



**LAGOS
DE MORENO**
H. AYUNTAMIENTO 2024 - 2027

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCION DE SERVICIOS MEDICOS

2024 - 2027

H. AYUNTAMIENTO DE LAGOS DE MORENO, JALISCO

1



9 PALACIO MUNICIPAL
☎ 474 74 121 21 / 474 74 121 00 / 474 74 204 01
Juárez esq. Francisco González León S/N Zona Centro, C.P. 47400
Lagos de Moreno, Jalisco.



CUADRO DE CONTROL

Elaboró: DR. JORGE HUMBERTO LOPEZ RUIZ	SERVICIOS MEDICOS
Fecha de elaboración:	25 de marzo de 2025
Actualización:	Versión 04
Código:	SMP-MP-02

BITÁCORA DE REVISIONES:

No.	Fecha del cambio	Referencia del punto modificado	Descripción del cambio
1	24 de febrero del 2022	Todo el documento	Actualización por la nueva imagen gubernamental, revisión y actualización de contenido.
2	10 de enero del 2023	IV y V RELACIONES INTERNAS Y RELACIONES EXTERNAS.	Se agregaron: Línea de Comunicación y/o medios oficiales de comunicación de carácter formal e informal Internas; y V Líneas de comunicación y/o medios oficiales de comunicación formal e informal externas.
3	12 de marzo del 2024	Todo el documento	Se actualizaron los procedimientos de áreas de la coordinación general de administración.
4	28 de marzo del 2025	Todo el documento	Actualización por la nueva imagen gubernamental, revisión y actualización de contenido.



INDICE

Contenido

CUADRO DE CONTROL	2
BITÁCORA DE REVISIONES:	2
INDICE	3
PRESENTACIÓN:	5
INTRODUCCIÓN:	5
OBJETIVO DEL MANUAL:	5
MARCO JURÍDICO:	5
DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS:	6
DIAGRAMA DE FLUJO	8
DIAGRAMA DE FLUJO	9
.....	9
DIAGRAMA DE FLUJO	11
DIAGRAMA DE FLUJO	12
DIAGRAMA DE FLUJO	13
DIAGRAMA DE FLUJO	14
DIAGRAMA DE FLUJO	15
RECETA MEDICA	16
CERTIFICADO MEDICO	17
CERTIFICADO MEDICO	18
PARTE DE LESIONES	19
CERTIFICADO MEDICO DE NO GRAVIDEZ	20
INCAPACIDAD	21
HOJA DIARIA DE PRODUCTIVIDAD	22
CONSTANCIA DE DISCAPACIDAD	23
HOJA DIARIA DE CONSULTAS DE NUTRICION	24
HISTORIAL CLINICO DE NUTRICION	25



HISTORIA CLINICO DE NUTRICION	26
PLAN ALIMENTICIO NUTRICION	27
PLAN ALIMENTICIO NUTRICION	28
MEDICOS DICTAMINADORES (BARANDILLA)	29
CONTRATO TERAPEUTICO (PSICOLOGIA)	30
ENTREVISTA INICIAL (PSICOLOGIA)	31
CUADRO CLINICO (PSICOLOGIA)	32
FACTORES DESENCADENNTES (PSICOLOGIA)	33
SPORTE FAMILIAR, SOCIAL, LABORAL Y PERSONAL (PSICOLOGIA)	34
CONTEXTO DE VIDA (PSICOLOGIA)	35
INTERPRETACION GENERAL (PSICOLOGIA)	36
REGISTRO DE ATENCION PREHOSPITALARIA	37
RELACION DE INSUMOS UTILIZADOS (SAMU)	38
ENTREGA DE RECEPCION DE GUARDIA	39
REPORTE DE ACTIVIDADES (FARMACIA)	40
REGISTRO DE PRODUCTIVIDAD (AREA DE CURACIONES)	41
RODUCTIVIDAD (ALMACEN)	42
BITACORA DE TANQUES DE OXIGENO (ALMACEN)	43
BITACORA DE ENTRADA Y SALIDA DE OXIGENO (ALMACEN)	44
SOLICITUD DE REPORTE DE RESULTADOS DE CITOLOGIA CERVICAL	45
AUTORIZACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS:	46



PRESENTACIÓN:

Se propone el **Manual de Procedimientos de la Dirección de Servicios Médicos Municipales**, como instrumento administrativo dentro de las labores de la Dependencia, que permite la identificación de las etapas de cada procedimiento y actividades que son ejecutadas por la Dependencia.

INTRODUCCIÓN:

Con fundamento en lo dispuesto por el artículo 73 del *Reglamento de la Administración Pública Municipal de Lagos de Moreno, Jalisco*, se propone el presente Manual de Procedimientos de la Dirección de Servicios Médicos Municipales con la finalidad de armonizar y homologar la definición de sus objetivos, funciones, obligaciones y ámbito de competencia, las cuales deben operar con estricto apego sus atribuciones y facultades establecidas en las leyes, reglamentos y demás disposiciones aplicables, motivo por el cual, el Manual de Procedimientos debe delimitar las funciones y responsabilidades de cada uno de los servidores públicos adscritos a la Dirección de Servicios Médicos Municipales, y que especifique claramente las distintas actividades que se realizan en el área, así como la forma de impulsar y mejorar su eficiencia.

OBJETIVO DEL MANUAL:

El Manual de Procedimientos de la Dirección de Servicios Médicos Municipales tiene como objeto dar a conocer de manera clara y sencilla las actividades que se deberán realizar para establecer una forma única de realizar las actividades, de acuerdo con las normas y políticas de la Dirección de Servicios Médicos.

MARCO JURÍDICO:

REGLAMENTO DE LA ADMINISTRACION PUBLICA MUNICIPAL.

DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS:

NO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FORMATO
01	Servicio Médico: Realiza consultas médicas, historia clínica, certificados médicos, revisa y aprueba estudios prenupciales, certificados de no gravidez, Constancias de Discapacidad, incapacidades para el personal del H. Ayuntamiento, pruebas rápidas de antígenos para la detección del virus COVID 19 y partes de lesiones.	Medico Municipal en la Dirección de Salud Municipal	Recetas, certificados médicos, partes de lesiones, certificado de no gravidez, incapacidad, hoja diaria y constancia de Discapacidad
02	Nutrición: Consultas de nutrición y pláticas para la prevención y detección de obesidad y desnutrición	Nutrición	Hoja diaria, Historia clínica y Plan de Alimentación.
03	Servicio Médico (Área de Barandilla): Encargado de hacer dictámenes médicos a los detenidos	Medico Municipal en el Área de Barandilla	Formato de dictámenes médicos.
04	Psicología: Consultas de atención psicológica, pláticas y talleres promoviendo la salud mental.	Psicólogo	Bitácora de atenciones y expedientes.
05	Atención prehospitalaria de urgencia	Personal de SAMU (AMBULANCIAS)	Formatos de Registro de Atención Prehospitalaria (FRAP), relación de insumos utilizados, bitácora de servicios,
06	Farmacia: en caso de que se cuente con el medicamento recetado, se le otorga al paciente	Personal de enfermería	Bitácora de Atenciones y formato de productividad



LAGOS DE MORENO
M. AYUNTAMIENTO 2024 - 2027

07	Curaciones Cuando el Ciudadano llega a solicitar, haciendo recepción en el área de curaciones/urgencias	Personal de enfermería	Hoja de registro de productividad
08	Almacén: Abastecimiento de material de curaciones para las unidades de emergencia. Entrega de solicitud de material a las dependencias del H. Ayuntamiento.	Personal de enfermería	Vales de salida de almacén Hoja de productividad Bitácora de tanques de oxígeno





DIAGRAMA DE FLUJO:

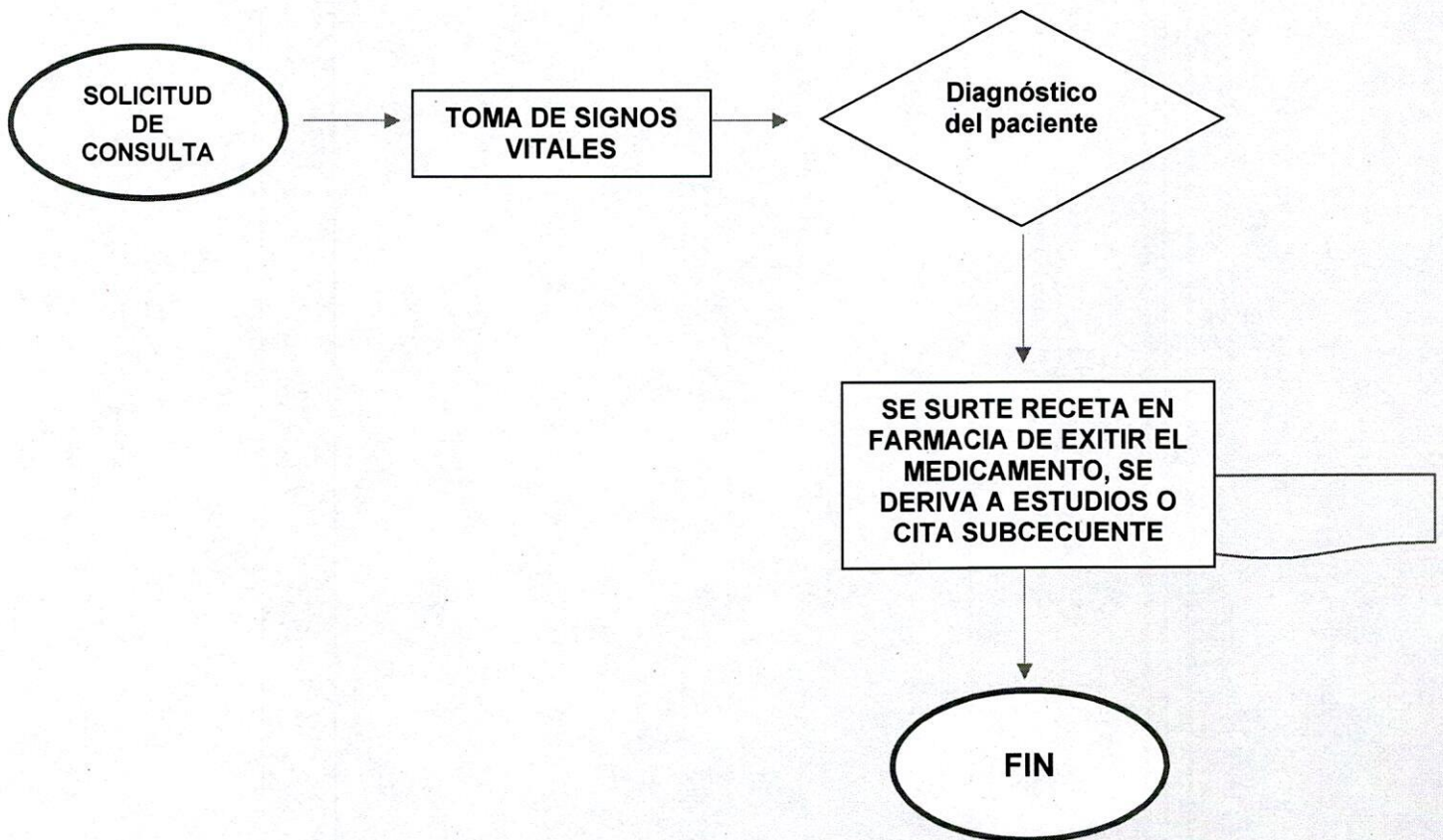




DIAGRAMA DE FLUJO

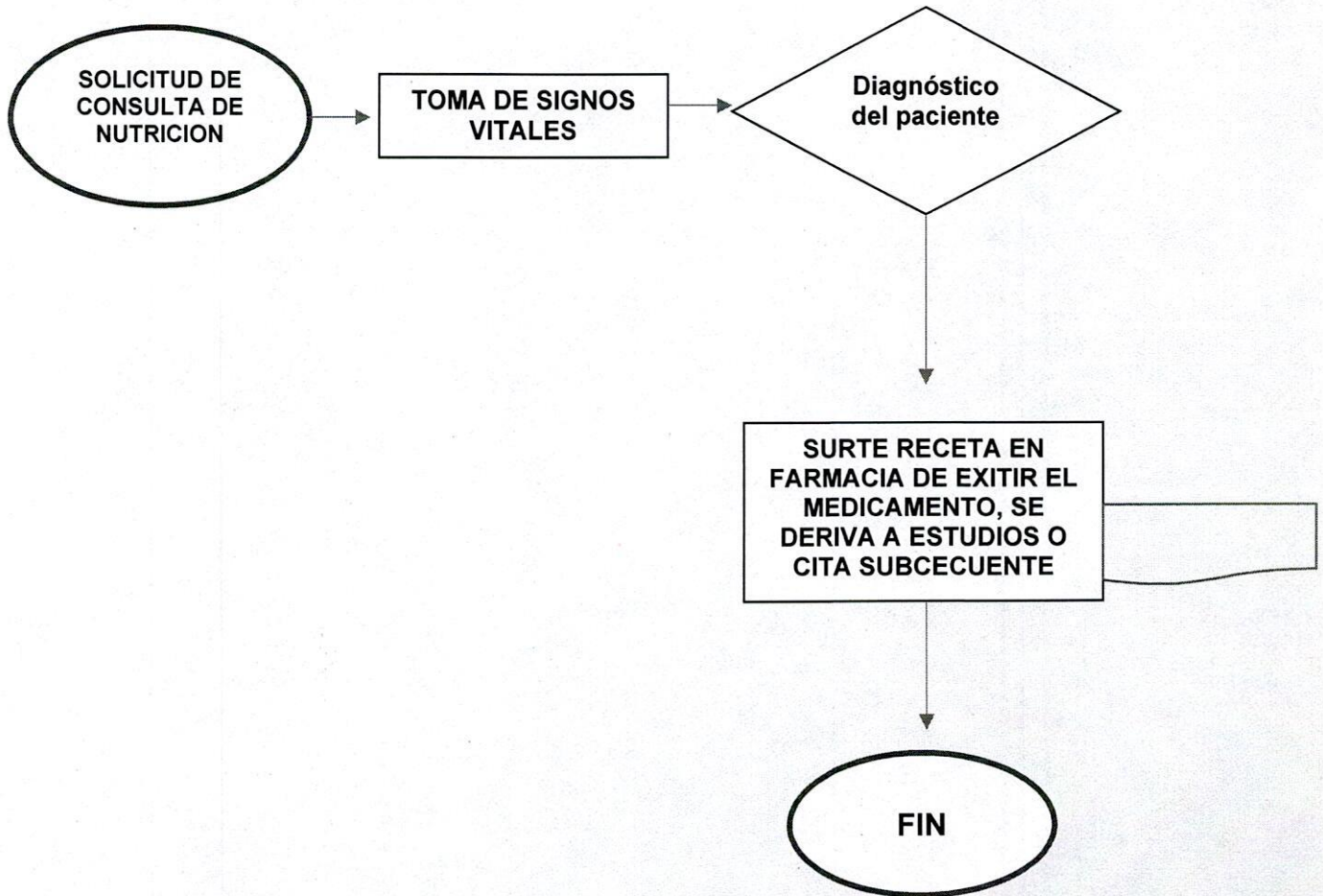


DIAGRAMA DE FLUJO

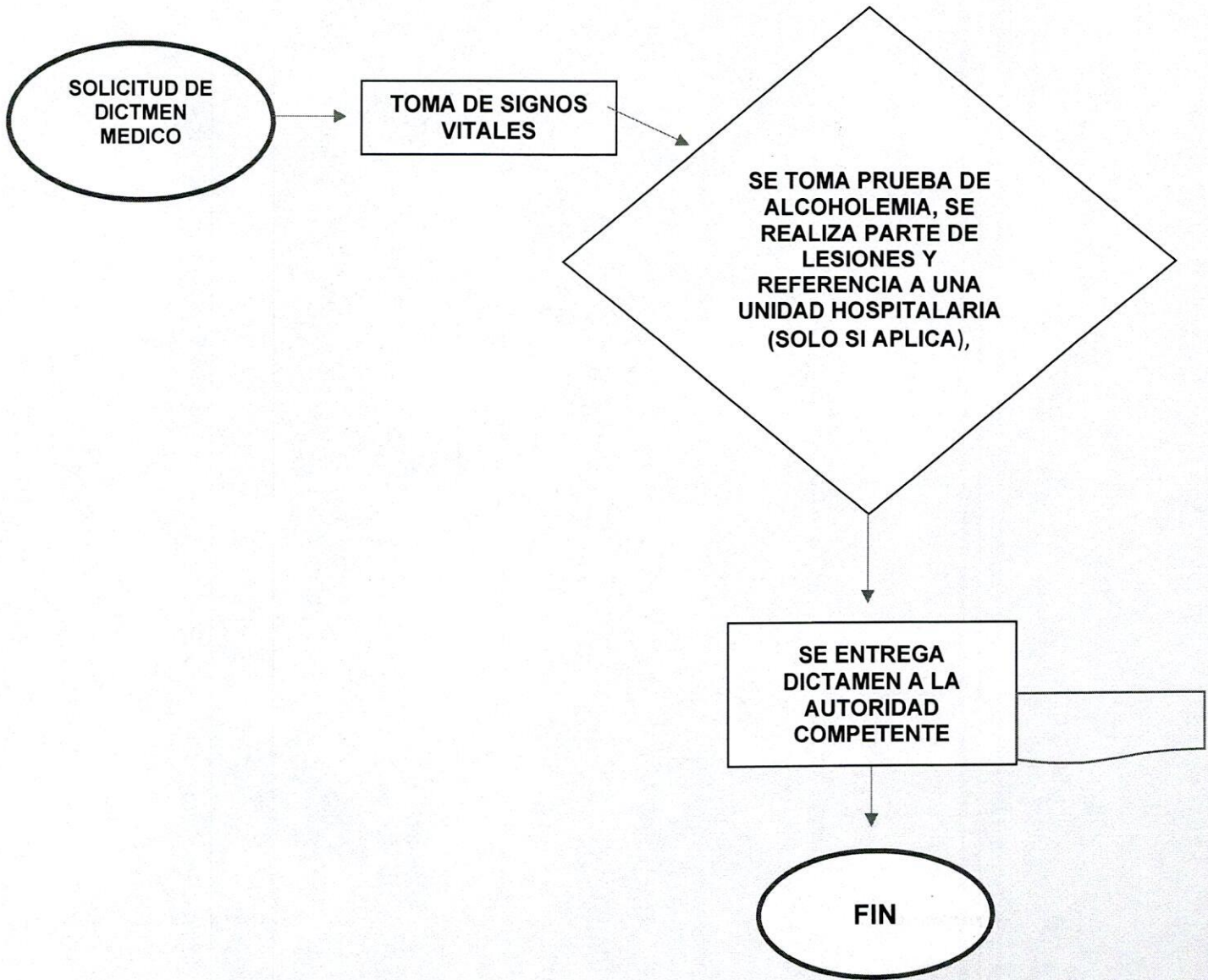


DIAGRAMA DE FLUJO

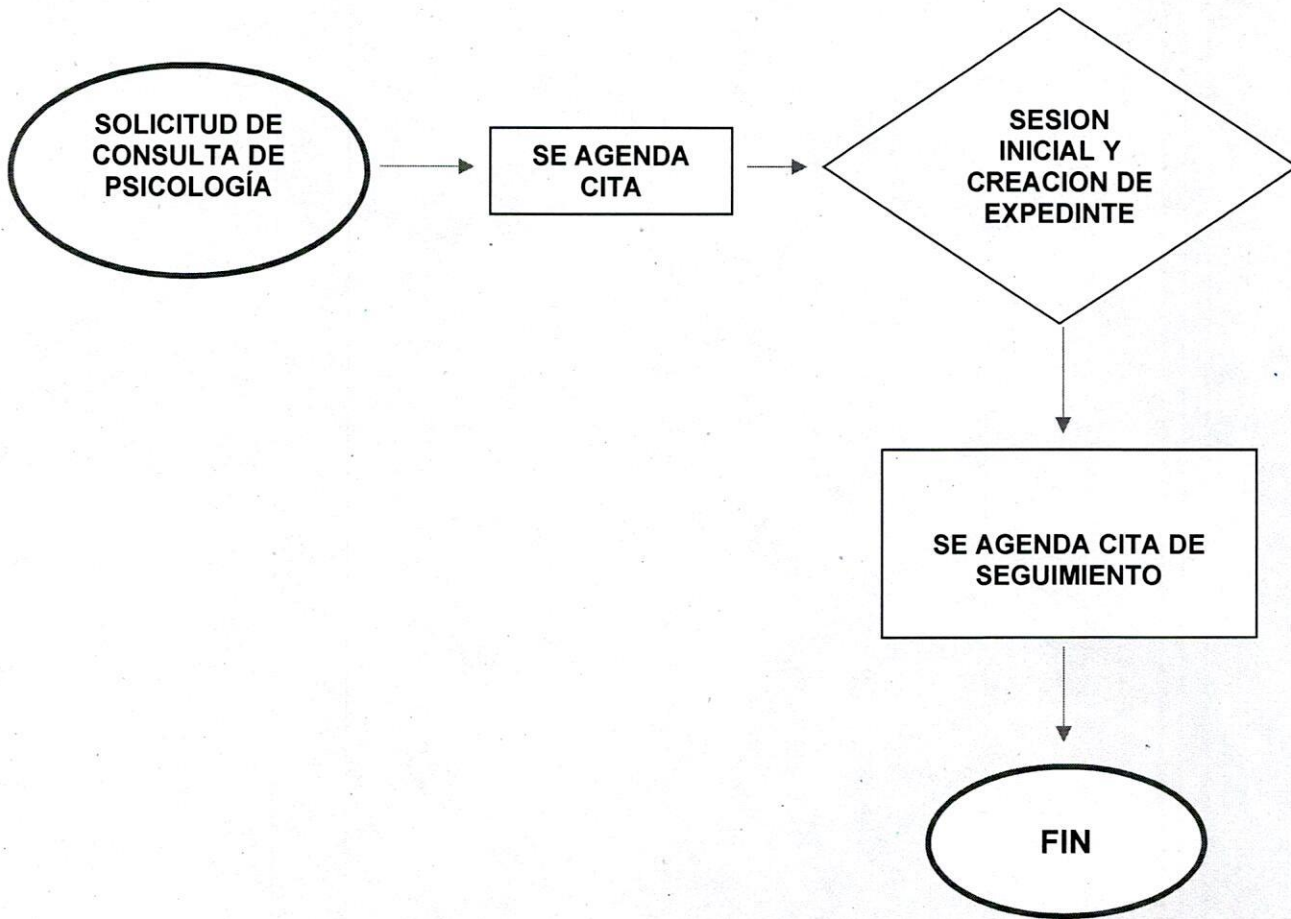


DIAGRAMA DE FLUJO

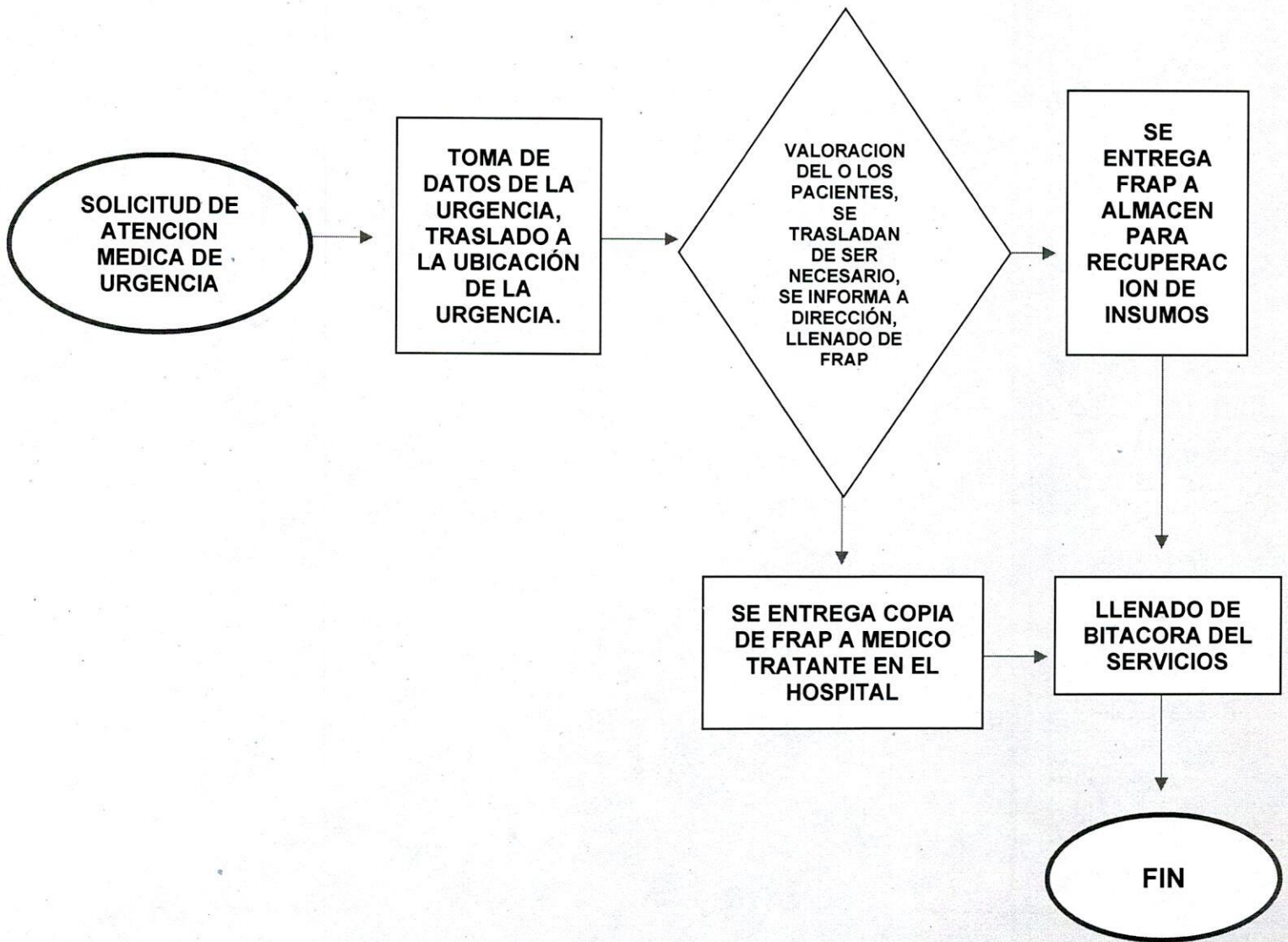


DIAGRAMA DE FLUJO

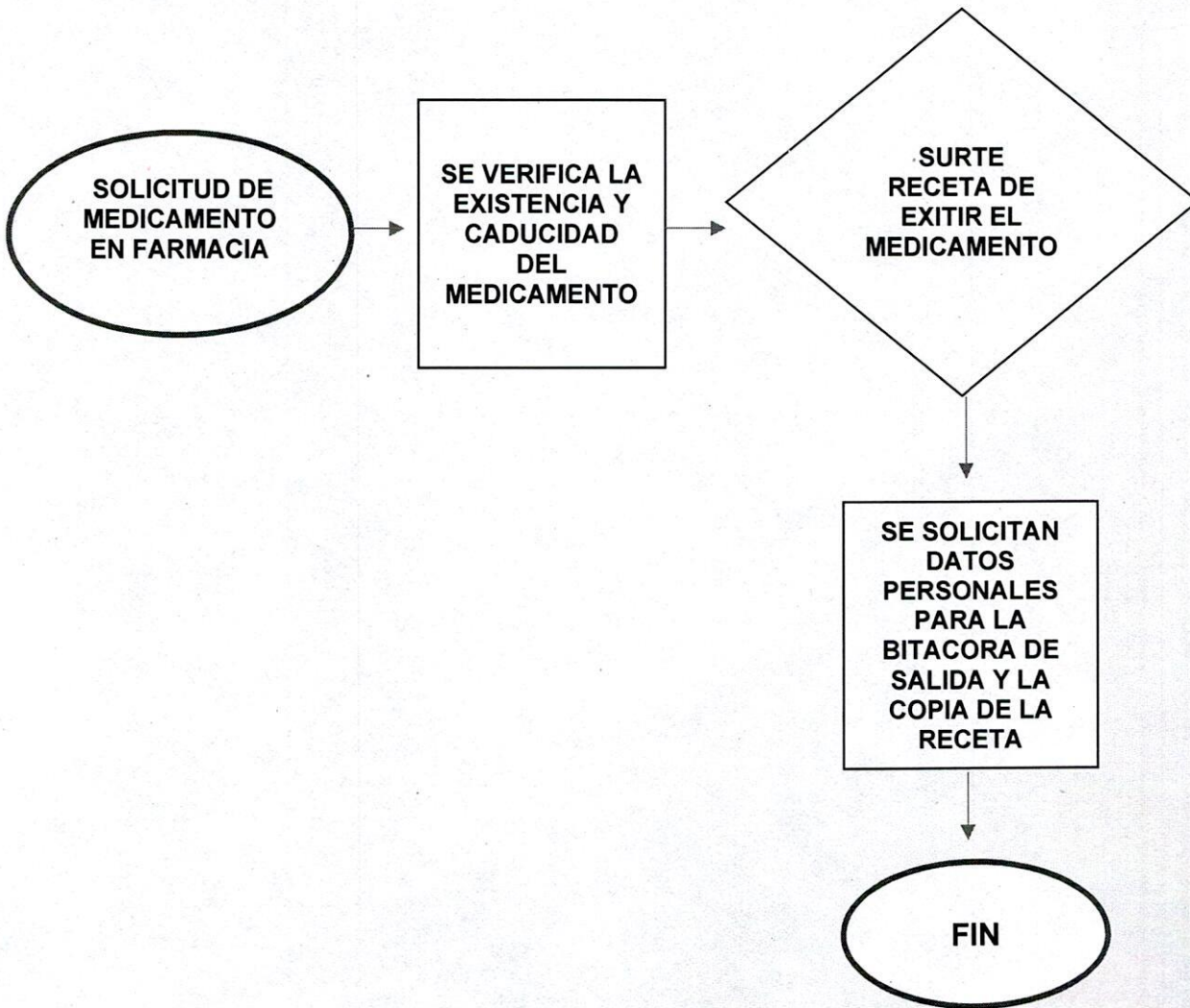




DIAGRAMA DE FLUJO

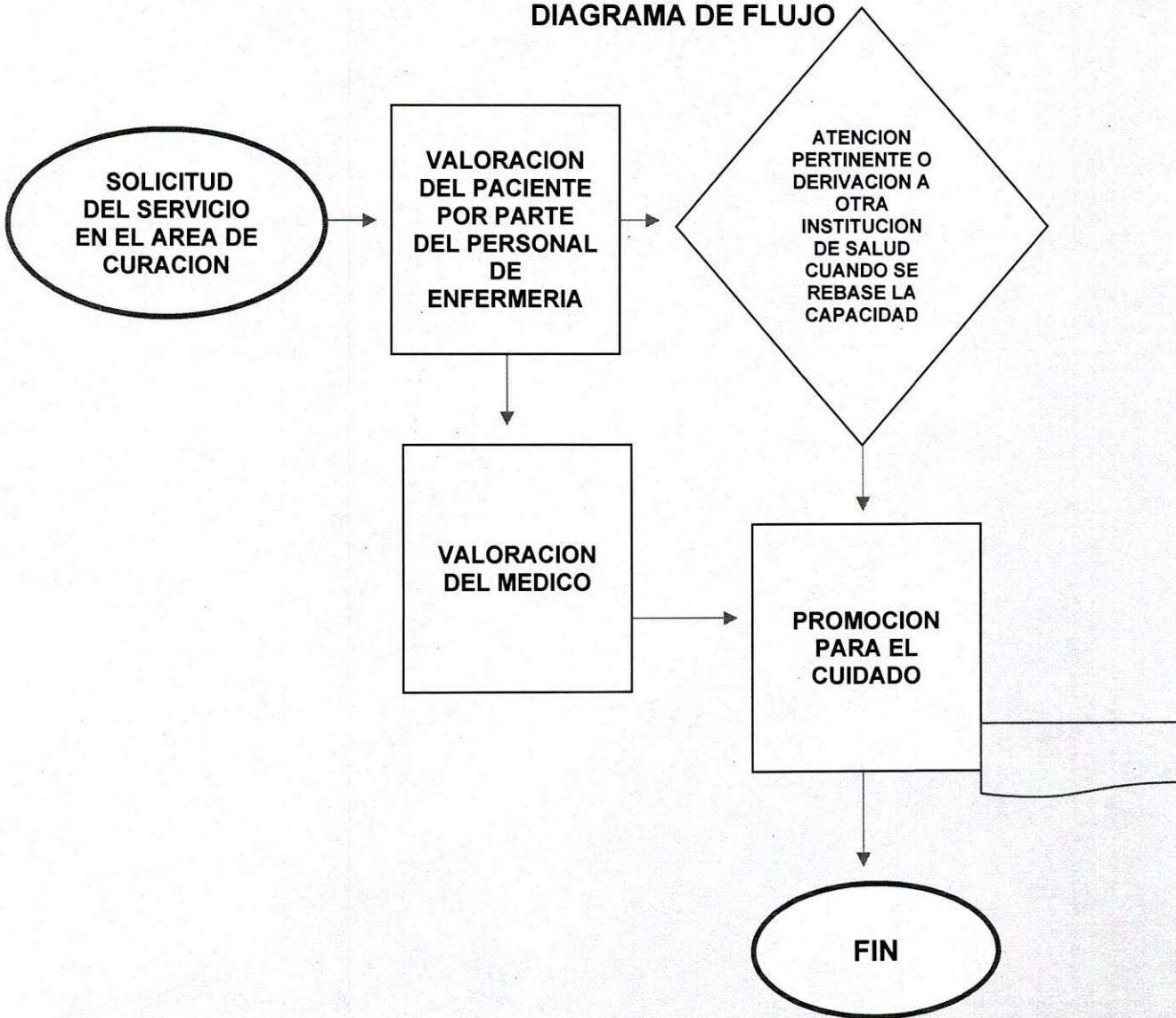
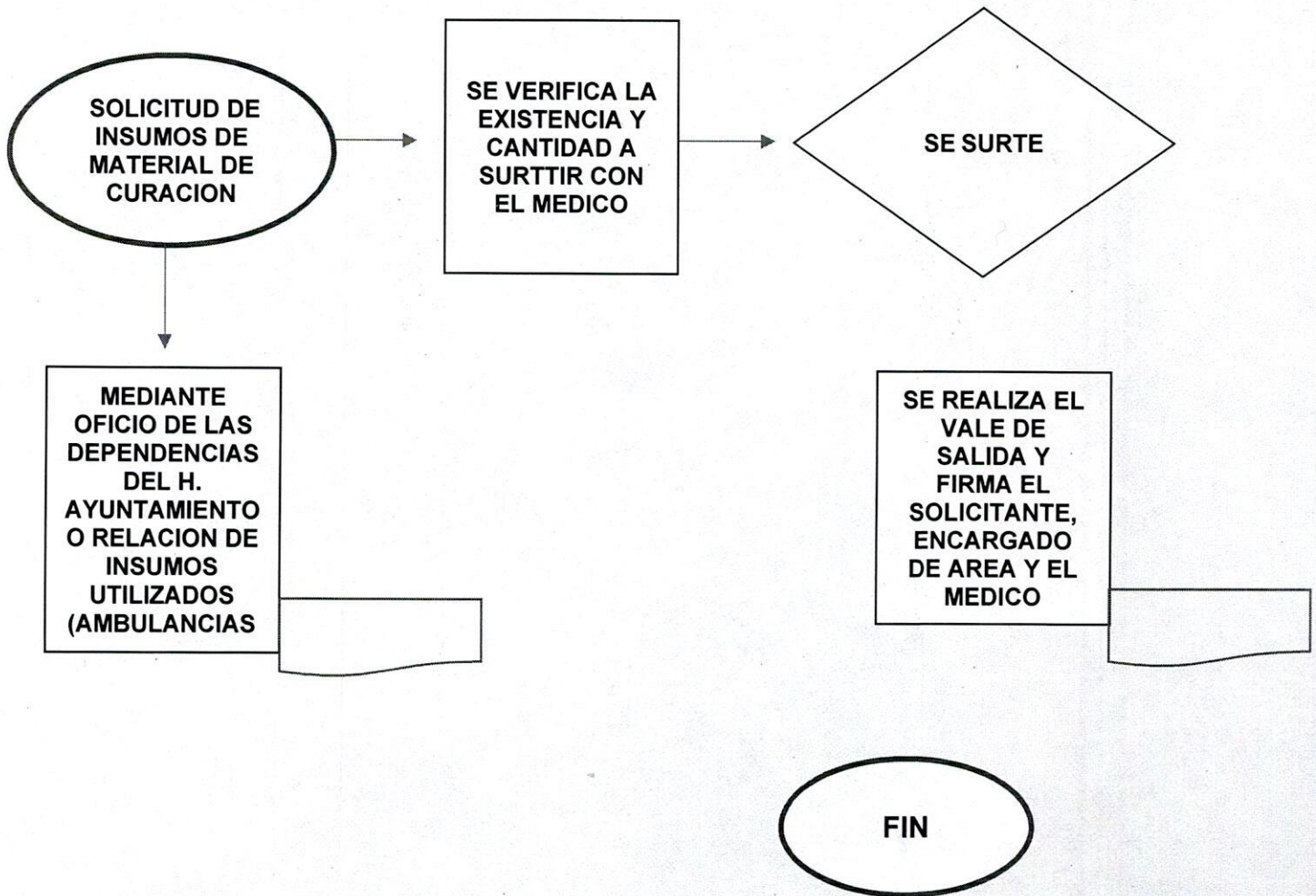


DIAGRAMA DE FLUJO





LAGOS DE MORENO
H. AYUNTAMIENTO 2024 - 2027

RECETA MEDICA



SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES

FOLIO: N° 0801



Nombre: _____ Fecha: _____

María Grever S/N, esq. con la calle Jorge Negrete, Col. Álvarez de Castillo / Cel: (474) 74 2 48 73





LAGOS DE MORENO
H. AYUNTAMIENTO 2024 - 2027

CERTIFICADO MEDICO



SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES
LAGOS DE MORENO, JAL.
CERTIFICADO MÉDICO



FOLIO

EL QUE SUSCRIBE MÉDICO DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN HACE DE SU CONOCIMIENTO QUE:

C: _____

SEXO M F EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____ FECHA: _____

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

NO PATOLÓGICOS () SI _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

