



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

de la

Jefatura de Salud a tu Alcance



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS de la Jefatura de Salud a tu Alcance

Elaboró	Aprobó	1
 <p>Lizette Domínguez PRESIDENCIA MUNICIPAL MUNICIPIO DE TULANCINGO DE BUENAVISTA, TOLUCA</p>	 <p>Nancy Díaz Sánchez PRESIDENCIA MUNICIPAL MUNICIPIO DE TULANCINGO DE BUENAVISTA, TOLUCA Titular de la Jefatura de Salud a tu Alcance</p>	 <p>Mtro. Pablo Ismael Olivares SECRETARÍA DE DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL PRESIDENCIA MUNICIPAL MUNICIPIO DE TULANCINGO DE BUENAVISTA, TOLUCA Secretario de Desarrollo Humano y Social</p>



Gobierno del Municipio de Tulancingo de Bravo, 2020-2024
Unidad Técnica de Innovación Gubernamental
Blvd. Nuevo San Nicolás, S/N, Fracc. Nuevo San Nicolás
Tulancingo de Bravo, Hidalgo, C.P. 43640
Contacto (775) 7558450

Secretaría de Desarrollo Humano y Social
Jefatura de Salud a tu alcance
10 julio del 2024
Realizado en Tulancingo de Bravo, Hidalgo.

La reproducción total o parcial de este documento
Se autorizará siempre y cuando se dé el crédito
Correspondiente a la fuente.



Contenido

I. Introducción.....	5
II. Objetivos del manual	6
III. Procedimiento “1”	7
1. Desarrollo de procedimientos	7
2 Modelado de procesos	25



I. Introducción

Con fundamento en la Ley Orgánica Municipal para el Estado de Hidalgo Artículo 56 fracción I inciso b) y fracción II inciso a) en donde se indica; las dependencias de la Administración Pública Municipal deberán contar con manuales de organización, servicios y procedimientos y otros instrumentos para mejorar el desempeño de la administración.

De acuerdo al **Plan Municipal de Desarrollo 2020 - 2024**, el Presidente Municipal Constitucional de Tulancingo de Bravo, el L.A.E. Cesáreo Jorge Márquez Alvarado establece el compromiso de hacer eficientes los servicios públicos, teniendo la certeza de contar con un gobierno municipal transparente y cercano a la gente.



II. Objetivos del manual

Dotar a los servidores públicos de instrumento que permita conocer el funcionamiento interno de la jefatura de Salud a tu Alcance, describiendo las tareas, requerimientos, ubicaciones, puestos y responsabilidades que competen para el buen funcionamiento de la jefatura, estableciendo de forma clara un sistema de información que facilite la comunicación del personal y coadyuvar a la coordinación de actividades para evitar la duplicidad de funciones. Su organización y sistema de trabajo deben revisarse y modernizarse constantemente, a fin de garantizar una gestión pública eficiente y moderna.



III. Procedimiento “1”

Identificación y atención básica en salud en población en situación de vulnerabilidad. (SDHYS-SATA-01)

1. Desarrollo de procedimientos

1.1 Propósito del procedimiento

En medida de la disponibilidad presupuestal, identificar a los residentes en situación de vulnerabilidad del municipio, como personas que no pueden acceder a servicios médicos generales por sí mismas; pacientes postrados en cama, en situación de abandono social, personas sin seguridad social y mujeres embarazadas de alto riesgo, sin seguimiento prenatal, con el objetivo de complementar los servicios públicos de atención primaria de salud en el municipio, refiriendo a los pacientes al centro de salud que les corresponda y en la medida de la disponibilidad presupuestal, llevar servicios básicos de salud como medición de glucosa, toma de presión arterial, atención médica general en sus domicilio. Adicionalmente respaldar los servicios de salud mediante la promoción y educación en la salud de los sectores de población que se identifiquen como vulnerables

1.2 Alcance

Este procedimiento es de observancia para la Jefatura de Salud a tu Alcance y es aplicable a la población residente del municipio de Tulancingo en situación de vulnerabilidad como personas que no pueden acceder a servicios médicos generales por sí mismas; personas postradas en cama, en situación de abandono



social, personas sin seguridad social y mujeres embarazadas de alto riesgo, sin seguimiento prenatal.

