



GOBIERNO DEL
ESTADO DE
MÉXICO



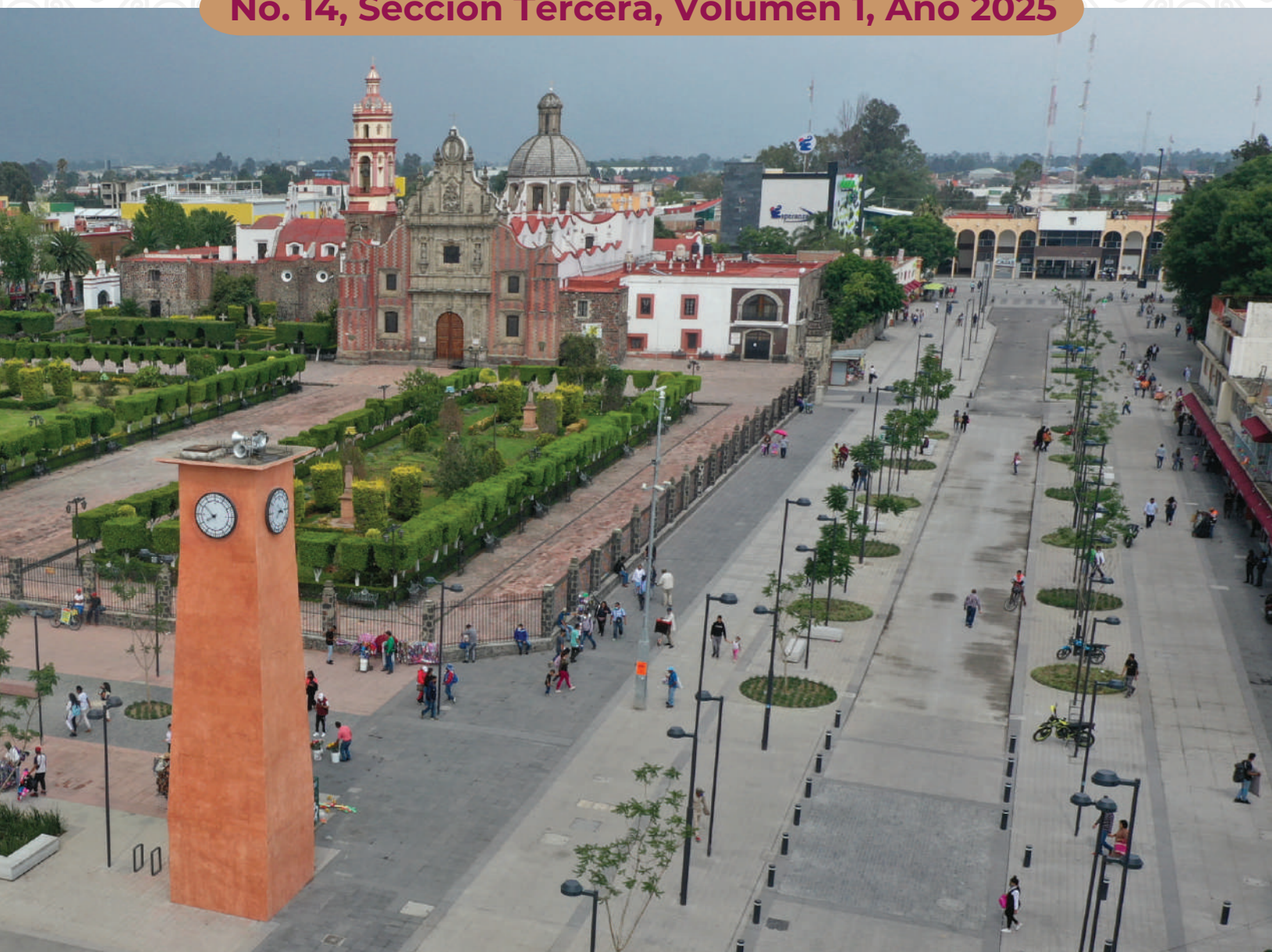
GOBIERNO DE
CHALCO
2025-2027

GACETA MUNICIPAL

PERIÓDICO OFICIAL DEL GOBIERNO MUNICIPAL DE CHALCO, ESTADO DE MÉXICO

- MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF CHALCO 2025-2027

No. 14, Sección Tercera, Volumen 1, Año 2025



Chalco, Estado de México, a 1 de agosto de 2025.

GACETA MUNICIPAL

PERIÓDICO OFICIAL DEL GOBIERNO MUNICIPAL DE CHALCO, ESTADO DE MÉXICO



Abigail Sánchez Martínez

Presidenta Municipal Constitucional de Chalco, Estado de México.

A sus habitantes, hace saber:

Que con fundamento en los artículos 115, fracciones II y III de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 122 y 128 fracción III de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México; 1, 2, 3, 31 fracción I, 48 fracción III y 164 de la Ley Orgánica Municipal del Estado de México;

Se da a conocer lo siguiente:

Que por acuerdo tomado en su Novena Sesión Ordinaria, celebrada el veintitrés de junio de dos mil veinticinco, la Junta de Gobierno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco, Estado de México, periodo 2025-2027, con respaldo en el Decreto N° 10, de la H. XLIX Legislatura del Estado de México, del 15 de julio de 1985, donde se aprueba la Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, Denominados "Sistema Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia"; así como al acuerdo, aprobado en la Tercera Sesión Ordinaria del Comité Municipal de Mejora Regulatoria, en ejercicio de la facultad normativa de ese descentralizado, resolvió publicar lo siguiente:

- MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF CHALCO, 2025-2027.

GACETA MUNICIPAL

PERIÓDICO OFICIAL DEL GOBIERNO MUNICIPAL DE CHALCO, ESTADO DE MÉXICO



SECRETARÍA DEL AYUNTAMIENTO

El Secretario del Ayuntamiento de Chalco, Estado de México, Mtro. Marco Antonio Soto de la Torre, en ejercicio de las facultades conferidas en el artículo 91, fracciones VIII y XIII de la Ley Orgánica Municipal del Estado de México, certificó y ordenó la publicación de esta Gaceta Municipal.

La publicación se realiza a solicitud del Dr. José Luis Camacho Granados, Director del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia Chalco, mediante oficio número GCH/DIF/ DIRECCIÓN/205/2025.

GACETA MUNICIPAL

PERIÓDICO OFICIAL DEL GOBIERNO MUNICIPAL DE CHALCO, ESTADO DE MÉXICO



DIRECTORIO

Lic. Abigail Sánchez Martínez
Presidenta Municipal Constitucional

Ing. José Gerardo Hernández Carmona
Síndico Municipal

Lic. Lizbeth Luna Galicia
Primera Regidora

C. Francisco Javier Landa de Jesús
Segundo Regidor

C. María del Rosario Espejel Hernández
Tercera Regidora

Lic. Jesús Hilario Salgado Rosas
Cuarto Regidor

C. Alma Castro Arellano
Quinta Regidora

C. Christian Jesús Castillo Grimaldo
Sexto Regidor

C. Alison Pamelali Rangel De la Rosa
Séptima Regidora

Mtro. Miguel Ángel Rivero Carbajal
Octavo Regidor

C. Francisco Leonardo Falcón Leyte
Noveno Regidor

Mtro. Marco Antonio Soto de la Torre
Secretario del Ayuntamiento



Manual de Procedimientos del Sistema Municipal DIF Chalco 2025-2027

© **Gobierno de Chalco, 2025-2027**

Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco

Av. Solidaridad Mz. 2, LT. 1, Zona 5, Col. Culturas de México, Chalco, Estado de México, C.P. 56607

Teléfonos: 5588432924, 5588437856 y 5588437857

Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco

2025, Tercera Edición

Impreso y realizado en Chalco, Estado de México.

La reproducción total o parcial de este documento, se autorizará siempre y cuando se del crédito correspondiente a la fuente.

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Lizbeth Luna Galicia

**Presidenta Honorífica del Sistema Municipal para
el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco**

José Luis Camacho Granados

**Director del Sistema Municipal para el
Desarrollo Integral de la Familia de Chalco**

Gerardo Santillán Acevedo

**Titular del Órgano Interno de Control del Sistema
Municipal para el Desarrollo Integral de la
Familia de Chalco**

Jaime Cesar Hernández Aguilar

**Tesorero del Sistema Municipal para el Desarrollo
Integral de la Familia de Chalco**

Viviana Guadarrama Balderas

**Subdirectora de Administración del Sistema Municipal
para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco**

René Eduardo Pérez García

**Subdirector de Programas Asistenciales del Sistema
Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco**

Armando Uribe Guzmán

**Subdirector de Servicios de Salud del Sistema Municipal
para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco**

Concepción Varela Espinoza

**Subdirectora del Centro de Rehabilitación e Integración
Social del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral
de la Familia de Chalco**

Samara Pérez Toledo

**Procuradora de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes
del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral
de la Familia de Chalco**

María de Lourdes García Toriz

**Titular Honorífica de la Unidad de Transparencia y Acceso a la
Información del Sistema Municipal para el Desarrollo
Integral de la Familia de Chalco**

María de Lourdes García Toriz

**Titular de la Unidad de Información, Planeación, Programación
y Evaluación del Sistema Municipal para el Desarrollo
Integral de la Familia de Chalco**

Arturo Santos López

**Titular de la Unidad de Comunicación Social del Sistema
Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco**

Iván Ocotitla Águila

**Titular de la Unidad de Servicios Jurídicos del Sistema
Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco**

ÍNDICE

		Página
I	Presentación	10
II	Objetivo General	11
III	Descripción de los Procedimientos	11
	1.- SMDIF-PF-PRO01 GESTIÓN DE DONATIVOS	11
	2.- SMDIF-DIR-PRO02 TRANSFERENCIA AL ARCHIVO DE CONCENTRACIÓN	16
	3.- SMDIF-DIR-PRO03 CONSULTA AL ARCHIVO DE CONCENTRACIÓN	21
	4. SMDIF-OIC-PRO04 FORMAR COMITÉS CIUDADANOS DE CONTROL Y VIGILANCIA EN PLANTELES EDUCATIVOS	26
	5. SMDIF-OIC-PRO05 REALIZAR AUDITORÍAS Y/O REVISIONES DE CONTROL Y EVALUACIÓN A LAS ÁREAS DEL SMDIF	30
	6. SMDIF-OIC-PRO06 SEGUIMIENTO A QUEJAS, DENUNCIAS, RECOMENDACIONES O HALLAZGOS MEDIANTE PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN	44
	7. SMDIF-OIC-PRO07 BRINDAR CAPACITACIÓN A SERVIDORES PÚBLICOS.	52
	8. SMDIF-OIC-PRO08 REALIZAR LOS MOVIMIENTOS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS OBLIGADOS A PRESENTAR DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL Y DE INTERÉS EN EL SISTEMA BACKOFFICE DECL@RANET	56

		Página
	9. SMDIF-TES-PRO09 RECEPCIÓN Y DEPÓSITOS DE INGRESOS POR PERCEPCIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL	60
	10. SMDIF-TES-PRO010 REGISTRO CONTABLE Y PRESUPUESTAL DE LOS INGRESOS	68
	11. SMDIF-TES-PRO011 PAGO A PROVEEDORES	72
	12. SMDIF-TES-PRO012 REGISTRO CONTABLE DE EGRESOS	77
	13. SMDIF-TES-PRO013 ELABORACIÓN DE INFORME TRIMESTRAL FINANCIERO	81
	14. SMDIF-UT-PRO014 ATENCIÓN DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN PÚBLICA	87
	15. SMDIF-UIPPE-PRO015 INTEGRACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS ANUALES	94
	16. SMDIF-COMSOC-PRO016 DISEÑO GRAFICO Y COBERTURA DE EVENTOS	96
	17. SMDIF-USJ-PRO017 PROCEDIMIENTO PARA BRINDAR ASESORÍA JURÍDICA EN LA UNIDAD DE SERVICIOS JURÍDICOS	105
	18. SMDIF-USJ-PRO018 JUICIOS EN MATERIA FAMILIAR.	111
	19. SMDIF-SUBADMON-PRO019 RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL	121
	20. SMDIF-SUBADMON-PRO020 REGISTRO Y APLICACIÓN DE MOVIMIENTOS DE NÓMINA	125
	21. SMDIF-SUBADMON-ADQUISICIONES-PRO021 RECEPCIÓN, ADQUISICIÓN, SUMINISTRO DE MATERIAL E INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTE.	130

		Página
	22. SMDIF-SUBADMON-SG-PRO022	
	LIMPIEZA DE LAS OFICINAS	134
	ADMINISTRATIVAS Y ÁREA MÉDICA.	
	23. SMDIF-SUBADMON-SG-PRO023	
	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y	139
	CORRECTIVO DE LAS INSTALACIONES.	
	24. SMDIF-SPA-CAAM-PRO024	
	INTEGRAR A LOS CLUBS A ADULTOS	142
	MAYORES DEL MUNICIPIO DE CHALCO.	
	25. SMDIF-SPA-NUTRICIÓN-PRO025	
	INTEGRACION Y DISTRIBUCION DE	146
	DESAYUNOS ESCOLARES Y CANASTA	
	ALIMENTARIA	
	26.SMDIF-SERSALUD-PRO026	
	ENFERMERIA	151
	27. SMDIF-SERSALUD-PRO027	
	CONSULTA MÉDICA	162
	28. SMDIF-SERSALUD-PRO028	
	CONTROL PRENATAL	194
	29. SMDIF-SERSALUD-PRO029	
	CONTROL NUTRICIONAL DE MENORES	224
	DE 18 AÑOS	
	30. SMDIF-SERSALUD-	
	PRO030CONTROL DE ENFERMEDADES	230
	CRÓNICO DEGENERATIVAS	
	31. SMDIF-SERSALUD-PRO031	
	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	248
	32. SMDIF-SERSALUD-PRO032	
	ODONTOLOGÍA	257
	33. SMDIF-SERSALUD-PRO033	
	NUTRICIÓN	273

	34. SMDIF-SERSALUD-PRO034 TRABAJO SOCIAL	278
	35. SMDIF-SERSALUD-PRO035 CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN	285
	36. SMDIF-SERSALUD-PRO036 ARCHIVO CLÍNICO	291
	37. SMDIF-SERSALUD-PRO037 ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE PRIMERA VEZ	297
	38. SMDIF-SERSALUD-PRO038 ATENCIÓN PSICOLÓGICA SUBSECUENTE	305
	39. SMDIF-SERSALUD-PRO039 ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN PSICOLÓGICA.	307
	40. SMDIF-SERSALUD-PRO040 SALUD MENTAL DE LA MUJER (SMM).	312
	41. SMDIF-SERSALUD-PRO041 PREVENCIÓN DE ADICCIONES (PREADIC).	316
	42. SMDIF-CRIS-PRO042 ATENCIÓN DE USUARIOS DE CONSULTA MÉDICA DE PRIMERA VEZ	320
	43. SMDIF-CRIS-PRO043 ATENCION DE PACIENTES EN TERAPIA	348
	44. SMDIF-CRIS-PRO044 ATENCION DE PACIENTES EN CONSULTA DE REHABILITACION DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTE	367
	45. SMDIF-CRIS-PRO045 CONSULTA DE PSICOLOGÍA	383
	46. SMDIF-CRIS-PRO046 MÓDULO DE INCLUSIÓN SOCIAL	386

		Página
	47. SMDIF-CRIS-PRO047 ATENCIÓN DE RAYOS “X”	389
	48. SMDIF-CRIS-PRO048 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	393
	49. SMDIF-CRIS-PRO049 TALLER DE ÓRTESIS	407
	50. SMDIF-CRIS-PRO050 MÓDULO DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.	410
	51. SMDIF-CRIS-PRO051 PROGRAMA DE TRASLADOS VEHICULAR DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD	427
	52. SMDIF-CRIS-PRO052 MÓDULO DE CREDENCIAL DE DISCAPACIDAD.	431
	53. SMDIF-PROCURADURIA- PRO53 ATENDER REPORTES DE PROBABLE VULNERACION DE DERECHOS	434
	54. SMDIF-PROCURADURIA- PRO54 INGRESOS AL ALBERGUE PUENTE INFANTIL “SAN FRANCISCO”	480
IV	DISTRIBUCIÓN	486
V.	VALIDACIÓN	487
VI.	ACTUALIZACIÓN	488

I. PRESENTACIÓN

Con el propósito de garantizar la adecuada, oportuna, eficaz y eficiente atención a los grupos más vulnerables de niñas, niños, adolescentes, mujeres y adultos mayores y población en general, se ha elaborado el presente documento normativo que contiene los lineamientos generales a los que deberán apegarse las autoridades y el personal del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco, para realizar las acciones y actividades de prevención, detección, atención, referencia de las y los usuarios del municipio de Chalco; contiene los elementos técnicos y administrativos para su atención, en el marco de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Asistencia Social y la Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios 2, 3, 7 fracción I inciso k, 8, 9, 16, 18 fracción I, II y XXI, 26 fracción XXII y 40, 18, 19, 20, 21, 25 y 26, y demás ordenamientos legales vigentes.

Por lo anterior el presente Manual de Procedimientos contiene las diferentes tareas y la descripción de las actividades que deben seguirse en la realización de las funciones y los procesos a ejecutar, siendo un instrumento administrativo dinámico, flexible y de fácil comprensión para el personal que lo ejecuta, con el propósito de satisfacer los requisitos, necesidades y la optimización de la atención a las y los usuarios.

Cabe señalar que es un documento público, el cual deberá estar disponible para su consulta de las y los servidores públicos que intervienen en los procedimientos que se describen en el desarrollo del presente documento, así como para la ciudadanía que se interese por conocer el funcionamiento de las diferentes unidades administrativas que integran el SMDIF Chalco, y en consecuencia del Gobierno Municipal en general, fomentando con ello la transparencia en la Gestión Pública

II. OBJETIVO GENERAL

El presente Manual de procedimientos tiene como propósito contar con una guía clara y específica que garantice la óptima operación y desarrollo de las diferentes actividades de los procesos de cada una de las unidades administrativas del SMDIF, así como el de servir como instrumento de apoyo y mejora institucional.

III. DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS

1.- SMDIF-PF-PRO01 GESTIÓN DE DONATIVOS

1.1 OBJETIVO

Obtener mayores recursos en Donaciones en especie o servicios a efecto de coadyuvar en los Programas y/o Proyectos Asistenciales en el Sistema Municipal DIF en beneficio de la población con mayor vulnerabilidad ya que las problemáticas sociales por lo general superan los recursos con los se cuentan.

1.2 ALCANCE

Aplica a los servidores/es públicos de las Unidades del SMDIF, a la Unidad de Procuración de Fondos.

1.3 REFERENCIAS

- ✓ Ley de Asistencia Social del Estado de México Y Municipios; Artículo 1, 2, 3, 8 apartado I, artículo 10 apartado I, artículo 39, artículo 40, artículo 41 apartado I.
- ✓ Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social de Carácter Municipal, Denominados “Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia” Artículo 3 fracciones I y IV.

1.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

La Unidad de Procuración de Fondos: deberá buscar y proponer Instituciones públicas y privadas como benefactores.

La Presidencia y la Tesorería: deberán emitir los documentos necesarios para entregar a los donatarios.

1.5 TERMINOLOGÍA

Gestión de donativos: Buscar Instituciones públicas, privadas asociaciones civiles con la posibilidad de hacer donación de sus productos o servicios.

Donativos: Bienes o productos elaborados por las Instituciones o empresas.

Donativo especie: Producto que maneja o produce la empresa o instituciones.

Requerimiento: Situación a solucionar surgida de una necesidad.

Recibo de deducible de impuesto: Documento fiscal para fines contables del Donante emitido por la tesorería del SMDIF Chalco.

SMDIF: Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia.

Expediente: Conjunto de documentos relacionados con un asunto o petición.

Presidenta: Representante legal del SMDIF Chalco.

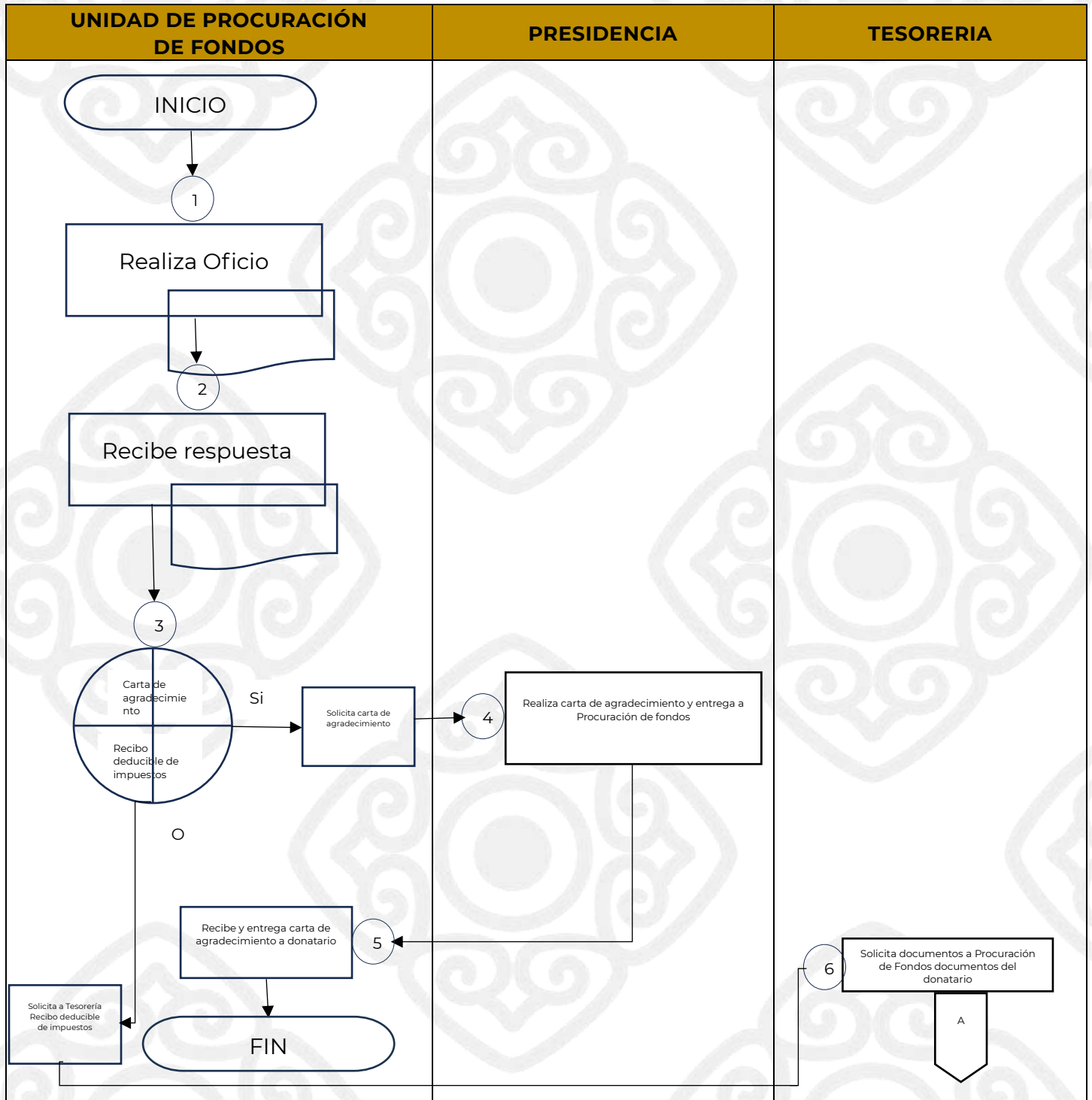
Titular de Unidad: persona responsable de coordinar los trabajos de la Unidad de Procuración de Fondos.

