





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD <small>ESTADO</small>	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR		Hoja: 1 de 32

**HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02 PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR**

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vitreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		Hoja: 2 de 32

### 1.0 Propósito

1.1 Presentar unas directrices generales que sirvan de orientación para el tratamiento de pacientes que presenten diagnóstico de edema macular diabético en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB).

### 2.0 Alcance

2.1 A nivel interno aplica a Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Subdirección de Servicios Quirúrgicos, Subdirección de Enfermería, Subdirección de Atención al Usuario, Área de Gerencia Social y Área de Referencia, Contrarreferencia y Auxiliar de Admisión.

2.2 A nivel externo aplica a las Unidades de Referencia, Servicios de Camillería y Alimentos del Inversionista Proveedor (IP), Pacientes y Acompañantes.

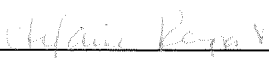
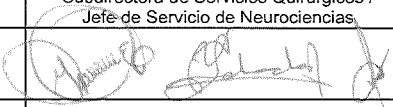
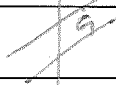
### 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 El Médico Especialista en Retina es el responsable de hacer la evaluación clínica del paciente para corroborar que sea candidato a tratamiento con antiangiogénico o fotocoagulación láser dependiendo del tipo de edema macular (focal o difuso) que presente el paciente.

3.2 En caso de que el paciente no cumpla los criterios de tratamiento, el Médico Especialista en Retina lo dará de alta para continuar vigilancia oftalmológica en la Unidad de Referencia que le corresponda. (Ver Anexo 10.1 Hoja de contrarreferencia).

3.3 El Médico Especialista en Retina, explorará oftalmológicamente al paciente y revisará sus estudios (fluorangiografía y/o tomografía de coherencia óptica macular) indispensables para valorar y clasificar el edema macular, en caso de no contar con estos estudios los solicitará a través del Personal de Referencia, Contrarreferencia y Auxiliar de Admisión.

3.4 Una vez revisados los estudios y corroborado el diagnóstico, el Médico Especialista en Retina le explicará al paciente si requiere tratamiento con fotocoagulación láser o inyecciones de antiangiogénico así como los riesgos y beneficios del procedimiento al que sea candidato. En caso de ser candidato a antiangiogénico intravítreo se firmará en esa consulta el consentimiento informado para poder realizar el procedimiento. (Ver Anexo 10.2 Consentimiento informado específico).



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vitreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		Hoja: 3 de 32

- 3.5 El Médico Especialista en Retina, deberá realizar la programación de los pacientes que requieran inyección intravítrea de antiangiogénico en la Jefatura de Quirófano. (Ver Anexo 10.3 Lista de Espera Quirúrgica LEQ).
- 3.6 Previo a la intervención quirúrgica, el paciente debe presentar los resultados de su prueba PCR COVID-19 negativa.


COPIA CONTROLADA



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vitreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		Hoja: 4 de 32

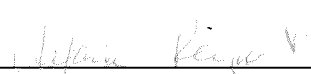


#### 4.0 Descripción del procedimiento



Etapa 1.0 Recepción de referencia	Responsable: Personal del Área de Referencia, Contrarreferencia y Auxiliar de Admisión
1.1 Recibe referencia del paciente con diagnóstico edema macular. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de referencia y contrarreferencia.</li> </ul>	
1.2 Envía referencia para ser valorado por el personal médico responsable del Área de Referencia. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de referencia y contrarreferencia.</li> </ul>	
Etapa 2.0 Aceptación de pacientes	Responsable: Personal Médico del Área de Referencias, Jefe de Neuro – Ciencias
2.1 Evalúan el motivo de referencia y verifica que cumpla con los criterios descritos en la cartera de servicios para aceptación del paciente. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de referencia y contrarreferencia.</li> </ul> <p style="text-align: center;">¿Se acepta referencia?</p> Si: Pasa a etapa 3.0 No: Rechaza referencia. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de contrarreferencia.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p>	
Etapa 3.0 Agenda cita para consulta	Responsable: Personal del Área de Referencia, Contrarreferencia y Auxiliar de Admisión
3.1 Agenda cita en sistema iHis para consulta de primera vez con el Médico Especialista en Retina. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema electrónico.</li> </ul>	
3.2 Envía formato de respuesta aceptando la referencia e informa los requisitos que debe cumplir el paciente el día que acuda a su cita. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de referencia y contrarreferencia.</li> </ul>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vítreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020