1.3 Referencias

- Reglamento interior de la administración pública municipal;
- Plan Municipal de Desarrollo 2020 – 2024;

1.4 Responsabilidades

Titular de la Jefatura: responsable de la revisión y aprobación de los objetivos que se plantean alcanzar, la elaboración, emisión, control y vigilancia de los procedimientos, el instruir al personal a su cargo sobre las actividades a desarrollar, gestionar los recursos necesarios para brindar la atención y revisar que las actividades se hagan en tiempo y forma.

Auxiliares: Apoyar en la identificación de las personas vulnerables residentes del municipio de Tulancingo que, por alguna causa o condición de índole física, económica o social no pueden acceder por sí mismos al servicio público de salud e integración de los formatos relativos a las actividades de la jefatura.

Usuarios: Realizar su petición para atención en salud por algún medio físico, digital, electrónico o de manera verbal al personal de Salud a tu Alcance, responsabilizándose de la veracidad de la información que proporcionan para recibir la atención en salud, colaboran con el equipo de auxiliares para la identificación del domicilio o el usuario que reúne las características para recibir la atención en salud, que mediante consentimiento informado, aceptan y consienten la atención básica en salud.

Médico general: Otorgar atención curativa o preventiva a los ciudadanos, emitir un diagnóstico, llenado de hoja diaria y/o hoja de evaluación con los datos requeridos emitir receta médica de ser necesaria, informar al usuario en un lenguaje entendible



y preciso, la prescripción de un tratamiento farmacológico o no farmacológico de acuerdo con el diagnóstico, elaborar informes necesarios, reportar sus necesidades a su jefe inmediato con anticipación.

1.5 Definiciones

Persona vulnerable: es aquella que tiene un ambiente personal o familiar debilitado con carencia a redes de apoyo sociales.

Signos vitales: Son mediciones de las funciones más básicas del cuerpo.

Temperatura corporal: capacidad del organismo de generar y eliminar calor

Pulso: el número de veces que el corazón late durante cierto periodo, por lo general un minuto.

FR: Es la cantidad de respiraciones por minuto.

Presión arterial: Es la cantidad de respiraciones por minuto.

TA: Tensión Arterial

SPO: Saturación de Oxígeno Periférico

FC: Frecuencia cardiaca

Política y lineamientos

Tipo de apoyo que se brindan se define como atención en salud.

Requisitos para recibir atención en salud son:

- ✓ Identificación oficial vigente (opcional);
- ✓ CURP;
- ✓ Firma de consentimiento informado para uso de datos, así como procedimientos de atención en salud.



Los servicios de atención en salud se brindan:

- Una vez que se cumplan los criterios de elegibilidad, requisitos y criterios de selección que la Jefatura establezca;
- Que sea factible atender con los recursos aprobados;
- En caso de requerir atención en salud y aprobar los criterios antes señalados se brindará el apoyo en tres ocasiones como máximo.

Y no se brinda la atención en salud cuando el usuario no autorice la atención en salud o requiera atención médica especializada de segundo o tercer nivel;

El tipo de atenciones en salud que se brindan son las siguientes: médica, psicológica*, nutrición, terapia física* a domicilio o en colonias vulnerables con gratuidad a través de una brigada móvil, con personal de la salud que integra la jefatura de Salud a tu Alcance que brinda la atención a la población.

*Las atenciones en salud de psicología y fisioterapia se hacen en transversalidad con el Sistema DIF Municipal.



Formatos e instructivos

Formato 1.- Solicitud de atención en salud

NO.	FECHA	NOMBRE DEL USUARIO QUE SOLICITA LA ATENCIÓN EN SALUD	MOTIVO DE SOLICITUD DE ATENCIÓN EN SALUD	COLONIA	TELÉFONO	MEDIO DE SOLICITUD	AUXILIAR QUE REPORTA SOLICITUD
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							

Para el formato de solicitud de atención en salud se deberán llenar los siguientes apartados en letra legible:

- ✓ **Fecha:** fecha en la que se realiza la atención en salud al usuario (día, mes y año).
- ✓ **Nombre:** nombre completo del usuario que solicita la atención.
- ✓ **Motivo de solicitud de atención en salud:** causa por la que solicita la atención.
- ✓ **Colonia:** colonia del municipio a la que pertenece el usuario.
- ✓ **Teléfono:** Teléfono de contacto de quien solicita la atención, familiar o cuidador.
- ✓ **Medio de solicitud:** mensaje de texto al auxiliar, referenciado por DIF, referido por el doctor, atención ciudadana en oficina.
- ✓ **Auxiliar que reporta:** Nombre del auxiliar que refiere la petición de atención en salud.



