
|--|----------|--|---|
| Personal Administrativo de Consulta Externa de Oncología | 1        | Recibe al paciente, verifica que cuente con carnet, solicitud de interconsulta, recibo de pago y determina si se abre su expediente Oncológico, de ser así se da inicio a su protocolo.<br><br>¿Es consulta de primera vez?          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carnet.</li> <li>• Recibo de pago o Documento de gratuidad.</li> <li>• Libreta de control.</li> <li>• Solicitud de interconsulta</li> </ul>  |
|  | 2        | No: Registra en la libreta de subsecuentes y del médico Tratante y lo canaliza al consultorio correspondiente, termina procedimiento.  |   |
|  | 3        | Si: Registra en la libreta de control y lo canaliza con el médico de base de acuerdo a disponibilidad.   |   |
| Personal de Enfermería de Oncología                      | 4        | Recibe e identifica al paciente, se presenta con él, realiza toma signos vitales e informa al médico.  |   |
| Médico Tratante de Oncología                             | 5        | Recibe al paciente, se identifica con él, realiza evaluación inicial del paciente a través de interrogatorio y exploración física. Determina si la atención médica puede esperar (no es urgente).<br><br>¿La atención puede esperar? | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota de interconsulta</li> <li>• Expediente clínico.</li> <li>• Formatos de exámenes de laboratorio.</li> <li>• Libreta de citas programadas.</li> <li>• Receta médica o Receta AAMATES</li> <li>• Hoja diaria de consulta.</li> </ul> |
|  | 6        | No: Envía a Urgencias con nota de interconsulta y termina el procedimiento.  |   |
|  | 7        | Si: Realiza notas en el expediente clínico con apego a la NOM 004-SSA3-2012 del expediente clínico.  |   |
|  | 8        | Solicita exámenes de laboratorio e imagen para confirmar diagnóstico y fotografías clínicas para documentarlo.   |   |
|  | 9        | Proporciona fecha para cita subsecuente para evaluar confirmar diagnóstico y establecer tratamiento integral con el apoyo de los resultados de estudios.   |   |
|  | 10       | Extiende receta de gratuidad si tiene gratuidad nacional en plataforma AAMATES o receta con tratamiento en paciente con Derechohabencia y solicita estudio fotográfico pertinente.   |   |
|  | 11       | Llena hoja diaria de consulta electrónica, la imprime y entrega a personal administrativo de la Consulta externa al terminar la jornada  |   |
|  |          | <b>TERMINA</b>   |   |

### 5. DIAGRAMA DE FLUJO



|   |   |  |        |
|---|---|--|--------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1 |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |        |
|   | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología |  |        |

| PERSONAL ADMINISTRATIVO DE CONSULTA EXTERNA DE ONCOLOGÍA | PERSONAL DE ENFERMERÍA ONCOLOGÍA | MÉDICO TRATANTE DE ONCOLOGÍA   |
|--|----------------------------------|--|
|  |                                  |  <pre> graph TD     Start([1]) --&gt; Step9[9<br/>PROPORCIONA FECHA DE CITA<br/>SUBSECUENTE CON<br/>RESULTADOS]     Step9 --&gt; Output9[LIBRETA DE CITAS<br/>PROGRAMADAS]     Output9 --&gt; Step10[10<br/>EXTIENDE RECETA EN CASO<br/>NECESARIO]     Step10 --&gt; Output10a[RECETA MÉDICA]     Step10 --&gt; Output10b[RECETA AAMATES]     Output10a --&gt; Step11[11<br/>LLENA HOJA DIARA DE<br/>CONSULTA ELECTRONICA]     Output10b --&gt; Step11     Step11 --&gt; Output11[HOJA DIARIA<br/>DE CONSULTA]     Output11 --&gt; End([TERMINO])           </pre> |

|   |   |  |        |
|---|---|--|--------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1 |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |        |
|   | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología |  |        |

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos   | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Manual de Organización de la Dirección de Coordinación Médica.           | No Aplica               |
| 6.2 Manual de Procedimientos de la Dirección de Coordinación Médica.         | No Aplica               |
| 6.3 Manual de Organización de Oncología.                                     | No Aplica               |
| 6.4 NOM-004–SSA3-2012 Del Expediente Clínico.                                | No Aplica               |
| 6.5 Guía de Diagnóstico y Tratamiento del Servicio de Oncología.             | No Aplica               |
| 6.6 Código de Ética de la Administración Pública Federal.                    | No Aplica               |
| 6.7 Código de Conducta del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”. | No Aplica               |

## 7. REGISTROS

| Registros                                 | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo           | Código de registro o identificación única |
|---|------------------------|--------------------------------------|---|
| 7.1 Libreta de control de citas de 1ª vez | 5 Años                 | Personal Administrativo del Servicio | No Aplica                                 |
| 7.2 Hoja diaria de consulta               | 5 Años                 | Archivo                              | No Aplica                                 |
| 7.3 Expediente clínico                    | 5 Años                 | Archivo                              | No Aplica                                 |

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Consulta médica:** La atención que imparten los médicos a pacientes ambulatorios de las cuatro especialidades médicas básicas y de las especialidades: puede ser de primera vez o subsecuente.

**8.2 Exploración clínica:** Conjunto de maniobras propedéuticas encaminadas a establecer un diagnóstico.

**8.3 Historia Clínica:** Documento que elabora el médico consta de: interrogatorio, exploración física, diagnóstico y tratamiento, se apega a los lineamientos de la NOM-004-SSA3-2012.



**8.4 Plataforma AAMATES:** Plataforma del Gobierno Federal de Ambiente para la administración y manejo de la Atención en Salud.

**8.5 Receta AAMATES:** Es documento escrito de receta de gratuidad elaborado en Plataforma AAMATES.

**8.6 Signos vitales:** Variables clínica que pueden medirse cualitativa y cuantitativamente, incluyen la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.

## 9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio  |
|--------------------|---------------------------|---|
| 1                  | Mayo 2023                 | Se agregó la política 3.11, se actualizaron los documentos de referencia el índice y los anexos |

|   |   |  |          |
|---|---|--|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br><b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b> | Rev. 1   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |          |
|   | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología | <hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>   | Hoja: 40 |

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Carnet.
- 10.2 Comprobante de pago (RUI).
- 10.3 Solicitud de interconsulta.
- 10.4 Historia clínica.
- 10.5 Hoja diaria de Consulta.
- 10.6 Formatos de solicitud de exámenes de laboratorio.
- 10.7 Receta médica.





|   |   |  |        |
|---|---|--|--------|
| <p><b>SALUD</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <p><b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br/>DR. EDUARDO LICEAGA</p> | Rev. 1 |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |        |
|   | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología |  |        |

**10.2 Comprobante de pago (RUI).**

**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO**  
"DR. EDUARDO LICEAGA"  
ORGANISMO DESCENTRALIZADO  
DR. BALMIS N° 148 COL. DOCTORES  
R.F.C. HGM9505119F0  
REGIMEN FISCAL: PERSONAS MORALES CON FINES NO LUCRATIVOS  
No. DE CARNET: 3644596

**RECIBO DE PAGO PRE IMPRESO**  
UA \_\_\_\_\_ NBD OO \_\_\_\_\_  
**RUI 17183473**  
FECHA: 17183473  
México D.F. a 17/08/2022

NOMBRE DEL USUARIO: MARTINEZ GONZALEZ FELICIANO

CLAVE DE SERVICIO: ADMISION GENERAL 401 CONCEPTO: 010-021 1 CONSULTA 118.000 118.00

UNIDAD DE MEDIDA: NO APLICA

**NOTA IMPORTANTE:**  
EL PACIENTE CONSERVARA ESTE ORIGINAL PARA CUALQUIER ACLARACION  
METODO DE PAGO: NO APLICA

**CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL**

HGM9505119F0  
Registro Federal de Contribuyentes  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
"DR. EDUARDO LICEAGA"  
Nombre, denominación o razón social  
IDCIF: 14110668271  
VALIDA TU INFORMACION FISCAL

**NIVEL DE CUOTA**

**AREA MEDICA** 88

**TOTAL** \$ 118.00

ESTE RECIBO TENDRA VIGENCIA DE UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICION  
NUMERO DE CUENTA DE PAGO: NO APLICA

SELLO  
NOMBRE DEL CAJERO: ESCOBAR ESPINOSA LUIS (JOSE)  
F1 PTIN-02 Rev. 0

H.G.M. TEL. CONMUT: 2789-2000

Pago en una sola exhibición 1.

"LA REPRODUCCION NO AUTORIZADA DE ESTE COMPROBANTE CONSTITUYE UN DELITO EN LOS TERMINOS DE LAS DISPOSICIONES FISCALES"

CARBOPAPEL S.A. de C.V. R.F.C. CAR910411-609 CALLE CLAVELERES SIN COL. BELO HORIZONTE CP 84848 TOLLITLAN EDO. DE MEX. TELS.: 5461248, 5461380 TRAJE 100.000 FORMAS DEL FOLIO RUI-17100001 AL RUI-17200000



|   |   |                                   |          |
|---|---|-----------------------------------|----------|
| <p><b>SALUD</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <p>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</p> | Rev. 1   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |                                   |          |
|   | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología | DR. EDUARDO LICEAGA               | Hoja: 43 |

### 10.3 Comprobante de Pago

448

GLOBAL  
SERVICIOS ELECTRONICOS GLOBALES SA DE CV  
BUENAVISTA  
CUAUHTEMOC, CDMX. CP 06650

CAJA: 178      25/08/2022      19:38:43

PAGO DE SERVICIOS EN EFECTIVO

IMPORTE: \$118.00  
(CIENTO DIECIOCHO PESOS 00/100 M.N.)  
COMISION: \$0.00  
IVA: \$0.00  
TOTAL A PAGAR: \$118.00  
REFERENCIA: 385402  
0065690134363577936208234 00000118.00  
FOLIO: 082619384379  
AUTORIZACION: 070875

DR FIGUEROA

CORRESPONSAL CITIBANAMEX 48580057

Le Atendió: ADRIAN MONTECUBIO COTIJA  
Núm de Operador: 197  
Oficina No. 46770603, HG CONSULTA EXTERNA, DR BALMIS No. 148 Colonia DOCTORES. CUAUHTEMOC, CDMX. CP 06720

Esta operación es realizada a nombre y por cuenta de:  
BANCO NACIONAL DE MÉXICO, S.A.  
INTEGRANTE DEL GRUPO FINANCIERO BANAMEX  
Moras #850 PB, Col. Acacias,  
Alcaldía Benito Juárez., CP. 03240  
México, Ciudad de México  
RFC: BNM840515VB1  
Régimen Fiscal: Régimen General de Ley Personas Morales

CONDUSEF Centro de Atención Telefónica  
8009998080 CDMX y Zona Metropolitana  
5553400999  
www.condusef.gob.mx  
Unidad Especializada de Atención a Usuarios,  
Av. Insurgentes Sur #926, Col del Valle, C.P. 03100  
Alcaldía Benito Juárez  
une@citibanamex.com  
Teléfono: (55) 12 26 45  
CAT Citibanamex 55 1226 2632

Para presentar aclaración de este comprobante con un plazo de 90 días naturales a partir de la fecha de emisión del presente comprobante

En Citibanamex tus datos están protegidos. Consulta el aviso de privacidad en [www.banamex.com/es/privacidad\\_portal.htm](http://www.banamex.com/es/privacidad_portal.htm) o en la sucursal de tu preferencia

ESTIMADO USUARIO: ES IMPORTANTE VALIDAR QUE LOS DATOS IMPRESOS CORRESPONDEN A LA OPERACIÓN SOLICITADA

\*\* COPIA \*\*

BBA

Original  
2-46

- DEPOSITO CIE -

FECHA / HORA : 25-07-2022 / 11:46:55  
SUCURSAL : 1123 HOSPITAL GENERAL DE  
PLAZA : CIUDAD DE MEXICO  
MOVIMIENTO : 000007081  
EMPRESA : HOSPITAL GENERAL DE MEXICO DR  
REFERENCIA : 00001847020100218121  
CONCEPTO :  
CONVENIO CIE : 1834878  
GUIA CIE : 2960188

|                          |            |               |
|--------------------------|------------|---------------|
| IMPORTE DEL SERVICIO     | :\$        | 118.00        |
| COMISION                 | :\$        | 0.00          |
| IVA                      | :\$        | 0.00          |
| <b>IMPORTE TOTAL MXP</b> | <b>:\$</b> | <b>118.00</b> |

FIRMA DEL CLIENTE

>>E4>>A7>>00>>NIX13X95X9 <<  
>>0000000007000801<<  
>>11XX46XX55XS<<

ESTIMADO CLIENTE FAVOR DE CONSERVAR ESTE DOCUMENTO PARA CUALQUIER ACLARACION FUTURA

BBVA MEXICO, S.A., INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE,  
GRUPO FINANCIERO BBVA MEXICO, AV. PASEO DE LA REFORMA, NO. 510, COL. JUAREZ, ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO, C.P. 06600, R.F.C. BBA-830891-LJ2



|                                     |   |  |        |
|-------------------------------------|---|--|--------|
| <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1 |
|                                     | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |        |
|                                     | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología |  |        |

<http://192.168.0.25/intranet/lineadecaptura/principal.php>



HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

## HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

FECHA Y HORA DE EMISIÓN

### ORDEN DE PAGO

ORDEN No.  
**212896 4**

ECU: 1847751 NOMBRE:

GENERA:

NSE: E UNIDAD: ADMISION GENERAL 401



NSE ORDEN: E TIPO PROGRAMA: SIN PROGRAMA

| SERV.   | DESCRIPCION                               | CANT./ DOSIS | P.UNI.                | SUBTOTAL        |
|---------|---|--------------|-----------------------|-----------------|
| 510-001 | BIOMETRIA HEMATICA                        | 1            | 24.0000               | 24.0000         |
| 512-010 | FOSFORO                                   | 1            | 15.0000               | 15.0000         |
| 512-040 | CALCIO                                    | 1            | 15.0000               | 15.0000         |
| 512-041 | CLORO                                     | 1            | 15.0000               | 15.0000         |
| 512-042 | POTASIO                                   | 1            | 15.0000               | 15.0000         |
| 512-043 | SODIO                                     | 1            | 15.0000               | 15.0000         |
| 512-044 | GLUCOSA                                   | 1            | 15.0000               | 15.0000         |
| 512-045 | UREA                                      | 1            | 15.0000               | 15.0000         |
| 512-046 | CREATININA                                | 1            | 15.0000               | 15.0000         |
| 526-020 | TIEMPO DE PROTOMBINA                      | 1            | 29.0000               | 29.0000         |
| 526-021 | TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA | 1            | 29.0000               | 29.0000         |
| 526-022 | TIEMPO DE TROMBINA                        | 1            | 29.0000               | 29.0000         |
|         |   |              | <b>TOTAL A PAGAR:</b> | <b>\$231.00</b> |

Si prefiere puede realizar el pago de esta orden en cualquier sucursal Banamex

|  |
|--|
| Línea de captura:<br><b>B:38540100021289648123</b> |
|--|

Impresa por:

|   |   |   |        |
|---|---|---|--------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1 |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |   |        |
|   | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología |   |        |

Firefox

<http://192.168.0.25/intranet/tineadecaptura/principal.ph>



## HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

FECHA Y HORA DE EMISIÓN

### ORDEN DE ATENCIÓN

ORDEN No.  
5755543 4

ECU: 1426061 NOMBRE:

GENERA:

NSE: G (EXENTO)

UNIDAD: AUDIOLOGIA - FONIATRIA

TIPO PROGRAMA: SIN PROGRAMA

DERECHOHABIENCIA: NINGUNA



| SERV.   | DESCRIPCIÓN | CANT./ DOSIS |
|---------|-------------|--------------|
| 010-021 | CONSULTA    | 1            |



PA:HGM 0057555434142606133328253

Impresa por: CERVANTES LOPEZ MIRTA LORENA

.....

|   |   |   |        |
|---|---|---|--------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1 |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |   |        |
|   | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología |   |        |



**10.4 Solicitud de interconsulta.**



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
 DR. EDUARDO LICEAGA  
 DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA  
 LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005  
**INTERCONSULTA**



|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| AL SERVICIO: _____   | No.DE ECU: _____                   |
| NOMBRE DEL ENFERMO (A): _____<br><div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>APELLIDO PATERNO</span> <span>APELLIDO MATERNO</span> <span>NOMBRE (S)</span> </div> |                                    |
| DEL SERVICIO: _____  | UNIDAD: _____                      |
| CAMA: _____  |                                    |
| MOTIVO DE INTERCONSULTA:   |                                    |
| _____  |                                    |
| _____  |                                    |
| _____  |                                    |
| RECIBIDO POR: _____  | MÉDICO SOLICITANTE                 |
| FECHA Y HORA: _____  | _____                              |
|  | NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL |

|   |   |  |        |
|---|---|--|--------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1 |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |        |
|   | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología |  |        |

**10.5 Historia clínica.**







**HOSPITAL GENERAL de MÉXICO**  
DR. EDUARDO LICEAGA

**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR EDUARDO LICEAGA"**  
**DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA**  
 LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005  
**HISTORIA CLINICA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

No. de Expediente: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

Lugar de origen: \_\_\_\_\_ Lugar de residencia \_\_\_\_\_

Religión \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Tipo de interrogatorio: \_\_\_\_\_

Familiar Responsable \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_



Médico Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha y hora de elaboración: \_\_\_\_\_

---





Este documento deberá apegarse a la NOM 004-SSA3-2012 Del expediente clínico y llevar: Nombre completo, cédula profesional y firma del medico tratante que lo elabora. SIN EXCEPCION

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

|   |   |  |        |
|---|---|--|--------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1 |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |        |
|   | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología |  |        |

## 10.4 Historia clínica.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO<br>"DR. EDUARDO LICEAGA"<br>DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA<br>LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005<br>HISTORIA CLÍNICA HOSPITALIZACIÓN ADULTOS |  |
|---|--|---|

|                       |   |                      |  |
|-----------------------|---|----------------------|--|
| Fecha de elaboración: | Haga clic aquí para escribir una fecha. | Hora de elaboración: | Haga clic aquí para escribir texto. h. |
|-----------------------|---|----------------------|--|

### I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

|                           |   |                              |                                     |                                     |                                     |              |                                     |
|---------------------------|---|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-------------------------------------|
| <b>Nombre:</b>            | Haga clic aquí para escribir texto.     | <b>Fecha de nacimiento:</b>  | Haga clic aquí para escribir texto. | <b>ECU:</b>                         | Haga clic aquí para escribir texto. | <b>CURP:</b> | Haga clic aquí para escribir texto. |
| <b>Servicio / Unidad:</b> | Haga clic aquí para escribir texto.     |                              |                                     | <b>Cama:</b>                        | Haga clic aquí para escribir texto. |              |                                     |
| <b>Fecha de ingreso:</b>  | Haga clic aquí para escribir una fecha. | <b>Hora de ingreso:</b>      | Haga clic aquí para escribir texto. | <b>Ingreso previo:</b>              | Haga clic aquí para escribir texto. |              |                                     |
| <b>Edad:</b>              | Haga clic aquí para escribir texto.     | <b>Estado Civil:</b>         | Elija un elemento.                  | <b>Género:</b>                      | Elija un elemento.                  |              |                                     |
| <b>Ocupación:</b>         | Haga clic aquí para escribir texto.     |                              |                                     | <b>Religión:</b>                    | Haga clic aquí para escribir texto. |              |                                     |
| <b>Teléfono:</b>          | Haga clic aquí para escribir texto.     | <b>Familiar responsable:</b> | Haga clic aquí para escribir texto. | <b>Interrogatorio:</b>              | Haga clic aquí para escribir texto. |              |                                     |
| <b>Lugar de origen:</b>   | Haga clic aquí para escribir texto.     |                              | <b>Lugar de residencia:</b>         | Haga clic aquí para escribir texto. |                                     |              |                                     |
| <b>Escolaridad:</b>       | Elija un elemento.                      |                              | Elija un elemento.                  | <b>Años cursados:</b>               | Haga clic aquí para escribir texto. |              |                                     |

### II. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

|                    | SI / NO            | FAMILIAR                            |                                 | SI / NO            | FAMILIAR / TIPO                     |
|--------------------|--------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| <b>Diabetes 2</b>  | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. | <b>Cáncer</b>                   | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| <b>HTA</b>         | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. | <b>Enfermedades Autoinmunes</b> | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| <b>Nefropatías</b> | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. | <b>Malformaciones</b>           | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| <b>Obesidad</b>    | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. | <b>Otras</b>                    | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. |

### III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

|                                     | Opciones                            | Número de habitantes                | Comentarios                         |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Habita en casa</b>               | Elija un elemento.                  | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| <b>Convivencia con animales</b>     | Elija un elemento.                  | Haga clic aquí para escribir texto. |                                     |
| <b>Baño y cambio de ropa diario</b> | Elija un elemento.                  | Haga clic aquí para escribir texto. |                                     |
| <b>Vacunas</b>                      | Haga clic aquí para escribir texto. |                                     |                                     |
| <b>Dieta</b>                        | Haga clic aquí para escribir texto. |                                     |                                     |
| <b>Grupo sanguíneo</b>              | Elija un elemento.                  | <b>Factor Rh:</b>                   | Elija un elemento.                  |

### IV. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

| FUM                                 | Ciclo                               | Menarca                             | Telarca                             | Púbarca                                  | No. Parejas                          | Climaterio o Menopausia               |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto.      | Haga clic aquí para escribir texto.  | Haga clic aquí para escribir texto.   |
| IVSA                                | No. Embarazos                       | No. Partos                          | No. Cesáreas                        | No. Abortos                              | Fecha de última cesárea              | Fecha de último parto                 |
| Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto.      | Haga clic aquí para escribir texto.  | Haga clic aquí para escribir texto.   |
| Fecha de último aborto              | Fecha de último logrado             | Método anticonceptivo               | Enfermedades de transmisión sexual  | Detección oportuna Cáncer Cervicouterino | Detección oportuna de cáncer de mama | Otros antecedentes gineco-obstétricos |
| Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto.      | Haga clic aquí para escribir texto.  | Haga clic aquí para escribir texto.   |



|  |   |  |          |
|--|---|--|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br><b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1   |
|  | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |          |
|  | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología |  |          |
|  |   |  | Hoja: 49 |



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO  
 "DR. EDUARDO LICEAGA"  
 DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA  
 LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005  
 HISTORIA CLÍNICA HOSPITALIZACIÓN ADULTOS



**V. ANTECEDENTES ANDROLÓGICOS:**

| No. de parejas                      | IVSA                                | Uso de condón      | Vasectomía                          | Enfermedades de transmisión sexual |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto |

**VI. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:**

|                                     |                                     |  |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <b>Alergias</b>                     | Haga clic aquí para escribir texto. | <b>COMBE</b>   | Haga clic aquí para escribir texto. |
| <b>Infectocontagiosos</b>           | Haga clic aquí para escribir texto. | <b>Hospitalizaciones</b>                             | Haga clic aquí para escribir texto. |
| <b>Crónico degenerativas/Cáncer</b> | Haga clic aquí para escribir texto. | <b>Cirugías previas</b>                              | Haga clic aquí para escribir texto. |
| <b>Transfusionales</b>              | Haga clic aquí para escribir texto. | <b>Tatuajes</b>                                      | Haga clic aquí para escribir texto. |
| <b>Traumáticos y/o fracturas</b>    | Haga clic aquí para escribir texto. | <b>Toxicomanías (tabaquismo, alcoholismo, otras)</b> | Haga clic aquí para escribir texto. |

**VII. PADECIMIENTO ACTUAL:**



|                                     |
|-------------------------------------|
| Haga clic aquí para escribir texto. |
|-------------------------------------|

**VIII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:**

|   |                                     |                                     |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Síntomas generales</b>                 | Haga clic aquí para escribir texto. |                                     |
| <b>Respiratorio</b>                       | Elija un elemento.                  | Haga clic aquí para escribir texto. |
| <b>Digestivo</b>                          | Elija un elemento.                  | Haga clic aquí para escribir texto. |
| <b>Cardiovascular</b>                     | Elija un elemento.                  | Haga clic aquí para escribir texto. |
| <b>Genitourinario</b>                     | Elija un elemento.                  | Haga clic aquí para escribir texto. |
| <b>Linfático y Hematopoyético</b>         | Elija un elemento.                  | Haga clic aquí para escribir texto. |
| <b>Endocrinológico</b>                    | Elija un elemento.                  | Haga clic aquí para escribir texto. |
| <b>Nervioso y órganos de los sentidos</b> | Elija un elemento.                  | Haga clic aquí para escribir texto. |
| <b>Piel y anexos</b>                      | Elija un elemento.                  | Haga clic aquí para escribir texto. |
| <b>Musculo-esquelético</b>                | Elija un elemento.                  | Haga clic aquí para escribir texto. |
| <b>Esfera psíquica</b>                    | Elija un elemento.                  | Haga clic aquí para escribir texto. |

**IX. EXPLORACIÓN FÍSICA:**

| F. cardíaca (lpm)  | F. respiratoria (rpm)               | Temperatura (°C)                    | Presión arterial (mm Hg)            |  |  |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| Haga clic aquí para escribir texto.                                  | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. |  |  |
| <b>Habitus exterior:</b><br>Haga clic aquí para escribir texto.      |                                     |                                     |                                     |  |  |
| <b>Piel y anexos:</b><br>Haga clic aquí para escribir texto.         |                                     |                                     |                                     |  |  |
| <b>Cabeza:</b><br>Haga clic aquí para escribir texto.                |                                     |                                     |                                     |  |  |
| <b>Cuello:</b><br>Haga clic aquí para escribir texto.                |                                     |                                     |                                     |  |  |
| <b>Tórax:</b><br>Haga clic aquí para escribir texto.                 |                                     |                                     |                                     |  |  |
| <b>Abdomen:</b><br>Haga clic aquí para escribir texto.               |                                     |                                     |                                     |  |  |
| <b>Región inguino-crural:</b><br>Haga clic aquí para escribir texto. |                                     |                                     |                                     |  |  |
| <b>Exploración vaginal:</b><br>Haga clic aquí para escribir texto.   |                                     |                                     |                                     |  |  |
| <b>Exploración rectal:</b><br>Haga clic aquí para escribir texto.    |                                     |                                     |                                     |  |  |
| <b>Genitales:</b><br>Haga clic aquí para escribir texto.             |                                     |                                     |                                     |  |  |
| <b>Columna vertebral:</b><br>Haga clic aquí para escribir texto.     |                                     |                                     |                                     |  |  |

|   |   |  |        |
|---|---|--|--------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1 |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |        |
|   | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología |  |        |



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO  
"DR. EDUARDO LICEAGA"  
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA  
LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005  
HISTORIA CLÍNICA HOSPITALIZACIÓN ADULTOS



|  |
|--|
| <b>Extremidades:</b><br>Haga clic aquí para escribir texto.            |
| <b>Exploración neurológica:</b><br>Haga clic aquí para escribir texto. |
| <b>Músculo esquelético:</b><br>Haga clic aquí para escribir texto.     |
| <b>Otros:</b><br>Haga clic aquí para escribir texto.                   |

**X. RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS:**

|  |
|--|
| <b>Previos:</b><br>Haga clic aquí para escribir texto.   |
| <b>Actuales :</b><br>Haga clic aquí para escribir texto. |

**XI. TERAPEÚTICA EMPLEADA Y RESULTADOS OBTENIDOS (medicamento, dosis, vía, periodicidad):**

|  |
|--|
| <b>Previos:</b><br>Haga clic aquí para escribir texto. |
|--|

**XII. DIAGNÓSTICO (S) PROBLEMAS CLÍNICOS:**

|                                     |
|-------------------------------------|
| Haga clic aquí para escribir texto. |
|-------------------------------------|

**XIII. ABORDAJE DIAGNÓSTICO:**

|                                     |
|-------------------------------------|
| Haga clic aquí para escribir texto. |
|-------------------------------------|

**XIV. PLAN TERAPÉUTICO:**

|                                     |
|-------------------------------------|
| Haga clic aquí para escribir texto. |
|-------------------------------------|



**XV. PRONÓSTICO:**

|                                     |
|-------------------------------------|
| Haga clic aquí para escribir texto. |
|-------------------------------------|

**XVI. EVALUACIÓN INICIAL (detección de necesidades de atención del paciente):**

|   |  |   |                                     |                |     |               |  |  |         |                          |                                     |
|---|--|---|-------------------------------------|----------------|-----|---------------|--|--|---------|--------------------------|-------------------------------------|
| <b>Paciente:</b>  | Elija un elemento. de Haga clic aquí para escribir texto. de edad. | <b>Nivel socioeconómico:</b>  | Elija un elemento.                  |                |     |               |  |  |         |                          |                                     |
| <b>Con diagnósticos:</b>                                  | Haga clic aquí para escribir texto.                                |   |                                     |                |     |               |  |  |         |                          |                                     |
| <b>Evaluación del dolor (ver hoja de enfermería):</b>     | <b>Localización del dolor:</b>                                     | <b>Duración del dolor:</b>  | <b>Frecuencia del dolor:</b>        |                |     |               |  |  |         |                          |                                     |
| Elija un elemento.  | Haga clic aquí para escribir texto.                                | Haga clic aquí para escribir texto.   | Haga clic aquí para escribir texto. |                |     |               |  |  |         |                          |                                     |
| <b>Riesgo de caída (verificar en hoja de enfermería):</b> | Elija un elemento.   |   |                                     |                |     |               |  |  |         |                          |                                     |
| <b>Factores de riesgo psicológicos (tamizaje):</b>        | Elija un elemento.   | Requiere evaluación del área de Salud Mental:   | Elija un elemento.                  |                |     |               |  |  |         |                          |                                     |
| <b>Evaluación nutricional:</b>                            | IMC actual=(Peso/Talla <sup>2</sup> ):                             | <table border="1"> <tr> <td>PESO (Kg)</td> <td>ESTATURA (mts)</td> <td>IMC</td> <td>Peso habitual</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>#j DIV/</td> <td>Circunferencia Abdominal</td> </tr> </table> | PESO (Kg)                           | ESTATURA (mts) | IMC | Peso habitual |  |  | #j DIV/ | Circunferencia Abdominal | Haga clic aquí para escribir texto. |
|   | PESO (Kg)  | ESTATURA (mts)  | IMC                                 | Peso habitual  |     |               |  |  |         |                          |                                     |
|   |  | #j DIV/   | Circunferencia Abdominal            |                |     |               |  |  |         |                          |                                     |
|   | <b>Factores de riesgo nutricional:</b>                             | <b>Agregar al menú desplegable de arriba:</b> Dentición incompleta, dificultad para deglutir alimentos, cambio en la ingesta de alimentos o intolerancia a alimento.                                    |                                     |                |     |               |  |  |         |                          |                                     |
|   | Requiere interconsulta al área de Nutrición:                       | Elija un elemento.<br>-. Especifique cuál de las anteriores: Haga clic aquí para escribir texto.  |                                     |                |     |               |  |  |         |                          |                                     |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Factores de riesgo social:</b>              | <b>Sin factor de riesgo social:</b>            | <input type="checkbox"/>                                 |
| Menor de edad. <input type="checkbox"/>        | Adultos mayores. <input type="checkbox"/>      | Refugiados <input type="checkbox"/>                      |
| Embarazada. <input type="checkbox"/>           | Comatosos. <input type="checkbox"/>            | Enfermos en estadios terminales <input type="checkbox"/> |
| Sobrepeso u obesidad. <input type="checkbox"/> | Dependencia a drogas. <input type="checkbox"/> | Migrantes. <input type="checkbox"/>                      |

|   |   |  |          |
|---|---|--|----------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |          |
|   | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología |  | Hoja: 51 |



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO  
 "DR. EDUARDO LICEAGA"  
 DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA  
 LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005  
 HISTORIA CLÍNICA HOSPITALIZACIÓN ADULTOS



|   |                          |                                   |                          |                                       |                          |
|---|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Víctimas de abuso.                                  | <input type="checkbox"/> | Pacientes indígenas.              | <input type="checkbox"/> | Jornaleros agrícolas.                 | <input type="checkbox"/> |
| Discapacitados.                                     | <input type="checkbox"/> | Pacientes en situación de calle.  | <input type="checkbox"/> | Dependencia al alcohol.               | <input type="checkbox"/> |
| Trastornos psiquiátricos o emocionales.             | <input type="checkbox"/> | Negligencia o violencia familiar. | <input type="checkbox"/> | Preferencias sexuales no heterosexual | <input type="checkbox"/> |
| <b>¿Se requiere intervención de trabajo social?</b> |                          |                                   |                          |                                       | Elija un elemento        |

| Evaluación cultural (creencias y valores)  |                                    |
|--|------------------------------------|
| ¿Tiene usted alguna religión o creencia?   | Elija un elemento.                 |
| Si la respuesta anterior es SI: ¿Cuál?   | Haga clic aquí para escribir texto |
| Si la respuesta es NO: ¿Cree Usted en un Dios o ser superior?                          | Elija un elemento                  |
| ¿Necesita usted apoyo espiritual o religioso?  | Elija un elemento.                 |
| ¿Existe algún factor como parte de sus creencias que interfiera en su atención médica? | Elija un elemento                  |
| Si la respuesta es SI: ¿Cuál?  | Haga clic aquí para escribir texto |
| ¿Se requiere intervención de trabajo social?   | Elija un elemento                  |

| Criterios para solicitar evaluaciones especializadas   |                          |                           | No cuenta con ningún criterio o no aplica: | <input type="checkbox"/>              |                          |
|--|--------------------------|---------------------------|--|---------------------------------------|--------------------------|
| Menor de edad.   | <input type="checkbox"/> | Adulto mayor              | <input type="checkbox"/>                   | Con enfermedad terminal               | <input type="checkbox"/> |
| Con problema de audición   | <input type="checkbox"/> | Con enfermedad visual     | <input type="checkbox"/>                   | Con trastorno psicológico o emocional | <input type="checkbox"/> |
| Con obesidad   | <input type="checkbox"/> | Con dependencia a drogas. | <input type="checkbox"/>                   | Con enfermedad psiquiátrica           | <input type="checkbox"/> |
| Paciente embarazada  | <input type="checkbox"/> | Con úlceras por presión   | <input type="checkbox"/>                   | Con dolor de muy difícil control      | <input type="checkbox"/> |
| Con pie diabético  | <input type="checkbox"/> | Con acceso intravascular  | <input type="checkbox"/>                   | Con diabetes de difícil control       | <input type="checkbox"/> |
| Otro padecimiento que deba ser tratado por otra especialidad, área o clínica                                   | <input type="checkbox"/> | ¿Cuál padecimiento?       | <input type="checkbox"/>                   | Haga clic aquí para escribir texto    |                          |
| Especialidades, Áreas o Clínicas a las que se solicitará interconsulta:<br>Haga clic aquí para escribir texto. |                          |                           |  |                                       |                          |

| Criterios para planeación temprana del alta  |                                     |   | No cuenta con ningún criterio | <input type="checkbox"/>            |                          |                                  |                                     |
|--|-------------------------------------|---|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Hemodiálisis o diálisis peritoneal ambulatoria.  | <input type="checkbox"/>            | Traqueostomizados.  | <input type="checkbox"/>      | Pacientes ostomizados.              | <input type="checkbox"/> | Tratamiento con insulina.        | <input type="checkbox"/>            |
| Úlceras por presión o heridas.   | <input type="checkbox"/>            | Dependientes de oxígeno.                                    | <input type="checkbox"/>      | Amputación reciente.                | <input type="checkbox"/> | Dependiente para la movilización | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Otro (s):  | Haga clic aquí para escribir texto. | ¿A cuál área o servicio se solicitará apoyo o intervención  | <input type="checkbox"/>      | Haga clic aquí para escribir texto. |                          |                                  |                                     |
| Necesidades de educación   |                                     |   |                               |                                     |                          |                                  |                                     |
| Escolaridad del jefe de familia y/o familiar responsable:                              | Elija un elemento.                  |   | Elija un elemento.            |                                     |                          |                                  |                                     |
| ¿Conoce Usted acerca de su enfermedad?   | Elija un elemento.                  | ¿Le gustaría o estaría dispuesto a aprender acerca de ella? | Elija un elemento.            |                                     |                          |                                  |                                     |
| Paciente y/o familiar requiere capacitación:   | Elija un elemento.                  |   |                               |                                     |                          |                                  |                                     |
| Describe el tipo de capacitación que se realizará (dirigida al paciente y familiares): | Haga clic aquí para escribir texto. |   |                               |                                     |                          |                                  |                                     |
| ¿Es necesario solicitar intervención de otra área o servicio para educar al paciente?: | Elija un elemento                   |   |                               |                                     |                          |                                  |                                     |



|   |   |  |        |
|---|---|--|--------|
| <br><b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br><b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1 |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |        |
|   | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología |  |        |



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO  
 "DR. EDUARDO LICEAGA"  
 DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA  
 LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005  
**HISTORIA CLÍNICA HOSPITALIZACIÓN ADULTOS**



| Barreras para el aprendizaje                        |                                     |        |                                     |
|---|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|
| Comunicación:                                       | Elija un elemento.                  | ¿Cuál? | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Alteraciones visuales :                             | Elija un elemento                   |        |                                     |
| Alteraciones auditivas (hipoacusia, sordera, etc.): | Elija un elemento.                  |        |                                     |
| Retraso mental:                                     | Elija un elemento.                  |        |                                     |
| Otras o ninguna:                                    | Haga clic aquí para escribir texto. |        |                                     |



|  |
|--|
| <b>Integración de la evaluación inicial (resumen de las intervenciones a realizar o solicitar como resultado de la "XVI. EVALUACIÓN INICIAL")</b><br>Haga clic aquí para escribir texto. |
|--|

|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <b>Nombre completo y cargo de quien informará al paciente y a sus familiares con respecto a la enfermedad, los resultados de la evaluación anterior y el tratamiento planeado.</b> | Haga clic aquí para escribir texto. |
|--|-------------------------------------|

**XVII. PERSONAL HOSPITALARIO:**

|                 | Nombre completo / Cargo             | Cédula Profesional                  | Firma |
|-----------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------|
| <b>Elaboró:</b> | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. |       |
| <b>Revisó:</b>  | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. |       |



|   |   |  |          |
|---|---|--|----------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  | Hoja: 54 |
|   | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología |  |          |

### 10.7 Estudios de Laboratorio

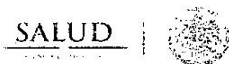


HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. "DR. EDUARDO LICEAGA"  
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA  
DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO



INMUNOLOGIA I  
NO. SOLICITUD 8757  
SIN VALIDEZ OFICIAL

|  |  |  |       |
|--|--|--|-------|
| NOMBRE DEL PACIENTE:   |  | EDAD:  | SEXO: |
| TIPO DE PACIENTE: EXTERNO  |  | NÚMERO DE EXPEDIENTE:  |       |
| SERVICIO QUE SOLICITA:   |  | FECHA DE SOLICITUD:  | HORA: |
| DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: PRUEBAS LABORATORIO  |  |  |       |
| <b>AUTOINMUNIDAD</b><br><input type="checkbox"/> 521-074 AC. ANTINUCLEARES INMUNOFLUORESCENCIA<br><input type="checkbox"/> 521-075 ANTICUERPOS CONTRA EL ÁCIDO DESOXIRIBONUCLEICO (ANTI DNA)<br><input type="checkbox"/> 521-076 ANTICUERPOS ANTI SMITH (Sm)<br><input type="checkbox"/> 521-077 ANTICUERPOS RIBONUCLEOPROTEÍNA (RNP)<br><input type="checkbox"/> 521-078 ANTICUERPOS CONTRA ANTÍGENOS CITOPLÁSMICOS SS-A(ro)<br><input type="checkbox"/> 521-079 ANTICUERPOS CONTRA ANTÍGENOS CITOPLÁSMICOS SS-B(la)<br><input type="checkbox"/> 521-080 ANTICUERPO ANTI Scl 70(Scl-70)<br><input type="checkbox"/> 521-081 ANTICUERPOS CONTRA LA HISTIDIL ARN SINTETASA (Jo-1)<br><input type="checkbox"/> 521-082 ANTICARDIOLIPINAS IgG<br><input type="checkbox"/> 521-083 ANTICARDIOLIPINAS IgM<br><input type="checkbox"/> 521-084 ANTICARDIOLIPINAS IgA<br><input type="checkbox"/> 521-085 ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEÚTROFILO(P-anca MPO)<br><input type="checkbox"/> 521-086 ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEÚTROFILO(C-anca PR3) |  | <b>NEFELOMETRÍA</b><br><input type="checkbox"/> 521-024 FACTOR REUMATOIDE<br><input type="checkbox"/> 521-015 ANTIESTREPTOLISINAS<br><input type="checkbox"/> 521-031 PROTEÍNA C REACTIVA<br><input type="checkbox"/> 521-025 INMUNOBULINA A<br><input type="checkbox"/> 521-026 INMUNOBULINA G<br><input type="checkbox"/> 521-027 INMUNOBULINA M<br><input type="checkbox"/> 521-060 IgE TOTAL<br><input type="checkbox"/> 521-018 C3 (COMPLEMENTO)<br><input type="checkbox"/> 521-019 C4 (COMPLEMENTO)<br><input type="checkbox"/> 521-072 BETA 2 MICROGLOBULINA<br><input type="checkbox"/> 521-061 PROTEÍNA BENCE JONES EN SUERO U ORINA (KAPPA)<br><input type="checkbox"/> 521-062 PROTEÍNA BENCE JONES EN SUERO U ORINA (LAMDA) |       |
| <b>MANUALES</b><br><input type="checkbox"/> 521-034 V.D.R.L.<br><input type="checkbox"/> 521-069 REACCIONES FEBRILES<br><input type="checkbox"/> 521-076 PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA<br><input type="checkbox"/> 521-071 CITOLOGÍA NASAL<br><input type="checkbox"/> 522-041 ESPERMATOBIOSCOPIA  |  |  |       |
| Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico<br><br>MÉD. CEDULA -   |  |  |       |





HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. "DR. EDUARDO LICEAGA"  
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA  
DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO



PARASITOLOGIA  
NO. SOLICITUD 8757  
SIN VALIDEZ OFICIAL

|   |  |                          |       |
|---|--|--------------------------|-------|
| NOMBRE DEL PACIENTE:  |  | EDAD:                    | SEXO: |
| TIPO DE PACIENTE: EXTERNO   |  | NÚMERO DE EXPEDIENTE:    |       |
| SERVICIO QUE SOLICITA:  |  | FECHA DE SOLICITUD: 20-E | HORA: |
| DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: PRUEBAS LABORATORIO   |  |                          |       |
| <input type="checkbox"/> 517-001 AMIBA EN FRASCO (PLATINA CALIENTE)<br><input type="checkbox"/> 517-003 COPROPARASITOSCÓPICO EN SERIE DE TRES<br><input type="checkbox"/> 517-005 CITOLOGÍA DE MOCO FECAL<br><input type="checkbox"/> 517-007 RASPADO PERIANAL (TECNICA DE GRAHAM)<br><input type="checkbox"/> 517-020 INVESTIGACIÓN DE SEGMENTOS PARÁSITOS ADULTOS POR TAMIZADOS DE HECEAS<br><input type="checkbox"/> 517-021 INVESTIGACIÓN DE SANGRE OCULTA<br><input type="checkbox"/> 517-022 COPROLÓGICO<br><input type="checkbox"/> 517-023 INVESTIGACIÓN DE PARÁSITOS EMERGENTES POR TÉCNICA DE KIN YOUNG |  |                          |       |
| Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico<br><br>MÉD. I CEDULA -  |  |                          |       |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |   |          |
|   | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología |   | Hoja: 55 |



**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. "DR. EDUARDO LICEAGA"**  
 DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA  
 DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO



