



Instituto de Seguridad Social de los
Trabajadores del Estado de Chiapas

Son Hechos
no palabras

Manual de Procedimientos para la Referencia de Pacientes al Segundo Nivel de Atención Médica

Noviembre de 2009



HOJA DE IDENTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Son Hechos
no palabras

NOMBRE DEL DOCUMENTO

**Manual de Procedimientos para la Referencia de Pacientes
Al Segundo Nivel de Atención Médica**

SÍNTESIS DEL DOCUMENTO


Contiene los criterios, procedimientos de actuación y formatos que deberán aplicarse en el proceso de referencia del paciente del 1er. al 2do. nivel de atención médica.

AUTORIZACIONES

El Director General


Mtro. José Luis Echeverría Escobar

El Subdirector General


Lic. Francisco Moises Bedwell Jiménez

El Subdirector de Servicios Médicos


Dr. Eric Gerardo López Obregón

Fecha de Autorización

Día	Mes	Año
05	Noviembre	2009

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.	3
1. MARCO NORMATIVO.	4
2. OBJETIVO.	5
3. POLITICAS DE OPERACIÓN:	6
Disposiciones generales	6
Criterios para la referencia del paciente	6
Del trámite para el traslado de pacientes al segundo nivel de atención	8
Del seguimiento y control del paciente	8
De la ayuda económica y pasajes otorgados al paciente	9
De la utilización del fondo revolvante por referencia de pacientes	10
4. PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN:	11
De la referencia de pacientes al segundo nivel de atención médica	12
Del reembolso de gastos a pacientes	16
5. FORMATO E INSTRUCTIVO DE UTILIZACIÓN:	19
TP2N-01 Referencia al segundo nivel de atención	20
TP2N-02 Contrareferencia al primer nivel de atención	24
TP2N-03 Orden de traslado	28
TP2N-04 Recibo de ayuda económica	32
TP2N-05 Reembolso de gastos	35
TP2N-06 Constancia de acompañante	39

FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DIA	MES	AÑO
05	Nov.	2009

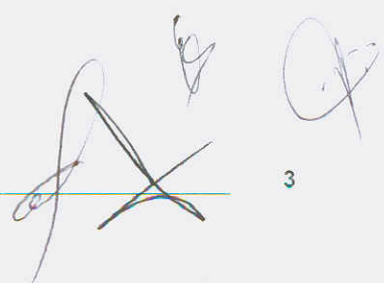
INTRODUCCIÓN

Los servicios médicos que el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas proporciona a sus derechohabientes, permiten brindar una atención integral, buscando siempre que sea eficiente, oportuna y haciendo uso de los recursos humanos, tecnológicos y científicos necesarios para lograr un estado de salud óptimo, proporcionándolos de acuerdo a las necesidades específicas de cada paciente.

El presente manual de procedimientos es una guía para la referencia y contrareferencia de pacientes que requieren ser valorados y atendidos en el segundo nivel de atención médica, y contempla los criterios necesarios para el trámite de envío, para el seguimiento y control, y para el pago de pasajes y ayuda económica.

Asimismo, contempla los procedimientos y formatos que deberán aplicarse para su buen desempeño.

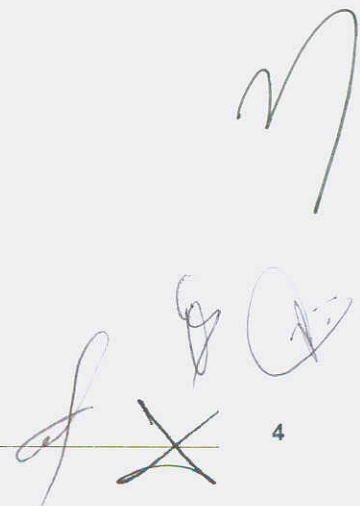
FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009



1. MARCO JURÍDICO

- Ley del Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas.
- Reglamento Interior Administrativo.
- Manual General de Organización del ISSTECH.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009



2. OBJETIVO

Proporcionar los lineamientos técnicos y administrativos que servirán de guía para facilitar la referencia de pacientes con padecimientos que por su característica o complejidad en su tratamiento, sobre exceden el nivel resolutivo de la medicina general y que requieren atención especializada.

Por lo que se pretende con el presente manual, dar atención a los problemas de salud de los derechohabientes en forma organizada y controlada.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Disposiciones generales

- 1.- Las políticas que a continuación se describen, rigen el sistema de referencia de pacientes al segundo nivel de atención médica y su incumplimiento será motivo de sanción a quien se haga acreedor.
- 2.- Los derechohabientes que requieren de atención médica de segundo nivel, podrán ser atendidos a través de una referencia oficial en cualquiera de las Clínicas-Hospitales y en nosocomios subrogados autorizados. En caso de que el paciente utilice los servicios de otras instituciones con las que no se tenga convenio celebrado, el Instituto no respaldará trámite alguno, quedando exento de toda responsabilidad económica y legal.
- 3.- Únicamente serán referidos los pacientes al servicio médico de segundo nivel de atención, cuando técnica y/o médicamente no sea posible realizarles los estudios y/o tratamientos necesarios para su rehabilitación en el servicio de primer nivel de atención médica.
- 4.- La referencia de pacientes al segundo nivel de atención médica que solicite el médico general de primer nivel a través del formato Referencia al Segundo Nivel de Atención, deberá ser valorado y autorizado por el Director, Coordinador o Subcoordinador de la Unidad Médica de adscripción.

Criterios para la referencia del paciente

- 5.- Las condiciones para determinar una referencia al segundo nivel de atención médica, serán en relación a la necesidad de:
 - a) Opinión de un médico especialista;
 - b) Atención quirúrgica;
 - c) Limitación de los medios de diagnóstico o tratamientos necesarios para la rehabilitación.
- 6.- Para tramitar la referencia de pacientes al segundo nivel de atención médica, los médicos del primer nivel deberán elaborar un resumen clínico completo del expediente clínico, de acuerdo con lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana

FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009

NOM-SSA-1-1998 y el acuerdo que la modifica; e identificar plenamente y especificar en el formato Referencia al Segundo Nivel de Atención, los motivos del envío que pueden ser:

- a) Para diagnóstico;
- b) Para tratamiento y control;
- c) Para aplicación de estudios especializados;
- d) Para otorgamiento de interconsulta por el servicio específico.

7.- Asimismo, para la referencia del paciente será requisitado el formato Orden de Traslado al segundo nivel de atención médica, en el que se especificarán el medio y las condiciones para el traslado del mismo, tales como:

- a) Traslado en ambulancia desde el lugar de adscripción, en casos de gravedad y siempre que la Unidad de primer nivel cuente con dicho servicio.
- b) Acompañante familiar o médico.
- c) Días considerados para la atención.