Formato 2.- Formato de visita domiciliaria



PRESIDENCIA MUNICIPAL
SECRETARIA DE DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD MUNICIPAL
JEFATURA DE SALUD A TU ALCANCE

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA					
FECHA DE VISITA					
NOMBRE DEL USUARIO					
DIRECCION				TELEFONO	
CURP		EDAD		SEXO	
NOVEDAD DE LA VISITA					
ATENDIDA		NO ABRIERON		VIVIENDA NO HABITADA	DIRECCION NO CORRESPONDE
VISITA RECHAZADA		MOTIVO DE VISITA			
COMENTARIOS Y OBSERVACIONES PARA EL JEFE					
NOMBRE Y FIRMA DEL AUXILIAR QUE ATENDIÓ LA VISITA					



Para el “formato de visita domiciliaria” se deberán llenar los siguientes apartados en letra legible:

- ✓ **Fecha de visita domiciliaria:** Fecha en la que se realiza la visita usuario (día, mes y año).
- ✓ **Nombre del usuario:** nombre completo del usuario que solicita la atención.
- ✓ **Dirección:** domicilio en el que se encuentra el usuario.
- ✓ **Número de teléfono:** número de teléfono del usuario para ser contactado.
- ✓ **Fecha de nacimiento:** dato necesario para la obtención de CURP.
- ✓ **Lugar de nacimiento;** dato necesario para la obtención de CURP.
- ✓ **CURP.**
- ✓ **Edad:** Edad del usuario en el momento de la visita.
- ✓ **Sexo.**
- ✓ **Novedad de la visita:** Se reporta si la visita que se realizó pudo ser atendida, si no abrieron, o en caso de que la vivienda en el momento de la visita no esté habitada o la dirección no corresponde, si fue rechazada o el motivo de la visita.
- ✓ **Observaciones:** Se reporta si por alguna causa el usuario o solicitante no pueden abrir la vivienda por sí mismos o existe otro factor que lo impida.
- ✓ **Firma:** Se solicita la firma del usuario o cuidador primario o testigo, en caso de que no se encuentren, se pide a algún vecino o testigo (si es factible) su testimonio de que la visita fue realizada.



Formato 3.- Formato de “consentimiento informado.”





**PRESIDENCIA MUNICIPAL
SECRETARÍA DE DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD MUNICIPAL
JEFATURA DE SALUD A TU ALCANCE
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

TULANCINGO DE BRAVO, HIDALGO A _____ DE _____ DEL 20 ____

EL QUE SUSCRIBE SR(A): _____
 APELLIDOS PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S) _____
 CON DOMICILIO EN: _____
 (N° EXTERIOR, CALLE, COLONIA) _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: H () M ()
 HE SIDO EVALUADO (A) POR EL (LA) DR. (A) _____
 NOMBRE COMPLETO DEL DR. (A) O PROFESIONAL DE LA SALUD _____
 CURP: _____

Informo y confirmo en este consentimiento que he recibido la información ampliamente explicada por parte del personal de “SALUD A TU ALCANCE”, referente a la atención y los servicios que brinda la Jefatura, así mismo mis dudas han sido aclaradas y acepto bajo mi propia voluntad recibir la atención consistente en atención médica, psicológica, fisioterapia o valoración nutricional sin costo alguno, aceptando lo siguiente:

- El servicio que se otorga es el correspondiente al primer nivel de atención médica: únicamente considera el control de enfermedades crónicas que se puedan tratar en el domicilio, evaluaciones del apego al tratamiento, búsqueda de reacciones adversas a los medicamentos y medidas generales sobre un adecuado cuidado en el domicilio del usuario y capacitaciones a familiares.
- “Salud a tu Alcance” no atiende urgencias médicas.
- En caso de requerir atención en salud dentro del domicilio, las visitas se realizarán con programación de 24 a 72 horas de anticipación, dentro de un horario de lunes a viernes de 8:30 horas a 16:00 horas.
- En caso de cumplir con los requisitos de ingreso a “Salud a tu Alcance” se programarán, de ser necesario tres visitas de atención en salud (medición de glucosa, toma de presión arterial, valoración médica general).
- No es obligación de Salud a tu Alcance proveer el medicamento, lentes, estudios, transporte, alimentos, apoyo económico, ni algún bien o servicio fuera de la valoración médica básica (medición de glucosa, toma de presión arterial, atención médica general) como parte del tratamiento del usuario.
- En caso de requerir el servicio de la atención en salud en el domicilio o colonia del usuario ninguna atención deberá tener costo por parte de Salud a tu Alcance y cualquier persona que intente cobrarle por el servicio otorgado, favor de reportarlo inmediatamente al 775-755-8450, a la secretaría de Desarrollo Humano y Social o directamente en las oficinas.
- En caso de presentarse alguna urgencia o requerir de alguna una valoración por el segundo o tercer nivel de atención médica será exclusivamente responsabilidad del cuidador o familiar el traslado y la búsqueda de la referencia del usuario al nivel de atención médica correspondiente, así como su ingreso a la unidad hospitalaria de referencia.
- Los medios de transporte que se utilicen, así como los gastos serán cubiertos por el usuario; cuidador y/o familiares. Cualquier omisión a este punto y sus consecuencias exime al médico o personal de la salud que brinde la atención de cualquier responsabilidad.
- Acepto que se coloque una calcomanía distintiva “SALUD A TU ALCANCE” en el área exterior de mi domicilio con fines de identificación y supervisiones.
- Acepto el ingreso a mi domicilio del personal médico, de psicología, nutrición o fisioterapia y de apoyo de “Salud a tu Alcance” debidamente identificado, únicamente con el fin de recibir la atención en salud.
- Manifiesto bajo protesta de decir verdad que estoy enterado de que la información que proporcione al personal de Salud a tu Alcance, deberá ser verídica y se usará únicamente para la integración de mi expediente de la atención en salud que se brinde y acepto cualquier responsabilidad legal si fuere el caso de falsear información durante la integración del mismo.
- En caso de no aceptar la atención en salud brindada por Salud a tu Alcance, he sido informado que no se verá afectado ninguno de los demás servicios que otorga el municipio.
- Así mismo estoy enterado que si llegaran a surgir algunas dudas no previstas en este consentimiento informado puedo acercarme directamente a las oficinas de “Salud a tu Alcance”, dentro del edificio de la presidencia municipal, planta baja.

Estoy enterado y acepto bajo mi propia voluntad ser “Usuario” de la atención en salud de “Salud a tu Alcance”.
 Sirva esta liga <https://tulancingo.gob.mx/aviso-de-privacidad/> para hacer de su conocimiento que la información y datos manifestados en este documento están con estricto apego jurídico y fundamentados en la ley de protección de datos personales vigente.

Con conocimiento de “SALUD A TU ALCANCE”
 ACEPTO () NO ACEPTO ()

Usuario (Nombre y firma completo)

Cuidador primario o Testigo (Nombre y firma completo)

*Se deberá firmar en caso de que el usuario sea menor de edad o no pueda firmar por sí mismo su consentimiento para la atención en salud.



Para el formato de “consentimiento informado” se deberán llenar los siguientes apartados:

- ✓ **Fecha:** (usuario día, mes y año) en que se realiza el consentimiento informado.
- ✓ **Nombre:** completo con apellidos del usuario que recibirá la atención en salud. En caso de que el usuario sea menor de edad o no pueda escribir por alguna causa de discapacidad, se solicita el nombre y la firma del cuidador primario, tutor o en el caso de abandono social del usuario, de quien consiente y solicita la atención en salud, con datos completos, en letra legible.
- ✓ **Dirección:** con número exterior, calle, colonia.
- ✓ **Fecha completa de nacimiento:** (día, mes y año) y lugar de nacimiento del usuario que recibe la atención en salud.
- ✓ **Edad:** Edad del usuario en el momento de la visita.
- ✓ **Sexo**
- ✓ **CURP**
- ✓ **Nombre del médico o profesional de la salud** que realizó la atención en salud.
- ✓ **Firma:** Se solicita la firma del usuario que recibió la atención en salud, En caso de que el usuario sea menor de edad o no pueda escribir por alguna causa de discapacidad, se solicita el nombre y la firma del cuidador primario, tutor o en el caso de abandono social del usuario, de quien consiente y solicita la atención en salud, con datos completos, en letra legible.

Nota: anexo a este formato se solicita el INE (en caso de ser posible) del usuario que solicita la atención en salud y firma el consentimiento informado, con el fin de comprobar su residencia en el municipio de Tulancingo. En caso de ser menor de edad o no poder firmar por alguna causa de discapacidad u otro motivo, se solicita el INE del tutor, cuidador primario o de quien solicita y autoriza la atención en salud.