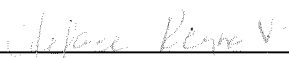


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		Hoja: 5 de 32



Etapa 4.0 Evaluación del paciente en Consulta Externa	Responsable: Personal Médico Especialista en Retina
<p>4.1 Evalúa de forma integral al paciente con el propósito de corroborar que es candidato a tratamiento por edema macular de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica.</p> <p>4.2 Realiza historia clínica y nota de primera vez en Klinik.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sistema electrónico .</li> <li>● Historia Clínica Consulta Externa.</li> </ul> <p>4.3 Solicita al paciente en el Klinik estudio de Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) y/o fluorangiografía retiniana para valorar edema macular, se explica al paciente condiciones en las que debe acudir a los estudios solicitados, de acuerdo con la política 3.3.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sistema electrónico.</li> </ul> <p style="text-align: center;">¿Se cuenta con los estudios?</p> <p>Si: Pasa a la etapa 7.0. No: Pasa a la etapa 5.0.</p>	
Etapa 5.0 Agenda cita para estudios solicitados al paciente	Responsable: Personal del Área de Referencia, Contrarreferencia y Auxiliar de Admisión
<p>5.1 Agenda cita en sistema iHis para OCT y/o fluorangiografía con Optometrista.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sistema electrónico.</li> </ul> <p>5.2 Agenda cita en sistema iHis para consulta de revisión de estudios con Médico Oftalmólogo Especialista en Retina.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sistema electrónico.</li> </ul>	
Etapa 6.0 Realización de estudios OCT y /o fluorangiografía	Responsable: Optometrista
6.1 Realiza los estudios solicitados al paciente.	
Etapa 7.0 Consulta del paciente y revisión de estudios	Responsable: Personal Médico Especialista en Retina
7.1 Revisa los estudios de imagen OCT y /o fluorangiografía solicitados al paciente.	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo- puesto:	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vitreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020

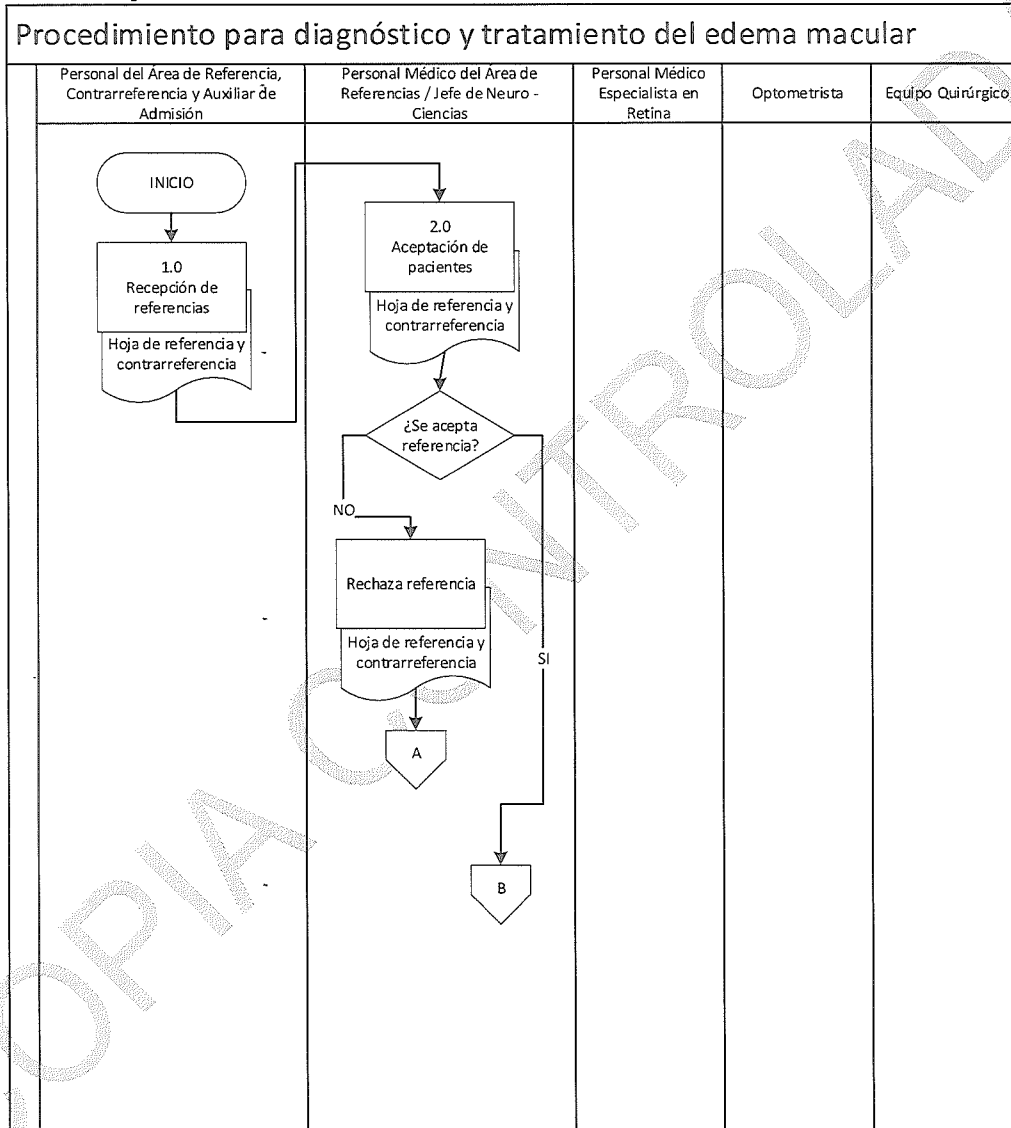
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		Hoja: 6 de 32