8.- Podrá determinarse la asignación de un acompañante familiar o médico para el traslado en los siguientes casos:

- a) Pacientes menores de 16 años o mayores de 65, que no puedan valerse por sí mismos.
- b) Pacientes con enfermedades neuropsiquiátricas.
- c) Pacientes con enfermedades invalidantes.
- d) Acompañante médico cuando la gravedad de la patología del paciente lo requiera.

La persona designada como acompañante deberá ser mayor de edad y tener la facultad para autorizar al Instituto el tratamiento médico, quirúrgico o cualquier otro procedimiento que requiera o deba aplicarse al paciente. Asimismo, deberá gozar de buena salud y no estar en estado de gravidez. Estos requisitos podrán dejarse sin efecto a satisfacción del Instituto.

9.- El Director, Coordinador o Subcoordinador de la unidad médica, analizará y valorará la necesidad de la referencia, y en su caso, solicitará información adicional que precise los motivos del mismo. Además, podrá determinar si el paciente debe ser atendido en el servicio médico de primer nivel.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009

Del trámite para el traslado de pacientes al segundo nivel de atención

- 10.- Una vez aprobada la referencia del paciente al segundo nivel de atención por la unidad médica de adscripción, el administrador o el responsable en quien se delegue esta función, formulará la Orden de Traslado y gestionará la cita u hospitalización del paciente con el médico especialista o servicio de diagnóstico requerido.
- 11.- La unidad médica deberá brindar todo tipo de orientación al paciente y al acompañante en su caso, indicándole (s) que los datos asentados en la Orden de Traslado le servirán para su llegada:
 - Nombre y domicilio de la unidad médica;
 - Fecha y hora de la cita;
 - Médico a quien debe dirigirse;
 - Medio de transporte en el que será trasladado, y
 - Las indicaciones que sean necesarias.
- 12.- La documentación que deberá otorgarse al paciente para su traslado será la siguiente:
 - a) Referencia al segundo nivel de atención;
 - b) Orden de traslado;
 - c) Certificado de incapacidad (en caso y de requerirse Licencia Médica).

Del seguimiento y control del paciente

- 13.- Una vez otorgados los servicios de segundo nivel (servicios médicos, de diagnóstico o tratamiento), el médico que atendió al paciente o el servicio de diagnóstico que lo atendió, deberá requisitar el formato Contrareferencia al Primer Nivel de Atención, el cual tiene como finalidad informar del diagnóstico definitivo, tratamiento instituido, estudios realizados, el procedimiento médico o quirúrgico realizado, y del manejo médico a seguir, especificando el tiempo de tratamiento; fecha de próxima interconsulta, o bien de la alta del paciente.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009

- 14.- Al término de la consulta o tratamiento, el servicio médico de segundo nivel deberá dotar al paciente de medicamentos para un periodo mínimo de cuatro semanas. Posteriormente, de acuerdo a las indicaciones del especialista en el formato Contrareferencia al Primer Nivel de Atención, se realizará el suministro de medicamentos en su unidad médica de adscripción.

De la ayuda económica y pasajes otorgados al paciente

- 15.- Se entenderá como ayuda económica, a la contribución que se brinda al paciente que es referido a otro nivel de atención médica, como apoyo a sus gastos de alimentación y alojamiento, en un lugar diferente al que resida.
- 16.- La ayuda económica únicamente será otorgada al paciente referido que requiera para su atención más de un día de estancia en el lugar en el que se encuentra el servicio médico de 2do. nivel al que es referido.
- 17.- Cuando el paciente tenga programada una hospitalización en su referencia al segundo nivel, no se le otorgará la ayuda económica, solamente se le pagarán sus pasajes y los de su acompañante, en su caso.
- No se pagarán pasajes cuando el traslado se efectúe por medio del transporte institucional o contratado directamente por el Instituto.
- 18.- El monto de la ayuda económica que se otorgue al paciente por día, será conforme al acuerdo vigente autorizado por el Director General, hasta por los días de estancia programables según la Orden de Traslado; si la estancia se prolonga sin que el paciente se hospitalice, se pagará el importe de los días que se excedan a su regreso, previa comprobación.

Por lo anterior, no se otorgará ayuda económica al paciente que retorne el mismo día de atención a su lugar de origen.

- 19.- La unidad médica de adscripción reembolsará al paciente a su retorno del servicio médico y en forma inmediata, sus pasajes y los del acompañante familiar en su caso, contra la entrega de boletos de autotransporte, a través del formato Reembolso de Gastos.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009

De la utilización del fondo revolvente por referencia de pacientes

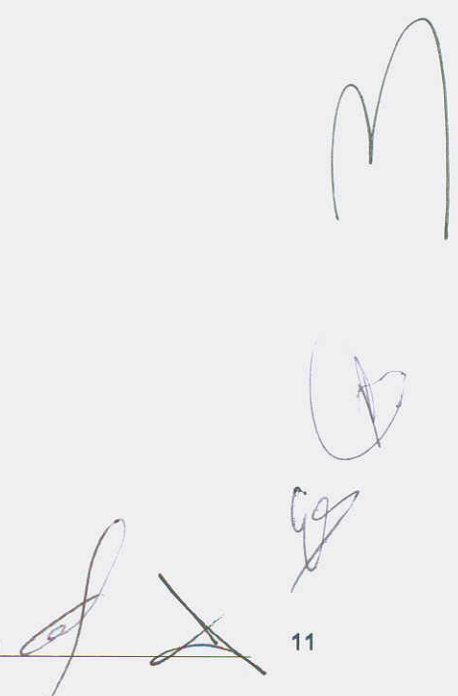
- 20.- El responsable del manejo y control del fondo revolvente asignado, tiene la facultad para cubrir los gastos de traslado de pacientes, así como de realizar el pago de la ayuda económica que se otorgue a los mismos, en las condiciones establecidas en este manual.
- 21.- La partida presupuestal que debe afectarse por el reembolso de gastos por boletos de transporte y ayuda económica en su caso, mediante erogaciones hechas con el fondo revolvente asignado, será la 3704 Traslado de Personas.
- 22.- Para solicitar la reposición del fondo revolvente utilizado para el pago de pasajes y ayuda económica a pacientes, deberá enviarse la siguiente documentación:
- Solicitud de reposición de fondo revolvente;
 - Relación de recibos de ayuda económica que se pagaron;
 - Recibos de Ayuda Económica pagados;
 - Ordenes de Traslado;
 - Boletos de transporte.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009

4. PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN

- De la referencia de pacientes a segundo nivel de atención médica
- Del reembolso de gastos a pacientes

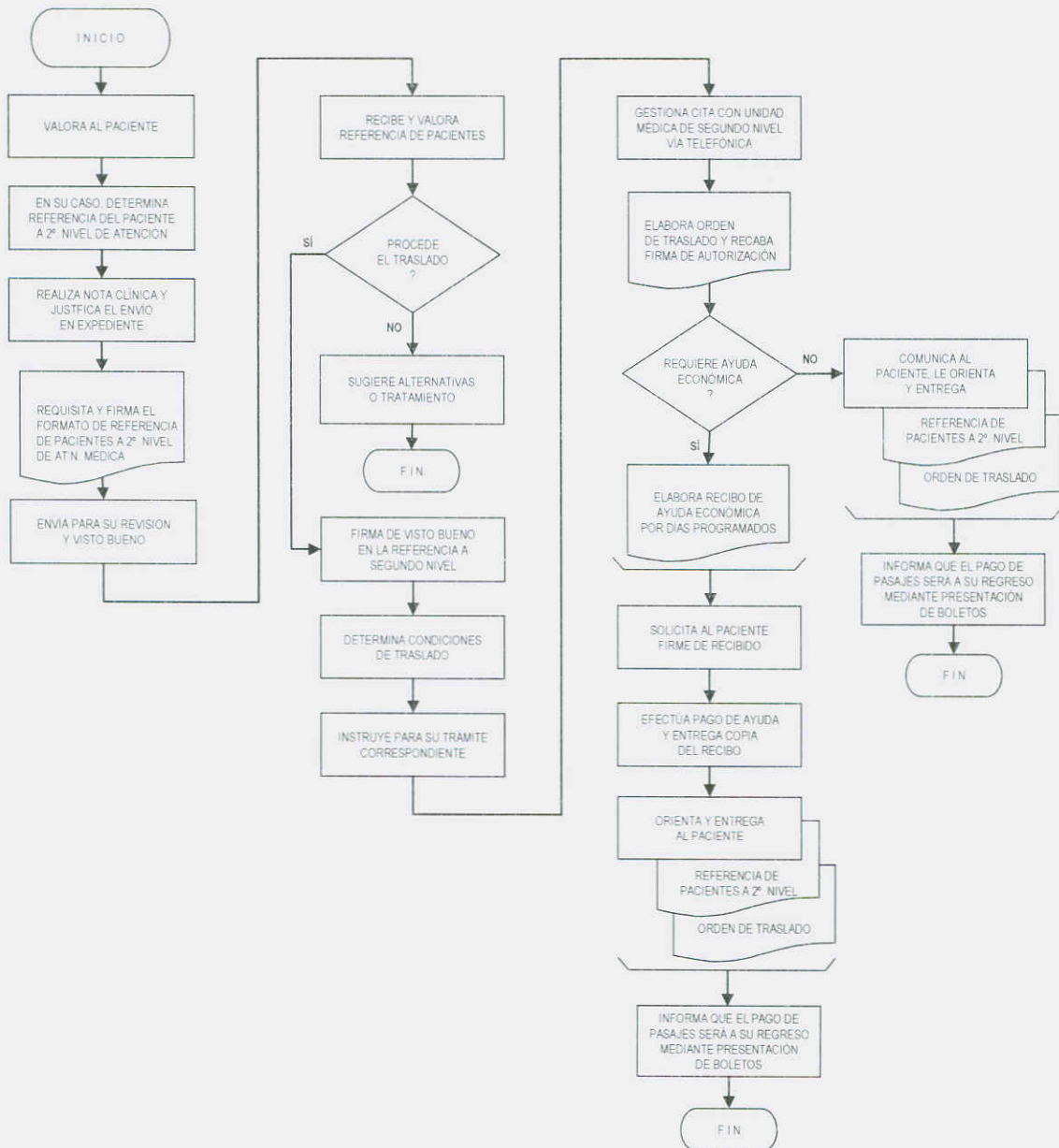
FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009



DE LA REFERENCIA DE PACIENTES AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA

SEGUNDO NIVEL-1

MÉDICO GENERAL O FAMILIAR	DIRECTOR, COORDINADOR O SUBCOORDINADOR DE LA UNIDAD MÉDICA	ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD MÉDICA
---------------------------	--	-----------------------------------



FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DIA	MESES	AÑO
05	Nov.	2009

Procedimiento: De la referencia de pacientes al segundo nivel de atención médica.

1/3

R e s p o n s a b l e

D e s c r i p c i ó n

- 1.- Médico General o Familiar
- 1.1 El médico valora al paciente y después de haberle realizado estudios clínicos detecta que su padecimiento requiere atención médica especializada.
 - 1.2 Realiza las anotaciones clínicas pertinentes así como la justificación de la referencia del paciente, en el expediente clínico del paciente.
 - 1.3 Requisita y firma el formato **Referencia al Segundo Nivel de Atención** en su lado anverso, con el resumen clínico y diagnóstico del paciente, así como el motivo de envío.

Original: Servicio Médico de 2º. Nivel (expediente).
1ª. Copia: Clínica-Hospital, Coordinación o Subcoordinación Médica.
 - 1.4 Canaliza el formato para valoración y visto bueno del Director, Coordinador o Subcoordinador Médico.
- 2.- Director, Coordinador o Subcoordinador de la Unidad Médica.
- 2.1 El Director, Coordinador o Subcoordinador Médico (según sea el caso), recibe el formato Referencia al Segundo Nivel de Atención del paciente y valora el caso.
 - 2.2 ¿Procede el motivo del traslado?
 - a) No, sugiere al médico general alternativas de atención o tratamiento a seguir para el paciente, cancela el traslado y finaliza el procedimiento.
 - b) Si, firma la Referencia a Segundo Nivel de Atención de visto bueno y determina las condiciones para el traslado del paciente. Continúa con el siguiente paso.

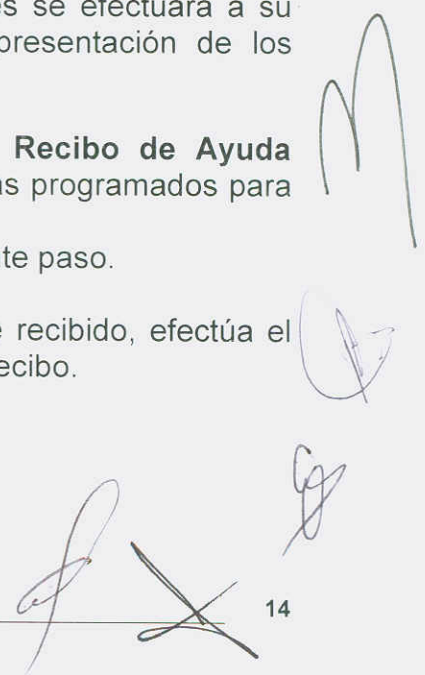
FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009

Procedimiento: De la referencia de pacientes al segundo nivel de atención médica.