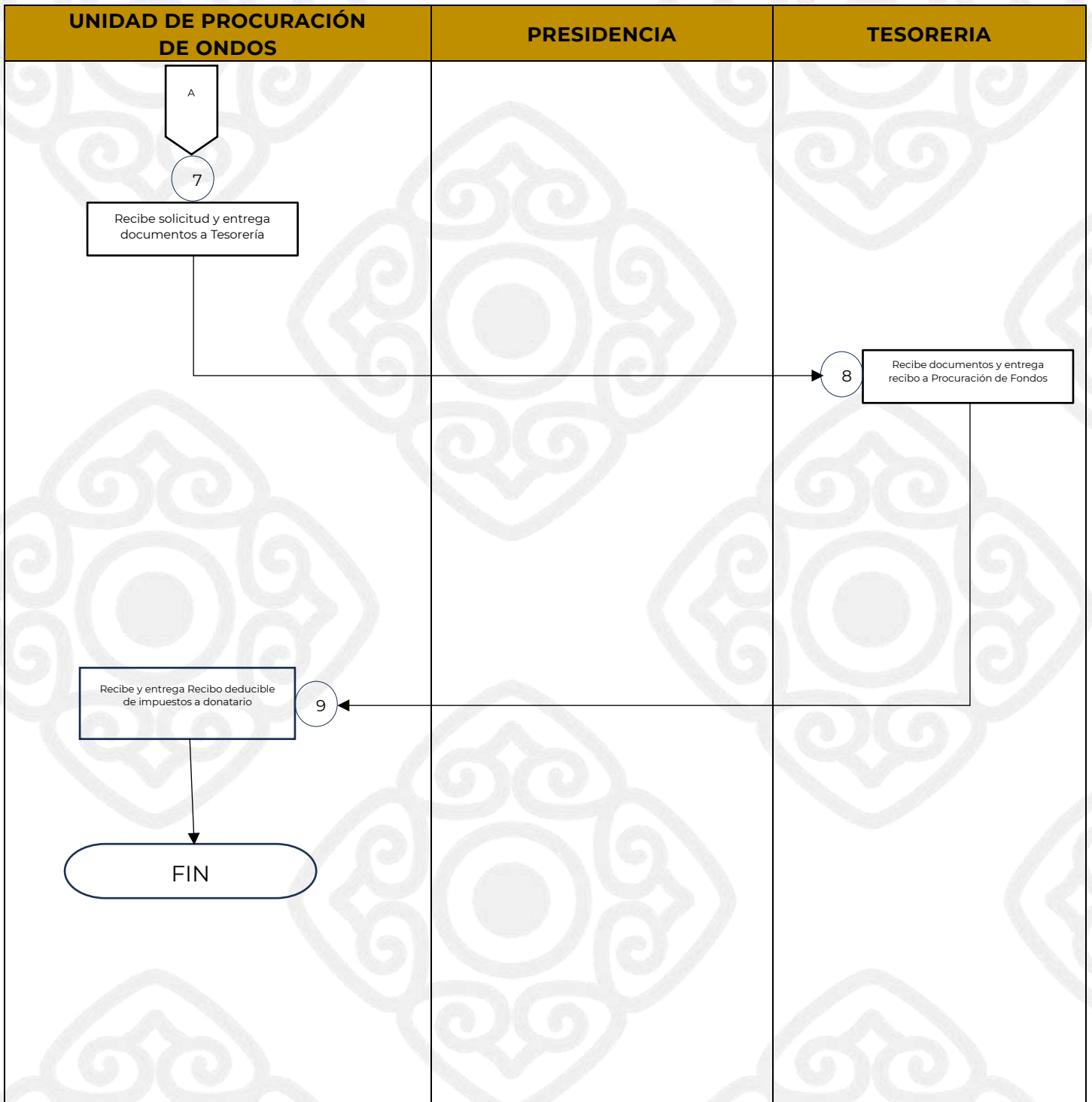
Insumos: productos donados por la institución benefactora

1.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Titular de la Unidad de Procuración de Fondos	Realiza oficio para la Gestión de donaciones en especie, con empresas privadas, fundaciones, e instituciones de gobierno.
2	Titular de la Unidad de Procuración de Fondos	Recibe respuesta favorable del donante
3	Titular de la Unidad de Procuración de Fondos	Si El donante requiere Carta de Agradecimiento La unidad de procuración de fondos solicita la misma a presidencia Si El donante requiere Recibo deducible de impuestos La unidad de procuración de fondos solicita el mismo a Tesorería
4	Presidencia	Entrega a la Unidad de Procuración de Fondos Carta de Agradecimiento firmada
5	Titular de la Unidad de Procuración de Fondos	Entrega Carta de Agradecimiento al donatario FIN
6	Tesorería	Solicita a la unidad de procuración de fondos los documentos para la expedición del recibo
7	Unidad de procuración de fondos	Recibe solicitud y Entrega los documentos a Tesorería
8	Tesorería	Recibe documentos y entrega recibo deducible de impuestos a la unidad de procuración de fondos
9	Unidad de procuración de fondos	Entrega al donatario el recibo de deducible de impuestos (CFDI)
		Fin

1.7 DIAGRAMA DE FLUJO





2.- SMDIF-DIR-PRO02 TRANSFERENCIA AL ARCHIVO DE CONCENTRACIÓN

2.1 OBJETIVO

Garantizar que los documentos necesarios para el ejercicio de funciones se mantengan de manera adecuada y se transfieran a un archivo de concentración.

2.2 ALCANCE

Aplica a todas las unidades administrativas del Sistema Municipal DIF Chalco.

2.3 REFERENCIAS

- ✓ Ley General de Archivos.
- ✓ Ley de Archivos y Administración de documentos del Estado de México y Municipios.
- ✓ Ley de Responsabilidades de los servidores públicos del Estado y Municipios.
- ✓ Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública del Estado de México (y sus Reglamentos).
- ✓ Código Administrativo del Estado de México.

2.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

Unidades administrativas: Es responsabilidad de las unidades solicitar revisar y solicitar la transferencia del archivo de concentración que se genere en cada una.

Responsable de archivo: Es responsabilidad del responsable atender las solicitudes de transferencia de las unidades administrativas, así como resguardar el archivo generado.

2.5 TERMINOLOGÍA

Archivo: Conjunto de documentos pertenecientes a una persona o área, ordenados siguiendo un orden establecido.

Expediente: Conjunto de documentos relativos a un mismo asunto, ordenados y acomodados dentro de un folder o carpeta.

Unidades Administrativas: Hace referencia a las Direcciones, subdirecciones, Departamentos o jefaturas de programas generadoras de información.

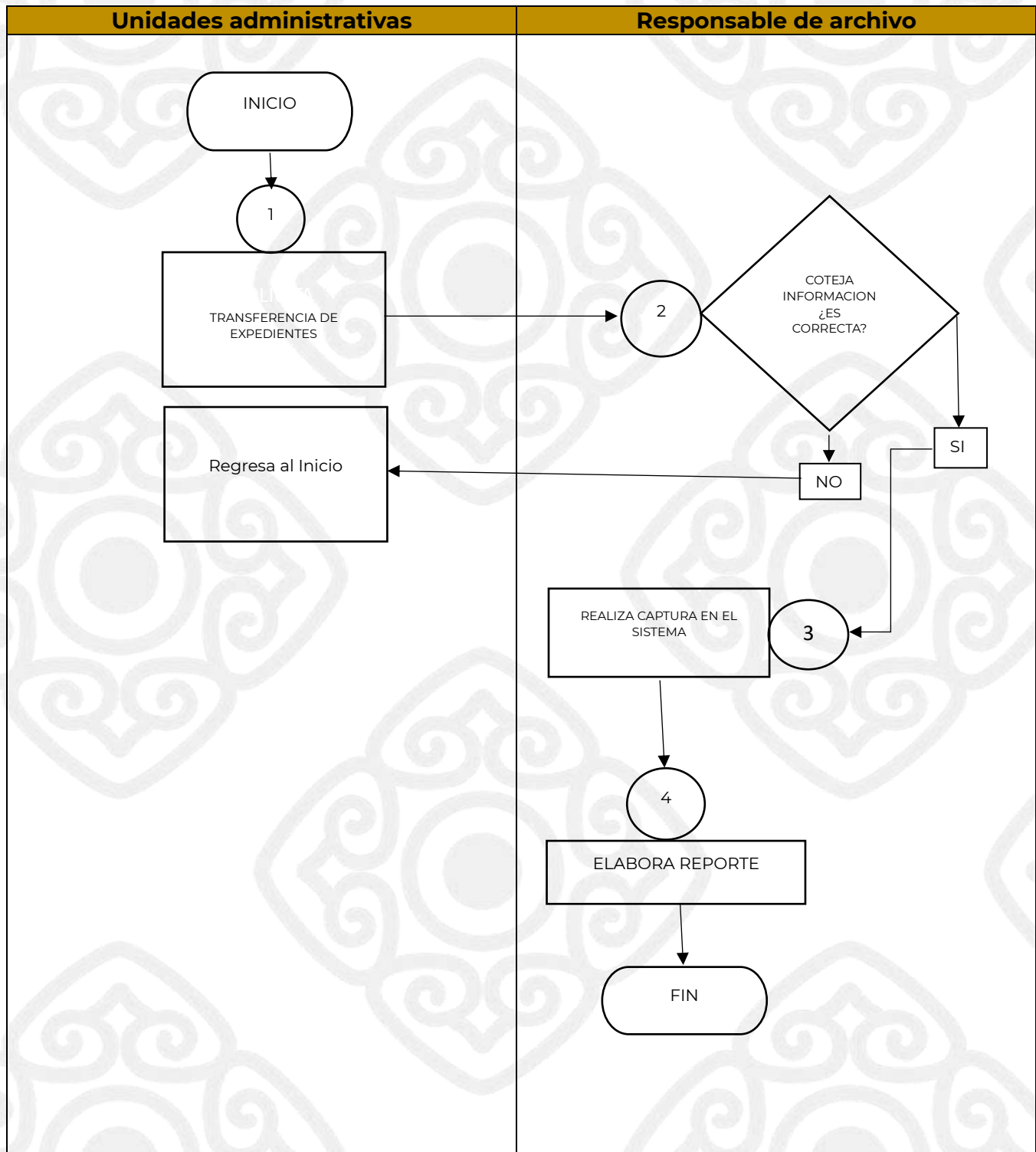
Área de Concentración: Son los archivos ubicados en las instalaciones del Organismo denominado DIF “valientes”.

Sistema para el Control de archivo: Sistema informático donde se capturan todos los expedientes que sean transferidos para archivo.

2.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Unidades Administrativas	Solicita transferencia de expedientes a archivo
2	Responsable de Archivo	Coteja y valida todos los documentos que sean entregados por las unidades de área en las cajas para transferencia al archivo de concentración; ¿Está completa la información? Si: Continúa en actividad 3 NO: Se regresa a actividad 1
3	Responsable de Archivo	Se realiza la captura en el sistema y se determina el lugar físico para el resguardo
4	Responsable de Archivo	Elabora Reporte de la cantidad de información y cajas recibidas en el archivo de concentración
		Fin

2.7 DIAGRAMA DE FLUJO



2.8 FORMATOS

Instructivo de llenado

NÚMERO	SE ANOTARÁ (N)
(1)	Número de hoja que le corresponde y la referencia del número total de hojas utilizadas para un mismo formato.
(2)	Denominación de la Dependencia u Organismo, de conformidad con lo establecido en su ordenamiento jurídico de creación al que pertenece el Archivo.
(3)	Nombre de la Unidad Administrativa a la que corresponde el Archivo, el cual deberá corresponder al formalmente autorizado en la estructura de organización respectiva.
(4)	Día, mes y año en que se llena el formato. Ejemplo: 16/01/2021.
(5)	Nombre del fondo documental al que pertenece el Archivo, conforme al cuadro general de clasificación archivística de la Dependencia u Organismo, ejemplo: Secretaría de Finanzas.
(6)	Nombre del sub fondo documental, en caso de existir, al que pertenece el Archivo, conforme al cuadro general de clasificación archivística de la Dependencia u Organismo, ejemplo: Subsecretaría de Administración.
(7)	Número progresivo que corresponda.
(8)	Número asignado al expediente al momento de su apertura en cada serie documental existente en el Archivo.
(9)	Clave y nombre de la sección y/o subsección (en caso de existir) a la que pertenecen los expedientes conforme al cuadro general de clasificación archivística de la Dependencia u Organismo, ejemplo: 26S. Verificación aduanera.
(10)	Clave y nombre de la serie y/o subserie documental (en caso de existir) a la que pertenecen los expedientes conforme al cuadro general de clasificación archivística de la Dependencia u Organismo, ejemplo: 27S.1 Política de ingresos del Gobierno del Estado de México/27S.1.1 Proyecciones fiscales en materia de ingresos.
(11)	Fórmula clasificadora asignada al expediente conforme al cuadro general de clasificación archivística de la Dependencia u Organismo, que deberá de coincidir con la que tenga en la ceja de la carpeta. La clave será formada por: fondo/sub fondo/sección/serie/número de expediente, utilizando únicamente diagonales para separar, ejemplo: SF/SUBA/47S/47S.13/E. 1
(12)	Nombre del expediente inventariado de acuerdo con el asunto, que deberá de coincidir con el que tenga en la ceja de la carpeta.
(13)	Número total de legajos que integran el expediente.
(14)	Número total de documentos que integran el expediente.
(15)	Fecha del documento con el que se abrió el expediente y la del último generado al momento de la elaboración del inventario, ejemplo: 30 enero 2015/25 noviembre 2020.
(16)	Ubicación topográfica donde se localiza resguardado el expediente, ejemplo: Archivero metálico ubicado en el Área Administrativa del edificio del AGPE.
(17)	Servirá para adicionar algún dato importante de manera particular al inventario que se está elaborando. La información deberá estar relacionada únicamente con el expediente que se está describiendo.
(18)	Nombre y firma de la persona responsable del Archivo de la Unidad Administrativa.
(19)	Nombre y firma de la persona titular de la Unidad Administrativa.

3.- SMDIF-DIR-PRO03 CONSULTA AL ARCHIVO DE CONCENTRACIÓN

3.1 OBJETIVO

Facilitar la búsqueda y acceso a los archivos que, aunque ya no son de uso diario en las unidades administrativas, aún tienen valor y pueden ser relevantes para diversas necesidades institucionales y sociales.

3.2 ALCANCE

Aplica a todas las unidades administrativas del SMDIF Chalco.

3.3 REFERENCIAS

- ✓ Ley General de Archivos.
- ✓ Ley de Archivos y Administración de documentos del Estado de México y Municipios.
- ✓ Ley de Responsabilidades de los servidores públicos del Estado y Municipios.
- ✓ Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública del Estado de México (y sus Reglamentos).
- ✓ Código Administrativo del Estado de México.

3.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

Responsable de Archivo: Deberá entregar la hoja de solicitud de expediente o de caja a las unidades administrativas.

Unidades administrativas: Deberá llenar la solicitud y será el responsable del cuidado del expediente o expedientes.

3.5 TERMINOLOGÍA

Archivo: Conjunto de documentos pertenecientes a una persona o área, ordenados siguiendo un orden establecido.

Expediente: Conjunto de documentos relativos a un mismo asunto, ordenados y acomodados dentro de un folder o carpeta.

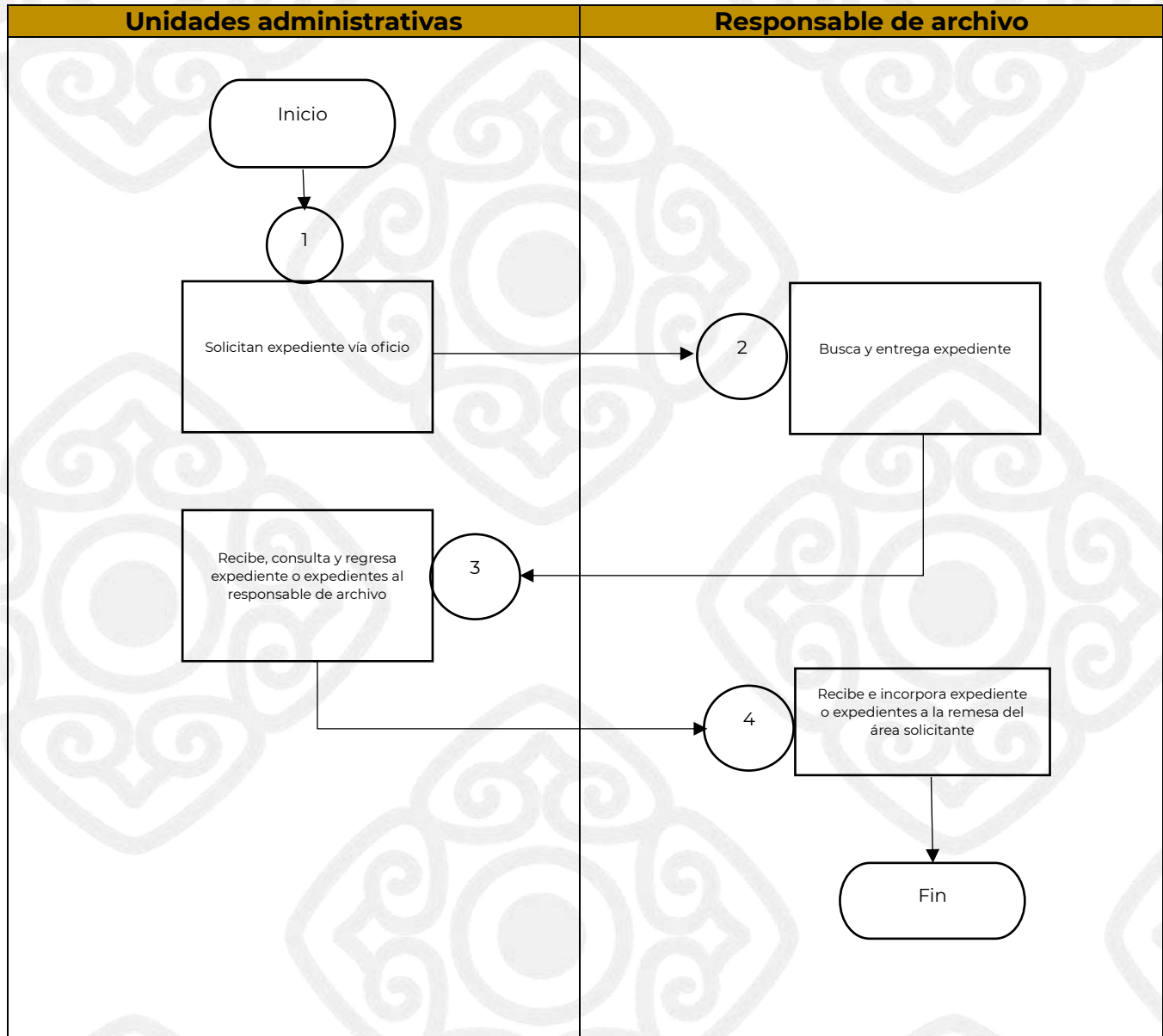
Unidades Administrativas: Hace referencia a las Direcciones, subdirecciones, Departamentos o jefaturas de programas generadoras de información.

Consulta: Acción y efecto de consultar.

3.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Unidades Administrativas	Solicitan vía Oficio el Expediente o Caja, solamente pueden ser Personal Autorizado.
2	Responsable de Archivo	Busca y entrega expediente solicitado
3	Unidades Administrativas	Recibe, consulta y Regresa expediente o expedientes a responsable de archivo
4	Responsable de Archivo	Incorpora expediente a remesa del área solicitante
		Fin

3.7 DIAGRAMA DE FLUJO



3.8 FORMATOS

Solicitud de Consulta de Expedientes

Fecha de Solicitud: _____ (1)	Cód. Iden.: _____ (2)			
Datos de la o el solicitante				
Nombre: _____ (3)				
Tipo de Identificación: _____ (4)				
Datos del Expediente (5)				
Clave	Nombre	No. Prog.	Legajo(s)	Documentos
(6)				
_____ Nombre y firma de la o el solicitante				

Para uso exclusivo del Archivo DIF Valientes						
Unidad Administrativa: _____ (7)				No. y Fecha de Remesa: _____ (8)		
Ubicación Topográfica del Expediente						
Sección:	Edificio:	Sala o Área:	Batería:	Módulo:	Entrepaso:	No. de Caja:
(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
Observaciones: _____ (16)						
Vo. Bo. (17)		Entrega expediente para consulta (18)		Recibe expediente para consulta (19)		

INSTRUCTIVO PARA EL FORMATO:		Solicitud de Consulta de Expedientes.
OBJETIVO:		Mantener control de los expedientes solicitados para consulta por los representantes de las unidades administrativas y/o particulares.
DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIA(O):		Se genera en original. El formato es resguardado por la o el responsable del área de Servicios.
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1.	Fecha de Solicitud.	Anotar la fecha (día, mes y año) de solicitud.
2.	Cód. Iden.	Señalar el código de identificación del servicio de consulta asignado por personal del Departamento de Archivo de Concentración o Histórico, según sea el caso.
3.	Nombre.	Escribir el nombre completo del solicitante, incluyendo nombre(s) apellido materno y apellido paterno.
4.	Tipo de Identificación.	Escribir el tipo y número del documento/credencial con la que se identifica el solicitante.
5.	Datos del Expediente.	Asentar la clave, el nombre, el número progresivo, el número total de legajo(s) y el número total de documentos del/los expediente(s) requerido (s).
6.	Solicitante.	Indicar el nombre completo y la firma del solicitante.
7.	Unidad Administrativa.	Especificar la unidad administrativa que transfirió la documentación (incluyendo su Dirección General y Secretaría de adscripción).
8.	No. y Fecha de Remesa.	Asentar el número y fecha (día, mes y año) de la remesa motivo de la consulta.
9.	Sección.	Citar la letra de la Sección del en la que está ubicada la documentación solicitada.
10.	Edificio.	Anotar la letra del edificio del en que se encuentra la documentación requerida.
11.	Sala o Área.	Mencionar la Sala o Área del en la que está ubicada la documentación solicitada.
12.	Batería.	Indicar el número de la batería en la que se encuentra la documentación solicitada.
13.	Módulo.	Colocar el número del módulo en el que está la documentación solicitada.
14.	Entrepáño.	Escribir el número de entrepaño en el que está ubicada la documentación solicitada.
15.	No. de Caja.	Señalar el número de la(s) caja(s) donde se encuentra la documentación requerida.
16.	Observaciones.	Anotar cualquier anotación relacionada con los expedientes solicitados.
17.	Autoriza la consulta	Especificar el nombre y firma de la persona que autoriza
18.	Entrega Expediente para Consulta.	Especificar el nombre y firma de la persona que entrega el/los expediente(s) por parte del Departamento de Archivo de Concentración o Histórico, según sea el caso.
19.	Recibe Expediente para Consulta.	Escribir el nombre y la firma del solicitante al recibir el/los expediente(s) para consulta.

Titular del Área (Nombre y Firma)	Servidora o Servidor Público(a) (Nombre y Firma)	Solicitante (Nombre y Firma)
---	--	--

4. SMDIF-OIC-PRO04 FORMAR COMITÉS CIUDADANOS DE CONTROL Y VIGILANCIA EN PLANTELES EDUCATIVOS

4.1 OBJETIVO

Tiene como objetivo auxiliar a la entidad administrativa en la observación, vigilancia, inspección y escrutinio público, con un enfoque preventivo de las acciones de gobierno de la cual sea beneficiario o usuario verificado que estas se realicen con calidad, eficiencia, honestidad y transparencia.

Además de contribuir al mejoramiento en el control de la aplicación de recursos y el desempeño de las y los servidores encargados de su operación.