**BIOQUÍMICA CLÍNICA I**  
 NO. SOLICITUD 8757  
 SIN VALIDEZ OFICIAL

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| <b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b><br><b>TIPO DE PACIENTE:</b> EXTERNO<br><b>SERVICIO QUE SOLICITA:</b><br><b>DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:</b> PRUEBAS LABORATORIO   | <b>EDAD:</b><br><b>NÚMERO DE EXPEDIENTE:</b><br><b>FECHA DE SOLICITUD:</b>   | <b>SEXO:</b><br><b>HORA:</b>   |  |  |  |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input checked="" type="checkbox"/> 512-044 GLUCOSA<br/> <input type="checkbox"/> 512-045 UREA<br/> <input type="checkbox"/> 512-046 CREATININA<br/> <input type="checkbox"/> 512-047 ÁCIDO ÚRICO<br/> <input type="checkbox"/> 512-008 COLESTEROL TOTAL<br/> <input type="checkbox"/> 512-029 TRIGLICÉRIDOS<br/> <input type="checkbox"/> 513-002 LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD HDL<br/> <input type="checkbox"/> 513-003 LIPOPROTEÍNAS DE BAJA DENSIDAD LDL<br/> <input type="checkbox"/> 512-003 BILIRRUBINA DIRECTA E INDIRECTA<br/> <input type="checkbox"/> 512-065 BILIRRUBINA TOTAL<br/> <input type="checkbox"/> 512-030 PROTEÍNAS TOTALES<br/> <input type="checkbox"/> 512-048 ALBÚMINA<br/> <input type="checkbox"/> 512-056 AMINO TRANSFERASA ALANINA (TGP) ALT<br/> <input type="checkbox"/> 512-057 AMINO TRANSFERASA DE ASPARTATO (TGO) AST         </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 512-062 FOSFATASA ALCALINA<br/> <input type="checkbox"/> 512-063 GAMMAGLUTAMIL TRANSFERASA<br/> <input type="checkbox"/> 512-060 DESHIDROGENASA LÁCTICA DHL<br/> <input type="checkbox"/> 512-055 AMILASA<br/> <input type="checkbox"/> 512-064 LIPASA<br/> <input type="checkbox"/> 512-058 CREATININOSFOQUINASA EN SANGRE (CPK)<br/> <input type="checkbox"/> 512-059 CREATIN-KINASA ISOENZIMA MB<br/> <input type="checkbox"/> 512-043 SODIO<br/> <input type="checkbox"/> 512-042 POTASIO<br/> <input type="checkbox"/> 512-041 CLORO         </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 512-040 CALCIO<br/> <input type="checkbox"/> 512-010 FÓSFORO<br/> <input type="checkbox"/> 512-033 MAGNESIO<br/> <input type="checkbox"/> 512-014 HEMOGLOBINA GLUCOSILADA<br/> <input type="checkbox"/> 512-012 GLUCOSA POSTPRANDIAL 2 HRS<br/> <input type="checkbox"/> 512-019 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HRS<br/> <input type="checkbox"/> 512-052 CURVA PARA PACIENTE EMBARAZADA<br/> <input type="checkbox"/> 512-053 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA PEDIÁTRICA<br/> <input type="checkbox"/> 512-051 TAMIZ GINECOLÓGICO         </td> </tr> </table> | <input checked="" type="checkbox"/> 512-044 GLUCOSA<br><input type="checkbox"/> 512-045 UREA<br><input type="checkbox"/> 512-046 CREATININA<br><input type="checkbox"/> 512-047 ÁCIDO ÚRICO<br><input type="checkbox"/> 512-008 COLESTEROL TOTAL<br><input type="checkbox"/> 512-029 TRIGLICÉRIDOS<br><input type="checkbox"/> 513-002 LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD HDL<br><input type="checkbox"/> 513-003 LIPOPROTEÍNAS DE BAJA DENSIDAD LDL<br><input type="checkbox"/> 512-003 BILIRRUBINA DIRECTA E INDIRECTA<br><input type="checkbox"/> 512-065 BILIRRUBINA TOTAL<br><input type="checkbox"/> 512-030 PROTEÍNAS TOTALES<br><input type="checkbox"/> 512-048 ALBÚMINA<br><input type="checkbox"/> 512-056 AMINO TRANSFERASA ALANINA (TGP) ALT<br><input type="checkbox"/> 512-057 AMINO TRANSFERASA DE ASPARTATO (TGO) AST | <input type="checkbox"/> 512-062 FOSFATASA ALCALINA<br><input type="checkbox"/> 512-063 GAMMAGLUTAMIL TRANSFERASA<br><input type="checkbox"/> 512-060 DESHIDROGENASA LÁCTICA DHL<br><input type="checkbox"/> 512-055 AMILASA<br><input type="checkbox"/> 512-064 LIPASA<br><input type="checkbox"/> 512-058 CREATININOSFOQUINASA EN SANGRE (CPK)<br><input type="checkbox"/> 512-059 CREATIN-KINASA ISOENZIMA MB<br><input type="checkbox"/> 512-043 SODIO<br><input type="checkbox"/> 512-042 POTASIO<br><input type="checkbox"/> 512-041 CLORO | <input type="checkbox"/> 512-040 CALCIO<br><input type="checkbox"/> 512-010 FÓSFORO<br><input type="checkbox"/> 512-033 MAGNESIO<br><input type="checkbox"/> 512-014 HEMOGLOBINA GLUCOSILADA<br><input type="checkbox"/> 512-012 GLUCOSA POSTPRANDIAL 2 HRS<br><input type="checkbox"/> 512-019 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HRS<br><input type="checkbox"/> 512-052 CURVA PARA PACIENTE EMBARAZADA<br><input type="checkbox"/> 512-053 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA PEDIÁTRICA<br><input type="checkbox"/> 512-051 TAMIZ GINECOLÓGICO | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico</b> </div> <p style="text-align: center;">MÉD.                      CEDULA -</p> |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 512-044 GLUCOSA<br><input type="checkbox"/> 512-045 UREA<br><input type="checkbox"/> 512-046 CREATININA<br><input type="checkbox"/> 512-047 ÁCIDO ÚRICO<br><input type="checkbox"/> 512-008 COLESTEROL TOTAL<br><input type="checkbox"/> 512-029 TRIGLICÉRIDOS<br><input type="checkbox"/> 513-002 LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD HDL<br><input type="checkbox"/> 513-003 LIPOPROTEÍNAS DE BAJA DENSIDAD LDL<br><input type="checkbox"/> 512-003 BILIRRUBINA DIRECTA E INDIRECTA<br><input type="checkbox"/> 512-065 BILIRRUBINA TOTAL<br><input type="checkbox"/> 512-030 PROTEÍNAS TOTALES<br><input type="checkbox"/> 512-048 ALBÚMINA<br><input type="checkbox"/> 512-056 AMINO TRANSFERASA ALANINA (TGP) ALT<br><input type="checkbox"/> 512-057 AMINO TRANSFERASA DE ASPARTATO (TGO) AST   | <input type="checkbox"/> 512-062 FOSFATASA ALCALINA<br><input type="checkbox"/> 512-063 GAMMAGLUTAMIL TRANSFERASA<br><input type="checkbox"/> 512-060 DESHIDROGENASA LÁCTICA DHL<br><input type="checkbox"/> 512-055 AMILASA<br><input type="checkbox"/> 512-064 LIPASA<br><input type="checkbox"/> 512-058 CREATININOSFOQUINASA EN SANGRE (CPK)<br><input type="checkbox"/> 512-059 CREATIN-KINASA ISOENZIMA MB<br><input type="checkbox"/> 512-043 SODIO<br><input type="checkbox"/> 512-042 POTASIO<br><input type="checkbox"/> 512-041 CLORO   | <input type="checkbox"/> 512-040 CALCIO<br><input type="checkbox"/> 512-010 FÓSFORO<br><input type="checkbox"/> 512-033 MAGNESIO<br><input type="checkbox"/> 512-014 HEMOGLOBINA GLUCOSILADA<br><input type="checkbox"/> 512-012 GLUCOSA POSTPRANDIAL 2 HRS<br><input type="checkbox"/> 512-019 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HRS<br><input type="checkbox"/> 512-052 CURVA PARA PACIENTE EMBARAZADA<br><input type="checkbox"/> 512-053 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA PEDIÁTRICA<br><input type="checkbox"/> 512-051 TAMIZ GINECOLÓGICO |  |  |  |





**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. "DR. EDUARDO LICEAGA"**  
 DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA  
 DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO



**HEMATOLOGÍA**  
 NO. SOLICITUD 8757  
 SIN VALIDEZ OFICIAL

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b><br><b>TIPO DE PACIENTE:</b> EXTERNO<br><b>SERVICIO QUE SOLICITA:</b><br><b>DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:</b> PRUEBAS LABORATORIO  | <b>EDAD:</b><br><b>NÚMERO DE EXPEDIENTE:</b><br><b>FECHA DE SOLICITUD:</b>   | <b>SEXO:</b><br><b>HORA:</b>   |  |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; vertical-align: top;"> <input checked="" type="checkbox"/> 510-001 BIOMETRÍA<br/> <input type="checkbox"/> 510-018 VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR<br/> <input type="checkbox"/> 510-009 HEMATOZOARIO DE LAVERAN<br/> <input type="checkbox"/> 510-014 RETICULOCITOS<br/> <input type="checkbox"/> 510-017 CÉLULAS L. E.<br/> <input type="checkbox"/> 537-029 INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS INMUNES COOMBS DIRECTOS<br/> <input type="checkbox"/> 510-016 GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH         </td> </tr> </table> | <input checked="" type="checkbox"/> 510-001 BIOMETRÍA<br><input type="checkbox"/> 510-018 VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR<br><input type="checkbox"/> 510-009 HEMATOZOARIO DE LAVERAN<br><input type="checkbox"/> 510-014 RETICULOCITOS<br><input type="checkbox"/> 510-017 CÉLULAS L. E.<br><input type="checkbox"/> 537-029 INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS INMUNES COOMBS DIRECTOS<br><input type="checkbox"/> 510-016 GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico</b> </div> <p style="text-align: center;">MÉD.                      CEDULA -</p> |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 510-001 BIOMETRÍA<br><input type="checkbox"/> 510-018 VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR<br><input type="checkbox"/> 510-009 HEMATOZOARIO DE LAVERAN<br><input type="checkbox"/> 510-014 RETICULOCITOS<br><input type="checkbox"/> 510-017 CÉLULAS L. E.<br><input type="checkbox"/> 537-029 INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS INMUNES COOMBS DIRECTOS<br><input type="checkbox"/> 510-016 GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH  |  |  |  |

|   |   |  |          |
|---|---|--|----------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |          |
|   | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología |  | Hoja: 56 |

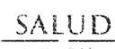


HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. "DR. EDUARDO LICEAGA"  
 DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA  
 DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO



**BIOQUÍMICA CLÍNICA II**  
 NO. SOLICITUD 8757

|   |   |                            |
|---|---|----------------------------|
| <b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b>   | <b>EDAD:</b>  | <b>SEXO:</b>               |
| <b>TIPO DE PACIENTE:</b> EXTERNO  | <b>NÚMERO DE EXPEDIENTE:</b>  | <b>FECHA DE SOLICITUD:</b> |
| <b>SERVICIO QUE SOLICITA:</b>   |   | <b>HORA:</b>               |
| <b>DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:</b> PRUEBAS LABORATORIO  |   |                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> 511-001 AC. ÚRICO EN ORINA<br><input type="checkbox"/> 511-003 ALBUMINURIA DE 24 HRS.<br><input type="checkbox"/> 511-004 AMILASA EN ORINA<br><input type="checkbox"/> 511-007 CREATININA EN ORINA<br><input type="checkbox"/> 511-015 NITRÓGENO UREICO EN ORINA<br><input type="checkbox"/> 511-020 CALCIO DE ORINA<br><input type="checkbox"/> 511-021 CLORO EN ORINA<br><input type="checkbox"/> 511-022 POTASIO EN ORINA<br><input type="checkbox"/> 511-023 SODIO EN ORINA<br><input type="checkbox"/> 511-024 PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HRS<br><input type="checkbox"/> 511-014 DEPURACIÓN DE CREATININA/FILTRADO GLOMERULAR | <input type="checkbox"/> 521-050 ÁCIDO VALPROICO<br><input type="checkbox"/> 521-051 CARBAMACEPINA<br><input type="checkbox"/> 521-052 DIGOXINA<br><input type="checkbox"/> 511-053 DIFENIL HIDANTOINA<br><input type="checkbox"/> 511-054 FENOBARBITAL<br><input type="checkbox"/> 511-055 TEOFILINA |                            |
| <b>Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico</b><br><br>MÉD. _____ CEDULA - _____   |   |                            |





HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. "DR. EDUARDO LICEAGA"  
 DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA  
 DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO



**VIROLOGIA II**  
 NO. SOLICITUD 8757  
 SIN VALIDEZ OFICIAL

|  |  |                            |
|--|--|----------------------------|
| <b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b>  | <b>EDAD:</b>   | <b>SEXO:</b>               |
| <b>TIPO DE PACIENTE:</b> EXTERNO   | <b>NÚMERO DE EXPEDIENTE:</b>   | <b>FECHA DE SOLICITUD:</b> |
| <b>SERVICIO QUE SOLICITA:</b>  |  | <b>HORA:</b>               |
| <b>DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:</b> PRUEBAS LABORATORIO   |  |                            |
| <b>PERFIL HEPATITIS</b><br><input checked="" type="checkbox"/> 539-032 HBs Ag TOT CONFIRMATORIA<br><input type="checkbox"/> 539-015 ANTICUERPOS CONTRA VHC CONFIRMATORIA | <b>PERFIL HIV</b><br><input type="checkbox"/> 539-064 CONFIRMATORIA HIV 1/2 (WESTERN BLOT) |                            |
| <b>Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico</b><br><br>MÉD. _____ CEDULA - _____  |  |                            |



|   |   |  |        |
|---|---|--|--------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1 |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |        |
|   | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología |  |        |



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. "DR. EDUARDO LICEAGA"  
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA  
DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO



**INMUNOLOGIA II**  
NO. SOLICITUD 8757  
SIN VALIDEZ OFICIAL

|   |   |   |       |
|---|---|---|-------|
| NOMBRE DEL PACIENTE:  |   | EDAD:   | SEXO: |
| TIPO DE PACIENTE: EXTERNO   |   | NÚMERO DE EXPEDIENTE:   | HORA: |
| SERVICIO QUE SOLICITA: SUBDIRECCION DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS   |   | FECHA DE SOLICITUD:   |       |
| DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: PRUEBAS LABORATORIO   |   |   |       |
| <b>LIQUIDOS BIOLÓGICOS</b>  | <b>HORMONAS</b>   | <b>MARCADORES TUMORALES</b>   |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> 521-063 ESTUDIO CITOLÓGICO Y CITOQUÍMICO DE LIQ. CEFALORRAQUÍDEO<br><input type="checkbox"/> 521-064 ESTUDIO CITOLÓGICO Y CITOQUÍMICO DE LIQ. SINOVIAL<br><input type="checkbox"/> 521-065 ESTUDIO CITOLÓGICO Y CITOQUÍMICO DE LIQ. PLEURAL<br><input type="checkbox"/> 521-066 ESTUDIO CITOLÓGICO Y CITOQUÍMICO DE LIQ. ASCITIS O PERITONEAL<br><input type="checkbox"/> 521-067 ESTUDIO CITOLÓGICO Y CITOQUÍMICO DE LIQ. DE DIALISIS<br><input type="checkbox"/> 521-068 ESTUDIO CITOLÓGICO Y CITOQUÍMICO DE LIQ. PERICÁRDICO | <input type="checkbox"/> 520-010 HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (F.S.H)<br><input type="checkbox"/> 520-013 HORMONA LUTEINIZANTE(L.H)<br><input type="checkbox"/> 520-016 PROLACTINA<br><input type="checkbox"/> 520-003 ESTRADIOL<br><input type="checkbox"/> 520-030 PROGESTERONA<br><input type="checkbox"/> 520-045 TESTOSTERONA<br><input type="checkbox"/> 520-040 HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES (T.S.H.)<br><input type="checkbox"/> 520-041 TRIYODOTIRONINA(T3 TOTAL)<br><input type="checkbox"/> 520-042 TRIYODOTIRONONINA LIBRE(T3 LIBRE)<br><input type="checkbox"/> 520-043 TETRAYODOTIRONINA (T4 TOTAL)<br><input type="checkbox"/> 520-044 TETRAYODOTIRONINA LIBRE(T4 LIBRE)<br><input type="checkbox"/> 520-046 TUP TAKE | <input type="checkbox"/> 521-010 ANTÍGENO CA 125<br><input type="checkbox"/> 521-011 ANTÍGENO CA 15,3<br><input type="checkbox"/> 521-056 ANTÍGENO CA 19,9<br><input type="checkbox"/> 521-002 ALFAFETOPROTEÍNA<br><input type="checkbox"/> 521-016 ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO<br><input type="checkbox"/> 521-017 ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECIFICO<br><input type="checkbox"/> 521-058 ANTÍGENO PROSTÁTICO LIBRE<br><input type="checkbox"/> 520-004 FRACCIÓN BETA DE LA HCG<br><input type="checkbox"/> 521-057 TROPONINA I<br><input type="checkbox"/> 521-059 MIOGLOBINA |       |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <b>Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico</b><br/><br/>         MÉD. _____ CEDULA - _____       </div>  |   |   |       |





HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. "DR. EDUARDO LICEAGA"  
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA  
DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO



**HEMATOLOGIA ESPECIAL**  
NO. SOLICITUD 8757  
SIN VALIDEZ OFICIAL

|  |  |  |       |
|--|--|--|-------|
| NOMBRE DEL PACIENTE:   |  | EDAD:  | SEXO: |
| TIPO DE PACIENTE: EXTERNO  |  | NÚMERO DE EXPEDIENTE:  | HORA: |
| SERVICIO QUE SOLICITA: SUBDIRECCION DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS  |  | FECHA DE SOLICITUD:  |       |
| DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: PRUEBAS LABORATORIO  |  |  |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> 537-003 ANTITROMBINA III FUNCIONAL<br><input type="checkbox"/> 537-006 FACTOR II<br><input type="checkbox"/> 537-007 FACTOR IX<br><input type="checkbox"/> 537-008 FACTOR V<br><input type="checkbox"/> 537-009 FACTOR VIII<br><input type="checkbox"/> 537-010 FACTOR XIII<br><input type="checkbox"/> 537-013 LISIS DE EUGLOBULINAS<br><input type="checkbox"/> 537-019 PROD. DEGRADACION FIBRINOGEN/FIBRINA<br><input type="checkbox"/> 537-020 RESISTENCIA A LA PROTEÍNA "C" ACTIVADA<br><input type="checkbox"/> 537-021 PROTEÍNA "C"(INHIBIDOR)<br><input type="checkbox"/> 537-011 CITOQUÍMICA EN LEUCEMIAS<br><input type="checkbox"/> 537-022 PROTEÍNA "S" ANTIGÉNICA<br><input type="checkbox"/> 537-025 TIEMPO DE REPTILASA | <input type="checkbox"/> 537-026 TIEMPO DE SANGRADO(M.DUKE)<br><input type="checkbox"/> 537-027 FACTOR VON WILLEBRAD ANTIGENICO<br><input type="checkbox"/> 537-028 ESTUDIO DE LA MÉDULA ÓSEA<br><input type="checkbox"/> 537-030 ANTICUERPOS ANTIPLAQUETAS<br><input type="checkbox"/> 537-040 FACTOR VII<br><input type="checkbox"/> 537-041 FACTOR X<br><input type="checkbox"/> 537-042 FACTOR XI<br><input type="checkbox"/> 537-043 FACTOR XII<br><input type="checkbox"/> 537-044 FACTOR V DE LEIDEN<br><input type="checkbox"/> 537-045 ANTICOAGULANTE LÚPICO (SCREENING)<br><input type="checkbox"/> 537-046 ANTICOAGULANTE LÚPICO (CONFIRMATORIO)<br><input type="checkbox"/> 537-047 HEPARINA<br><input type="checkbox"/> 537-048 ALFA 2 ANTIPLASMINA | <input type="checkbox"/> 537-049 PAI(INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINOGENO)<br><input type="checkbox"/> 537-050 DD(DÍMEROS D)<br><input type="checkbox"/> 537-051 PLASMINÓGENO<br><input type="checkbox"/> 526-003 RETRACCIÓN DEL COÁGULO<br><input type="checkbox"/> 537-052 PRUEBA DE HAM<br><input type="checkbox"/> 537-053 PRUEBA DE SUCROSA<br><input type="checkbox"/> 537-054 PRUEBA DE INULINA<br><input type="checkbox"/> 537-055 PRUEBA DE FRAGILIDAD OSMÓTICA DE LOS ERITROCITOS |       |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <b>Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico</b><br/><br/>         MÉD. _____ CEDULA - _____       </div>   |  |  |       |



|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |   |          |
|   | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología |   | Hoja: 59 |

**10.8 Receta Médica.**



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO  
 DR. EDUARDO LICEAGA  
 DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA  
 LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 005





**Servicio:** \_\_\_\_\_ **Unidad :** \_\_\_\_\_


**Ciudad de México a** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_ **del 20** \_\_\_\_\_

|  |
|--|
| <b>Paciente:</b> _____   |
| <b>Edad:</b> _____ <b>Fecha de Nacimiento:</b> _____   |
|  |
| <b>Nombre y Firma del Médico:</b> _____<br><b>Cédula Profesional:</b> _____<br><b>Universidad:</b> _____<br><b>Especialidad:</b> _____ |
| <small>Dr. Palmis No. 148 Col. Doctores Delegación Cuauhtémoc C.P. 06726 Tel. 2789 2000</small>  |



|   |   |  |          |
|---|---|--|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br><b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> | Rev. 1   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |          |
|   | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología | DR. EDUARDO LICEAGA  | Hoja: 60 |

### 10.9 Receta Médica.(AAMATES)



**CUAUHTÉMOC**

**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO**  
DR. BALMIS 143 DOCTORES

**RECETA MÉDICA**

Datos generales:
Identificador de visita: 
Folio:

---

Nombre del Paciente:

Sexo:

Edad Actual:

Fecha de expedición:

**Tratamiento**

**Medicamentos**

Diagnóstico:

Descripción:

Dosis:

---



Diagnóstico:

Descripción:

Dosis:

---

**Ced. Prof.**

|   |   |   |        |
|---|---|---|--------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1 |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |   |        |
|   | 1. Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en la consulta externa de Oncología |   |        |

### 10.10 Nota Médica AAMATES



**CUAUHTÉMOC**  
**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO**  
 Dr. Balmis No. 148 Col Doctores Delegación Cuauhtémoc C.P. 06726

## NOTA MÉDICA

**Datos generales:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** \_\_\_\_\_ **Edad Actual:** \_\_\_\_\_

**Peso -** \_\_\_\_\_ **Talla -** \_\_\_\_\_ **IMC -** \_\_\_\_\_

**Presión arterial -** \_\_\_\_\_ **Frecuencia cardiaca** \_\_\_\_\_

**Frecuencia respiratoria** \_\_\_\_\_ **Temperatura -** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Glucosa capilar-umbral** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Ayuno-** \_\_\_\_\_

**Subjetivo:** \_\_\_\_\_

**Objetivo:** \_\_\_\_\_

**Diagnósticos:** \_\_\_\_\_

**Procedimiento(s) realizado** \_\_\_\_\_



**Análisis y pronóstico:** \_\_\_\_\_

**Estado de salud:** \_\_\_\_\_



**Plan:** \_\_\_\_\_

**Medicamentos:** \_\_\_\_\_

## Actividades de promoción y prevención de la salud

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b><br><br><hr style="width: 100%;"/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev.1    |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |   |          |
|   | 2. Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en la consulta externa de Oncología |   | Hoja: 62 |

## 2. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN SUBSECUENTE DEL PACIENTE EN LA CONSULTA EXTERNA DE ONCOLOGÍA

|   |  |  |          |
|---|--|--|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><hr/> DR. EDUARDO LICEAGA | Rev.1    |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |  |          |
|   | 2. Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en la consulta externa de Oncología |  | Hoja: 63 |

## 1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los mecanismos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico necesarios para brindar la atención adecuada a los pacientes que acuden de manera subsecuente a la Consulta Externa de Oncología del Hospital General de México."Dr. Eduardo Liceaga" con la finalidad de que ésta sea otorgada de manera adecuada, con calidad y calidez, enfocados a lograr la satisfacción del usuario.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección de Coordinación Médica , coordina la realización adecuada del procedimiento, la Dirección Quirúrgica supervisa que las Subdirecciones de área verifiquen el correcto funcionamiento, la Subdirección Quirúrgica "A" supervisa que se cumplan los lineamientos, los Servicios que solicitan interconsulta a Oncología, solicitan segundas opiniones para integrar un diagnóstico integral y multidisciplinario y el Servicio de Oncología efectúa las actividades necesarias para el diagnóstico y tratamiento del paciente que acude a la Consulta Externa del mismo.

2.2 A nivel externo: Este procedimiento tiene alcance para los pacientes referidos de otras instituciones de Salud.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Jefatura del Servicio en colaboración con los coordinadores de Consulta Externa, Cirugía y Hospitalización del Servicio son responsables de la difusión y vigilancia adecuada para que se lleve a cabo este procedimiento, además de darlo a conocer a todos los médicos para su conocimiento y el buen funcionamiento de las actividades dentro del Hospital y del propio servicio, además de verificar que se cumpla con el horario de atención médica para consulta externa, que será: Matutino de 8:30 a 13:30 horas y vespertino de 15:00 a 21:00 horas.




3.2 Es responsabilidad del Personal Administrativo del servicio de Consulta Externa de Oncología revisar y verificar que el paciente cuente con el carnet de citas, el comprobante de pago y la solicitud de interconsulta (si se requiere) para poder ser atendido de manera subsecuente, además de entregar la ficha con el número de consultorio asignado para su atención.

3.3 El Personal de Enfermería asignado a la Consulta Externa del Servicio Oncología es el responsable de verificar los datos proporcionados por el paciente, identificándolo a través de una credencial de elector, además de realizar la obtención de dos datos de identificación institucionales (nombre completo y Número de expediente, o fecha de nacimiento si no cuenta con expediente, en los servicios de Urgencias) y de presentarse con él, tomar signos vitales y coadyuvar al médico en la atención del paciente.

3.4 La Jefatura del Servicio es responsable de realizar la distribución y establecimiento de un rol de médicos asignados para la consulta externa del Servicio y de los médicos encargados de atender las interconsultas que se soliciten por otros servicios, mismo que deberá enviar a la Dirección Quirúrgica correspondiente con periodicidad mensual.

3.5 Es responsabilidad de la Jefatura de Servicio supervisar y verificar que el Médico Tratante de Oncología realice diagnóstico y tratamiento adecuados, además de que, en los casos de pacientes periféricos, se proporcione el seguimiento clínico hasta que suceda una de las siguientes situaciones: el alta definitiva o el traslado al servicio correspondientes, además de supervisar las actividades de los médicos residentes que rotan con él.



|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | Rev.1  |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |   |  |
|   | 2. Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en la consulta externa de Oncología |   | <br>DR. EDUARDO LICEAGA |

3.6 Será responsabilidad del Médico Tratante de Oncología valorar, de acuerdo a las condiciones del paciente, el tipo de atención que se brindará al mismo: urgente o electiva, para garantizar que existen niveles de prioridades la misma, de acuerdo a las políticas establecidas. En caso de urgencia, enviará al paciente con su familiar al Servicio de Urgencias Adultos para que sea atendido de manera inmediata, de acuerdo a disponibilidad de recursos (humanos, materiales y de infraestructura), en caso necesario, acompañado de enfermera, camillero y médico residente.

3.7 Es responsabilidad del Médico Tratante de Oncología proporcionar adecuada información al paciente y sus familiares sobre el padecimiento, ventajas, desventajas y alternativas del tratamiento propuesto en un lenguaje claro y sencillo, asegurando la total comprensión por parte del enfermo, y/o su familiar, así como de informar que, por ser un hospital escuela, en algunas ocasiones, el personal en formación (médico, de enfermería, nutriología, etc) podrían ser los responsables de proporcionar la atención médica solicitada, siempre bajo supervisión de médicos de base.

3.8 Es responsabilidad del Médico Tratante de Oncología que asiste a la Consulta Externa en los turnos matutino y vespertino, realizar una evaluación al paciente con calidad y calidez, de acuerdo a los resultados de laboratorio y gabinete solicitados, establecer un diagnóstico clínico integral, siempre con calidad y calidez, decidir su tratamiento definitivo (conservador o quirúrgico) con apego a las Guías de Práctica Clínica institucionales vigentes, además de extender, en caso necesario la receta médica correspondiente, colocando en el formato proporcionado para ello su nombre completo, el número de cédula profesional y firma.

3.9 Es responsabilidad del personal médico llenar adecuadamente los formatos de Plataforma de Ambiente para la Administración y Manejo de Atención en Salud (AAMATES) de nota médica y receta de gratuidad al paciente que no cuente con Derechohabiencia o Gratuidad nacional, y en pacientes que cuenten con alguna derechohabiencia (IMSS, ISSSTE u otra seguridad) emitir receta institucional.


3.10 El médico Tratante del Servicio de Oncología asignado a la Consulta Externa será responsable de realizar, si considera necesario, las solicitudes de interconsulta a las diferentes especialidades para garantizar un diagnóstico integral adecuado y el tratamiento que requiera el paciente, a través del formato de interconsulta, con apego al procedimiento "Para la solicitud y realización de interconsultas médicas" difundido por La Dirección de Coordinación Médica .

3.11 Es responsabilidad del Médico Tratante de Oncología que acude a proporcionar la consulta, realizar el adecuado llenado del formato electrónico de la "Hoja diaria de Consulta" imprimirla y entregarla al personal administrativo del servicio al término de la jornada con el fin de concentrar los datos y elaborar el reporte de productividad mensual de la Unidad, para enviarlo en tiempo y forma a la Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos.

3.12 El personal de Seguridad del Servicio Oncología, es responsable de controlar la entrada y salida de toda persona ajena al mismo, solicitando una identificación oficial que canjeará por un gafete de visitante, que se deberá portar en sitio visible durante su estancia y deberá entregar a la salida.

3.13. Todas las actividades que requieran interrelación personal serán realizadas con apego al Código de Ética de los Servidores Públicos vigente, con respeto a los Derechos Humanos individuales, del paciente, de su familiar y del prestador de servicios.

3.14 En casos de que el paciente sea identificado como parte de un grupo vulnerable, se le deberá dar prioridad a su atención, dentro de lo posible, con apego al procedimiento "Para la identificación y atención de pacientes pertenecientes a grupos vulnerables", difundido por La Dirección de Coordinación Médica .

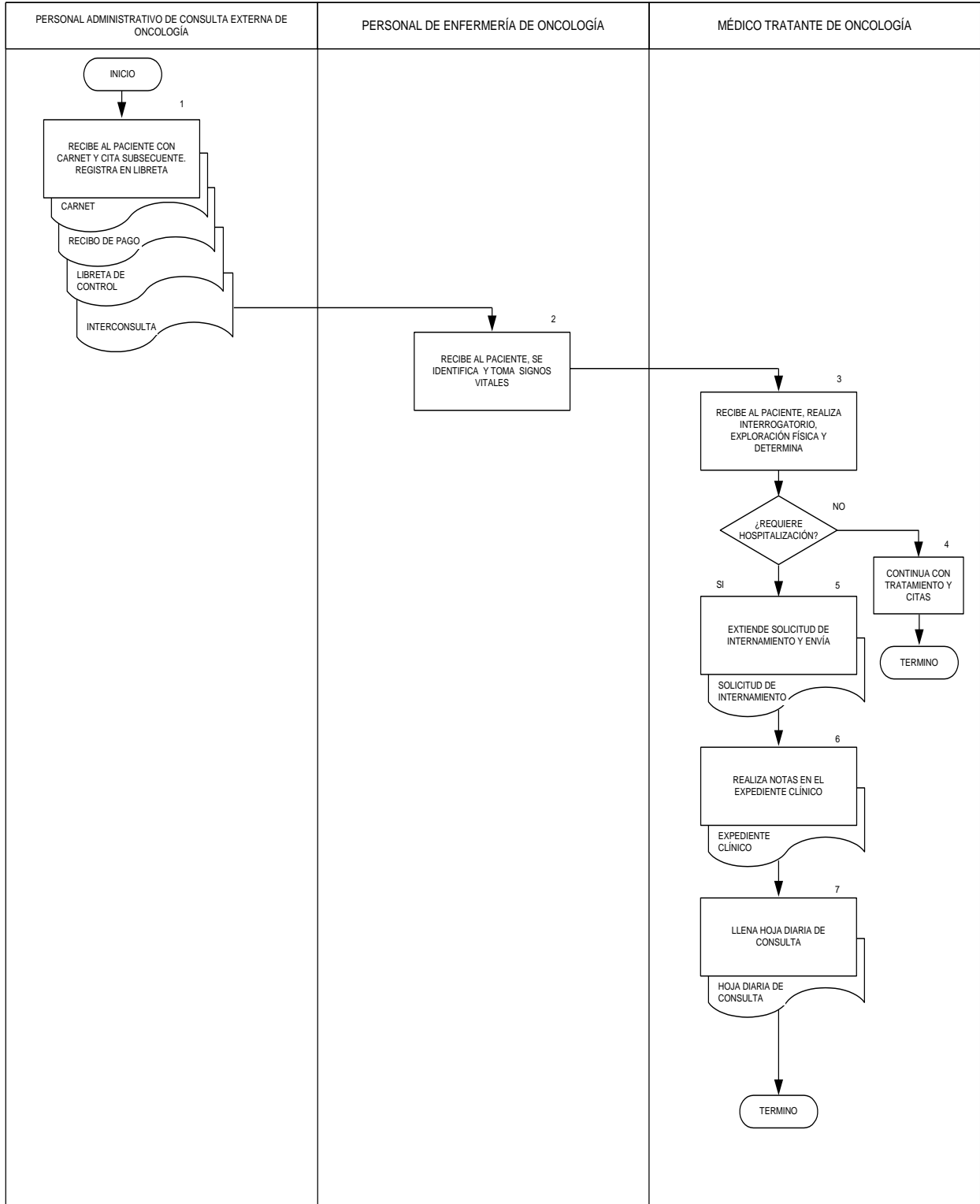
|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |
|   | 2. Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en la consulta externa de Oncología |



Hoja: 65

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable  | No. Act. | Descripción de actividades   | Documento o anexo  |
|--|----------|--|--|
| Personal Administrativo de Consulta Externa de Oncología | 1        | Recibe al paciente, verifica que cuente con carnet, fecha de consulta subsecuente comprobante de pago, localiza expediente, proporciona ficha de atención y avisa a personal de enfermería. Registra en libreta de control.                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carnet.</li> <li>• Recibo de pago o Documento de gratuidad.</li> <li>• Libreta de control.</li> <li>• Solicitud de interconsulta</li> </ul> |
| Personal de Enfermería de Oncología                      | 2        | Recibe e identifica al paciente, se presenta con él, realiza toma signos vitales e informa al médico.  |  |
| Médico Tratante de Oncología                             | 3        | Recibe al paciente, se identifica con él, realiza interrogatorio y exploración física, revisa evolución del padecimiento y los resultados de exámenes de laboratorio y gabinete solicitados y determina si requiere hospitalización el paciente. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden de internamiento</li> <li>• Expediente clínico</li> <li>• Hoja diaria de consulta</li> </ul>  |
|  |          | ¿Requiere hospitalización?   |  |
|  | 4        | No: Continúa tratamiento conservador, y continúa con citas subsecuentes hasta el alta y termina procedimiento.   |  |
|  | 5        | Si: Extiende solicitud de internamiento y envía al paciente a Trabajo Social para continuar trámites. (Ver procedimiento 3)  |  |
|  | 6        | Realiza notas en el expediente clínico del paciente con apego a la NOM 004-SSA3-2012 del expediente clínico.   |  |
|  | 7        | Llena hoja diaria de consulta electrónica, la imprime y entrega a personal administrativo de la Consulta externa al terminar la jornada.   |  |
| <b>TERMINA</b>   |          |  |  |

### 5. DIAGRAMA DE FLUJO



|   |  |  |          |
|---|--|--|----------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |  |          |
|   | 2. Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en la consulta externa de Oncología |  | Hoja: 67 |

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos   | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Manual de Organización de la Dirección de Coordinación Médica..          | No Aplica               |
| 6.2 Manual de Procedimientos de la Dirección de Coordinación Médica.         | No Aplica               |
| 6.3 Manual de Organización de Oncología.                                     | No Aplica               |
| 6.4 NOM-004–SSA3-2012 Del Expediente Clínico.                                | No Aplica               |
| 6.5 Guía de Diagnóstico y Tratamiento del Servicio de Oncología.             | No Aplica               |
| 6.5 Código de Etica de la Administración Pública Federal.                    | No Aplica               |
| 6.6 Código de Conducta del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”. | No Aplica               |

## 7. REGISTROS

| Registros                                    | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo           | Código de registro o identificación única |
|--|------------------------|--------------------------------------|---|
| 7.1 Libreta de control de citas subsecuentes | 5 Años                 | Personal Administrativo del Servicio | No Aplica                                 |
| 7.2 Hoja diaria de consulta                  | 5 Años                 | Archivo                              | No Aplica                                 |
| 7.3 Expediente clínico                       | 5 Años                 | Archivo                              | No Aplica                                 |

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Consulta médica:** La atención que imparten los médicos a pacientes ambulatorios de las cuatro especialidades médicas básicas y de las especialidades: puede ser de primera vez o subsecuente.

**8.2 Consulta Subsecuente:** La atención que imparten los médicos especialistas a pacientes ambulatorios de las cuatro especialidades médicas básicas y todas las demás especialidades; puede ser de primera vez o subsecuente.

**8.3 Exploración clínica:** Conjunto de maniobras propedéuticas encaminadas a establecer un diagnóstico.



**8.4 Historia Clínica:** Documento que elabora el médico consta de: interrogatorio, exploración física, diagnóstico y tratamiento, se apega a los lineamientos de la NOM-004-SSA3-2012.

**8.5 Signos vitales:** Variables clínica que pueden medirse cualitativa y cuantitativamente, incluyen la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.

## 9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio                                 |
|--------------------|---------------------------|--|
| 1                  | Mayo 2023                 | Se actualizaron las políticas documentos de referencia |





|   |  |  |          |
|---|--|--|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b> | Rev. 1   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |  |          |
|   | 2. Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en la consulta externa de Oncología | <hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>   | Hoja: 68 |



## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Carnet.\*
- 10.2 Comprobante de pago (RUI).\*
- 10.3 Solicitud de interconsulta.\*
- 10.4 Historia clínica de Consulta Externa.\*
- 10.5 Hoja diaria de Consulta.\*

\* Ver anexos del procedimiento No.1

|   |  |  |          |
|---|--|--|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b><br><hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |  |          |
|   | 3. Procedimiento para la atención del paciente en el área de hospitalización del servicio de Oncología |  | Hoja: 69 |

**3. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA.**

|   |  |   |                     |
|---|--|---|---------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | Rev. 1              |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |   |                     |
|   | 3. Procedimiento para la atención del paciente en el área de hospitalización del servicio de Oncología |   | DR. EDUARDO LICEAGA |

## 1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico para brindar la atención médica adecuada a los pacientes que requieren permanecer hospitalizados para diagnóstico y/o tratamiento en Servicio de Oncología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, con el fin de brindar una atención médica con calidad y calidez y de lograr la satisfacción del usuario que solicita sus servicios.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección de Coordinación Médica, coordina la realización adecuada del procedimiento, la Dirección Quirúrgica supervisa que las Subdirecciones de área verifiquen el correcto funcionamiento, la Subdirección Quirúrgica “B” supervisa que se cumplan los lineamientos, los Servicios que solicitan interconsulta a Oncología, solicitan segundas opiniones para integrar un diagnóstico integral y multidisciplinario, y el Servicio de Oncología efectúa las actividades necesarias para el diagnóstico y tratamiento del paciente que acude a la Consulta Externa del mismo.

2.2 A nivel externo: Este procedimiento no tiene alcance

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS



3.1 La Jefatura del Servicio en coordinación con el encargado de hospitalización son responsable de la difusión y supervisión adecuada para que se lleve a cabo este procedimiento, además de darlo a conocer al personal médico y paramédico del equipo multidisciplinario para su conocimiento, consulta y buen funcionamiento de las actividades dentro del Hospital.

3.2 Es responsabilidad del Personal Administrativo del Servicio revisar con autorización y apego del Personal Médico de la unidad para ingreso y verificar que el paciente cuente con el carnet de citas y la orden de internamiento para ser hospitalizado en el Servicio de Oncología además de que, en caso de no contar con cama censable en el Servicio, solicitar al área de Admisión una cama disponible para hospitalizar al paciente en un servicio periférico, de acuerdo al procedimiento “Para la atención de pacientes hospitalizados en servicios periféricos vía consulta externa” difundido por La Dirección de Coordinación Médica

3.3 Es responsabilidad del Personal de Enfermería asignado a hospitalización verificar los datos del paciente, identificándolo a través de una credencial oficial, corroborando su nombre completo, número de expediente, edad. Verificará si el paciente a hospitalizar tiene alergia a algún medicamento o alimento, en caso afirmativo se anotará en la parte frontal del expediente y en su cabecera la notificación, además de colocar el brazalete que lo identifique como tal (alerta visual).

3.4 El Personal de Enfermería encargado de turno es responsable de supervisar que el personal a su cargo por ningún motivo lleve a cabo procedimientos o administración de medicamentos indicados a través de órdenes verbales o telefónicas. Toda indicación deberá ser previamente anotada en el expediente clínicos del paciente por el médico Tratante, con excepción de los casos de extrema urgencia, en cuyo caso se realizará con apego al procedimiento “Para prevenir errores en las órdenes verbales o telefónicas” difundido por La Dirección de Coordinación Médica .

3.5 Es responsabilidad del Personal de Enfermería o de turno del servicio de hospitalización el mantener en resguardo bajo llave los medicamentos controlados y los electrolitos concentrados como lo estipula la Meta Internacional No. 3 para la Seguridad del paciente y el procedimiento “Para el control de electrolitos concentrados y medicamentos de alto riesgo en hospitalización” difundido por La Dirección de Coordinación Médica .

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | Rev. 1                                   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |   |  |
|   | 3. Procedimiento para la atención del paciente en el área de hospitalización del servicio de Oncología |   | <hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> |

3.6 Es responsabilidad del Médico Tratante de Oncología, realizar el paso de visita diaria y/o las veces que sean necesarias de acuerdo a la evolución de las condiciones del paciente, anotar y firmar sus observaciones en las notas de evolución del expediente clínico, con apego a la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

3.7 Es responsabilidad del Médico Tratante de Oncología valorar, de acuerdo a las condiciones del paciente al ingreso el tipo de atención que se brindará al mismo: urgente o electiva.