En caso de que el usuario, tutor, cuidador primario o solicitante de la atención en salud reporten que no cuentan con el INE al momento de la atención, el auxiliar en campo colocará en la sección de comentarios y observaciones para el jefe inmediato del “Formato de visita Domiciliaria” que bajo protesta de decir verdad, el usuario que solicita o requiere la atención en salud reside en el municipio de Tulancingo y presenta algún tipo de vulnerabilidad (social, económica, física), razón por la que se omite el requerimiento del INE para la integración del expediente.



Formato 4.- Formato de “consentimiento de autorización de uso de imagen.”



**PRESIDENCIA MUNICIPAL
SECRETARÍA DE DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD MUNICIPAL
JEFATURA DE SALUD A TU ALCANCE**

CONSENTIMIENTO DE AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN

Por medio del presente consentimiento autorizo a los Servicios Municipales de Salud (Salud a tu Alcance) de Tulancingo de Bravo, Estado de Hidalgo, la utilización de mi imagen para fines de comprobación de la atención brindada, así como en demás materiales de apoyo que considere pertinente para la difusión y promoción de “SALUD A TU ALCANCE” para su distribución en el país o en el extranjero por cualquier medio ya sea impreso, electrónico o cualquier otro habido y por haber.

De igual manera, manifiesto que es mi deseo establecer que esta autorización es voluntaria y sin retribución alguna: de acuerdo a los señalado en la Ley Federal del Derecho de Autor, esta institución cuenta con mi autorización para la utilización, reproducción, trasmisión, retrasmisión de mi imagen en las campañas de promoción para la salud o fines que a esta convenga, así como la fijación de la misma en proyecciones, video, gráficas, textos, filminas y todo el material suplementario de las promociones y campañas, estableciendo que se utilizará única y exclusivamente para los fines antes señalados.

Tulancingo de Bravo, Estado de Hidalgo, a ____ del mes de _____ del 20 ____

Nombre completo y firma del usuario

Nombre completo y firma del responsable o cuidador primario (Testigo), en caso de ser necesario



Para el formato de “consentimiento de autorización de uso de imagen” se deberán llenar los siguientes apartados:

- ✓ **Fecha:** (día, mes y año) en que se realiza el consentimiento.
- ✓ **Nombre:** completo con apellidos del usuario que autoriza el consentimiento.

Nota: Se deberá explicar al usuario que la evidencia fotográfica se realizará exclusivamente para fines de comprobación de la atención en salud, en caso de que el usuario no quiera firmar este consentimiento, no se excluye, ni se afecta la atención en salud, ni alguna referencia posterior derivada de la atención en salud, sólo se le solicita que coloque la leyenda “no autorizo” en el apartado de la firma.

En caso de que el usuario sea menor de edad se solicita el nombre y la firma de la madre, padre o tutor en este apartado, de quien consiente y solicita la atención en salud, con datos completos, en letra legible.

Para fines de comprobación de la atención, en el caso de menores de edad en todos los casos se deberá cubrir el rostro y de preferencia tomar la evidencia de espalda.

En caso de que el usuario que recibe la atención en salud no pueda escribir por alguna causa de discapacidad o limitación física, se solicita el nombre y la firma del cuidador primario, tutor o en el caso de abandono social del usuario, de quien consiente la atención en salud, con datos completos, en letra legible.



Formato 5.- Formato de "Nota de evaluación" área médica.





SALUD A TU ALCANCE
NOTA DE EVALUACIÓN ATENCIÓN 1VEZ () SUB ()

FECHA: _____ MUNICIPIO: TULANCINGO DE BRAVO, HIDALGO.

NOMBRE DEL USUARIO: _____
TELÉFONO 1: _____ TELÉFONO 2: _____
EDAD: ____ SEXO: Hombre () Mujer () CURP: _____
DIRECCION: _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____ S. SOCIAL SI () / NO ()
PERSONA POSTRADO SI () / NO () DISCAPACIDAD TOTAL / PARCIAL: _____
TIPO (S) DE DISCAPACIDAD _____

CUIDADOR PRIMARIO SI () / NO () CUIDADOR PRIMARIO TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD SI () / NO ()
EDAD CUIDADOR PRIMARIO: _____ PARENTEZCO: _____