4.2 ALCANCE

Beneficiarios del programa Desayunos Fríos

Padres de Familia

Autoridades del SMDIF Chalco

Órgano Interno de Control del Gobierno del Estado de México

4.3 REFERENCIAS

- ✓ Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, D.O.F.26-02-2013.
- ✓ Artículo 10, de la Ley de Asistencia Social, D.O.F. 19-12-2014.
- ✓ Artículo 27 Fracción IX y X, 110, 111, 112 y 114 de la Ley General de Salud, D.O.F. 19-12-2014.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-014--SSA1-2013 "Para La Asistencia Social Alimentaria a Grupos de Riesgo".
- ✓ Ley de Transparencia y Acceso a la Información del Estado de México

4.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

Es responsabilidad del Órgano Interno de Control en coordinación con la Delegación Regional de la Contraloría Social Zona Oriente asesorar y capacitar a los integrantes de los comités COCICOVIS para vigilar y supervisar que los apoyos lleguen a los beneficiarios en buen estado.

4.5 TERMINOLOGÍA

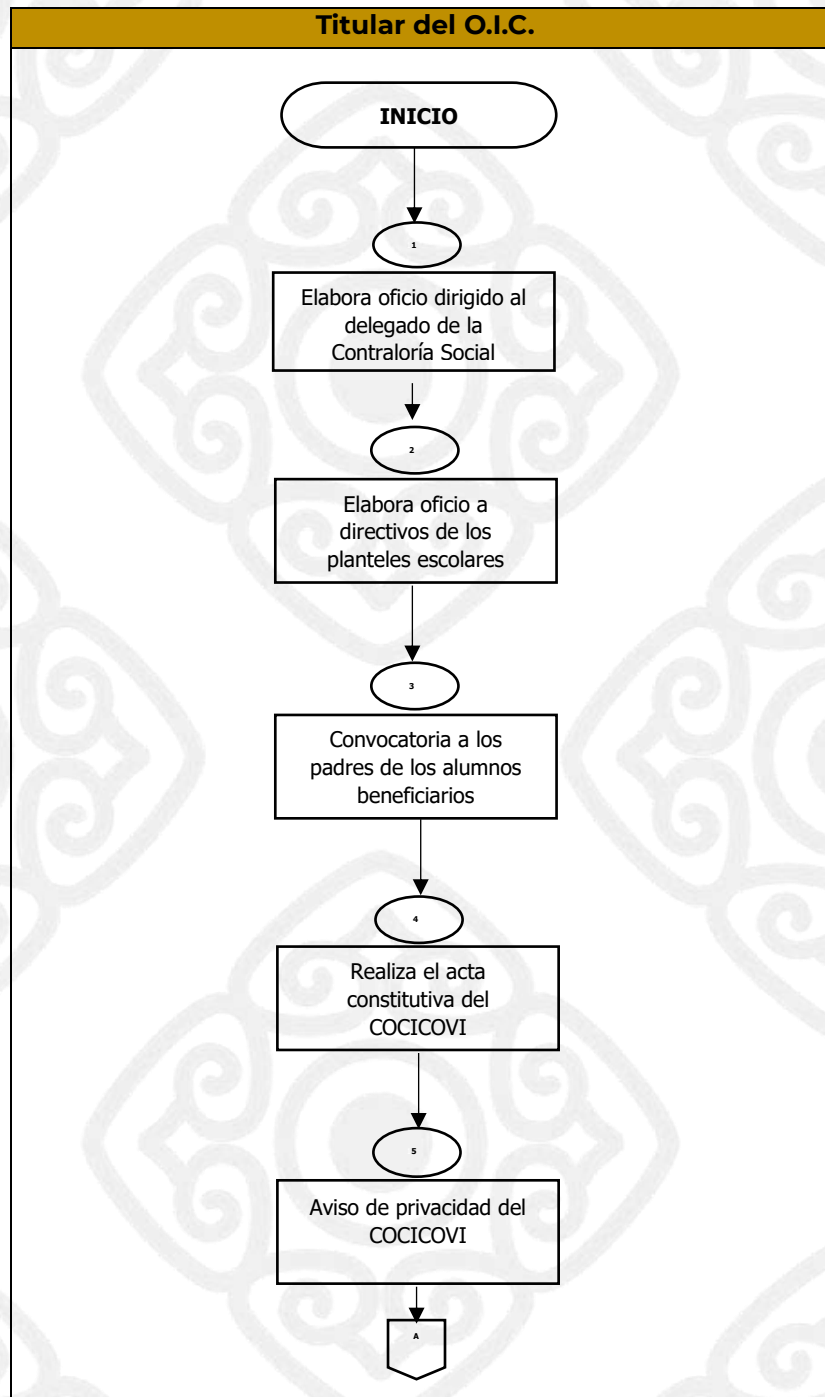
COCICOVI: Comité Ciudadano de Control y Vigilancia

OICE: Órgano Interno de Control

4.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Paso	Responsable	Actividad
1	Titular del Órgano Interno de Control	Crea el oficio calendario de formación COCICOVIS dirigido al delegado regional de la Contraloría Social y atención ciudadana.
2	Titular del Órgano Interno de Control	Realiza el oficio dirigido a los directivos de los planteles escolares beneficiados del programa desayunos fríos, para informar el periodo en que se realizaran la conformación de COCICOVIS.
3	Titular del Órgano Interno de Control	Envía convocatoria a los planteles dirigido a padres de familia de los alumnos beneficiados del programa Desayunos Fríos.
4	Titular del Órgano Interno de Control	Realiza el acta constitutiva del comité ciudadano de control y vigilancia en coordinación con el Encargado de la Contraloría Social y atención ciudadana.
5	Titular del Órgano Interno de Control	Crea el aviso de privacidad para el comité ciudadano de control y vigilancia COCICOVI.
6	Titular del Órgano Interno de Control	Recauda las firmas de asistencia para los miembros de la asamblea de constitución del comité ciudadano de control y vigilancia.

4.7 DIAGRAMA DE FLUJO



Titular del O.I.C.



5. SMDIF-OIC-PRO05 REALIZAR AUDITORÍAS Y/O REVISIONES DE CONTROL Y EVALUACIÓN A LAS ÁREAS DEL SMDIF

5.1 OBJETIVO

Llevar a cabo la actividad de autoría para determinar el grado de economía, eficacia, eficiencia, efectividad y apego a la normatividad del área que será auditada, así como la calidad de los servicios ofrecidos a la ciudadanía.

5.2 ALCANCE

Aplica a todas las unidades administrativas que conforman el Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco.

5.3 REFERENCIAS

- ✓ Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de México y Municipios,
- ✓ Artículos 1,2,5,10, fracción IV, 24 Fracción X del reglamento del Órgano Interno de Control
- ✓ Ley Orgánica Municipal del Estado de México
- ✓ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- ✓ Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México
- ✓ Código de Procedimientos Administrativos para el Estado de México
- ✓ Normas Generales para Auditoria

5.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

Es responsabilidad del O.I.C. supervisar, revisar y/o evaluar el funcionamiento del personal de las áreas y el manejo de los recursos financieros del SMDIF, con la finalidad de brindar un servicio de calidad y la correcta aplicación de los recursos correspondientes a sus diferentes programas que tiene a su cargo.

5.5 TERMINOLOGÍA

SMDIF: Sistema Municipal DIF Chalco.

Auditoría: Función de evaluación independiente, que busca evaluar la información y actividades financieras y administrativas de la empresa o institución.

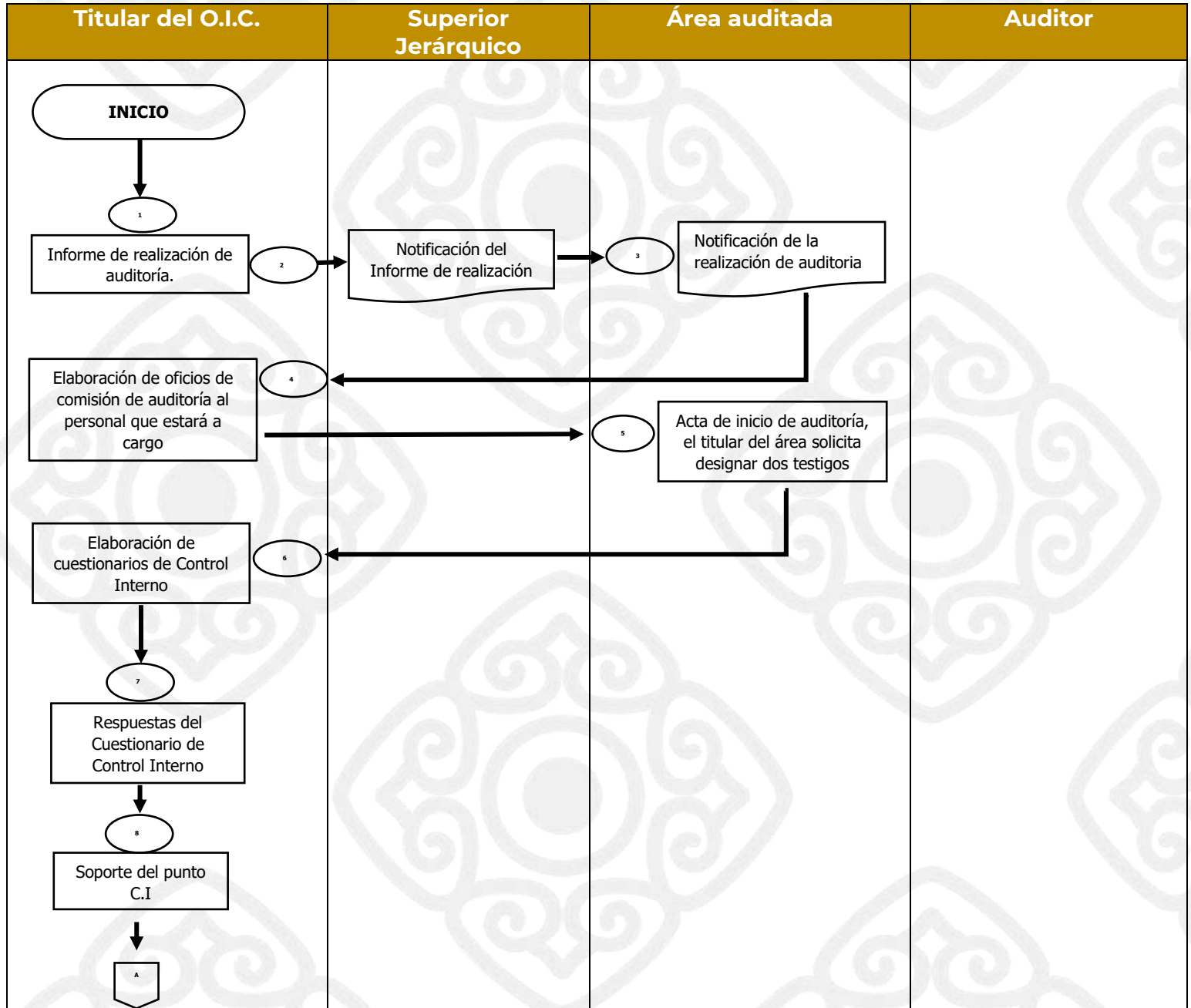
O.I.C: Órgano Interno de Control.

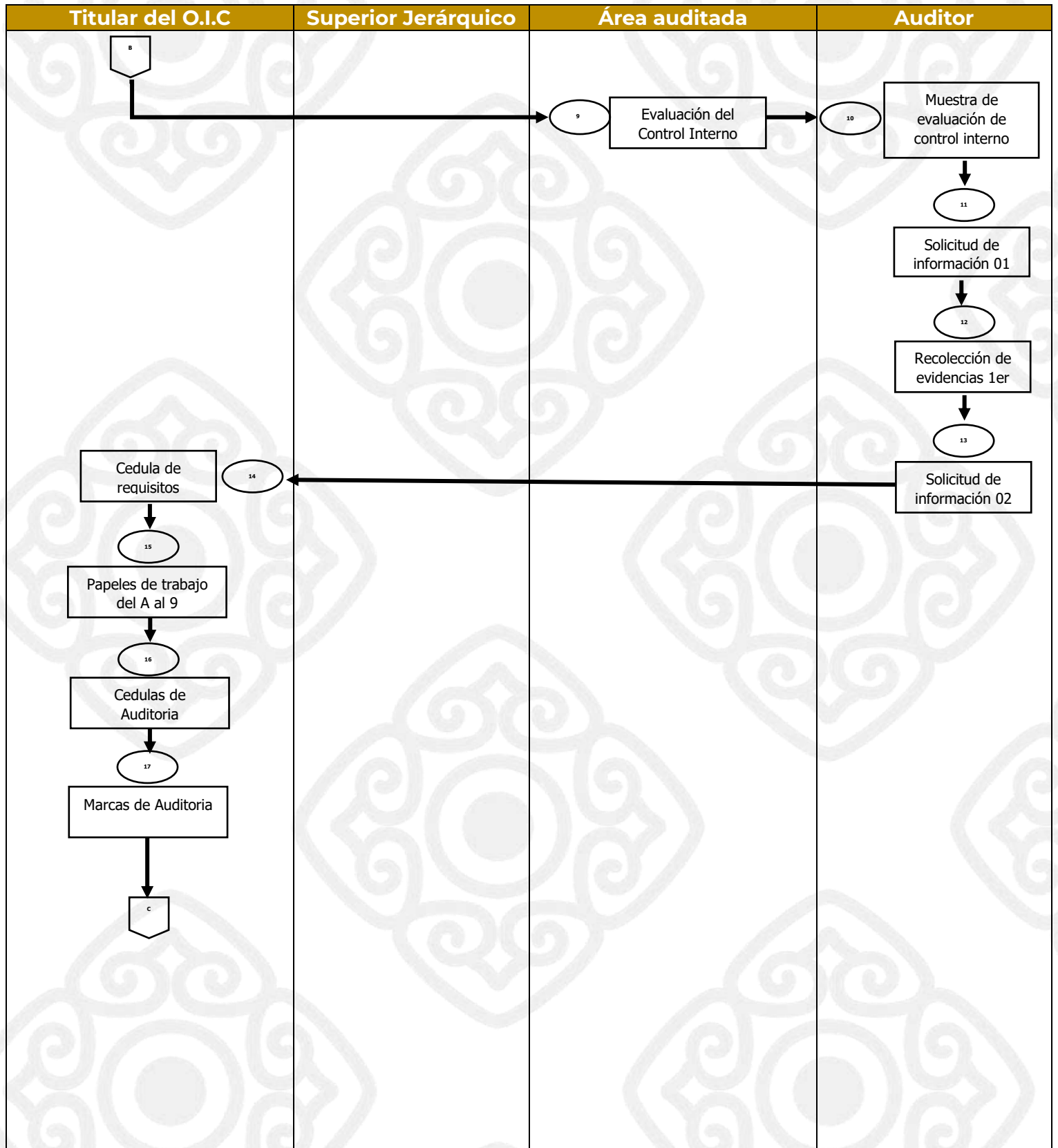
5.6 DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

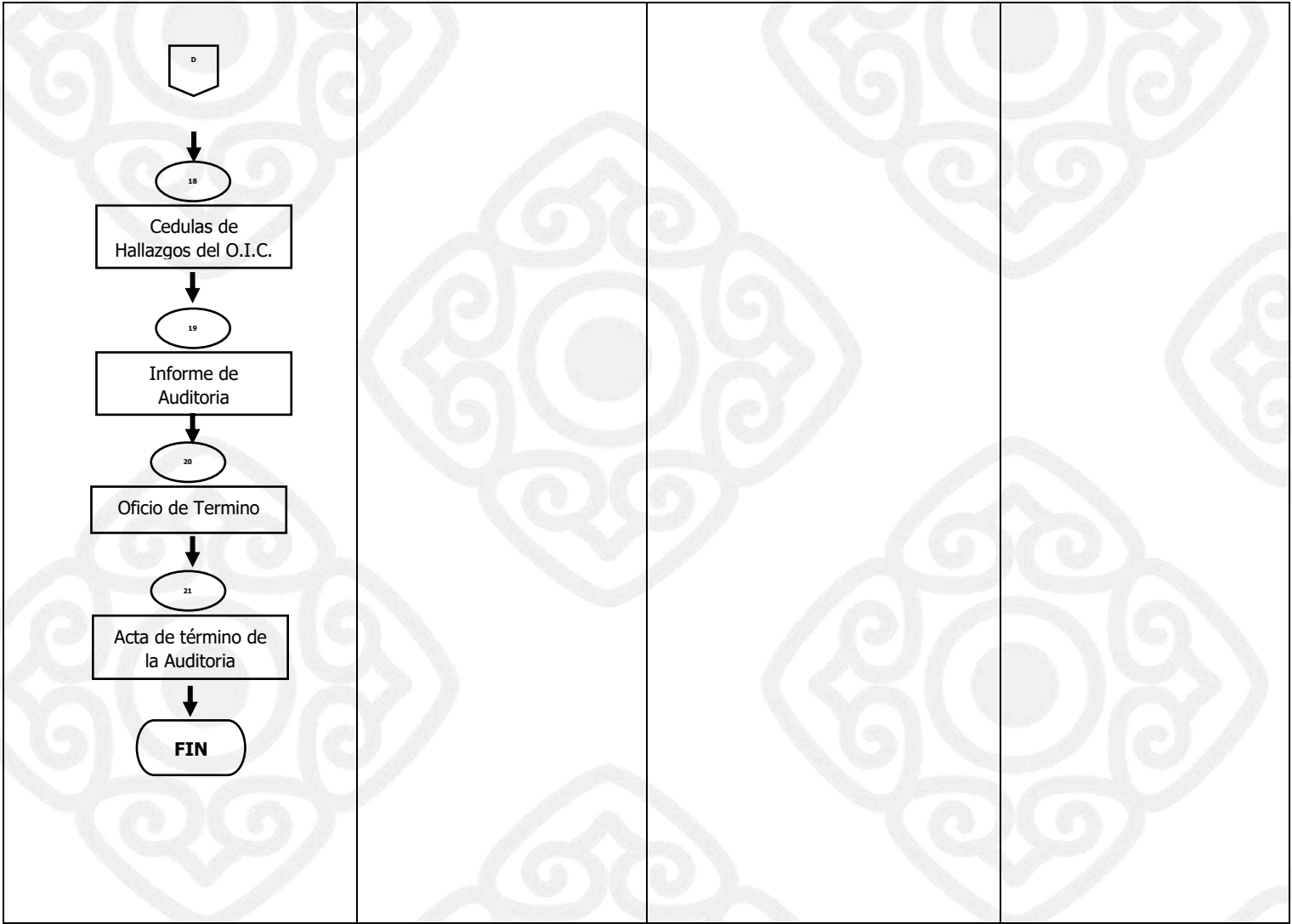
Paso	Responsable	Actividad
1	Titular del Órgano Interno de Control	Informa al superior Jerárquico por medio de oficio, que el Órgano Interno de Control, llevará a cabo una auditoría mencionando a la Unidad Administrativa auditada.
2	Titular del Órgano Interno de Control	Notificar al área que se llevará a cabo la auditoría
3	Titular del Órgano Interno de Control	Elaboración de oficios de comisión de auditoría al personal que estará a cargo.
4	Titular del Órgano Interno de Control	Levanta el Acta de inicio, solicitando que el titular del área señale dos personas que fungirán como testigos, llevándose a cabo un método evaluación a los auditados
5	Titular del Órgano Interno de Control	Lleva a cabo la elaboración del cuestionario de control Interno de entrada
6	Titular del Órgano Interno de Control	Se presentan las respuestas del Cuestionario de Control Interno
7	Titular del Órgano Interno de Control	Se presentan los Soportes del Punto Cuestionario Interno
8	Área Auditada	Lleva a cabo la Evaluación del Control Interno. (cuestionario)
9	Auditor	Se realiza la muestra de la Evaluación del Control Interno
10	Auditor	Lleva a cabo la solicitud de información 01

Paso	Responsable	Actividad
11	Auditor	Lleva a cabo la recolección de Evidencias de la primera solicitud de información
12	Auditor	Lleva a cabo la solicitud de información 02
13	Titular del Órgano Interno de Control	Elaboración de cedula de requisitos de la vista de verificación
14	Titular del Órgano Interno de Control	Se realizan los formatos papeles de trabajo del 1 al 9
15	Titular del Órgano Interno de Control	Revisa y elabora las cedulas de auditoria
16	Titular del Órgano Interno de Control	Elaboración de las marcas de auditoria
17	Titular del Órgano Interno de Control	Elaboración de la cedula de hallazgos del C.I.
18	Titular del Órgano Interno de Control	Elaboración del Informe de Auditoria
19	Titular del Órgano Interno de Control	Elaboración del Oficio de Termino
20	Titular del Órgano Interno de Control	Elaboración del Acta de Termino de la Auditoria
21	Titular del Órgano Interno de Control	Seguimiento y atención de los hallazgos
		FIN

5.7 DIAGRAMA DE FLUJO







5.8 ANEXOS

FORMATO DE OFICIO DE COMISIÓN PARA LLEVAR A CABO AUDITORÍA

Chalco, Estado de México a ____ de ____ de 20 ____ (1)

Oficio No. GCHA/DIF/O.I.C./ ____ /20 ____ (2)

Asunto: Oficio de comisión para llevar a cabo
Auditoría en la Coordinación de ____ del

SMDIF

Chalco, México. (3)

LIC. _____. (4)

**ASESOR JURÍDICO DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL
DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DE CHALCO, MÉXICO.
P R E S E N T E.**

Sea este el medio para enviarle un cordial saludo, al mismo tiempo informo a Usted que ha sido comisionada para llevar a cabo Auditoría Administrativa en la Coordinación de _____ (5) del Sistema Municipal DIF Chalco, México, con la finalidad de verificar _____ (6) de dicha Coordinación; lo anterior con fundamento en los artículos _____ (7) de la Ley Orgánica Municipal del Estado de México _____ (7) del Reglamento del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco, México; _____ (7) del Código de Procedimientos Administrativos del Estado de México, y con el objeto de comprobar el cumplimiento de las disposiciones legales como la prevista por los artículos _____ (7) de la Ley que Crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia.

Por lo antes expuesto, quedo de Usted.

A T E N T A M E N T E

LIC. _____ (8)

**TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL DEL SISTEMA
MUNICIPAL DIF CHALCO, ESTADO DE MÉXICO**

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL OFICIO DE COMISIÓN PARA LLEVAR A CABO AUDITORÍA

1. Día, mes y año.
2. Número de Oficio.
3. Nombre o motivo del oficio.
4. Nombre y cargo del servidor público comisionado.
5. Nombre del área o Coordinación donde se llevará a cabo la Auditoría.
6. Descripción de lo que se va a revisar o verificar en la Auditoría.
7. Legislación aplicable.
8. Nombre y firma del Contralor Interno del SMDIF Chalco, así como sello oficial del área.

2) FORMATO DE OFICIO DE INICIO DE AUDITORIA

Chalco, México, a ____ de ____ 20__ (1)
Oficio No. GCH/DIF/OIC/____/20__ (2)
Asunto: Inicio de Auditoria (3)
No. De AUDITORIA:
CHA/DIF/AUD/ADMTVA/CI____/20____. (4)

C. _____ (5)

**TITULAR DE _____ (5) DEL SISTEMA MUNICIPAL
PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DE CHALCO, ESTADO DE MÉXICO
PRESENTE.**

Por este conducto, me permito informar a usted, en fecha ____ de ____ del año dos mil ____ (6) se llevará a cabo a auditoría administrativa en el área a su digno cargo misma que tendrá por nombre auditoría administrativa. En la coordinación de _____ (7), con la finalidad de verificar _____ (8), Auditoría que comprenderá la revisión del periodo de ejercicio del día ____ de ____ del año dos mil ____ al cabo ____ del año mil ____ (9) para llevar a cabo la práctica de esta auditoría. Quedan comisionados a partir de esta fecha los licenciados en derecho, _____, _____, _____ (10) mismos que son personal, adscrito a este órgano interno de control a mi cargo, así también al suscrito titular del órgano de control interno, para que conjunta o separadamente, lleven a cabo la auditoría respectiva, los cuales en cualquier tiempo podrán ser sustituidos, aumentado o reducidos en su número, lo que en su caso le será notificado. No omito señalar que el personal comisionado, acreditará su identidad con oficio de comisión y/o gafete que los acredite como auditores adscritos al órgano de control interno. Lo anterior, con fundamento en las atribuciones que establecen los artículos: _____ (11) De la ley Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, _____ (12) De la ley Orgánica Municipal del Estado de México; _____ (13) del Reglamento del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco, México; _____ (14) del Código De Procedimientos Administrativos del Estado de México, y con el objeto de comprobar el cumplimiento de las disposiciones legales como la prevista por los artículos _____ (15) de La Ley Que Crea Los Organismos Públicos Descentralizados De Asistencia Social, de carácter Municipal, denominados Sistemas Municipales Para El Desarrollo Integral De La Familia.