3.8 Es responsabilidad del Médico Tratante de Oncología proporcionar adecuada información al paciente y sus familiares sobre el internamiento a la Institución, del procedimiento a realizar, así como de la evolución del mismo, además de solicitar la firma del formato de consentimiento bajo información correspondiente, con apego al procedimiento "Para el llenado y solicitud de firma del consentimiento informado" difundido por La Dirección de Coordinación Médica, además de solicitar la firma de conocimiento de informes en la libreta respectiva, en los casos especificados, (Terapia Intensiva y casos de pacientes graves), asegurándose que el paciente y/o sus familiares lo han entendido perfectamente. Además de los riesgos y/o beneficios de la Terapia propuesta, así como los posibles complicaciones del acto a realizar (consentimiento informado)

3.9 Es responsabilidad del Médico Tratante de Oncología evaluar al paciente y en caso de decidir el egreso, realizar la PREALTA en cuanto lo considere conveniente, hacer la nota de la misma en el expediente, además de avisar a Trabajo Social del ALTA al día siguiente, para que emita pase especial de visita con el fin de que se realicen los tramites de egreso correspondientes de manera oportuna y disminuir así los tiempos perdidos en la liberación administrativa de las camas



3.10 Es responsabilidad del Médico Tratante de Oncología en los casos que amerite, verificar que el paciente se encuentre en condiciones de ser intervenido quirúrgicamente, o de someterse al procedimiento terapéutico que requiere, además de solicitar, si se requiere, valoración cardiovascular (hombres de más de 50 años, mujeres de más de 55 años o pacientes con sospecha de cardiopatía) y valoración pre-anestésica un día antes de su ingreso, si el paciente no puede deambular las solicitará por medio de formato de interconsulta, con apego a los procedimientos vigentes.

3.11 La toma de decisiones, el seguimiento y el manejo de los pacientes será facultad y responsabilidad exclusiva de los médicos Tratantes de Oncología.

3.12 Es responsabilidad de la Jefatura del Servicio de Oncología verificar que los pacientes hospitalizados en un Servicio periférico sean atendidos adecuadamente por su médico Tratante y efectuar su traslado interno a su Servicio en cuanto haya disponibilidad de cama censable, con estricto apego al procedimiento "Para la atención de pacientes hospitalizados en servicios periféricos vía consulta externa".


3.13 Es responsabilidad del Médico Tratante del Servicio de Oncología establecer el diagnóstico y tratamiento adecuados, además de continuar el seguimiento hospitalario hasta que suceda una de las siguientes situaciones: el alta definitiva de la clínica o la contrarreferencia al Servicio correspondientes y de supervisar las actividades de los médicos residentes.

3.14 El personal de Seguridad del Servicio Oncología es responsable de controlar la entrada y salida de toda persona ajena al mismo, solicitando una identificación oficial que canjeará por un gafete de visitante, que se deberá portar en sitio visible durante su estancia y deberá entregar a la salida.

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | Rev. 1                                   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |   |  |
|   | 3. Procedimiento para la atención del paciente en el área de hospitalización del servicio de Oncología |   | <hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> |

3.15. Todas las actividades que requieran interrelación personal serán realizadas con apego al Código de Ética de los Servidores Públicos vigente, con respeto a los Derechos Humanos individuales, del paciente, de su familiar y del prestador de Servicios.


3.16 En caso de que el paciente sea identificado como parte de un grupo vulnerable, se le deberá dar prioridad a su atención, dentro de lo posible, con apego al procedimiento "Para la identificación y atención de pacientes pertenecientes a grupos vulnerables", difundido por La Dirección de Coordinación Médica .

|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |
|   | 3. Procedimiento para la atención del paciente en el área de hospitalización del servicio de Oncología |

Hoja: 73

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable                          | No. Act. | Descripción de actividades  | Documento o anexo   |
|--------------------------------------|----------|---|---|
| Médico Tratante de Oncología         | 1        | Recibe al paciente, en la consulta externa, se identifica con él, revisa exámenes de laboratorio y gabinete y determina la necesidad de hospitalización.<br><br>¿Requiere hospitalización?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de internamiento.</li> <li>• Exámenes.</li> </ul>                                |
|                                      | 2        | No: Continúa citas subsecuentes hasta alta y termina procedimiento.   |   |
|                                      | 3        | Si: Extiende solicitud de hospitalización, anotando fecha de la misma.  |   |
|                                      | 4        | Envía al paciente con personal administrativo para continuar trámites.  |   |
| Personal Administrativo de Oncología | 5        | Recibe al paciente, verifica documentos de ingreso y determina disponibilidad de cama censable.<br><br>¿Hay cama censable disponible?   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentos</li> </ul>  |
|                                      | 6        | No: Solicita cama censable en Servicio periférico.  |   |
|                                      | 7        | Si: Envía al paciente a Trabajo Social para determinar nivel de pago.   |   |
| Departamento de Trabajo Social       | 8        | Informa al paciente y familiares condiciones de hospitalización, elabora ficha socioeconómica, determina nivel de pago y envía al paciente a admisión a continuar trámites.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio Socioeconómico</li> </ul>  |
| Personal Administrativo de Admisión  | 9        | Recibe al paciente y realiza ingreso administrativo en la cama asignada. Envía al paciente con la Enfermera del Servicio.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentos</li> </ul>  |
| Personal de Enfermería de Oncología  | 10       | Recibe, identifica e instala paciente en la cama asignada, le coloca brazaletes y la identificación a la cama. Elabora hoja de enfermería.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente</li> <li>• Brazaletes</li> <li>• Ficha</li> <li>• Hoja de enfermería</li> </ul> |
|                                      | 11       | Orienta a paciente y familiar responsable sobre la ubicación de las instalaciones (comedor, baño, etc) y avisa al médico a cargo para recibir indicaciones.   |   |
| Médico Tratante de Oncología         | 12       | Acude a la cama asignada, se presenta e identifica al paciente, verifica que el expediente esté completo, la firma del consentimiento bajo información para ingreso hospitalario, procedimientos de alto riesgo y transfusiones, si se requieren y se verifica el motivo y plan de ingreso. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente clínico</li> </ul>  |

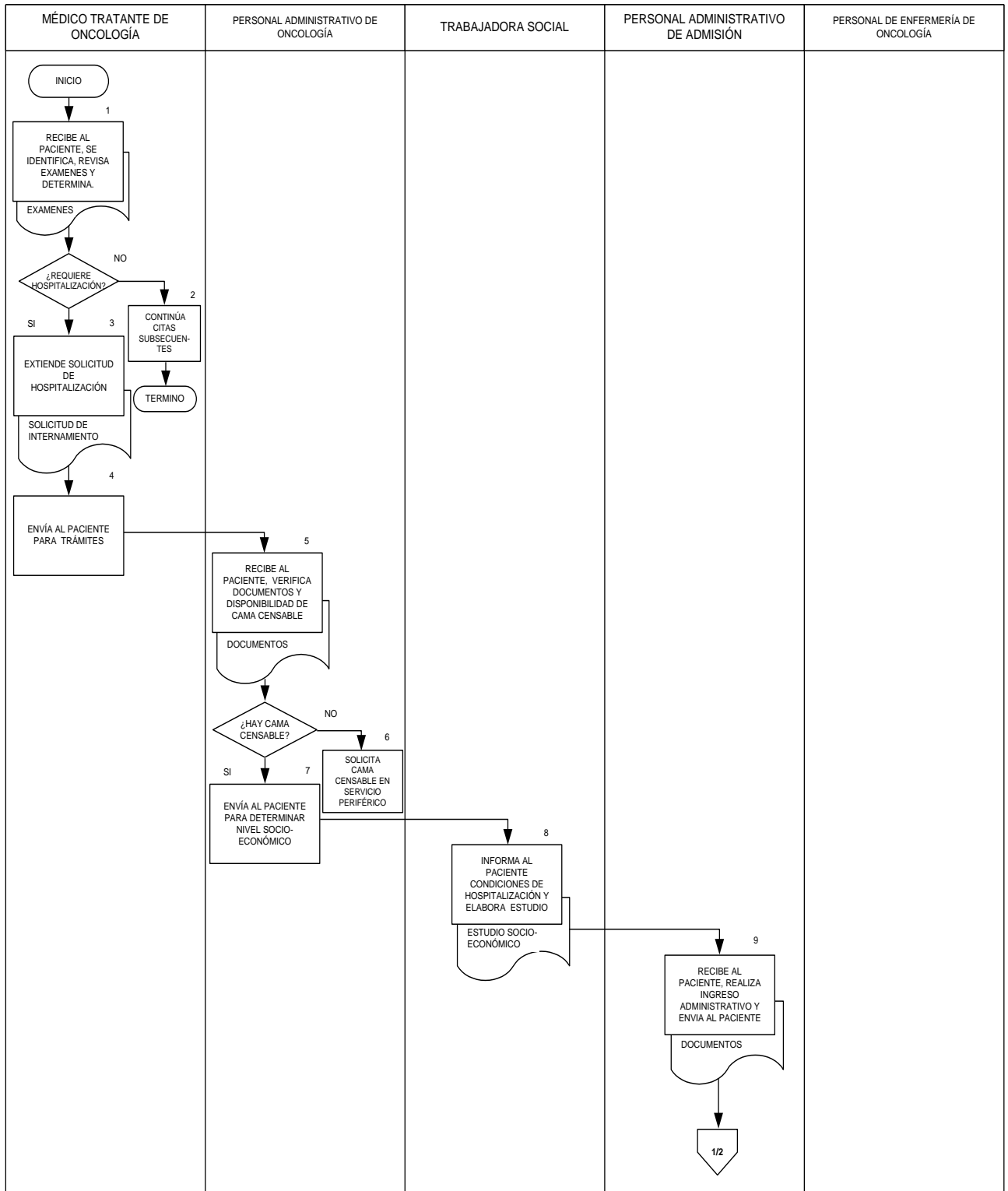
|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |
|   | 3. Procedimiento para la atención del paciente en el área de hospitalización del servicio de Oncología |

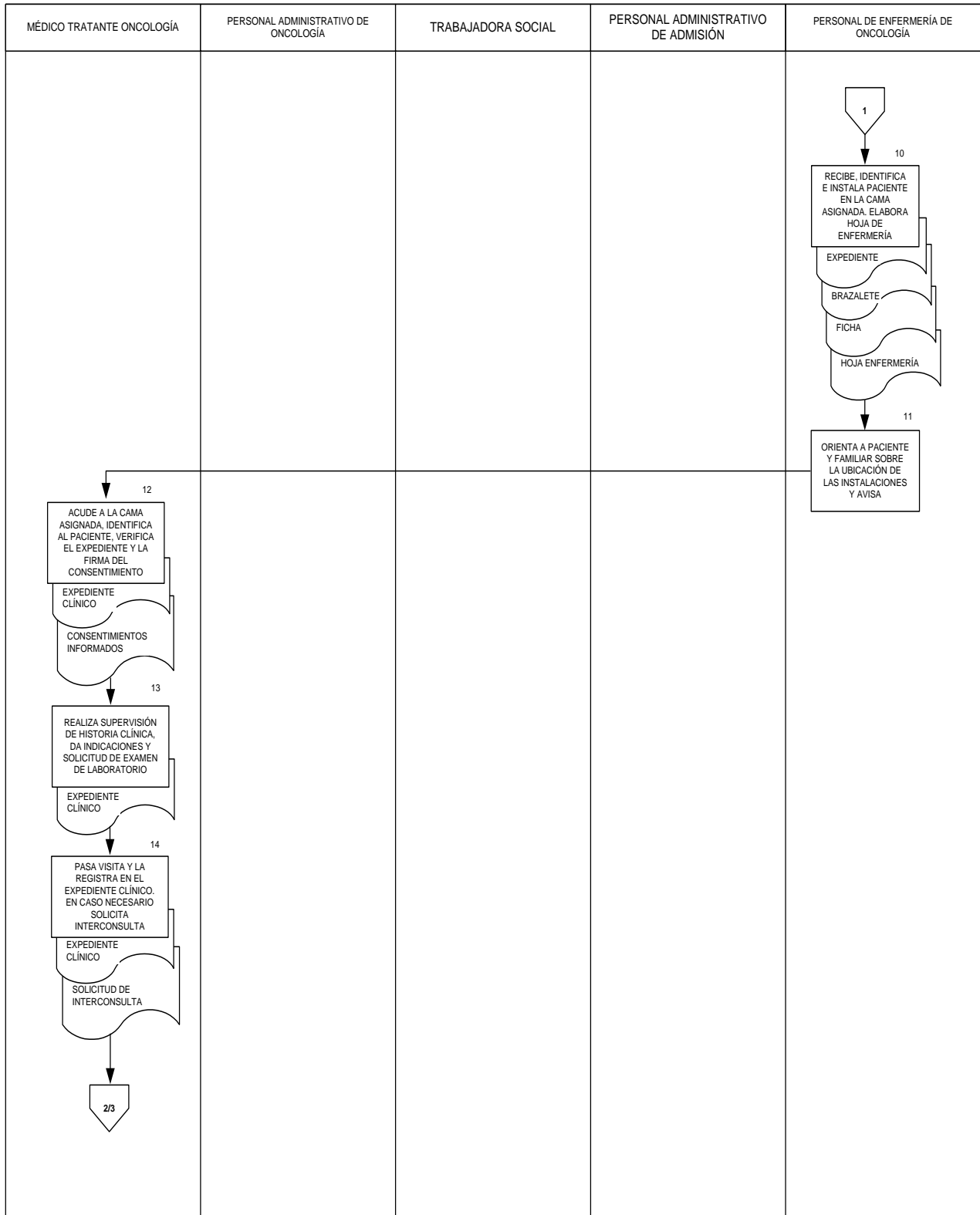
Hoja: 74

| <b>Responsable</b>           | <b>No. Act.</b> | <b>Descripción de actividades</b>   | <b>Documento o anexo</b>  |
|------------------------------|-----------------|---|---|
| Médico Tratante de Oncología | 13              | Realiza supervisión de historia clínica, da indicaciones y solicitud de examen de laboratorio y gabinete complementarios con apego a la NOM-004-SSA3-2012.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentimientos informados.</li> <li>• Expediente clínico</li> <li>• Expediente clínico</li> <li>• Solicitudes de interconsulta</li> <li>• Expediente clínico</li> </ul> |
|                              | 14              | Pasa visita diaria o las veces que sea necesarias de acuerdo a las condiciones del paciente y asigna indicaciones medicas por escrito diarias y las registra en el expediente clínico (notas de evolución). En caso necesario solicita las interconsultas que sean pertinentes. |   |
|                              | 15              | Analiza el caso clínico ya completo con estudios de gabinete lo presenta en sesión clínica donde se determina si el paciente es candidato para cirugía.<br><br>¿El paciente es candidato a cirugía?   |   |
|                              | 16              | No: Se continúa tratamiento médico conservador durante la estancia del paciente hasta su alta y termina el procedimiento.   |   |
|                              | 17              | Si: Realiza programación de cirugía y continúa con el procedimiento para la programación de cirugía del paciente quirúrgico.  |   |
| <b>TERMINA</b>               |                 |   |   |





**5. DIAGRAMA DE FLUJO**







| MÉDICO TRATANTE DE ONCOLOGÍA  | PERSONAL ADMINISTRATIVO DE ONCOLOGÍA | TRABAJADORA SOCIAL | PERSONAL ADMINISTRATIVO DE ADMISIÓN | PERSONAL DE ENFERMERÍA DE ONCOLOGÍA |
|---|--------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <pre> graph TD     Start([2]) --&gt; 15[ANALIZA EL CASO CLÍNICO, LO PRESENTA EN SESION Y DETERMINA CIRUGIA]     15 --- Exp[EXPEDIENTE CLINICO]     15 --&gt; Dec{¿EL PACIENTE ES CANDIDATO A CIRUGIA?}     Dec -- SI --&gt; 17[REALIZA PROGRAMACIÓN DE CIRUGIA]     Dec -- NO --&gt; 16[CONTINÚA TRATAMIENTO MÉDICO]     17 --&gt; T1([TERMINO])     16 --&gt; T2([TERMINO])     </pre> |                                      |                    |                                     |                                     |

|   |  |  |          |
|---|--|--|----------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev: 1   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |  |          |
|   | 3. Procedimiento para la atención del paciente en el área de hospitalización del servicio de Oncología |  | Hoja: 78 |

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos   | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Manual de Organización de la Dirección de Coordinación Médica.           | No Aplica               |
| 6.2 Manual de Procedimientos de la Dirección de Coordinación Médica.         | No Aplica               |
| 6.3 Manual de Organización de Oncología.                                     | No Aplica               |
| 6.4 NOM-004–SSA3-2012 Del Expediente Clínico.                                | No Aplica               |
| 6.5 Guía de Diagnóstico y Tratamiento del Servicio de Oncología.             | No Aplica               |
| 6.5 Código de Ética de la Administración Pública Federal.                    | No Aplica               |
| 6.6 Código de Conducta del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”. | No Aplica               |

## 7. REGISTROS

| Registros          | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo                        | Código de registro o identificación única |
|--------------------|------------------------|---|---|
| Expediente clínico | 5 años                 | Personal Administrativo del Servicio de Oncología | No Aplica                                 |

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Cama censable:** Cama en servicio instalada en el área de hospitalización para uso de pacientes internos, debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica de un paciente. El servicio de admisión la controla o asigna al paciente al momento de su ingreso al Hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento.

**8.2 Expediente clínico:** Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.



**8.3 Historia Clínica:** Documento que elabora el médico consta de: interrogatorio, exploración física, diagnóstico y tratamiento, se apega a los lineamientos de la NOM-004-SSA3-2012.

**8.4 Hospitalización:** Servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos, proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.

**8.5 Servicio Periférico:** Servicio que recibe al paciente durante su ingreso temporal por falta de espacio físico disponible (cama censable) en el servicio Tratante.



## 9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio                       |
|--------------------|---------------------------|--|
| 1                  | Mayo 2023                 | Se actualizaron los documentos de referencia |

|  |  |   |          |
|--|--|---|----------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  <b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b><br><br><small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev: 1   |
|  | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |   |          |
|  | 3. Procedimiento para la atención del paciente en el área de hospitalización del servicio de Oncología |   | Hoja: 79 |

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de Internamiento
- 10.2 Hoja de enfermería
- 10.3 Carnet \*
- 10.4 Ficha de Estudio socioeconómico
- 10.5 Formato de Consentimiento informado para Ingreso Hospitalario
- 10.6 Formato de Consentimiento Informado para Procedimientos de alto riesgo
- 10.7 Formato de Consentimiento informado para Transfusiones

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><hr/> DR. EDUARDO LICEAGA | Rev: 1   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |   |          |
|   | 3. Procedimiento para la atención del paciente en el área de hospitalización del servicio de Oncología |   | Hoja: 80 |

### 10.1 Solicitud de Internamiento

|  |  |  |
|--|--|--|
|   |   | <br>DR. EDUARDO LICEAGA |
| <b>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR EDUARDO LICEAGA".</b><br><b>DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA</b><br><b>LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005</b><br><b>HOJA DE INDICACION DE INGRESO HOSPITALARIO</b> |  |  |
| México, D.F. a ____ de _____ de 20 ____  |  |  |
| Realizar trámite de ingreso hospitalario al paciente:  |  |  |
| Nombre _____ No. Expediente _____  |  |  |
| al Servicio _____ Cama _____ Servicio a cargo : _____  |  |  |
| Tipo de Internamiento <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Con estancia  |  |  |
| Diagnóstico (s) de ingreso _____   |  |  |
| Procedencia <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Referido    CASO <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Quirúrgico     |  |  |
| Tipo de ingreso <input type="checkbox"/> Primera vez <input type="checkbox"/> Subsecuente  |  |  |
| Médico que indica el ingreso _____<br>(NOMBRE COMPLETO, CEDULA PROFESIONAL Y FIRMA)  |  |  |
| NOTIFICACION AL SERVICIO A CARGO HECHA POR _____   |  |  |
| RECIBIO NOTIFICACION DEL SERVICIO A CARGO: _____ (NOMBRE Y CARGO)  |  |  |
|   | Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000 |  |





**10.2 Hoja de Enfermería**

**FORMATO DE REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA**  
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

**ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ESPECIALIDAD MÉDICA Y QUIRÚRGICA**  
FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO  
DR. EDUARDO LICEAGA

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA  
COORDINACIÓN DE MODELOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

EXPEDIENTE (ECU) \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_  
FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_  
HORA DE INGRESO \_\_\_\_\_  
DÍAS DE ESTANCIA \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ NIVEL EDUCATIVO: \_\_\_\_\_  
SERVICIO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ GRUPO y Rh: \_\_\_\_\_  
CAMA: \_\_\_\_\_ VALORES Y CREENCIAS: \_\_\_\_\_  
RELIGIÓN: \_\_\_\_\_  
BARRERAS DE COMUNICACIÓN: EDAD  IDIOMA  DIALECTO  INCOMPRESIBLE  OTRAS: \_\_\_\_\_

**REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD**

ANTECEDENTES PERSONALES / FAMILIARES: Diabetes  Hipertensión  Obesidad  Cáncer  Cardiopatías  Otras: \_\_\_\_\_  
Bañarse  Vestirse  Uso del W.C  Movilidad  Continencia  Alimentación

EVALUACIÓN FUNCIONAL (KATZ):  
COMPRENDE ESTADO ACTUAL DE SALUD: SI  NO  ACEPTA ESTADO ACTUAL DE SALUD SI  NO   
LLEVA CONTROL TERAPÉUTICO SI  NO  ACEPTA TRANSFUSIÓN SI  NO   
TOXICOMANÍAS: NO REFIERE  SI REFIERE  CUALES: \_\_\_\_\_  
ALERGIAS: NO REFIERE  SI REFIERE  CUALES: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO MÉDICO: \_\_\_\_\_

**ESTADO DE CONCIENCIA**

Alerta  Somnolencia  Otros: \_\_\_\_\_

ESCALA DE GASTRON  MOTORA  VERBAL  OCULAR  TOTAL

6 Obedece  3 Flexión  5 Orientada  2 Sonidos  4 Espontánea  1 No hay  M   
5 Localiza  2 Extensión  4 Confusa  1 No hay  V   
4 Retira  1 No hay  3 Inapropiada  2 Al dolor  N

**REQUISITOS UNIVERSALES (VALORACION DE ENFERMERIA Y EXPLORACION FISICA)**

| SIGNOS  | Horario                 | VALORACION DE ENFERMERIA Y EXPLORACION FISICA |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
|---------|-------------------------|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|
|         |                         | 8   | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| VITALES | Temperatura             | 40°C  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
|         |                         | 39°C  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
|         |                         | 38°C  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
|         |                         | 37°C  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
|         | 36°C                    |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
|         | 35°C                    |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
|         | Tensión Arterial        |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
|         | Frecuencia Respiratoria |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
|         | Frecuencia Cardíaca     |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
|         | Presión Venosa Central  |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
|         | Saturación de oxígeno   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
|         | Glucemia capilar        |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
|         | Insulina                |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
|         | Reactivos               |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
|         | Estudios diagnósticos   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |

**ESCALA DEL DOLOR**

No duele  Duele un poco  Duele un poco más  Duele aún más  Duele mucho  Duele muchísimo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

TIPO: Somático  Visceral  Neuropático  Otros: \_\_\_\_\_  
Herida  Traumatismo  Proceso infeccioso  Otros: \_\_\_\_\_  
DURACIÓN: Agudo  Crónico  Continuo  Intermitente  Otros: \_\_\_\_\_

VALORACION NUTRICIONAL: Horas de ayuno \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_  
Otros perímetros: \_\_\_\_\_

CLASIFICACION DE IMC: Bajo peso IMC 17 - 18,49  Normal IMC 18,5 - 24,9  Sobrepeso IMC 25 - 29,9  OTROS: \_\_\_\_\_

OJOS: Conjuntivas pálidas  Membrana ocular seca  Visión borrosa  Cuerpo extraño  Utiliza lentes  Otras: \_\_\_\_\_

LABIOS Y BOCA: Gingivorragia  Mucosas  Ulceraciones  Escoriaciones  deshidratadas  Sin alteraciones  Otras: \_\_\_\_\_

NEUROLÓGICO: Anopsia  Hemianopsia  Emetropía  Amaurosis  Exoftalmos  Sin alteraciones

RESPUESTA PUPILAR: Isocóricas  Midriasis  Anisocoria  Puntiformes  Miosis  Otras: \_\_\_\_\_

OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA: Utiliza sistema auditivo  Ausculto  Disfagia  Sin alteraciones  Otras: \_\_\_\_\_

RESPIRATORIO: Hiperventilación  Cianosis  Disociación toracoabdominal  Hipoventilación  Aleteo nasal  Tos  Estertores  Retracción xifoidea  Hemoptisis  Sibilancias  Tirso intercostales  Sin alteraciones  Otras: \_\_\_\_\_

CARDIOVASCULAR: Lienado capilar  Extremidad: \_\_\_\_\_ Hematuria  Espasmo vesical  Marcapasos  Coloración: \_\_\_\_\_ Oliguria  Anomalías congénitas  Edema  Sensibilidad: \_\_\_\_\_ Tenesmo vesical  Litos  Tumoraciones  +  ++  +++  ++++  Temperatura: \_\_\_\_\_ Globo vesical  Fistula  Sin alteraciones  Otras: \_\_\_\_\_

URINARIAS: Hematuria  Espasmo vesical  Fisuras  Oliguria  Anomalías congénitas  Tumoraciones  Tenesmo vesical  Litos  Abscesos  Globo vesical  Fistula  Sin alteraciones  Incontinencia  Otras: \_\_\_\_\_

RENAL: Anasarca  Encefalopatía urémica  Halitosis urémica  Otras: \_\_\_\_\_ Sin alteraciones

APARATO REPRODUCTOR: Infección genital: SI  NO  Tipo: \_\_\_\_\_ Presencia de lesiones: SI  NO  Tipo: \_\_\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_ Sin alteraciones

MUSCULO ESQUELÉTICO: Uso de aparatos de apoyo  Alteraciones en la movilidad  Tracción  Debilidad  Calambres  Distrofia muscular  Otras: \_\_\_\_\_ Sin alteraciones

Rugosa  Seca  Pálida  Escamosa  Micosis  Ulcerada  Urticaria  Sin alteraciones

PIEL: Equimosis  Intolerancia frío  Intolerancia calor  Ictericia  Pigmentada  Otras: \_\_\_\_\_

Vesículas  Pápulas  Pústulas  Petequias  Prurito

OBSERVACIONES (Valoración): \_\_\_\_\_













|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev: 1   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |   |          |
|   | 3. Procedimiento para la atención del paciente en el área de hospitalización del servicio de Oncología |   | Hoja: 85 |

### 10.4 Ficha de Estudio socioeconómico



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL  
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO



T.S.E.Soc 1

No. Expediente  Servicio:  fecha

**I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE:**

Nombre:  Sexo   
 Fecha de Nacimiento:  Edad:  Edo. Civil:   
 Escolaridad:  Ocupación:  Referencia:   
 Derechohabiente o Beneficiario (12)  SÍ ( )  NO ( ) Cuál?  Religión:   
 Tipo de Estudio (14): 1ra Vez:  Actualización:   
 Domicilio permanente (15):

|       |                 |                    |      |
|-------|-----------------|--------------------|------|
| Calle | No. Ext. – Int. | Colonia//Localidad | C.P. |
|-------|-----------------|--------------------|------|

|                      |        |      |  |
|----------------------|--------|------|--|
| Municipio/Delegación | Estado | Tel: |  |
|----------------------|--------|------|--|

Familiar responsable (16):  Parentesco:

**Domicilio (18):**



|       |                 |                    |      |
|-------|-----------------|--------------------|------|
| Calle | No. Ext. – Int. | Colonia//Localidad | C.P. |
|-------|-----------------|--------------------|------|

|                      |        |      |  |
|----------------------|--------|------|--|
| Municipio/Delegación | Estado | Tel: |  |
|----------------------|--------|------|--|

**II.-CONDICIONES ECONÓMICAS**

| Personas que aportan  | \$ INGRESO MENSUAL (19) | Desglose de gastos:   | \$ EGRESO MENSUAL (20) |
|-----------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------|
| Jefe de Familia       | <input type="text"/>    | Alimentación/Despensa | <input type="text"/>   |
| Esposa (o)            | <input type="text"/>    | Renta/hipoteca/predio | <input type="text"/>   |
| Hijo (a)              | <input type="text"/>    | Agua                  | <input type="text"/>   |
| Otro (s)              | <input type="text"/>    | Luz                   | <input type="text"/>   |
| Total                 | <input type="text"/>    | combustible           | <input type="text"/>   |
|                       |                         | Transporte            | <input type="text"/>   |
|                       |                         | Educación             | <input type="text"/>   |
|                       |                         | Teléfono              | <input type="text"/>   |
|                       |                         | Salud                 | <input type="text"/>   |
|                       |                         | Serv. Doméstico       | <input type="text"/>   |
| Núm. Integrantes (21) | <input type="text"/>    | Consumos Adicionales  | <input type="text"/>   |
|                       |                         | TOTAL                 | <input type="text"/>   |

Relación Ingreso- Egreso (22)

|   |  |  |          |
|---|--|--|----------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev: 1   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |  |          |
|   | 3. Procedimiento para la atención del paciente en el área de hospitalización del servicio de Oncología |  | Hoja: 86 |

Situación Económica: (24)

Déficit  Equilibrio  Superávit

Ocupación del principal proveedor económico (25):

**III. VIVIENDA:**

Tipo de Tenencia (26): Propia ( 3 ) Prestada ( 2 ) Rentada ( 1 ) Otro: (0)

| Grupo   | Tipo de vivienda (27)   | Ptos. |
|---------|---|-------|
| Grupo 1 | Institución de protección social, cueva, choza, jacal, casa rural, barraca, tugurio o cuarto redondo, o sin vivienda. | 0     |
| Grupo 2 | Vecindad o cuarto de servicio.  | 1     |
| Grupo 3 | Departamento o casa popular, unidades habitacionales (interés social )  | 2     |
| Grupo 4 | Departamento o casa clase media con financiamiento propio o hipoteca  | 3     |
| Grupo 5 | Departamento o casa residencial.  | 5     |

|  |                   |                |   |                      |
|--|-------------------|----------------|---|----------------------|
| Servicios Públicos (28)                | pavimentación     | alcantarillado | recolección de basura                       | <input type="text"/> |
| alumbrado público                      | 4 o más ( 3 )     | 3 serv. ( 2 )  | 2 serv. ( 1 )                               | 0-1 serv. (0)        |
| Servicios Intradomiciliarios (29)      | 4 o más ( 3 )     | 3 serv. ( 2 )  | 2 serv. ( 1 )                               | 0-1 serv. (0)        |
| Material de Construcción (30)          | Mampostería ( 2 ) | Mixta ( 1 )    | Lámina, Madera, material de la región ( 0 ) | <input type="text"/> |
| Número de Dormitorios (31)             | 5 ó + (2)         | 3-4 (1)        | 1-2 ( 0 )                                   | <input type="text"/> |
| Número de Personas por dormitorio (32) | 1-2 ( 2 )         | 3 per (1)      | 4 o más ( 0 )                               | <input type="text"/> |

**IV. ESTADO DE SALUD**

DIAGNÓSTICO MÉDICO DEL PACIENTE (33):

¿Desde hace cuánto tiempo está enfermo el paciente? (34)

Menos de 3 meses o sin ( 2 ) De 3/6 meses (1) Más de 6 meses (0)

¿El paciente tiene otros problemas de Salud además del que presenta y por el cual se atiende en otra institución? (35)

NO ( 1 ) Sí ( 0 ) ¿Cuál?  ¿Dónde se atiende?



Estado de Salud de los integrantes de la familia (36):

Ningún enfermo ( 2 ) Un enfermo ( 1 ) Dos o el principal proveedor económico ( 0 )

Familiograma: (37) (hoja anexa)

|  |     |
|--|-----|
| Paciente en condiciones de vulnerabilidad (87) | S/N |
| Habla alguna lengua indígena (39)              | S/N |





|   |  |   |                     |
|---|--|---|---------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | Rev: 1              |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |   |                     |
|   | 3. Procedimiento para la atención del paciente en el área de hospitalización del servicio de Oncología |   | DR. EDUARDO LICEAGA |

- I. NOMBRE DEL FORMATO: Estudio Socioeconómico TSE.Soc 1
- II. OBJETIVO: Contar con un instrumento que permita recabar información para evaluar la situación socioeconómica del paciente y su familia.
- III. RESPONSABLE: Para fines de elaboración, el Trabajador Social del área operativa. Para fines de supervisión, la Supervisora de Trabajo Social.
- IV. PERIODICIDAD: Cada vez que el trabajador social asigne nivel de clasificación de primera vez o subsecuente.
- V. NUMERO DE TANTOS: En original.
- VI. DISTRIBUCIÓN: Para el expediente clínico del paciente.

VII. INSTRUCCIONES DE LLENADO:

No. A N O T A R

1. El número de ECU que se le asigna al paciente cuando ingresa a la institución.
2. Especialidad o área donde se realizó el estudio socioeconómico.
3. Día, mes y año en que se elabora el documento.
4. Nombre y apellidos completos del paciente sin abreviaturas.
5. Masculino o Femenino
6. Día, mes y año en que nació el paciente. (día00/mes00/año0000)
7. Con número la edad del paciente.
8. Situación legal del paciente. (Soltero, casado, viudo).
9. Año escolar que está cursando el paciente o grado máximo de estudios cursado.
10. Nombre de la actividad que desempeña laboralmente el paciente.
11. Institución médica de donde fue derivado el paciente.
12. Nombre de la Institución que le proporciona Seguridad Social
13. El nombre de la doctrina religiosa que profesa el paciente.
14. Anotar si es primera vez o actualización de datos.
15. Lugar donde vive el paciente, incluyendo calle, número exterior e interior, colonia, localidad, código postal, Estado, País y número telefónico con lada.
16. Nombre y apellidos completos de la persona que se hace responsable del paciente ante la institución.
17. Relación que tiene con el paciente la persona que firma como responsable.
18. Lugar donde reside el responsable del paciente en forma permanente (calle, número exterior e interior, colonia, código postal, delegación o municipio, estado y número telefónico incluyendo clave lada).
19. Registrar ingresos mensuales de las personas que aportan al gasto familiar y obtener la suma total.
20. Desglose de egresos mensuales referidos en los diferentes rubros, promedio mínimo estimado.
21. Registrar el número total de los integrantes que dependen económicamente del mismo ingreso y que viven en el mismo núcleo familiar.
22. Anotar el % que se obtiene en la relación ingreso – egreso (de acuerdo a la tabla A mayor porcentaje de gasto, menor puntaje) y en la casilla correspondiente, la calificación resultado del % obtenido.
23. Relación ingreso-número de dependientes económicos y anotar puntaje de acuerdo a la tabla correspondiente a la zona geográfica donde se realiza el estudio socioeconómico.
24. Una “X” en la categoría que corresponda a la situación socioeconómica del paciente y su familia.
25. Nombre de la actividad que desempeña al momento del estudio el principal proveedor económico (de acuerdo al catálogo de ocupación) y la calificación correspondiente.

|   |  |  |          |
|---|--|--|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><hr/> DR. EDUARDO LICEAGA | Rev: 1   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |  |          |
|   | 3. Procedimiento para la atención del paciente en el área de hospitalización del servicio de Oncología |  | Hoja: 88 |

26. Con una "X" la condición en que se encuentra la vivienda que habita el paciente y su familia (Propia, rentada, prestada, etc.) Si se encuentra en proceso de pago, se considera rentada.
27. Con una "X" el tipo de vivienda en que vive el paciente y su familia (Vecindad, depto., casa, etc) y la calificación correspondiente.
28. Marcar con una "X" la cantidad de servicios con que cuenta la vivienda que habita el grupo familiar. (Alumbrado público, pavimentación, alcantarillado, recolección de basura, agua y teléfono público) y el puntaje correspondiente en el recuadro de la derecha.
29. Marcar con una "X" el número total de servicios con que se cuenta dentro de la vivienda (agua, luz, drenaje, gas, teléfono, otros) y el puntaje correspondiente en el recuadro de la derecha.
30. Marcar con una "X" el tipo de material prevaeciente en la construcción de la vivienda y el puntaje correspondiente en el recuadro de la derecha.
31. Marcar con una "X" Total de habitaciones utilizadas para dormir, y el puntaje correspondiente en el recuadro de la derecha.
32. Marcar con una "X" el número máximo de personas que ocupan un dormitorio y el puntaje correspondiente en el recuadro de la derecha.
33. Anotar el diagnóstico médico probable y/o inicial que el paciente.
34. Seleccionar la categoría que corresponda al tiempo de evolución de la enfermedad del paciente y el puntaje correspondiente en el recuadro de la derecha.
35. Si el paciente tiene otros problemas de salud, marcar con una "X" la variable que corresponda, tipo de padecimiento y lugar donde se atiende, asimismo el puntaje correspondiente en el recuadro de la derecha.
36. Marcar con una "X" la variable que corresponda, si existen más pacientes en el grupo familiar, y el puntaje correspondiente en el recuadro de la derecha
37. Elaborar en hoja anexa el diagrama de la composición familiar.
38. Anotar la palabra "SI" ó "NO" si el paciente se encuentra en condiciones de vulnerabilidad.
39. Registrar si el paciente habla alguna lengua indígena y seleccionar que dialecto es.
40. Anotar la interpretación profesional de la situación socioeconómica del paciente y grupo familiar.
41. Anotar con número el total resultado de la sumatoria de las calificaciones obtenidas en cada una de las variables.
42. Anotar con número el nivel de clasificación que corresponda al paciente con base a los puntos obtenidos.
43. Anotar nombre completo del paciente y/o familiar que proporcionó la información y su firma (opcional, de acuerdo a política interna de cada institución).
44. Anotar el nombre completo, firma y cédula profesional del T.S. que realizó el estudio socioeconómico.

|   |  |  |          |
|---|--|--|----------|
| <br><b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev: 1   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |  |          |
|   | 3. Procedimiento para la atención del paciente en el área de hospitalización del servicio de Oncología |  | Hoja: 89 |

### 10.5 Formato de Consentimiento informado para Ingreso Hospitalario



**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"**  
**DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA**  
**LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005**

|   |
|---|
| <b>CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA INGRESO HOSPITALARIO</b> |
|---|

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 No de Exp.: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Lugar y fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre de familiar responsable o representante legal : \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ parentesco: \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_  
 Por medio de la presente manifiesto que el Dr. \_\_\_\_\_ del Servicio de \_\_\_\_\_ del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha explicado en un lenguaje claro y sencillo, realizando todas las observaciones, aclaró todas las dudas que he planteado las cuales he entendido a mi satisfacción del (los) probable (s) padecimiento (s) que presento, por lo que será necesario someterme a estudios de laboratorio y gabinete para integrar mi diagnóstico y establecer el tratamiento correspondiente, para lo cual **requiero ser hospitalizado**.  
 También me explicó ampliamente los beneficios \_\_\_\_\_, riesgos \_\_\_\_\_ y probables complicaciones \_\_\_\_\_, como resultado del tratamiento médico y /o quirúrgico a que pueda ser sometido durante mi estancia hospitalaria.  
 Entiendo y acepto que, por ser un Hospital escuela, en algún momento en mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales etc)  
 Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo**.  
 Por todo ello, manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que autorizo el ingreso hospitalario, así como la atención de urgencias y contingencias que pudieran presentarse durante la hospitalización, comprometiéndome a respetar el Reglamento y las normas de la Institución, lo anterior con fundamento en la normatividad vigente.

|   |  |
|---|--|
| Nombre y Firma del paciente             | Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma) |
| Que se identifica con:                  | Que se identifica con:                               |
| Nombre y Firma del Familiar Responsable | Que se identifica con                                |
| Nombre y Firma Testigo                  | Nombre y Firma Testigo                               |

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley, deberá contener todos los datos solicitados sin excepción y **llenarse un formato para cada ingreso hospitalario**. En caso de traslado hospitalario interno no será necesario llenar un nuevo formato, solamente en caso de **reingreso hospitalario**.



|  |  |   |          |
|--|--|---|----------|
| <br><b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev: 1   |
|  | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |   |          |
|  | 3. Procedimiento para la atención del paciente en el área de hospitalización del servicio de Oncología |   | Hoja: 90 |



**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"**  
**DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA**  
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

**REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO**

**EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**



Con esta fecha \_\_\_\_\_ declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen los **procedimientos anestésicos** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

**EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha \_\_\_\_\_ revoco por completo el consentimiento otorgado el día \_\_\_\_\_ para realizar la **técnica anestésica** \_\_\_\_\_ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

|   |  |
|---|--|
| Nombre y Firma del paciente                                   | Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma) |
| Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal |  |
| Nombre y Firma Testigo  | Nombre y Firma Testigo                               |



|   |  |   |                     |
|---|--|---|---------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | Rev: 1              |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |   |                     |
|   | 3. Procedimiento para la atención del paciente en el área de hospitalización del servicio de Oncología |   | DR. EDUARDO LICEAGA |

## 10.6 Formato de Consentimiento Informado para Procedimientos de alto riesgo



**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"**  
**DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA**  
 LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

|   |
|---|
| <b>CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA<br/>         PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE ALTO RIESGO</b> |
|---|

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

No de Exp.: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de familiar responsable o representante legal : \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ parentesco: \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_

Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a) \_\_\_\_\_ del servicio de \_\_\_\_\_ del Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga" me informa que es conveniente realizar el siguiente procedimiento \_\_\_\_\_, considerado como de **alto**

**riesgo** y me explicó que todo acto médico, diagnóstico o terapéutico, sea quirúrgico o no quirúrgico, lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte, que pueden requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos que aumenten mi estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del procedimiento, del estado previo del paciente, de los tratamientos que está recibiendo, de posibles anomalías anatómicas e incluso podrían ser secundarios a la utilización de los equipos médicos.

Entre las complicaciones que pueden surgir durante y posterior al procedimiento al que me someteré: ( \_\_\_\_\_ ) se encuentran: \_\_\_\_\_

Asimismo me ha explicado acerca de las alternativas a este procedimiento que son: \_\_\_\_\_

He comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico que me ha atendido realizó todas las observaciones y aclaró todas las dudas que he planteado. Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, etc)



Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**

Por todo ello, manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos del procedimiento a efectuar.

|   |  |
|---|--|
| Nombre y Firma del paciente             | Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma) |
| Que se identifica con:                  |  |
| Nombre y Firma del Familiar Responsable |  |
| Que se identifica con:                  | Que se identifica con                                |
| Nombre y Firma Testigo                  | Nombre y Firma Testigo                               |

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada procedimiento de alto riesgo a realizar.**



|   |  |   |                     |
|---|--|---|---------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | Rev: 1              |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |   |                     |
|   | 3. Procedimiento para la atención del paciente en el área de hospitalización del servicio de Oncología |   | DR. EDUARDO LICEAGA |



**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"**  
**DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA**  
**LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005**

**REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO**

**EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha \_\_\_\_\_ declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen los **procedimientos de diagnóstico, tratamiento o quirúrgico** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

**EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**



Con esta fecha \_\_\_\_\_ revoco por completo el consentimiento otorgado el día \_\_\_\_\_ para realizar el procedimiento \_\_\_\_\_ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

|   |  |
|---|--|
| Nombre y Firma del paciente                                   | Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma) |
| Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal |  |
| Nombre y Firma Testigo  | Nombre y Firma Testigo                               |

**Procedimientos de alto riesgo:** biopsias: (músculo, tejidos blandos, hueso, ganglio, hepática, renal), Colocación de sonda endotraqueal, toracocentesis, paracentesis, intubación endotraqueal, colocación de marcapasos externo o definitivo, colocación de catéter de Mahurkar para hemodiálisis, colocación de catéter rígido para diálisis peritoneal, venodisección, bloqueo de nervios periféricos, bloqueos epidurales con sustancias analésicas y antiinflamatorias, procedimientos neuroablactivos, bloqueos simpáticos con neurolíticos, infiltraciones articulares, laringoscopias, crisis de anafilaxia, broncoscopia, cualquier procedimiento que requiera inyección de medio de contraste o para medicina nuclear, punción subclavia, colocación de catéter central, procedimientos de radiología intervencionista, punción lumbar, endoscopia gastrointestinal, colonoscopia, brquiterapia, CPRES, punción de médula ósea, hemodiálisis, terapia con láser, fluorangiografía, cateterismo cardiaco.





|   |  |   |                     |
|---|--|---|---------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | Rev: 1              |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |   |                     |
|   | 3. Procedimiento para la atención del paciente en el área de hospitalización del servicio de Oncología |   | DR. EDUARDO LICEAGA |

### 10.7 Formato de Consentimiento informado para Transfusiones



**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"**  
**DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA**  
 LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA TRASPLANTE DE SANGRE, COMPONENTES SANGUÍNEOS Y/O CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS (RECEPTOR)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Lugar y fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico \_\_\_\_\_  
 Identificado con: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_

Nombre de persona responsable que otorga el consentimiento: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_ Identificado con: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_

Después de haber sido informado que la transfusión sanguínea es un trasplante celular y que la requiero para mi tratamiento, además de que me han hecho saber de los riesgos inmediatos y tardíos que conlleva la administración de sangre y/o sus componentes, es mi voluntad aceptar ser transfundido para salvaguardar mi salud.