2/3

Responsable	Descripción
3.- Administrador de la Unidad Médica.	2.3 Instruye al responsable de los traslados a segundo nivel en la unidad médica, para que gestione la cita del paciente.
	3.1 Recibe instrucciones del Director, Coordinador o Subcoordinador y gestiona vía telefónica la cita del paciente con las unidades médicas de segundo nivel propias u subrogadas.
	3.2 Elabora la Orden de Traslado en la que especifica la fecha y hora de cita; recaba firma del Director, Coordinador o Subcoordinador de la unidad médica, según sea el caso.
	3.3 Una vez autorizada la Orden de Traslado, anexa a ésta la Referencia de Pacientes y verifica la necesidad de ayuda económica
	3.4 ¿Requiere ayuda económica? a) No, comunica al paciente que no tiene derecho a la ayuda económica, le entrega la Referencia y Orden de Traslado debidamente autorizados, y le informa que el pago de sus pasajes se efectuará a su regreso mediante la presentación de los boletos. b) Si, Procede a realizar el Recibo de Ayuda Económica por los días programados para su atención. Continúa con el siguiente paso.
	3.5 Solicita al paciente la firma de recibido, efectúa el pago y le entrega la copia del recibo.

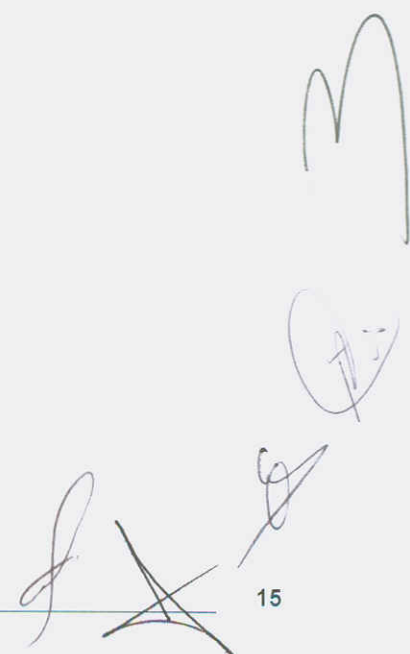
FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009



Procedimiento: De la referencia de pacientes al segundo nivel de atención médica.

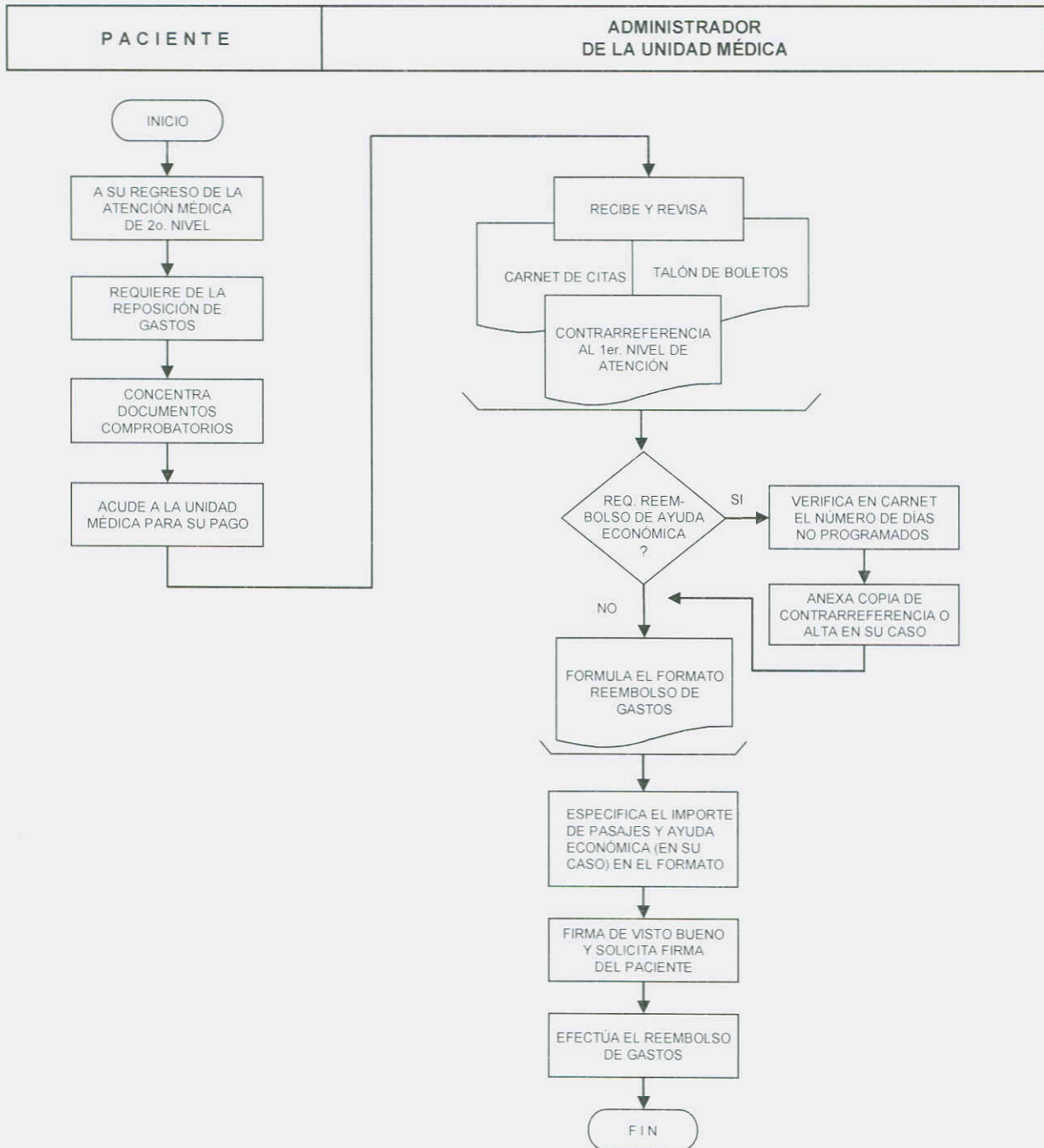
Responsable	Descripción	3/3
	3.6 Orienta al paciente para la obtención de la cita y le entrega los formatos de Referencia y la Orden de Traslado.	
	3.7 Comunica al paciente que el pago de la ayuda económica la realizará en la administración de la unidad médica y lo canaliza.	
	3.8 Finaliza el procedimiento.	

FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009



DEL REEMBOLSO DE GASTOS A PACIENTES

SEGUNDO NIVEL-2



FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009

Procedimiento: Del reembolso de gastos a pacientes.

1/2

Responsable	Descripción
1. El Paciente.	1.1 A su regreso el paciente requiere el reembolso de gastos de transporte y de ayuda económica en caso de que la estancia se haya prolongado más de los días programados. 1.2 Concentra su documentación comprobatoria y la presenta a la unidad médica de adscripción para solicitar el reembolso de gastos que haya realizado.
2. Administrador de la Unidad Médica.	2.1 Recibe al paciente y revisa la autenticidad de los comprobantes de gastos, y que éstos procedan conforme a la normatividad. Documentos o comprobantes: <ul style="list-style-type: none"> • Talón de pasajes. • Carnet de citas. • Contrareferencia al primer nivel de atn. 2.2 ¿Requiere el reembolso de ayuda económica? Si: verifica en carnet el número de días a pagar no programados, solicita por escrito el pago al Administrador y anexando a este, copia de la Contrareferencia al Primer Nivel de Atención. Continúa en el siguiente inciso. No: Formula el formato Reembolso de Gastos conforme a la documentación aprobada. Original: Trámite de reposición del fondo revolvente. 1ª copia: Archivo. 2.3 Especifica el importe que corresponda a pasajes y el importe que corresponda por ayuda económica, en su caso

FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009

Procedimiento: Del reembolso de gastos a pacientes.

2/2

R e s p o n s a b l e

D e s c r i p c i ó n

2.4 Solicita firma del paciente en original y copia, efectúa el reembolso del efectivo, le entrega el recibo original.

2.5 Finaliza procedimiento.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009



5. FORMATOS E INSTRUCTIVOS DE UTILIZACIÓN

TP2N-01	Referencia al segundo nivel de atención
TP2N-02	Contrareferencia al primer nivel de atención
TP2N-03	Orden de traslado
TP2N-04	Recibo de ayuda económica
TP2N-05	Reembolso de gastos
TP2N-06	Constancia de acompañante

FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DIA	MES	AÑO
05	Nov.	2009

Especificación del Formato

- Nombre:** Referencia al Segundo Nivel de Atención.
- Clave:** TP2N-01.
- Objetivo:** Servir como medio para la referencia de un paciente del 1er. al 2do. nivel de atención, mediante el cual se informa del estado de salud del paciente al servicio al que es referido para su atención.
- Tamaño:** Carta.
- Medio de Elaboración:** Manual.
- Elabora:** Médico general o familiar.
- Controla:** Unidad médica de adscripción.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009

REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN		FOLIO: (1)
UNIDAD MÉDICA QUE REFIERE: (2)		FECHA: (3)
UNIDAD MÉDICA DESTINATARIA: (4)		
ESPECIALIDAD: (5)	HOSPITALIZACIÓN: (6)	
ENVÍO: (7) 1a. Vez: <input type="checkbox"/> Subsecuente: <input type="checkbox"/> Ordinario: <input type="checkbox"/> Urgente: <input type="checkbox"/> (8)		

IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: (9)		EDAD: (10)	SEXO: (11)
AFILIACIÓN: (12)	DEPENDENCIA: (13)		SECTOR: (14)
RESUMEN CLÍNICO Y EXPLORACIÓN FÍSICA: (15)			
INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS REALIZADOS: (16)			
DIAGNÓSTICO Y MOTIVO DEL ENVÍO: (17)			

Solicitó

(18)

Nombre y Firma del Médico

Vo. Bo.

(19)

Nombre y Firma

TP2N-01

Descripción del Formato

Referencia al Segundo Nivel de Atención

1/2

Columna o renglón	Se anotará:
--------------------------	--------------------

Datos del envío

- (1) El número de folio consecutivo de la referencia.
- (2) El nombre de la unidad médica que refiere al paciente al servicio médico de segundo nivel.
- (3) El día, mes y año de elaboración de la referencia.
- (4) El nombre de la unidad médica que otorgará el servicio médico de segundo nivel.
- (5) La especialidad en consulta externa o en servicios auxiliares de diagnóstico que brindará atención al paciente que se envía al segundo nivel.
- (6) La especialidad que dará atención hospitalaria al paciente que se envía al segundo nivel, en su caso.
- (7) Con una **x** si la referencia del paciente es por primera vez o subsecuente.
- (8) Con una **x** si la referencia del paciente es ordinario o urgente.

Datos del paciente

- (9) El nombre y apellidos del paciente que se canaliza.
- (10) Con número la edad del paciente.
- (11) El sexo del paciente: masculino o femenino.
- (12) El código de afiliación del trabajador asegurado.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009

Descripción del Formato

Referencia al Segundo Nivel de Atención

2/2

Columna o renglón	Se anotará:
-------------------	-------------

- (13) Se anotará el nombre de la dependencia en la que se encuentra laborando el trabajador asegurado.
- (14) Se anotará el sector al que pertenece el paciente: burocracia, magisterio o ISSTECH.

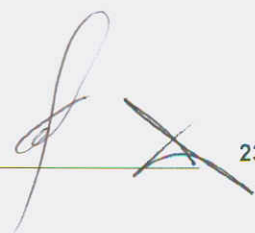
Presentación del caso

- (15) Los resultados del proceso de observación, interrogación y auscultación practicado al paciente, así como manifestaciones anteriores que se consideren relacionados con el padecimiento actual.
- (16) La interpretación de los estudios auxiliares de diagnóstico realizados al paciente.
- (17) La enfermedad o padecimiento diagnosticado al paciente, así como el tratamiento o medidas terapéuticas especializadas que requiere el paciente para su restablecimiento, o bien los estudios clínicos que requieren de equipo especializado con el que no se cuenta.
- (18) El nombre y firma del médico general que solicita la referencia a segundo nivel.
- (19) El nombre y firma de visto bueno del Director, Coordinador o Subcoordinador Médico.





FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009



Especificación del Formato

- Nombre:** Contrareferencia al Primer Nivel de Atención.
- Clave:** TP2N-02.
- Objetivo:** Informar del estado de salud que guarda el paciente a su regreso, de su tratamiento y recomendaciones para su seguimiento en la unidad médica de adscripción.
- Tamaño:** Carta.
- Medio de Elaboración:** Manual.
- Elabora:** Médico especialista o jefe del servicio de segundo nivel.
- Controla:** Unidad Médica de Adscripción.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009

CONTRARREFERENCIA AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

FOLIO: (1)

UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE: (2)			
NOMBRE DEL PACIENTE: (3)		EDAD: (4)	SEXO: (5)
AFILIACIÓN: (6)	DEPENDENCIA: (7)		SECTOR: (8)
UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN: (9)			

PRESENTACIÓN: (Anotar diagnostico inicial, definitivo y condiciones en que se envía el paciente).
(10)

PLAN DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

NOMBRE GENÉRICO / GRAMAJE	DOSIS	TIEMPO
(11)	(12)	(13)

RECOMENDACIONES MÉDICAS, HIGIÉNICAS Y DIETÉTICAS:
(14)

REQUERIMIENTOS DE NUEVAS INTERCONSULTAS: (Anotar especialidad, temporalidad y condiciones de envío).
(15)

TP2N-02

(16) a de de 2009.

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO ESPECIALISTA

(17)

CÉDULA PROFESIONAL:

(18)

Descripción del Formato

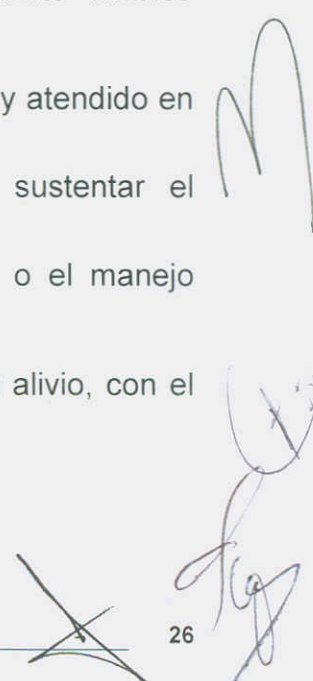
Contrareferencia al Primer Nivel de Atención

1/2

Columna o renglón	Se anotará:
-------------------	-------------

- (1) El numero de folio consecutivo de contrareferencia.
- (2) El nombre de la unidad médica de 2do. nivel de atención que contrarefiere al paciente a su unidad médica de adscripción.
- (3) El nombre y apellidos del paciente atendido.
- (4) La edad del paciente con números.
- (5) El sexo del paciente: masculino o femenino
- (6) El código de afiliación del trabajador asegurado.
- (7) El nombre de la dependencia en la que labora el trabajador asegurado.
- (8) El sector al que pertenece el asegurado: burocracia, magisterio o ISSTECH.
- (9) El nombre de la unidad médica de adscripción del paciente, responsable del seguimiento de las recomendaciones y del tratamiento médico instituido.
- (10) La enfermedad o padecimiento inicial detectado al paciente y atendido en el servicio de segundo nivel de atención médica.
 Los estudios realizados y el resultado de ellos para sustentar el diagnóstico definitivo del paciente.
 Las medidas terapéuticas utilizadas en la unidad médica o el manejo quirúrgico instituido al paciente.
- (11) El medicamento que será suministrado al paciente para su alivio, con el nombre genérico y gramaje.
- (12) La dosis de cada medicamento prescrito al paciente.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DIA	MES	AÑO
05	Nov.	2009



Descripción del Formato

Contrareferencia al Primer Nivel de Atención

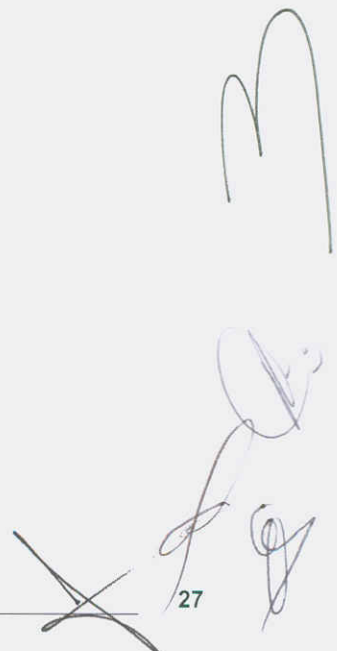
2/2

Columna o renglón	Se anotará:
-------------------	-------------

- (13) El tiempo en el que deberá ser suministrado cada medicamento prescrito.
- (14) Las condiciones terapéuticas que se consideren necesarias; así como las medidas de higiene y el régimen alimenticio a seguir para el restablecimiento de la salud del paciente.
- (15) En caso de requerir nuevas valoraciones, anotará el motivo por el cual el paciente deberá regresar, en que fecha y las condiciones en las que deberá presentarse.

En caso de que el paciente ya no requiera de nuevas valoraciones en el segundo nivel, el médico o servicio especialista autorizará su alta al primer nivel, en el que deberá continuar con el tratamiento instituido.
- (16) Se anotará el lugar y la fecha de elaboración de la contrareferencia.
- (17) Se anotará el nombre y firma del médico de segundo nivel tratante del paciente o del jefe del servicio que dio atención hospitalaria al paciente.
- (18) Clave de la cédula profesional del médico especialista tratante.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009



Especificación del Formato

- Nombre:** Orden de Traslado.
- Clave:** TP2N-03.
- Objetivo:** Acreditar la referencia del paciente al segundo nivel de atención médica e indicar los datos y condiciones indispensables para el traslado y la obtención del servicio.
- Tamaño:** Carta.
- Medio de Elaboración:** Mecanográfico.
- Elabora y Controla:** Unidad médica de adscripción.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009

ORDEN DE TRASLADO NO.: _____ (1)

UNIDAD O COORDINACIÓN MÉDICA DE: _____ (2)

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE: _____ (3)	EDAD: _____ (4)	SEXO: _____ (5)
PARENTESCO: _____ (6)		

DATOS DEL TRABAJADOR:

NOMBRE: _____ (7)	AFILIACIÓN _____ (8)
DEPENDENCIA DE AFILIACIÓN: _____ (9)	SECTOR: _____ (10)
LUGAR DE ADSCRIPCIÓN: _____ (11)	

DATOS PARA EL TRASLADO:

DESTINO: _____ (12)	CIUDAD: _____ (13)		
PARA SER ATENDIDO EL DÍA: _____ (14)	A LAS: _____ (15)	EN LA ESPECIALIDAD DE: _____ (16)	DOCTOR (A): _____ (17)
CONSULTA EXTERNA: <input type="checkbox"/> (18) HOSPITALIZACIÓN: <input type="checkbox"/> 1a. VEZ: <input type="checkbox"/> (19) SUBSECUENTE: <input type="checkbox"/>			
POR EL SIGUIENTE DIAGNÓSTICO: _____ (20)			

MEDIOS DE TRANSPORTE Y CONDICIONES:

(21) AUTOBUS: <input type="checkbox"/>	AMBULANCIA: <input type="checkbox"/>	ACOMPANANTE FAMILIAR: <input type="checkbox"/>	ACOMPANANTE MÉDICO: <input type="checkbox"/> (22)
_____ (23)			
_____ (24)			

(25)

Nombre y Firma del Director,
Coordinador o Subcoordinador Médico

(26)

Sello de la Unidad Médica

TP2N-03

Descripción del Formato

Orden de traslado

1/2

Columna o renglón	Se anotará:
-------------------	-------------

- (1) El número de traslado que corresponda por cada paciente.
- (2) La Clínica-Hospital, Coordinación o Subcoordinación que expide la Orden.
- (3) El nombre y apellidos del paciente.
- (4) Con número la edad del paciente.
- (5) El sexo del paciente: masculino o femenino.
- (6) El parentesco que tenga el paciente con el trabajador asegurado, en su caso.