QUIRÚRGICOS: NO () SI _____

TRANSFUSIONES: NO () SI _____

FRACTURAS: NO () SI _____

ANTECEDENTES PERINATALES

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO INCOMPLETO

ALERGIAS: NO () SI _____

GRUPO SANGUÍNEO Y RH: _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

PESO TALLA IMC T/A FC FR TIEMP

AGUDEZA VISUAL OD OI

CARDIORESPIRATORIO

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS ARRITMICOS

SOPLO CARDIACO SI NO

RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES ANORMALES

FOCOS DE CONDENSACIÓN SI NO

TRANSMISIÓN, VIBRACIÓN VOCAL SI NO

ABDOMEN

DOLOROSO SI NO

VISCEROMEGALIA SI NO

ASCITIS SI NO



LAGOS DE MORENO
PATRIMONIO
CULTURAL DE
LA HUMANIDAD



CERTIFICADO MEDICO

PERISTALISIS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DATOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
NEUROLÓGICO		
GLASGOW	<input type="checkbox"/> SI	
MARCHA	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ANORMAL
ALTERACIONES DE PARES CRANEALES	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
EXTREMIDADES		
ASIMETRÍA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
EDEMA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ROTS	<input type="checkbox"/> PRESENTES	<input type="checkbox"/> AUSENTES