Por tal motivo, autorizo a mi médico tratante Dr. \_\_\_\_\_ del Servicio de \_\_\_\_\_ para que se realicen todos los estudios, procedimientos, maniobras e indicaciones necesarias antes, durante y después de la transfusión que necesito; así como la atención de contingencias y/o urgencias que ocurriesen, lo anterior con fundamento en los Artículos 314, fracciones IV, VI, XII y XIV, 315 fracción II, 330, 332, 333, 336 y 341 de la Ley General de Salud en vigor, modificada el 06 de abril de 2012 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de junio de 2012., así como lo expresado en la NOM 253 SSA1 2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos"

Nombre y Firma del receptor

Nombre y Firma del Familiar Responsable

\_\_\_\_\_  
 Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)

\_\_\_\_\_  
 Testigo (Nombre y firma)



\_\_\_\_\_  
 Testigo (Nombre y firma)

Que se identifica con: \_\_\_\_\_



Que se identifica con: \_\_\_\_\_

**Notas:** La presente Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y llenarse un formato para cada evento transfusional. **EN CASO DE MENORES DE EDAD, LO FIRMARA EL RESPONSABLE O EL REPRESENTANTE LEGAL.**



|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |   |          |
|   | 4. Procedimiento para la programación e intervención quirúrgica del paciente hospitalizado en el servicio de Oncología |   | Hoja: 94 |

**4. PROCEDIMIENTO PARA LA PROGRAMACIÓN E INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA.**

|   |  |   |                     |
|---|--|---|---------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | Rev. 1              |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |   |                     |
|   | 4. Procedimiento para la programación e intervención quirúrgica del paciente hospitalizado en el servicio de Oncología |   | DR. EDUARDO LICEAGA |

## 1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico para brindar la atención médica adecuada a los pacientes que requieren ser sometidos a intervención quirúrgica y estén hospitalizados en el Servicio de ONCOLOGÍA del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, con el fin de brindar una atención médica con calidad y calidez y de lograr la satisfacción del usuario que solicita sus servicios.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección de Coordinación Médica, coordina la realización adecuada del procedimiento, la Dirección Quirúrgica supervisa que las Subdirecciones de Área verifiquen el correcto funcionamiento, la Subdirección Quirúrgica “B” supervisa y que se cumplan los lineamientos, los Servicios que solicitan interconsulta a Oncología solicitan segunda opiniones para integrar un diagnóstico integral y multidisciplinario y el Servicio de Oncología efectúa las actividades necesarias para el diagnóstico y tratamiento del paciente que acude a la Consulta Externa del mismo.

2.2 A nivel externo: Este procedimiento no tiene alcance

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Jefatura del Servicio en coordinación con el coordinador de quirófano son responsables de la difusión y supervisión adecuada para que se lleve a cabo este procedimiento, además de darlo a conocer al personal médico y paramédico del equipo multidisciplinario para su conocimiento, consulta y buen funcionamiento de las actividades dentro del Hospital.



3.2 Será responsabilidad del Médico Tratante de Oncología Jefe de Unidad y Coordinador de Quirofono valorar, de acuerdo a las condiciones del paciente, el tipo de atención que se brindará al mismo: urgente o electiva. En caso de Urgencia, dará priorización a la atención médica.

3.3 Es responsabilidad del Médico Tratante de Oncología realizar el plan de la intervención quirúrgica a realizar y anotarlo en la nota de evolución en el expediente clínico, con apego a la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, en su caso previa presentación y autorización por el Coordinador de Quirofono y Visto Bueno del Jefe de Servicio.

3.4 Es responsabilidad del Médico Tratante de Oncología. Coordinador de Quirofono supervisar que el médico encargado de la programación quirúrgica la realice adecuadamente, con apego al Reglamento de Quirófanos Central y Periféricos 2014, difundido por La Dirección de Coordinación Médica .

3.5 Es responsabilidad del Personal de Enfermería del Servicio revisar y verificar que el paciente se prepare adecuadamente de acuerdo a las indicaciones médicas para poder ser intervenido en el quirófano del Servicio, además de solicitar al personal de camillería el traslado al mismo.

3.6 El personal de Enfermería encargado del Turno es responsable de supervisar que el personal a su cargo por ningún motivo lleve a cabo procedimientos o administración de medicamentos indicados a través de órdenes verbales o telefónicas. Toda indicación deberá ser previamente anotada en el expediente clínico del paciente por el médico Tratante, con excepción de los casos de extrema urgencia con apego al procedimiento “Para prevenir errores en las órdenes verbales y telefónicas” difundido por La Dirección de Coordinación Médica .

|   |  |   |                     |
|---|--|---|---------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | Rev. 1              |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |   |                     |
|   | 4. Procedimiento para la programación e intervención quirúrgica del paciente hospitalizado en el servicio de Oncología |   | DR. EDUARDO LICEAGA |

3.7 Es responsabilidad del Médico Tratante Oncología proporcionar de manera completa, entendible y adecuada la información correspondiente al paciente y sus familiares, tanto de cirugía como de cualquier procedimiento invasivo que se requiera, mencionando riesgos y beneficios, posibles complicaciones y alternativas de tratamiento ya sean quirúrgicas o no, así como de la evolución del mismo, además de solicitar la firma de los formatos de consentimiento bajo información correspondientes (ingreso hospitalario, transfusiones, procedimientos de alto riesgo, cirugía, anestesia, marcaje quirúrgico) con apego al procedimiento "Para el llenado y solicitud de firma del Consentimiento Informado, difundido por La Dirección de Coordinación Médica, una vez que el paciente y/o sus familiares lo han entendido perfectamente con la firma adicional de dos testigos presenciales.

3.8 Es responsabilidad del Médico Tratante de Oncología verificar que el paciente se encuentre en condiciones de ser intervenido quirúrgicamente, o de someterse al procedimiento terapéutico que requiere, revisando valoración cardíaca y valoración pre anestésica, si lo amerita, si el paciente no puede deambular solicitará por medio de formato de interconsulta, la valoración correspondiente con apego a los procedimientos vigentes.

3.9 Es responsabilidad del Personal Médico Especialista y Paramédico de Oncología que utilice las instalaciones de los Quirófanos observar que las actividades dentro del mismo estén estrictamente apegadas al Reglamento Interno del Quirófano Central y de la Institución, con especial énfasis en la PROHIBICIÓN de salir del mismo con el uniforme quirúrgico.

3.10 Es responsabilidad de Médico Especialista de Oncología participar activamente en el llenado y firma del formato de la "Lista Verificación Cirugía Segura Salva Vidas" además de realizar o supervisar el dictado de operación de acuerdo al formato de Dictado Quirúrgico y en apego a la guías de llenado (anexo).


3.11 Las muestras que el Médico Especialista de Oncología tome y envíe a Patología se deberán etiquetar con los datos correctos y legibles: nombre completo del paciente, número de expediente, fecha y tipo de muestra, además deberá supervisar que se realice adecuadamente esta actividad y de dar seguimiento para la obtención de los resultados.

3.12 La toma de decisiones, el seguimiento y el manejo de los pacientes será facultad y responsabilidad exclusiva de los Médicos Tratantes de Oncología.

3.13 Todas las actividades que requieran interrelación personal serán realizadas con apego al Código de Ética de los Servidores Públicos vigente, con respeto a los Derechos Humanos individuales, del paciente, de su familiar y del prestador de servicios.

3.14 El personal de Seguridad del Servicio de Oncología es responsable de controlar la entrada y salida de toda persona ajena al mismo, solicitando una identificación oficial que canjeará por un gafete de visitante, que se deberá portar en sitio visible durante su estancia y deberá entregar a la salida.


3.15 En caso de que el paciente sea identificado como parte de un grupo vulnerable, se le deberá dar prioridad a su atención, dentro de lo posible, con apego al procedimiento "Para la identificación y atención de pacientes pertenecientes a grupos vulnerables", difundido por La Dirección de Coordinación Médica.

|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |
|   | 4. Procedimiento para la programación e intervención quirúrgica del paciente hospitalizado en el servicio de Oncología |

Hoja: 97

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

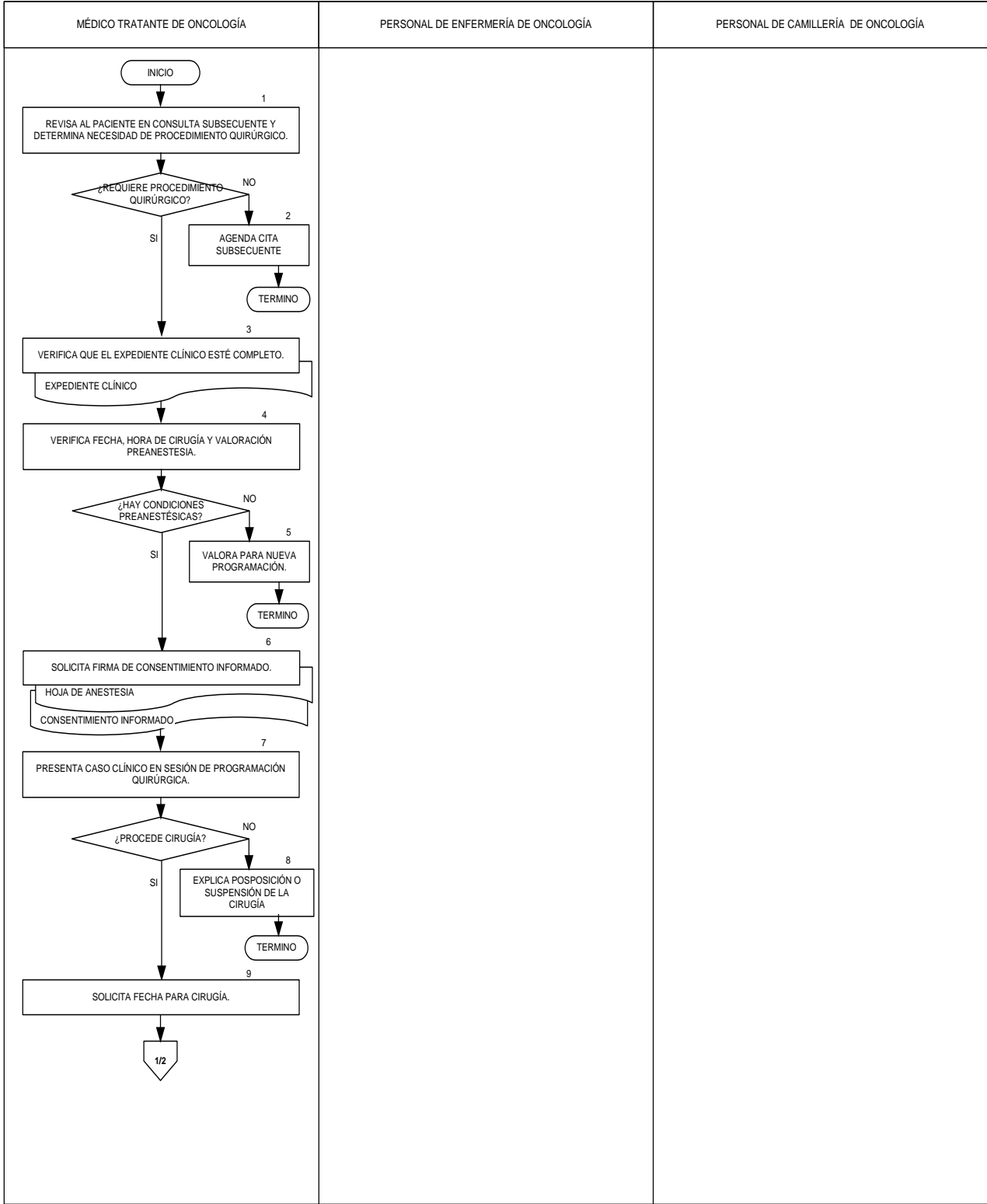
| Responsable                      | No. Act. | Descripción de actividades   | Documento o anexo  |
|----------------------------------|----------|--|--|
| Médico Tratante de Oncología     | 1        | Revisa al paciente en consulta subsecuente y determina necesidad de procedimiento quirúrgico.<br><br>¿Requiere procedimiento quirúrgico?   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente clínico.</li> <li>• Hoja de anestesia</li> <li>• Carta de Consentimiento Informado.</li> </ul>   |
|                                  | 2        | No: Explica al paciente padecimiento no quirúrgico y agenda cita subsecuente hasta el alta del Servicio y termina el procedimiento.  |  |
|                                  | 3        | Si: Verifica que el expediente clínico del paciente esté completo.   |  |
|                                  | 4        | Verifica fecha, hora de cirugía y condiciones para anestesia en valoración preanestesia.<br><br>¿Hay condiciones preanestésicas?   |  |
|                                  | 5        | No: Valora para nueva programación y termina procedimiento.  |  |
|                                  | 6        | Si: Solicita firma de consentimiento informado. Presenta caso clínico completo en sesión de programación quirúrgica.<br><br>¿Procede cirugía?  |  |
|                                  | 7        | No: Explica al paciente posposición o suspensión de la cirugía y termina procedimiento.  |  |
|                                  | 8        | Si: Solicita fecha para la cirugía del paciente.   |  |
| Personal Enfermería de Oncología | 9        | Recibe al paciente y solicita ingreso administrativo en la cama asignada. (Ver procedimiento 3)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente clínico</li> <li>• Orden de internamiento</li> <li>• Expediente</li> <li>• Brazalete</li> <li>• Ficha</li> <li>• Hoja de enfermería</li> </ul> |
|                                  | 10       | Recibe, identifica e instala paciente en la cama asignada, le coloca brazalete y la identificación a la cama. (Ver procedimiento 3)  |  |
|                                  | 11       | Elabora hoja de enfermería, orienta a paciente y familiar responsable sobre la ubicación de las instalaciones (comedor, baño, etc.) y avisa al médico a cargo para recibir indicaciones. |  |
| Médico Tratante de Oncología     | 12       | Acude a la cama asignada, se presenta e identifica al paciente, verifica que el expediente esté completo, solicita a enfermería que se traslade al paciente a quirófano.                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente clínico</li> </ul>   |

|   |  |
|---|--|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |
|   | 4. Procedimiento para la programación e intervención quirúrgica del paciente hospitalizado en el servicio de Oncología |

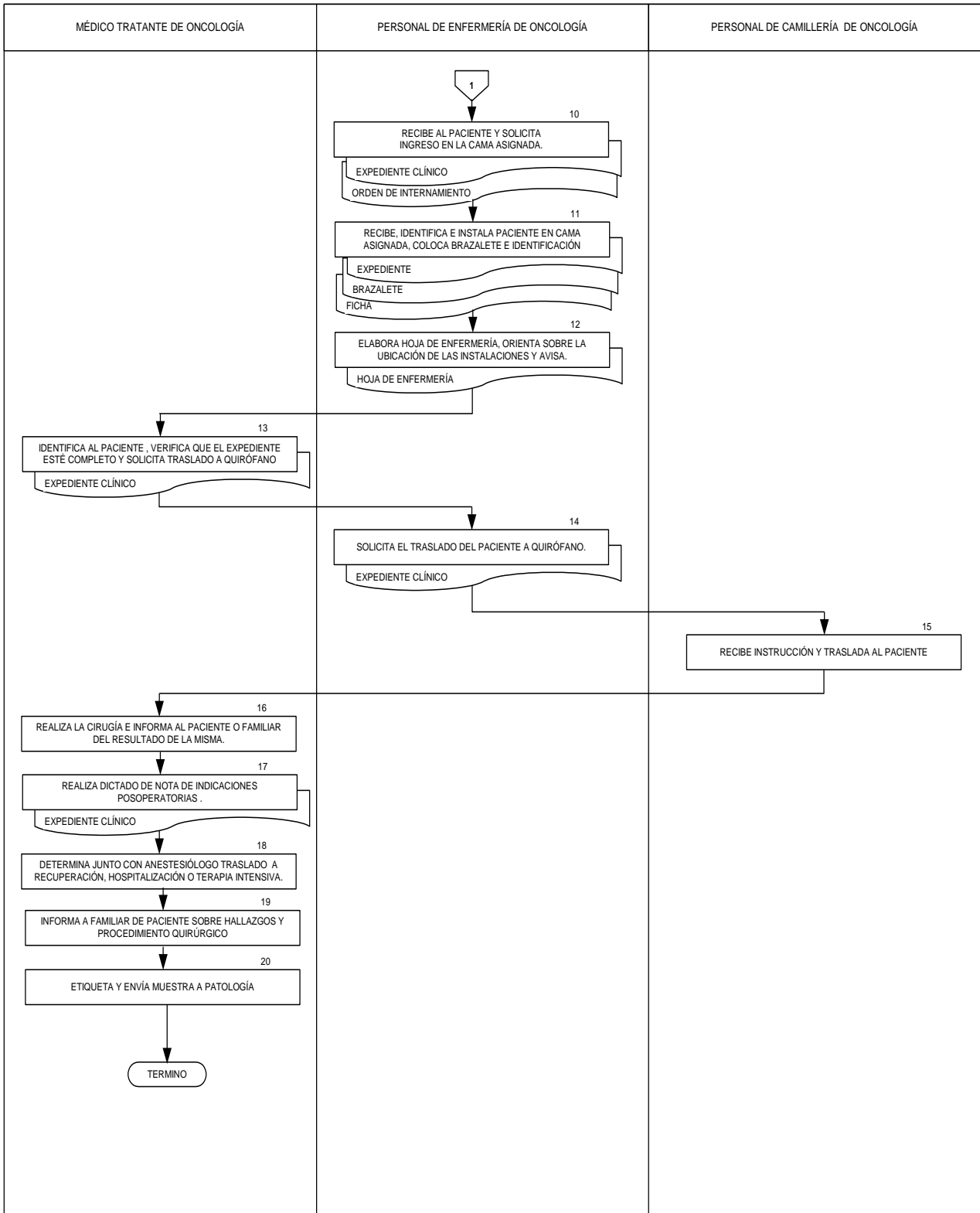
Hoja: 98



| <b>Responsable</b>                  | <b>No. Act.</b> | <b>Descripción de actividades</b>  | <b>Documento o anexo</b>  |
|-------------------------------------|-----------------|--|---|
| Personal de Enfermería de Oncología | 14              | Solicita a camillería el traslado del paciente a quirófano.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Expediente clínico</li> </ul>  |
| Personal de Camillería de Oncología | 15              | Recibe instrucción y traslada al paciente a quirófano.   |   |
| Médico Tratante de Oncología        | 16              | Realiza la cirugía programada en la sala quirúrgica asignada e informa al paciente o familiar del resultado de la misma. |   |
| Médico Tratante Oncología           | 17              | Realiza dictado de nota de indicaciones posoperatorias con apego a la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Expediente Clínico.</li> </ul> |
|                                     | 18              | Determina junto con el anestesiólogo traslado a la cama en recuperación, hospitalización o terapia intensiva.            |   |
|                                     | 19              | Da informes al familiar, sobre hallazgos y procedimiento quirúrgico así como resultados a Enfermera.                     |   |
|                                     | 20              | Es responsable de rotular, etiquetar y enviar la prueba a patología para análisis.                                       |   |
| <b>TERMINA</b>                      |                 |  |   |

**5. DIAGRAMA DE FLUJO**







|  |  |   |           |
|--|--|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1    |
|  | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |   |           |
|  | 4. Procedimiento para la programación e intervención quirúrgica del paciente hospitalizado en el servicio de Oncología |   | Hoja: 101 |

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos   | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Manual de Organización de la Dirección de Coordinación Médica.           | No Aplica               |
| 6.2 Manual de Procedimientos de la Dirección de Coordinación Médica.         | No Aplica               |
| 6.3 Manual de Organización de Oncología.                                     | No Aplica               |
| 6.4 NOM-004–SSA3-2012 Del Expediente Clínico.                                | No Aplica               |
| 6.5 Guía de Diagnóstico y Tratamiento del Servicio de Oncología.             | No Aplica               |
| 6.6 Código de Ética de la Administración Pública Federal.                    | No Aplica               |
| 6.7 Código de Conducta del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”. | No Aplica               |

## 7. REGISTROS

| Registros                               | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|---|------------------------|----------------------------|---|
| 7.1 Libreta de programación de cirugías | 5 Años                 | Personal de Enfermería     | No Aplica                                 |
| 7.2 Expediente clínico                  | 5 Años                 | Archivo del Servicio       | No Aplica                                 |

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Cirugía:** Se denomina cirugía (del griego "mano" y ἔργον érgon "trabajo", de donde χειρουργεία jeirourgéia "trabajo manual") a la práctica que implica manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnóstico, terapéutico o pronóstico.

**8.2 Historia clínica:** Es documento que elabora el médico en apego a los lineamientos de la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.



**8.3 Hospitalización:** Servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos, proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.

**8.4 Quirófano:** Área del servicio que cuenta con salas provistas del equipo necesario para realizar procedimientos quirúrgicos valoración preanestesia.

**8.5 Valoración preanestésica:** Estudio que realiza el médico anestesiólogo para determinar el riesgo probable de la cirugía.

## 9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio  |
|--------------------|---------------------------|---|
| 1                  | Mayo 2023                 | Se actualizaron los documentos de referencia, Los registros y los documentos de referencia. |

|   |  |  |           |
|---|--|--|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b><br><br><hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1    |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |  |           |
|   | 4. Procedimiento para la programación e intervención quirúrgica del paciente hospitalizado en el servicio de Oncología |  | Hoja: 102 |

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Formato Solicitud de cirugía
- 10.2 Hoja de Anestesia
- 10.3 Hoja de Enfermería\*
- 10.4 Formato de Consentimiento informado para Cirugía
- 10.5 Formato de Consentimiento informado para Anestesia
- 10.6 Formato de Consentimiento informado para Transfusiones.\*
- 10.7 Formato Hoja de Dictado Quirúrgico

\* Ver formato del procedimiento 3

|  |  |   |                     |
|--|--|---|---------------------|
| <br><b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1              |
|  | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |   |                     |
|  | 4. Procedimiento para la programación e intervención quirúrgica del paciente hospitalizado en el servicio de Oncología |   | DR. EDUARDO LICEAGA |

### 10.1 Formato Solicitud de cirugía



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
 DR. EDUARDO LICEAGA  
 DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA  
 LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005  
**SOLICITUD DE CIRUGIA**





Electiva ( )      Urgencia ( )

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Datos del paciente:</b>   |   |   |
| <b>Apellido paterno</b>  | <b>Apellido materno</b>   | <b>Nombres</b>  |
| <b>Edad:</b> _____   | <b>Genero:</b> M ( )    F ( )                                   | <b>Expediente:</b> _____  |
| <b>Cama:</b> _____   |   |   |
| <b>Diagnostico Preoperatorio:</b> _____  |   |   |
| <b>Cirugía Solicitada:</b> _____   |   |   |
| <b>Fecha de Cirugía:</b> _____   |   |   |
| <b>Hora:</b> _____   |   |   |
| <b>Equipo Quirúrgico:</b>  |   |   |
| <b>Cirujano Responsable</b>  | _____   |   |
| <b>1er. Ayudante</b>   | _____   |   |
| <b>2do. Ayudante</b>   | _____   |   |
| <b>Otros Integrantes</b>   | _____   |   |
| <b>Instrumental y Equipo Solicitado:</b>   | <b>Rayos X</b> ( )  |   |
|  | <b>Estudios de Patología</b> ( )                                |   |
| <b>Hemocomponentes:</b> _____  | <b>Otros:</b> _____   |   |
| <b>Anestesiólogo Responsable:</b> _____  | <b>Sala:</b> _____  |   |
| <b>SOLICITADO POR:</b>   |   |   |
| <b>AUTORIZACIÓN</b>  |   |   |
| <b>Jefe de Unidad o Cirujano Responsable</b><br>Nombre, Cedula Profesional y Firma | <b>Jefe de Quirófanos</b><br>Nombre, Cedula Profesional y Firma | <b>Jefe de Anestesiología</b><br>Nombre, Cedula Profesional y Firma |
| <b>Folio:</b> _____  |   |   |
| <b>Recibió:</b> _____  | <b>Fecha:</b> _____   | <b>Hora:</b> _____  |
| <b>Nombre y Firma</b>  |   |   |

### 10.2 Hoja de Anestesia

ANESTESIÓLOGO (NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA): \_\_\_\_\_ DX. PREOPERATORIO: \_\_\_\_\_ TÉCNICA ANESTÉSICA: \_\_\_\_\_  
 CIRUJANO: \_\_\_\_\_ CIRUJÍA PROPUESTA: \_\_\_\_\_ CIRUJÍA REALIZADA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

|                 | 15                |         | 30      |         | 45      |         | 15                |             | 30                        |  | 45       |  | 15 |  | 30 |  | 45 |  |                          |    |  |  |  |  |
|-----------------|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------|-------------------|-------------|---------------------------|--|----------|--|----|--|----|--|----|--|--------------------------|----|--|--|--|--|
|                 | CIRUJÍA PROPUESTA |         |         |         |         |         | CIRUJÍA REALIZADA |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| OXÍGENO         |                   |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| SOLUCIONES I.V. |                   |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| OTROS           |                   |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| P.A.S.          | 220               |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| P.A.D.          | 200               |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| P.A.M.          | 180               |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| F.C.            | 160               |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| TEMP°           | 140               |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
|                 | 120               |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
|                 | 100               |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
|                 | 80                |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
|                 | 60                |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
|                 | 40                |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
|                 | 20                |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| NOTAS           | ↑                 |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| RESP. E - A - C |                   |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| Sat. O2 %       |                   |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| FREC. RESP.     |                   |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| FI O2           |                   |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| VOL. CORRIENTE  |                   |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| T.O.F. %        |                   |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| pH              |                   |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| pO2             |                   |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| pCO2            |                   |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| HCO3            |                   |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| DEFICIT DE BASE |                   |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| P.V.C.          |                   |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| POSICIÓN        |                   |         |         |         |         |         |                   |             |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| AGENTES         | DOSIS / VIA       | 1ª HORA | 2ª HORA | 3ª HORA | 4ª HORA | 5ª HORA | 6ª HORA           | SOLUCIONES: |                           |  |          |  |    |  |    |  |    |  | INTUBACIÓN: Oral / Nasal |    |  |  |  |  |
| A               | P. AYUNO          |         |         |         |         |         |                   |             | Tubo:                     |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          | mm |  |  |  |  |
| B               | EXP. OX.          |         |         |         |         |         |                   |             | MANGUITO:                 |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| C               | P. INSENS.        |         |         |         |         |         |                   |             | FÁCIL - DIFÍCIL - FALLIDA |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| D               | SANGRADO          |         |         |         |         |         |                   |             | INTENTOS:                 |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| E               | DIURESIS          |         |         |         |         |         |                   |             | BLOQUEO REGIONAL          |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| F               | S.N.G.            |         |         |         |         |         |                   |             | AGUJA:                    |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| G               | EGRESOS           |         |         |         |         |         |                   |             | CATÉTER:                  |  |          |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| H               | INGRESOS          |         |         |         |         |         |                   |             | RECIBEN NACIDO HORA:      |  | SEXO:    |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| I               | BALANCE H         |         |         |         |         |         |                   |             | PESO:                     |  | TALLA:   |  | cm |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |
| J               | BALANCE A         |         |         |         |         |         |                   |             | APGAR:                    |  | CAPURRO: |  |    |  |    |  |    |  |                          |    |  |  |  |  |

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | Rev. 1<br><br>Hoja: 105 |
|  | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |  |                         |
|  | 4. Procedimiento para la programación e intervención quirúrgica del paciente hospitalizado en el servicio de Oncología |  |                         |

#### 10.4 Formato de Consentimiento informado para Cirugía



**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"**  
**DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA**  
**LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA CIRUGÍA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

No de Exp.: \_\_\_\_\_ Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de familiar responsable o representante legal : \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ parentesco: \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_

Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a). \_\_\_\_\_ del servicio de \_\_\_\_\_ del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha informado que es necesario realizar la siguiente cirugía: \_\_\_\_\_, por considerar que es la que mayores beneficios puede proporcionarme, como \_\_\_\_\_:

al mismo tiempo me explicó y entendí que todo acto quirúrgico lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte, que se pueden requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos que aumenten la estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del tipo de cirugía, del estado previo del paciente, de los tratamientos que estan recibiendo, de posibles anomalías anatómicas e incluso ser secundarias a la utilización del equipo médico. Todas ellas pueden ameritar la atención de contingencias y urgencias, mismas que se realizarán bajo los principios éticos y científicos de la práctica médica. Entre las complicaciones que pueden surgir durante y después de la intervención quirúrgica denominada \_\_\_\_\_ se encuentran: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, de igual forma, me ha explicado acerca de las alternativas a esta técnica quirúrgica, que son: \_\_\_\_\_

Por lo que he comprendido las explicaciones, mismas que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico realizó todas las observaciones pertinentes y aclaró todas las dudas que he planteado.

Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**

Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención, podrá participar personal en formación, siempre bajo estricta supervisión (enfermeras o médicos residentes de especialidad) Por todo ello, manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos de la técnica quirúrgica a efectuar

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)

\_\_\_\_\_  
Que se identifica con:

\_\_\_\_\_  
Que se identifica con:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Familiar Responsable

\_\_\_\_\_  
Que se identifica con

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley, deberá contener todos los datos solicitados y llenarse un formato para cada evento quirúrgico a realizar, sin excepción.





|  |  |                         |           |
|--|--|-------------------------|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1    |
|  | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |                         |           |
|  | 4. Procedimiento para la programación e intervención quirúrgica del paciente hospitalizado en el servicio de Oncología |                         | Hoja: 106 |



**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"**  
**DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA**  
**LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005**

**REVOCAION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO**

**EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha \_\_\_\_\_ declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos quirúrgicos** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.



**EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha \_\_\_\_\_ revoco por completo el consentimiento otorgado el día \_\_\_\_\_ para realizar **la cirugía** \_\_\_\_\_ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento quirúrgico, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

|   |  |
|---|--|
| Nombre y Firma del paciente                                   | Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma) |
| Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal |  |
| Nombre y Firma Testigo  | Nombre y Firma Testigo                               |





|  |  |   |           |
|--|--|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><hr/> DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1    |
|  | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |   |           |
|  | 4. Procedimiento para la programación e intervención quirúrgica del paciente hospitalizado en el servicio de Oncología |   | Hoja: 107 |

### 10.5 Formato de Consentimiento informado para Anestesia



**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"**  
**DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA**  
**LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION DE PROCEDIMIENTO ANESTESICO**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

No de Exp.: \_\_\_\_\_ Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de familiar responsable o representante legal : \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ parentesco: \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_

Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a). \_\_\_\_\_ del servicio de **Anestesiología** del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha informado que estoy programado (a) para realizar el (a) procedimiento/cirugía: \_\_\_\_\_ para lo cual es conveniente utilizar la **técnica anestésica** \_\_\_\_\_, por considerar que es la que mayores beneficios puede proporcionarme, como: \_\_\_\_\_, al mismo tiempo, me explicó y entendí que todo acto anestésico-quirúrgico lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte, que pueden requerir tratamientos complementarios, médicos o quirúrgicos que aumenten la estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del procedimiento, del estado previo del paciente, de los tratamientos que estan recibiendo, de las posibles anomalías anatómicas e incluso ser secundarias a la utilización de los equipos médicos. Entre las complicaciones que pueden surgir durante y/o después del procedimiento anestésico: \_\_\_\_\_ se encuentran:

Asimismo me ha explicado acerca de las alternativas a esta técnica anestésica, que consisten en: \_\_\_\_\_

He comprendido las explicaciones, mismas que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico realizó todas las observaciones pertinentes y aclaró todas las dudas que he planteado.

Comprendo que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**

Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (enfermeras o médicos residentes de la especialidad). Por todo ello, manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos de la técnica anestésica a efectuar.

|   |  |
|---|--|
| Nombre y Firma del paciente             | Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma) |
|   | Que se identifica con                                |
| Nombre y Firma del Familiar Responsable |  |
| Que se identifica con                   |  |
| Nombre y Firma Testigo                  | Nombre y Firma Testigo                               |
| Que se identifica con                   | Que se identifica con                                |

Nota: Esta Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada evento anestésico a realizar**, sin excepción.



|  |  |   |        |
|--|--|---|--------|
| <br><b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1 |
|  | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |   |        |
|  | 4. Procedimiento para la programación e intervención quirúrgica del paciente hospitalizado en el servicio de Oncología |   |        |



**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"**  
**DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA**  
**LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005**

**REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO**

**EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha \_\_\_\_\_ declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos anestésicos** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

**EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha \_\_\_\_\_ revoco por completo el consentimiento otorgado el día \_\_\_\_\_ para realizar **la técnica anestésica** \_\_\_\_\_ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)



\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Testigo



|   |  |  |           |
|---|--|--|-----------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1    |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |  |           |
|   | 4. Procedimiento para la programación e intervención quirúrgica del paciente hospitalizado en el servicio de Oncología |  | Hoja: 109 |

### 10.7 Formato Hoja de Dictado Quirúrgico



**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"**  
 DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA  
 LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005  
 TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA  
 DICTADO DE OPERACIÓN



FECHA DE IMPRESIÓN : 12/05/2023 09:27

FOLIO:

| FECHA DE REGISTRO                      |      |      |                     |                                    |                      |   |   |
|--|------|------|---------------------|------------------------------------|----------------------|---|---|
| DÍA                                    | MES  | AÑO  |                     |                                    |                      |   |   |
|  |      |      |                     |                                    |                      |   |   |
| NOMBRE DEL PACIENTE                    |      |      |                     |                                    | EDAD                 | M | F |
| UNIDAD                                 | EXP. | CAMA | FECHA Y HORA        | SALA                               | ¿SE SOLICITÓ SANGRE? |   |   |
| 111A                                   |      |      | INICIO:<br>TÉRMINO: |                                    |                      |   |   |
| TIPO DE ANESTESIA                      |      |      |                     | ANESTESIOLOGO                      |                      |   |   |
| DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO              |      |      |                     |                                    |                      |   |   |
| CIRUGÍA PROGRAMADA                     |      |      |                     |                                    |                      |   |   |
| DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO             |      |      |                     |                                    |                      |   |   |
| CIRUGÍA REALIZADA                      |      |      |                     |                                    |                      |   |   |
| ¿CUENTA DE GASAS Y COMPRESAS COMPLETA? |      |      |                     | ¿INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO COMPLETO? |                      |   |   |
| CUANTIFICACIÓN DE SANGRADO             |      |      |                     | ¿SE REQUIRIÓ TRANSFUSIÓN?          |                      |   |   |

|                                  |
|----------------------------------|
| DESCRIPCIÓN (TÉCNICA QUIRÚRGICA) |
| HALLAZGOS QUIRÚRGICOS            |
| INCIDENTES Y/O ACCIDENTES        |

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |  |   |           |
|--|--|---|-----------|
| <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1    |
|  | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |   |           |
|  | 4. Procedimiento para la programación e intervención quirúrgica del paciente hospitalizado en el servicio de Oncología |   | Hoja: 110 |



**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"**  
 DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA  
 LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005  
 TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA





FOLIO:

NOTA POSTOPERATORIA (DICTADO DE OPERACIÓN)



FECHA DE IMPRESIÓN :

|  |                   |                 |               |
|--|-------------------|-----------------|---------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE  |                   | EXP.            |               |
| ¿BIOPSIA?  | TIPO              | ¿SE ETIQUETÓ?   | ¿SE ETIQUETÓ? |
| ¿SE ENVIÓ PIEZA A PATOLOGÍA?   | TIPO              |                 |               |
| REPORTE TRANSOPERATORIO  |                   |                 |               |
| RADIOLOGÍA Y/O ESTUDIOS DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO TRANS-OPERATORIOS |                   |                 |               |
| ¿ALGÚN ESTUDIO?  |                   |                 |               |
| ESTADO POSTQUIRÚRGICO INMEDIATO  |                   |                 |               |
| PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO INMEDIATO   |                   |                 |               |
|  |                   |                 |               |
| OTROS HALLAZGOS EN EL PACIENTE (RELACIONADOS AL QUEHACER MÉDICO)                 |                   |                 |               |
| ENVIADO A  |                   |                 |               |
| RECUPERACION   |                   |                 |               |
| PARA LA VIDA   |                   | PARA LA FUNCIÓN |               |
| PRONÓSTICO   |                   | PRONÓSTICO      |               |
|  |                   |                 |               |
| CIRUJANO RESPONSABLE   | EQUIPO QUIRÚRGICO | CÉDULA          | FIRMA         |
| INSTRUMENTISTA:  |                   | CIRCULANTE:     |               |
| ESQUEMA (SI SE REQUIERE)   |                   |                 |               |

**NOTA:** Deberá llenarse un formato por cada cirugía con todos los datos solicitados, SIN EXCEPCIÓN

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | Rev. 1   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |   |  |
|   | 5. Procedimiento para la atención postoperatoria del paciente intervenido en el servicio de Oncología |   | <hr style="width: 100px; margin: 0 auto;"/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> |

**5. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION POSTOPERATORIA DEL PACIENTE INTERVENIDO EN EL  
SERVICIO DE ONCOLOGÍA**

|   |   |   |           |
|---|---|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br><b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><hr/> DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1    |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |   |           |
|   | 5. Procedimiento para la atención postoperatoria del paciente intervenido en el servicio de Oncología |   | Hoja: 112 |

## 1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico para brindar la atención médica adecuada a los pacientes que fueron sometidos a intervención quirúrgica y permanezcan hospitalizados en el Oncología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, con el fin de brindar una atención médica con calidad y calidez y lograr la satisfacción del usuario que solicita sus servicios.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección de Coordinación Médica coordina la realización adecuada del procedimiento, la Dirección Quirúrgica supervisa que las Subdirecciones de Área verifiquen el correcto funcionamiento, la Subdirección Quirúrgica “B” supervisa que se cumplan los lineamientos de los Servicios que solicitan interconsulta y segunda opiniones para integrar un diagnóstico integral y multidisciplinario y Oncología efectúa las actividades necesarias para el diagnóstico y tratamiento del paciente que acude a la Consulta Externa del mismo.

2.2 A nivel externo: Este procedimiento no tiene alcance.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Jefatura del Servicio en coordinación con el Jefe de Quirófano son responsables de la difusión y supervisión adecuada para que se lleve a cabo este procedimiento, además de darlo a conocer al Personal Médico y Paramédico del equipo multidisciplinario para su conocimiento, consulta y buen funcionamiento de las actividades dentro del Hospital y del propio Servicio.

3.2 Es responsabilidad del Personal de Enfermería de Hospitalización de Oncología revisar y verificar la identificación del paciente de acuerdo a su expediente, así como que cuente con el formato de lista de verificación de “cirugía segura salva vidas” debidamente requisitado.

3.3 El Personal de Enfermería del Área de Hospitalización de Oncología es responsable de verificar que el expediente cuente con indicaciones postoperatorias. Si el paciente se encuentra en un Servicio periférico y está a cargo de Oncología deberá notificar vía telefónica al Servicio Tratante sobre su ingreso a esa Unidad de acuerdo a procedimiento “Para la atención de pacientes hospitalizados en Servicios periféricos vía consulta externa” difundido por La Dirección de Coordinación Médica .




3.4 El Personal de Enfermería es responsable de supervisar que el personal a su cargo por ningún motivo lleve a cabo procedimientos o administración de medicamentos indicados a través de órdenes verbales o telefónicas. Toda indicación deberá ser previamente registrada en el expediente clínico del paciente por el médico Tratante, con excepción de los casos de extrema urgencia, con apego al procedimiento “Para prevenir errores en las órdenes verbales o telefónicas” difundido por La Dirección de Coordinación Médica

3.5. El Médico Especialista Oncología es responsable de proporcionar adecuada información al paciente y sus familiares sobre hallazgos quirúrgicos, pronóstico, además de la evolución de su padecimiento.

3.6 El Personal de Enfermería es responsable de verificar las indicaciones médicas en relación al manejo de la herida quirúrgica y de realizar la evaluación del dolor de acuerdo a la escala visual análoga anexa.

3.7 El Personal de Enfermería evaluará la situación de riesgo de daño al paciente por efectos post anestesia y su protección.

3.8 Es responsabilidad del Médico Especialista Tratante de Oncología, realizar el paso de visita diaria y/o las veces que sean necesarias de acuerdo a la evolución de las condiciones del paciente, anotar y firmar

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | Rev. 1   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |   |  |
|   | 5. Procedimiento para la atención postoperatoria del paciente intervenido en el servicio de Oncología |   | <br>DR. EDUARDO LICEAGA |

sus observaciones en las notas de evolución del expediente clínico, con apego a la NOM 004-SSA3-2012 “del expediente clínico”.

3.9 El Personal de Enfermería de Hospitalización será responsable de realizar cambios de apósito y realizar los registros y observaciones sobre la herida quirúrgica en sus formatos correspondientes, así como notificar al cirujano a cargo cualquier signo o síntoma de alarma en el paciente pos operado.

3.10 La toma de decisiones, el seguimiento y el manejo de los pacientes será facultad y responsabilidad exclusiva de los Médicos Tratantes.

3.11 Es responsabilidad de la Jefatura del Servicio y encargado de hospitalización de Oncología, supervisar que los pacientes hospitalizados en un Servicio Periférico sean atendidos adecuadamente y efectuar su traslado interno a la unidad en cuanto haya disponibilidad de cama censable, de acuerdo al procedimiento correspondiente.


3.12 El Personal Médico y Paramédico y de Enfermería es responsable de minimizar el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica, cumpliendo con el procedimiento de lavado de manos adecuadamente, en cumplimiento de la meta internacional No. 5 de la Organización Mundial de la Salud.

3.13 Es responsabilidad de la Jefatura de Oncología supervisar y verificar que el Médico especialista Tratante realice la evaluación del paciente y efectúe la notificación de PREALTA al Departamento de Trabajo Social en cuanto lo considere conveniente y elaborar la nota de la misma en el expediente clínico como evidencia documental, además deberá avisar a Trabajo Social la confirmación del ALTA al día siguiente, para que se realicen los tramites de egreso correspondientes de manera oportuna y disminuir así los tiempos perdidos en la liberación administrativa de las camas

3.14 Una vez confirmada el ALTA del paciente, el proceso se realizará lo más pronto posible y de acuerdo al Procedimiento “para el egreso del paciente, control del expediente clínico y liberación de camas censables”, difundido por La Dirección de Coordinación Médica .