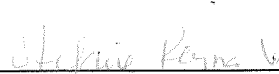


<p>7.2 Explica al paciente y acompañante cual es el tratamiento que requiere (fotocoagulación o antiangiogénico intravítreo), y explica los riesgos, beneficios y alternativas del procedimiento para la firma del consentimiento informado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentimiento Informado Específico.</li> </ul>	
<p>7.3 Realiza y se anexa al expediente el consentimiento informado del procedimiento que se realizará.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentimiento Informado Específico.</li> <li>• Expediente Clínico (Curso Clínico).</li> </ul>	
<p>7.4 Realiza la nota preoperatoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota preoperatoria.</li> </ul>	
<p>7.5 Proporciona fecha probable de tratamiento y las indicaciones de cómo debe acudir el día citado.</p>	
<p>7.6 Realiza nota de consulta en sistema Klinik.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema Klinik.</li> </ul>	
Etapa 8.0 Atención al paciente en quirófano	Responsable: Equipo Quirúrgico
<p>8.1 Atiende al paciente, de acuerdo con lo estipulado en el HRAEB-PR-DM-SSQ-JSQ-02 Procedimiento para la atención a pacientes quirúrgicos.</p> <p style="text-align: center;"><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p>	



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vítreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020

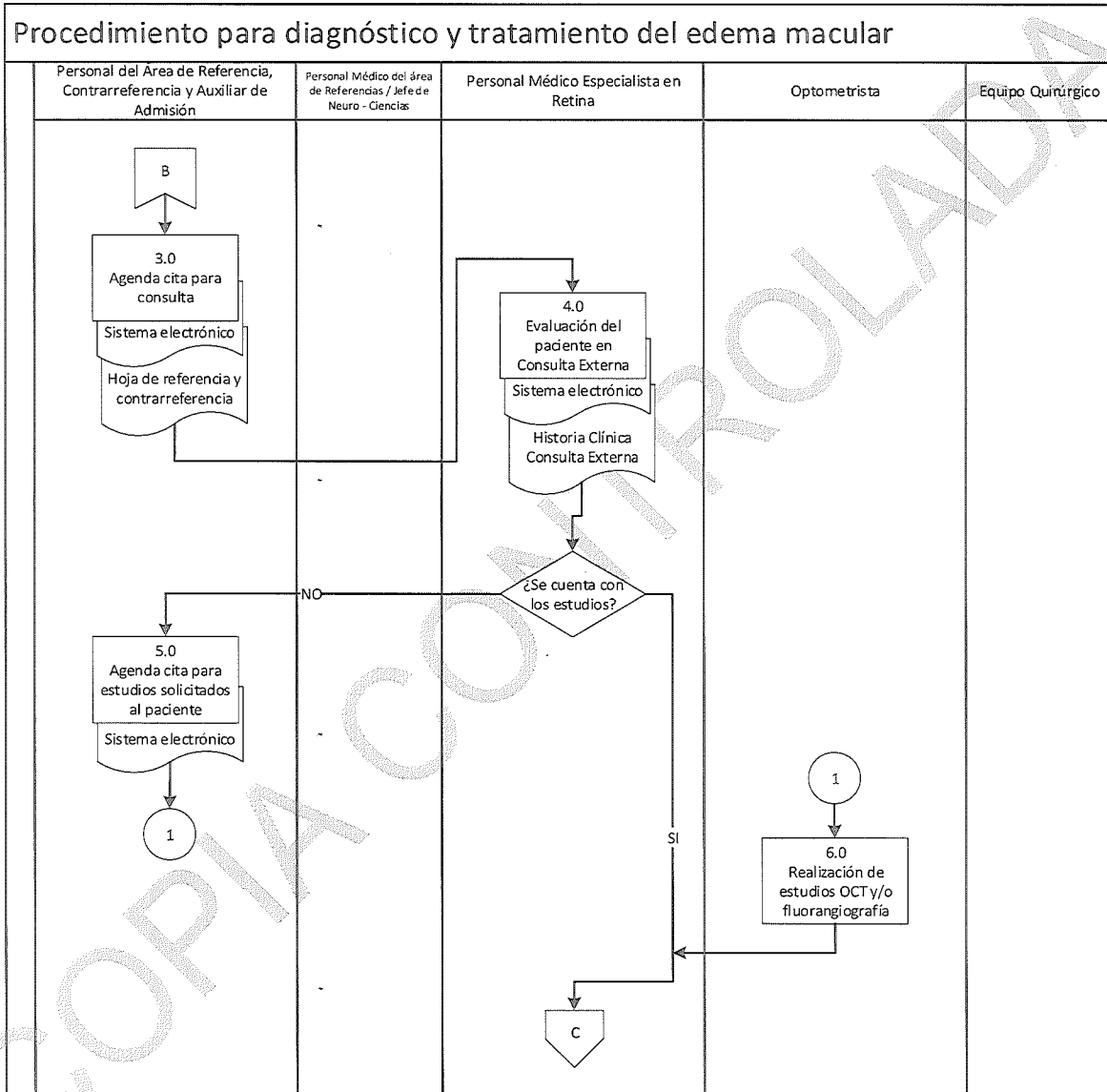
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		Hoja: 7 de 32


### 5.0 Diagrama de flujo





CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vitreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020