Asimismo, y con el propósito de dar cumplimiento a las disposiciones de la ley invocadas, solicito permite el acceso en su oficina, al personal, comisionado, facilitando toda la información que requieran para el desempeño de su cargo, apoyarlos en los procesos de sus intervenciones, debiendo prestar las condiciones necesarias para la práctica de la citada auditoría, de igual forma deberá designar algún responsable con conocimientos y responsabilidad administrativa para que, en caso de ser necesario, atiendan los requerimientos del órgano interno de control. Finalmente, conforme a lo dispuesto en los artículos _____ (16) del código de procedimientos administrativos del Estado de México, y _____ (17) De la ley de responsabilidades administrativas del Estado de México y municipios, la información solicitada durante el desarrollo de la revisión, deberá atenderse inmediatamente por el área auditada y para los efectos legales a que haya lugar.

Sin otro particular, agradezco de antemano su colaboración para la realización de la auditoría en mención.

ATENTAMENTE

LIC. _____ (12)

**TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL
DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF CHALCO, MÉXICO**

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL OFICIO DE INICIO DE AUDITORÍA

1. Día, mes y año.
2. Número de Oficio.
3. Nombre o motivo del Oficio.
4. Número de Auditoría.
5. Nombre y cargo del servidor público a quien va dirigido el oficio.
6. Día, mes y año en la que se va a practicar la Auditoría.
7. Nombre del área o Coordinación a la que se le va a practicar la Auditoría.
8. Descripción de lo que se va a revisar o verificar en la Auditoría.
9. Período de tiempo que comprenderá la Auditoría.
10. Nombre (s) del personal comisionado.
11. Legislación aplicable.
12. Nombre y firma del Contralor Interno del SMDIF Chalco, así como sello oficial del área.

FORMATO DE RAZÓN DE NOTIFICACIÓN

RAZÓN DE NOTIFICACIÓN (1)

Órgano Interno de Control:	Del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia (2)		
Número de auditoria	GCHA/DIF/AUD/ADMTVA/OIC/___/20___ (3)	No. Oficio de inicio de auditoria	GCHA/DIF/OIC/___20___ (4)
Nombre de la auditoria:	(5)		

Nombre y cargo del Servidor Público a Quien se le aplica la cedula

C. _____, (6)

TITULAR DE _____ (6) DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF CHALCO, MÉXICO
RAZÓN DE NOTIFICACIÓN

En el municipio de Chalco, Estado de México, a _____ de _____ del 20_____
(7) el suscrito Lic. _____, (8) Titular del Órgano Interno de Control del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, con fundamento en lo dispuesto por los artículos _____ (9) del Código de Procedimientos Administrativos del Estado de México, me constituyo en el domicilio ubicado en _____ (10) a efecto de notificar al C. _____ (11), TITULAR DE _____ (11) DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF CHALCO, ESTADO DE MÉXICO, el Oficio de Inicio de Auditoria número GCHA/DIF/AUD/ADMTVA/OIC/___/20___ (12), de fecha ___ de _____ del año 20____, (13) emitido por el Órgano Interno de Control del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, quien en este acto recibe la documentación referente firmando al calce de recibido para su debida constancia y efectos legales conducentes.

NOTIFICA

(14)

LIC. _____

Titular del Órgano Interno de Control

(15)

del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral De la Familia de Chalco, México

RECIBE

(15)

C. _____

Titular de _____

SMDIF Chalco, México.

INSTRUCTIVO FORMATO DE RAZÓN DE NOTIFICACIÓN

1. Nombre del Formato.
2. Nombre de la Entidad a la que pertenece la Órgano Interno de Control.
3. Número de Auditoría.
4. Número de Oficio de Inicio de Auditoría.
5. Nombre de la Auditoría.
6. Nombre y cargo del Servidor Público a quien se le aplica la cédula de notificación.
7. Día, mes y año en que se lleva a cabo la razón de notificación.
8. Nombre del Contralor Interno del SMDIF Chalco.
9. Legislación aplicable.
10. Domicilio del área o Coordinación Auditada.
11. Nombre y cargo del Servidor Público a quien se le aplica la cédula de notificación.
12. Número de la Auditoría.
13. Día, mes y año en que dio inicio la Auditoría.
14. Nombre, firma del Titular del Órgano Interno de Control del SMDIF Chalco, así como sello oficial del área.
15. Nombre, cargo y firma del Servidor Público a quien se le aplica la cédula de notificación, así como sello oficial de su área.

4) FORMATO DE ACTA DE INICIO DE AUDITORIA

ACTA DE INICIO DE AUDITORIA (1)

NO. DE AUDITORIA GCHA/DIF/AUD/ADMTVA/OIC /0_/20__ (2)

En Chalco, Estado de México, siendo las _____, horas del día _____ del mes _____ del año dos mil _____, (3) los Licenciados en Derecho _____, (4) personal comisionado adscrito al Órgano Interno de Control del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia quienes fueron comisionados bajo el oficio números _____ y _____ respectivamente, de fecha _____ de _____ (5) del presente año, expedidos por el Licenciado _____, (6) Titular del Órgano Interno de Control del SMDIF Chalco, Estado de México, hace constar que se constituyeron legalmente en las oficinas que ocupa el área de _____ (7) DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTE3GRAL DE LA FAMILIA DE CHALCO, ESTADO DE MÉXICO, UBICADA (8), a efecto de hacer constar los siguientes :

HECHOS

En la hora y fecha mencionadas, los auditores actuantes se presentaron en las oficinas citadas con oficios de comisión números _____ y _____, (9) los cuales procedieron a identificarse en el orden mencionado con gafete oficial con numero _____ y _____, (1) respectivamente expedidos por el Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, y ante la presencia del C. _____, coordinador de _____ (11) DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF CHALCO, ESTADO DE MÉXICO: acto seguido el propio Titular Interno De Contraloría hace entrega formal del original del oficio de inicio de auditoria, con numero _____ de fecha _____ del mes de _____ del presente año, (12) emitido por el Licenciado _____, (13) Titular del Órgano Interno de Control de este descentralizado. Haciendo entrega personal al C. _____, (14) quien firma para constancia de su puño y letra en una copia de la misma orden, en la cual también se estampo el sello oficial de la de la coordinación auditada, refiriendo hora de recepción, acto con el que se tiene formalmente notificado el oficio de inicio de auditoria. Para el desahogo de la auditoria, se solicita al C. _____ (15) Se identifique plenamente, y el mismo exhibe _____ Expedida por _____ Con número de folio _____, (16) documento que se tiene a la vista y en el que se aprecia una fotografía, por los rasgos fisonómico, corresponden a su portador, a quien en este acto se le devuelve por así haberlo solicitado; Acto seguido, se le hace del conocimiento, previo apercibimiento para conducirse con verdad y advertido de las penas en que incurre los que declaran con falsedad ante una autoridad distinta a la judicial, según lo dispone el artículo _____ Del Código Penal para el Estado de México El C. _____ manifiesta llamarse como ha quedado asentado, tener _____ años de edad, estado civil _____, originario de _____ instrucción escolar _____, con domicilio actual, el ubicado en Calle _____, Manzana _____, Lote _____, Número oficial _____, colonia/barrio/Población _____, Municipio de _____ Estado de México, (17) de igual manera, se nombraron a los testigos de asistencia quienes se hacen llamar _____ misma persona que se identifica con _____, expedida a su favor por _____ (18) En este momento y de forma verbal, el C. _____ (19) designa a _____, quién se desempeña como persona encargada de atender la auditoria, quien manifiesta que _____, Acepta la designación (20) Los auditores comisionados, exponen al C. _____ titular de _____ del Sistema Municipal, DIF , Chalco, Estado de México, México (21) el alcance de los trabajos a desarrollar, los cuales ejecutarán al amparo y en incumplimiento de la orden de auditoria citada, mismos que se estarán enfocados a verificar _____ (22) , en el periodo comprendido del _____ de _____ del año dos mil _____ (23) al día en que se verifica la auditoria multicitada no habiendo más hechos que hacer constar, se da por concluida la práctica de esta diligencia, siendo las _____ (24) horas de la misma fecha en que fue iniciada. Asimismo, previa lectura de lo asentado, la firma al margen y alcance de todos y cada uno de los folios, los que en ella intervinieron, haciéndose constar que este documento fue elaborado en original y _____ (25) copias, de las cuales se entrega una legible al servidor público con el que se entendió la diligencia.

CONSTE



Lic. (26)	C.(27)	C. (28)	C. (29)
TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL DEL SMDIF CHALCO	TITULAR DEL ÁREA DEL SMDIF CHALCO	PERSONAL COMISIONADO	PERSONAL COMISIONADO
C. (29)	C. (30)	C. (31)	
ENCARGADO DE ATENDERLA	TESTIGO DE ASISTENCIA	TESTIGO DE ASISTENCIA	

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO DEL ACTA DE INICIO DE AUDITORÍA

1. Nombre del Formato.
2. Número de Auditoría.
3. Hora, Día, Mes y año del Acta.
4. Nombre (s) del personal comisionado.
5. Número y fecha de Oficio (s) de Comisión.
6. Nombre del Contralor Interno del SMDIF Chalco.
7. Nombre del área o Coordinación Auditada.
8. Domicilio del área o Coordinación Auditada.
9. Número (s) de oficio (s) de Comisión.
10. Número (s) de gafete (s) oficiales de trabajo del personal comisionado.
11. Nombre y cargo del servidor público responsable del área auditada.
12. Número y fecha de Oficio de Inicio de Auditoría.
13. Nombre del Contralor Interno del SMDIF Chalco.
14. Nombre del servidor público responsable del área auditada.
15. Nombre del servidor público responsable del área auditada.
16. Datos del documento de identificación del servidor público responsable del área auditada (Nombre, expedido por, número de folio).
17. Datos de identificación del servidor público responsable del área auditada.
18. Nombre y datos de documento de identificación de los testigos de asistencia.
19. Nombre del servidor público responsable del área auditada.
20. Nombre, cargo y aceptación de la persona encargada de atender la Auditoría.
21. Nombre y cargo del servidor público responsable del área auditada.
22. Descripción de lo que se va a revisar o verificar en el área auditada.
23. Período de tiempo auditado.
24. Hora del cierre de la diligencia.
25. Número de copias del Acta.
26. Nombre y firma del Titular del Órgano Interno de Control Interno del SMDIF Chalco, así como el sello oficial del área.

27. Nombre, firma y cargo del responsable del área auditada, así como el sello oficial del área.

28. Nombre, cargo y firma del personal comisionado.

29. Nombre, cargo y firma de la persona encargada de atender la Auditoría.

30. Nombre y firma de los testigos de asistencia.

6. SMDIF-OIC-PRO06 SEGUIMIENTO A QUEJAS, DENUNCIAS, RECOMENDACIONES O HALLAZGOS MEDIANTE PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN

6.1 OBJETIVO

La queja como objeto fundamental es poner en conocimiento del Órgano Interno de Control los hechos que se consideran como presuntas irregularidades administrativas cometidas por los servidores públicos, en el ejercicio de su función, ya sea por acción o por omisión

6.2 ALCANCES

El procedimiento forma parte como una herramienta de control legal que permite estatuir de forma objetiva e imparcial, la existencia o no, de falta administrativa alguna, cometida por los servidores públicos de este Descentralizado, mediante una resolución de carácter administrativo impuesta o realizada por el Superior Jerárquico

6.3 REFERENCIA

- ✓ Artículos 14,16,108,109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- ✓ Artículos 1,25,26,27,28,39,30,31,114 y 123 del Código de Procedimientos Administrativos para el Estado de México
- ✓ Artículos 1,2,3,42,43,52 y 59 de la Ley de responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios abrogada

- ✓ Ley Orgánica Municipal del Estado de México
- ✓ Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social de Carácter Municipal, denominados como “Sistema Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia”
- ✓ Reglamento del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco, Estado de México.
- ✓ Manual de la Organización del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco, Estado de México.

6.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

Órgano Interno de Control: El Titular del Órgano Interno de Control llevará a cabo en su etapa de periodo de información previa y/o procedimiento administrativo disciplinario y/o resarcitorio, derivada del incumplimiento de obligaciones administrativas de los servidores públicos, así como por las quejas presentadas vía escrita, telefónica o medio electrónico por la ciudadanía.

Asesor Jurídico: Deberá de asesora al Titular del Órgano de Control Interno y realizar los acuerdos de radicación de presuntas responsabilidades administrativas, realización de oficios y seguimiento de los expedientes que se deriven de las presuntas responsabilidades administrativas cometidas por los servidores públicos de este Descentralizado.

Notificador Ejecutor: Deberá de prácticas las notificaciones necesarias de acuerdo a lo estatuido por el Código de Procedimientos Administrativos del Estado de México.

Superior Jerárquico: Emitirá las Resoluciones de los Procedimientos que conforme a derecho correspondan.

6.5 TERMINOLOGÍA

Queja: Escrito o comunicación a través del cual se pone de manifiesto la insatisfacción de una persona usuaria en relación con el servicio recibido por parte de algún Servidor Publico

Proceso Administrativo: Flujo de actividades de planeación, organización, dirección y control que son desarrolladas para lograr un objetivo común de aprovechar los recursos humanos, técnicos, materiales y de cualquier otro tipo con los que cuenta la Institución Gubernamental

Periodo de Información Previa (PIP): Es la etapa previa al inicio de un Procedimiento Administrativo, con el objetivo de allegarse de los elementos necesarios que establezcan si existen alguna presunta responsabilidad o no de algún servidor público.

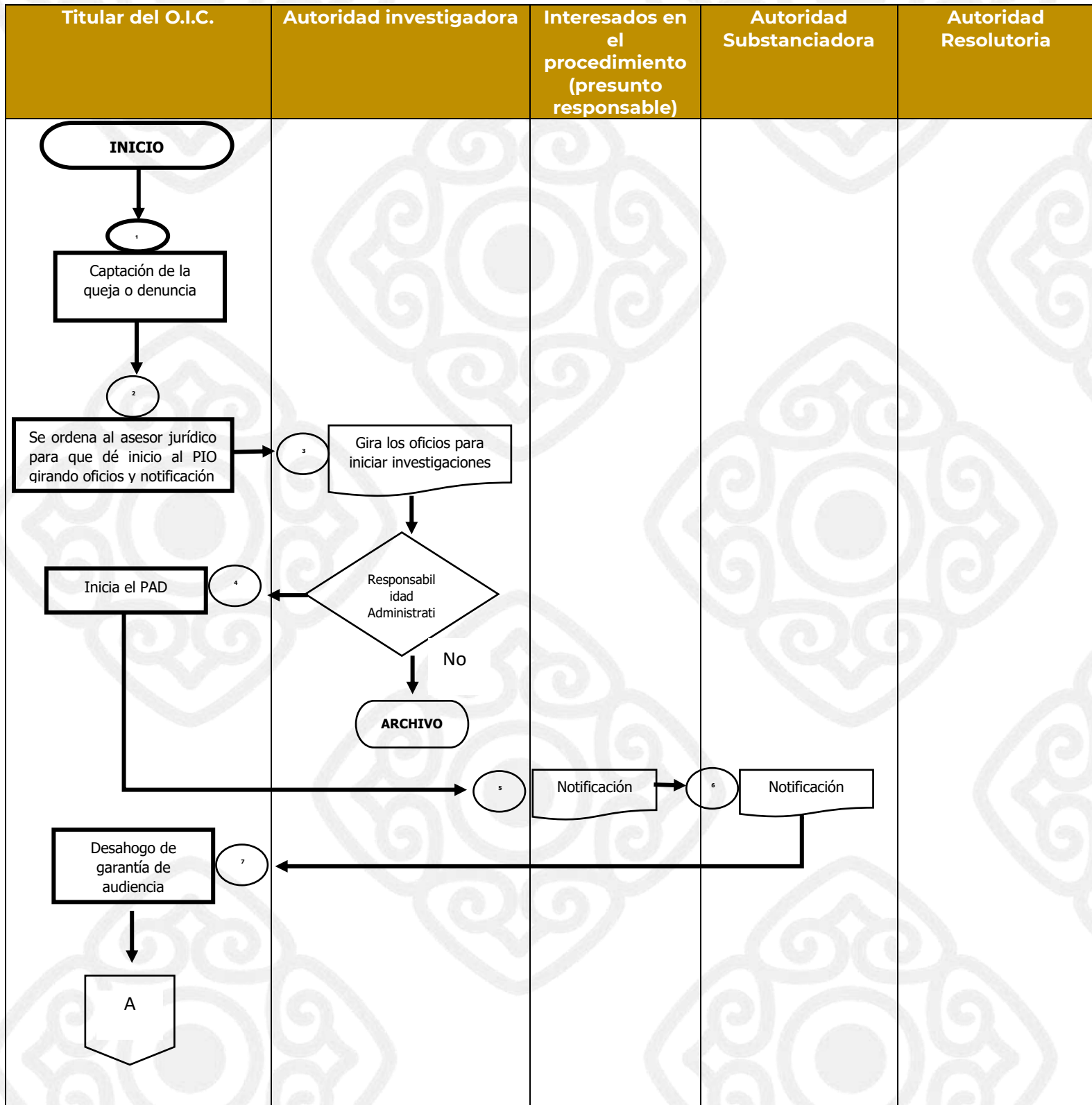
(PAD-RES): Es el proceso administrativo, disciplinario y resarcitorio que se formula en contra de algún servidor público por disponer, desviar y/o sustraer para si o para otros del dinero público, perteneciente al erario municipal, así como al patrimonio de los organismos auxiliares y fideicomisos públicos; Con la finalidad de que estos resarzan del daño cometido.

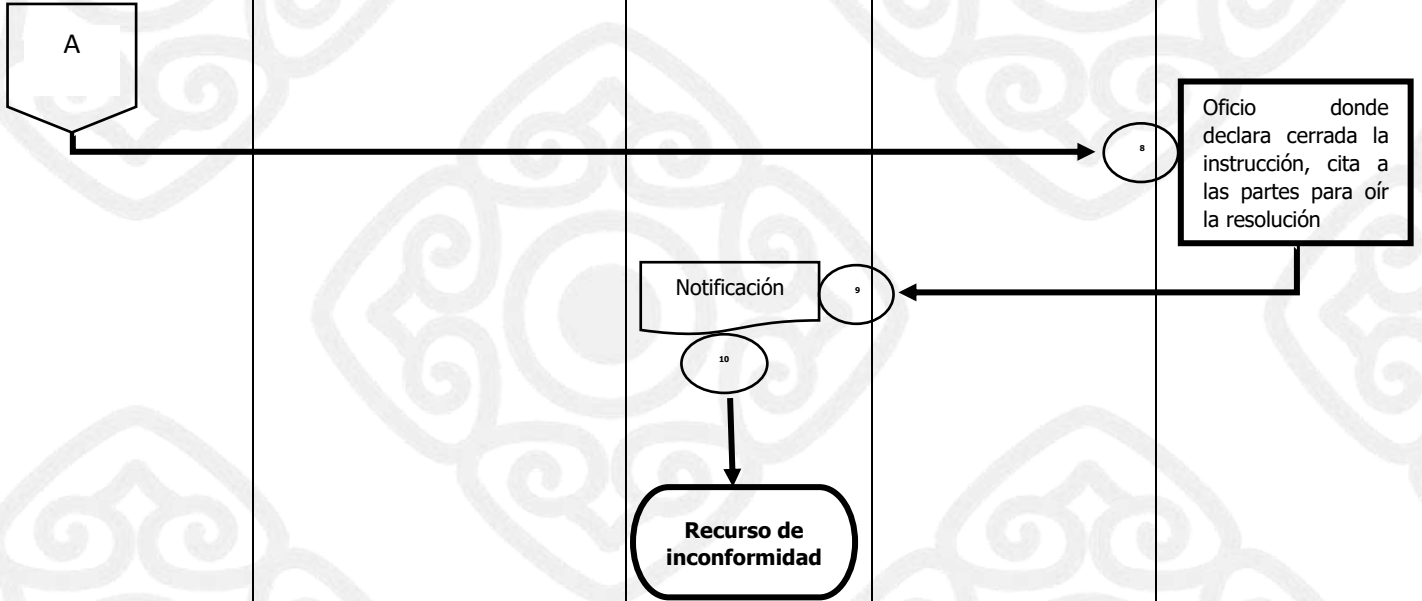
6.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Paso	Responsable	Actividad
1	Titular del Órgano Interno de Control	Recibe la queja o denuncia (telefónica, personal o por escrito) y oficio de observaciones por el área correspondiente.
2	Titular del Órgano Interno de Control	El titular del Órgano Interno de Control turna la queja al asesor jurídico para su estudio correspondiente y establecer la conveniencia o no de iniciar una etapa de investigación previa (PIP); designando de esta forma un número de Expediente conforme al Libro de Gobierno, posteriormente se giran oficios de notificación para que la persona que interpone la queja amplíe lo que a su derecho convenga; así como solicitar la presencia de la probable o el probable responsable;
3	Autoridad Investigadora	Gira los oficios a las áreas para iniciar las investigaciones correspondientes que dieron pauta a la queja y determinar si se encuentra con la presunta responsabilidad administrativa.
4	Autoridad Investigadora	Acuerdo de la Terminación de Periodo de Información Previa, si no se detectó alguna responsabilidad administrativa, se ordena enviar a Archivo; en el caso de Responsabilidad Administrativa se ordena el inicio del PAD

Paso	Responsable	Actividad
5	Notificador Ejecutor	Se notifica a los interesados en el procedimiento
6	Titular del Órgano Interno de Control (Asesor Jurídico) (Notificador Ejecutor) Autoridad Substanciadora	Se inicia el PAD y/o Resarcitorio, asignándole un número progresivo de acuerdo al Libro de Gobierno, otorgando día y hora para llevar a cabo el desahogo de Garantía de Audiencia, el cual se le hace llegar por medio de notificación.
7	Titular del Órgano Interno de Control con asistencia del asesor jurídico	Se lleva a cabo desahogo de Garantía de Audiencia, en la cual se admitirán y desahogarán las pruebas presentadas; el compareciente formulara los alegatos que considere pertinentes.
8	Autoridad Resolutoria	Una vez transcurrido los periodos de alegato la autoridad resolutoria del asunto da oficio, declara cerrada la instrucción y citara a las partes para oír la resolución que corresponda
9	Notificador ejecutor	La resolución deberá notificarse personalmente al presunto responsable, así como se le informa del derecho y plazo para promover en su caso el recurso correspondiente.
10	Presunto responsable (Servidor Público)	El presunto responsable podrá presentar ante la propia Autoridad Administrativa o ante el Tribunal de lo Contencioso Administrativo, el Recurso Administrativo
11	Tribunal de lo Contencioso Administrativo	Se da inicio al Juicio Administrativo.
		FIN

6.7 DIAGRAMA DE FLUJO





6.8 ANEXOS

FORMATO MEDIANTE EL QUE SE PRESENTA QUEJA CONTRA SERVIDOR PÚBLICO.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL DEL SMDIF CHALCO MÉXICO

En Chalco, Estado de México, a los _____ (1) días del mes de _____ del año dos mil _____ la o el C. (2) _____ quien tiene su domicilio (3) en calle _____ No. Interior o Exterior _____, en el barrio o colonia _____ en la población de _____ en el municipio de _____ de la entidad _____, quien cuenta con la edad de _____ (4) con número de teléfono fijo _____ (5) o teléfono móvil _____

Área del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia en Chalco, a la que acudió (6) _____ servicio al que asistió (7) _____ horario en que acudió al área de atención (8) _____

Nombre del servidor público que origino la queja (si lo supiere); (9) _____ sexo: Masculino o Femenino, edad aproximada, años, estatura aproximada: _____ mts.