3.15 Todas las actividades que requieran interrelación personal serán realizadas con apego al Código de Ética de los Servidores Públicos vigente con respeto a los Derechos Humanos individuales del paceute, de su familiar y del prestador de servicios.




|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |
|   | 5. Procedimiento para la atención postoperatoria del paciente intervenido en el servicio de Oncología |

Hoja: 114

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

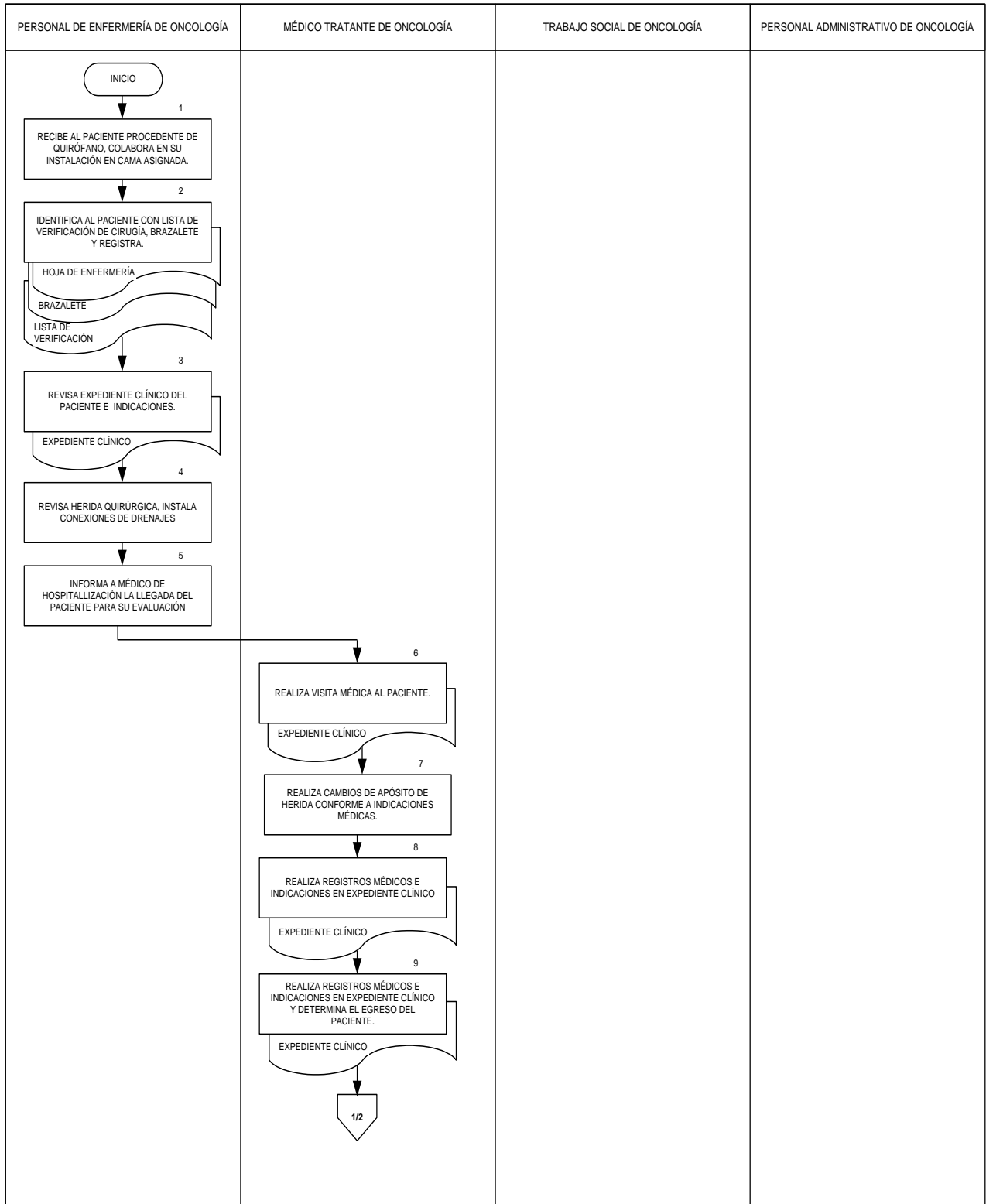
| Responsable                         | No. Act. | Descripción de actividades   | Documento o anexo  |
|-------------------------------------|----------|--|--|
| Personal de Enfermería de Oncología | 1        | Recibe al paciente procedente de quirófano, colabora en su instalación en cama asignada, con ayuda del camillero.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Expediente clínico.</li> <li>Hoja de Enfermería</li> <li>Brazalete</li> <li>Lista de verificación.</li> </ul> |
|                                     | 2        | Identifica al paciente con lista de verificación de cirugía segura, brazalete y elabora hoja de enfermería.  |  |
|                                     | 3        | Revisa expediente clínico del paciente y sigue indicaciones médicas.   |  |
|                                     | 4        | Revisa herida quirúrgica, instala conexiones de drenajes (si son necesarios).  |  |
|                                     | 5        | Informa a médico de base o residente de hospitalización la llegada del paciente para su evaluación   |  |
| Médico Tratante de Oncología        | 6        | Realiza visita médica al paciente las veces que sea necesario.   | Expediente clínico   |
|                                     | 7        | Realiza cambios de apósito de herida quirúrgica de acuerdo a indicaciones médicas.   |  |
|                                     | 8        | Realiza registros médicos e indicaciones en expediente clínico de acuerdo a evolución post operatoria y con apego a la NOM 004-SSA3-2012 y si procede, realiza la curación de herida quirúrgica. |  |
|                                     | 9        | Realiza registros médicos e indicaciones en expediente clínico de acuerdo a evolución post operatoria y con apego a la NOM 004-SSA3-2012 y determina el egreso del paciente.                     |  |
|                                     |          | ¿Procede el egreso del paciente?   |  |
|                                     | 10       | No: Continúa revisión diaria y regresa a actividad 7.  |  |
|                                     | 11       | Sí: Registra Prealta en expediente y avisa a enfermería.   |  |
| Personal de Enfermería de Oncología | 12       | Revisa nota de Prealta y avisa a Trabajo Social.   | Expediente clínico   |
|                                     | 13       | Brinda educación para la salud al paciente y familiar, confirma el alta del paciente y envía a Trabajo Social para continuar con trámites de egreso.   |  |
| Trabajo Social de Oncología         | 14       | Recibe al familiar del paciente, lo orienta respecto a los pagos que se adeudan, verifica que se encuentren en el expediente los comprobantes de pago y de donadores sanguíneos.                 | Expediente clínico   |

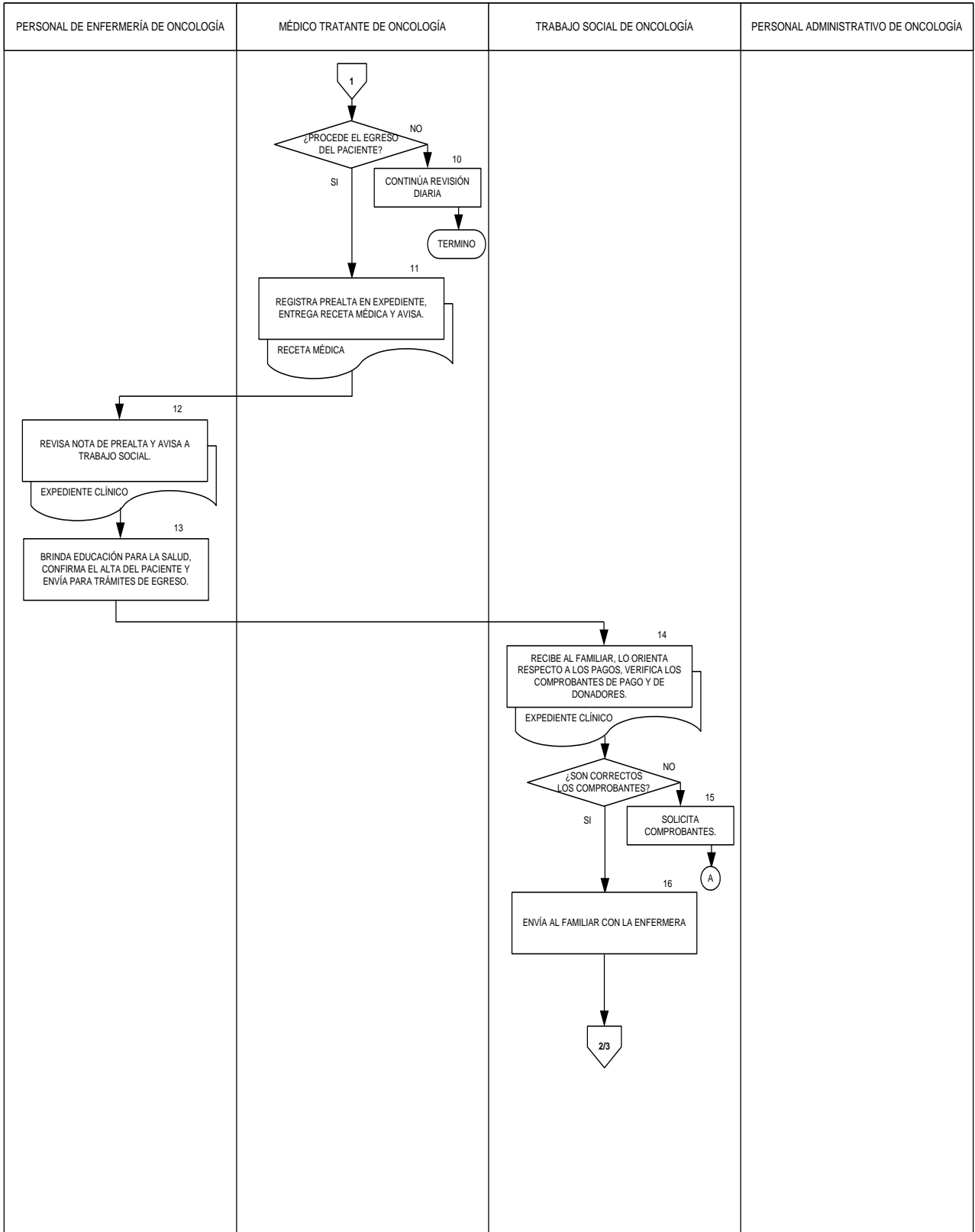
|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |
|   | 5. Procedimiento para la atención postoperatoria del paciente intervenido en el servicio de Oncología |

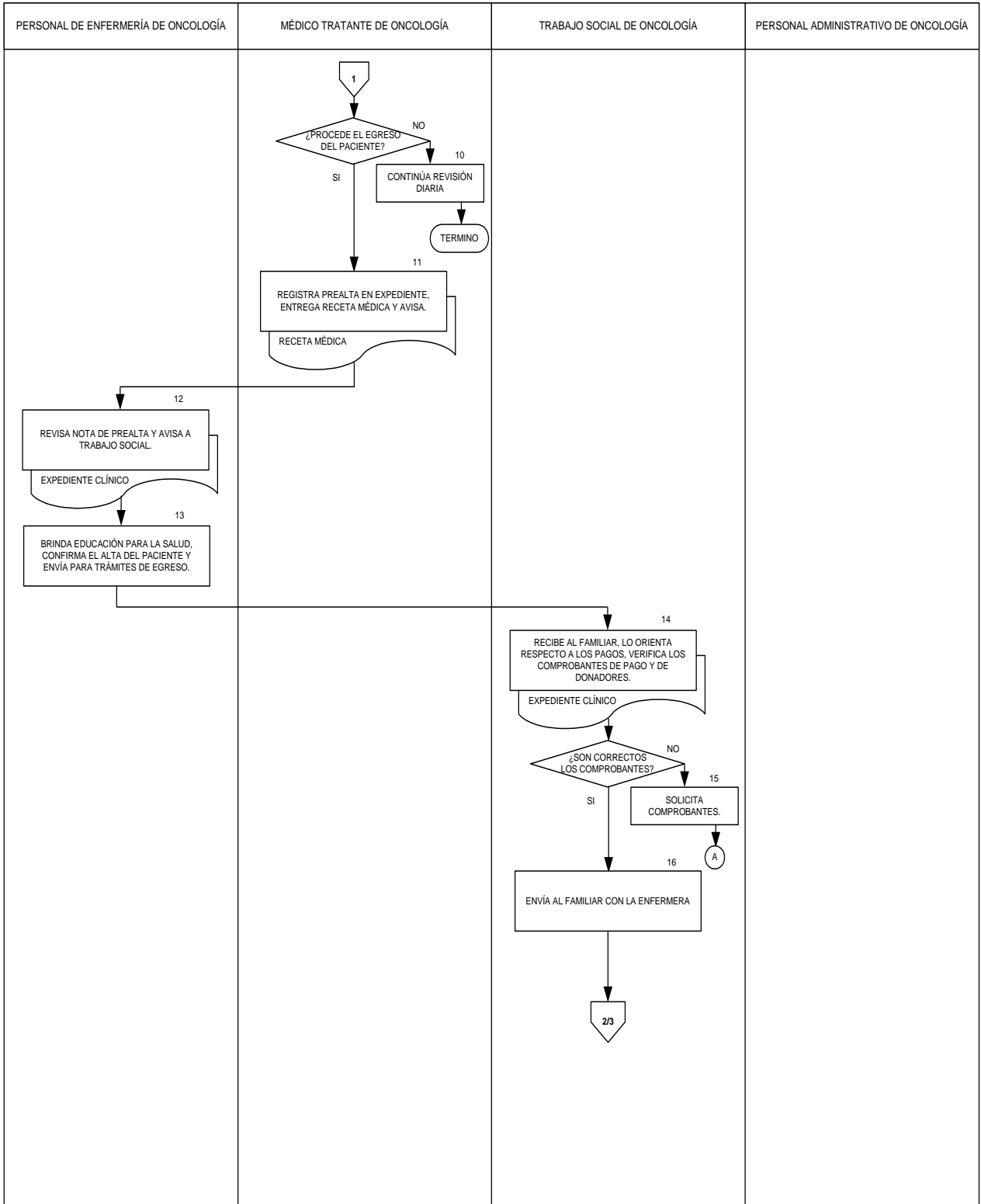
Hoja: 115

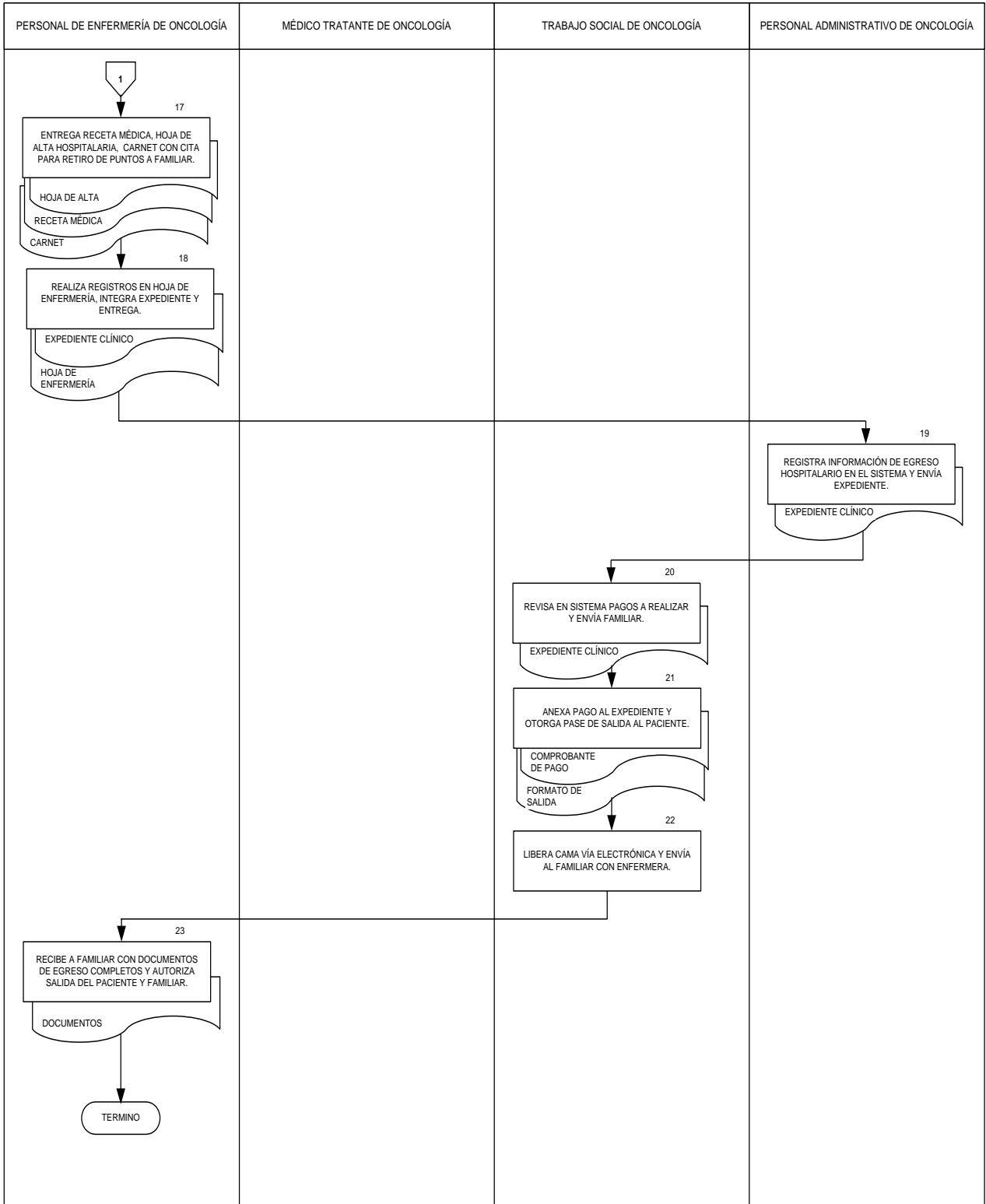
| <b>Responsable</b>                   | <b>No. Act.</b> | <b>Descripción de actividades</b>  | <b>Documento o anexo</b>  |
|--------------------------------------|-----------------|--|---|
| Trabajo Social de Oncología          | 15<br>16        | ¿Son correctos los comprobantes de pago y donadores?<br><br>No: Solicita al familiar que entregue los comprobantes que se solicitan y regresa a la actividad 13.<br><br>Si: Envía al familiar con la Enfermera del Servicio.               |   |
| Personal de Enfermería de Oncología  | 17<br>18        | Entrega receta médica, hoja de alta hospitalaria, carnet con cita para retiro de puntos a familiar responsable.<br><br>Realiza registros en hoja de enfermería, integra expediente y entrega a personal administrativo.                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente clínico</li> <li>• Hoja de enfermería</li> <li>• Hoja de alta</li> <li>• Receta médica</li> <li>• Carnet</li> </ul> |
| Personal Administrativo de Oncología | 19              | Registra información de egreso hospitalario en el Sistema Córtes y envía expediente a Trabajo Social.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente clínico</li> </ul>  |
| Trabajo Social de Oncología          | 20<br>21<br>22  | Revisa en sistema pagos a realizar y envía familiar a realizar el pago en caja.<br><br>Anexa pago al expediente y otorga formato de salida al paciente.<br><br>Libera cama vía electrónica y envía al familiar con Enfermera del Servicio. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente clínico</li> <li>• Comprobante de pago.</li> <li>• Formato de salida</li> </ul>                                     |
| Personal de Enfermería de Oncología  | 23              | Recibe a familiar con documentos de egreso completos y autoriza salida del paciente y familiar.  |   |
| <b>TERMINA</b>                       |                 |  |   |

**5. DIAGRAMA DE FLUJO**













|   |   |  |           |
|---|---|--|-----------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1    |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |           |
|   | 5. Procedimiento para la atención postoperatoria del paciente intervenido en el servicio de Oncología |  | Hoja: 120 |

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos   | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Manual de Organización de la Dirección de Coordinación Médica.           | No Aplica               |
| 6.2 Manual de Procedimientos de la Dirección de Coordinación Médica.         | No Aplica               |
| 6.3 Manual de Organización de Oncología.                                     | No Aplica               |
| 6.4 NOM-004–SSA3-2012 Del Expediente Clínico.                                | No Aplica               |
| 6.5 Guía de Diagnóstico y Tratamiento del Servicio de Oncología.             | No Aplica               |
| 6.6 Código de Ética de la Administración Pública Federal.                    | No Aplica               |
| 6.7 Código de Conducta del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”. | No Aplica               |

## 7. REGISTROS

| Registros              | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|------------------------|------------------------|----------------------------|---|
| 7.1 Expediente clínico | 5 Años                 | Archivo del Servicio       | No Aplica                                 |

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Cirugía:** Se denomina cirugía (del griego "mano" y ἔργον érgon "trabajo", de donde χειρουργία jeirourgía "trabajo manual") a la práctica que implica manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnóstico, terapéutico o pronóstico.

**8.2 Historia clínica:** Es documento que labora el médico en apego a los lineamientos de la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.

**8.3 Hospitalización:** Servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos, proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.

**8.4 Quirófano:** Área del Servicio que cuenta con salas provistas del equipo necesario para realizar procedimientos quirúrgicos valoración preanestesia.

## 9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio                        |
|--------------------|---------------------------|---|
| 1                  | Mayo 2023                 | Se actualizaron los documentos de referencia, |

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Hoja de enfermería. (Ver formato del procedimiento 3)



10.2 Hoja de alta hospitalaria.

10.3 Carnet. \*

10.4 Comprobante de pago. \*

10.65 Formato de Salida

\* Ver anexos del procedimiento 1.

|   |   |   |           |
|---|---|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br><b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><hr/> DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1    |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |   |           |
|   | 5. Procedimiento para la atención postoperatoria del paciente intervenido en el servicio de Oncología |   | Hoja: 121 |



## 10.2 Hoja de alta hospitalaria.



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
 DR. EDUARDO LICEAGA  
 DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA  
 LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005  
**HOJA DE ALTA HOSPITALARIA**



|   |                                     |  |   |
|---|-------------------------------------|--|---|
| Nombre del paciente _____   | Fecha _____                         | Hora _____                                   |   |
| No. expediente _____  | Edad _____                          | Sexo _____                                   | Fecha de ingreso _____                      |
| Diagnóstico(s) de ingreso _____   | Fecha y hora de egreso _____        |  |   |
| Diagnóstico (s) de egreso (CIE-10) _____  |                                     |  |   |
| Motivo de egreso:   | Mejoría<br><input type="checkbox"/> | Máximo beneficio<br><input type="checkbox"/> | Alta Voluntaria<br><input type="checkbox"/> |
|   |                                     |  | Curación<br><input type="checkbox"/>        |
|   |                                     |  | Defunción<br><input type="checkbox"/>       |
| <b>RESUMEN DE ALTA HOSPITALARIA</b><br>(Evolución Clínica- Resultado de estudios relevantes- Plan de Tratamiento, Medicamentos administrados)   |                                     |  |   |
| Problemas clínicos pendientes o comorbilidades a atender: _____<br>Recomendaciones de Vigilancia Ambulatoria: _____<br>Referencia a: _____<br>Nombre, Cédula y Firma Vo.Bo. Jefe de Servicio _____<br>Nombre, Cédula y Firma del Médico Tratante: _____<br>Recibir información y resumen (Nombre y firma del paciente o familiar responsable) _____<br>Su próxima cita es _____ |                                     |  |   |

|   |   |  |           |
|---|---|--|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br><hr/> DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1    |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |           |
|   | 5. Procedimiento para la atención postoperatoria del paciente intervenido en el servicio de Oncología |  | Hoja: 122 |

**PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA**

SERVICIO: \_\_\_\_\_

No. de Expediente: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL AGENTE DE AUTOCUIDADO (PACIENTE)**

|                                     |            |                   |
|-------------------------------------|------------|-------------------|
| Nombre: _____                       |            |                   |
| Edad _____                          | Sexo _____ | No. de Cama _____ |
| Diagnóstico Médico de egresos _____ |            |                   |
| _____                               |            |                   |
| _____                               |            |                   |

Requisitos de Educación:

Medidas Higiénico-Dietéticas:

Cuidados Específicos:

Terapia Medicamentosa:



Enfermera (o) Responsable \_\_\_\_\_

Nombre y Firma



Nombre y/o firma del agente de autocuidado o familiar que recibe el plan de alta \_\_\_\_\_

Fecha de Elaboración \_\_\_\_\_



|   |  |  |           |
|---|--|--|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b><br><hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1    |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |  |           |
|   | 6. Procedimiento para la atención en la Unidad de<br>Prótesis Maxilofacial |  | Hoja: 124 |

**6. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE PRÓTESIS  
MAXILOFACIAL**

|   |   |   |                     |
|---|---|---|---------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | Rev. 1              |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |   |                     |
|   | 6. Procedimiento para la atención en la Unidad de Prótesis Maxilofacial |   | DR. EDUARDO LICEAGA |

## 1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los lineamientos administrativos que sirvan de guía en los casos para la atención a los pacientes que requieren rehabilitación protésica del área cervicofacial y de estomatología oncológica, donde se incluye la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento al paciente con la finalidad de lograr la satisfacción del usuario que acude a solicitar los servicios del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Este procedimiento aplica a los Servicios de Consulta Externa y de Oncología, a los diferentes servicios del Hospital que requieren y soliciten interconsultas de la subespecialidad; al Departamento de Trabajo Social, al personal de Enfermería, administrativo e intendencia.

2.1 A nivel externo: Este procedimiento aplica a los Hospitales públicos y privados de algunos estados de la República Mexicana y del Distrito Federal a los hospitales con los que se tiene convenio de atención.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad del Jefe de Servicio dar a conocer a todos los Jefes de Unidad para su conocimiento y el buen funcionamiento de las actividades dentro del Hospital y el propio Servicio, así como cumplir y hacer cumplir el presente manual.

3.2 Es responsabilidad del personal Administrativo del servicio verificar que todos los pacientes que acudan al Servicio cuenten con el carnet elaborado por el área de Admisión con su nombre y el número de registro general del Hospital, si el caso lo amerita, realizará la apertura del expediente clínico del Servicio.

3.3. Es responsabilidad del Médico de Base Tratante verificar que en casos de consulta de primera vez lo harán previa cita para posteriormente supervisar que se realice la historia clínica, además de que el paciente puede acudir a cualquier hora en el horario matutino para recibir la consulta inicial si se tratara de una urgencia se atenderá de inmediato. En caso contrario, se le dará cita para la elaboración de la historia clínica inicial del Servicio.

3.4 Es responsabilidad del Jefe de Unidad verificar que los pacientes que soliciten consultas subsecuentes se realizaran previa cita en horario matutino de 8:30 a 13:00 hrs., solo en casos excepcionales se citara al paciente en horario vespertino.



3.5 Es responsabilidad del Médico de Base Tratante dar información e indicaciones precisas al paciente o a los familiares sobre el padecimiento acerca del aseo y manejo de la prótesis utilizada.

3.6 Es responsabilidad del Médico de Base Tratante pasar visita a los pacientes operados a los cuales se les realizó un apoyo protésico

3.7 Es responsabilidad del Médico de Base planear con el cirujano Tratante el tipo de prótesis a utilizar así como la extensión y la esterilización, además de proporcionar los medios necesarios para el ajuste y colocación de la prótesis en el quirófano.

3.8 El Médico de Base Tratante se responsabilizará de mantener estrecha comunicación con los médicos oncólogos quimioterapeutas o radioterapeutas para dar atención al paciente y evitar la suspensión de los tratamientos o suspenderlos el menor tiempo posible hasta que el paciente este en condiciones de continuarlos.




|   |   |  |           |
|---|---|--|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br><hr/> DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1    |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |           |
|   | 6. Procedimiento para la atención en la Unidad de Prótesis Maxilofacial |  | Hoja: 126 |

3.9 Es responsabilidad de los Médicos de Base encargados de los pacientes realizar la solicitud de interconsultas correspondientes, en estricto apego al procedimiento establecido para tal efecto, si los pacientes requieren el apoyo de alguna de las unidades del Servicio de Oncología, u otro del hospital, e incluso del Hospital de referencia.

3.10 Es responsabilidad de los Médicos de Base encargados de los pacientes que se les realizó cirugía con apoyo protésico, realizar curaciones, ajustes a la prótesis y dar indicaciones cuando el paciente sea egresado del Hospital y en citas subsiguientes.

3.11 Es responsabilidad del Médico de Base que realice prótesis para Radioterapia ponerse en contacto con los Médicos radioterapeutas, técnicos y físicos para realizar los ajustes necesarios a la prótesis durante la planeación de radioterapia.


3.12 El Médico de Base de la Unidad se responsabilizará e realizar la atención estomatológica oncológica, incluyendo la elaboración de la historia clínica bucal y planeación del tratamiento en los casos de pacientes que sean sometidos a tratamientos de Radioterapia y Quimioterapia, como un apoyo a esas unidades del Servicio de Oncología.

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |
|   | 6. Procedimiento para la atención en la Unidad de Prótesis Maxilofacial |

Hoja: 127

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

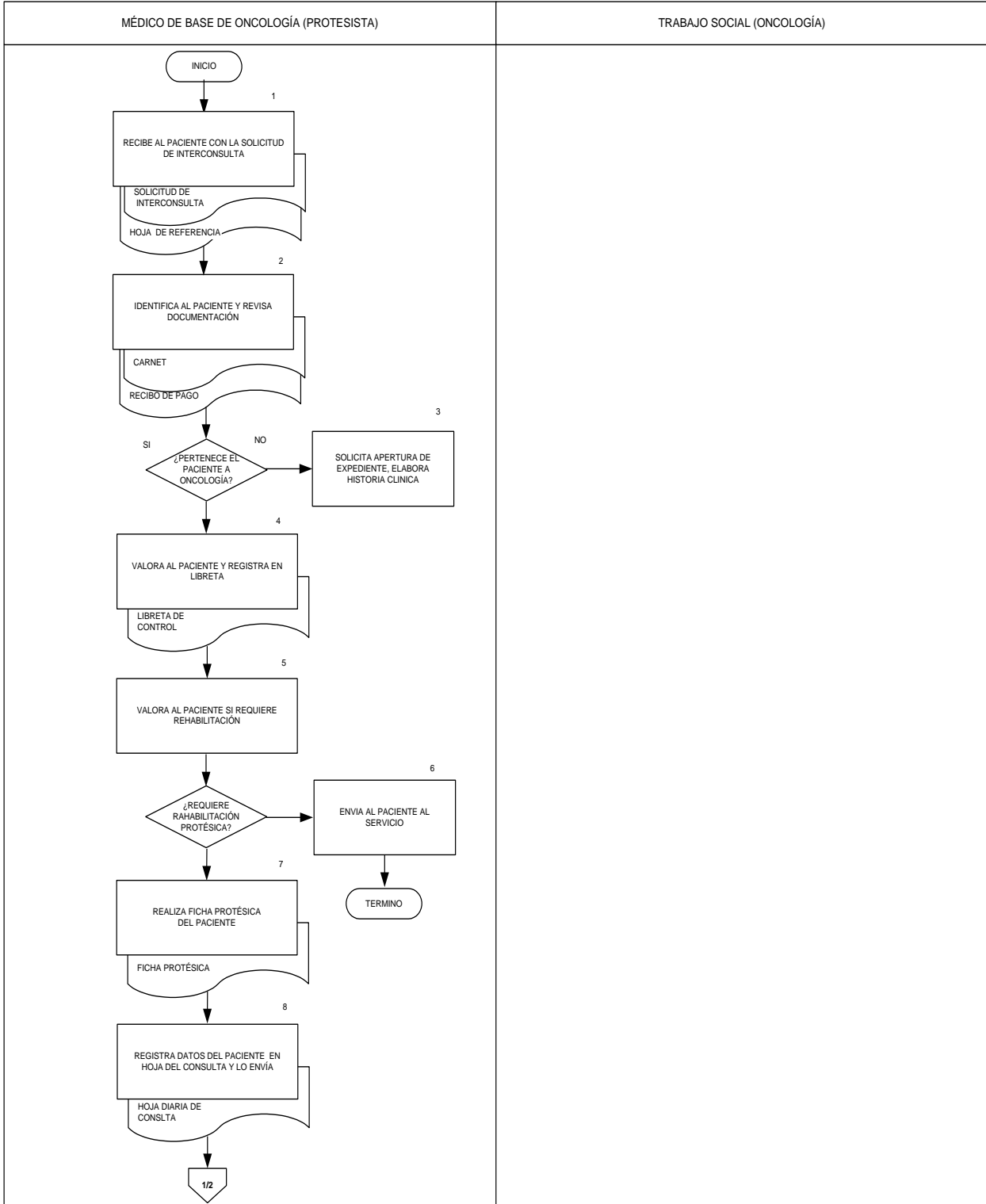
| Responsable                              | No. Act. | Descripción de actividades  | Documento o anexo  |
|--|----------|---|--|
| Médico de Base de Oncología (Protesista) | 1        | Recibe al paciente con la solicitud de interconsulta u hoja de referencia y contrarreferencia y verifica que el paciente éste en tratamiento Oncológico vigente.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de Interconsulta</li> <li>• Carnet</li> <li>• Recibo de pago o Documento de gratuidad.</li> <li>• Libreta de control</li> <li>• Historia Clínica</li> <li>• Ficha protésica</li> <li>• Hoja diaria de consulta</li> <li>• Hoja de referencia</li> </ul> |
|  | 2        | Verifica que el paciente cuente con carnet, haya realizado el pago correspondiente de la consulta y determina si el paciente pertenece al Servicio de Oncología.<br><br>¿Pertenece el paciente a Oncología? |  |
|  | 3        | No: solicita apertura de expediente del Servicio, elabora historia clínica en el formato del Servicio, incluyendo exámenes de laboratorio y gabinete si el caso lo amerita.                                 |  |
|  | 4        | Si: Realiza valoración del paciente y registra en la libreta de control de citas.   |  |
|  | 5        | Valora al pacientey determina si requiere rehabilitación protésica.<br><br>¿Requiere rehabilitación protésica?  |  |
|  | 6        | No: Envía al paciente al Servicio Tratante con explicación de la negativa de apoyo y termina el procedimiento.  |  |
|  | 7        | Si: Realiza ficha protésica, incluyendo planeación del tipo de prótesis y materiales a utilizar.  |  |
|  | 8        | Registra los datos del paciente en la hoja diaria de consulta y envía al paciente y familiar a Trabajo Social para que realice estudio socioeconómico y determine el nivel de pago.                         |  |
| Trabajo Social (Oncología)               | 9        | Recibe al paciente con ficha protésica y lista de materiales a realizar, realiza estudio socioeconómico, determina el nivel de pago y envía al paciente con el médico Tratante.                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio socioeconómico</li> </ul>   |
| Médico de Base de Oncología (Protesista) | 10       | Recibe al paciente, revisa resultados de exámenes de laboratorio y gabinete   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios</li> </ul>   |
|  | 11       | Toma impresiones faciales e intraorales para iniciar la prótesis correspondiente de acuerdo al plan establecido.  |  |

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |
|   | 6. Procedimiento para la atención en la Unidad de Prótesis Maxilofacial |

Hoja: 128

| Responsable                              | No. Act.       | Descripción de actividades   | Documento o anexo   |
|--|----------------|--|---|
| Médico de Base de Oncología (Protesista) | 12             | Agenda citas subsecuentes hasta terminar la prótesis y/o fecha de cirugía.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente clínico</li> <li>• Modelos de estudios</li> </ul> |
|  | 13             | Determina, en conjunto con el cirujano el apoyo de colocación de prótesis transoperatoria.<br><br>¿Requiere apoyo de prótesis transoperatoria?   |   |
|  | 14             | No: Entrega prótesis al paciente con indicaciones y lo envía con el médico Tratante y termina el procedimiento.  |   |
|  | 15             | Si: Planea en conjunto con los cirujanos especialistas y en base a los modelos de estudio del paciente el tipo de prótesis, la extensión, el material a utilizar y el tipo de fijación de la misma |   |
|  | 16             | Durante la cirugía, realiza el apoyo y colocación de la prótesis transoperatoria.  |   |
|  | 17             | Realiza la nota de colocación de prótesis en el expediente clínico, en nota anexa a la nota operatoria.  |   |
|  | 18             | Vigila la evolución del paciente y el estado de la prótesis en el postoperatorio inmediato, hasta el egreso del paciente del área de recuperación.   |   |
|  | 19             | Pasa visita diaria y coloca notas de evolución hasta el egreso hospitalario del paciente   |   |
|  | 20             | Agenda citas subsecuentes para control, ajuste y mantenimiento de las prótesis.  |   |
|  | <b>TERMINA</b> |  |   |

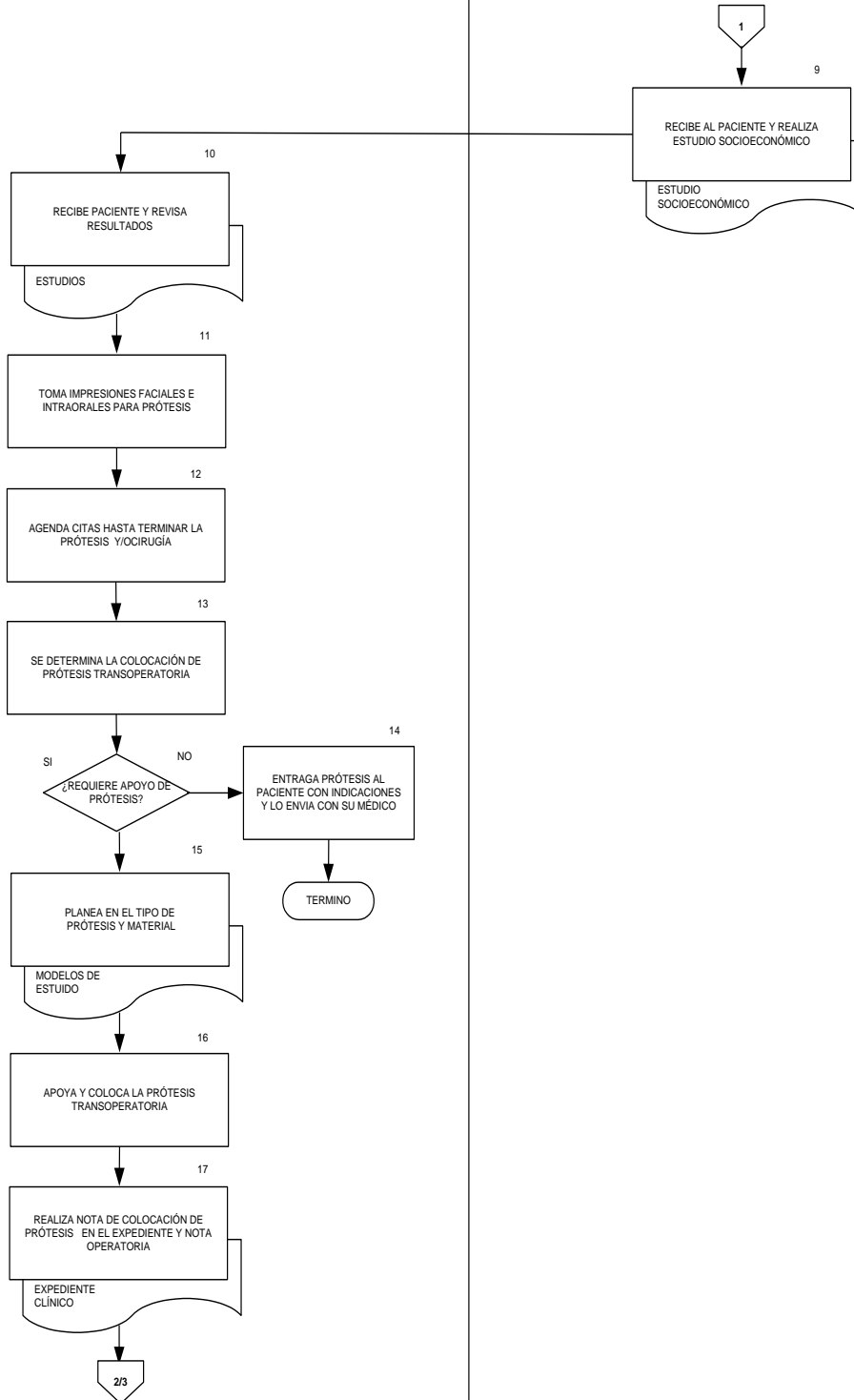
**5. DIAGRAMA DE FLUJO**





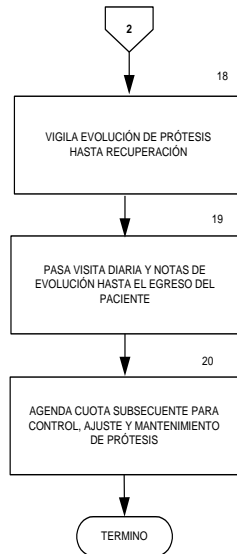
MÉDICO DE BASE DE ONCOLOGÍA (PROTESISTA)



TRABAJO SOCIAL (ONCOLOGÍA)



MÉDICO DE BASE DE ONCOLOGÍA (PROTESISTA)

TRABAJO SOCIAL (ONCOLOGÍA)



|   |   |  |           |
|---|---|--|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1    |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |           |
|   | 6. Procedimiento para la atención en la Unidad de Prótesis Maxilofacial |  | Hoja: 132 |

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos   | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Manual de Organización de la Dirección de Coordinación Médica.           | No Aplica               |
| 6.2 Manual de Procedimientos de la Dirección de Coordinación Médica.         | No Aplica               |
| 6.3 Manual de Organización de Oncología.                                     | No Aplica               |
| 6.4 NOM-004–SSA3-2012 Del Expediente Clínico.                                | No Aplica               |
| 6.5 Guía de Diagnóstico y Tratamiento del Servicio de Oncología.             | No Aplica               |
| 6.6 Código de Ética de la Administración Pública Federal.                    | No Aplica               |
| 6.7 Código de Conducta del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”. | No Aplica               |

## 7. REGISTROS

| Registros              | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|------------------------|------------------------|----------------------------|---|
| 7.1 Expediente Clínico | 5 años                 | Archivo de Servicio        | No Aplica                                 |

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Aplicación tópica de flúor:** Colocación de cloruro de sodio sobre los dientes como medida preventiva para la desmineralización de los dientes.

**8.2 Estereolitografía:** Reproducción de estructuras óseas a tamaño real por medio de un sistemacomputarizado especializado.

**8.3 Estomatología oncológica:** Atención buco-dental de los pacientes de tumores de cabeza y cuello así como de aquellos que están recibiendo radioterapia y quimioterapia.

**8.4 Implante craneofacial:** Sustitución de alguna estructura ósea cervicofacial, utilizando materiales sintéticos.

**8.5 Impresión intraoral:** Reproducción total o parcial de estructuras de la cavidad bucal utilizandomateriales plásticos.

**8.6 Impresión facial:** Reproducción total o parcial de la cara mediante la utilización de materialessintéticos.

**8.7 Modelo de estudio:** Molde de yeso que reproduce alguna parte anatómica de la región cervicofacial y que se utiliza para planear el tratamiento protésico.



**8.8 Modelo de trabajo:** Modelo de yeso que reproduce alguna parte anatómica de cabeza y cuello de forma más detallada utilizado para la elaboración de las prótesis.

**8.9 Mucositis:** Inflamación de la mucosa que puede ser localizada o generalizada.

**8.10 Obturación definitiva:** Remoción de caries dental y obturación de la pieza con materialespermanentes como amalgama, resinas, incrustaciones, etc.

**8.11 Obturación temporal:** Remoción de caries dental y obturación de la pieza con algún material de curación de forma provisional



|   |   |   |           |
|---|---|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | Rev. 1    |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |   |           |
|   | 6. Procedimiento para la atención en la Unidad de Prótesis Maxilofacial |   | Hoja: 133 |

**8.12 Rehabilitación protésica:** Sustituir por medios artificiales algún órgano del área de cabeza y cuello, devolviendo la función y/o estética perdida.