ARTICULACIONES AFECTADAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

OBSERVACIONES: _____

DURANTE LA EXPLORACIÓN FÍSICA EL PACIENTE MUESTRA RASGOS QUE ORIENTAN A UNA BUENA SALUD MENTAL, POR LOS HALLAZGOS ANTERIORES SE CONCLUYE QUE EL SOLICITANTE SE CONSIDERA CLÍNICAMENTE COMO PERSONA SANA O ENFERMA Y SE CONSIDERA APTO NO APTO PARA DESEMPEÑAR ACTIVIDADES FÍSICAS Y/O INTELECTUALES.
 SE SUGIERE QUE SEA EVALUADO POR _____

ATENTAMENTE DR. _____ CÉDULA _____

AV. PEDRO MORENO LOCAL 11-12 COL. LAURELES DEL CAMPANARIO, FRACCIONAMIENTO CASAS GEO. LAGOS DE MORENO, JAL. TEL. 4747424873

AVISO DE PRIVACIDAD CORTO.

La Unidad de Transparencia e Información Pública Municipal del Gobierno Municipal de Lagos de Moreno, Jalisco, es el responsable del uso y protección de sus datos personales, y al respecto le informa lo siguiente:

Los datos personales que usted proporcione al Gobierno Municipal de Lagos de Moreno, Jalisco serán únicos y exclusivamente utilizados para llevar a cabo los objetivos y atribuciones de este Municipio. Si desea conocer nuestro aviso de privacidad integral lo podrá consultar a través de la página de internet de este sujeto obligado, la cual es: www.ldm.gob.mx/transparencia/ o bien de manera presencial en nuestras instalaciones.