Rasgos fisionómicos del servidor público: (10)

Complexión física: _____ color de piel: _____ cabello: _____ señales particulares: _____

Descripción de los hechos (11)

Descripción de las pruebas que ofrece (12)

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL QUEJOSO

_____ (13)

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE QUEJA CONTRA
SERVIDOR PUBLICO POR PARTE DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL DEL
SMDIF CHALCO, ESTADO DE MÉXICO.**

1. Día, mes y año
2. Nombre de la persona que interpone la queja
3. Domicilio
4. Edad
5. Número de teléfono
6. Área a la que acudió
7. Servicio al que asistió
8. Horario
9. Nombre del servidor publico
10. Rasgos físicos del servidor público
11. Descripción de los hechos
12. Pruebas

7. SMDIF-OIC-PRO07 BRINDAR CAPACITACIÓN A SERVIDORES PÚBLICOS.

7.1 OBJETIVO

El objetivo es ampliar el criterio de las y los servidores públicos municipales, desarrollar su conocimientos, habilidades y aptitudes para incrementar la eficiencia en el ejercicio de la función pública.

7.2 ALCANCES

Aplica al Órgano Interno de Control y a todas las unidades administrativas que conforman el Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco

7.3 REFERENCIA

- ✓ Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos Del Estado y Municipios
- ✓ Reglamento del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco, Estado de México.
- ✓ Manual de la Organización del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco, Estado de México.

7.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

Es responsabilidad del Órgano Interno de Control asesorar y capacitar a las unidades administrativas que conforman el SMDIF Chalco para incrementar la eficiencia en el ejercicio de la función pública.

7.5 TERMINOLOGÍA

SMDIF: Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

O.I.C: Órgano Interno de Control

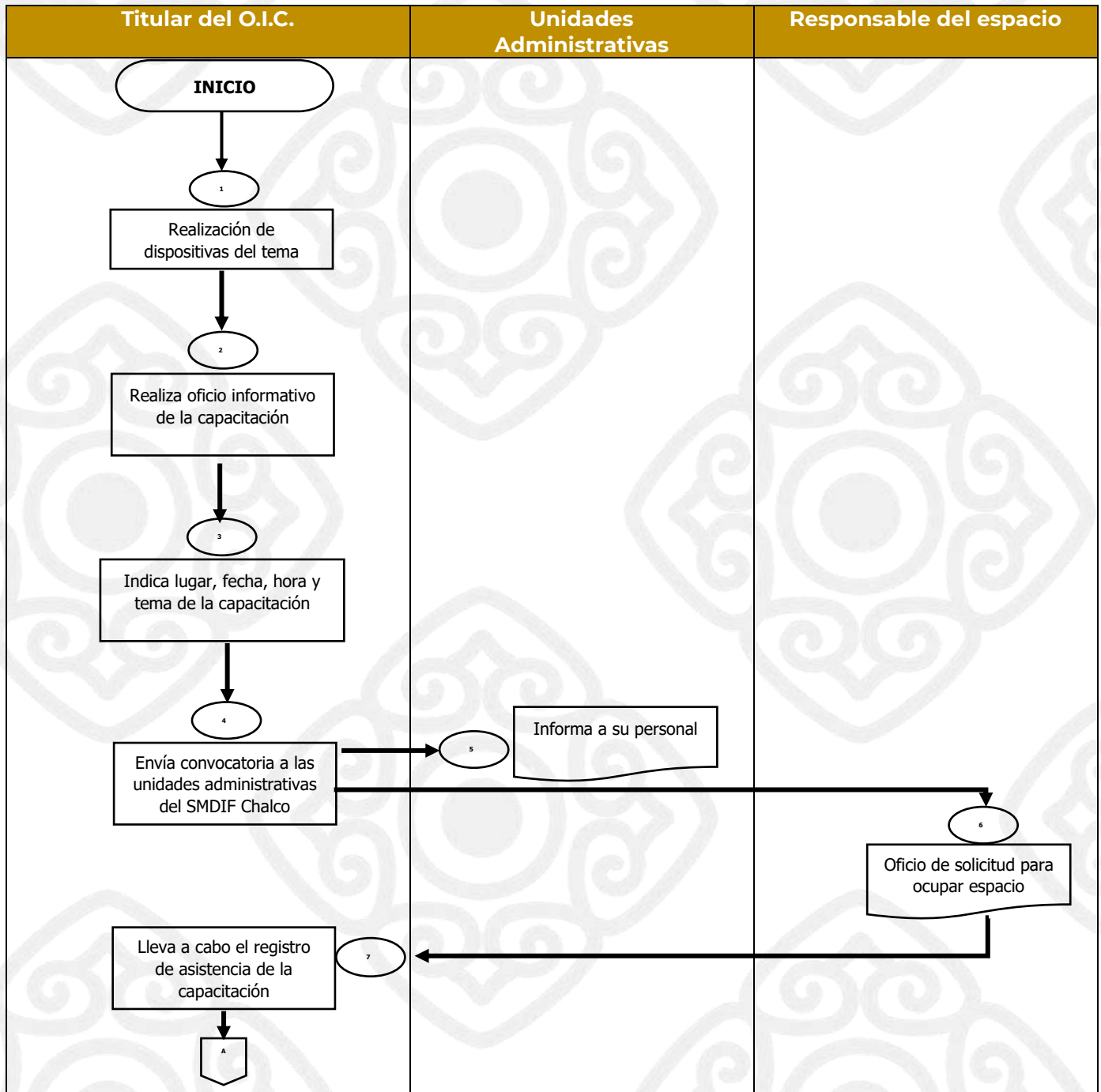
Función Pública: Es la relación jurídico-laboral que existe entre el Estado y sus trabajadores, difiere del servicio en sí que prestan los trabajadores, que

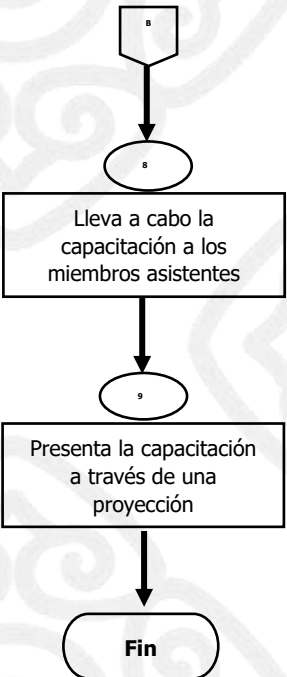
responden a los conceptos de actividad pública, servicio administrativo o servicio público.

7.6 DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

Paso	Responsable	Actividad
1	Titular de Órgano Interno de Control	Realiza las diapositivas referentes al tema a tratar en la capacitación
2	Titular de Órgano Interno de Control	Realiza el oficio informativo a los directivos, indicando que se llevara a cabo la capacitación
3	Titular de Órgano Interno de Control	Indica el lugar, fecha, hora y tema de la capacitación
4	Titular de Órgano Interno de Control	Envía la convocatoria a unidades administrativas del SMDIF Chalco
5	Titular de Órgano Interno de Control	Envía oficio de solicitud de espacio para llevar a cabo la capacitación
6	Áreas Administrativas	Informan al personal de la capacitación
7	Titular de Órgano Interno de Control	Lleva a cabo el registro de asistencia de la capacitación
8	Titular de Órgano Interno de Control	Lleva a cabo la capacitación al personal
9	Titular de Órgano Interno de Control	Presenta la capacitación a través de una proyección

7.7 DIAGRAMA DE FLUJO



Titular del O.I.C.	Unidades Administrativas	Responsable del espacio
 <pre> graph TD Start([8]) --> Activity[Lleva a cabo la capacitación a los miembros asistentes] Activity --> End([9]) End --> Fin([Fin]) </pre>		

8. SMDIF-OIC-PRO08 REALIZAR LOS MOVIMIENTOS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS OBLIGADOS A PRESENTAR DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL Y DE INTERÉS EN EL SISTEMA BACKOFFICE DECL@RANET

8.1 OBJETIVO

El objetivo es general una estrategia para permitir verificar inconsistencias en el patrimonio de los Servidores Públicos, a través del Sistema Decl@ranet y BackOffice observado así por el Órgano Interno de Control del Estado de México.

8.2 ALCANCES

Aplica al Órgano Interno de Control y a todas las unidades administrativas que conforman el Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco.

8.3 REFERENCIA

- ✓ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;
- ✓ Código de Procedimientos Administrativos para el Estado de México;
- ✓ Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de México y Municipios.

8.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

Es responsabilidad del Órgano Interno de Control asesorar y capacitar a las unidades administrativas que conforman el SMDIF Chalco, realizar estrategias para presentar la declaración patrimonial y de interés en el sistema declaranet2022.

8.5 TERMINOLOGÍA

Declaranet: Sistema que permite presentar las manifestaciones de bienes patrimoniales.

Manifestación de bienes: Es la información que el servidor público está obligado a presentar ante la Secretaría de la Contraloría, sobre su situación patrimonial,

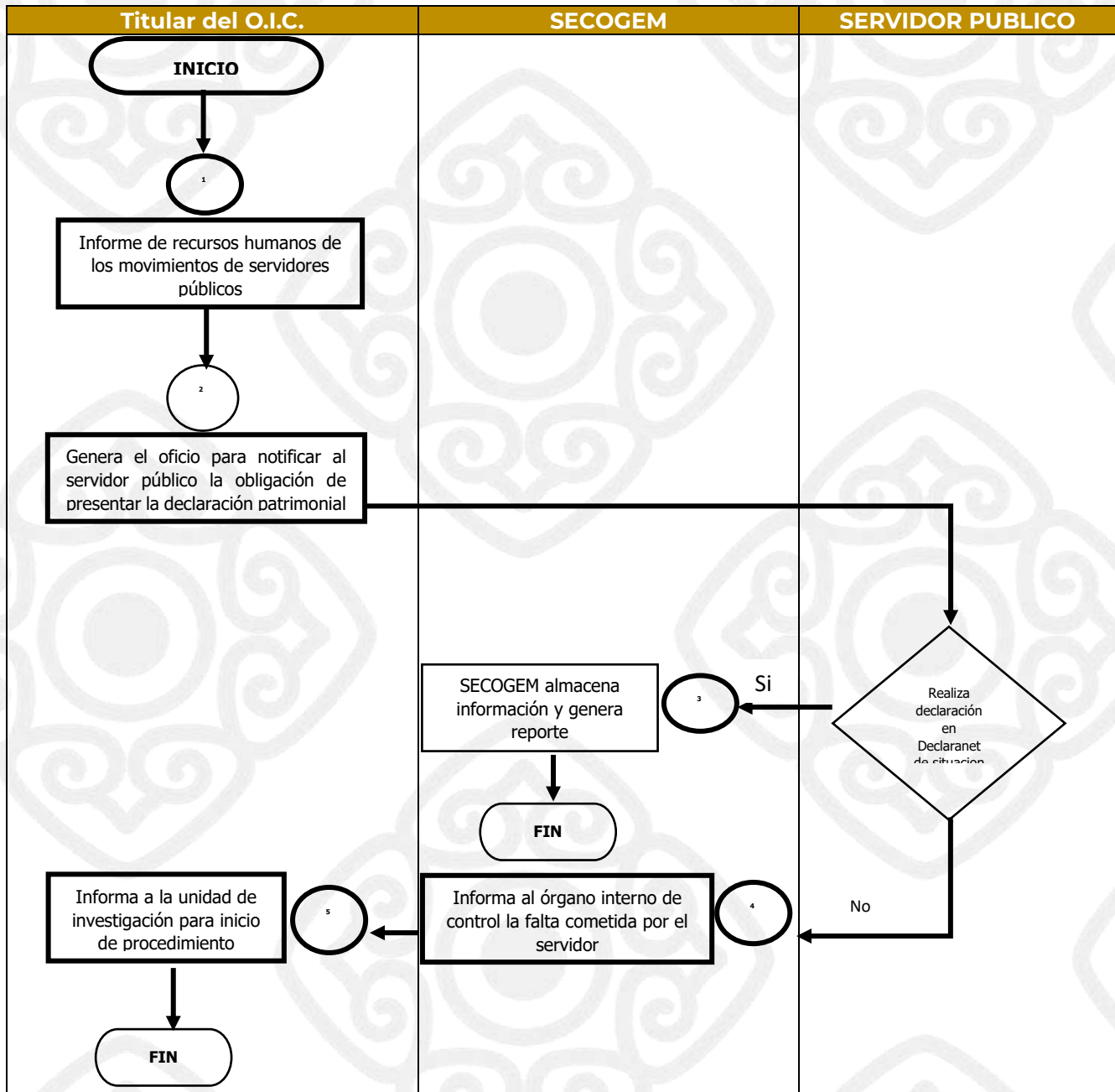
misma que tiene valor jurídico de declaración rendida ante autoridad competente bajo protesta de decir verdad.

Backoffice: Sistema para declarar altas y bajas de servidores públicos que se encuentran dentro del sistema municipal DIF Chalco.

8.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Paso	Responsable	Actividad
1	Titular del Órgano Interno de Control	El Órgano interno de control recibe información proporcionada por el área de Recursos Humanos, del personal que ingresa o concluye el cargo en el servicio público
2	Titular del Órgano Interno de Control	El Órgano Interno de Control genera oficio para notificar al servidor público sobre la obligación de realizar su Declaración de situación Patrimonial
3	SECOGEM	Si el Servidor Público realiza su Declaración de Situación Patrimonial, el Sistema de la SECOGEM genera un reporte con el cual se tiene por realizada su declaración.
4	SECOGEM	Si el Servidor Público es omiso en realizar su Declaración de Situación Patrimonial, la SECOGEM lo registra en el sistema backoffice e informa a su vez al Órgano Interno de Control quien inicia el procedimiento correspondiente.
5	Titular del Órgano Interno de Control	El Órgano Interno de Control informa a la Unidad de Investigación de Responsabilidades Administrativas la falta cometida por el Servidor Público, solicitando se inicie la investigación correspondiente.

8.7 DIAGRAMA DE FLUJO



8.8 ANEXOS

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE DECLARACIÓN PATRIMONIAL

Chalco, Estado de México a __ de _____ de
201_.⁽¹⁾
NÚM. DE OFICIO: DIF/CHA/CI/0____/201 .⁽²⁾

C. ⁽³⁾

P R E S E N T E.

La obligación de presentar la manifestación de bienes la tienen los Servidores públicos que se encuentran contemplados en el ⁽⁴⁾ artículo 33 de la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de México y Municipios; así como lo dispuesto en la Gaceta del Gobierno de fecha once de febrero de dos mil cuatro, número 28, Acuerdo que norma los Procedimientos de Control y Evaluación Patrimonial de los Servidores Públicos del Estado de México, en su artículo 1.2, fracción VIII.

Por lo que sugerimos que **RECUERDE** presentar su manifestación de bienes por ⁽⁵⁾, en el plazo establecido en el Artículo 34, Fracción III ⁽⁴⁾ de la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de México y Municipios, que a la letra dice así: Artículo 34.- La Declaración de Situación patrimonial, deberá presentarse en los siguientes plazos: II. Dentro de los sesenta días naturales siguientes al inicio o la conclusión del empleo, cargo o comisión.

⁽⁶⁾ En el caso que omita dicha disposición se aplicará al Servidor Público lo manifestado por el artículo 34 párrafo III, IV, VI y VII, que a la letra dice así:

Artículo 34: "...Si transcurridos los plazos a que se refieren las fracciones I, II y III de este artículo, no se hubiese presentado la declaración correspondiente, sin causa justificada, se iniciará inmediatamente la investigación por presunta responsabilidad por la comisión de las faltas administrativas correspondientes y se requerirá por escrito al declarante el cumplimiento de dicha obligación." "...Tratándose de los supuestos previstos en las fracciones I y II del presente artículo, en caso que la omisión en la declaración continúe por un periodo de treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubiere notificado el requerimiento al declarante, la Secretaría o los órganos internos de control, según corresponda, declararán que el nombramiento o contrato ha quedado sin efectos, debiendo notificar lo anterior al titular del ente público correspondiente para separar de inmediato del cargo al servidor público." "...Para el caso de omisión, sin causa justificada, en la presentación de la declaración a que se refiere la fracción III de este artículo, se inhabilitará al infractor de tres meses a un año."

"...Para la imposición de las sanciones a que se refiere este artículo deberá sustanciarse el procedimiento de responsabilidad administrativa por faltas administrativas previsto en el Título Segundo del Libro Segundo de la presente Ley."

Así mismo, hago de su conocimiento lo establecido en la Gaceta del Gobierno de fecha once de febrero de dos mil cuatro, número 28, Acuerdo que norma los Procedimientos de Control y Evaluación Patrimonial de los Servidores Públicos del Estado de México y sus Municipios, en su artículo 1.10 que a la letra dice así:

Quienes siendo sujetos de la obligación de presentar manifestación de bienes causen baja en el servicio, por cualquier causa independientemente de que hayan interpuesto algún medio de defensa, deberán presentar su manifestación de bienes por baja dentro de los sesenta días siguientes a la fecha en que hubieren causado baja.

Finalmente le informo que ingresando a la ⁽⁷⁾ página Decl@ranet, podrá acceder al Sistema de Manifestación de Bienes, donde puede obtener su Cédula de Identificación de Servidor Público (Código de Barras y Número de Identificación Personal (NIP), con el que deberá presentar su Manifestación de Bienes por baja.

A T E N T A M E N T E

⁽⁸⁾ CONTRALOR (A) INTERNO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN CHALCO, ESTADO DE MÉXICO

INSTRUCTIVO ANEXOS

1. Lugar y fecha de expedición
2. Número de Oficio
3. Nombre del Servidor público obligado (Cargo o Comisión, Domicilio, Número de Teléfono).
4. Fundamento Jurídico.
5. Tipo de Manifestación.
6. Apercibimiento.
7. Página electrónica donde se hará el trámite.
8. Nombre y Firma del Contralor Interno.

9. SMDIF-TES-PRO09 RECEPCIÓN Y DEPÓSITOS DE INGRESOS POR PERCEPCIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL

9.1 OBJETIVO

Recaudar los ingresos por concepto de asistencia social brindada a la población en general, controlando que los métodos y procedimientos se lleven a cabo con apego al procedimiento administrativo y las políticas establecidas.

9.2 ALCANCE

Las áreas dependientes del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco susceptibles de recaudar ingresos por la prestación de los servicios de asistencia social.

9.3 REFERENCIAS

- ✓ Código Financiero del Estado de México y Municipios. Artículo 350, 351 y 352.
- ✓ Diario Oficial de la Federación sus reformas y adiciones.
- ✓ Gaceta del Gobierno, 7 de febrero de 1997, sus reformas y adiciones.

- ✓ Gaceta del Gobierno, 26 de agosto de 2004, sus reformas y adiciones.
- ✓ Ley de Fiscalización Superior del Estado de México. Artículos 8 y 32 segundo párrafo.
- ✓ Ley General de Contabilidad Gubernamental. Artículo 1 y 4.
- ✓ Ley que crea a los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, Denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia". Artículo 3, fracciones I, II, V, VI, VII, VIII y IX

9.4 RESPONSABILIDAD

El Tesorero (a) será el responsable directo como titular de la Unidad Administrativa en las atribuciones de la recaudación de ingresos y erogaciones del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco.

Las Unidades Administrativas susceptibles de recaudación de ingresos por la prestación servicios de asistencia social.

Junta de Gobierno es la responsable de autorizar las tarifas de las cuotas de recuperación de los servicios que otorga el Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco a la población del municipio de Chalco.

9.5 TERMINOLOGÍA

Asistencia Social: Un servicio que se presta para solucionar problemas de diversa índole y mejorar las condiciones de vida de las personas.

CFDI: Comprobante Fiscal Digital por Internet.

Corte de Caja: Comparación del dinero físico que se tiene en caja contra el que se debería tener según las operaciones registradas desde la apertura de caja y hasta el momento en que se emite el corte.

Informe financiero: Evaluación detallada del estado de las finanzas y la situación económica de una entidad, en un periodo de tiempo determinado contrastándolo con las metas planteadas.

Institución bancaria: Tiene como actividad la prestación de servicios financieros a los agentes económicos de la sociedad.

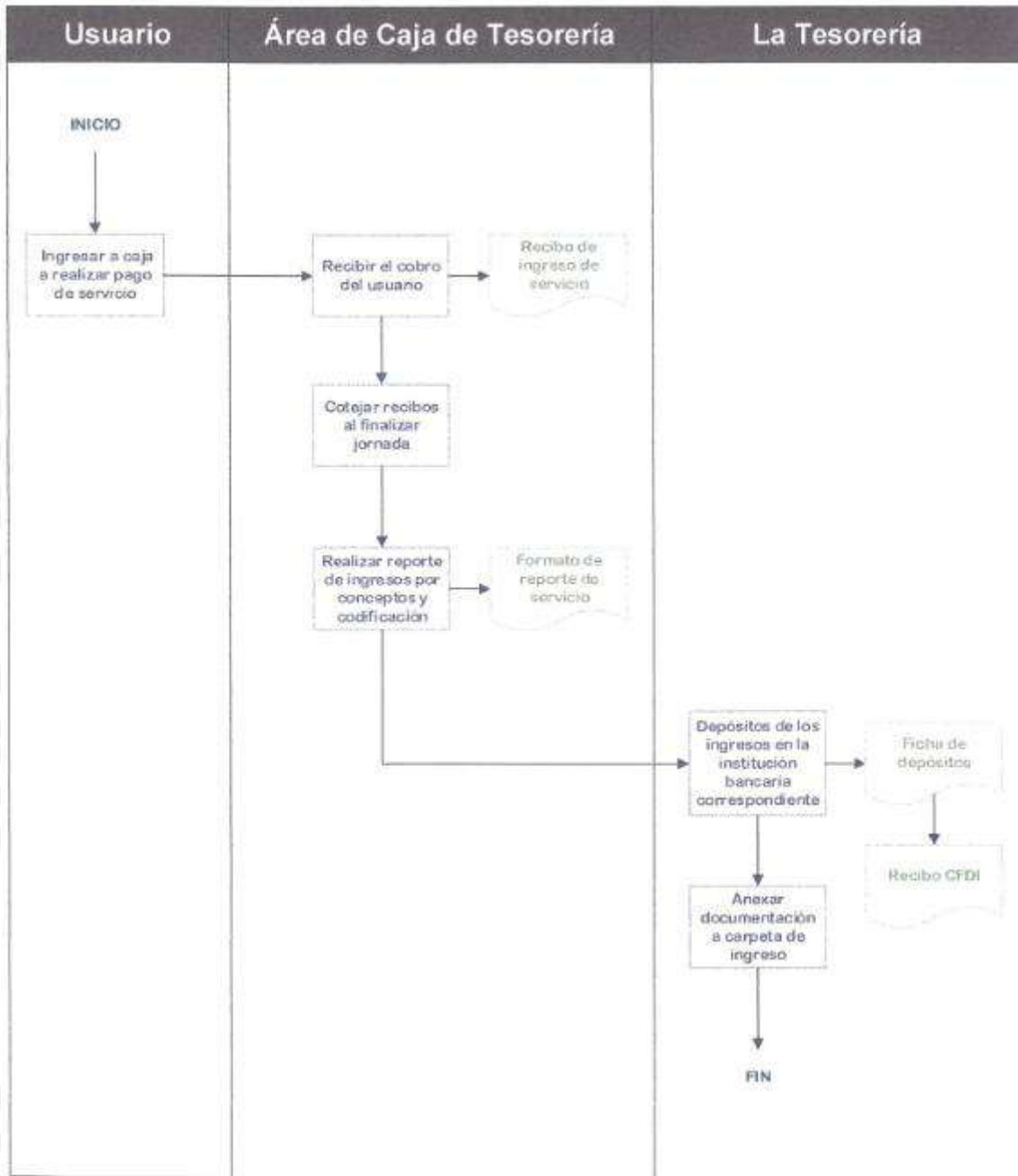
Insumo: Recibo de pago de servicio.