**8.13 Tratamiento preventivo:** Incluyen acciones encaminadas a prevenir enfermedades estomatológicas.

**8.14 Xerostomia:** Sequedad de la boca por defecto de secreciones salivales.

#### 9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio  |
|--------------------|---------------------------|---|
| 1                  | Mayo 2023                 | Se actualizó la descripción del procedimiento y se actualizaron los documentos de referencia y anexos.. |

#### 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Historia clínica Maxilofacial \*
- 10.2 Nota de Evolución
- 10.3 Formatos de solicitud de estudios de laboratorio y gabinete\*
- 10.4 Hoja diaria de consulta \*
- 10.5 Ficha de estudio socioeconómico\*\*
- 10.6 Carnet de citas\*

\* Ver anexos del procedimiento 1.

\*\* Ver anexos del procedimiento 3.

### 10.1 Historia Clínica Maxilofacial



**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"**  
**DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA**  
**LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005**  
**NOTA DE EVOLUCIÓN**



Folio:    Fecha y hora de elaboración:

|  |         |               |     |
|--|---------|---------------|-----|
| Servicio y/o Unidad: PRÓTESIS MAXILOFACIAL |         | Cama: EXTERNO |     |
| Nombre del paciente: _____ ECU:            |         |               |     |
| Fecha de Nacimiento:                       | Edad: _ | Sexo:         |     |
| Diagnóstico:                               |         |               |     |
| Signos Vitales:                            | TA:     | FC:           | FR: |
| PESO:                                      | TALLA:  | TEMP:         |     |

Evolución y actualización del cuadro clínico:

#### NOTA DE PRIMERA VEZ PRÓTESIS MAXILOFACIAL

**INTERROGATORIO:**

**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:**

**ANTECEDENTES PRSOALES NO PATOLÓGICOS:**



**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:**

**ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS:**

**PADECIMIENTO ACTUAL:**

**EXPLORACIÓN FÍSICA:**

|    |  |    |  |    |  |    |  |
|----|--|----|--|----|--|----|--|
| 18 |  | 28 |  | 38 |  | 48 |  |
| 17 |  | 27 |  | 37 |  | 47 |  |
| 16 |  | 26 |  | 36 |  | 46 |  |
| 15 |  | 25 |  | 35 |  | 45 |  |
| 14 |  | 24 |  | 34 |  | 44 |  |
| 13 |  | 23 |  | 33 |  | 43 |  |
| 12 |  | 22 |  | 32 |  | 42 |  |
| 11 |  | 21 |  | 31 |  | 41 |  |

|   |  |  |           |
|---|--|--|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b><br><br><hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1    |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>   |  |           |
|   | 6. Procedimiento para la atención en la Unidad de<br>Prótesis Maxilofacial |  | Hoja: 135 |

Resultados relevantes de los estudios:

|   |
|---|
| <b>INTERPRETACION RADIOGRÁFICA:</b><br><br><b>DIAGNOSTICO ODONTOLÓGICO:</b><br><br><b>PLAN DE TRATAMIENTO:</b><br><br><b>TRATAMIENTO REALIZADO:</b> |
|---|

Pronóstico:

|  |
|--|
|  |
|--|

Médico Tratante

Médico Residente

\_\_\_\_\_  
Número de Empleado, Nombre, Cédula Profesional y Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, Cédula Profesional y Firma

**"Todas las notas deberán llevar: Nombre completo, Cédula profesional y Firma del Médico"**

Dr. Balmis No. 148 Col. Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06726 México, CDMX. Tel. 27 89 20 00

|  |   |   |           |
|--|---|---|-----------|
| <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1    |
|  | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |   |           |
|  | 6. Procedimiento para la atención en la Unidad de Prótesis Maxilofacial |   | Hoja: 136 |

## 10.2 Nota de Evolución



**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"**  
 DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA  
 LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005  
**NOTA DE EVOLUCIÓN**



Folio: \_\_\_ Fecha y hora de elaboración:

|   |                      |               |
|---|----------------------|---------------|
| <b>Servicio y/o Unidad: PRÓTESIS MAXILOFACIAL</b> |                      | Cama: EXTERNO |
| Nombre del paciente:                              | ECU:                 | Edad:         |
| Sexo:   | Fecha de Nacimiento: |               |
| Diagnóstico: CA PAROTIDA + QT + CX                |                      |               |
| Signos Vitales:                                   | TA:                  | FC:           |
| PESO:   | TALLA:               | FR:           |
|   |                      | SpO2:         |
|   |                      | TEMP:         |

Evolución y actualización del cuadro clínico:

**NOTA DE EVOLUCIÓN SUBSECUENTE PRÓTESIS MAXILOFACIAL**

Resultados relevantes de los estudios:

Pronóstico:

Médico Tratante



Médico Residente

\_\_\_\_\_  
Número de Empleado, Nombre, Cédula Profesional y Firma



\_\_\_\_\_  
Nombre, Cédula Profesional y Firma

**"Todas las notas deberán llevar: Nombre completo, Cédula profesional y Firma del Médico"**

Dr. Balmis No. 148 Col. Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06726 México, CDMX. Tel. 27 89 20 00

|   |   |   |           |
|---|---|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br><hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1    |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |   |           |
|   | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. |   | Hoja: 137 |

**7. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN QUIENES SE ADMINISTRA  
RADIOTERAPIA**

|   |   |   |                     |
|---|---|---|---------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | Rev. 1              |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |   |                     |
|   | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. |   | DR. EDUARDO LICEAGA |

## 1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los lineamientos que guíen al personal médico y no médico que otorgan atención médica a pacientes a quienes se les administra radioterapia, para otorgar un servicio con calidad y seguridad, e intervenir de forma eficaz en el tratamiento y pronóstico de este grupo de pacientes.

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección de Coordinación Médica , supervisa la correcta ejecución del procedimiento; la Dirección Médica, la Dirección Quirúrgica y la Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento difunden, coordinan y verifican el correcto apego al procedimiento en todas las áreas bajo su supervisión y las Jefaturas de Servicio son responsables de vigilar el correcto apego al procedimiento por el personal médico y no médico a su cargo.

2.2 A nivel externo: este procedimiento no tiene alcance a nivel externo.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS



3.1 El Médico Tratante de un paciente que recibe radioterapia deberá acreditar sus competencias con el Título, Cédula Profesional de la Especialidad y Certificación vigente de la Especialidad en Radiooncología, así como el curso aprobado como Personal Ocupacionalmente Expuesto (POE); el personal de enfermería con al menos el documento oficial emitido por la Institución Académica donde haya cursado su preparación más el documento emitido del curso aprobado como Personal Ocupacionalmente Expuesto (POE); el Físico Médico deberá presentar el documento oficial emitido por la Institución donde adquirió la competencia y tener 6 meses de entrenamiento en Radioterapia en alguna de las Instituciones que son avaladas por la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias (CNSNS); el Técnico Radiólogo deberá contar con el documento oficial emitido por la Institución donde adquirió la competencia y tener 6 meses de entrenamiento en Radioterapia en alguna de las Instituciones que son avaladas por la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias (CNSNS), así como acreditar el curso de capacitación como Personal Ocupacionalmente Expuesto (POE).

3.2 Toda actividad o procedimiento realizado a un paciente que recibirá radioterapia, debe ser registrada con precisión en la sección del Expediente Clínico que corresponda, como en la Historia Clínica, en la Nota de Evolución, en la Nota de Interconsulta, Hoja de Registros Clínicos de Enfermería, etc., que asegurará una comunicación efectiva en el equipo de salud responsable del paciente. Cuando se trata de pacientes pertenecientes a otras Instituciones, al final del tratamiento, el médico radio oncólogo entregará un resumen médico de la atención médica otorgada.

3.3 Es responsabilidad del Médico RadioOncólogo realizar una evaluación clínica completa con examen físico y revisión de los exámenes de laboratorio y gabinete realizados por el Servicio referente, encaminada a otorgar una atención segura al paciente, así mismo será su responsabilidad solicitar otros exámenes de laboratorio y gabinete que considere necesarios para completar el estudio del paciente.

3.4 Es responsabilidad del Médico RadioOncólogo comunicar al paciente y familiar la indicación de iniciar tratamiento con radioterapia haciendo hincapié en la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, el resultado esperado y los posibles eventos adversos.

3.5 El Médico RadioOncólogo es el responsable de completar el Consentimiento Informado para Procedimientos de Alto Riesgo, de acuerdo con la normativa institucional y su posterior incorporación al Expediente Clínico.

|   |   |   |                     |
|---|---|---|---------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | Rev. 1              |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |   |                     |
|   | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. |   | DR. EDUARDO LICEAGA |

3.6 El Médico RadioOncólogo es responsable el elegir la técnica de tratamiento de radioterapia más adecuada (radioterapia externa, Braquiterapia de alta tasa de dosis o Braquiterapia de baja tasa de dosis) para cada paciente. En caso de radioterapia externa deberá establecer el protocolo para planear la atención de este grupo de pacientes de acuerdo a los siguientes rubros:


- Simulación del tratamiento de radiación: durante la simulación, utilizando el equipo de tomógrafo, se identifica la posición adecuada para administrar la radioterapia y que resulte cómoda para el paciente durante el tratamiento, estableciendo con precisión, los límites y volúmenes del tratamiento de radiación. Se utilizan aditamentos de fijación reproducibles para la fase de tratamiento. El técnico realiza un marcaje (tatuaje) en la piel que ayuda para la alinear al paciente y ubicar con precisión donde recibirá la radiación.
- Planificación del tratamiento: con los datos obtenidos durante la simulación se establece, el cálculo de la dosis por parte del físico médico y se realiza la planeación del tratamiento específico de cada paciente, y finalmente el Médico Radiooncólogo autoriza y firma el plan de tratamiento de radiación.

3.7 Es responsabilidad del Médico Tratante indicar estrategias para el cuidado de los pacientes que reciben radioterapia:

- Si se trata de pacientes con radiación a cabeza y cuello sugiere estrategias de higiene meticulosa de piel y boca.
- Informa al paciente y familiar, las medidas de protección que deberán seguir para mantener al paciente en condiciones clínicas adecuadas.
- En general, para todos los pacientes: uso de agua tibia, jabón con ph neutro, hidratación de la piel con las cremas neutras, no aplicar fragancias con alcohol, protegerse del sol y temperaturas extremas, utilizar ropa holgada o de algodón.
- Radiación de cabeza y cuello: no utilizar secadores de cabello, protección con gorra o sombrero, corte de cabello antes de que éste caiga, utilizar máquina eléctrica para el rasurado, cambiar cánulas de plata por una de material plástico.
- Retiro de prótesis, si éstas quedan incluidas dentro del campo del tratamiento, antes de iniciar el mismo.
- Radiación en área mamaria: ejercicio para evitar linfedema o limitación del movimiento del área involucrada.

3.8 Todas las actividades que conlleven la realización de relaciones interpersonales se deberán apegar al Código de Bioética vigente para el Hospital, además de garantizar el respeto de los derechos humanos individuales del enfermo, de sus familiares y del prestador de servicio.




|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |
|   | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. |

Hoja: 140

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO


##### a) Radioterapia externa

| Responsable          | No. Act. | Descripción de actividades  | Documento o anexo  |
|----------------------|----------|---|--|
| Médico Radiooncólogo | 1        | <p>Evalúa al paciente referido del servicio tratante y decide si es candidato a iniciar tratamiento con radioterapia externa de acuerdo al diagnóstico establecido, el historial clínico, resultados de estudios de laboratorio, gabinete y biopsias.</p> <p>¿El paciente requiere radioterapia?</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente Clínico</li> <li>• Interconsulta</li> <li>• Carnet</li> <li>• Nota de evolución</li> <li>• Historia clínica</li> <li>• Hoja de tratamiento</li> <li>• Estudios</li> <li>• Tarjeta de tratamiento</li> <li>• Hoja de simulación con indicaciones</li> </ul> |
|                      | 2        | No: Continúa su tratamiento normal y termina procedimiento.   |  |
|                      | 3        | Si: Considera necesarios estudios complementarios.  |  |
|                      | 4        | Otorga información completa al paciente y sus familiares con relación a la indicación para iniciar el tratamiento, el número de sesiones, frecuencia de las mismas y desarrollo de posibles eventos adversos, las medidas de protección y cuidados que deberán seguir para mantener al paciente en condiciones clínicas adecuadas.  |  |
|                      | 5        | Evalúa la presencia de dolor, establece tratamiento básico y solicita interconsulta al Servicio de Clínica del Dolor para el manejo subsecuente.  |  |
|                      | 6        | <p>Selecciona la indicación primaria de acuerdo con lo siguiente:</p> <p>a) Radical o adyuvante: cuando el paciente es candidato a cirugía, tiene un estadio temprano de la enfermedad o se espera una tasa de sobrevida alta.</p> <p>b) Paliativo: el paciente tiene enfermedad primaria en estado avanzado, además de enfermedad metastásica o una tasa de sobrevida corta.</p> |  |

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |
|   | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. |


Hoja: 141

| Responsable            | No. Act. | Descripción de actividades   | Documento o anexo  |
|------------------------|----------|--|--|
| Médico Radiooncólogo   | 7        | Establece, de acuerdo al caso clínico, la simulación, el posicionamiento y los accesorios a emplear, determina el plan de tratamiento, los órganos sensibles y estructuras a proteger cerca del área de irradiar. Establece el tipo de radiación y qué dosis recibirá en función del tipo y el estadio del cáncer, el estado general de salud y los objetivos del tratamiento. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de tratamiento</li> </ul>              |
|                        | 8        | Establece la fecha y hora del inicio de las sesiones, considerando que, de acuerdo a la condición clínica del paciente y su diagnóstico, pueden variar entre 1 y 40 sesiones, de lunes a viernes.  |  |
|                        | 9        | Se presenta en el primer día de tratamiento y en conjunto con el técnico y el físico-médico corroboran el posicionamiento final del paciente y demás accesorios que necesita para la ejecución del tratamiento.  |  |
|                        | 10       | Verifica que las imágenes de tratamiento del paciente, corresponden al plan del mismo, si todo es correcto se otorga el tratamiento previa firma del Médico Radiooncólogo.   |  |
|                        | 11       | Evalúa la condición clínica del paciente y el desarrollo de eventos adversos del tratamiento durante el mismo (2-3 citas)  |  |
|                        | 12       | Establece una cita de seguimiento, un mes después de terminadas las sesiones, para evaluar la respuesta al tratamiento y los eventos adversos.   |  |
|                        | 13       | Después de un tiempo de seguimiento según patología, se egresa al paciente de la Unidad y lo refiere a la Unidad de Oncología o Servicio tratante para continuar vigilancia médica.  |  |
| Personal de Enfermería | 14       | Asiste en la consulta externa, determina la condición clínica del paciente, realiza determinación de parámetros clínicos: tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, peso y talla. Reporta al personal médico cualquier anomalía.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registros Clínicos de Enfermería</li> </ul> |

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |
|   | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. |


Hoja: 142

| <b>Responsable</b>     | <b>No. Act.</b> | <b>Descripción de actividades</b>  | <b>Documento anexo</b>  |
|------------------------|-----------------|--|---|
| Personal de Enfermería | 15              | Durante el estudio de Simulación con Tomografía realiza los accesos vasculares periféricos, además de la administración del medio de contraste en aquellos pacientes que requieran una simulación contrastada, vigila en caso de que se presente un evento adverso y avisa de inmediato al médico. |   |
|                        | 16              | Establece un adecuado manejo de desechos de acuerdo con la normativa institucional y mantiene vigilancia estrecha hasta terminado el procedimiento.  |   |
| Físico Médico          | 17              | Establece la planeación y verificación del tratamiento para cada paciente.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de Simulación</li> <li>• Hoja de tratamiento</li> <li>• Plan de tratamiento</li> </ul>                                |
|                        | 18              | Realiza la calibración de los equipos de radiación externa para otorgar un tratamiento de alta calidad a los pacientes.  |   |
| Técnico                | 19              | Realiza las simulaciones con tomografía de pacientes programados y el posicionamiento del mismo.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de simulación</li> <li>• Hoja de tratamiento</li> <li>• Plan de tratamiento</li> <li>• Lista de asistencia</li> </ul> |
|                        | 20              | Administra el tratamiento de radiación externa y actualiza la lista de asistencia de pacientes.  |   |
|                        | 21              | Identifica que las condiciones generales del paciente sean adecuadas para recibir tratamiento, de lo contrario notifica de manera inmediata al médico tratante para que determine si el paciente es apto para continuar o no el tratamiento.   |   |
| Trabajo Social         | 22              | Verifica la vigencia de pacientes con seguro popular y documentos al corriente de pacientes de convenios para realizar proceso de simulación y tratamientos.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carnet</li> <li>• Registro electrónico de pacientes de seguro popular.</li> <li>• Tarjeta de tratamiento.</li> </ul>       |
|                        | 23              | Otorga línea de captura para los pagos de simulación y tratamiento de pacientes ordinarios e identifica pacientes vulnerables para ser canalizados a albergues.  |   |
|                        | 24              | Solicita apoyo a fundaciones para pacientes de bajos recursos, orienta y envía a paciente y familiar para la donación de sangre y solicitud de ambulancia para traslado de pacientes.  |   |

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |
|   | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. |

Hoja: 143


| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades   | Documento anexo  |
|-------------|----------|--|--|
| Afanador    | 25       | <p>Realiza la limpieza de todas las salas de tratamiento de radioterapia externa según el Manual de Limpieza y Desinfección de la Institución y registra en la bitácora de limpieza y desinfección.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maneja los desechos de acuerdo con la normativa institucional.</li> </ul> <p><b>TERMINA</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bitácora de limpieza y desinfección.</li> </ul> |

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |
|   | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. |

Hoja: 144


**b) Braquiterapia de baja tasa**

| Responsable           | No. Act. | Descripción de actividades  | Documento anexo   |
|-----------------------|----------|---|---|
| Médico Radio oncólogo | 1        | <p>Evalúa al paciente referido de la Unidad o Servicio tratante y determina si es candidata a recibir Braquiterapia de baja tasa de dosis (ginecológica), de acuerdo al diagnóstico establecido, el historial clínico, resultados de estudios de laboratorio, gabinete y biopsias.</p> <p>¿El paciente requiere Braquiterapia de baja tasa?</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente Clínico</li> <li>• Nota de evolución</li> <li>• Nota de Interconsulta</li> <li>• Nota de anestesiología</li> <li>• Hoja de internamiento</li> <li>• Indicaciones médicas</li> <li>• Hoja de registro de aplicación de fuentes radioactivas de Cesio 137</li> <li>• Estudios.</li> </ul> |
|                       | 2        | No: Refiere al paciente con el médico tratante y termina el procedimiento.  |   |
|                       | 3        | Si: Solicita al paciente estudios complementarios si lo considera necesario.  |   |
|                       | 4        | Otorga información completa al paciente y sus familiares con relación a la fecha programada para iniciar el tratamiento, el número de sesiones, el tiempo de hospitalización y desarrollo de posibles eventos adversos.   |   |
|                       | 5        | <p>Selecciona la indicación primaria:</p> <p>a) Tratamiento complementario: en caso de ser un tratamiento complementario a la radioterapia externa con intento radical o adyuvante o se espera una tasa de sobrevida alta.</p> <p>b) Monoterapia: en caso de no haber recibido radioterapia externa previa con intento radical o adyuvante, o se espera una tasa de sobrevida alta.</p> |   |
|                       | 6        | Envía al paciente a valoración anestésica con estudios preoperatorios, electrocardiograma y valoración cardiovascular si lo requiere.   |   |
|                       | 7        | <p>¿La valoración anestésica es correcta?</p> <p>No: El paciente tiene contra indicación anestésica, regresa a valoración por médico tratante y termina procedimiento</p>   |   |
|                       | 8        | Si: Indica fecha de ingreso a quirófano para colocación de aplicadores y anticoagulación de bajo peso molecular vía subcutánea.   |   |

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |
|   | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. |

Hoja: 145


| Responsable          | No. Act. | Descripción de actividades   | Documento anexo  |
|----------------------|----------|--|--|
| Médico Radiooncólogo | 9        | Verifica la colocación adecuada de los aplicadores en quirófano con el equipo de rayos X de la Unidad mediante imágenes ortogonales.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente Clínico</li> <li>• Nota de evolución</li> <li>• Nota de Interconsulta</li> <li>• Nota de anestesiología</li> <li>• Hoja de internamiento</li> <li>• Indicaciones médicas</li> <li>• Hoja de registro de aplicación.</li> </ul> |
|                      | 10       | <p>Asigna cama no censable en la sala de tratamiento de Braquiterapia de baja tasa de dosis, después de realizar la verificación de los aplicadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Da indicaciones médicas que incluye analgésico cada 8 hrs.</li> </ul>  |  |
|                      | 11       | <p>Recibe del Físico Médico las fuentes radioactivas de Cesio 137 para que realice la aplicación de las mismas. Se registra en formato especial la fecha y hora de aplicación, y de acuerdo al tipo de tratamiento del paciente, se prescribe una dosis para que el físico médico determine número de horas que el paciente permanecerá con las fuentes (promedio de 32 a 36 horas para pacientes que fueron sometidas a cirugía y 38 a 40 horas para pacientes que no fueron sometidas a procedimiento quirúrgico).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limita el acceso a la sala a Personal Ocupacionalmente Expuesto (POE)</li> </ul> |  |
|                      | 12       | Verifica que las imágenes de tratamiento del paciente, corresponde al plan del mismo.  |  |
|                      | 13       | Evalúa la condición clínica del paciente y el desarrollo de eventos adversos del tratamiento, por lo menos una vez por turno, a través de las cámaras instaladas en el área y del interfono.   |  |
|                      | 14       | Evalúa la presencia de dolor a pesar del analgésico con horario y modifica dosis en caso necesario.  |  |
|                      | 15       | Mantiene vigilancia estrecha del paciente hasta su egreso del hospital y envía al paciente con su médico tratante y da cita al mes de terminado el tratamiento.  |  |

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |
|   | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. |

Hoja: 146


| Responsable            | No. Act. | Descripción de actividades   | Documento anexo   |
|------------------------|----------|--|---|
| Personal de Enfermería | 16       | Realiza durante la consulta de Braquiterapia, evaluaciones clínicas del paciente, registrando parámetros clínicos (tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, y reporta al personal médico cualquier anomalía.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registros Clínicos de Enfermería</li> <li>• Indicaciones para la preparación de Braquiterapia.</li> </ul>  |
|                        | 17       | Realiza consejería con las pacientes que son programadas para aplicación de Braquiterapia para reiterar el proceso que debe llevarse a cabo del tratamiento, así como de la preparación que deben tener las pacientes el día que son programadas y un día antes.   |   |
|                        | 18       | Establece vigilancia de los accesos vasculares periféricos y centrales de pacientes programadas para Braquiterapia, tanto en el área de quirófano como en recuperación y reporta cualquier anomalía al médico tratante.  |   |
|                        | 19       | Realiza funciones de circulante durante la colocación de los aplicadores de Braquiterapia y asiste al médico anestesiólogo en el momento que lo requiera. <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Vigila que la paciente se mantenga alerta después del evento anestésico.</li> <li>b) Mantiene vigilancia estrecha del paciente a través de las cámaras instaladas y otorga atención inmediata si el paciente activa el botón de ayuda, hasta ser dado de alta por el médico.</li> <li>c) Establece un adecuado manejo de desechos biológicos de acuerdo con la normativa institucional.</li> </ul> |   |
| Físico Médico          | 20       | Realiza los arreglos de las fuentes radioactivas para que el Médico Radiooncólogo las aplique en el paciente. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica que no exista extravío de las fuentes radioactivas durante la aplicación.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de aplicación de fuentes radioactivas.</li> <li>• Hoja de cálculo de dosis de Braquiterapia.</li> <li>• Bitácora de aplicación de material radioactivo</li> </ul> |



|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |
|   | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. |

Hoja: 147


| <b>Responsable</b> | <b>No. Act.</b> | <b>Descripción de actividades</b>  | <b>Documento anexo</b>  |
|--------------------|-----------------|--|---|
| Físico Médico      | 21              | Realiza el cálculo de dosis en relación a la dosis prescrita por el Médico Radiooncólogo. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica que el tratamiento planeado sea el correcto.</li> </ul>  |   |
|                    | 22              | Al concluir el tiempo de tratamiento, son retiradas las fuentes radioactivas por el médico y el físico verifica que queden adecuadamente resguardadas en el contenedor y posteriormente las lleva al cuarto de seguridad   |   |
| Técnico            | 23              | Realiza la toma de imágenes en equipo de Rayos X para la verificación de que los aplicadores han sido colocados correctamente y el físico médico pueda realizar el cálculo de dosis.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente clínico.</li> </ul>   |
| Trabajo Social     | 24              | Realiza el trámite de ingreso y egreso de pacientes hospitalizados de Braquiterapia de baja tasa de conformidad con los documentos Administrativos de ingreso y egreso hospitalario.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carnet</li> <li>• Documentos Administrativos de ingreso y egreso hospitalario.</li> <li>• Solicitud de Internamiento.</li> </ul> |
| Camillero          | 25              | Realiza el traslado de las pacientes de la recuperación de quirófano al equipo de Rayos X de la Unidad.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bitácora de limpieza y desinfección.</li> </ul>  |
|                    | 26              | Realiza la limpieza de la habitación con base al Manual de Limpieza y Desinfección de la Institución, una vez que se ha finalizado el procedimiento, maneja los desechos de acuerdo con la normativa institucional y registra en la bitácora de limpieza y desinfección. |   |
| <b>TERMINA</b>     |                 |  |   |

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |
|   | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. |

Hoja: 148


**c) Braquiterapia de alta tasa**

| Responsable           | No. Act. | Descripción de actividades   | Documento anexo   |
|-----------------------|----------|--|---|
| Médico Radio oncólogo | 1        | <p>Evalúa al paciente referido de la Unidad o Servicio tratante y determina si es candidata a recibir Braquiterapia de alta tasa de dosis (ginecológica y no ginecológica), de acuerdo al diagnóstico establecido, el historial clínico, resultados de estudios de laboratorio, gabinete y biopsias.</p> <p>¿El paciente requiere Braquiterapia de alta tasa?</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente Clínico</li> <li>• Nota de Interconsulta</li> <li>• Nota de evolución</li> <li>• Nota de anestesiología</li> <li>• Hoja de internamiento</li> <li>• Hoja de registro de aplicación de Braquiterapia con Iridio 192</li> </ul> |
|                       | 2        | No: Refiere al paciente con su médico tratante y termina el procedimiento.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de tratamiento por cada sesión de Braquiterapia</li> </ul>  |
|                       | 3        | Si: Solicita estudios complementarios si lo considera necesario.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios.</li> </ul>   |
|                       | 4        | Otorga información completa al paciente y sus familiares con relación a la fecha programada para iniciar el tratamiento, el número de sesiones, frecuencia de las mismas y desarrollo de posibles eventos adversos.  |   |
|                       | 5        | <p>Selecciona la indicación primaria de acuerdo con lo siguiente:</p> <p>a) Tratamiento complementario: en caso de ser un tratamiento complementario a la radioterapia externa con intento radical o adyuvante o se espera una tasa de sobrevida alta.</p> <p>b) Monoterapia: en caso de no haber recibido radioterapia externa previa con intento radical o adyuvante, o se espera una tasa de sobrevida alta</p> |   |
|                       | 6        | <p>Envía al paciente a valoración anestésica con estudios preoperatorios, electrocardiograma y valoración cardiovascular si lo requiere en caso de ingresar a quirófano</p> <p>¿El paciente tiene contraindicación anestésica?</p>   |   |

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |
|   | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. |


Hoja: 149

| Responsable           | No. Act. | Descripción de actividades  | Documento anexo |
|-----------------------|----------|---|-----------------|
| Médico Radio oncólogo | 7        | No: Regresa a valoración por médico tratante y termina el procedimiento.  |                 |
|                       | 8        | Si: Indica fecha de ingreso a quirófano de pacientes ginecológicas o no ginecológicas para colocación de aplicadores.   |                 |
|                       | 9        | Indica fecha de inicio de tratamiento en pacientes ginecológicas o no ginecológicas que no requieren quirófano.   |                 |
|                       | 10       | Verifica la colocación adecuada de los aplicadores en el tomógrafo simulador de pacientes ginecológicos o no ginecológicos que ingresaron o no a quirófano.   |                 |
|                       | 11       | Envía paciente a la sala de Braquiterapia de alta tasa para tratamiento con fuente radioactiva de Iridio 192, limitando el acceso a solo Personal Ocupacionalmente Expuesto (POE)   |                 |
|                       | 12       | Verifica que las imágenes de tratamiento del paciente, corresponde al plan del tratamiento de braquiterapia.  |                 |
|                       | 13       | Indica la dosis de tratamiento para cada paciente, una vez que el físico médico ha realizado el cálculo de dosis el médico tratante firma el plan de tratamiento para proceder a otorgar la Braquiterapia.  |                 |
|                       | 14       | Evalúa la condición clínica del paciente y el desarrollo de eventos adversos del tratamiento, en cada tratamiento a través de las cámaras instaladas en el área.  |                 |
|                       | 15       | Evalúa la presencia de dolor y establece tratamiento en caso necesario.   |                 |
|                       | 16       | Mantiene vigilancia estrecha del paciente hasta terminada la sesión e indica el egreso a domicilio. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se planea la siguiente cita 2-4 semanas a partir de que se otorgó el tratamiento con el médico tratante de la enfermedad de base.</li> </ul> |                 |

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |
|   | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. |

Hoja: 150

| Responsable            | No. Act. | Descripción de actividades   | Documento anexo  |
|------------------------|----------|--|--|
| Personal de Enfermería | 17       | Realiza durante la consulta de Braquiterapia, evaluaciones clínicas del paciente, registrando parámetros clínicos (tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura en la Hoja de Registros Clínicos de Enfermería y reporta al personal médico cualquier anomalía.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato de Registros Clínicos de Enfermería.</li> <li>• Indicaciones para la preparación de Braquiterapia.</li> </ul> |
|                        | 18       | Realiza consejería con las pacientes que son programadas a quirófano para aplicación de Braquiterapia, para reiterar el proceso que debe llevarse a cabo del tratamiento, así como de la preparación que deben tener las pacientes el día que son programadas y un día antes   |  |
|                        | 19       | Establece vigilancia de los accesos vasculares periféricos y centrales de pacientes programadas para Braquiterapia, tanto en el área de quirófano como en recuperación y reporta cualquier anomalía al médico tratante. Realiza funciones de circulante durante la colocación de los aplicadores de Braquiterapia y asiste al médico anesthesiologist en el momento que lo requiera. En recuperación vigila que la paciente se mantenga alerta después del evento anestésico.            |  |
|                        | 20       | <p>Ayuda en sala de recuperación a los médicos radiooncólogos para el retiro de los aplicadores ginecológicos o no ginecológicos una vez terminado el tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reitera las indicaciones de preparación de pacientes que ingresan a quirófano nuevamente</li> <li>• Prepara a los pacientes para egreso a domicilio</li> <li>• Establece un adecuado manejo de desechos biológicos de acuerdo con la normativa institucional.</li> </ul> |  |

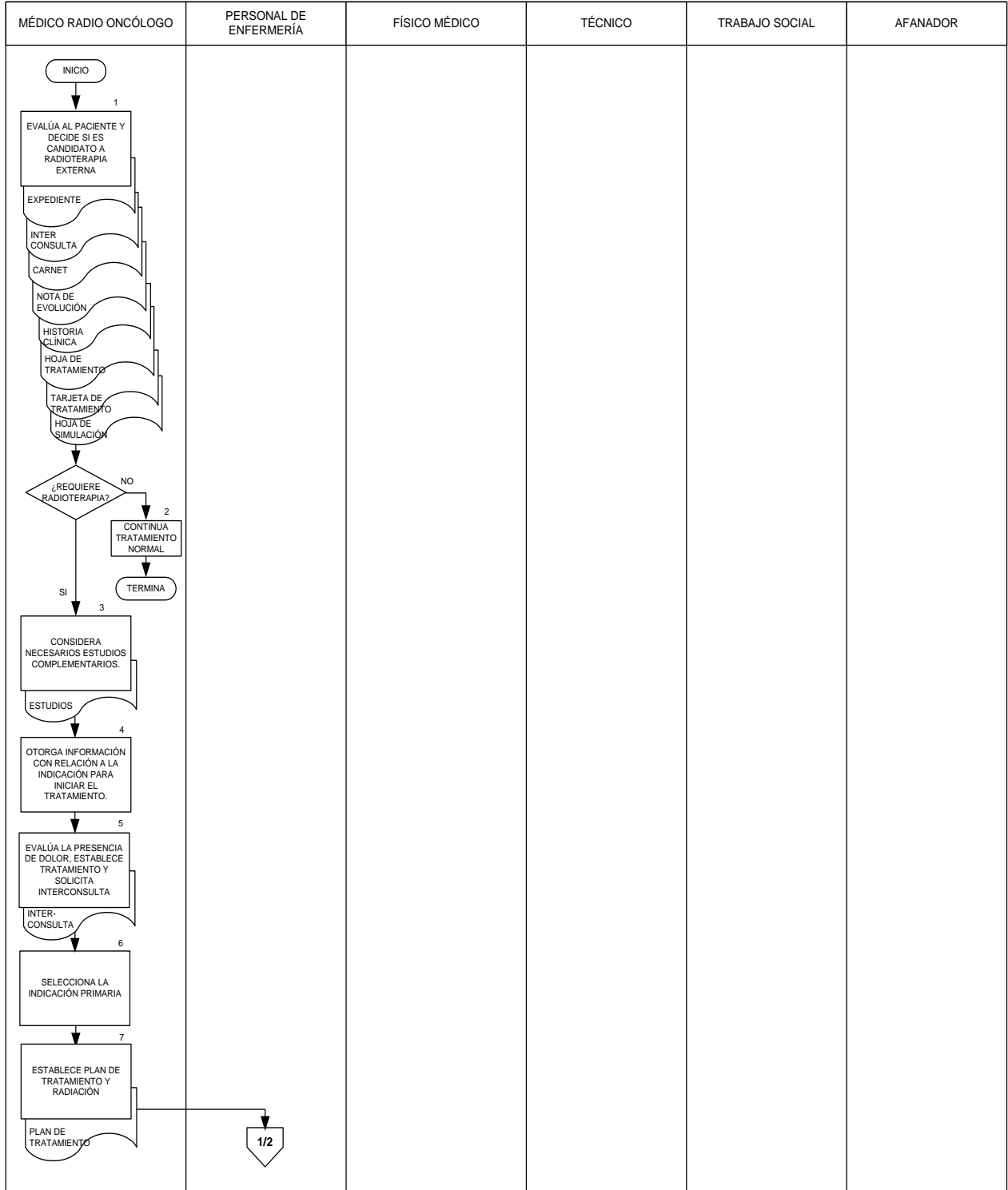
|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |
|   | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. |

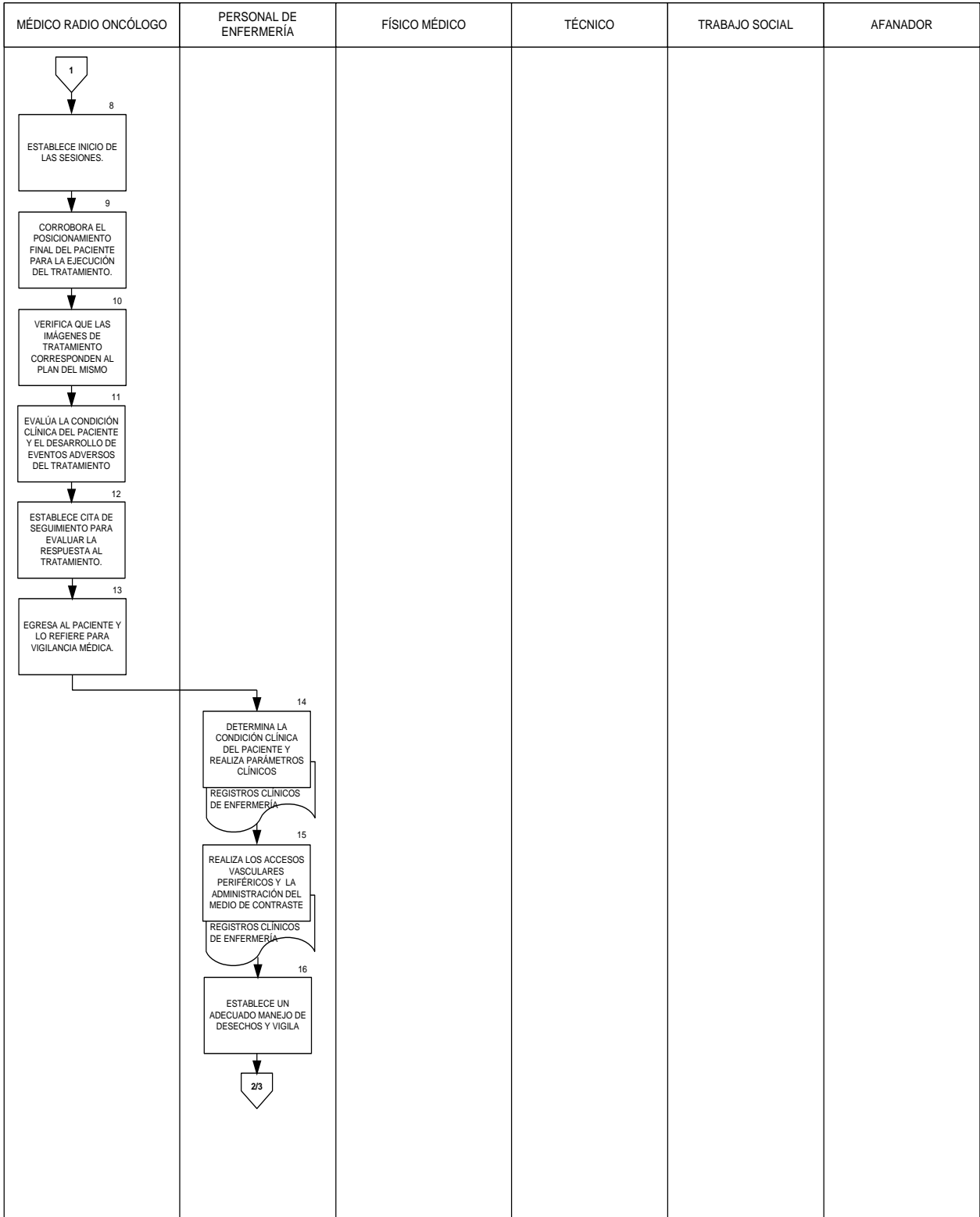
Hoja: 151

| Responsable    | No. Act. | Descripción de actividades  | Documento anexo   |
|----------------|----------|---|---|
| Físico Médico  | 21       | Realiza el cálculo de dosis y la dosimetría según prescripción de médico tratante y registra en la libreta de registro de tratamiento programados y otorgados de Braquiterapia. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica que la salida de la fuente de Ir192 desde el contenedor esté libre</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Libreta de registro.</li> <li>• Plan de tratamiento por cada sesión de Braquiterapia.</li> </ul>   |
|                | 22       | Ingresa a la sala y junto con el Médico radiooncólogo coloca los catéteres por donde saldrá la fuente radiactiva que va hacia el paciente. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica que el tratamiento planeado sea el correcto.</li> </ul>  |   |
|                | 23       | Otorga de manera automática el tratamiento de Braquiterapia de acuerdo al plan de tratamiento de cada sesión de braquiterapia. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica que, al finalizar el tratamiento, la fuente radioactiva haya regresado al contenedor, si no hay inconveniente se retiran los catéteres y los aplicadores de los pacientes.</li> </ul>    |   |
| Técnico        | 24       | Realiza la toma de imágenes en equipo tomógrafo simulador para la verificación de que los aplicadores han sido colocados correctamente.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente clínico</li> </ul>  |
| Trabajo Social | 25       | Verifica vigencia de pacientes con seguro popular y documentos al corriente de pacientes de convenios para tratamiento. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otorga línea de captura para los pagos de simulación y tratamiento de pacientes ordinarios.</li> <li>• Realiza trámite de hospitalización para ingreso y egreso de Braquiterapia de alta tasa</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentos Administrativos de ingreso y egreso hospitalario.</li> <li>• Carnet.</li> <li>• Solicitud de Internamiento</li> <li>• Tarjeta de tratamiento</li> </ul> |
| Afanador       | 26       | Realiza la limpieza de la habitación con base al Manual de Limpieza y Desinfección de la Institución, una vez que se ha finalizado el procedimiento y registra en la bitácora de limpieza y desinfección. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maneja los desechos de acuerdo con la normativa institucional.</li> </ul> <p><b>TERMINA</b></p>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bitácora de limpieza y desinfección.</li> </ul>  |

## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



### a) Radioterapia externa

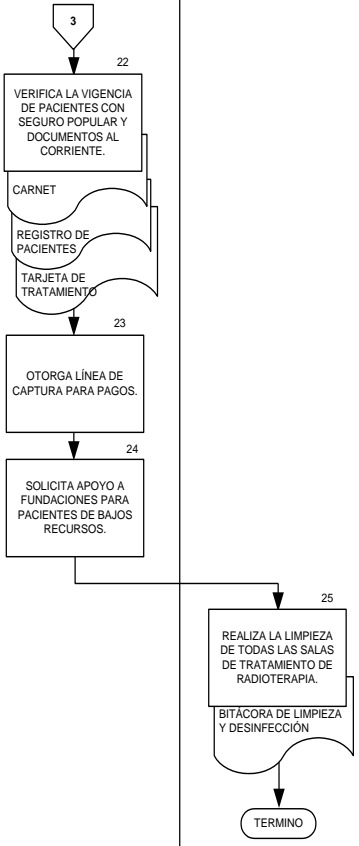






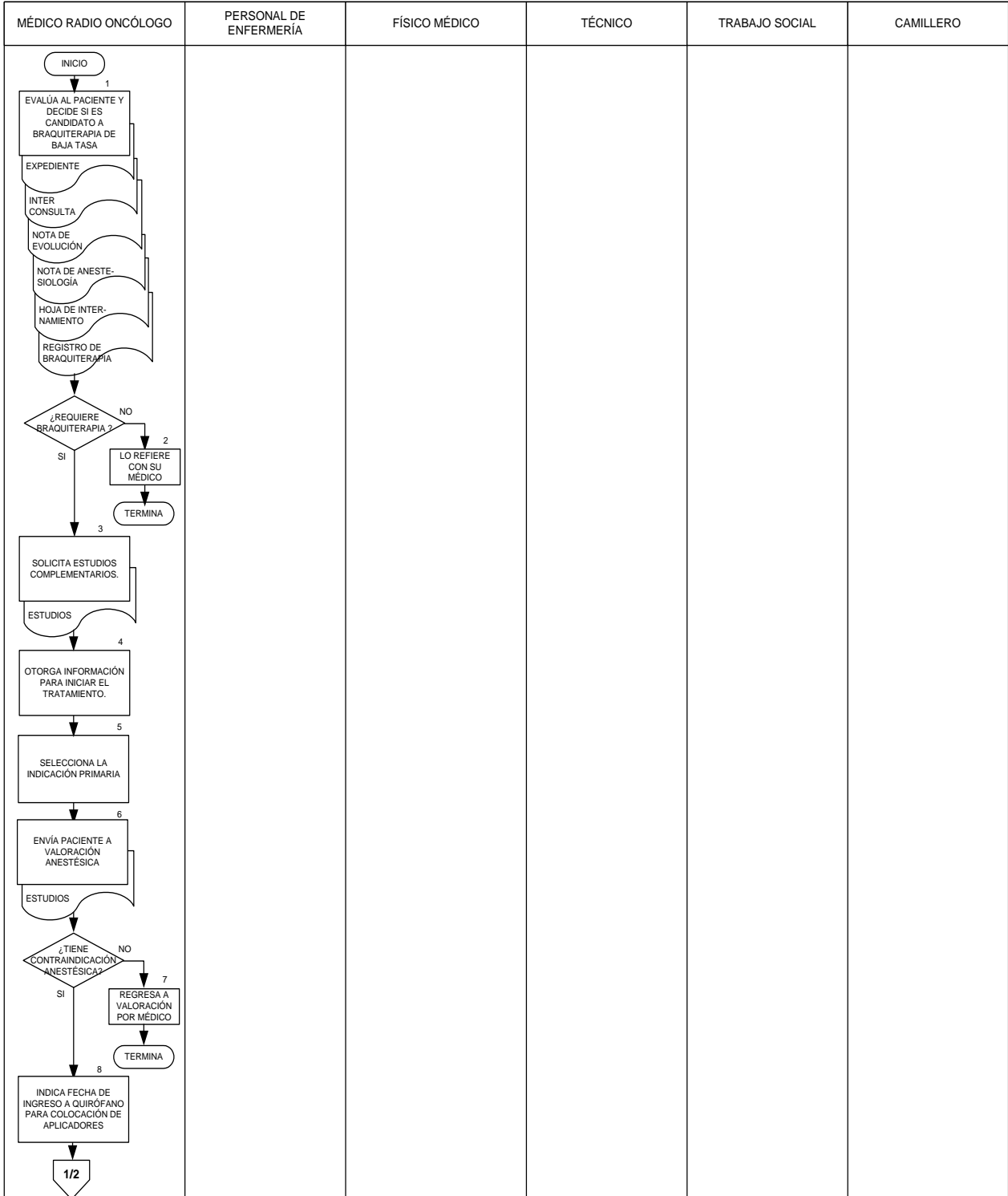
| MÉDICO RADIO ONCÓLOGO | PERSONAL DE ENFERMERÍA | FÍSICO MÉDICO  | TÉCNICO  | TRABAJO SOCIAL | AFANADOR |
|-----------------------|------------------------|--|--|----------------|----------|
|                       |                        | <p>2</p> <p>17</p> <p>ESTABLECE LA PLANEACIÓN Y VERIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO.</p> <p>HOJA DE SIMULACIÓN</p> <p>HOJA DE TRATAMIENTO</p> <p>PLAN DE TRATAMIENTO</p> <p>18</p> <p>REALIZA LA CALIBRACIÓN DE LOS EQUIPOS DE RADIACIÓN EXTERNA.</p> | <p>19</p> <p>REALIZA LAS SIMULACIONES CON TOMOGRAFÍA DE PACIENTES PROGRAMADOS.</p> <p>HOJA DE SIMULACIÓN</p> <p>HOJA DE TRATAMIENTO</p> <p>PLAN DE TRATAMIENTO</p> <p>20</p> <p>ADMINISTRA EL TRATAMIENTO DE RADIACIÓN EXTERNA Y ACTUALIZA LA LISTA DE ASISTENCIA.</p> <p>LISTA DE ASISTENCIA</p> <p>21</p> <p>IDENTIFICA QUE LAS CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE SEAN ADECUADAS PARA TRATAMIENTO.</p> <p>3/4</p> |                |          |