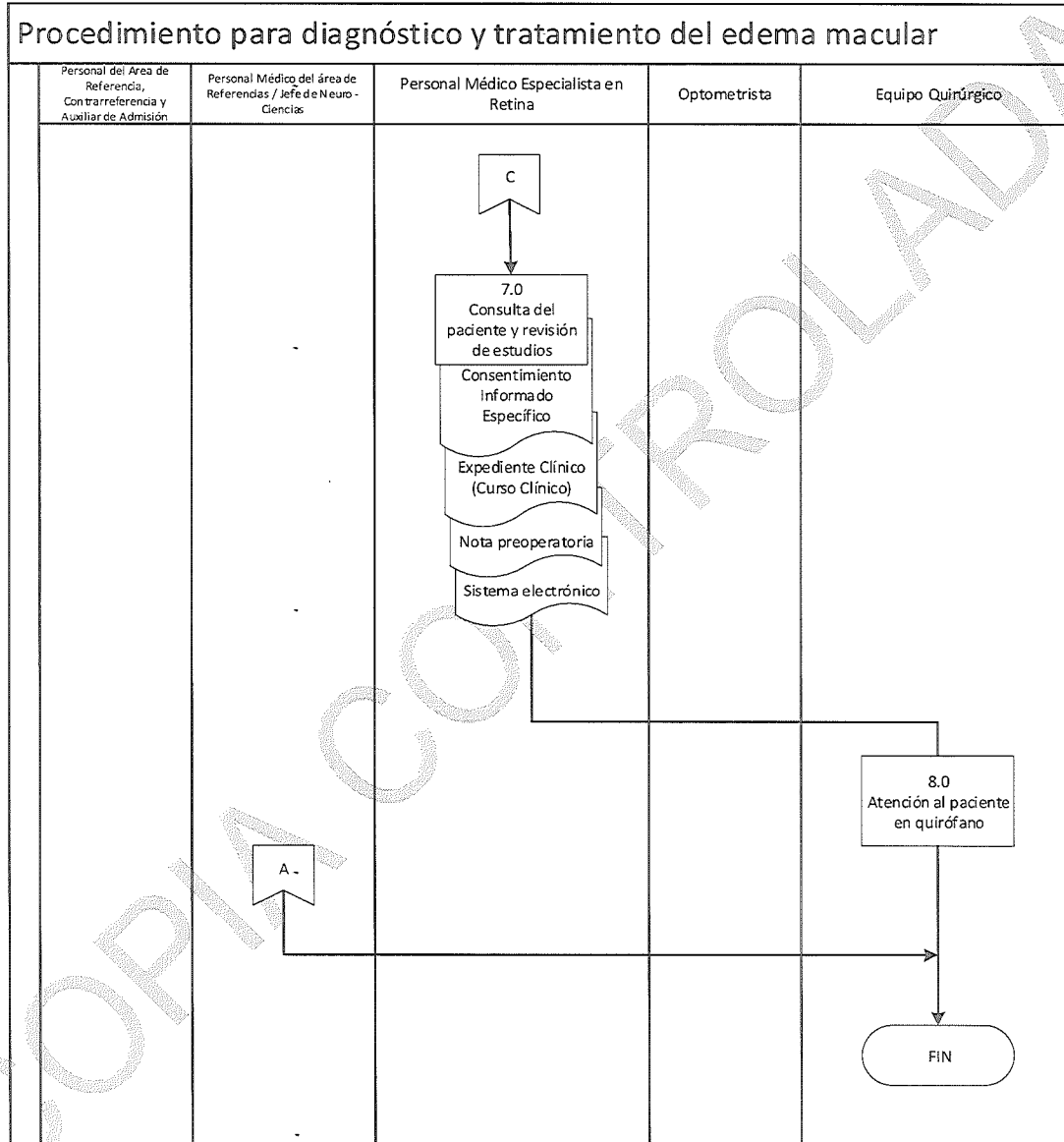
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		Hoja: 8 de 32







CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vitreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		Hoja: 9 de 32

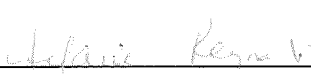






CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vitreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD BAJÍO	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		Hoja: 10 de 32

### 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Procedimientos de las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente. Aprobado por el COMERI el 08 de diciembre de 2016.	MP-DG-01
Manual de Procedimientos de la Central de Equipos y Esterilización – Procedimiento para el surtimiento de material, equipo e instrumental estéril a quirófano Aprobado por el COMERI el 13 de junio de 2017.	PR-SE-CEyE-02
Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento del edema macular.	No Aplica
Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, como organismo descentralizado de la Administración Pública Federal. Publicado en el D.O.F. el 29 de noviembre de 2006.	No Aplica
Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. Aprobado en la Ciudad de México, a los treinta y un días del mes de enero de 2007, en la Primera Sesión Extraordinaria de la Junta de Gobierno del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, del ejercicio fiscal del año dos mil siete, y con sus últimas reformas aprobadas en fecha 06 de septiembre de 2018.	No Aplica
Guía técnica para elaboración de manual de procedimientos de la Secretaría de Salud. Septiembre 2013.	POP-DDO-PO-005-02
Procedimiento para la atención a pacientes quirúrgicos. Aprobado por el COMERI el 27 de septiembre de 2017.	PR-DM-SSQ-JSQ-02

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vitreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre-2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020

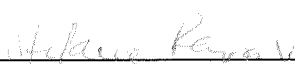
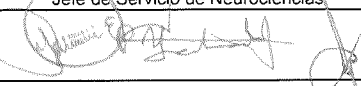

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR		Hoja: 11 de 32



## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Bitácora de registro de Lista de Espera Quirúrgica	5 años	Subdirección de Servicios Quirúrgicos	SSQ-BITACORA-LEQ
Expediente Clínico	Indeterminado	Subdirección de Tecnologías de la Información / Área de Archivo Clínico	No Aplica