 (Nombre y firma del titular de los datos personales)





LAGOS DE MORENO
H. AYUNTAMIENTO 2024 - 2027

PARTE DE LESIONES



LAGOS DE MORENO
H. AYUNTAMIENTO 2024 - 2027

**PARTE DE LESIONES
SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES**

H. AYUNTAMIENTO DE LAGOS DE MORENO, JALISCO



FOLIO N° 402

Fecha _____ Hora _____
 Parte de Lesiones del C. _____ Edad _____ Sexo _____
 Estado Civil _____ Ocupación _____ Estado de Ebriedad _____

Descripción de Lesiones

Lesiones que por su situación y naturaleza _____ ponen en peligro la vida y tardan _____ de quince días en sanar. SE IGNORAN SECUELAS

Nombre: _____ Cédula: _____
 Hora de elaboración: _____





LAGOS DE MORENO
H. AYUNTAMIENTO 2024 - 2027

CERTIFICADO MEDICO DE NO GRAVIDEZ



LAGOS DE MORENO, JALISCO A 28 MARZO DEL 2025

ASUNTO: CERTIFICADO MEDICO NO GRAVIDEZ

A QUIEN CORRESPONDA:

El que suscribe Médico Cirujano - _____ - con Cedula Profesional XXXXXXXX adscrito a la Dirección de Servicios Médicos Municipales. Hago constar que la C. ----- de ---- años cumplidos, Se presenta y se identifica con original y copia de INE con clave de elector: IDMEX----- actualmente se encuentra en estado de NO GRAVIDEZ.

Se certifica este estado con prueba sérica de laboratorio tomada el día 26/03/2025. Con resultado: Prueba de Embarazo: NEGATIVA

La presente se extiende a petición del interesado y para los fines que le convengan, se extiende la presente en Lagos de Moreno, Jalisco.

ATENTAMENTE

Dr. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
DGP xxxxxxxx
SERVICIOS MEDICOS MUNICIPALES



9 PALACIO MUNICIPAL
☎ 474 74 121 21 / 474 74 121 00 / 474 74 204 01
Juárez esq. Francisco González León S/N Zona Centro, C.P. 47400
Lagos de Moreno, Jalisco.
www.ldm.gob.mx



INCAPACIDAD

LAGOS DE MORENO A, 24 DE MARZO DEL 2025

INCAPACIDAD

A quien corresponda:

Por medio de la presente, hago de su conocimiento que C. -----
----- de ----- años que pertenece a la Dirección de -----
----- con **NO. EMPLEADO** ----- acude a esta Unidad con diagnóstico de: -
----- Paciente que acude, al servicio presentando -----
-----, por lo que se indica reposo en casa por XX día(s)
del ---- **AL** ---- **DE MES EN CURSO** por riesgo laboral y médico que conlleva la
situación clínica actual de la paciente y de su entorno. Se dan datos de alarma. En
caso de continuar con malestar se recomienda acudir a servicio de urgencias en
IMSS y valoración médica nuevamente.

Sin más por el momento, me despido de usted, quedando a su disposición
para cualquier duda o aclaración.

ATENTAMENTE

MÉDICO MUNICIPAL
DR. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
CED PROF.: xxxxxxxxx

CONSTANCIA DE DISCAPACIDAD

Lagos de Moreno, Jalisco 24 de Marzo del 2025

CONSTANCIA MÉDICA DE DISCAPACIDAD

A quien corresponda.

El que suscribe Médico Cirujano - _____ - con **Cédula Profesional XXXXXXXXXX** adscrito a los Servicios Médicos Municipales, Hago constar que el C. _____ de _____ AÑOS se encuentra en REGULARES o MALAS condiciones generales requiere de apoyo para realizar sus funciones normales y actividad cotidiana ya REQUIERE EL APOYO DE SU FAMILIA o REQUIERE APOYO CON_____ debido a que presenta una Diagnóstico de _____. Por lo que requiere del apoyo por familiares o terceros, depende totalmente de otras personas para llevar a cabo todas las actividades.

Dichas características mencionadas anteriormente limitan las actividades de la vida diaria o laboral ya que será progresivo afectando la capacidad adaptativa a las actividades.

La presente se extiende a petición del interesado y para los fines que le convengan, se extiende la presente en Lagos de Moreno, Jalisco.

ATENTAMENTE

DR. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
CED. PROF. XXXXXXXXXXXXX
SERVICIOS MEDICOS MUNICIPALES



LAGOS DE MORENO
H. AYUNTAMIENTO 2024 - 2027

HOJA DIARIA DE CONSULTAS DE NUTRICION

HOJA DIARIA DE CONSULTAS DE NUTRICION

MES _____ AÑO _____

LN. _____



No	Fecha	Nombre del paciente	Domicilio	Sexo	Edad	Evaluación H.C Atp	Diagnostico	Tratamiento
1.-								
2.-								
3.-								
4.-								
5.-								
6.-								
7.-								
8.-								
9.-								
10.-								
11.-								
12.-								
13.-								
15.-								
16.-								
17.-								
18.-								
19.-								
20.-								
21.-								
22.-								
23.-								
24.-								
29.-								
30.-								
31.-								

CÉDULA:





HISTORIA CLINICO-NUTRICIA

FICHA CLÍNICA

Nombre: _____ Fecha: _____
 Género: F M Ocupación: _____ Edad: _____ años
 Domicilio: _____ Lugar de Origen: _____ Estado Civil: _____
 Teléfono: _____ Religión: _____
 Motivo de consulta: _____

ANTECEDENTES

Heredo familiares:
 SP _____ Col _____ Tg _____ HTA _____ Cálculos biliares _____
 Ca _____ ER _____ DM _____ Cirrosis _____ Enf. del corazón _____
 Enf Resp _____ Sx. Met _____ Hipo/hipertiroidismo _____
 Patológicos Personales: (Asma, Alergia, Intolerancia) _____
 Personales no Patológicos: (Tabaquismo, Alcoholismo, Hacinamiento, Fauna Nociva) _____
 Cirugías: _____
 Ant. Gineceo-Obstétricos _____ Menarca _____ Ritmo _____ Cantidad _____
 Menopausia SI NO Tiempo _____ G _____ P _____ C _____ A _____ Anticonceptivos SI NO Cual _____
 Otras Dietas: _____

PERSONALES PATOLÓGICOS

Padecimientos actuales: SP, OB, Gastritis, Ulcera, Hernia, Alergias, Anorexia, Bulimia, DM, Colitis, Enf Renal, Gota, Migraña, HTA, Col, TG, Otras _____

Medicamentos actuales: _____

Suplimentos: _____

Actividad física: _____

Síntomas que presenta actualmente:

___ Problemas para masticar ___ Acidez ___ Probl. De deglución ___ Diarrea
 ___ Alteraciones del apetito ___ Nauseas ___ Vomito ___ Mareos
 ___ Dolor de Estómago al comer ___ Flatulencias ___ Estreñimiento ___ Otros: _____

EXPLORACIÓN FÍSICA, SIGNOS Y SÍNTOMAS ACTUALES: (Cabello, Cara, Ojos, Piel, Manos, Uñas, Dentadura, Dolor rodillas/pies, Edemas, Cefalea, Ascitis.) _____

LN.
Cédula: _____





Galletas integrales 5 pza. Tamal 1/5 pza

Cereales y sus derivados sin grasa 1 Equivalente

Amaranto tostado	1/4 taza	Galleta salada	4 pza.
Arroz cocido	1/2 taza	Gramola	3cda.
Avena cocida	3/4 taza	Hojuelas de maíz	1/3 taza
Avena cruda	1/3 taza	Hojuelas de trigo	1/2 taza
Baquette	1/7 pza	Maicena	2 cda.
Barrita de avena	1/2 pza.	Maiz pozolero	54 gr.
Barrita de gramola	1/2 pza.	Pailitos de pan	3pza.
Bolillo	1/3 pza.	Palomitas naturales	2 1/2 taza
Bollo hamburguesa	1/3 pza.	Pan de caja	1 reb.
Camote cocido	1/4 taza	Pan de hot dog	1/2 pza.
Cereal de trigo	1/3 taza	Pan molido	8 cda.
Crotones	1/3 taza	Papa cocida	1/2 pza.
Eloite cocido	1/2 taza	Pastas cocidas	1/2 taza
Espagueti cocido	1/3 taza	Tortilla de harina	1/2 pza.
Galleta animalito	6 pza.	Tortilla de maíz	1 pza.
Galletas Marías	5 pza	Tostada	1 pza.

Legumbres 1 Equivalente

Alubia cocida	1/4 taza	Lentejas cocidas	1/2 taza
Frijol cocido	1/4 taza	Soya cocida	1/2 taza
Garbanzo cocido	1/4 taza	Soya texturizada	35 gr.
Habas cocidas	1/4 taza		

Carne y pollo 1 Equivalente

Aguyon de res	30 gr	Jamón	2 reb.
Alm fresco	30gr.	Liebre	50 gr.
Alm en aceite	25 gr	Lomo de cerdo	40gr
Bistec de res	30gr.	Molida de res o pollo	30gr
Cabrilo	25gr.	Nuglet de pollo	3 1/2 pza
Calamar	45gr	Pechuga de pollo	30 gr
Carraón cocido	5pza.	Queso amarillo	2 reb.
Carné de res	30gr	Queso asadero	1 reb
Costilla de cerdo	50gr	Queso fresco	40gr
Chuleta	45gr	Queso panela	40gr
Clara de huevo	2pza.	Salmon	30 gr
Filete de pescado	40gr	Salchicha de pavo	1 pza.
Higado	30gr	Sardina	40gr
Huevo	1pza	Tripa de res	25 gr

Verduras 1 Equivalente

Acelga cruda	2 tazas	Espinacas crudas	2 tazas
Aoelga cocida	1/2 taza	Espinacas cocida	1/2 taza
Beiabiel crudo	1/4 taza	Flor de calabaza	1 taza
Brocoli crudo	1 taza	Germen de alfalfa	3 tazas
Brocoli cocido	1/2 taza	Jicama	1/4 taza
Calabacita cocida	1/2 taza	Jitomate	1 pza.
Champiñon cocido	1 1/2 taza	Jugo de verduras	1/2 taza
Chayote cocido	1/2 taza	Lechuga	3 taza
Chicharro cocido	1/4 taza	Nopal cocido	1 taza
Col cocida	1/4 taza	Pepino	1 1/4 taza
Col cruda	1 1/2 taza	Puré de tomate	1/2 taza
Coliflor cocida	1/4 taza	Verdóbaga cocida	1 taza
Ejote cocido	1/2 taza	Zanahoria	1/4 taza

Frutas 1 Equivalente

Agu de coco	1 1/2 taza	Mandarina	2 pza.
Arañadano fresco	125 gr	Mango manila	1 pza.
Caña de azúcar	250 gr	Mango pelación	1/2 pza.
Cereza	20 pza.	Manzana	1 pza.
Chabacano	4 pza.	Melón	1 pza.
Citruela	3 pza.	Membrillo	1 pza.
Cruela pasa	7 pza.	Naranja	2 pza.
Dátil seco	2 pza.	Papaya	1 taza
Durazno	2 pza.	Pasas	10 pza.
Fresas	17 pza.	Pera	1/2 pza.
Fruta picada	1 taza	Piña	1/4 taza
Granada	1 pza.	Plátano	1/2 pza.
Guayaba	3 pza.	Sandia	1 taza
Higo	1 pza.	Tamamondo pelado	1/4 taza
Jugo de fruta natural	1/2 taza	Toronja	1 pza.
Kivi	1 1/2 pza.	Tuna	2 pza.
Lima	3 pza.	Uva	18 pza.
Mamey	1/3 pza.	Zapote	1/2 pza.