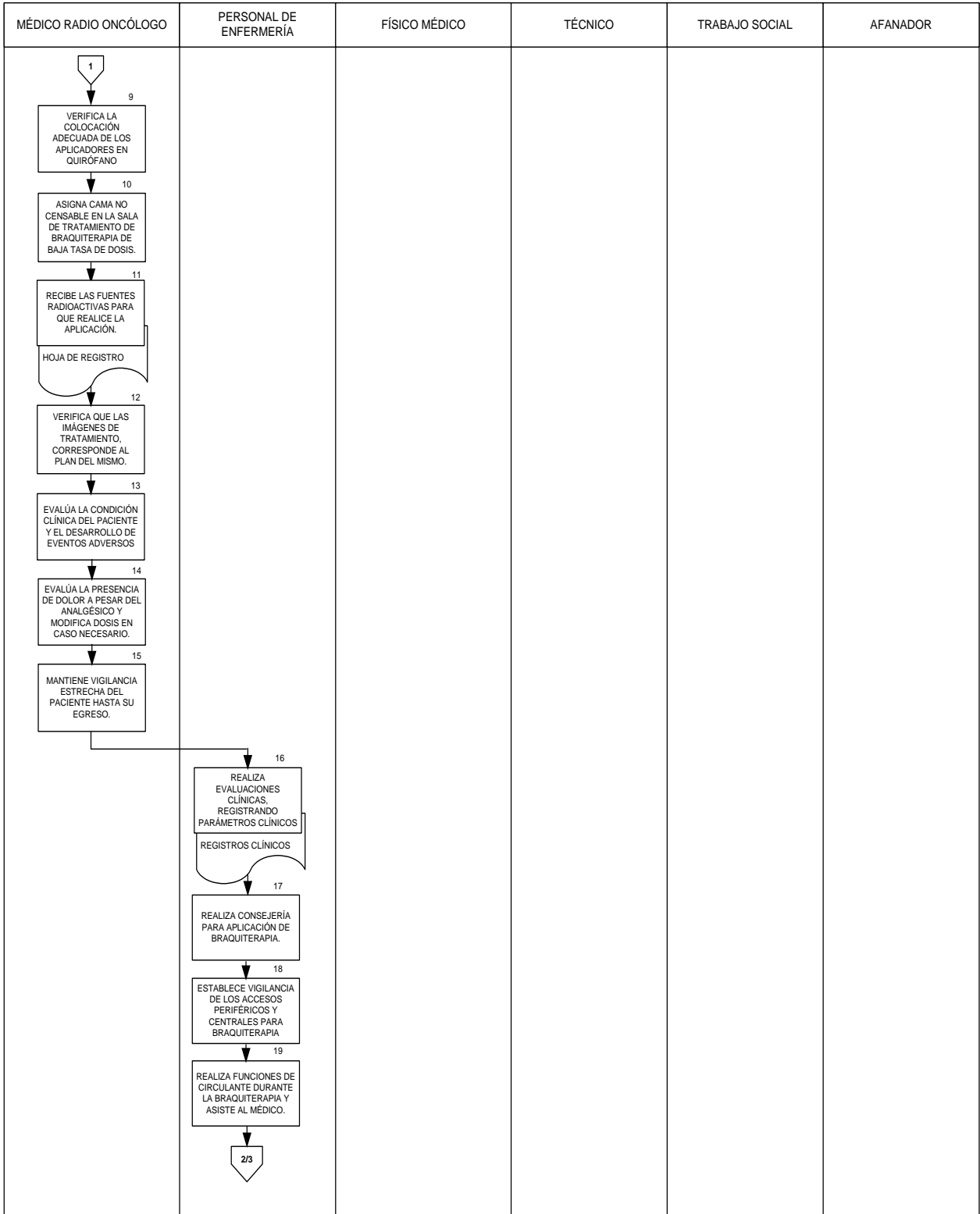
|   |   |  |        |
|---|---|--|--------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1 |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |        |
|   | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. |  |        |

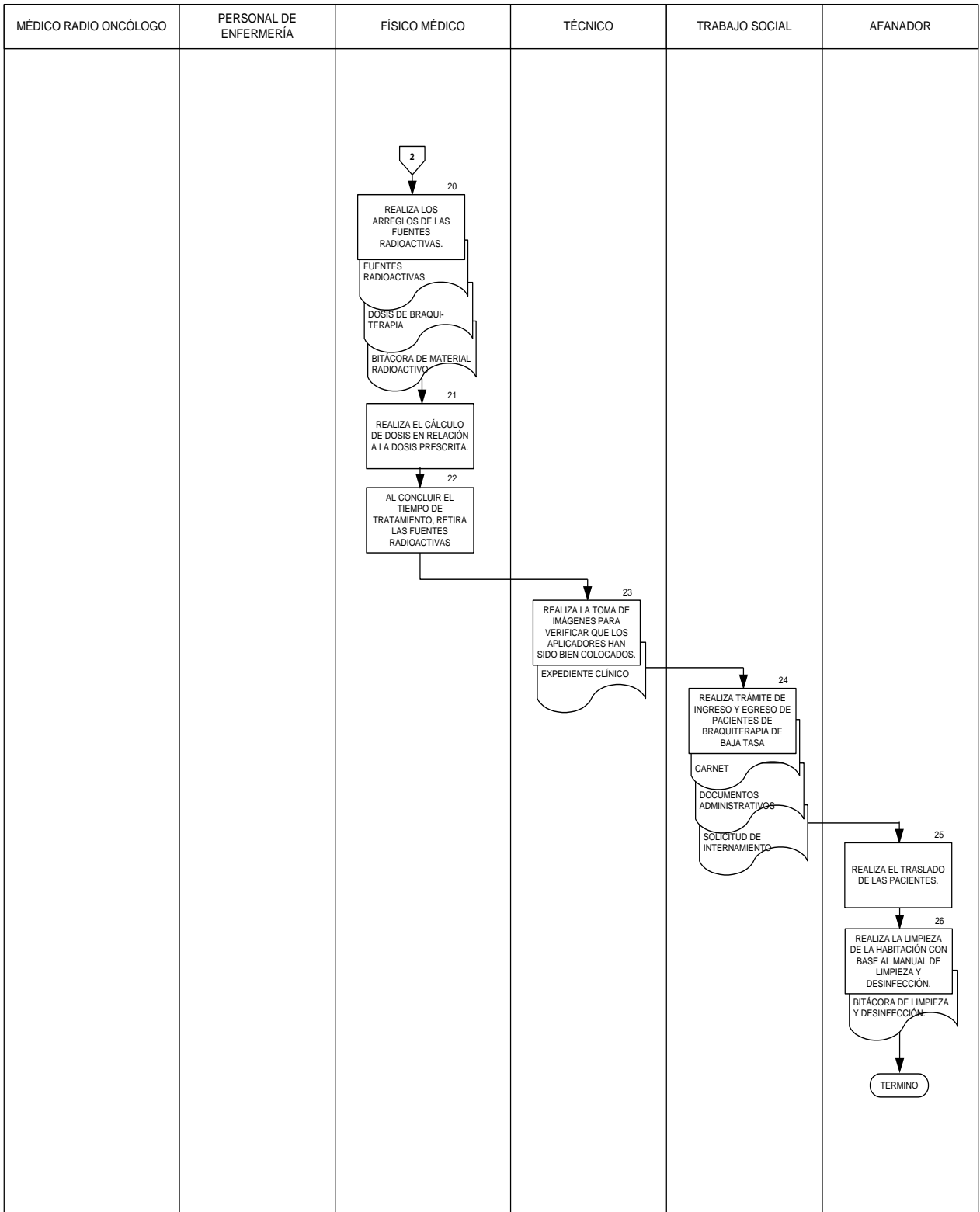
| MÉDICO RADIO ONCÓLOGO | PERSONAL DE ENFERMERÍA | FÍSICO MÉDICO | TÉCNICO | TRABAJO SOCIAL   | AFANADOR |
|-----------------------|------------------------|---------------|---------|--|----------|
|                       |                        |               |         |  <pre> graph TD     3[3] --&gt; 22[22: VERIFICA LA VIGENCIA DE PACIENTES CON SEGURO POPULAR Y DOCUMENTOS AL CORRIENTE.]     22 --- CARNET[CARNET]     22 --- REGISTRO[REGISTRO DE PACIENTES]     22 --- TARJETA[TARJETA DE TRATAMIENTO]     22 --&gt; 23[23: OTORGA LÍNEA DE CAPTURA PARA PAGOS.]     23 --&gt; 24[24: SOLICITA APOYO A FUNDACIONES PARA PACIENTES DE BAJOS RECURSOS.]     24 --&gt; 25[25: REALIZA LA LIMPIEZA DE TODAS LAS SALAS DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA.]     25 --- BITACORA[BITACORA DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN]     25 --&gt; TERMINO([TERMINO])           </pre> |          |



## 5. DIAGRAMA DE FLUJO

### b) Braquiterapia de baja tasa



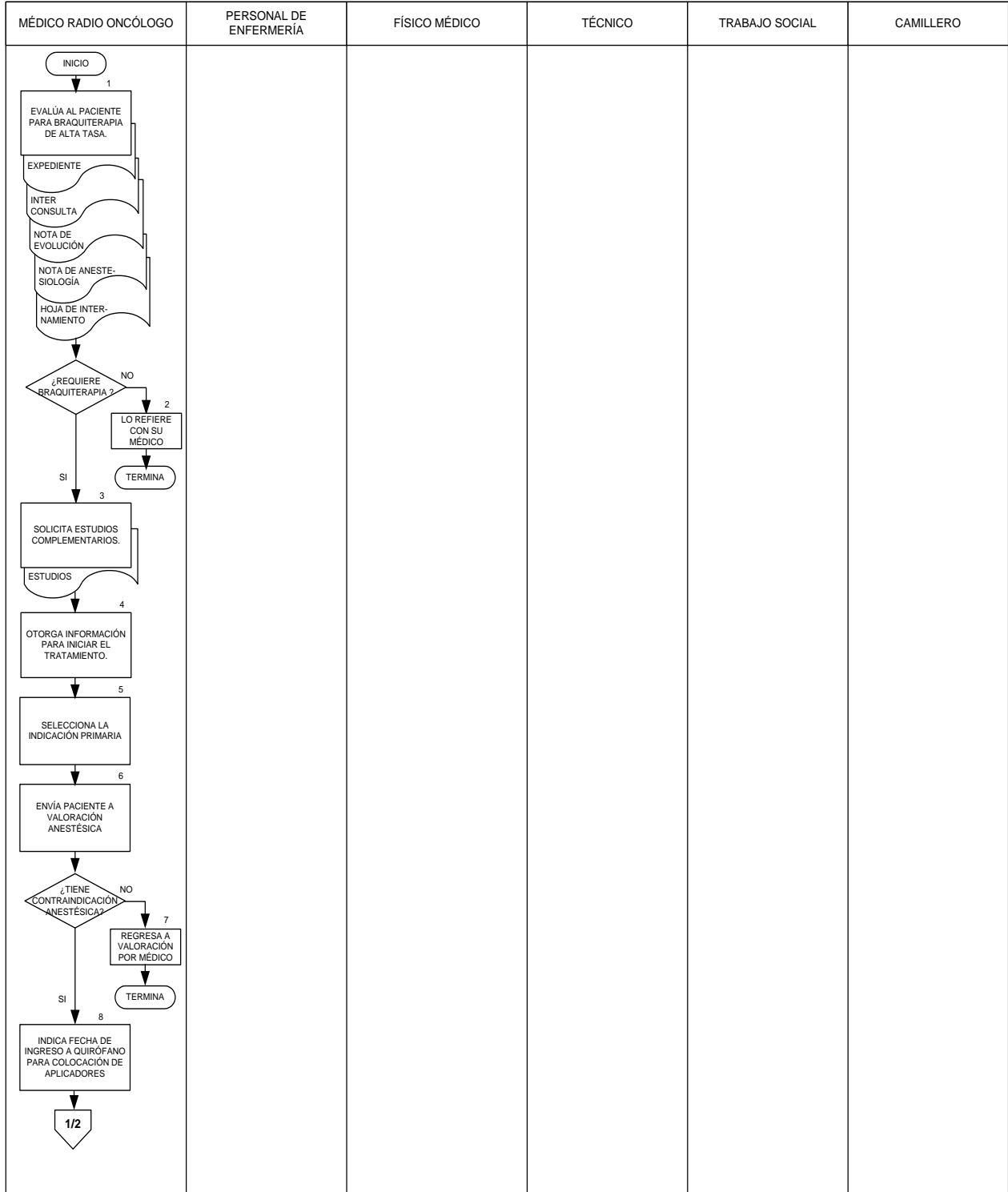




|   |   |  |           |
|---|---|--|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO<br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1    |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |           |
|   | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. |  | Hoja: 159 |

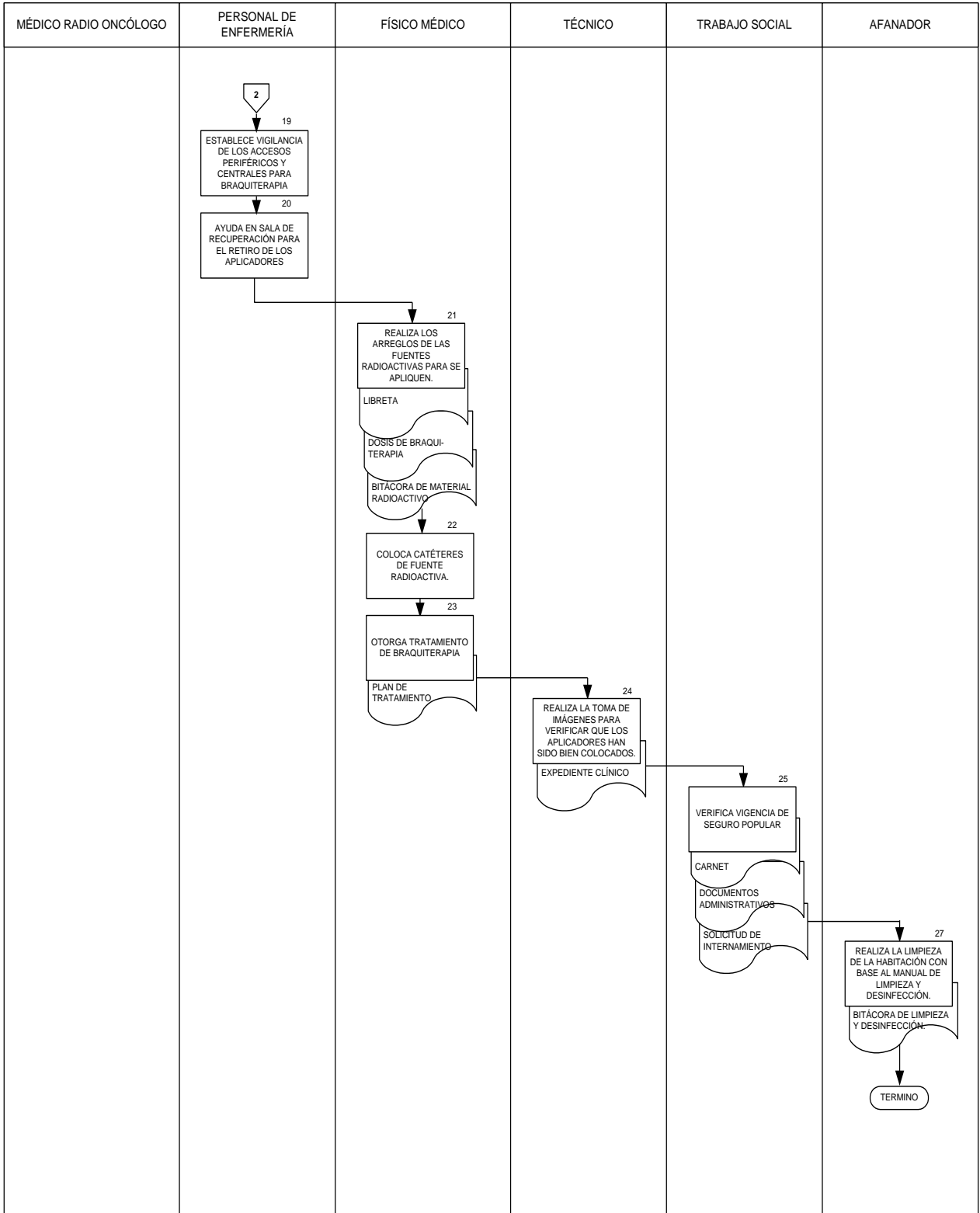
## 5. DIAGRAMA DE FLUJO



### c) Braquiterapia de alta tasa



| MÉDICO RADIO ONCÓLOGO  | PERSONAL DE ENFERMERÍA | FÍSICO MÉDICO | TÉCNICO | TRABAJO SOCIAL | AFANADOR |
|--|------------------------|---------------|---------|----------------|----------|
| <p>1</p> <p>9</p> <p>INDICA FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES QUE NO REQUIEREN QUIRÓFANO.</p> <p>10</p> <p>VERIFICA COLOCACIÓN DE LOS APLICADORES DE PACIENTES QUE INGRESARON O NO A QUIRÓFANO.</p> <p>11</p> <p>ENVÍA PACIENTE PARA TRATAMIENTO CON FUENTE RADIOACTIVA.</p> <p>HOJA DE REGISTRO</p> <p>12</p> <p>VERIFICA QUE LAS IMÁGENES DE TRATAMIENTO, CORRESPONDE AL PLAN DEL MISMO.</p> <p>PLAN DE TRATAMIENTO</p> <p>13</p> <p>INDICA LA DOSIS DE TRATAMIENTO.</p> <p>PLAN DE TRATAMIENTO</p> <p>14</p> <p>EVALÚA LA CONDICIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y EL DESARROLLO DE EVENTOS ADVERSOS.</p> <p>15</p> <p>EVALÚA LA PRESENCIA DE DOLOR Y ESTABLECE TRATAMIENTO.</p> <p>16</p> <p>MANTIENE VIGILANCIA ESTRECHA DEL PACIENTE HASTA TERMINADA LA SESIÓN E INDICA EL EGRESO</p> <p>17</p> <p>REALIZA EVALUACIONES CLÍNICAS, REGISTRANDO PARÁMETROS CLÍNICOS</p> <p>REGISTROS CLÍNICOS</p> <p>INDICACIONES PARA BRAQUITERAPIA</p> <p>18</p> <p>REALIZA CONSEJERÍA PARA APLICACIÓN DE BRAQUITERAPIA.</p> <p>23</p> |                        |               |         |                |          |





|  |   |   |           |
|--|---|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br><b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1    |
|  | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |   |           |
|  | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. |   | Hoja: 162 |

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos   | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Manual de Organización de la Dirección de Coordinación Médica.                                       | No Aplica               |
| 6.2 Manual de Organización del Servicio de Oncología.  | No Aplica               |
| 6.3 Código de Ética de los Servidores Públicos del Gobierno Federal,                                     | No Aplica               |
| 6.5 Manejo y Uso de Medicamentos. Estándares para la Certificación de Hospitales. 2015, Tercera Edición. | No Aplica               |
| 6.6 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.                                     | No Aplica               |
| 6.6 Código de Ética de la Administración Pública Federal.  | No Aplica               |
| 6.7 Código de Conducta del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".                             | No Aplica               |

## 7. REGISTROS

| Registros  | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo            | Código de registro o identificación única |
|--|------------------------|---------------------------------------|---|
| 7.1 Formato para la Evaluación de la Prescripción Médica | 5 años                 | Coordinación de Farmacia Hospitalaria | No Aplica                                 |

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Braquiterapia de alta tasa:** Tratamiento mediante el cual la fuente radioactiva está en contacto directo con el volumen a radiar con una dosis alta de radiación en un tiempo muy corto de tratamiento, sin que exista exposición a la fuente radioactiva, debido a que el tratamiento es de manera automatizada.

**8.2 Braquiterapia de baja tasa:** Tratamiento mediante el cual la fuente radioactiva está en contacto directo con el volumen a radiar con una dosis baja de radiación durante un tiempo largo, la fuente utilizada es Cesio 137.



**8.3 Radioterapia:** Tratamiento mediante el cual se emite radiación ionizante para pacientes con diagnóstico oncológico y no oncológico, mediante radiación de Megavoltage(MV) de tipo artificial como los rayos X, radiación natural como los rayos gamma, o energía de electrones o de protones dirigidos a un volumen de radiación, cuyo objetivo es la muerte celular para eliminar o reducir tumores. Se utiliza con fines de curación o adyuvante para evitar recurrencias en caso de cirugía previa en enfermedad inicial o con fines de radicalidad en una fase avanzada o paliativo para disminuir los síntomas de un cáncer avanzado o metastásico.

## 9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio                                    |
|--------------------|---------------------------|---|
| 1                  | Mayo 2023                 | Se actualizaron los documentos de referencia y los anexos |

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Carnet.\*
- 10.2 Hoja de interconsulta.\*
- 10.3 Resumen Médico.
- 10.4 Estudios de laboratorio y gabinete.\*
- 10.5 Nota de evolución.
- 10.6 Hoja de simulación y planeación.

|  |   |   |           |
|--|---|---|-----------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><br><small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1    |
|  | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |   |           |
|  | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. |   | Hoja: 163 |

10.7 Planeación de Tratamiento

10.8 Hoja de internamiento.



10.9 Resumen de Tratamiento

10.10 Hoja de Control de Tratamiento

10.11 Tarjeta de control de tratamiento

10.12 Formato de consentimiento informado para Diagnósticos y Terapéuticos de Alto Riesgo.

Ver anexos del Procedimiento 1\*

|   |   |  |        |
|---|---|--|--------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br><b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b> | Rev. 1 |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |        |
|   | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. | <hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small>   |        |

### 10.3 Resumen Clínico



#### RESUMEN CLINICO



**ONCOLOGÍA**  
[www.hgm.salud.gob.mx](http://www.hgm.salud.gob.mx)

Dr. Balmis 148  
 Colonia Doctores  
 Delegación Cuauhtémoc  
 México, D.F. 06720

T +52 (55) 5004 3807  
 Con +52 (55) 2789 2000  
 Ext 1062



|  |   |   |           |
|--|---|---|-----------|
| <br><b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br><b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><br><small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1    |
|  | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |   |           |
|  | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. |   | Hoja: 166 |

**10.5 Nota de evolución.**



**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"**  
**DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA**  
**LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005**  
**NOTA DE EVOLUCIÓN**



Folio: \_\_\_\_\_ Fecha y hora de elaboración: \_\_\_\_\_

|                            |             |                                       |              |
|----------------------------|-------------|---------------------------------------|--------------|
| Servicio y/o Unidad: _____ |             | Cama: _____                           |              |
| Nombre del paciente: _____ |             | Fecha de Nacimiento: _____ ECU: _____ |              |
| Edad: _____                | Sexo: _____ | Diagnóstico: _____                    |              |
| Signos Vitales:            | TA: _____   | FC: _____                             | FR: _____    |
|                            | TEMP: _____ | PESO: _____                           | TALLA: _____ |

Evolución y actualización del cuadro clínico:

Resultados relevantes de los estudios:

Pronóstico:

Médico Tratante

Médico Residente

\_\_\_\_\_  
 Número de Empleado, Nombre, Cédula Profesional y Firma

\_\_\_\_\_  
 Nombre, Cédula Profesional y Firma

**"Todas las notas deberán llevar: Nombre completo, Cédula profesional y Firma del Médico"**

Dr. Balmis No. 148 Col. Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06726 México, CDMX. Tel. 27 89 20 00



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"  
 DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA  
 LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005  
 ONCOLOGIA  
 RADIOTERAPIA

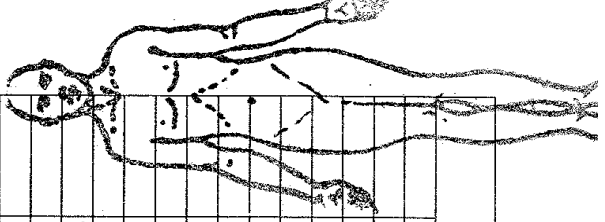


**HOJA DE SIMULACION  
 MARCAJE DE TRATAMIENTO**

|              |                        |                  |
|--------------|------------------------|------------------|
| CONVENCIONAL | CON MEDIO DE CONTRASTE | TURNO MATUTINO   |
| VIRTUAL      | SIN MEDIO DE CONTRASTE | TURNO VESPERTINO |

|           |                     |
|-----------|---------------------|
| PACIENTE: | NO. EXPTE.          |
| EDAD      | DX.                 |
| MEDICO    | SITIO               |
| Equipo Tx | FECHA DE SIMULACION |

| CAMPO DE TX                         | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII |
|-------------------------------------|---|----|-----|----|---|----|-----|------|
| LOCALIZACION                        |   |    |     |    |   |    |     |      |
| POSICION DEL PACIENTE               |   |    |     |    |   |    |     |      |
| ACCESORIOS                          |   |    |     |    |   |    |     |      |
| TECNICA /Isicéntrica/DFP            |   |    |     |    |   |    |     |      |
| MODALIDAD (Rx, e, CO-60)            |   |    |     |    |   |    |     |      |
| ENERGIA                             |   |    |     |    |   |    |     |      |
| DFP/PROFUNDIDAD                     |   |    |     |    |   |    |     |      |
| ANGULO DE GANTRY                    |   |    |     |    |   |    |     |      |
| ANGULO DEL COLUMADOR                |   |    |     |    |   |    |     |      |
| ANGULO DE LA MESA                   |   |    |     |    |   |    |     |      |
| PROTECCIONES                        |   |    |     |    |   |    |     |      |
| CONTORNO PARA CALCULO               |   |    |     |    |   |    |     |      |
| MAGNIFICACION DE IMAGENES           |   |    |     |    |   |    |     |      |
| DIAMETRO ANTEPOSTERIOS              |   |    |     |    |   |    |     |      |
| DIAMETRO LATERAL                    |   |    |     |    |   |    |     |      |
| REGISTRÓ DATOS: (iniciales y firma) |   |    |     |    |   |    |     |      |

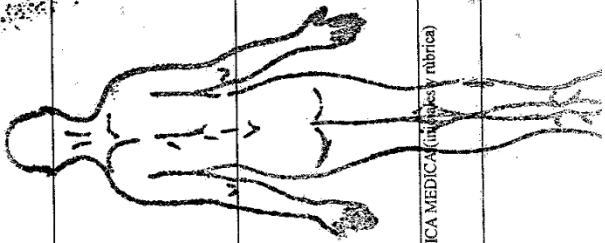


Dr. Balmis No. 148 Col. Doctores, Delegación Cuauhtémoc México, D. F. C. P. 06720 Tel. 27 89 20 00

**10.6 Hoja de simulación y planeación.**



|  |   |                                     |  |   |  |                                     |  |
|--|---|-------------------------------------|--|---|--|-------------------------------------|--|
| REFERENCIAS Y OBSERVACIONES DE COLOCACION Y POSICIONAMIENTO EN LA SIMULACION   | REFERENCIAS Y OBSERVACIONES DE TATUAJE FINAL Y DE TRATAMIENTO |                                     |  |   |  |                                     |  |
| LIMITES Y REFERENCIAS ANATOMICAS PARA OBTENCION DE IMÁGENES CT.  | POSICION Y COLOCACION DEL PACIENTE                            |                                     |  |   |  |                                     |  |
| <u>POSICION Y COLOCACION DEL PACIENTE</u>  |   |                                     |  |   |  |                                     |  |
| SOPORTES (base uiframe, cabeza-cuello), ACCESORIOS (rampas, planos, inclinados, bolus) o DISPOSITIVOS DE FIJACION (colchón back-lock, máscara, mallas).  | SOPORTES, ACCESORIOS O DISPOSITIVOS DE FIJACION               |                                     |  |   |  |                                     |  |
| TATUAJES DE REFERENCIA (Descripción))  | TATUAJES DEFINITIVOS (Descripción)                            |                                     |  |   |  |                                     |  |
| INFORMACION COMPLEMENTARIA   | DATOS PARA EL TX (Complementarios)                            |                                     |  |   |  |                                     |  |
| <table border="1"> <tr> <td>TECNICO DEL SIMULADOR (iniciales y rúbrica)</td> <td>Fisica Médica (iniciales y rúbrica)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>TECNICO DEL SIMULADOR (iniciales y rúbrica)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>FISICA MEDICA (iniciales y rúbrica)</td> </tr> </table> | TECNICO DEL SIMULADOR (iniciales y rúbrica)                   | Fisica Médica (iniciales y rúbrica) |  | TECNICO DEL SIMULADOR (iniciales y rúbrica) |  | FISICA MEDICA (iniciales y rúbrica) |  |
| TECNICO DEL SIMULADOR (iniciales y rúbrica)  | Fisica Médica (iniciales y rúbrica)                           |                                     |  |   |  |                                     |  |
|  | TECNICO DEL SIMULADOR (iniciales y rúbrica)                   |                                     |  |   |  |                                     |  |
|  | FISICA MEDICA (iniciales y rúbrica)                           |                                     |  |   |  |                                     |  |



10.7 Hoja de Planación de Tratamiento



**SERVICIO DE RADIOTERAPIA  
DEPARTAMENTO DE FISICA**

**FECHA DE INICIO** \_\_\_\_\_

Urgente  Normal   
1ra. vez  Subsecuente



**PLANEACION DE TRATAMIENTO**

Equipo de tratamiento \_\_\_\_\_ Energía \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Expediente \_\_\_\_\_  
Diagnostico \_\_\_\_\_



Tipo de tratamiento: Estatico  Pendular  Rotatorio   
Angulo de rotación: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ velocidad (rpm) \_\_\_\_\_




|                                     | I | II | III | IV |
|-------------------------------------|---|----|-----|----|
| Campo Número                        |   |    |     |    |
| Energía                             |   |    |     |    |
| Posición de paciente                |   |    |     |    |
| Región Anatómica                    |   |    |     |    |
| Técnica: isocéntrica (ISC) ó DFP    |   |    |     |    |
| Duración de Tratamiento             |   |    |     |    |
| Ritmo de tratamiento                |   |    |     |    |
| Tamaño de campo (cm x cm)           |   |    |     |    |
| Diámetro A.P. (cm)                  |   |    |     |    |
| Diámetro Lateral (cm)               |   |    |     |    |
| Prof. del tumor (cm)                |   |    |     |    |
| D. F. P. ó D. F. T. (cm)            |   |    |     |    |
| Dosis total del tumor (cGy)         |   |    |     |    |
| Dosis por sesion a tumor (cGy)      |   |    |     |    |
| Número desesiones                   |   |    |     |    |
| Protecciones                        |   |    |     |    |
| Tipo de charola (L Ó R)             |   |    |     |    |
| Filtros en cuña (angulación)        |   |    |     |    |
| Ángulo de mesa                      |   |    |     |    |
| Ángulo del Gantry                   |   |    |     |    |
| Ángulo de Diafragma                 |   |    |     |    |
| % de dosis en profundidad           |   |    |     |    |
| TMR ó PDP                           |   |    |     |    |
| Dosis fx Isocéntrica                |   |    |     |    |
| Dosis en máx. absorción (cGy)       |   |    |     |    |
| Dosis/sesión/max. Absorción (cGy)   |   |    |     |    |
| Factor de peso                      |   |    |     |    |
| Factor de charola                   |   |    |     |    |
| Factor de cuña                      |   |    |     |    |
| Factor Isocéntrico                  |   |    |     |    |
| Tasa de dosis (cGy/min)             |   |    |     |    |
| Tasa de dosis a isocentro (cGy/min) |   |    |     |    |
| Tiempo por sesión (min)             |   |    |     |    |

Médico solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Realizó: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Revisó: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

|   |                                 |  |   |
|---|---------------------------------|--|---|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> |  <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1  |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>    |  | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. |

## 10.8 Hoja de Internamiento

|   |   |   |
|---|---|---|
|    | <b>HOSPITAL GENERAL DE MEXICO</b><br><b>DR. EDUARDO LICEAGA</b><br>DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA<br>LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005<br><b>HOJA DE INDICACION DE INGRESO HOSPITALARIO</b> |  |
| México D.F. a _____ de _____ 20____   |   |   |
| Realizar trámite de ingreso hospitalario a:   |   |   |
| Nombre del paciente: _____  |   |   |
| Número de ( ECU): _____   |   |   |
| Tipo de Internamiento: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Con estancia                                |   |   |
| Servicio: _____ Cama: _____   |   |   |
| Procedencia: <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Referido |   |   |
| Diagnóstico (s) de ingreso: _____   |   |   |
|   |   |   |
| Tipo de Ingreso: <input type="checkbox"/> Primera vez <input type="checkbox"/> Subsecuente                                  |   |   |
| Médico que indica el Ingreso: _____   |   |   |
| ( NOMBRE COMPLETO )   |   |   |
| Caso: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Quirúrgico   |   |   |
| Cédula Profesional: _____ Firma _____   |   |   |
| DGAMDEM   |   |   |
| DR. BALMIS N° 148 COL. DOCTORES, DELEGACION CUAUHTEMOC, C.P. 06726, MEXICO D.F. TEL 27-89-2000                              |   |   |

|  |   |  |           |
|--|---|--|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |                         | Rev. 1    |
|  | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |           |
|  | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. | <br>DR. EDUARDO LICEAGA | Hoja: 171 |

## 10.9 Resumen Médico



Ciudad de México, a \_\_\_\_\_.



### RESUMEN MÉDICO

**Nombre de Paciente:**  
**Ecu:**









|   |   |   |           |
|---|---|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | Rev. 1    |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |   |           |
|   | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. |   | Hoja: 174 |

### 10.11 Tarjeta de Control de Tratamiento

|    |   |    |    |    |    |    |                        |    |    |    |    |    |    |    |  |
|----|---|----|----|----|----|----|------------------------|----|----|----|----|----|----|----|--|
|    | 1   | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7                      | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |  |
| 42 | <b>HOSPITAL GENERAL</b>                   |    |    |    |    |    |                        |    |    |    |    |    |    | 15 |  |
|    | <b>S. S.</b>                              |    |    |    |    |    |                        |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 41 | <b>TARJETA DE CONTROL DE RADIOTERAPIA</b> |    |    |    |    |    |                        |    |    |    |    |    |    | 16 |  |
| 40 | No. Exp. _____                            |    |    |    |    |    | No. Tratamientos _____ |    |    |    |    |    |    | 17 |  |
| 39 | Paciente _____                            |    |    |    |    |    |                        |    |    |    |    |    |    | 18 |  |
| 38 | Técnico _____                             |    |    |    |    |    | Inicia Trat. _____     |    |    |    |    |    |    | 19 |  |
| 37 | Clasificación de Trabajo Social _____     |    |    |    |    |    |                        |    |    |    |    |    |    | 20 |  |
| 36 | Firma de la T: S. _____                   |    |    |    |    |    |                        |    |    |    |    |    |    | 21 |  |
|    | 35  | 34 | 33 | 32 | 31 | 30 | 29                     | 28 | 27 | 26 | 25 | 24 | 23 | 22 |  |



|   |   |  |                     |
|---|---|--|---------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br><b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> | Rev. 1              |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  | DR. EDUARDO LICEAGA |
|   | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. |  | Hoja: 175           |

## 10.2 Formato de Consentimiento Informado para Diagnóstico y Terapéuticos de Alto Riesgo



**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"**  
**DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA**  
**LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005**

|   |
|---|
| <b>CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN</b><br><b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE ALTO RIESGO</b> |
|---|

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

No de Exp.: \_\_\_\_\_ Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de familiar responsable o representante legal : \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ parentesco: \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_

Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a): \_\_\_\_\_ del servicio de \_\_\_\_\_ del Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga" me informa que es conveniente realizar el siguiente procedimiento \_\_\_\_\_ y me explicó que todo acto médico, diagnóstico o terapéutico, sea quirúrgico o no quirúrgico, lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte, que pueden requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos que aumenten mi estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del procedimiento, del estado previo del paciente, de los tratamientos que están recibiendo, de las posibles anomalías anatómicas e incluso podrían ser secundarios a la utilización de los equipos médicos.

Entre las complicaciones que pueden surgir durante y posterior al procedimiento: \_\_\_\_\_ se encuentran: \_\_\_\_\_

Asimismo me ha explicado acerca de las alternativas a este procedimiento que son: \_\_\_\_\_

He comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico que me ha atendido realizó todas las observaciones y aclaró todas las dudas que he planteado. Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, etc)

Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**

Por todo ello, manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos del procedimiento a efectuar.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)

\_\_\_\_\_  
Que se identifica con:

\_\_\_\_\_  
Que se identifica con:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Familiar Responsable



\_\_\_\_\_  
Que se identifica con

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Testigo

**Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y llenarse un formato para cada procedimiento de alto riesgo a realizar, sin excepción.**



|   |   |   |           |
|---|---|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | Rev. 1    |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |   |           |
|   | 7. Procedimiento para la atención de pacientes en quienes se administra radioterapia. |   | Hoja: 176 |



**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"**  
**DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA**  
**LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005**

**REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO**



**EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha \_\_\_\_\_ declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen los **procedimientos de diagnóstico, tratamiento o quirúrgico** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.



**EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha \_\_\_\_\_ revoco por completo el consentimiento otorgado el día \_\_\_\_\_ para realizar el procedimiento \_\_\_\_\_ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

|   |  |
|---|--|
| Nombre y Firma del paciente                                   | Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma) |
| Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal | Que se identifica con:                               |
| Nombre y Firma Testigo  | Nombre y Firma Testigo                               |

|   |   |   |                           |
|---|---|---|---------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | Rev: 1                    |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |   |                           |
|   | 8. Procedimiento para la atención de pacientes en la Consulta Externa de la Unidad de Quimioterapia |   | <hr/> DR. EDUARDO LICEAGA |

**8. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA**

|   |   |  |           |
|---|---|--|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br><hr/> DR. EDUARDO LICEAGA | Rev: 1    |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |           |
|   | 8. Procedimiento para la atención de pacientes en la Consulta Externa de la Unidad de Quimioterapia |  | Hoja: 178 |

## 1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico para la atención a pacientes que requieren la especialidad de Oncología en la consulta externa de la unidad de Quimioterapia incluyendo el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente con el fin de lograr la satisfacción del usuario del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”,

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Este procedimiento aplica al Servicio de Oncología y a la Unidad de Quimioterapia y a los Servicios interconsultantes.

2.2 A nivel externo: Este procedimiento tiene alcance para las distintas instituciones tanto públicas como privadas que soliciten nuestros servicios y cubran los requisitos que se les piden.


## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad del Jefe de Servicio dar a conocer a todos los Jefes de Unidad el presente procedimiento para el buen funcionamiento, de las actividades dentro del Hospital y del propio Servicio y de cumplir y hacer cumplir los lineamientos del presente mismo.

3.2 Es responsabilidad del personal de Enfermería del servicio verificar que todos los pacientes acudan al Servicio con Carnet elaborado por el área del hospital, con su nombre y número de expediente clínico único (ECU).

3.3 Es responsabilidad del Médico de Base tratante dar información a los familiares sobre el estado clínico del paciente y orientar acerca de las dudas que tenga acerca del tratamiento.