PESO	TALLA	FC	FR	TA	TEMP	SPO	GLUCOSA

PADECIMIENTO ACTUAL: _____
EXPLORACIÓN FÍSICA: _____ ALERGIAS: (SI) (NO) A QUÉ: _____

A.RESPIRATORIO <input type="checkbox"/> RINITIS <input type="checkbox"/> DISNEA <input type="checkbox"/> FARINGITIS <input type="checkbox"/> TOS <input type="checkbox"/> OTALGIA <input type="checkbox"/> DOLOR TORÁCICO	A. CIRCULATORIO <input type="checkbox"/> DOLOR _____ <input type="checkbox"/> EQUIMOSIS <input type="checkbox"/> PARESTESIAS <input type="checkbox"/> RUBOR <input type="checkbox"/> CALOR <input type="checkbox"/> TELANGIECTASIAS	A.DIGESTIVO <input type="checkbox"/> EMESIS <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> ESOFAGITIS/PIROSIS <input type="checkbox"/> REFLUJO <input type="checkbox"/> DOLOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> DISTENSION	GINECOLOGÍA <input type="checkbox"/> DOLOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> LEUCORREA <input type="checkbox"/> DISMENORREA FCF ____ P ABD. ____ MOV ____ F.U ____ FUR: ____ EMBARAZO SI () / NO () <input type="checkbox"/> EMB. RIESGO
--	--	---	---

SEMANAS DE EMBARAZO _____
SIGNOS DE ALARMA OBSTÉTRICOS: _____

OBSERVACIÓN: _____
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICO: _____

TRATAMIENTO: _____

MÉDICO RESPONSABLE: _____
Nombre completo y firma CED.PROF: _____



Para el formato de “Nota de evaluación” del área médica, el médico tratante será el responsable de realizar el llenado correcto de dicho formato, según los hallazgos encontrados durante la atención. Deberá anotar al final del documento su nombre completo, firma y cédula profesional.

El auxiliar en campo apoyará al médico en el interrogatorio de los datos generales. Si se trata de una atención de primera vez se deberá integrar el expediente completo, si fuera una atención subsecuente, sólo se llenará el formato de nota de “Nota de evaluación” del área médica, anotando el número de visita subsecuente.



Formato 6.- Formato de “hoja de evaluación de fisioterapia”

HOJA DE EVALUACIÓN DE FISIOTERAPIA

DATOS DEL USUARIO					
NOMBRE		EDAD		FECHA	
DOMICILIO		SEXO		EXPEDIENTE	
TELÉFONO		CUENTA CON S.S		TERAPEUTA	
CURP		NUM. SESIÓN			
DIAGNÓSTICO DE REHABILITACIÓN			TRASLADOS		
REFLEJOS				INDEPENDIENTE	
SENSIBILIDAD				CON AYUDA	
LENGUAJE / ORIENTACIÓN				USA SILLA DE RUEDAS	
OTRO				USA CAMILLA	
INTENSIDAD DEL DOLOR					
0	2	4	6	8	10
Sin dolor	Poco dolor	Dolor Moderado	Dolor Fuerte	Dolor muy Fuerte	Dolor Insoportable
PLAN DE INTERVENCIÓN					
EVALUACIÓN					
EXAMINACIÓN					
DIAGNÓSTICO FÍSICO FUNCIONAL					
PRONÓSTICO					
PLAN DE TRATAMIENTO DEL DÍA					



Para el formato de “hoja de evaluación de fisioterapia”, el fisioterapeuta en turno será el responsable de realizar el llenado correcto de dicho formato, según los hallazgos encontrados durante la atención. Deberá anotar al final del documento su nombre completo y firma.

El auxiliar en campo apoyará al fisioterapeuta en la colocación de los datos generales.

Si se trata de una atención de primera vez se deberá integrar el expediente completo, si fuera una atención subsecuente, sólo se llenará el formato de nota de “hoja de evaluación de fisioterapia”, anotando el número de visita subsecuente.



Para el formato de “expediente de psicología”, el Lic. en psicología en turno será el responsable de realizar el llenado correcto de dicho formato, según los hallazgos encontrados durante la atención. Deberá anotar en el documento su nombre completo y firma.

El auxiliar en campo apoyará al Lic. en psicología en la colocación de los datos generales.