Postres 1 Equivalente

Barra de gramola	1/4 pieza	Hot-cake	1 pza.
Pan dulce	1/4 pza.	Panque	1 reb.
Frituras	19 gr.	Papas fritas	20 gr.
Galleta chichipa chocolate	3p	Pastel	1 reb.
Galletas de avena	1 1/3 pza.	Puré de papa	1/4 taza

Líquidos 1 Equivalente

Leche de soya	1 taza	Leche entera	1/3 taza
Leche descremada	1 taza	Jocoque	3/4 taza
Leche en polvo	4 cda.	Yogurt light	3/4 taza
Leche evaporada	1/2 taza	Hielado de leche	1/4 taza

Aceites y grasas 1 Equivalente

Aceite	1 cdlla	Guacamole	2 cda
Aderezo	1/4 cda	Mantequilla	1 1/2 cdlla
Aguacate	1/3 pza	Mayonesa	1 cdlla
Almendras	10 pza	Nuez	3 pza
Cacahuatl	14 pza	Pistache	18 pza
Coco	8 gr	Queso crema	1 cda
Crema	1 cda	Semillas	20 gr
Crema para café	1 cda	Tochino	1 reb
Grasa vegetal	5 gr	Vinagreta	1/2 cda

Alimentos 1 Equivalente

Azulcar	2 cdlla	Mermelada	2 cda
Cajeta	1 1/2 cdlla	Miel de abeja	2 cdlla
Chocolate en polvo	2 cdlla	Piloncillo	10 gr
Gelatina	1/3 taza	Ponche de frutas	1/3 taza
Leche condensada	2 cdlla	Refresco	1/4 taza

Grasas 1 Equivalente

Taza	240 ml
Cucharada (cda.)	15 gr
Cucharadita (cdlla.)	5 gr
Piezas (pza.)	
Rebanada (reb)	





LAGOS DE MORENO MEDICOS DICTAMINADORES (BARANDILLA)
H. AYUNTAMIENTO 2024 - 2027



LAGOS DE MORENO

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS
MÉDICOS MUNICIPALES
H. AYUNTAMIENTO 2024-2027
SECCIÓN MÉDICOS DICTAMINADORES



FOLIO N° 0601

DATOS DE LA DETENCIÓN

Patrulla no. _____ Agentes _____ Fecha: _____ Hora: _____
 Lugar _____
 Nombre del detenido: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____
 Ocupación: _____ Originario de _____
 ¿Padece alguna enfermedad? (NO) (SI) ¿Cuál? _____
 ¿Toma medicamentos? (NO) (SI) ¿Cuál medicamento? _____
 Horario: _____
 ¿Usa lentes? (NO) (SI) Agudeza visual; ojo derecho _____
 ojo izquierdo _____
 ¿Durmió la noche anterior? (SI) (NO) ¿Ha consumido alimentos? (NO) (SI)
 ¿A qué hora el más reciente? _____
 ¿Ha ingerido bebidas alcohólicas? (NO) (SI) ¿A qué hora las consumió? _____
 ¿Ha utilizado marihuana? (NO) (SI) La última vez _____ ¿Ha utilizado cocaína? (SI) (NO)
 La última vez _____ ¿Ha utilizado anfetaminas? (NO) (SI) La última vez _____
 ¿Ha utilizado otros? _____ (NO) (SI) La última vez _____

EXPLORACIÓN FÍSICA Signos vitales: T.A. _____ Pulso _____ Respiración _____
 Paciente consciente _____ Inconsciente _____
 Lenguaje (locución) Coherente: Congruente (NL X XX XXX) Disartria (NL X XX XXX)
 Orientación: Tiempo _____ Espacio _____ Lugar _____ Persona _____
 Confusión _____ Delirio _____ Somnolencia _____ Estupor _____
 Semicoma _____ Coma _____ Pupilas tamaño O.D. _____ O.I. _____
 Reflejos foto motor (NL X XX XXX) Consensual (NL X XX XXX) Conjuntivas: _____
 Cara: Normal Pálida Pletórica
 Equilibrio en pie: (NL X XX XXX) Sentarse (NL X XX XXX) Romberg: (NL X XX XXX)
 Caída _____ Marcha Lineal Recta (NL X XX XXX) Vuelta (NL X XX XXX)
 Punta talón (NL X XX XXX)
 Nariz-dedo-nariz (O.A.) (NL X XX XXX) (O.C.) (NL X XX XXX)
 Conducta: cooperativo _____ obediente _____
 cortés _____ agresivo _____

Otros: _____
 Aliento: alcohólico (NO) (SI) suave, moderado, intenso.
 Prueba de alcohol respiración, sangre, orina _____
 Alcohilemia clínica: _____
 Conclusiones: _____

Lesiones: _____

Nombre del médico _____ Cédula _____

Recibió _____





LAGOS DE MORENO
H. AYUNTAMIENTO 2024 - 2027

CONTRATO TERAPEUTICO (PSICOLOGIA)

FECHA: __/__/__

CONTRATO TERAPEUTICO

Las sesiones se llevaran a cabo en el horario de ____ a ____ con una duración de 45 minutos y un tiempo de tolerancia de 15 minutos, durante este espacio de tiempo el paciente podrá expresarse de la manera en la que crea conveniente siempre en un ambiente de confidencialidad, respeto y cordialidad, la inasistencia durante dos sesiones consecutivas sin previo aviso amerita la suspensión y baja del proceso terapéutico, toda la información correspondiente al proceso terapéutico será de carácter confidencial y solo será compartida en circunstancias donde la ley lo demande, en caso de ideación y riesgo suicida me comprometo a asistir a los servicios de emergencia disponibles las 24 horas (075 y 800 227 4747) en caso de que el terapeuta a cargo de mi caso no se encuentre disponible y eximo de cualquier responsabilidad a la institución prestadora del servicio y al terapeuta en caso de no hacerlo.

Firma y nombre del paciente.

Firma y nombre del terapeuta.





LAGOS DE MORENO
H. AYUNTAMIENTO 2024 - 2027

ENTREVISTA INICIAL (PSICOLOGIA)

DATOS GENERALES

NOMBRE: _____.

EDAD: ____.

SEXO: _____.

OCUPACIÓN: _____.

ESCOLARIDAD: _____.

DOMICILIO: _____.

TELEFONO: _____.

MOTIVO DE CONSULTA

¿Qué fue lo último que ocurrió para que decidiera venir al psicólogo?





CUADRO CLINICO (PSICOLOGIA)

¿Desde cuándo empezó el problema?

¿Como fue la última ocasión en que ocurrió el problema?

¿Qué ocurría en su vida antes de que surgiera la situación?



**LAGOS
DE MORENO**
H. AYUNTAMIENTO 2024-2027

FACTORES DESENCADENANTES (PSICOLOGIA)

¿Qué otros aspectos se vinculan con el problema?

FACTOR ASOCIADO	DESCRIPCION
FAMILIA	
PAREJA	
AMISTADES	
ESCUELA	
TRABAJO	
SALUD FISICA	



SPORTE FAMILIAR, SOCIAL, LABORAL Y PERSONAL (PSICOLOGIA)

SOPORTE FAMILIAR, SOCIAL, LABORAL, PERSONAL

Autovaloración:

Sueños y fantasías más frecuentes:

Satisfacción conyugal o de pareja:

Satisfacción laboral o de estudios:

Situaciones, actividades y personas con las que se siente más tranquilo:

Actividades gratificantes que realiza:

Describe las actividades que realiza cotidianamente de lunes a viernes y fines de semana

CONTEXTO DE VIDA (PSICOLOGIA)

ETAPA / ASPECTOS	INFANCIA 0-6	NIÑEZ 6-12	ADOLESCENCIA 13 a 18 JUVENTUD 18-35	ADULTEZ 35 →
Salud Física				
Familia				
Pareja				
Amistades				
Escuela				
Trabajo				
Rasgos de personalidad				



DESCRIPCION Dimensión principal Duración, frecuencia, intensidad.	DINAMICA (EXPLICACION)			
	¿Por qué se generó? Causas, antecedentes históricos.	¿Por qué se mantiene? Factores involucrados	Relación entre los diferentes problemas	Recomendaciones Técnicas, sugerencias, etc.
PROBLEMA 1				
PROBLEMA 2				
PROBLEMA 3				

INTERPRETACION GENERAL:



REGISTRO DE ATENCION PREHOSPITALARIA

SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS
LAGOS DE MORENO, JAL.
REGISTRO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

FOLIO
Nº 0001

ESTADO: _____ DELEGACIÓN: _____ ASIGNACIÓN: _____

FECHA: DIA _____ MES _____ AÑO _____ DÍA DE LA SEMANA _____

II DATOS DEL SERVICIO

CRONOMETRÍA

HORA LLAMADA	HORA SALIDA	HORA LLEGADA	HORA TRASLADO	HORA HOSPITAL	HORA BASE

MOTIVO DE LA ATENCIÓN: 1 ENFERMEDAD 2 TRAUMATISMO 3 GINECOOBSTÉTRICO

UBICACIÓN DEL SERVICIO:
CALLE _____
ENTRE _____
COLONIA/ COMUNIDAD _____
DELEGACIÓN POLÍTICA/ MUNICIPIO _____

LUGAR DE OCURRENCIA:
HOSIAR VIA PÚBLICA TRABAJO ESCUELA RECREACIÓN Y DEPORTE
TRANSPORTE PÚBLICO OTRA _____
NÚMERO DE AMBULANCIA _____
OPERADOR _____
PRESTADORES DEL SERVICIO: _____

HELICOPTERO MATRICULA: _____
NOMBRE O MEDIA FILIACIÓN: _____

SEXO: MASC FEM AÑOS _____ MESES _____

DOMICILIO: COLONIA/ COMUNIDAD _____
DELEGACIÓN POLÍTICA/ MUNICIPIO _____
TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____

DERECHOHABIENTE A: _____
COMPAÑÍA DE SEGUROS GASTOS MÉDICOS _____
AGENTE CAUSAL:
1 ARMA 2 JUGUETE 3 AUTOMOTOR 4 BICICLETA 5 PRODUCTO BIOLÓGICO
6 MAQUINARIA 7 HERRAMIENTA 8 FUEGO 9 SUSTANCIA CORRIENTE 10 SUSTANCIA TOXICA
11 ELECTRICIDAD 12 EXPLOSIÓN 13 SER HUMANO 14 ANIMAL 15 OTRO