3.4 Es responsabilidad del Médico de Base tratante evaluar y realizar el alta hospitalaria de la unidad cuando el paciente lo amerita.

|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |
|   | 8. Procedimiento para la atención de pacientes en la Consulta Externa de la Unidad de Quimioterapia |

Hoja: 179

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

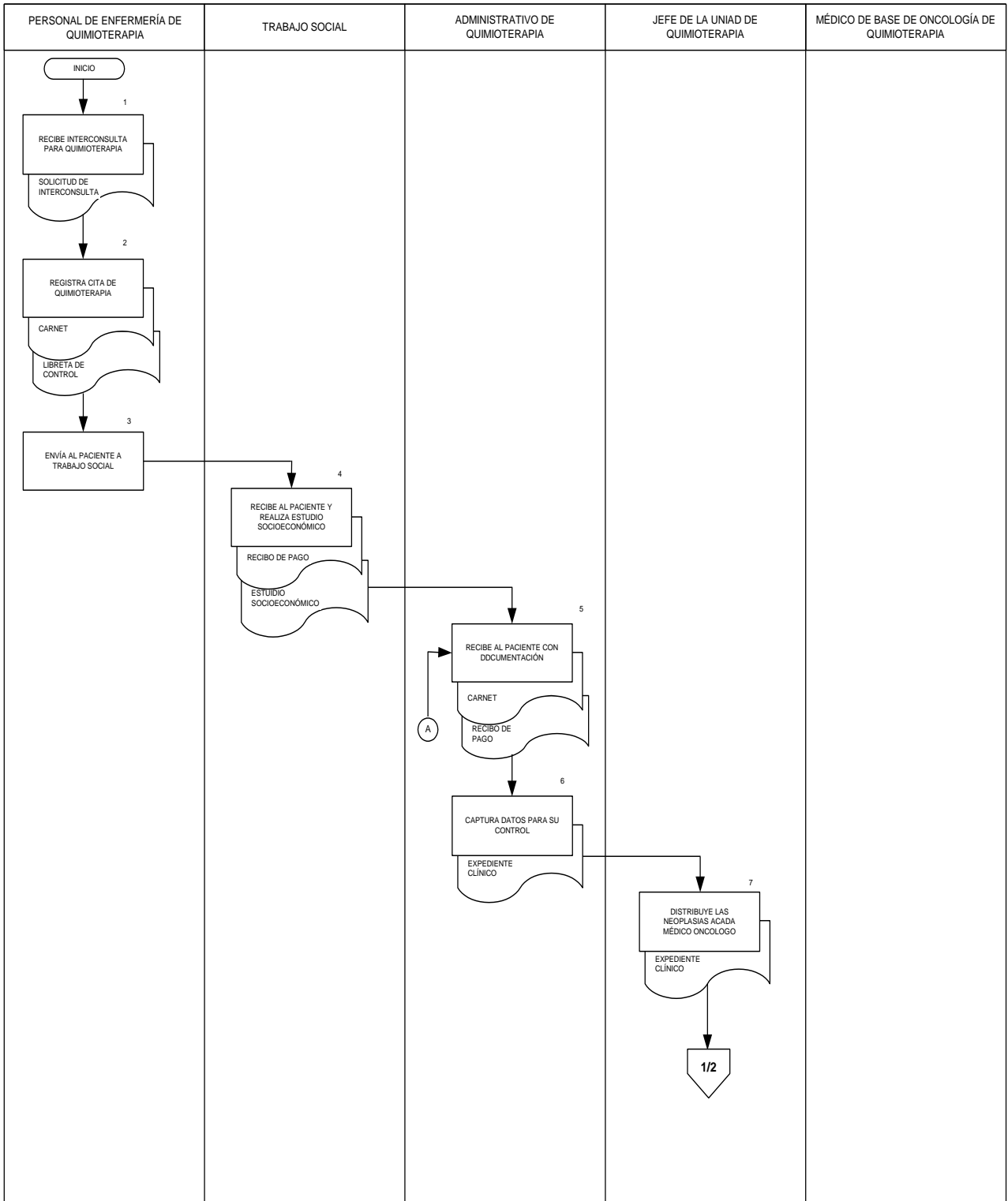
| Responsable                                  | No. Act. | Descripción de actividades  | Documento o anexo  |
|--|----------|---|--|
| Personal de Enfermería de Quimioterapia      | 1        | Recibe de parte de la enfermera de otras Unidades u otros Servicios la solicitud de interconsulta para quimioterapia, acompañando de resumen clínico                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carnet</li> <li>• Solicitud de interconsulta</li> <li>• Libreta de control</li> </ul>   |
|  | 2        | Registra la cita en la libreta de control de citas de cada uno de los consultorios de quimioterapia y anota la fecha de cita en el carnet del paciente                                    |  |
|  | 3        | Envía al paciente a Trabajo Social para que se determine su nivel de pago   |  |
| Trabajo Social                               | 4        | Recibe al paciente, revisa en sistema si es paciente con derechohabencia  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibo de Pago o documento de gratuidad</li> <li>• Estudio Socioeconómico.</li> </ul>   |
| Administrativo de Quimioterapia              | 5        | Recibe al paciente de acuerdo a la fecha de su cita programada, con carnet y recibo de pago.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carnet</li> <li>• Recibo de Pago o documento de gratuidad</li> <li>• Expediente Clínico</li> </ul>  |
|  | 6        | Distribuye a cada uno de los consultorios el expediente de acuerdo al tipo de cáncer y distribuye neoplasias por cada médico oncólogo   |  |
|  | 7        | Captura los datos de los expediente en la base de datos de la Unidad de Quimioterapia para su control.  |  |
| Médico de Base de Oncología de Quimioterapia | 8        | Recibe al paciente, realiza interrogatorio, exploración física y solicita, si el caso lo amerita, estudios de laboratorio y gabinete para iniciar tratamiento quimioterápico y determina. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios</li> <li>• Hoja de planeación de tratamiento Intrahospitalrio</li> <li>• Hoja de tratamiento Ambulatorio</li> <li>• Hoja de internamiento</li> <li>• Receta/ Receta Gratuidad</li> <li>• Hoja de Consulta</li> </ul> |
|  |          | ¿Requiere Hospitalización?  |  |
|  | 9        | No: Envía al paciente a su casa, expide receta, continua con tratamiento y regresa a la actividad 5.  |  |
|  | 10       | Si: Expide hoja de planeación de tratamiento y hoja de internamiento.   |  |
|  | 11       | Registra en la Hoja diaria de consulta y envía a Trabajo Social para los trámites correspondientes a internamiento.   |  |
| Médico de Base de Oncología de Quimioterapia | 12       | Determina si el paciente va a pasar a sala de quimioterapia ambulatoria como paciente externo.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Receta</li> </ul>   |
|  |          | ¿Pasa a quimioterapia?  |  |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |  |
|  | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |
|  | 8. Procedimiento para la atención de pacientes en la Consulta Externa de la Unidad de Quimioterapia |  |



Hoja: 180

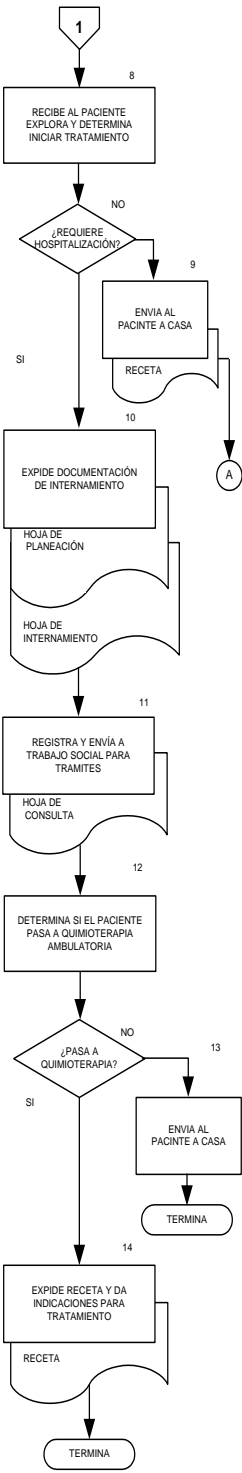
|  |    |   |  |
|--|----|---|--|
| Médico de Base de Oncología de Quimioterapia | 13 | No: Envía al paciente a su casa, continúa con tratamiento y termina el procedimiento.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Receta/ Receta Gratuidad AAAMATES.</li> </ul> |
|  | 14 | Si: Expide receta con fecha de cita para tratamiento y envía a Trabajo Social para los trámites correspondientes a tratamiento ambulatorio.<br><br><b>TERMINA</b> |  |



**5. DIAGRAMA DE FLUJO**





|   |   |  |                     |
|---|---|--|---------------------|
|  <p><b>SALUD</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  <p><b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b></p> | Rev. 1              |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  | DR. EDUARDO LICEAGA |
|   | 8. Procedimiento para la atención de pacientes en la Consulta Externa de la Unidad de Quimioterapia |  |                     |

| PERSONAL DE ENFERMERÍA DE QUIMIOTERAPIA | TRABAJO SOCIAL | ADMINISTRATIVO DE QUIMIOTERAPIA | JEFE DE LA UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA | MÉDICO DE BASE DE ONCOLOGÍA DE QUIMIOTERAPIA  |
|---|----------------|---------------------------------|------------------------------------|---|
|   |                |                                 |                                    |  <pre> graph TD     Start([1]) --&gt; Step8[RECIBE AL PACIENTE EXPLORA Y DETERMINA INICIAR TRATAMIENTO]     Step8 --&gt; Dec1{¿REQUIERE HOSPITALIZACIÓN?}     Dec1 -- NO --&gt; Step9[ENVIA AL PACIENTE A CASA]     Dec1 -- SI --&gt; Step10[EXPIDE DOCUMENTACIÓN DE INTERNAMIENTO]     Step10 --&gt; Step11[REGISTRA Y ENVÍA A TRABAJO SOCIAL PARA TRAMITES]     Step11 --&gt; Step12[DETERMINA SI EL PACIENTE PASA A QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA]     Step12 --&gt; Dec2{¿PASA A QUIMIOTERAPIA?}     Dec2 -- NO --&gt; Step13[ENVIA AL PACIENTE A CASA]     Dec2 -- SI --&gt; Step14[EXPIDE RECETA Y DA INDICACIONES PARA TRATAMIENTO]     Step13 --&gt; Term1([TERMINA])     Step14 --&gt; Term2([TERMINA])     </pre> |

|  |   |  |                     |
|--|---|--|---------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br><b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> | Rev. 1              |
|  | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |                     |
|  | 8. Procedimiento para la atención de pacientes en la Consulta Externa de la Unidad de Quimioterapia |  | DR. EDUARDO LICEAGA |

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos   | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Manual de Organización de la Dirección de Coordinación Médica.           | No Aplica               |
| 6.2 Manual de Procedimientos de la Dirección de Coordinación Médica.         | No Aplica               |
| 6.3 Manual de Organización de Oncología.                                     | No Aplica               |
| 6.4 NOM-004–SSA3-2012 Del Expediente Clínico.                                | No Aplica               |
| 6.5 Guía de Diagnóstico y Tratamiento del Servicio de Oncología.             | No aplica               |
| 6.6 Código de Ética de la Administración Pública Federal.                    | No aplica               |
| 6.7 Código de Conducta del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”. | No aplica               |

## 7. REGISTROS

| Registros              | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|------------------------|------------------------|----------------------------|---|
| 7.1 Expediente Clínico | 5 años                 | Archivo de Servicio        | No Aplica                                 |

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Antiemético:** Medicamento que se utiliza para inhibir el vómito.

**8.2 Extravasación:** Fuga de medicamento antineoplásico hacia fuera de la vena puncionada.

**8.3 Flebitis:** Inflamación de la vena que se puncionó para aplicar la quimioterapia, secundario a efecto irritante del medicamento antineoplásico aplicado.



**8.4 Mezclas oncológicas:** Centro especializado en la preparación y reconstitución de medicamentos oncológicos, los cuales se envían a las Unidades de Quimioterapia para su aplicación.

**8.5 Neutropenia:** Disminución de la cuenta de glóbulos blancos en la sangre periférica, secundaria a efecto de la quimioterapia sobre la médula ósea.

**8.6 Quimioterapia:** Tratamiento que se aplica en forma intravenosa, oral o intratecal para destruir células neoplásicas.

## 9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio  |
|--------------------|---------------------------|---|
| 1                  | Mayo 2023                 | Se actualizó la descripción del procedimiento, los documentos de referencia y los anexos. |

|   |   |  |           |
|---|---|--|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br><b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b><br><br><hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> | Rev. 1    |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |           |
|   | 8. Procedimiento para la atención de pacientes en la Consulta Externa de la Unidad de Quimioterapia |  | Hoja: 184 |



## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Carnet \*
- 10.2 Hoja de interconsulta \*
- 10.3 Resumen clínico\*\*
- 10.4 Solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete\*
- 10.5 Hoja de Referencia
- 10.6 Hoja de planeación de tratamiento quimioterápico
- 10.7 Recetas de Medicamentos Quimioterapia
- 10.8 Carta de consentimiento informado para autorización de Quimioterapia, hormonoterapia, Terapia Blanco Molecular e Inmunoterapia.

\* Ver anexos del procedimiento 1

\*\* Ver anexos del procedimiento 7



|   |   |   |                     |
|---|---|---|---------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | Rev. 1              |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |   |                     |
|   | 8. Procedimiento para la atención de pacientes en la Consulta Externa de la Unidad de Quimioterapia |   | DR. EDUARDO LICEAGA |

### 10.6 Hoja de Planeación



UNIDAD DE ONCOLOGIA      DEPARTAMENTO DE QUIMIOTERAPIA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EXPED No. \_\_\_\_\_

QUIMIOTERAPIA: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Talla: \_\_\_\_\_

M2: \_\_\_\_\_

I) MEDIDAS GENERALES.

- a).- Peso y Talla. Anotar al margen.
- b).- S.V.T. y C.G E.
- c).- Control estricto de líquidos.
- d).- Cuidados de cateter central o periferico
- e).- Dieta NORMAL

II) SOLUCIONES PARENTERALES.

1000 ml de solución mixta  
+ 1 amp de KCL  
+ 1 amp de MGS04  
A pasar IV en 24 hora ( s )



III) MEDICAMENTOS.

- a).- Cimetidina \_\_\_\_\_ mg o **Ranitidina** \_\_\_\_\_ mg IV cada 12 horas
- b).- En caso de nauseas o vomito:
  - ( ) Torecan amp una ampula iv lenta en 15' cada 4 hrs.
  - ( ) Primperan 30 mg IV lenta en 15' cada 4 hrs.
- c).- Torecan amp. Una ampolleta IV lenta en 15' cada 4 hrs.
- d).- Primperan 30 mg IV lento en 15' cada \_\_\_\_\_ hrs o antes de-  
\_\_\_\_\_
- e).- Bonadoxina amp. Una ampolleta IM cada \_\_\_\_\_ horas.
- f).- En caso de agitación o nerviosismo:
  - ( ) Akineton ( Biperiden ) amp. Una ampolleta IV dilui da en 50 ml de solución dextrosa 5% a pasar en 15' cada \_\_\_\_\_ horas.
  - ( ) Clorotrimetron 10 mg amp. Una ampolleta IV lenta en 15' cada \_\_\_\_\_ horas.
  - ( ) Valium (diacepam) 5mg IM cada \_\_\_\_\_ horas.
- g).- Otros:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IV) LABORATORIO, GABINETE, INTERCONSULTAS.

- a).- ( ) BH con cuenta de plaquetas, ( ) P.F.H., ( ) D.H.L.  
( ) Fosfatasa alcalina, ( ) Electrolitos sericos,  
( ) Depuración de creatinina en orina de 24 hrs,  
( ) Marcadores tumorales. ( ) Q.S. sarcoma tercer ciclo
- b).- RX de \_\_\_\_\_
- c).- T.A.C. de \_\_\_\_\_
- d).- Interconsulta a \_\_\_\_\_

*Plan*

### 10.7 Recetas de Medicamentos Quimioterapia

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
 DR. EDUARDO LICEAGA  
 DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA  
 LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005  
 ONCOLOGIA  
 RECETARIO INDIVIDUAL

**SERVICIO ONCO - MEDICA QUIMIOTERAPIA**      **FECHA**

TIPO DE PACIENTE:  SEG. POPULAR     CONVENIO     OTRO

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
 EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ DX: \_\_\_\_\_ ETAPA CLIN. \_\_\_\_\_  
 E.C.U. \_\_\_\_\_ EXP. ONCO. \_\_\_\_\_  
 PESO: \_\_\_\_\_ Kg    TALLA: \_\_\_\_\_ Cm.    Sup. Corp: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>    Dep. Cr. \_\_\_\_\_ ml/min

ESQUEMA DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_ No. de CICLO \_\_\_\_\_  
 LINEA DE TX:  1era:     2da:     OTRA \_\_\_\_\_ (ESPECIFICAR)

TIPO DE TRATAMIENTO:  ADYUVANTE     NEOADYUVANTE     PALIATIVO

**PRESCRIPCIÓN**



|                           |     |                |                                     |
|---------------------------|-----|----------------|-------------------------------------|
| 1. NOMBRE DE DROGA: _____ |     | CANTIDAD _____ | MG.                                 |
| NOMBRE DE LA DISOLUCIÓN   |     |                |                                     |
| SOLUCIÓN SALINA 0.9%      | ( ) | 100ml. ( )     | SIN DILUIR <input type="checkbox"/> |
| SOLUCIÓN GLUCOSADA 5%     | ( ) | 250ml. ( )     |                                     |
|                           |     | 500ml. ( )     |                                     |
| 2. NOMBRE DE DROGA: _____ |     | CANTIDAD _____ | MG.                                 |
| NOMBRE DE LA DISOLUCIÓN   |     |                |                                     |
| SOLUCIÓN SALINA 0.9%      | ( ) | 100ml. ( )     | SIN DILUIR <input type="checkbox"/> |
| SOLUCIÓN GLUCOSADA 5%     | ( ) | 250ml. ( )     |                                     |
|                           |     | 500ml. ( )     |                                     |
| 3. NOMBRE DE DROGA: _____ |     | CANTIDAD _____ | MG.                                 |
| NOMBRE DE LA DISOLUCIÓN   |     |                |                                     |
| SOLUCIÓN SALINA 0.9%      | ( ) | 100ml. ( )     | SIN DILUIR <input type="checkbox"/> |
| SOLUCIÓN GLUCOSADA 5%     | ( ) | 250ml. ( )     |                                     |
|                           |     | 500ml. ( )     |                                     |
| 4. NOMBRE DE DROGA: _____ |     | CANTIDAD _____ | MG.                                 |
| NOMBRE DE LA DISOLUCIÓN   |     |                |                                     |
| SOLUCIÓN SALINA 0.9%      | ( ) | 100ml. ( )     | SIN DILUIR <input type="checkbox"/> |
| SOLUCIÓN GLUCOSADA 5%     | ( ) | 250ml. ( )     |                                     |
|                           |     | 500ml. ( )     |                                     |
| 5. NOMBRE DE DROGA: _____ |     | CANTIDAD _____ | MG.                                 |
| NOMBRE DE LA DISOLUCIÓN   |     |                |                                     |
| SOLUCIÓN SALINA 0.9%      | ( ) | 100ml. ( )     | SIN DILUIR <input type="checkbox"/> |
| SOLUCIÓN GLUCOSADA 5%     | ( ) | 250ml. ( )     |                                     |
|                           |     | 500ml. ( )     |                                     |

FECHA(S) DE APLICACIÓN: \_\_\_\_\_  
 HORA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICO \_\_\_\_\_  
 CED. PROF. \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Dr. Balmis No.148 Col. Doctores Del. Cuauhtemoc C.P. 06720 Tel. 2789 2000

Rec-

|   |   |  |           |
|---|---|--|-----------|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  <b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b><br><br>DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1    |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |           |
|   | 8. Procedimiento para la atención de pacientes en la Consulta Externa de la Unidad de Quimioterapia |  | Hoja: 188 |



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, "DR. EDUARDO LICEAGA"  
 DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA  
 LICENCIA SANITARIA 13AM090150005



**FOLIO:** 6635669 **RECETA MÉDICA PACIENTES SEGURO POPULAR**  
**NOMBRE:** SANTIAGO SANTIAGO TEODORA **TIPO:** AMBULATORIO  
**FECHA DE NACIMIENTO:** 11-SEP-1960 **ECU:** 3502056  
**SERVICIO TRATANTE:** 111A ONCOLOGIA  
**DIAGNOSTICO:** cancer de mama

**FECHA:** 15/05/2023 11:31:53

**EDAD:** 62 AÑOS 8 MESES 5 DÍAS  
**SEXO:** FEMENINO **PESO:** 65 kg. **TALLA:** 160 cm.  
**PADECIMIENTO:** TUMOR MALIGNO DE MAMA

| MEDICAMENTOS    |  |               |                     |                    |
|-----------------|--|---------------|---------------------|--------------------|
| CLAVE           | DESCRIPCIÓN                            | UNIDAD MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA | CANTIDAD ENTREGADA |
| 010.000.5449.00 | ANASTROZOL 1 MG ENVASE CON 28 TABLETAS | EN            | 1                   |                    |

**POSOLOGÍA:** TOMA UNA TABLETA AL DÍA DURANTE 28 DÍAS

PERSONA AUTORIZADA DEL SERVICIO TRATANTE  
(NOMBRE Y FIRMA)

PERSONA AUTORIZADA PARA VOBO.  
(NOMBRE Y FIRMA)

ENTREGADO DEL ALMACEN  
(RUBRICA)



NOMBRE Y FIRMA DE RECIBIDO DE ENTREGA  
 LOS ARTICULOS INDICADOS EN EL COLUMNA  
 "CANTIDAD ENTREGADA" **F.C.POSA 03 Rev. 0**

**NO. DE FOLIO:** \_\_\_\_\_ **ENTREGÓ:** \_\_\_\_\_



Dr. Balmis No.148, Col.Doctores;Del. Cuauhtémoc C.P. 06726, Ciudad de México. Tel: 27892000





|   |   |   |                           |
|---|---|---|---------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | Rev. 1                    |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |   |                           |
|   | 9. Procedimiento para la atención de pacientes en la Sala Ambulatoria de la Unidad de Quimioterapia |   | <hr/> DR. EDUARDO LICEAGA |

**9. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN LA SALA AMBULATORIA DE LA UNIDAD DE QUIMOTERAPIA**

|   |   |  |           |
|---|---|--|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br><hr/> DR. EDUARDO LICEAGA | Rev. 1    |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |           |
|   | 9. Procedimiento para la atención de pacientes en la Sala Ambulatoria de la Unidad de Quimioterapia |  |           |
|   |   |  | Hoja: 191 |

## 1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico para la atención a pacientes que requieren tratamiento quimioterápico en la sala ambulatoria de la Unidad de Quimioterapia, incluyendo el seguimiento del paciente, con el fin de lograr la satisfacción del usuario del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

## 2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Este procedimiento es aplicable a todos los Servicios que apoyan a la Unidad de Quimioterapia, como son: Las Unidades del Servicio de Oncología y todos los Servicios del Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga"

2.1 A nivel externo: Este procedimiento tiene alcance a otras instituciones tanto públicas como privadas que cubran los requisitos requeridos por el Hospital.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS


3.1 es responsabilidad del Jefe de Servicio dar a conocer a todos los Jefes de Unidad el presente procedimiento para el buen funcionamiento, de las actividades dentro del Hospital y del propio Servicio y de cumplir y hacer cumplir los lineamientos del presente mismo.

3.2 Es responsabilidad del personal de Enfermería del Servicio verificar que todos los pacientes acudan al Servicio con Carnet elaborado por el área de admisión del Hospital, con su nombre y número de expediente clínico único (ECU), el comprobante de pago y la receta de tratamiento ambulatorio.

3.3 Es responsabilidad del personal de Enfermería preparar y ministrar el medicamento que el Médico de Base tratante solicita en la receta de tratamiento.

3.4 Es responsabilidad del Personal de Enfermería verificar por nombre, ECU, y nota del expediente clínico el medicamento de quimioterapia, dosis que se aplicara al paciente de los medicamentos quimioterápicos que se entregan por el Servicio a mezclar.

3.5 Es responsabilidad del Médico de Base tratante evaluar y realizar el alta hospitalaria de la Unidad cuando el paciente lo amerita.

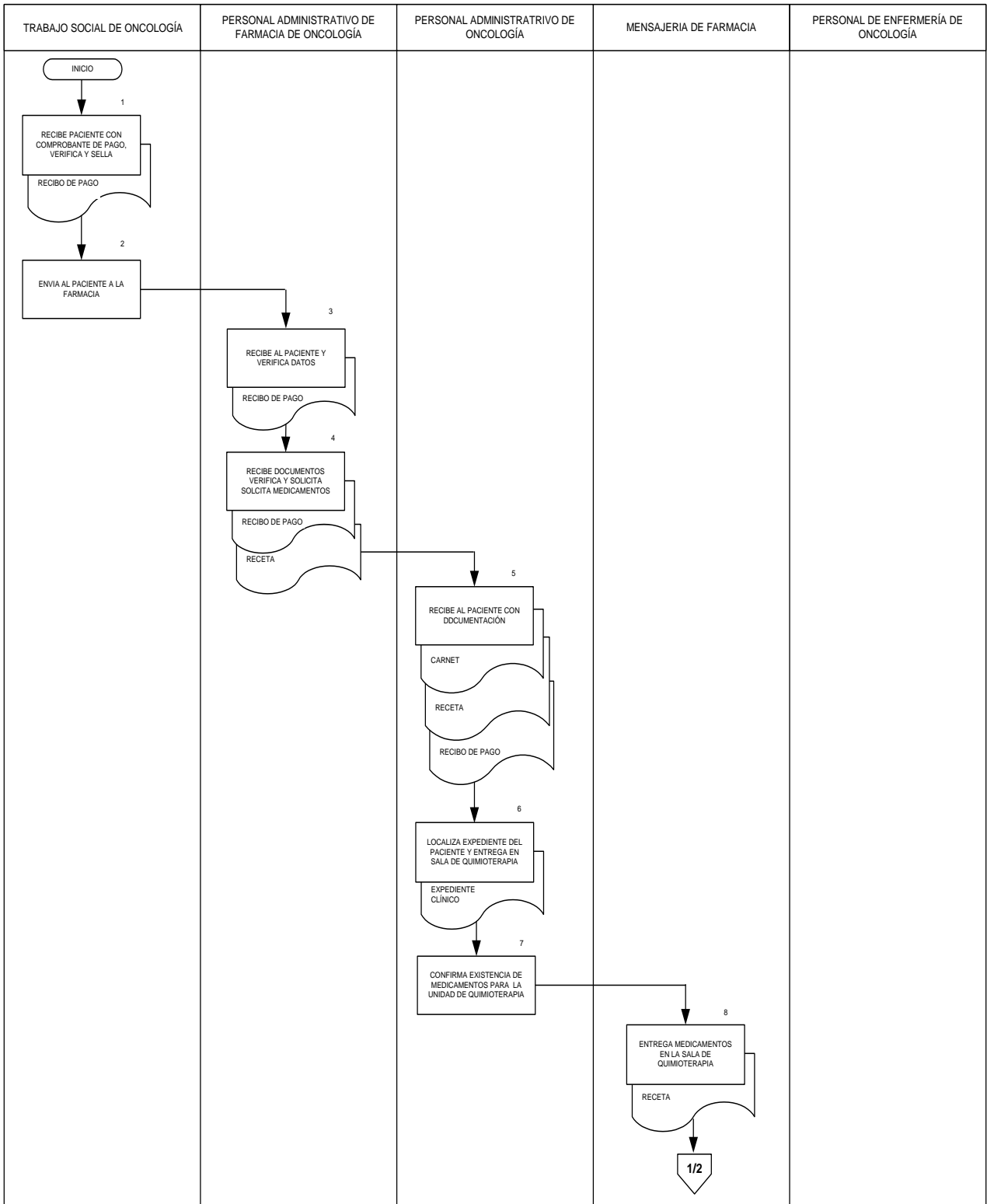
|   |   |
|---|---|
|  | <b>PROCEDIMIENTO</b>  |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |
|   | 9. Procedimiento para la atención de pacientes en la Sala Ambulatoria de la Unidad de Quimioterapia |




Hoja: 192

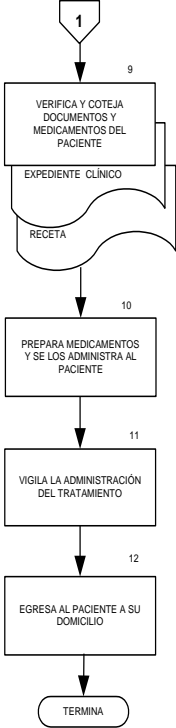
#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



| Responsable                                      | No. Act. | Descripción de actividades   | Documento o anexo   |
|--|----------|--|---|
| Trabajo Social de Oncología                      | 1        | Recibe al paciente con carnet y verifica que cuente con gratuidad.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Receta</li> <li>• Recibo de Pago o gratuidad</li> </ul>  |
|  | 2        | Envía al paciente o familiar a la farmacia a solicitar el medicamento.   |   |
| Personal Administrativo de Farmacia de Oncología | 3        | Recibe al paciente y verifica el pago o programa de gratuidad.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Receta</li> <li>• Recibo de pago o documento de gratuidad</li> </ul>   |
|  | 4        | Recibe la receta, se envía al almacén y solicita a los medicamentos de acuerdo a fechas de tratamiento.  |   |
| Personal Administrativo de Oncología             | 5        | Recibe al paciente el día de su cita para el tratamiento, acompañada de carnet, la receta, el recibo de pago o el sello de gastos catastróficos. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carnet</li> <li>• Receta</li> <li>• Recibo de pago o documento de gratuidad</li> <li>• Expediente Clínico</li> </ul> |
|  | 6        | Entrega los documentos, localiza el expediente correspondiente al paciente y lo entrega en sala de quimioterapia.                                |   |
|  | 7        | Confirma la existencia de medicamentos y solicita su envío a la Unidad de Quimioterapia.   |   |
| Mensajería Farmacia                              | 8        | Envía y entrega el medicamento correspondiente en la sala de quimioterapia acompañado de la receta del tratamiento al personal de enfermería.    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Receta</li> </ul>  |
| Personal de Enfermería de Oncología.             | 9        | Verifica y coteja con receta y expediente del paciente el nombre del medicamento y la dosis a administrar.                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente Clínico</li> <li>• Receta</li> </ul>  |
|  | 10       | Prepara los medicamentos en el caso que proceda, canaliza al paciente y procede administrar los medicamentos.                                    |   |
|  | 11       | Vigila durante la administración de tratamiento para presentar atención en caso de efectos adversos.   |   |
|  | 12       | Una vez terminado el tratamiento, egresa al paciente de la sala de quimioterapia a su domicilio.   |   |
|  |          | <b>TERMINA</b>   |   |

### 5. DIAGRAMA DE FLUJO



|   |   |  |           |
|---|---|--|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br><b>HOSPITAL GENERAL de MÉXICO</b> | Rev. 1    |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |           |
|   | 9. Procedimiento para la atención de pacientes en la Sala Ambulatoria de la Unidad de Quimioterapia | <br><b>DR. EDUARDO LICEAGA</b>        | Hoja: 194 |

| TRABAJO SOCIAL DE ONCOLOGÍA | PERSONAL ADMINISTRATIVO DE FARMACIA DE ONCOLOGÍA | PERSONAL ADMINISTRATIVO DE ONCOLOGÍA | MENSAJERIA FARMACIA | PERSONAL DE ENFERMERÍA DE ONCOLOGÍA   |
|-----------------------------|--|--------------------------------------|---------------------|---|
|                             |  |                                      |                     |  <pre> graph TD     1([1]) --&gt; 9[9]     subgraph 9 [9]         9[VERIFICA Y COTEJA DOCUMENTOS Y MEDICAMENTOS DEL PACIENTE]         EC[EXPEDIENTE CLINICO]         REC[RECETA]     end     9 --&gt; 10[10]     subgraph 10 [10]         10[PREPARA MEDICAMENTOS Y SE LOS ADMINISTRA AL PACIENTE]     end     10 --&gt; 11[11]     subgraph 11 [11]         11[VIGILA LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO]     end     11 --&gt; 12[12]     subgraph 12 [12]         12[EGRESA AL PACIENTE A SU DOMICILIO]     end     12 --&gt; T([TERMINA]) </pre> |

|  |   |  |           |
|--|---|--|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | Rev. 1    |
|  | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |           |
|  | 9. Procedimiento para la atención de pacientes en la Sala Ambulatoria de la Unidad de Quimioterapia |  | Hoja: 195 |

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

| Documentos   | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Manual de Organización de la Dirección de Coordinación Médica.           | No Aplica               |
| 6.2 Manual de Procedimientos de la Dirección de Coordinación Médica.         | No Aplica               |
| 6.3 Manual de Organización de Oncología.                                     | No Aplica               |
| 6.4 NOM-004–SSA3-2012 Del Expediente Clínico.                                | No Aplica               |
| 6.5 Guía de Diagnóstico y Tratamiento del Servicio de Oncología.             | No aplica               |
| 6.6 Código de Ética de la Administración Pública Federal.                    | No aplica               |
| 6.7 Código de Conducta del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”. | No aplica               |

## 7. REGISTROS

| Registros              | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|------------------------|------------------------|----------------------------|---|
| 7.1 Expediente Clínico | 5 años                 | Archivo de Servicio        | No Aplica                                 |

## 8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

**8.1 Antiemético:** Medicamento que se utiliza para inhibir el vómito.

**8.2 Extravasación:** Fuga de medicamento antineoplásico hacia fuera de la vena puncionada.

**8.3 Flebitis.-** Inflamación de la vena que se puncionó para aplicar la quimioterapia, secundario a efecto irritante del medicamento antineoplásico aplicado.

**8.4 Mezclas oncológicas:** Centro especializado en la preparación y reconstitución de medicamentos oncológicos, los cuales se envían a las Unidades de Quimioterapia para su aplicación.

**8.5 Neutropenia:** Disminución de la cuenta de glóbulos blancos en la sangre periférica, secundaria a efecto de la quimioterapia sobre la médula ósea.



**8.6 Quimioterapia:** Tratamiento que se aplica en forma intravenosa, oral o intratecal para destruir células neoplásicas.

**8.7 SAFE:** Sistema Informático.

## 9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio                                     |
|--------------------|---------------------------|--|
| 1                  | Mayo 2023                 | Se actualizaron los documentos de referencia.y los anexos. |




|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   | <br><b>HOSPITAL<br/>GENERAL<br/>de MÉXICO</b> | Rev. 1                                   |
|   | <b>SERVICIO DE ONCOLOGÍA</b>  |  |  |
|   | 9. Procedimiento para la atención de pacientes en la Sala Ambulatoria de la Unidad de Quimioterapia |  | <hr/> <small>DR. EDUARDO LICEAGA</small> |

## 10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Carnet\*
- 10.2 Receta\*
- 10.3 Formato de solicitud de medicamento


\* Ver anexos del procedimiento 1.

### 10.3 Formato de solicitud de medicamento



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO**  
DR. EDUARDO LICEAGA  
LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005  
**RECETA Y SOLICITUD DE ANTIBIOTICOS**



**HOSPITAL GENERAL de MÉXICO**  
DR. EDUARDO LICEAGA

( LLÉNESE EN ORIGINAL Y COPIA CON BOLÍGRAFO, LETRA LEGIBLE Y DE MOLDE )

FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FOLIO: \_\_\_\_\_

SERVICIO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ UNIDAD: \_\_\_\_\_ N° CAMA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_ NOMBRE (S) \_\_\_\_\_ NÚMERO DE ECU \_\_\_\_\_

EDAD: [ ] GÉNERO: [ ] PESO: [ ] TALLA: [ ] ALERGIAS: \_\_\_\_\_ DIAGNÓSTICO DE BASE: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO MOTIVO DEL INGRESO \_\_\_\_\_

PACIENTE SI/COBERTURA [ ] DE SEGURO POPULAR [ ] DE CONVENIO [ ] OTRO: [ ] ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_  
MARQUE CON UNA X MARQUE CON UNA X MARQUE CON UNA X DESCRIBA \_\_\_\_\_

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN</b><br>(MOTIVO DE LA SOLICITUD)<br>_____  | <b>TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO ACTUAL:</b><br>_____<br><br><b>TRATAMIENTO(S) PREVIO(S):</b><br>_____  | <b>INFECCIÓN NOSOCOMIAL</b><br>SI [ ] NO [ ] REPORTADA [ ]<br><br>FECHA DE REPORTE EPIDEMIOLÓGICO: _____   |
| <b>TERAPIA EMPÍRICA</b><br>SI [ ] NO [ ]<br><br><b>PROBABLE SITIO DE INFECCIÓN:</b><br>(MARQUE LAS QUE SEAN NECESARIAS)<br><input type="checkbox"/> SANGRE<br><input type="checkbox"/> HUESO/ARTICULACIONES<br><input type="checkbox"/> SISTEMA NERVIOSO CENTRAL<br><input type="checkbox"/> TRACTO URINARIO<br><input type="checkbox"/> RESPIRATORIO<br><input type="checkbox"/> ABDOMINAL<br><input type="checkbox"/> HERIDA QUIRÚRGICA<br><input type="checkbox"/> DESCONOCIDO<br><input type="checkbox"/> OTRO _____<br><br><b>PROBABLES PATÓGENOS</b><br><input type="checkbox"/> BACTERIAS: <input type="checkbox"/> AEROBIOS <input type="checkbox"/> ANAEROBIOS<br><input type="checkbox"/> HONGOS <input type="checkbox"/> VIRUS <input type="checkbox"/> PARÁSITOS | <b>EXISTENCIA DE DAÑO ORGÁNICO:</b><br><input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA<br><input type="checkbox"/> DIÁLISIS PERITONEAL HEMODIÁLISIS<br><input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA RENAL AGUDA<br><input type="checkbox"/> DEPURACIÓN DE CREATININA CALCULADA<br><br><input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA HEPÁTICA<br><input type="checkbox"/> OTROS, DESCRIBA _____ | <b>INFECCIÓN DOCUMENTADA:</b><br>SI [ ] NO [ ]<br>(INFECCIÓN DIAGNOSTICADA Y PATÓGENO DOCUMENTADO)<br><br><b>PATÓGENO AISLADO</b><br>_____<br>_____<br>_____   |
|  |  | <b>CULTIVOS</b><br>SE TOMÓ CULTIVO<br>SI [ ] NO [ ]<br><br><b>SITIO DE TOMA DE MUESTRA</b><br>_____<br><br><b>FECHA</b><br>_____<br><br>No. DE REGISTRO EN EL LABORATORIO _____<br>SI NO SE REALIZÓ CULTIVO MENCIONAR CAUSA: _____ |

ANTIBIÓTICO A SOLICITAR: INICIAL [ ] CONTINUA [ ] CAMBIO DE DOSIS [ ]

SELECCIÓN DE ANTIMICROBIANO QUE NO REQUIERE AUTORIZACIÓN DE INFECTOLOGÍA

| DESCRIPCIÓN    | DOSIS EN MILIGRAMO | No DOSIS POR DÍA | No DÍAS (MAX. 3) | DILUYENTE (NAOCL O GLUCOSA) | VOLUMEN (ml) |
|----------------|--------------------|------------------|------------------|-----------------------------|--------------|
| DICLOXACILINA  |                    |                  |                  |                             |              |
| AMIKACINA      |                    |                  |                  |                             |              |
| AMOXICILINA    |                    |                  |                  |                             |              |
| AMPICILINA     |                    |                  |                  |                             |              |
| CEFALOTINA     |                    |                  |                  |                             |              |
| CEFTAZIDIMA    |                    |                  |                  |                             |              |
| CEFTRIAXONA    |                    |                  |                  |                             |              |
| CEFUROXIMA     |                    |                  |                  |                             |              |
| CIPROFLOXACINO |                    |                  |                  |                             |              |
| CLARITROMICINA |                    |                  |                  |                             |              |
| CLINDAMICINA   |                    |                  |                  |                             |              |
| TRIMETROPINA   |                    |                  |                  |                             |              |
| SULFAMETOXAZOL |                    |                  |                  |                             |              |
| GENTAMICINA    |                    |                  |                  |                             |              |
| METRONIDAZOL   |                    |                  |                  |                             |              |

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO (A) AUTORIZADO (A) POR EL SERVICIO TRATANTE

\_\_\_\_\_  
\*NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DE MÉDICO DE INFECTOLOGÍA\*

**NOTA: LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS MEZCLADOS REQUIEREN FIRMA DEL PERSONAL AUTORIZADO DEL SERVICIO INFECTOLOGÍA. (SE DEBERÁ ANEXAR EL FORMATO DEL SISTEMA RECETARIOS)**

| DESCRIPCIÓN | DOSIS | No. POR DÍA | No. DE DÍAS |
|-------------|-------|-------------|-------------|
| 1           |       |             |             |
| 2           |       |             |             |
| 3           |       |             |             |
| 4           |       |             |             |
| 5           |       |             |             |
| 6           |       |             |             |

FECHA DE INICIO ANTIBIÓTICO 1 \_\_\_\_\_

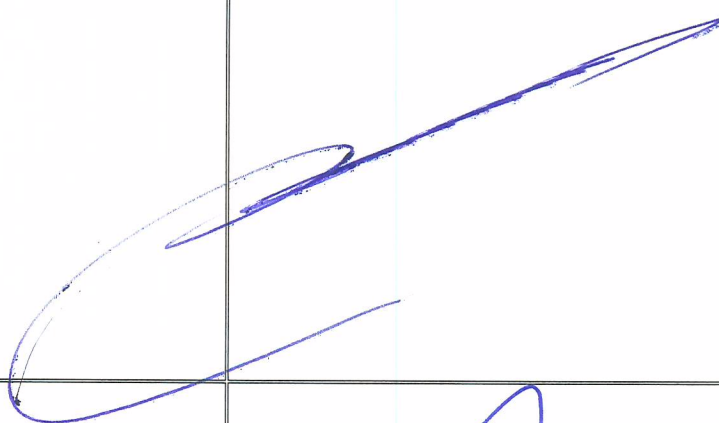
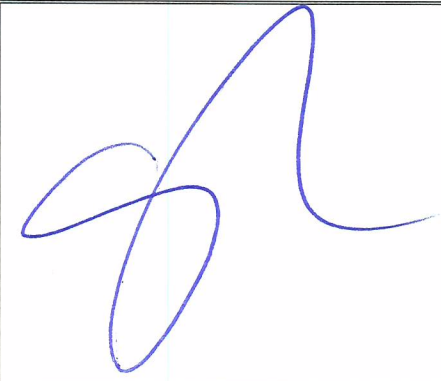
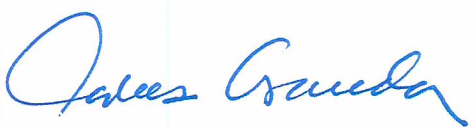
FECHA DE INICIO ANTIBIÓTICO 2 \_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO ANTIBIÓTICO 3 \_\_\_\_\_

**Notas:**

1. EN CASO DE CORRECCIÓN A ALGÚN DATO, CIRCULE EL ERRÓNEO Y ANOTE EL CORRECTO CON LA RÚBRICA DE QUIÉN REALIZA EL CAMBIO
2. EN CASO DE DUDA EN ASPECTOS QUÍMICOS FARMACÉUTICOS SOLICITE INFORMACIÓN AL PERSONAL DEL ÁREA DE MEZCLAS O FARMACIA
3. SE PODRÁ AUTORIZAR LA PRESCRIPCIÓN HASTA POR TRES DÍAS Y SE DEBERÁ LEENAR UNA SOLICITUD EN EL SISTEMA ELECTRÓNICO DE MEZCLAS Y/O RECETARIOS PARA CADA DÍA. PARA EL CASO DE MEDICAMENTOS MEZCLADOS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN DEL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA, ANEXE EL PRESENTE FORMATO PARA COTEO AL MOMENTO DE PRESENTAR LA SOLICITUD AL ÁREA DE MEZCLAS
4. EN CASO DE CAMBIO O CANCELACIÓN, NOTIFIQUE DE INMEDIATO AL ÁREA ADMINISTRATIVA DEL SERVICIO Y DE MEDICAMENTOS MEZCLADOS.
5. ES RESPONSABILIDAD DE QUIÉN AUTORIZA ASEGURARSE QUE LOS DATOS SEAN CORRECTOS.
6. ENTREGAR COPIA DE ESTE DOCUMENTO AL SOLICITANTE AUTORIZADO (NUEVA ORDEN, REORDENAMIENTO, CAMBIO).

DR. BALMIS N° 148. COL. DOCTORES. DELEGACIÓN CUAUHTÉMOC, MÉXICO D.F. C.P. 06726 TEL. 27 89 2000

| NOMBRE Y CARGO   | FIRMA   |
|--|---|
| <p><b>DR. RAÚL SERRANO LOYOLA</b></p> <p>Director de Coordinación Médica</p>         |     |
| <p><b>DR. JED RAFUL ZACARIAS EZZAT</b></p> <p>Director Quirúrgico</p>                |   |
| <p><b>DR. CARLOS EDUARDO ARANDA FLORES</b></p> <p>Jefe del Servicio de Oncología</p> |  |

Elaborado con base en la estructura orgánica establecida en el Manual de Organización del Servicio de Oncología este documento se integra de 196 fojas útiles y anexos de los procedimientos.