## 8.0 Glosario

- 8.1 Comisión de Programación Quirúrgica:** Agrupación de personas con la finalidad de revisar los pacientes propuestos para cirugía, conformado por el Subdirector de Servicios Quirúrgicos, Subdirector de Quirófanos y Medicina Crítica, Subdirección de Recursos Materiales, Jefes de Servicio Médicos, Jefe de Laboratorio y Banco de Sangre, Jefe de C.E. y E., Jefes de Servicio de Enfermería y Gerencia Sociales de Cirugía con Hospitalización y Cirugía Ambulatoria.
- 8.2 Consentimiento Informado:** Documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepta, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento con fines de diagnósticos, terapéuticos y/o de rehabilitación. Esta carta se debe sujetar a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, deben ser revocables mientras no se concluya el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no debe obligar al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.
- 8.3 Edema macular:** Filtrado o exudado de líquido y sangre hacia la retina que causa inflamación (edema) en la parte central de la retina (mácula).
- 8.4 Equipo quirúrgico:** Se refiere al personal encargado de llevar a cabo el procedimiento quirúrgico. El equipo está integrado por una Enfermera/o circulante, Enfermera/o quirúrgica, Médico oftalmólogo/a.
- 8.5 Hoja de Referencia y Contrarreferencia:** Hoja que contiene la referencia de pacientes, cuyo padecimiento está incluido en la cartera de servicios.


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vitreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		Hoja: 12 de 32

- 8.6 PCR:** La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es una técnica de laboratorio utilizada para amplificar secuencias de ADN. El método utiliza secuencias cortas de ADN llamados cebadores para seleccionar la parte del genoma a amplificar. La temperatura de la muestra se sube y se baja repetidamente para ayudar a la enzima de replicación del ADN a duplicar la secuencia del ADN que está siendo copiada. Con esta técnica se pueden producir un billón de copias de la secuencia en estudio en sólo unas pocas horas.
- 8.7 Solicitud lista de espera quirúrgica (LEQ):** Lista de pacientes por especialidad y por médico que se encuentran en espera de un procedimiento quirúrgico.
- 8.8 Triage:** Palabra de origen francés que define el proceso de seleccionar o priorizar. El triage es un proceso de evaluación y clasificación de pacientes con base en su gravedad o urgencia, previo a la valoración diagnóstica y terapéutica en los servicios de urgencias y admisión continua.

#### 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
00	No Aplica	No Aplica


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vitreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		Hoja: 13 de 32

## 10.0 Anexos


### 10.1 Hoja de Referencia y Contrarreferencia. Hoja 1 de 2.

HOSPITAL GENERAL DE ALTA ESPECIALIDAD



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO

**HOJA DE CONTRAREFERENCIA.**



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de expediente: \_\_\_\_\_

Fecha actual: \_\_\_\_\_ Hora actual: \_\_\_\_\_

Diagnostico Principal: \_\_\_\_\_

Diagnostico Secundario: \_\_\_\_\_



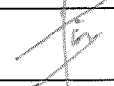
Motivo de Contrarreferencia: \_\_\_\_\_



Resumen: \_\_\_\_\_

Recomendaciones: \_\_\_\_\_



Genero Documental: \_\_\_\_\_



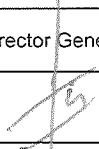
Código Médico: \_\_\_\_\_



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vitreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		Hoja: 14 de 32



10.2 Consentimiento Informado Específico.



		HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO		
<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO</b>				
CON FUNDAMENTO EN LA LEY GENERAL DE SALUD ARTÍCULO 77 BIS. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA ARTÍCULOS 80, 81, 82, 83 Y A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM004-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO FRACCIONES 10.1. A LA 10.1.4				
Nombre del (de la) paciente:			No. Expediente:	
Fecha de nacimiento:	Edad:	Fecha y hora:		
Acepto que el/la Dr./Dra. _____ quien es mi médico tratante, me ha explicado a mi entera satisfacción, en forma clara y entendible mi padecimiento, informándome que mi <b>diagnóstico presuntivo</b> de ingreso es				
Y que para su atención se requiere de la realización del siguiente <b>procedimiento</b> :				
Entiendo que el <b>procedimiento</b> señalado <b>consiste en</b> :				
Manifiesto que se me ha explicado claramente en qué consiste el procedimiento, es por ello que otorgo de manera voluntaria mi más amplio consentimiento para que se me realice el mismo, sabiendo que los <b>beneficios del procedimiento propuesto</b> son:				
Así mismo, estoy enterado (a) y bajo la comprensión de que el <b>procedimiento</b> implica los siguientes <b>riesgos de complicaciones</b> inmediatas o tardías:				
<b>Riesgos más frecuentes</b> (mencionar en base al procedimiento específico):				
<b>Riesgos personalizados</b> (mencionar en base a las características clínicas específicas del paciente):				
Afirmo que el médico me ha explicado que el procedimiento propuesto es la mejor opción que se me puede ofrecer, también me ha informado que existen las siguientes opciones:				
Con el propósito de que mi atención sea segura, <b>me comprometo a proporcionar información completa y veraz</b> , así como seguir las indicaciones médicas.				
Si el médico identifica alguna <b>urgencia</b> derivada del acto médico señalado, le otorgo <b>mi autorización</b> para que realice el tratamiento o procedimiento que considere necesario, atendiendo al principio de libertad prescriptiva y ética profesional.				
Estoy enterado (a) de que <b>no existe garantía sobre los resultados del procedimiento</b> y de que es posible que no cure mi enfermedad. Así mismo conozco que se pueden presentar las siguientes <b>molestias durante mi recuperación</b> :				
Enterado (a) de todo lo anterior y una vez que me han explicado a mi entera satisfacción todas mis dudas respecto al procedimiento propuesto por mi médico tratante, otorgo el presente consentimiento.				
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL (DE LA) PACIENTE			NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO TRATANTE	
<i>"Si no pudiera firmar el paciente por su condición física o por su minoría de edad: FAMILIAR, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL con fundamento en los artículos 80, 81, 82 y 83 del reglamento de la Ley General de Salud."</i>				
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA				
TESTIGO 1 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA			TESTIGO 2 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo- puesto:	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vítreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD BAJÍO	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		Hoja: 15 de 32