ESPECIFICAR LESIONES CAUSADAS POR ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS:
COLISIÓN VOLCADURA
AUTOMOTOR MOTOCICLETA BICICLETA MAQUINARIA

SOBRE LA COLISIÓN:
CONTRA OBJETO: FLEJO EN MOVIMIENTO FRONTAL IMPACTO LATERAL POSTERIOR
MOVIMIENTO: PARABRISAS VELA/ARTE ROLLA DE ALAMBRE
HUNDIMIENTO: INTERIOR DUBLADO SI NO
CATEGORÍA DE SEÑALAMIENTO: SOLUCIONADO NO SOLUCIONADO DENTRO DEL VEHICULO FUERA
ATROPELLADO: AUTOMOTOR MOTOCICLETA BICICLETA MAQUINARIA

ORIGEN PROBABLE:
1 NEUROLÓGICA 2 CARDIOVASCULAR 3 RESPIRATORIO 4 METABÓLICO
5 ALERGIA 6 DIGESTIVA 7 GINECO OBSTÉTRICO 8 OBSTACULOS 9 ENFERMEDAD INFECCIOSA 10 ONCOLÓGICO 11 ENFERMEDAD ENDOCRINA 12 OTRO

ESPECIFICAR:
1 VEZ 2 SUBSECUENTE

III CONTROL

IV DATOS DEL PACIENTE

V CAUSA CLÍNICA

VI CAUSA CLÍNICA

VII PARTO

VIII DATOS DEL PARTO

HORA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR: _____
PLACENTA EXPULSADA: _____
DATOS DEL BEBÉN NACIDO:
PRODUCTO: 1 VIVO 2 MUERTO SEXO: 1 MASC 2 FEM
APGAR: 1 _____ 2 _____
SILVETMANN: 1 _____ 2 _____

IX EVALUACIÓN SECUNDARIA

NIVEL DE CONCIENCIA:
1 CONCIENTE 2 RESPUESTA ESTÍMULO VERBAL 3 RESPUESTA ESTÍMULO DOLOROSO 4 INCONCIENTE

VIA AEREA: 1 PERMEABLE 2 COMPROMETIDA

REFLEJO DE DEFLEXIÓN: 1 AUSENTE 2 PRESENTE

VENTILACIÓN

OBSERVACIÓN	AUSCULTACIÓN	HEMIGRAMA	SITIO
1 AUTOMATISMO REGULAR	1 RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES	1 PERICLAVICULAR	1 AXILAR
2 AUTOMATISMO IRREGULAR	2 RUIDOS RESPIRATORIOS DISMINUIDOS	2 OXILAR	2 BASE
3 VENTILACIÓN MANUA	3 RUIDOS RESPIRATORIOS AUSENTES		
4 VENTILACIÓN SUPLENATORIA			
5 OTRO			

CIRCULACIÓN

PRESENCIA DE PULSOS: 1 CAROTÍDEO 2 RADIAL 3 ARTERIA CORONARIA/BRACIO

VELOCIDAD: 1 RÁPIDO 2 LENTO 3 INTERMEDIO 4 ARRITMICO

PIEL: 1 NORMAL 2 PALIDA 3 CIANÓTICA

CARACTERÍSTICAS: 1 CALIENTE 2 FRÍA 3 EXFÓRITAS

EXPLORACIÓN FÍSICA

ZONA DE LESIÓN

1 AFORMASIONES 2 CONTUSIONES 3 ABRASIONES 4 PUNTALEADURAS 5 MOVIMIENTO PARADOJAL 6 ENTUBACIÓN 7 HEMORRAGIA 8 FRACTURAS 9 ENFISMA SUCULTANEO 10 QUEMADURAS 11 LACERACIONES 12 HERIDA 13 ALTERACIÓN DE SENSIBILIDAD 14 ALTERACIÓN DE MOVIMIENTO 15 DOLOR

SEÑALES VITALES Y MONITOREO

HORA	FR	FC	FAS	TAD	SAT	TEMP	SGLUC	EMG	OTRO EXAMEN NEUROLÓGICO

INTERROGATORIO

ALERGIAS: _____
MEDICAMENTOS QUE ESTÁ INGERIENDO: _____
ENFERMEDADES Y CIRUGÍAS PREVIAS: _____
HORA DE ÚLTIMA COMIDA: _____
EVENTOS PREVIOS RELACIONADOS: _____

CONDICIÓN DEL PACIENTE

PRIMARIEDAD: 1 FRODO 2 AMARILLO 3 VERDE 4 NEGRO

TRAMA SCOTT: _____ GLASSGOW: _____

VIA AEREA

CONTROL ORIBITAL: 1 MANUAL 2 DIFERENCIAL 3 COLLARIN PLASICO

ASISTENCIA VENTILATORIA: 1 BILION MANILLA MASQUILLA 2 VALVULA DE OXIGENO 3 VENTILADOR AUTOMATICO FRENCO VVA 4 INFERMILACION 5 DESCONEXION FLEURA CON VVA

ORIGENOFONIA: 1 PUNTA NAGALES 2 MANICILLA SIMPLE 3 MANICILLA CON RESERVOIRIO 4 MANICILLA VENTURI 5 LTR 6 MIN

CONTROLES DE HEMIGRAMAS

VIAS VENOSAS: 1 LINEA V # 2 OTRA PLE #

SITIO DE APLICACIÓN: 1 MANO 2 FLEBOLE ANTERIOR 3 INTRADERMA 4 OTRA

TIPO DE SOLUCIÓN: 1 MARTELAN 2 NACL 0.9 3 MUYA 4 GLUCOSA 5% 5 OTRA

CANTIDAD INFUSIONES: _____

X TRATAMIENTO

MANEJO FARMACOLÓGICO Y TERAPIA ELÉCTRICA

HORA	MEDICAMENTO	DOSES	VIA DE ADMINISTRACION	TERAPIA ELÉCTRICA

1 LINEA V # _____ 1 LINEA P # _____ 1 LINEA M # _____
2 CATER # _____ 2 CATER # _____ 2 CATER # _____

ORIGENAL SERVICIOS MÉDICOS COP AMARILLA HOSPITAL COP VERDE MINISTERIO PÚBLICO



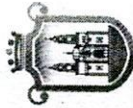


RELACION DE INSUMOS UTILIZADOS (SAMU)

RELACION DE INSUMOS UTILIZADOS



SERVICIOS MUNICIPALES
H. AYUNTAMIENTO 2024 - 2027
LAGOS DE MORENO



LAGOS DE MORENO
H. AYUNTAMIENTO

PARAMÉDICO: _____ FOLIO: _____
FECHA: _____

CANTIDAD	INSUMOS	MATERIAL DE AMBULANCIA	MATERIAL BOTIQUIN
10	FOLIO FRAP		
5	SABANAS DESECHABLES		
5	VENDA ELÁSTICA 5cm		
5	VENDA ELÁSTICA 15cm		
5	VENDA ELÁSTICA 15cm		
5	VENDA ELÁSTICA 20cm		
2	VENDA ELÁSTICA 30cm		
10	APOSITOS		
3	SOL HARTMAN 500ml		
3	SOL Nici 500ml		
3	SOL GLUCOSA 5% 500ml		
3	SOL GLUCOSA 50% 50ml		
1	CLORURO DE ETILO		
3	NORMOGOTEROS		
1	SABANAS TERMICAS		
50	GASAS 10X10 ESTERILES		
10	PUNTILLAS NASALES ADULTO		
5	PUNTILLAS NASALES PED		
10	MASCARILLA CIREBERV ADULTO		
5	MASCARILLA CIREBERV PEDIATRA		
2	ELAS ADHESIVAS 2 5cm		
3	JERINGA 1ml CAGUJA		
3	JERINGA 3ml CAGUJA		
3	JERINGA 5ml CAGUJA		
3	JERINGA 10ml CAGUJA		
3	JERINGA 20ml CAGUJA		
1	CHAROLA PARTO CON:		
	1. PINZAS PRECISAS TIBERA SURLEPA		
	2. PINZAS PRECISAS TIBERA SURLEPA		
3	PUNZOS 14 16 17 18 19 20 22 24		
40	GUANTES NO ESTERILES		

OBSERVACIONES:





ENTREGA DE RECEPCION DE GUARDIA

H. AYUNTAMIENTO 2024 - 2027



SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES

ENTREGA - RECEPCION DE GUARDIA
EQUIPO DE AMBULANCIA Y CONDICIONES MECANICAS.

FECHA: _____
ENTREGA: _____ FOLIO: _____
RECIBE: _____



CANTIDAD	INSUMOS	BIEN	MAL	FALTANTE
1	BVM COMASCARILLA ADULTO			
1	BVM COMASCARILLA PEDIAT			
1	BVM COMASCARILLA NEONATO			
15	ELECTRODOS			
1	MONITOR CABLES			
1	DEA			
2	KIT INMOVILIZADOR CRANEAL			
1	KIT FERULAS RIGIDAS 4PZ			
2	INMOVILIZADOR ARRAÑA			
1	CAMILLA MARINA			
1	CAMILLA RIGIDA			
1	CAMILLA PEDIATRICA			
1	CHALECO DE EXTRACCION			
1	INMOVILIZADOR PELVICO			
1	COLLARIN MULTIPOSICION ADULTO			
1	COLLARIN MULTIPOSICION PEDIA			
1	COLLARIN BLANDO GRANDE			
1	COLLARIN BLANDO CHICO			
1	COLLARIN FILADELFA GRANDE			
1	COLLARIN FILADELFA MEDIANO			
1	COLLARIN FILADELFA CHICO			
1	TABLA RCP			
1	TANQUE OXIGENO C/REGULADOR			
1	TANQUE OXIGENO PORTATIL C/REG			
1	EXTINTOR 2kg LLENO			
2	VASOS HUMEFICADORES			
1	CONTENEDOR RPEI			
10	SABANAS DESHECHABLES			
5	VENDA ELASTICA 5cm			
5	VENDA ELASTICA 10cm			
5	VENDA ELASTICA 15cm			
5	VENDA ELASTICA 20cm			
2	VENDA ELASTICA 30cm			
10	APOSITOS			
3	SOL HARTMAN 500ml			
3	SOL NaCl 0.9% 500ml			
3	SOL GLUCOSA 5% 500ml			
3	SOL GLUCOSA 50			
1	GLUCURONIDIL ETILO			
5	NORMOGOTEROS			
1	GASEINA PARA QUEMADOS			
3	SABANAS TERMICAS			
50	GASAS ESTERILES 10X10			
10	PUNTILLAS NASALES ADULTO			
5	PUNTILLAS NASALES PEDIATRICAS			
10	MASCARILLAS C/RESERVORIO ADULTO			
5	MASCARILLAS C/RESERVORIO PEDIATR			
2	TELAS ADHESIVAS 2.5 cm			
5	JERINGA 1ml C/AGUJA			
5	JERINGA 3ml C/AGUJA			
5	JERINGA 5ml C/AGUJA			
5	JERINGA 10ml C/AGUJA			
3	JERINGA 20ml C/AGUJA			
1	CHAROLA DE PARTO CON			
2	PINZAS KELLY RECTAS 1TLERA UMBILICAL			
1	PERILLA ASPIRACION 3 CINTAS UMBILICALES			
3	PUNZOS: 14 16,17,18 19 20 22, 24			