Resultado: Ingreso percibido

9.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

No.	Responsable	Actividad
1	Usuario	Ingresa al área de caja de la Tesorería del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco a realizar el pago para acceder a los servicios de asistencia social (ver formato de ingreso por servicio en anexos).
2	Área de caja de la Tesorería.	Recibe el cobro del usuario por concepto de algún servicio que presta el Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco y entrega al usuario un recibo de pago (ver formato de ingreso por servicio en anexos) y el ciudadano se traslada al área de atención.
3	Área de caja de la Tesorería.	Al finalizar la jornada laboral, realiza el corte de caja de los ingresos recaudados, coteja los recibos de ingresos por servicios respecto al monto acumulado del día.
4	La Tesorería.	Valida y resguarda el corte de caja del día, para y posteriormente depositarlo en la institución bancaria en los días correspondientes, siguiendo los Lineamientos Mínimos de Control Financiero emitidos por el Órgano Superior de Fiscalización.
5	La Tesorería.	Realizara el reporte de ingresos por los conceptos de servicios de asistencia social y la codificación para la contabilización (formato de reporte de ingreso por conceptos, recibo de ingreso por servicios y ficha de depósito) posteriormente se archiva la información para integrar el informe financiero mensual correspondiente.

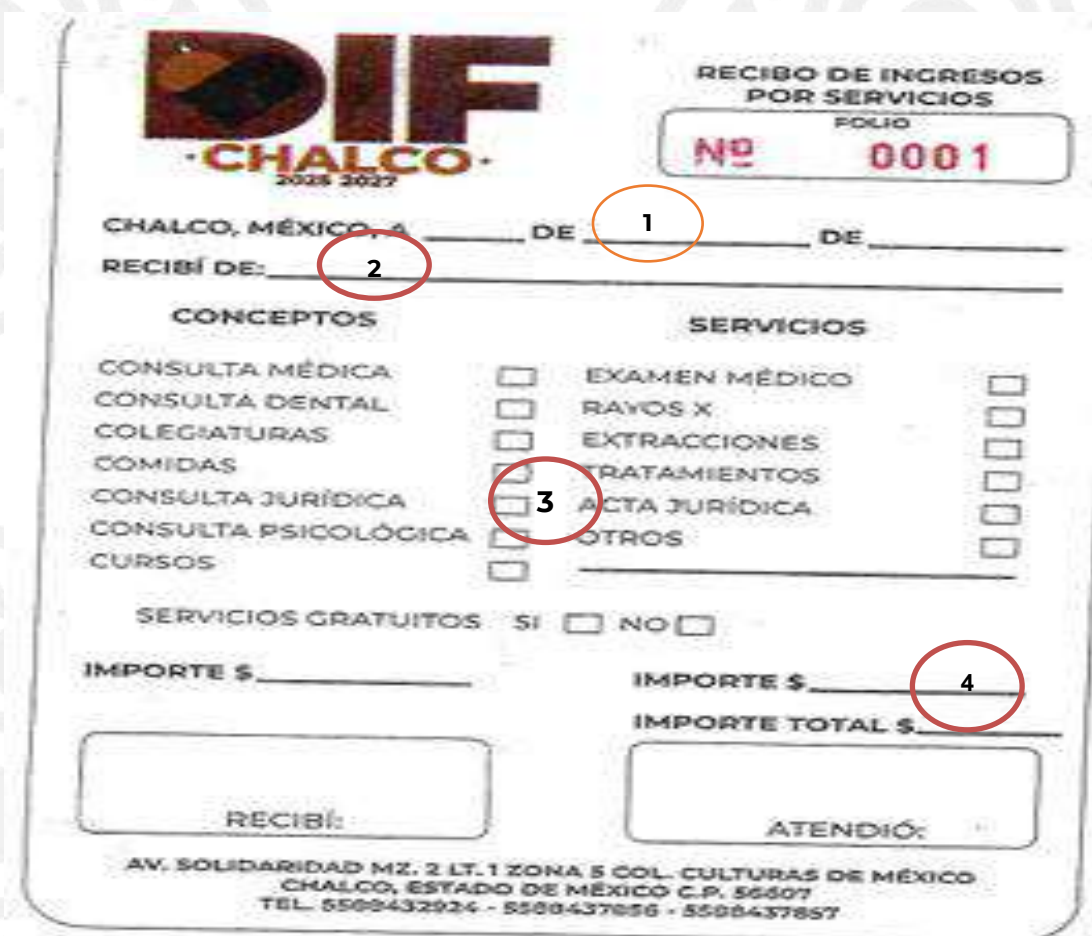
9.7 DIAGRAMA DE FLUJO



Instrucciones de llenado del formato

No.	Concepto	Descripción
1.	Fecha de elaboración.	Registrar el día, mes y año del día que corresponde el corte de caja.
2.	Concepto.	Se anotan los servicios cobrados.
3.	Importe total del día	Monto total recaudado del día.
4.	Folios utilizados	Folios de los recibos que se utilizaron durante el día.
5.	Elaboración por:	Responsable de recaudación.
6.	Recibido.	Responsable de control de ingresos.

Recibo de ingresos por servicios



DIF CHALCO 2025-2027

RECIBO DE INGRESOS POR SERVICIOS
FOLIO **Nº 0001**

CHALCO, MÉXICO, A _____ DE _____ 1 _____ DE _____

RECIBÍ DE: _____ 2 _____

CONCEPTOS **SERVICIOS**

CONSULTA MÉDICA	<input type="checkbox"/>	EXAMEN MÉDICO	<input type="checkbox"/>
CONSULTA DENTAL	<input type="checkbox"/>	RAYOS X	<input type="checkbox"/>
COLEGIATURAS	<input type="checkbox"/>	EXTRACCIONES	<input type="checkbox"/>
COMIDAS	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTOS	<input type="checkbox"/>
CONSULTA JURÍDICA	<input type="checkbox"/>	ACTA JURÍDICA	<input type="checkbox"/>
CONSULTA PSICOLÓGICA	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>
CURSOS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

SERVICIOS GRATUITOS SI ☐ NO ☐

IMPORTE \$ _____

IMPORTE \$ _____ 4

IMPORTE TOTAL \$ _____

RECIBÍ: _____

ATENDÍO: _____

AV. SOLIDARIDAD MZ. 2 LT. 1 ZONA 5 COL. CULTURAS DE MÉXICO
CHALCO, ESTADO DE MÉXICO C.P. 56507
TEL. 5500432924 - 5500437856 - 5500437857

Instrucciones de llenado del formato

No.	Concepto	Descripción
1	Fecha de elaboración	Registrar el día, mes y año en que se elabora el recibo.
2	Recibí de	Anotar nombre del usuario.
3	Conceptos / Servicios	Seleccionar el concepto/servicio que se cobrara.
4	Importe	Anotar el importe del servicio solicitado.

Recibo de ingresos por servicios (Clínica)


**CLÍNICA DE SERVICIOS
MÉDICOS MUNICIPALES
CHALCO 2025-2027**

RECIBO DE SERVICIOS
FOLIO
Nº 0001

CHALCO, MÉXICO, A ____ DE ____ DE ____

RECIBÍ DE: _____

FOLIO DE TARJETA DEL BENEFICIARIO: _____

CONSULTA GRATUITA BRINDADA	TRATAMIENTO	IMPORTE
CONSULTA MÉDICA	<input type="checkbox"/> 1. _____	\$ _____
CONSULTA DENTAL	<input type="checkbox"/> 2. _____	\$ _____
CONSULTA PSICOLÓGICA	<input type="checkbox"/> 3. _____	\$ _____
NUTRICIÓN	<input type="checkbox"/> 4. _____	\$ _____

OTROS: _____ \$ _____ IMPORTE TOTAL \$ _____

RECIBÍ:

ATENDIÓ:

AV. ADOLFO RUIZ CORTINEZ ESQ. CALLE NORTE 16, MZA E420, LT. 16,
ZONA 1, TLAPACOYA IV, COL. UNIÓN DE GUADALUPE, CHALCO EDO. MÉX

Reporte de pago de servicios (Clínica)



**CLÍNICA DE SERVICIOS
MÉDICOS MUNICIPALES**

**SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CHALCO
2025 - 2027**

DÍA	MES	AÑO

FOLIO
Nº 0001

**REPORTE DIARIO DE
SERVICIOS
CLINICA DE SERVICIOS
MEDICOS MUNICIPALES**

CONCEPTO	SERVICIOS		TOTAL SERVICIOS	PRECIO UNITARIO	TOTAL IMPORTE	OBSERVACIONES
	COBRADAS	GRATUITAS				
CONSULTA MEDICA GENERAL						
CONSULTA NUTRICIONAL						
CONSULTA PSICOLOGÍA						
CONSULTA DENTAL						
T.D AMALGAMAS						
T.D RESINA						
T.D CURACIÓN						
T.D EXTRACCIONES						
T.D LIMPIEZA DENTAL						
T.D CIRUGÍA						
T.D PULPOTOMIA						
T.D PULPETCTOMIA						
T.D ENDODONCIA UNIRRADIC.						
T.D CORONA ACERO CROMO						
T.D SELLADOR DE FOSETAS						
T.D RADIOGRAFÍA						
T.D TOMA DE IMPRESIÓN						
T.D. PROFILAXIS						
T.D. DETARTRAJE POR SESIÓN						
T.D. APLICACIÓN DE FLÚOR						
T.D. PROVISIONAL DE ACRÍLICO						

T.D: Tratamiento Dental.

10. SMDIF-TES-PRO010 REGISTRO CONTABLE Y PRESUPUESTAL DE LOS INGRESOS

10.1 OBJETIVO

Controlar y verificar los ingresos por recaudación de los servicios asistenciales que proporciona el Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco a la población en situación vulnerable del municipio de Chalco.

10.2 ALCANCES

Aplica al personal de la Tesorería y a las áreas del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco susceptibles de recaudación del ingreso por la prestación servicios asistenciales.

10.3 REFERENCIAS

- ✓ Código Financiero del Estado de México y Municipios. Artículo 350, 351 y 352.
- ✓ Ley de Fiscalización Superior del Estado de México. Artículo 8 y.32 Segundo Párrafo.
- ✓ Ley General de Contabilidad Gubernamental. Artículo 1 y 4.
- ✓ Ley que crea a los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, Denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia". Artículo 3, fracción I, II, V, VI, VII, VIII y IX.

10.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

El Tesorero (a): será el responsable directo como titular de la Tesorería de vigilar la recaudación de los ingresos por cuotas de recuperación, por los servicios que presta el Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco.

Las Unidades Administrativas: susceptibles de recaudación de ingreso por los servicios de asistencia social que presta a la población del municipio de Chalco.

Junta de Gobierno: es la responsable de autorizar las tarifas de las cuotas de recuperación de los servicios que otorga el Sistema Municipal para el Desarrollo

Integral de la Familia de Chalco a la población del municipio de Chalco.

10.5 TERMINOLOGÍA.

Estados Financieros: Son informes que utilizan las instituciones para dar a conocer la situación económica, financiera y los cambios que experimenta la misma a una fecha o periodo determinado.

Pólizas de Ingresos: Son las pólizas contables que contienen los registros que representan los ingresos al ente económico, por medio de estas pólizas contables se registrara todo tipo de ingreso, ya sea en efectivo, transferencia o cheque.

Presupuesto de Egresos: Documento que recoge las estimaciones de entrada y salida de recursos monetarios para un determinado periodo.

Progress Software: Sistema Integral de Contabilidad Gubernamental.

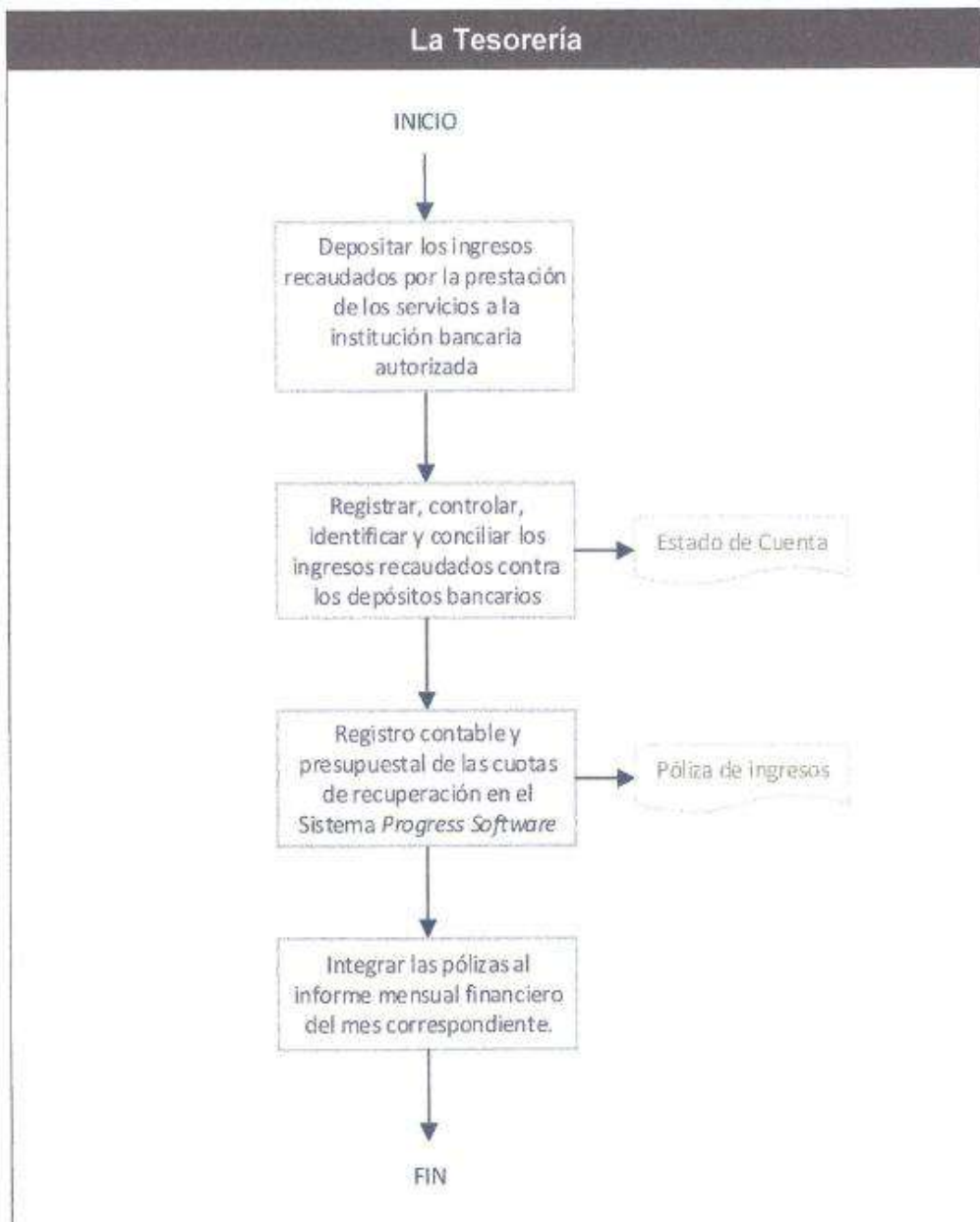
Registro Contable: Movimiento contable del ente económico con el objetivo de proporcionar información financiera del mismo.

Registro Presupuestal: Operación mediante la cual se perfecciona el compromiso, garantizando que los recursos comprometidos no sean desviados a ningún otro fin.

10.6 DESARROLLO DE ACTIVIDADES

No.	Responsable	Actividad
1	La Tesorería	Procede a depositar los ingresos recaudados por la prestación de los servicios que brinda a la población del municipio de Chalco a la institución bancaria autorizada acorde con los Lineamientos de Control Financiero y Administrativo para las Entidades Financieras Municipales del Estado de México.
2	La Tesorería	Deberá registrar, controlar, identificar y conciliar todos los ingresos recaudados contra los depósitos bancarios efectuados.
3	La Tesorería	Mensualmente (últimos días de cada mes) se procede al registro contable y presupuestal de las cuotas de recuperación por la prestación de servicios del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco a la población del municipio de Chalco el sistema contable denominado <i>Progress Software</i> .
4	La Tesorería	Imprime las pólizas de ingresos del Sistema <i>Progress Software</i> y se integran al informe mensual financiero del mes correspondiente.

10.7 DIAGRAMA DE FLUJO



11. SMDIF-TES-PRO011 PAGO A PROVEEDORES

11.1 OBJETIVO

Disminuir la posibilidad de generar pasivos y dar cumplimiento a las obligaciones de pago.

11.2 ALCANCES

Aplica a los servidores públicos responsables de la Tesorería Municipal, a los proveedores y/o prestadores de servicios, así como entes gubernamentales con los que se realizan operaciones.

11.3 REFERENCIAS

- ✓ Código Financiero del Estado de México y Municipios. Artículo 350, 351 y 352.
- ✓ Ley de Fiscalización Superior del Estado de México. Artículo 8 y 32 Segundo Párrafo.
- ✓ Ley General de Contabilidad Gubernamental. Artículo 1 y 4.
- ✓ Ley que crea a los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, Denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia". Artículo 3, fracción I, II, V, VI, VII, VIII y IX
- ✓ Lineamientos de Control Financiero y Administrativo para las Entidades Fiscalizables Municipales del Estado de México.

11.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

El Tesorero (a) será el responsable como titular de la Tesorería, de realizar el pago a proveedores del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco, consecuencia del proceso adquisitivo que realiza la Subdirección de Administración del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco.

La Subdirección de Administración del SMDIF Chalco, es responsable de los procesos adquisitivos de bienes y/o servicios del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco.

Junta de Gobierno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco, responsables de autorizar presupuestalmente las erogaciones.

11.5 TERMINOLOGÍA

Cheque: Documento contable de valor en el que la persona que es autorizada para extraer dinero de una cuenta.

Póliza de cheque: Documento creado con la finalidad de garantizar la comprobación del pago con un cheque.

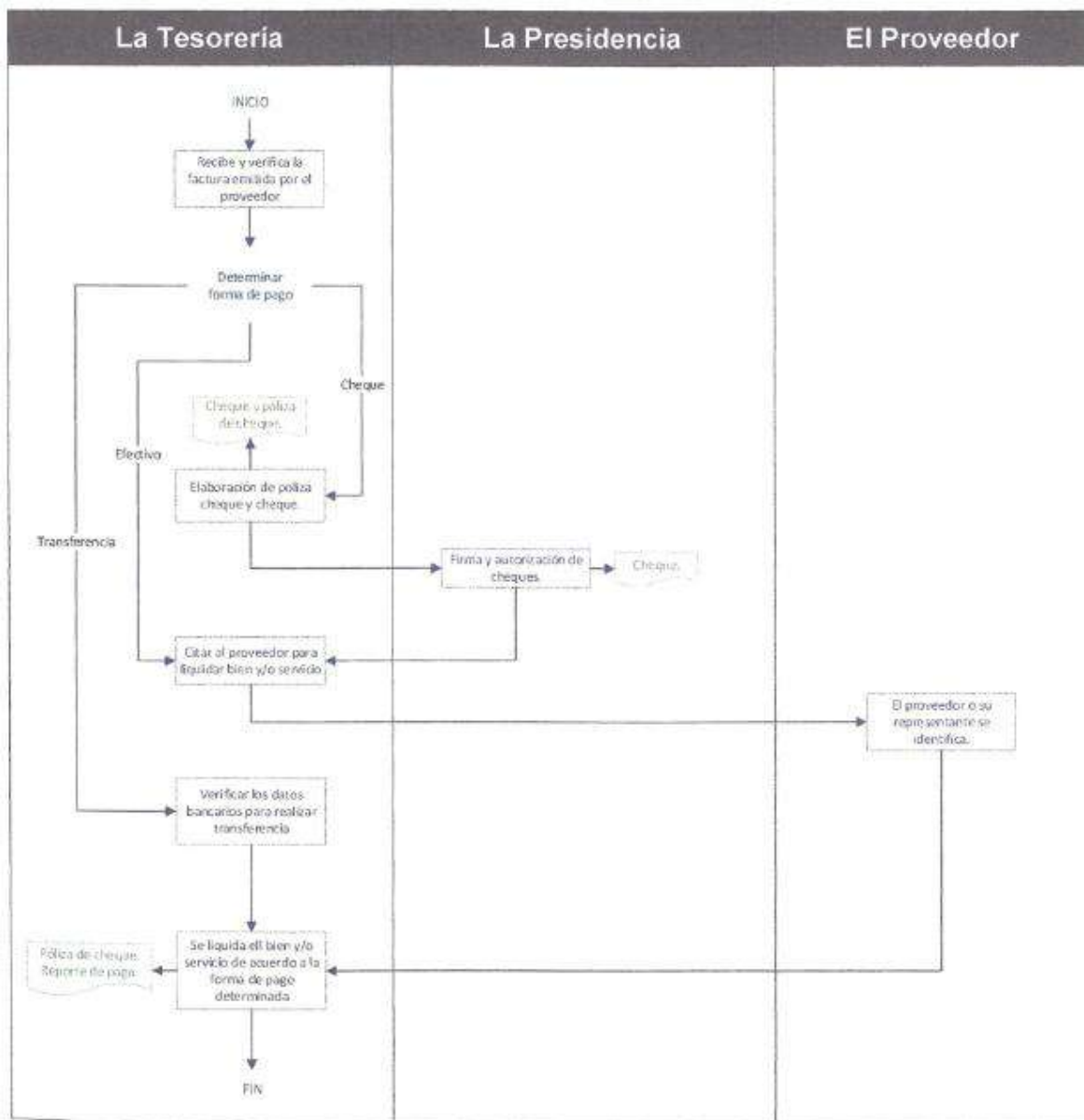
Proveedor: Es una persona o una empresa que abastece a otras entidades con materiales, bienes, artículos y servicios.

Transferencia bancaria: Son envíos de dinero realizados a la orden de un cliente desde una cuenta bancaria en una entidad.

11.6 DESARROLLO DE ACTIVIDADES


No.	Responsable	Actividad
1	La Tesorería	La Tesorería recibe y verifica la factura emitida por el proveedor a nombre del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia por los bienes y/o servicios contratados.
2	La Tesorería	Determina la forma de pago 1) Efectivo. 2) Cheque. (Ver Anexos) 3) Transferencia. (Ver Anexos)
3	La Tesorería	Elaboración de cheques y póliza cheque.
4	La Presidencia	Se remite al área de presidencia para su firma y autoriza correspondiente.
5	La Tesorería	Se recibe los cheques y se le informa al proveedor para su respectivo pago.
6	El Proveedor	El proveedor o su representante deberán identificarse para poder realizar el cobro en efectivo o entrega de cheque.
7	La Tesorería	Verifica que los datos bancarios sean los correspondientes y se emite el reporte de pago de servicio.
8	La Tesorería	Se procede a la liquidación del bien y/o servicio de acuerdo a la forma de pago determinada.