### 10.3 Solicitud de inclusión en LÉQ.

		HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO 	
<b>SOLICITUD DE INCLUSIÓN EN LEQ</b>			
Nombre:	Número de expediente:		Fecha:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo:	Número de afiliación:
Domicilio:			
Institución de procedencia: -			
Servicio peticionario:			
Diagnóstico:			
Intervención:			
Detalle de Intervención:			
Prioridad clínica :	Tipo de cirugía:		
Radiología intraoperatoria:	Tipo de anestesia:		
Pedido de sangre:	Biopsia intraoperatoria:		
Listado de materiales:	Unidades: Grupo: Factor RH:		
Listado de materiales:		Confirmación:	
Nombre, firma y fecha del médico solicitante:		Nombre, firma y fecha del administrador:	
Genero Documento:			
Cédula Médico:			

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo- puesto:	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vítreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02</b>
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		<b>Hoja: 16 de 32</b>

10.4 Hoja de Referencia y Contrarreferencia. Hoja 1 de 2.

**SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

Código QR:

Número de Unidad:

N° de paciente en la Unidad:

---

**Unidad de Salud que refiere:**  **Fecha de referencia:**  **Fecha de referencia:**

**Nombre del paciente que refiere:**  **Edad:**

**Medico Referente:**

**Exámenes:**  Condensados vitreos,  Oculares,  Retinografía,  Análisis de sangre,

**Diagnóstico:**  Presbicia,  Catarata,  Retinopatía,  Análisis de sangre,

**Tratamiento:**  Fisiológico,

**Nombre del Paciente:**  **Apellido:**

**Dirección:**

**Sexo:**  Masculino,  Femenino **Estado Civil:**  Casado,  Soltero,  Viudo,  Divorciado

**Profesión:**  **N° de identificación:**

**Residencia:**  Urbana,  Rural **Seguro:**  Seguro Popular,  No Seguro Popular,  Seguro de Salud

**N° de inscripción de Salud:**  **Código QR:**

**Seguro de Salud:**  Seguro Popular,  Seguro de Salud,  Seguro de Salud,  Seguro de Salud

---

**Unidad de Salud a la que se refiere:**

**Nombre del paciente que refiere:**

**Fecha de referencia:**

**Exámenes:**  Condensados vitreos,  Oculares,  Retinografía,  Análisis de sangre,

**Diagnóstico:**  Presbicia,  Catarata,  Retinopatía,  Análisis de sangre,

**Tratamiento:**  Fisiológico,

---

**Mapa de Referencia (Formulario con el paciente en el)**

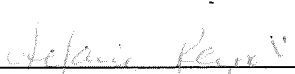

**Teléfono:**

**Nombre y cargo del responsable de la referencia:**



**Nombre y cargo del responsable de la contrarreferencia:**

**Fecha:**

**Trabajo Social:**

<b>CONTROL DE EMISIÓN</b>			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
<b>Nombre:</b>	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo- puesto:</b>	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vítreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD <small>HAATO</small>	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		Hoja: 17 de 32

Hoja de Referencia y Contrarreferencia del HRAEB. Hoja 2 de 2.

VISITA DOMICILIARIA

Fecha de seguimiento (Fecha de consulta): \_\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_\_\_  
 este período de: Fichas: \_\_\_\_\_  
 de: Meses: \_\_\_\_\_

Observaciones:

---

HOJA DE CONTRARREFERENCIA

Indicaciones a la que se refirió al paciente: \_\_\_\_\_  
 Especialidad a envío: \_\_\_\_\_  
 Resultado de la(s): \_\_\_\_\_

Historial clínico:

---

Resultados de laboratorio:

---

Diagnóstico final:

---

Diagnóstico diferencial de interés:

---

Recomendaciones y recomendaciones para el manejo de la enfermedad en el futuro (indicar los medicamentos, dosis y frecuencia):

---

Revisión de historia e interconsulta médica:

---

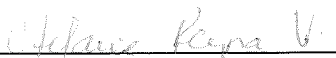
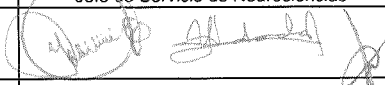

Sello



\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido del responsable de la visita

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido del responsable de la consulta

CONF


DOA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vítreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD BAJÍO	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		Hoja: 18 de 32


10.5 Historia Clínica Consulta Externa. Hoja 1 de 4.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO

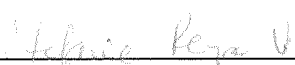


**Historia Clínica - Consulta Externa**





Nombre del paciente:	Número de expediente:
Edad:	Sexo:
Estado Civil:	Lugar de origen:
Lugar de Residencia:	Ocupación:
Religión:	Afilación:
Motivo del envío:	Fecha y hora:

**Antecedentes:**

a/4 1603 2020 01.03 p.01.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo- puesto:</b>	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vítreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		Hoja: 19 de 32

Historia Clínica Consulta Externa. Hoja 2 de 4.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD

Padecimientos Actuales:

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

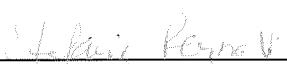


Aparato respiratorio:  
Aparato circulatorio:  
Aparato digestivo:  
Sistema nervioso:  
Sistema locomotor: :



SIGNOS VITALES:

Temperatura:  
Presión arterial:  
Pulse:  
Frec. Respiratoria:  
Peso:  
Talla:

EXPLORACIÓN FÍSICA:

074 18-01-2020 09:08 p.m.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo- puesto:</b>	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vitreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR		Hoja: 20 de 32

Historia Clínica Consulta Externa. Hoja 3 de 4.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD

Hábitos exterior:

Cabeza:

Cuello:

Tórax:

Abdomen:

Genital:

Extremidades:

Exploración física del aparato o sistema presuntamente enfermo:

Exámenes de laboratorio y de gabinete:

Terapéutica empleada:

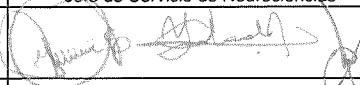
Diagnóstico presuncional:



Plan de manejo y estudios complementarios de ser necesarios:

Estudios previos:

3 of 4

16/01/2020 01:03 p.m.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vítreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD P.R.	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		Hoja: 21 de 32

Historia Clínica Consulta Externa. Hoja 4 de 4.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD

**Tratamiento:**

**Dieta recomendada:**

**Pronóstico:**



**Guías de Práctica Clínica Admisión Continua:**

**Genero Documento:**



**Cédula Médico:**


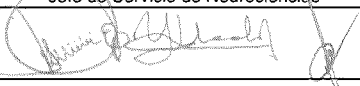

4 of 4 16/01/2020 01:58 p.m.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vítreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		Hoja: 22 de 32

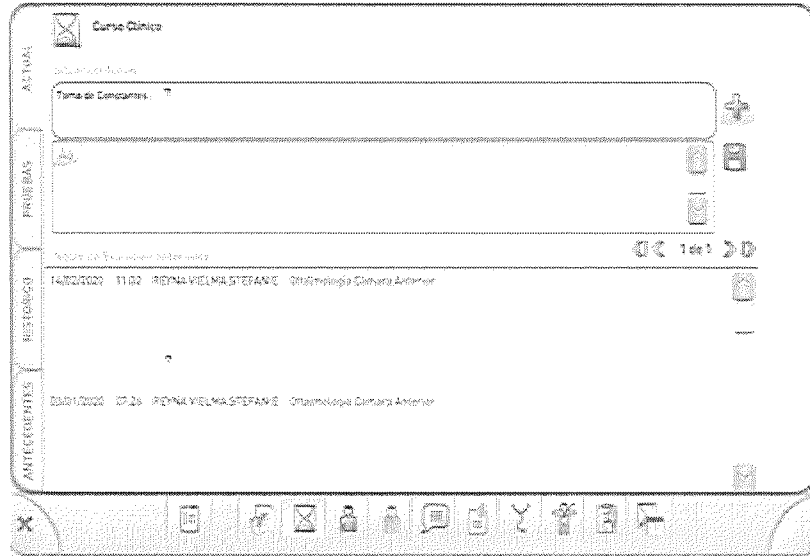
10.6 Nota preoperatoria.

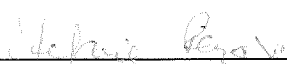
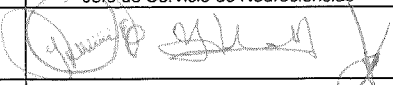
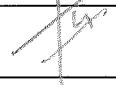
	HOSPITAL GENERAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO <b>NOTA PREOPERATORIA</b>	
Paciente	Expediente	
Genero	Edad	Hospital Referencia
Servicio Origen		
Diagnostico		
Fecha Cirugia		
Plan Quirurgico Imagen		
Tipo de Intervención Quirurgica		
Riesgo Quirurgico		
Cuidados y plan terapeutico pre operatorio		
Pronostico		
Guías de Práctica Clínica		
Genero Documento:		
Cédula Médico:		



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vítreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		Hoja: 23 de 32

10.7 Curso Clínico.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vítreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		Hoja: 24 de 32



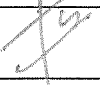
10.8 Vale a Central de Equipos y Esterilización.

**VALE A CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN**

Servicio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Cantidad	Equipo / Material	Recibe completo	Entrega completo

Nombre completo de personal de CE y E \_\_\_\_\_ Nombre completo de quien solicita \_\_\_\_\_

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vítreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020














Registro Clínico Enfermería: Procedimientos quirúrgicos. Hoja 4 de 4.