PARTE / ACCESORIO	BIEN	MAL	FALTANTE
EXTINTOR			
ESPEJOS LATERALES			
LLANTA DE REFACCION			
GATO			
LLAVE DE CRUZ			
HERRAMIENTA			
ALARMA			
LIMPIABRISAS			
TAPON DE GASOLINA			
TAPONES DE RUEDAS			
AIRE ACONDICIONADO			
ESTEREO			
ANTENA			
RADIO			
DIRECCIONADOR DE TRAFICO			
CODIGOS SONOROS			
CODIGOS LUMINOSOS			
LUCES BAJAS/ALTAS			
LUCES DE FRENO			
DIRECCIONAL IZQ			
DIRECCIONAL DER			
LUCES PREVENTIVAS			
NIVEL DE ACEITE DE MOTOR			
NIVEL DE ACEITE DE TRANSMISION			
NIVEL DE AIRE EN LAS LLANTAS			
NIVEL DE REFRIGERANTE			
NIVEL DE LIQUIDO DE FRENSO			

Observaciones: _____





LAGOS DE MORENO REPORTE DE ACTIVIDADES (FARMACIA)

H. AYUNTAMIENTO 2024 - 2027

"REPORTE SEMANAL DE ACTIVIDADES EN FARMACIA"

SEMANA: _____

RECEPCION DE MEDICAMENTOS:	ENTREGA DE MEDICAMENTOS TM:	ENTREGA DE MEDICAMENTOS TV:	ACTIVIDADES EXTRAS:		
TOTAL:	TOTAL:	TOTAL:	LIMPIEZA DE ESTANTES:	T	T
				M	V
			DESPASTILLADO:	T	T
				M	V
			ACOMODO DE MEDICAMENTOS:	T	T
				M	V
			REVICION DE CADUCIDADES:	T	T
				M	V
			ACTUALIZACION DE INVENTARIO:	T	T
				M	V
			ALMACENAMIENTO DE RECETAS:	T	T
				M	V
				T	T
				M	V
				T	T
				M	V





LAGOS DE MORENO
H. AYUNTAMIENTO 2024 - 2027

REGISTRO DE PRODUCTIVIDAD (AREA DE CURACIONES)

REGISTRO DE PRODUCTIVIDAD

Servicios médicos municipales.
Área de curaciones.

L.E. Darío Aguirre Yebra

semana: ___/___/___ al ___/___/___

Aplicación de inyecciones	
Curación de heridas	
Suturas	
Retiro de suturas	
Lavado ótico	
Lavado oftálmico	
Citología cervicovaginal	
Acceso intravenoso	
Promoción a la salud	
Otro	
Total	





LAGOS DE MORENO
H. AYUNTAMIENTO 2024 - 2027

RODUCTIVIDAD (ALMACEN)



SERVICIOS MUNICIPALES
H. AYUNTAMIENTO 2024 - 2027
LAGOS DE MORENO

Productividad Almacén



LAGOS DE MORENO
H. AYUNTAMIENTO 2024 - 2027

Colonia o Departamento	Apoyo	Fecha



LAGOS DE MORENO
PATRIMONIO CULTURAL DE LA HUMANIDAD



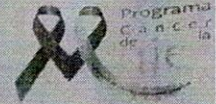
SOLICITUD DE REPORTE DE RESULTADOS DE CITOLOGIA CERVICAL DE MORENO

H. AYUNTAMIENTO 2024 - 2027

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Programa de Detección de Cáncer Cervico Uterino



SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADOS DE CITOLOGÍA CERVICAL

No. Folio: _____

I. Identificación de la unidad

1. Institución _____ 2. Entidad / Delegación _____ 3. Jurisdicción _____
4. Municipio _____ 5. Unidad médica _____ 6. CLUES _____

II. Identificación de la paciente

7. Nombre _____
Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre(s) _____
8. Entidad de nacimiento _____
9. CURP _____
10. Fecha de nacimiento Día _____ Mes _____ Año _____
11. Edad en años _____
12. Residencia habitual _____
Calle y número _____ Colonia _____ Localidad _____ Municipio / Delegación _____
13. Otro domicilio _____
Entidad Federativa _____ Jurisdicción _____ Teléfono _____
14. Otro teléfono _____
15. Correo electrónico _____
16. Afiliación 1. Seguro popular 2. IMSS 3. ISSSTE 4. PEMEX 5. SEDENA 6. SEMAR 7. IMSS PROSPERA 8. Ninguno 9. Otro 16.1 Número de afiliación o póliza _____

III. Antecedentes

17. Citología 1. Primera vez en la vida 2. Primera vez después de 3 años 3. Subsecuente 4. Complementaria a resultado positivo de VPH
18. Situación Ginecoobstétrica
1. Embarazo o Preaborto 2. Postmioplasia 3. Uso hormonales 4. DIU 5. Histerectomía 6. Tratamiento farmacológico 7. Embarazo actual 8. Tratamiento colposcópico previo 9. Ninguno de los anteriores
19. Inicio de vida sexual años 1. Si 2. No 19.1 Edad años _____
20. Antecedentes de vacunación VPH 1. Si 2. No 20.1 Edad en años _____
20.2 No. de dosis 1. Una 2. Dos 3. Tres 4. Completo 21. Fecha de última regla Día _____ Mes _____ Año _____
22. A la exploración se observa 1. Cuello aparentemente sano 2. Cuello anormal 3. Lesión del cuello 4. Cervicitis 5. Leucorrea 6. Sangrado anormal 7. No se observa cuello
23. Utensilio con el que tomó la muestra 1. Espátula de Ayre modificada 2. Citobrush 3. Hisopo 4. Otro especifique _____
24. RFC del responsable de la toma de citología _____
25. Fecha de toma de la muestra Día _____ Mes _____ Año _____
26. Factores de riesgo 1. Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años 2. Múltiples parejas sexuales 3. Antecedentes de infecciones de transmisión sexual 4. Tabaquismo 5. Ninguno
27. Cuenta con Cartilla Nacional de Salud de la Mujer 1. Si 2. No
28. Muestra repetida 1. Si 2. No 28.1 Número citológico anterior _____


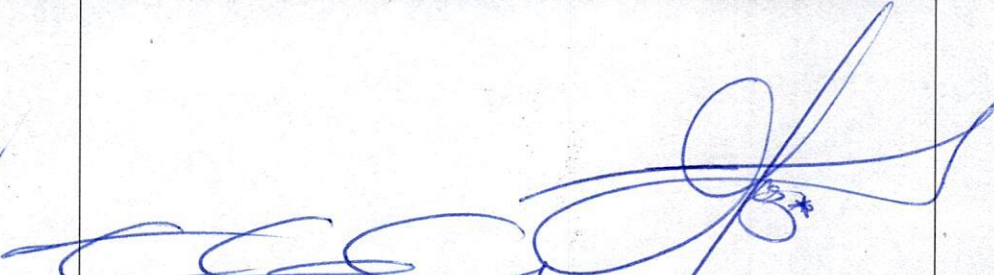
IV. Resultado de citología cervical

29. Fecha de interpretación Día _____ Mes _____ Año _____
30. Número citológico _____ 31. Laboratorio _____
32. Características de la muestra 1. Adecuada 2. Inadecuada
33. Diagnóstico citológico 33.1 Otros hallazgos
A. Categoría general del diagnóstico citológico (BETHESDA)
1. Resultado para lesión intraepitelial o malignidad
2. Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)
3. Células escamosas atípicas, no se puede descartar lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H)
4. Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (VPH, displasia leve, NIC 1)
5. Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (displasia moderada, displasia severa, carcinoma in situ, NIC 2, NIC 3)
6. Carcinoma epidermoide
B. Otros hallazgos
7. Trichomonas vaginalis
8. Microorganismos mixotricos morfológicamente compatibles con candida sp
9. Cambio en la flora bacteriana de vagina bacteriana
10. Microorganismos morfológicamente compatibles con actinomicetos sp
11. Cambios celulares compatibles con otros herpes simple
12. Cambios celulares compatibles con citomegalovirus
13. Metaplasia escamosa tabular o cambios queratinocitos
7. Células glandulares endocervicales atípicas (AGC)
8. Células glandulares endometriales atípicas (AGC)
9. Células glandulares atípicas (AGC)
10. Adenocarcinoma endocervical in situ
11. Adenocarcinoma endocervical, endometrial o extrauterino
8. Cambios asociados al embarazo
9. Inflamación (incluye reparación atípica)
10. Actinia
11. Radioterapia
12. Dispositivo intrauterino
13. Células glandulares post-histerectomía
14. Presencia de células endometriales no atípicas en mujeres de 45 años o más
34. Repetir estudio 1. Si 2. No 34.1 Motivo 1. Artificio, hemorragia, inflamación y/o necrosis en más del 75% extendido 2. Laminilla rota 3. Protín gruesa
35. Cédula profesional del citotecnólogo (a) _____
36. La muestra fue revisada por el patólogo (a) 1. Si 2. No 36.1 Diagnóstico del patólogo (a) (De acuerdo a la nomenclatura del reactivo 33 A) _____
36.2 Diagnóstico del patólogo (a) otros hallazgos (De acuerdo a la nomenclatura del reactivo 33 B) _____
37. Cédula profesional del patólogo (a) _____



LAGOS DE MORENO
PATRIMONIO CULTURAL DE LA HUMANIDAD

AUTORIZACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS:

ELABORÓ:	AUTORIZARON:	
		
<p>Dr. Jorge Humberto López Ruiz Director de Servicios Médicos Municipales</p>	<p>Mtro. Edgar Alfredo González Chávez, Presidente Municipal de Lagos de Moreno, Jalisco.</p>	<p>Mtro. Heliodoro Gómez Vázquez, Coordinador General de Administración e Innovación Gubernamental.</p>