Formato 8.- Formato de “registro diario de atención en salud médica”

REGISTRO DIARIO DE ATENCIÓN EN SALUD MÉDICA																
NOMBRE DE LA UNIDAD: SALUD A TU ALCANCE											SERVICIO:					
NOMBRE DE QUIEN PROPORCIONA LA CONSULTA:											CÉDULA PROFESIONAL:					
FECHA	NO.	NOMBRE COMPLETO	CURP	COLONIA / DIRECCIÓN	TELÉFONO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	EMBARAZO	POSTRACIO	SEGURIDA 1A. VEZ / S	TIPO DE DISCAPACIDAD	SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRIA	DIAGNÓSTICO	REFERENCI	FIRMA DE RECEPCIÓN DE ATENCIÓN
	1															
	2															
	3															
	4															
	5															
	6															
	7															
	8															
	9															
	10															

Para el formato de “registro diario de atención en salud médica”, médico en turno será el responsable de realizar el llenado correcto de dicho formato. Deberá anotar en el documento su nombre completo, cédula profesional y firma.

El auxiliar en campo apoyará al médico en la colocación de los datos generales.



2 Modelado de procesos

<p>TULANCINGO Avanza GOBIERNO MUNICIPAL 2020-2024</p>		Procedimiento	PR-SATA-01	<p>PRESIDENCIA MUNICIPAL TULANCINGO DE BRAVO, HGO.</p>
		Identificación y atención básica en salud en población en situación de vulnerabilidad.	Fecha: 10-07-2024	
			Versión: 01	
		Página: 1		
Unidad Administrativa: Dirección de Sanidad Municipal		Área responsable: Jefatura de salud a tu alcance		
Descripción de Actividades				
Paso	Responsable	Actividad	Documento de trabajo (Clave)	
1	Auxiliar	Realizar la identificación de personas vulnerables que requieren el servicio de salud a tu alcance, en dos modalidades: visitas en campo o solicitudes recibidas ¿Modalidad es de campo?	No aplica	
2	Auxiliar	No es de campo Atender la solicitud para realizar el llenado del formato de solicitud para atención en salud y entregar al titular de la jefatura. Ir al paso a paso 6	Formato 1	
3	Auxiliar	Si es de campo Asistir físicamente al domicilio o colonia para identificar usuarios con vulnerabilidad. ¿Vulnerabilidad?	No aplica	
4	Auxiliar	No es vulnerable Continuar con las visitas a los domicilios programados para la identificación de usuarios con vulnerabilidades hasta concluir con el listado de domicilios. Ir al paso 3	No aplica	
5	Auxiliar	Si es vulnerable Ofrecer el servicio de atención en salud y requisita el formato de solicitud con los datos del usuario y entregar al titular el formato de solicitud.	Formato 1	
6	Titular de la Jefatura	Recibir formato de solicitud de atención en salud para analizar, clasifica y programa el itinerario de atenciones solicitadas y entrega a auxiliar en campo el itinerario para la atención de salud.	No aplica	



7	Auxiliar	Contactar a usuario de la lista de atención en salud para confirmar su cita ¿Está disponible usuario?	Formato 1
8	Auxiliar	No está disponible Continuar con el siguiente usuario en la lista de solicitudes de atención en salud, hasta concluir con la lista. Ir a paso 7	No aplica
9	Auxiliar	Si está disponible Confirmar día de la visita para la atención en salud, realiza identificación del lugar, del usuario y entrega lista al profesional de la salud responsable (medico, psicólogo, fisioterapeuta y nutriólogo)	No aplica
10	Profesional de la salud responsable	Recibir lista de atención en salud confirmadas para iniciar la visita en domicilio.	No aplica
11	Auxiliar	Solicitar datos de identificación (CURP o credencial de elector), apoyar en llenado de formato de visita domiciliaria, consentimiento informado y uso de imagen, para que los usuarios reciban la atención en salud por parte de los profesionales de la salud y generar evidencia fotográfica de la atención en salud	Formatos 2 al 4
12	Profesional de la salud responsable	Otorgar atención en salud a los usuarios, emitir un diagnóstico, realizar la nota de evaluación, integrar en el expediente información médica, hoja diaria y en su caso de ser necesario programar una visita subsecuente. ¿Visita subsecuente?	Formatos 5 al 8
13	Profesional de la salud responsable	Si se requiere visita subsecuente Solicitar al auxiliar en campo programación de visita subsecuente.	No aplica
14	Auxiliar	Programar visita subsecuente Ir al paso 9	Formato 1
15	Auxiliar	No se requiere visita subsecuente Recibir para archivar la hoja de diario y el expediente integrado.	No aplica
16	Profesional de la salud responsable	Entregar a titular de la jefatura la hoja diaria de atenciones en salud y expediente de salud integrados para su archivo y comprobación.	No aplica