11.7 DIAGRAMA DE FLUJO




11.8 ANEXOS

Póliza de cheque



**GOBIERNO DE
CHALCO**
2025-2027

SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CHALCO
ADMINISTRACIÓN 2025-2027



**DIF
CHALCO**
2025-2027

PÓLIZA DE CHEQUE

FECHA EN QUE SE EXPIDE

NOMBRE

CANTIDAD \$

BANCO

No. DE CUENTA

No. DE TRANSFERENCIA

1

2

3

4

FIRMA DE RECIBIDO

POR ACUERDO DEL C. PRESIDENTA DEL DIF

AL C. TESORERO DEL DIF

PAGUESE AL C.

LA CANTIDAD DE \$

POR CONCEPTO DE:

5

POLIZA No.

FECHA

HOJA 1 DE 1

Cuenta	Concepto	Parcial	Debe	Haber
SUMAS IGUALES \$				

6

Instructivo de llenado

No.	Concepto	Descripción
1	Fecha	Fecha en que se elabora el cheque
2	Nombre	Razón social del Proveedor
3	Cantidad	Cantidad a pagar en número y letra
4	Datos bancarios	Nombre del banco, número de cuenta y número de cheque.
5	Concepto	Concepto del pago.
6	Firmas	Firmas de autorización.

12. SMDIF-TES-PRO012 REGISTRO CONTABLE DE EGRESOS

12.1 OBJETIVO

Registrar, controlar y verificar los gastos generados por el Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco

12.2 ALCANCES

Aplica a los servidores públicos responsables de la Tesorería, Presidencia, Dirección y Subdirección de Administración del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia que se involucran en las erogaciones.

12.3 REFERENCIAS.

- ✓ Código Financiero del Estado de México y Municipios. Artículo. 350, 351 y 352.
- ✓ Ley de Fiscalización Superior del Estado de México. Artículo. 8 y 32 Párrafo segundo.
- ✓ Ley General de Contabilidad Gubernamental. Artículo. 1 y 4.

- ✓ Ley que crea a los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, Denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia", Artículo 3, fracción 1, II, V, VI, VII, VIII y IX.
- ✓ Manual Único de Contabilidad Gubernamental para las Dependencias y Entidades
- ✓ Públicas del Gobierno y Municipios del Estado de México.

12.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

El Tesorero (a) será el responsable directo como titular de la Tesorería en el proceso del registro contable del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco.

Las Unidades Administrativas tendrán que proporcionar evidencia de sus procesos contables.

12.5 TERMINOLOGÍA.

Conciliación Bancaria: Comparación que se hace entre los apuntes contables que lleva una entidad de su cuenta corriente (o cuenta de bancos) y los ajustes que el propio banco realiza sobre la misma cuenta.

Erogaciones: Son los gastos, costos e inversiones que soporta una entidad o persona.

Estados Financieros: Son informes que utilizan las instituciones para dar a conocer la situación económica, financiera y los cambios que experimenta la misma a una fecha o periodo determinado.

Póliza de Egresos: Formato que tiene la función de servir como comprobante físico de una operación de salida de dinero de una compañía o negocio.

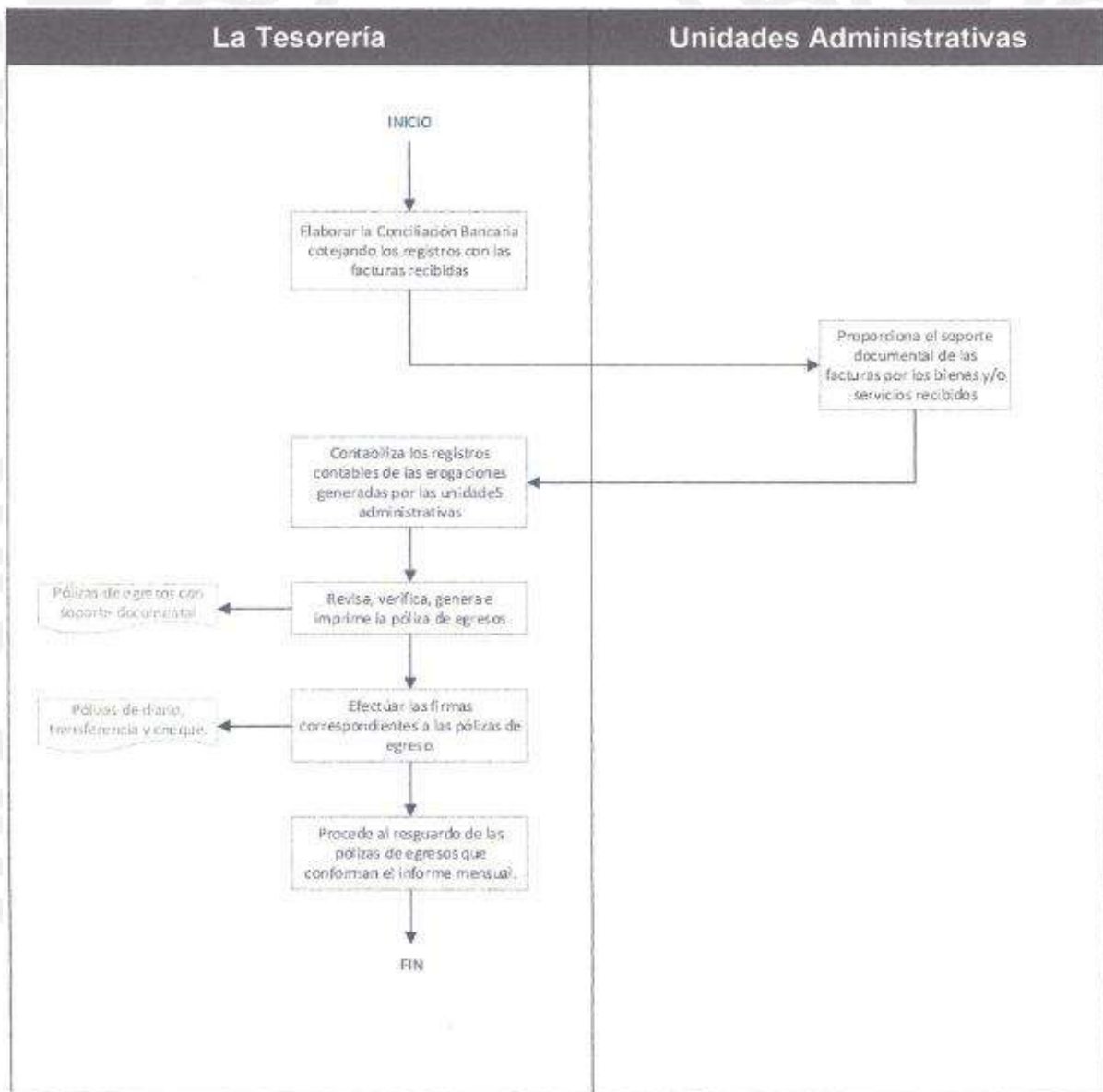
Progress Software: Sistema Integral de Contabilidad Gubernamental.

Registro Contable: Documentos físicos de las operaciones dentro de un ente económico, en estos registros se refleja todo movimiento contable con el objetivo de proporcionar información financiera del mismo

12.6 DESARROLLO DE ACTIVIDADES

No.	Responsable	Actividad
1	La Tesorería	Elabora la Conciliación Bancaria mensual cotejando los registros bancarios con las facturas recibidas por los bienes y/o servicios solicitados.
2	Unidades Administrativas	Proporcionan a la Tesorería el soporte documental de las facturas por los bienes y/o servicios recibidos, conforme a Instructivo para la Integración de los Informes Trimestrales de los sujetos de Fiscalización Municipales para el Ejercicio en curso.
3	La Tesorería	Mensualmente contabiliza los registros contables de las erogaciones generadas por las unidades administrativas del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral para la Familia de Chalco, en el Sistema de Contabilidad Progress Software, con apego al Manual Único de Contabilidad Gubernamental para las Dependencias y Entidades Públicas del Gobierno y Municipios del Estado de México.
4	La Tesorería	Revisa, verifica, genera e imprime la póliza de egresos correspondiente (ver anexo), y la adjunta al informe mensual conjuntamente con su factura y soporte documental respectivo.
5	La Tesorería	Efectúa las firmas correspondientes a las pólizas de egreso (diario, transferencia y cheque).
6	La Tesorería	Procede al resguardo de las pólizas de egresos que conforman el informe mensual correspondiente.

12.7 DIAGRAMA DE FLUJO



13. SMDIF-TES-PRO013 ELABORACIÓN DE INFORME TRIMESTRAL FINANCIERO

13.1 OBJETIVO

Concretar y regular el registro y control financiero de los recursos, así como de los bienes y obligaciones patrimoniales del Sistema para su oportuna entrega ante el Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México.

13.2 ALCANCE.

Registros contables de ingresos y egresos, estados financieros con la documentación soportada, para su debida integración.

13.3 REFERENCIAS.

- ✓ Código Financiero del Estado de México y Municipios. Artículo 350, 351 y 352.
- ✓ Instructivo para la Integración de los Informes Trimestrales de los Sujetos de Fiscalización Municipales para el Ejercicio 2023.
- ✓ Ley de Fiscalización Superior del Estado de México. Artículo 8 y 32 Párrafo segundo.
- ✓ Ley General de Contabilidad Gubernamental. Artículo 1 y 4.
- ✓ Ley que crea a los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, Denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia". Artículo 3, fracción 1, II, V, VI, VII.VIII y IX.
- ✓ Ley de Transparencia y Acceso a la Información pública del Estado de México y Municipios.

13.4 RESPONSABILIDAD.

El Tesorero (a) será el responsable directo como titular de la Tesorería en la integración del Informe Trimestral Financiero.

Las Unidades Administrativas susceptibles de entrega de información de ingresos y egresos para la correcta comprobación.

13.5 TERMINOLOGÍA.

Balanza de Comprobación: Documento contable que enlista los saldos y movimientos de todas las cuentas de activo, pasivo, capital, resultados y cuentas de orden.

Conciliación Bancaria: Comparación que se hace entre los apuntes contables que lleva una entidad de su cuenta corriente (o cuenta de bancos) y los ajustes que el propio banco realiza sobre la misma cuenta.

Informe Financiero: Evaluación detallada del estado de las finanzas y la situación económica de una entidad, en un periodo de tiempo determinado contrastándolo con las metas planteadas.

Póliza de Cheque: Documento creado con la finalidad de garantizar la comprobación del pago con un cheque.

Póliza de Diario: Documento donde se registra y anexa los comprobantes de las operaciones que no implican entradas o salidas de dinero del banco.

Póliza de Egresos: Formato que tiene la función de servir como comprobante físico de una operación de salida de dinero de una compañía o negocio.

Póliza de Ingresos: Son las pólizas contables que contienen los registros que representan los ingresos al ente económico, por medio de estas pólizas contables se registrara todo tipo de ingreso, ya sea en efectivo, transferencia o cheque.

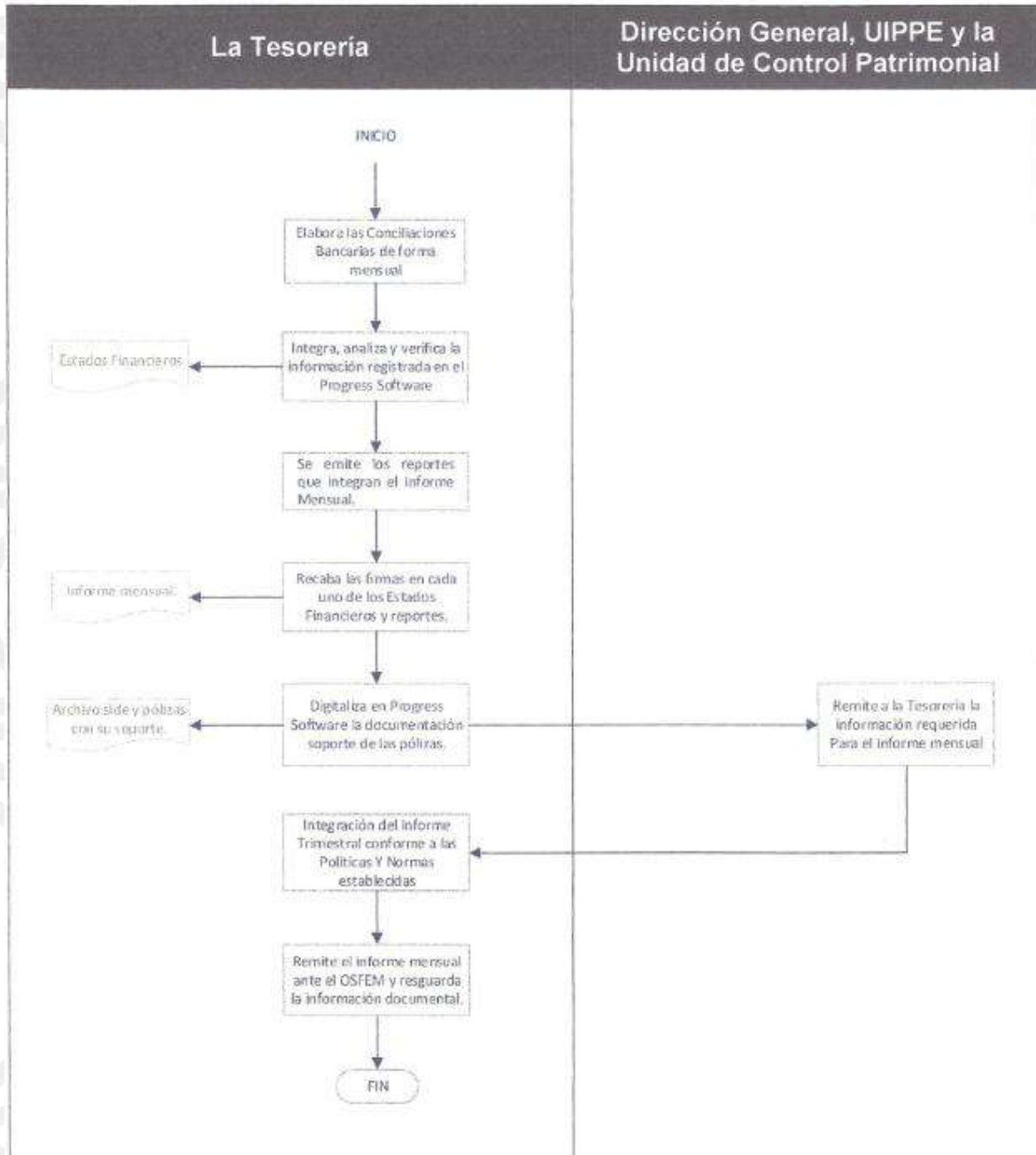
Progress Software: Sistema Integral de Contabilidad Gubernamental.

13.6 DESARROLLO DE ACTIVIDADES

No.	Responsable	Actividad
1	La Tesorería	Elabora las Conciliaciones Bancarias de forma mensual.
2	La Tesorería	Integra, analiza y verifica la información financiera registrada en el Sistema de Contabilidad <i>Progress Software</i> para conformación de los Estados Financieros.
3	La Tesorería	Del Sistema de Contabilidad <i>Progress Software</i> emite los reportes que integran el Informe Mensual; <ul style="list-style-type: none"> • Estado de Situación Financiera. • Estado de Actividades. • Estado de Variación de la Hacienda Pública. • Estado Analítico del Activo. • Estado Analítico de la Deuda y otros Pasivos. • Estado de Cambios en la Situación Financiera. • Estados de Flujos de Efectivo. • Anexo al Estado de Posición Financiera • Balanza de Comprobación Acumulada. • Balanza de Comprobación Detallada. • Diario General de Pólizas. • Diario de Ingresos.
4	La Tesorería	Recaba las firmas necesarias en cada uno de los Estados Financieros y reportes que integran el informe mensual.
5	La Tesorería	Digitaliza en el Sistema de Contabilidad <i>Progress Software</i> la documentación soporte de las pólizas de: ingresos, diario, transferencias y de cheques, conforme al Instructivo para la Integración de los Informes Trimestrales de los Sujetos de Fiscalización Municipales para el Ejercicio en curso y procede a generar los archivos sife y de imágenes.

6	Dirección General, UIPPE y la Unidad de Control Patrimonial	Remite a la Tesorería la información requerida (impresa y en medio magnético) para la conformación del informe mensual, en los tiempos y formas establecidas en el Instructivo para la Integración de los Informes Trimestrales de los Sujetos de Fiscalización Municipales para el Ejercicio en curso.
7	La Tesorería	Sera la responsable de la integración del Informe Trimestral conforme a las Políticas para la Integración del Informe Trimestral de los Sujetos de Fiscalización Estatales para el Ejercicio en curso.
8	La Tesorería	Sera la responsable de remitir ante el Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, el Informe Trimestral del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco. Y quien resguarde la información documental acorde a la Ley de Archivos y Administración de Documentos del Estado de México y Municipios.

13.7 DIAGRAMA DE FLUJO



13.8 ANEXOS

GOBIERNO DE CHALCO **DIF**
"2025, Bicentenario de la vida municipal del Estado de México"

ACUSE

Chalco de Díaz Covarrubias, Estado de México; 18 de marzo de 2025
Oficio Núm. GH/DIF/TES/37/2025

Asunto: Oficio de presentación del Submódulo Pólizas y CFDI correspondiente al cuarto trimestre 2024

H. "LXI" Legislatura del Estado de México
Presente

At/n: Liliana Dávalos Ham
Auditora Superior de Fiscalización del Estado de México

En cumplimiento a lo establecido en los artículos 350 del Código Financiero del Estado de México y Municipio; artículo 8 fracciones XI y XIV de la Ley de Fiscalización Superior del Estado de México; y los Lineamientos para la integración y entrega de los Informes Trimestrales Municipales ejercicio fiscal 2024, remito a usted la información del **Módulo 1 Submódulo "Pólizas y CFDI"** del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco, del cuarto trimestre 2024 el cual se integra como sigue:

Octubre

Pólizas:

- Pólizas de Ingresos con los documentos comprobatorios
- Pólizas de Diario con los documentos comprobatorios
- Pólizas de Egresos con los documentos comprobatorios
- Pólizas de Cheques con los documentos comprobatorios
- Archivo SIFE

CFDI:

- CFDI por concepto de Honorarios
- CFDI por concepto de Nómina

ANEXOS
25 MAR 18 16:10
H. PONENTE LILIANA DÁVALOS HAM
OFICIAL DE FISCALIZACIÓN
6 de 30 J

Av. Solidaridad Mz.2 L1.1 Zona 6 Col. Cultura de México, Chalco Estado de México
Tel. 55 88 43 29 24 - 55 88 43 78 56 - 55 88 43 78 57 www.difchalco.gob.mx

GOBIERNO DE CHALCO **DIF**
"2025, Bicentenario de la vida municipal del Estado de México"

ACUSE

Chalco de Díaz Covarrubias, Estado de México a 14 de marzo del 2025.
Oficio Número TES/DIF/041/2025.
Asunto: El que se indica.

Noviembre

Pólizas:

- Pólizas de Ingresos con los documentos comprobatorios
- Pólizas de Diario con los documentos comprobatorios
- Pólizas de Egresos con los documentos comprobatorios
- Pólizas de Cheques con los documentos comprobatorios
- Archivo SIFE

CFDI:

- CFDI por concepto de Honorarios
- CFDI por concepto de Nómina

Diciembre

Pólizas:

- Pólizas de Ingresos con los documentos comprobatorios
- Pólizas de Diario con los documentos comprobatorios
- Pólizas de Egresos con los documentos comprobatorios
- Pólizas de Cheques con los documentos comprobatorios
- Archivo SIFE

CFDI:

- CFDI por concepto de Honorarios
- CFDI por concepto de Nómina

Av. Solidaridad Mz.2 L1.1 Zona 6 Col. Cultura de México, Chalco Estado de México
Tel. 55 88 43 29 24 - 55 88 43 78 56 - 55 88 43 78 57 www.difchalco.gob.mx

GOBIERNO DE CHALCO **DIF**
"2025, Bicentenario de la vida municipal del Estado de México"

En este tenor, bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información proporcionada en medio magnético, es copia fiel de la original que obra en los archivos de esta Entidad Municipal, haciendo referencia que la documentación comprobatoria y justificativa generada, se pone a disposición del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, para la revisión correspondiente.

Atentamente
Lic. Luzeth Lina Galicia
Presidenta Honoraria del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco, México

DIF DIRECCIÓN
Dr. José Luis Camacho Granados
Director del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco, México.

DIF TRESORERÍA
L. C. Jaime Cesar Hernández Aguilar
Tesorero del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco, México.

"Con fundamento en el artículo 14 fracción VIII de la Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social de Carácter municipal denominados Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia CERTIFICADO, que la información que se adjunta en medios ópticos que se presentan a este Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, coincide en todas y cada una de sus partes con los originales que obran en los archivos de este Organismo Descentralizado, para los efectos conducentes".

"Con fundamento en el artículo 15 fracción VI de la Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social de Carácter municipal denominados Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia CERTIFICADO, que la información que se adjunta en medios ópticos que se presentan a este Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, coincide en todas y cada una de sus partes con los originales que obran en los archivos de este Organismo Descentralizado, para los efectos conducentes".

Av. Solidaridad Mz.2 L1.1 Zona 6 Col. Cultura de México, Chalco Estado de México
Tel. 55 88 43 29 24 - 55 88 43 78 56 - 55 88 43 78 57 www.difchalco.gob.mx

GOBIERNO DE CHALCO **DIF**
"2025, Bicentenario de la vida municipal del Estado de México"

ACUSE

Chalco de Díaz Covarrubias, Estado de México a 14 de marzo del 2025.
Oficio Número TES/DIF/041/2025.
Asunto: El que se indica.

DR. JOSÉ LUIS CAMACHO GRANADOS
DIRECTOR DEL SMDIF DE CHALCO
PRESENTE.

Por medio del presente le envío un cordial saludo, así mismo me permito informar que se ha subido la información a la Plataforma Digital del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México de manera digital la CUENTA PÚBLICA MUNICIPAL del Ejercicio Fiscal 2024 los Módulos y sub módulos con la información requerido en los lineamientos de cada uno que a continuación se describe:

- MÓDULO 1 Información Contable y Financiera
- MÓDULO 2 Información Presupuestal y Patrimonial
- MÓDULO 3 Información Programática
- MÓDULO 4 Información Contable, Financiamiento, ISSEMYM, ISR, Dictamen ISERTP

En cumplimiento a lo establecido en los artículos 352 del Código Financiero del Estado de México y Municipios y Art 32, de la Ley de Fiscalización Superior del Estado de México; y los Lineamientos para la integración y entrega de la Cuenta Pública Municipal del Ejercicio fiscal 2024, y a su vez Usted tenga a bien Firmarla y enviarla con fecha 18 de Marzo del presente año para la constancia de ENVÍO RECEPCIÓN del Órgano Superior de Fiscalización del Estado de México, de acuerdo a lo solicitado en los Lineamientos para la entrega electrónica de la Cuenta Pública Municipal del ejercicio fiscal 2024 publicado en la Gaceta del Gobierno el día 25 de febrero de 2025 número CCXIX No. 38.

Sin más por el momento estoy a sus órdenes para cualquier aclaración.

DIF TRESORERÍA
L. C. JAIME CESAR HERNÁNDEZ AGUILAR
TESORERO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CHALCO

G.C.P. LIC. LUZETH LINA GALICIA - Presidenta Honoraria del SMDIF Chalco
Atento

RECIBIDO
19 MAR 2025
Hors: 3:46
DIRECCIÓN

Av. Solidaridad Mz.2 L1.1 Zona 6 Col. Cultura de México, Chalco Estado de México
Tel. 55 88 43 29 24 - 55 88 43 78 56 - 55 88 43 78 57 www.difchalco.gob.mx

14. SMDIF-UT-PRO014 ATENCIÓN DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN PÚBLICA

14.1 OBJETIVO

Brindar una adecuada atención de las Solicitudes de Información Pública, desde su recepción hasta la entrega de la información, de conformidad con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

14.2 ALCANCES

Aplica a los servidores públicos de la Unidad de Transparencia y Acceso a la Información, a los Servidores Públicos Habilitados del SMDIF, a la Tesorería encargada del cobro de la reproducción de la información, así como a las personas que pretendan ejercer su derecho de acceso a la información.