ASISTENTE	ESTADO DE CONCIENCIA	FACIE	COLORACIÓN	ACTIVO	CONSTRUCCIÓN	COMPRENSIÓN
<input type="checkbox"/> Despierto <input type="checkbox"/> Somnoliento <input type="checkbox"/> No responde	<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Somnoliento <input type="checkbox"/> No responde	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Pálido <input type="checkbox"/> Ruborizado <input type="checkbox"/> Cianótico	<input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Depresado <input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> No responde	<input type="checkbox"/> Obediente <input type="checkbox"/> No obediente <input type="checkbox"/> No responde
<b>VALORACIÓN DEL RIESGO</b> Nombre: _____ Fecha: _____			<b>PLANEACIÓN DE CONTENIDOS EN EL POST-QUIRÚRGICO</b> DATOS SIGNIFICATIVOS: _____			
<b>VALORACIÓN DEL RIESGO</b> Nivel de riesgo: _____			<b>PLAN DE CONTENIDOS EN EL POST-QUIRÚRGICO</b> DATOS SIGNIFICATIVOS: _____			
<b>VALORACIÓN DEL RIESGO</b> <input type="checkbox"/> Alto riesgo <input type="checkbox"/> Medio riesgo <input type="checkbox"/> Bajo riesgo			<b>VALORACIÓN DEL RIESGO</b> <input type="checkbox"/> Alto riesgo <input type="checkbox"/> Medio riesgo <input type="checkbox"/> Bajo riesgo			
<b>COMPONENTES SANGUÍNEOS</b> Componente: _____			<b>COMPONENTES SANGUÍNEOS</b> Componente: _____			
<b>CONTROL DE LOS RIESGOS</b> Riesgo: _____			<b>CONTROL DE LOS RIESGOS</b> Riesgo: _____			
<b>NOTAS CLÍNICAS / OBSERVACIONES</b> _____			<b>NOTAS CLÍNICAS / OBSERVACIONES</b> _____			



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vitreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		Hoja: 29 de 32



10.10 Hoja Quirúrgica (Nota post operativa). Hoja 1 de 2.

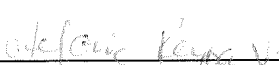

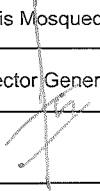
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO										
<b>Nombre del</b>	<b>Expediente:</b>	<b>Fecha de intervención:</b>								
<b>Servicio:</b>										
<b>Diagnóstico</b>	<b>Operación planeada:</b>									
<b>Diagnóstico</b>	<b>Operación realizada:</b>									
<b>Descripción de la técnica:</b>										
<b>Hallazgos transoperatorios:</b>										
<b>Reporte de gases y compresas:</b>										
<b>Incidentes y accidentes:</b>										
<b>Cuantificación de sangrado:</b>										
<b>Resultados de estudios de auxiliares de diagnóstico y tratamiento</b>										
<b>Personal:</b>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><b>Cirujano:</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>Anestesiólogo:</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>Instrumentista:</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>Circulante:</b></td> <td></td> </tr> </table>			<b>Cirujano:</b>		<b>Anestesiólogo:</b>		<b>Instrumentista:</b>		<b>Circulante:</b>	
<b>Cirujano:</b>										
<b>Anestesiólogo:</b>										
<b>Instrumentista:</b>										
<b>Circulante:</b>										
<b>Estado posquirúrgico</b>										
<b>Plan de manejo y tratamiento postoperatorio</b>										
<b>Pronóstico:</b>										
<b>Envío de piezas para</b>										
<b>Otros hallazgos de importancia:</b>										
<b>Guías de Práctica Clínica:</b>										
<b>Genero Documento:</b>										
<b>Cédula Médico:</b>										



<b>CONTROL DE EMISIÓN</b>			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
<b>Nombre:</b>	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vitreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		Hoja: 30 de 32

Hoja Quirúrgica (Nota post operativa). Hoja 2 de 2.


 HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO 		
<b>Nombre del</b>	<b>Expediente:</b>	<b>Fecha de intervención:</b>
<small>[GPC Medicina Interna 2019] - GPC Medicina Interna 2019 (9)</small> <b>Nombre y firma del responsable de la</b>		
<div style="position: absolute; bottom: 10px; left: 10px;"> <b>Genero Documento:</b>   <b>Cédula Médico:</b> </div>		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vitreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02</b>
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		<b>Rev. 0</b>
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		<b>Hoja: 31 de 32</b>

10.11 Nota de egreso.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL SAJO



**NOTA DE EGRESO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_

Numero de Atencion: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de Intervención: \_\_\_\_\_ Fecha de Alta: \_\_\_\_\_ Dias de Estancia: \_\_\_\_\_

Diagnóstico(s) de Ingreso:  
(Diagnóstico Principal)

Diagnóstico(s) de Egreso:

Diagnostico CIF:

Procedimientos:

Servicio:

Módulo:

Motivo de Egreso:



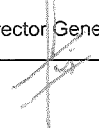
Resumen de la Evaluación y Estado Actual:



Manejo Durante la Estancia Hospitalaria:

Problemas Clínicos Persistentes: Anemia.


Plan de Manejo y Tratamiento:

18/05/2020 01:11 p.m.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo-puesto:	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vitreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD <small>H A E</small>	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 02
	<b>JEFATURA DE SERVICIO DE NEURO - CIENCIAS</b>		Rev. 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR</b>		Hoja: 32 de 32

10.12 Receta médica.



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL SAJO

RECETA DIGITAL



Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de \_\_\_\_\_

Diagnósticos: \_\_\_\_\_

Prescripción: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Médico Firmante: \_\_\_\_\_

Cédula Médico: \_\_\_\_\_



Expediente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Vigencia de póliza: \_\_\_\_\_

Folio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Stefanie Reyna Vielma	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Alejandro Miranda González	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo-puesto:</b>	Médico Especialista en Oftalmología Retina y Vitreo	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Diciembre 2020	Diciembre 2020	Diciembre 2020