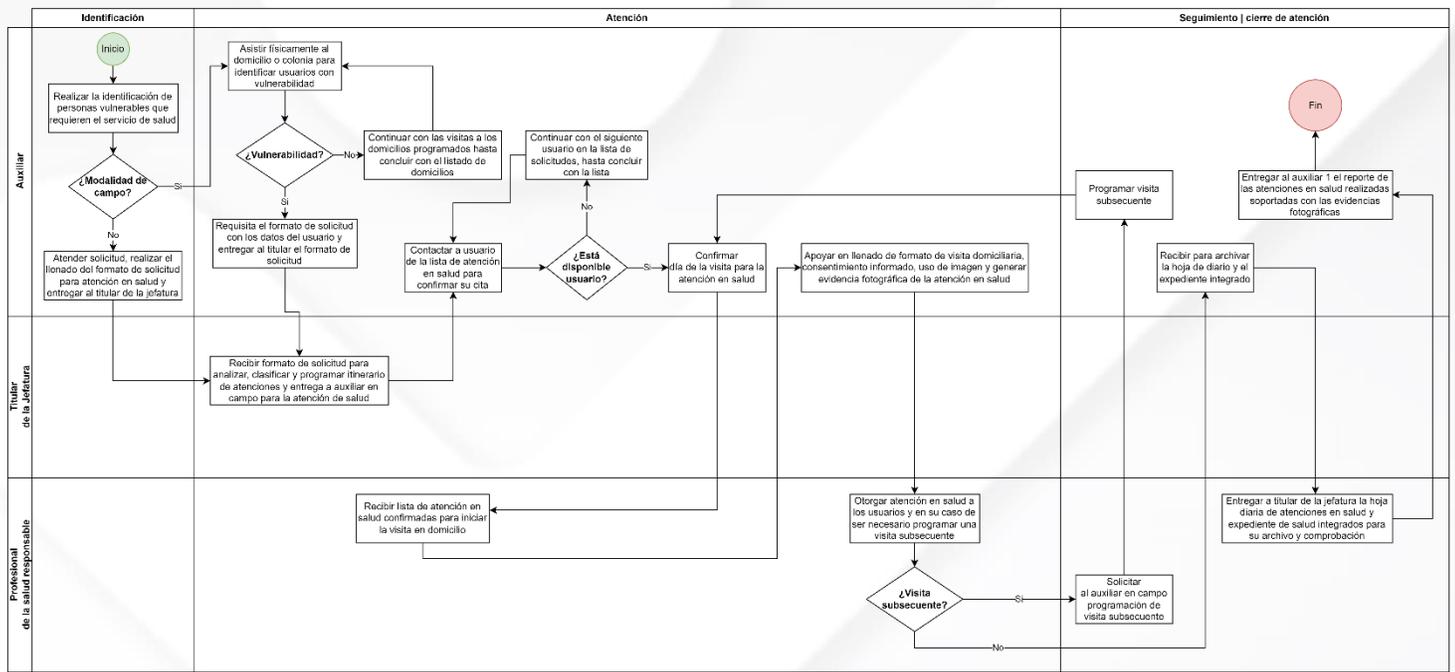


17	Auxiliar	Entregar al auxiliar 1 el reporte de las atenciones en salud realizadas soportadas con las evidencias fotográficas.	No aplica
18		Fin del proceso	

<p>TULANCINGO Avanza GOBIERNO MUNICIPAL 2020-2024</p>	Procedimiento	PR-SATA-01	<p>PRESIDENCIA MUNICIPAL TULANCINGO DE BRAVO, HGO.</p>
	Identificación y atención básica en salud en población en situación de vulnerabilidad.	Fecha: 10-07-2024	
		Versión: 01	
		Página: 1	

Unidad Administrativa: Dirección de Sanidad Municipal

Área responsable: Jefatura de salud a tu alcance



***Ingreso:**

- Petición directa de la ciudadanía
- Petición por enlace vecinal
- Petición por redes sociales o medios de comunicación
- Petición interinstitucional
- Solicitud por oficialía de partes
- Búsqueda intencionada de personas vulnerables de acuerdo a planeación mensual

** La programación de la atención en salud se realiza de acuerdo a la prioridad en atención en salud del usuario que hace la solicitud, el orden de entrada de las solicitudes y el plan anual de trabajo.