Datos del trabajador

- (7) El nombre completo del trabajador asegurado.
- (8) El código de afiliación del trabajador asegurado.
- (9) El nombre de la dependencia en que labora el trabajador asegurado.
- (10) El sector al que pertenece el trabajador: magisterio, burocracia o ISSTECH.
- (11) La ciudad en la que se encuentra la dependencia o institución en la que labora el trabajador asegurado.

Datos para el traslado

- (12) El nombre de la unidad médica a la que ha sido referido el paciente.
- (13) El nombre de la ciudad en la que se encuentra la unidad médica propia o subrogada.
- (14) El día, mes y año en que será atendido el paciente.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009

Descripción del Formato

Orden de Traslado

2/2

Columna o renglón	Se anotará:
-------------------	-------------

- (15) Con números la hora de la cita médica a la que se presentará.
- (16) El área médica o especialidad en la que será atendido el paciente.
- (17) El nombre del médico especialista que brindará la atención para mayor precisión.
- (18) Con una **X** si el paciente se traslada para consulta externa o para ser hospitalizado.
- (19) Con una **X** si el traslado del paciente es por primera vez o subsecuente.
- (20) El padecimiento o enfermedad, motivo que origina la referencia.

Medios de transporte y condiciones

- (21) Con una **X** indicará el medio de transporte por el cual viajará el paciente.
- (22) En caso de requerir acompañante marcará con **X** de que tipo: familiar o médico.
- (23) En caso de que el paciente requiriera de cierta posición para viajar: acostado o sentado.
- (24) Las observaciones que se consideren pertinentes en el traslado del paciente.
- (25) El nombre y firma del Director, Coordinador o Subcoordinación Médico.
- (26) El sello de la unidad médica de adscripción.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009

Especificación del Formato

- Nombre:** Recibo de Ayuda Económica.
- Clave:** TP2N-04.
- Objetivo:** Servir como comprobante de la entrega del apoyo económico al paciente referido al segundo nivel de atención médica.
- Tamaño:** Media carta.
- Medio de Elaboración:** Mecanográfico.
- Elabora y Controla:** Administración de la unidad médica de adscripción.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009

RECIBO DE AYUDA ECONÓMICA: _____ (1)

UNIDAD MÉDICA: (2)		BUENO POR \$: (3)	
RECIBI LA CANTIDAD DE: (4)			
POR CONCEPTO DE AYUDA ECONÓMICA PARA ASISTIR A LA CITA Y/O TRATAMIENTO MÉDICO AL: (5)	DEL: (6)	AL: (6)	DEL: (6)
CORRESPONDIENTE A LA ORDEN DE TRASLADO NO.: (7)	LUGAR Y FECHA DE ELABORACIÓN DE LA AYUDA ECONÓMICA: (8)		

AUTORIZA EL PAGO

(9)

ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD MÉDICA

RECIBIÓ

(10)

EL DERECHOHABIENTE

R.F.C.: _____ (11)

TP2N-04

Descripción del Formato

Recibo de Ayuda Económica

Columna o renglón	Se anotará:
-------------------	-------------

- (1) El número de folio del control del formato.
- (2) El nombre de la unidad médica de adscripción que expide el formato.
- (3) Con número el importe total entregado al paciente por los días autorizados de ayuda económica.
- (4) Con letra el importe señalado en el renglón 3.
- (5) El nombre de la unidad médica, servicio auxiliar de diagnóstico o médico especialista que atenderá al paciente.
- (6) El período que abarcará su estancia en la ciudad a la que es referido para su atención médica.
- (7) El folio de la orden de traslado del paciente.
- (8) El lugar en donde se expide el formato, así como la fecha de éste.
- (9) El nombre completo y firma del administrador de la unidad médica de adscripción.
- (10) El nombre completo y firma del paciente que recibe la ayuda económica.
- (11) El código de afiliación del trabajador asegurado.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009

Especificación del Formato

Nombre: Reembolso de Gastos.

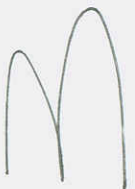
Clave: TP2N-05.

Objetivo: Servir como comprobante de la entrega de recursos al paciente, para cubrir los gastos que realizó por transportación y hospedaje, este último únicamente se pagará cuando se prologue su estancia por atención médica.

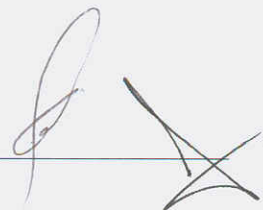
Tamaño: Carta.

Medio de Elaboración: Mecanográfico.

Elabora y Controla: Administración de la unidad médica de adscripción.



FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009



REEMBOLSO DE GASTOS NO.: _____ (1)

UNIDAD MÉDICA: _____ (2)		BUENO POR \$: _____ (3)
RECIBÍ LA CANTIDAD DE: _____ (4)		
POR CONCEPTO DE:	PASAJES: _____ (5)	AYUDA: _____ (6)
	TOTAL: _____ (7)	
DIAS / MES / AÑO : _____ (8)	SEGUN ORDEN DE TRASLADO NO.: _____ (9)	EXPEDIDA A NOMBRE DEL PACIENTE: _____ (10)
DEL SECTOR: _____ (11)	LUGAR Y FECHA DE ELABORACIÓN DEL REEMBOLSO DE GASTOS: _____ (12)	

AUTORIZÓ EL PAGO
(13)

ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD MÉDICA

RECIBÍÓ
(14)

EL DERECHOHABIENTE
O SU REPRESENTANTE LEGAL

R.F.C.: _____ (15)
ASEGURADO

R.F.C.: _____ (16)
REPRESENTANTE LEGAL

NOTA: deberá anexarse la Orden de Traslado Original, así como los originales de los talones de boletos de transporte o deberá contener el sello de la unidad médica o del servicio subrogado que atendió al paciente en su caso.

SELO DE LA UNIDAD MÉDICA O SERVICIO
SUBROGADO QUE ATENDIÓ AL PACIENTE

(17)

(SOLAMENTE EN CASO EXCEPCIONAL DE NO
PRESENTAR BOLETO DE TRANSPORTE)

Descripción del Formato

Reembolso de Gastos

1/2

Columna o renglón	Se anotará:
-------------------	-------------

- (1) El número consecutivo de reembolso que corresponde.
- (2) El nombre de la Unidad Médica que expide el formato.
- (3) El importe total pagado con números.
- (4) El importe total pagado con letras.
- (5) El importe de gastos de transportación en la referencia del paciente, debidamente comprobados.
- (6) El importe correspondiente al pago de ayuda económica por prolongación de la estancia del paciente, por atención médica.
- (7) El importe total a pagar que resulte de sumar el importe de pasajes y ayuda económica.
- (8) Los días de consulta, tratamiento o cualquier tipo de servicio que se le están pagando, el mes y año.
- (9) El número de la orden de traslado, con que fue referido el paciente al segundo nivel de atención.
- (10) El nombre y apellidos de paciente derechohabiente.
- (11) El nombre del sector al que pertenece el derechohabiente: burocracia, magisterio o ISSTECH
- (12) El lugar y fecha del reembolso de gastos.
- (13) El nombre completo y firma del administrador de la unidad médica de adscripción.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009

Descripción del Formato

Reembolso de Gastos

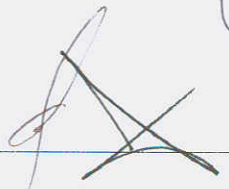
2/2

Columna o renglón	Se anotará:
-------------------	-------------

- (14) El nombre completo y firma del paciente derechohabiente que recibe el reembolso de gastos.
- (15) El código de afiliación del trabajador asegurado.
- (16) El registro federal de contribuyentes del representante legal del paciente en su caso.
- (17) El sello de la unidad médica o del servicio subrogado al que haya sido referido el paciente, en aquellos casos excepcionales en que el paciente no presente boletos de transporte.

Nota: En caso de reembolso de ayuda económica, deberá anexarse además de la orden de traslado original, la constancia de estancia expedida en la unidad médica de segundo nivel a la que fue referido el paciente, en los casos en que éste solicite el pago de ayuda económica por días excelentes.



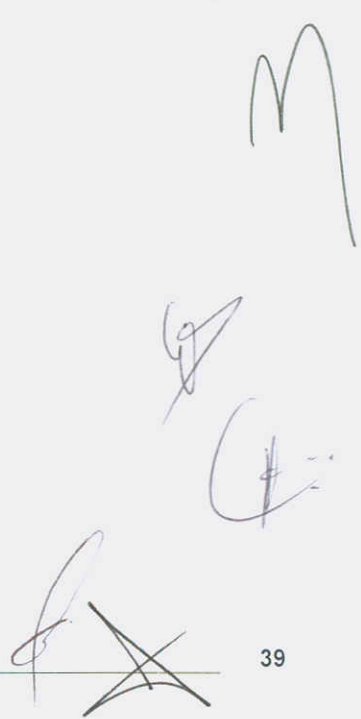


FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009

Especificación del Formato

- Nombre:** Constancia de Acompañante.
- Clave:** TP2N-06.
- Objetivo:** Hacer constar la compañía a un paciente derechohabiente, referido por el servicio médico de primer nivel a los servicios de segundo nivel en otra localidad distinta a la de su adscripción.
- Tamaño:** Carta.
- Medio de Elaboración:** Mecanográfico.
- Elabora y Controla:** Unidad médica de adscripción.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009



CONSTANCIA DE ACOMPAÑANTE

A QUIEN CORRESPONDA:

POR LA PRESENTE SE HACE CONSTAR LA REFERENCIA DEL PACIENTE: (1)		
AL SERVICIO MÉDICO DE SEGUNDO NIVEL DEL: (2)	Y SE REQUIERE COMO ACOMPAÑANTE AL (LA) C.: (3)	
DURANTE UN PERÍODO APROXIMADO DE: (4)	A PARTIR DEL: (5)	EN LA CIUDAD DE: (6)
SE EXTIENDE LA PRESENTE PARA LOS EFECTOS LEGALES QUE AL INTERESADO CONVENGAN EN LA CIUDAD DE: (7)		
CON FECHA: (8)		

ATENTAMENTE




(9)

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR, COORDINADOR
O SUBCOORDINADOR MÉDICO

C.c.p.- Expediente.



TP2N-06

Descripción del Formato

Constancia de Acompañante

Columna o renglón	Se anotará:
-------------------	-------------

- (1) El nombre completo del paciente que es referido al servicio médico de segundo nivel.
- (2) El nombre de la unidad médica ISSTECH a donde a sido enviado el paciente.
- (3) El nombre completo de la persona quien será acompañante del paciente por indicación médica.
- (4) La duración del período de estancia en la unidad médica a la que fue referido el paciente.
- (5) El día, mes y año de cuando inicia el traslado.
- (6) El nombre de la Ciudad en la que se encuentra la unidad médica propia o subrogada a la que fue referido el paciente.
- (7) El nombre de la Ciudad en la que se encuentra la unidad médica de adscripción.
- (8) Con letra la fecha de expedición de la constancia de acompañante.
- (9) El nombre completo y firma del Director, Coordinador o Subcoordinador Médico de la unidad médica de adscripción.

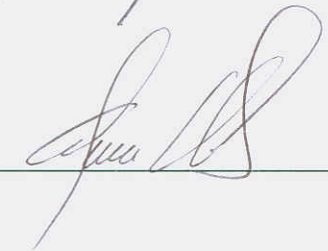
FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009

Vo. Bo.

Dr. Eric Gerardo López Obregón
Subdirector de Servicios Médicos



Ing. Javier Valdez Flores
Jefe de la Unidad de Planeación

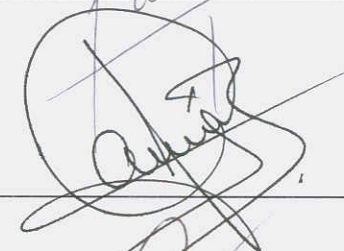


Actualizó

Dr. Paulino Aguilar Moreno
Coordinador de Unidades Médicas



Lic. Esther García Balbuena
Jefe del Depto. de Organización y Sistemas



Lic. Francisco Javier González Galindo
**Analista Ejec. del Depto. de Organización y
Sistemas**



FECHA DE ACTUALIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
05	Nov.	2009