14.3 REFERENCIAS

- ✓ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Título Primero, Capítulo I “De los Derechos Humanos y sus Garantías”, artículos 6º, Apartada A, y 16, párrafo segundo.
- ✓ Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México, Título Primero “Del Estado de México como Entidad Política”, artículo 5 fracciones I, II, III, IV y V.
- ✓ Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios, Título Séptimo “Acceso a la Información Pública”, Capítulo I, “Del Procedimiento de Acceso a la Información Pública”, artículos del 150 al 173.
- ✓ Reglamento Interno de la Unidad de Transparencia y Acceso a la Información.

14.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

La Unidad de Transparencia y Acceso a la Información es la encargada de recibir, tramitar y dar respuesta a las solicitudes de acceso a la información pública.

Unidad de Transparencia y Acceso a la Información del Sistema Municipal D.I.F de Chalco, Es su responsabilidad Informar inmediatamente el requerimiento de Información, al Servidor Público encargado de dar Atención a la Solicitud de Información Pública, vía oficio de turno y por medio del Sistema de Acceso a la Información Mexiquense (SAIMEX), para iniciar el tramite de la misma.

Servidor Público Habilitado del SMDIF de Chalco: Deberá revisar su portal de Sistema de Acceso a la Información Mexiquense (SAIMEX), diariamente para atender en el menor plazo las Solicitudes de Información Pública que le fuesen turnadas por la Unidad de Transparencia.

Comité de Transparencia: Como Autoridad maxima en materia de Transparencia al interior del Sujeto Obligado (SMDIF de Chalco), modificara, revocara o confirmara las determinaciones en materia de ampliación del plazo de respuesta, clasificación de la información y declaración de inexistencia o de incompetencia que realicen los Titulares de las áreas del Descentralizado.

14.5 TERMINOLOGÍA

SAIMEX: Al sistema electronico en donde son recibidas las solicitudes de información pública.

14.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

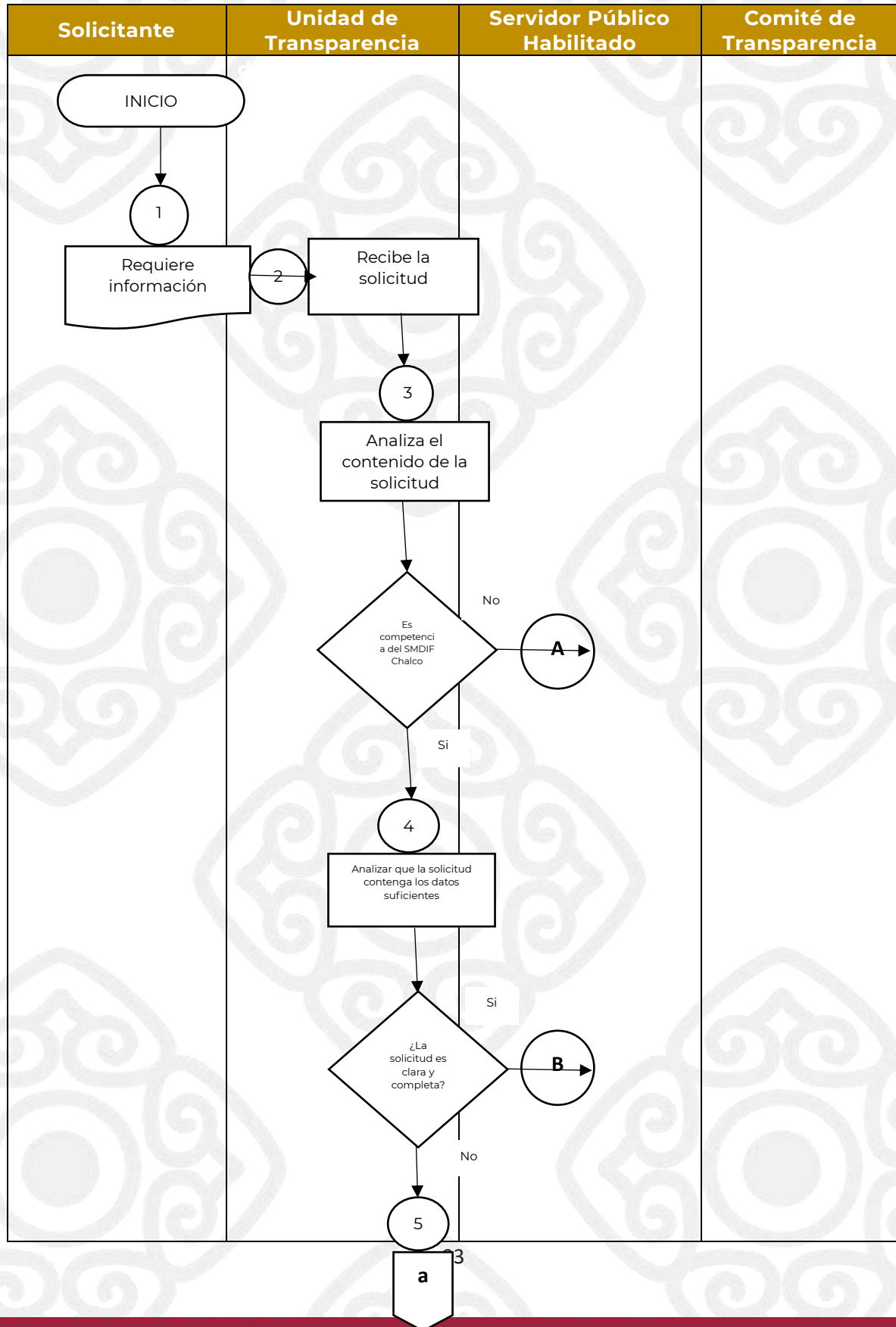
No	Puesto/Lugar	Descripción de actividad
1	El solicitante	Requiere información de manera escrita o vía SAIMEX, a la cual se le dará respuesta en un lapso de 15 días hábiles
2	Titular de la Unidad de Transparencia	Recibe la solicitud de información y si es de manera escrita, la registra en el SAIMEX.
3	Titular de la Unidad de Transparencia	<p>Analiza el contenido de la solicitud respecto de la competencia del SMDIF para dar atención:</p> <p>¿Es competencia del SMDIF Chalco?</p> <p>Sí, se continúa con la actividad 4.</p> <p>No, se notifica al solicitante durante los primeros 3 días hábiles posteriores a recepción de la solicitud la incompetencia y lo orienta sobre el Sujeto Obligado competente.</p> <p>Fin</p>
4	Titular de la Unidad de Transparencia	<p>Analiza que la solicitud contenga los datos suficientes para localizar la información:</p> <p>¿La solicitud es clara y completa?</p> <p>No, se continúa con la actividad 5.</p> <p>Sí, se continúa con la actividad 8.</p>
5	Titular de la Unidad de Transparencia	Requiere al solicitante, por una sola vez y dentro de los primeros cinco días hábiles a partir de la recepción de la solicitud, otros elementos que ll complementen, corrijan o amplíen los datos proporcionados requerimiento de información.
6	El solicitante	<p>Recibe la notificación de aclaración, para que dentro del plazo de 10 días hábiles atienda el requerimiento.</p> <p>¿Atiende el requerimiento?</p> <p>Sí, se continúa con la actividad 7.</p> <p>No, se tiene por no presentada la solicitud de información.</p> <p>Fin del Procedimiento.</p>
7	El solicitante	Aporta los elementos adicionales, ampliando los términos de la solicitud de información.

No	Puesto/Lugar	Descripción de actividad
8	Titular de la Unidad de Transparencia	<p>Analiza la información y determina:</p> <p>¿Se encuentra publicada?</p> <p>No, se continúa con la actividad 9.</p> <p>Sí. Notifica al solicitante e indica la ubicación de la información.</p> <p>Fin del Procedimiento.</p>
9	Titular de la Unidad de Transparencia	<p>Turna la solicitud al servidor público habilitado competente mediante oficio y a través del SAIMEX para su atención, la cual no podrá exceder de 15 días hábiles.</p>
10	Servidor Publico Habilitado	<p>Recibe la solicitud de información y procede a realizar la búsqueda y analiza:</p> <p>¿Requiere ampliar el plazo de respuesta?</p> <p>Sí, se continúa con la actividad 11.</p> <p>No, se continúa con la actividad 13.</p>
11	Servidor Publico Habilitado	<p>Solicita a través del SAIMEX por única ocasión y hasta por 7 días hábiles, la ampliación del plazo a la Titular de la Unidad de Transparencia.</p>
12	Titular de la Unidad de Transparencia	<p>Valida y notifica, vía SAIMEX, al solicitante la ampliación del plazo de respuesta.</p>
13	Servidor Publico Habilitado	<p>Busca y localiza la información solicitada en sus archivos.</p>
14	Servidor Publico Habilitado	<p>Analiza que la información requerida no encuadre en algún supuesto de clasificación de reserva, confidencialidad o de inexistencia.</p> <p>¿La información debe ser clasificada o declarada como inexistente?</p> <p>No, se continúa con actividad 15</p> <p>Sí, se continúa con la actividad 24</p>
15	Servidor Publico Habilitado	<p>Analiza si la respuesta implica costos de reproducción</p> <p>¿La respuesta implica el pago de derechos?</p> <p>No, se continúa con actividad 16.</p> <p>• Sí, informa al Titular de la Unidad de Transparencia los costos de reproducción, se continúa con la actividad 20</p>

No	Puesto/Lugar	Descripción de actividad
16	Servidor Público Habilitado	Envía la respuesta vía SAIMEX de la solicitud de información e informa a la Encargada del Módulo de Transparencia
17	Titular de la Unidad de Transparencia	Analiza que la información proporcionada por el servidor público habilitado corresponda con lo solicitado. ¿La información es correcta? Sí, se continúa con actividad 18 No, notifica al servidor público habilitado, se regresa a la actividad 13.
18	Titular de la Unidad de Transparencia	Notifica a través del SAIMEX, la respuesta al solicitante.
19	Solicitante	Recibe respuesta a su solicitud. Fin del procedimiento.
20	Titular de la Unidad de Transparencia	Notifica los costos por el pago de derechos de reproducción de la información.
21	Solicitante	Recibe la notificación para realizar el pago correspondiente ante la Tesorería Municipal. ¿Realiza el pago por derechos de reproducción? Sí, se continúa con actividad 22. No, se tiene por no presentada la solicitud de información. Fin del Procedimiento
22	Solicitante	Recibe la información en la oficina del Servidor Público Habilitado quien fue responsable de atender la solicitud de información. Fin del procedimiento.
23	Servidor Público Habilitado	Elabora el proyecto debidamente fundado y motivado y lo remite a la Unidad de Transparencia.
24	Titular de la Unidad de Transparencia	Convoca a los integrantes del Comité de Transparencia mediante oficio en el que se fija, fecha hora y lugar de la Sesión.
25	Titular de la Unidad de Transparencia	Presenta al Comité de Transparencia el proyecto de clasificación o de inexistencia de la información, con los elementos aportados por el servidor público habilitado.

No	Puesto/Lugar	Descripción de actividad
26	Comité de Transparencia	Analiza y delibera sobre el proyecto de acuerdo de clasificación de la información e instruye al Titular de la Unidad de Transparencia dar cumplimiento a los acuerdos emitidos.
27	Titular de la Unidad de Transparencia	Recibe la instrucción de dar seguimiento a los acuerdos emitidos en la Sesión del Comité de Transparencia.
28	Titular de la Unidad de Transparencia	Notifica vía oficio al Servidor Público Habilitado, el acuerdo emitido por el Comité de Transparencia, solicita su cumplimiento y en su caso elaborar la versión pública.
29	Servidor Público Habilitado	Realiza las actividades para dar cumplimiento al acuerdo del Comité y envía a la Unidad de Transparencia la respuesta a la solicitud de información.
30	Titular de la Unidad de Transparencia	Notifica la respuesta al Solicitante mediante el SAIMEX y hace entrega de la información requerida.
31	Solicitante	Recibe respuesta a su solicitud. Fin del procedimiento.

4.7 DIAGRAMA DE FLUJO



15. SMDIF-UIPPE-PRO015 INTEGRACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS ANUALES

15.1 OBJETIVO

Promover la evaluación del desempeño como una política pública permanente que permita mejorar el proceso de programación y presupuestación municipal, que fortalezca las capacidades institucionales de las áreas y dependencias de la administración pública municipal y que se constituya como una fuente clave para la rendición de cuentas.

15.2 ALCANCES

Aplica a la UIPPE y a todas las unidades administrativas que conforman el Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco

15.3 REFERENCIA

- ✓ Ley General de Contabilidad Gubernamental
- ✓ Ley de Planeación del Estado de México y Municipios
- ✓ Código Financiero del Estado de México y Municipios
- ✓ Reglamento de la Ley de Planeación del Estado de México y Municipios
- ✓ Manual para la Planeación, Programación y Presupuestación Municipal Vigente

15.4 RESPONSABILIDADES

Es responsabilidad de la UIPPE asesorar y capacitar a las unidades administrativas que conforman el SMDIF Chalco, para la elaboración e integración de los PA, así como el seguimiento y evaluación de los mismos.

15.5 TERMINOLOGÍA

UIPPE: A la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del SMDIF Chalco.

SMDIF: Al Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco.

15.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Paso	Responsable	Actividad
1	Titular de la UIPPE	Envía estructura programática a la Tesorería del SMDIF Chalco
2	Titular de la UIPPE	Envía estructura programática a las diferentes unidades administrativas del SMDIF Chalco
3	Titular de la UIPPE	Solicita a la Tesorería del SMDIF, copia de los techos presupuestarios de cada unidad administrativa
4	Titular de la UIPPE	Envía circular a las unidades administrativas para capacitación sobre la integración del PbRM
5	Titular de la UIPPE	Informa a los enlaces de la fecha de entrega de formatos
6	Titular de la UIPPE	Asesora a los enlaces de las unidades administrativas, en la elaboración de las MIR y Fichas de indicadores
7	Titular de la UIPPE	Asesora a los enlaces de las unidades administrativas, en la elaboración y congruencia de metas físicas y presupuesto
8	Unidades administrativas	Entregan a la UIPPE PbRM de cada programa presupuestario
9	Titular de la UIPPE	Revisa y analiza la información de indicadores, Si, los indicadores son correctos pasa al paso 10, No, los indicadores son incorrectos regresa al paso 6
10	Titular de la UIPPE	Alinea metas físicas con indicadores de gestión
11	Titular de la UIPPE	Envía formatos PbRM a la Tesorería
12	Titular de la UIPPE	Asesora a los enlaces de las unidades administrativas para la integración de reportes trimestrales

Paso	Responsable	Actividad
13	Titular de la UIPPE	Solicita a las unidades administrativas reportes trimestrales de los PA
14	Unidades administrativas	Entregan a la UIPPE reportes trimestrales
15	Titular de la UIPPE	Recibe y analiza información sobre metas físicas, Si, los informes son correctos pasa al paso 17, No, los informes son incorrectos regresa al paso 13
16	Titular de la UIPPE	Analiza información sobre indicadores, Si, los informes son correctos pasa al paso 18, No, los informes son incorrectos regresa al paso 13
17	Titular de la UIPPE	Concilia metas con indicadores
18	Titular de la UIPPE	Elabora documento de evaluación
		FIN

16. SMDIF-COMSOC-PRO016 DISEÑO GRAFICO Y COBERTURA DE EVENTOS

16.1 OBJETIVO

Recibir o generar información del SMDIF Chalco, para su análisis y planeación adecuada a cada caso de manera particular para mejorar la calidad, eficiencia y eficacia de las actividades desarrolladas por la unidad, para mantener informada a la sociedad sobre los programas y actividades institucionales mediante la formalización, estandarización e implementación de los métodos y procedimientos de trabajo.

16.2 ALCANCE

Este procedimiento aplica a toda la sociedad en general y población vulnerable del Municipio de Chalco.

16.3 REFERENCIAS

16.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

Coordinar la difusión de las acciones realizadas por el SMDIF de manera oportuna y veraz, fortaleciendo la imagen institucional de dicho sistema a través de estrategias de posicionamiento y desarrollo digital: así como planear, dirigir, controlar y evaluar el diseño, construcción, implementación, operación y mantenimiento de los sistemas informáticos, equipo de cómputo, redes y equipo de telecomunicaciones.

16.5 TERMINOLOGÍA

Comunicación: Transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor.

Diseño: Actividad creativa que tiene por fin proyectar objetos que sean útiles y estéticos.

Vídeo: Es la tecnología de la grabación, procesamiento, almacenamiento, transmisión de imágenes y reconstrucción por medios electrónicos digitales.

BRIEF: Documento escrito que debe contener toda la información necesaria para encarar el desarrollo de un proyecto.

Cartel: Consiste en la comunicación de un mensaje, promocionando de manera rápida, precisa y eficaz en una lámina de papel, cartón u otro material.

Gif: Formato de compresión de imagen limitado a 256 colores, cuya función es dar animación a las imágenes.

Jpg: Es un algoritmo diseñado para comprimir imágenes con 24 bits de profundidad o en escala de grises.

Díptico: Folleto formado por una hoja de papel doblada por la mitad, generalmente pequeña, que se usa como propaganda o como invitación a un acto.

Pendón: Bandera o estandarte, generalmente más largo que ancho, que empleaban como insignia distintiva.

Fotografía: Técnica de obtención de imágenes por la acción química de la luz sobre una superficie con unas características determinadas.

Ilustración: Fotografía, dibujo o lámina que se coloca en un texto impreso para representar gráficamente lo expuesto, ejemplificarlo o hacer más atractivo el resultado.

Hashtag: Se refiere a la palabra o la serie de palabras precedidos por el símbolo de la almohadilla, también llamado numeral o gato (#), usado en determinadas plataformas.

Tríptico: Folleto informativo cuya hoja está dividida en tres partes, de las cuales sus laterales se doblan sobre la del centro.

Flyer: Publicidad gráfica de tamaño mediano, utilizada para promocionar un producto o servicio.

Edición: Acción y efecto de modificar alguna foto o video para darle un mejor resultado en cuestión de calidad.

16.6 DESARROLLO DE ACTIVIDADES

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FORMATO O DOCUMENTO
1	Jefe departamento del	La unidad recibe el documento BRIEF a realizar.	BRIEF
2	Diseñador	Se comienza la realización del material solicitado.	
3	Jefe departamento del	Se hace una entrega en borrador del proyecto para verificarlo.	Correo electrónico
4	Jefe departamento del	Confirmación del BRIEF solicitado.	Correo electrónico
5	Diseñador	Al confirmar el material realizado en borrador se . Si no se cumple con lo solicitado el diseñador hace una corrección del mismo.	

6	Diseñador	Si no se cumple con lo solicitado el diseñador hace correcciones del mismo.	
7	Imprenta	Al tener el material correcto se envía a la imprenta para su impresión	
8	Jefe del departamento	Realiza la entrega del material solicitado con ficha de entrega para su confirmación	Ficha de entrega

16.6 DESARROLLO DE ACTIVIDADES

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FORMATO O DOCUMENTO
1	Jefa del departamento	Recibe la notificación del evento a cubrir.	Oficio
2	Jefa del departamento	Se comienza la realización del comunicado de prensa para	
3	Jefa del departamento	Asistencia al evento para su cobertura.	Correo electrónico
4	Jefa del departamento	Selección de material para su publicación en medios	Correo electrónico
5	Medios de comunicación	Se encarga de aprobar el Material que recibe.	Digital
6	Jefa del departamento	Se realiza una nueva selección del material	Digital
7	Medios de comunicación	Hace uso conveniente Del material enviado, como su publicación en su medio.	Digital o impreso

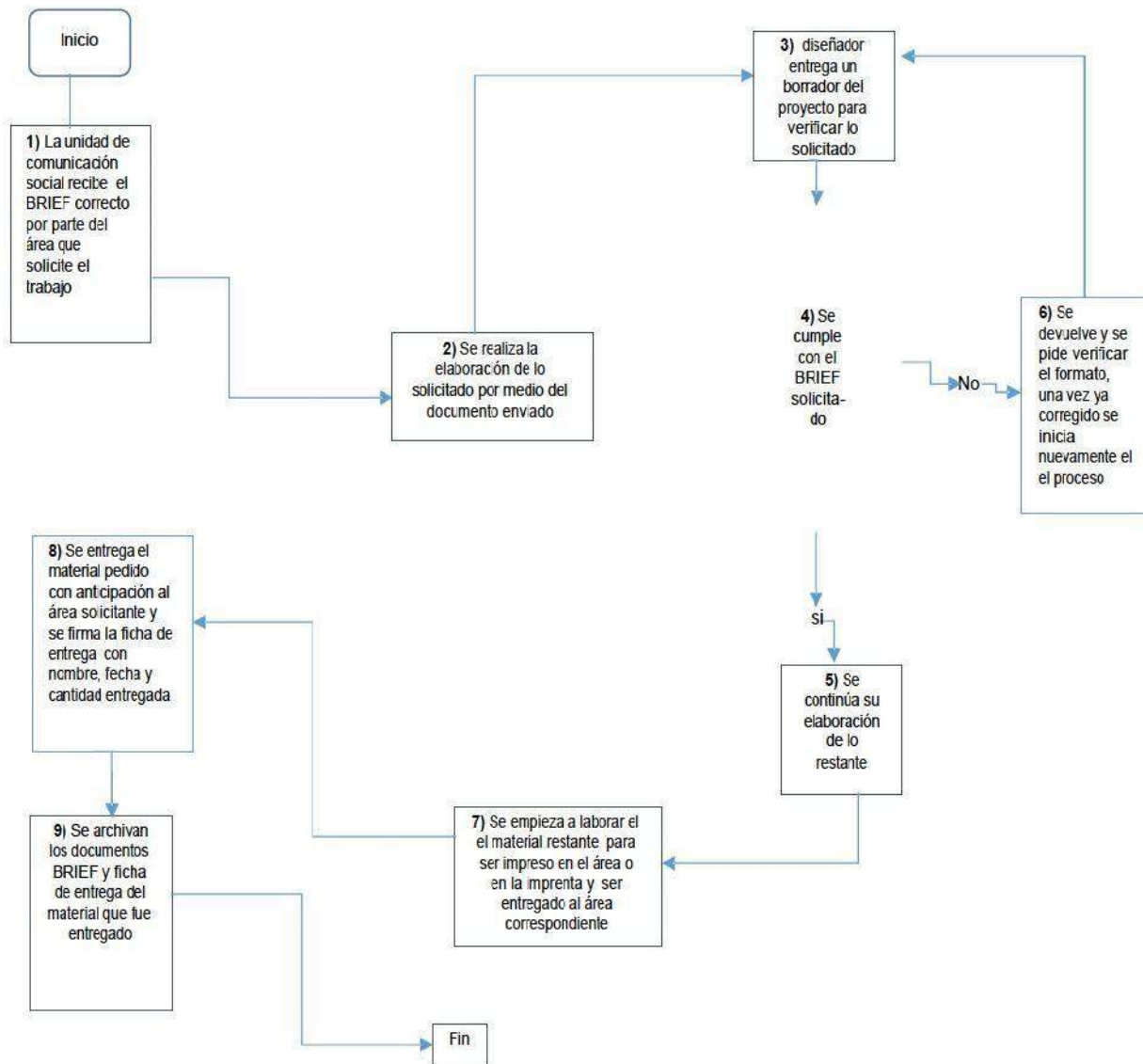
8	Jefa del departamento	Edición de fotografía y video para su publicación seguido de una descripción o nota.	Digital
---	-----------------------	--	---------

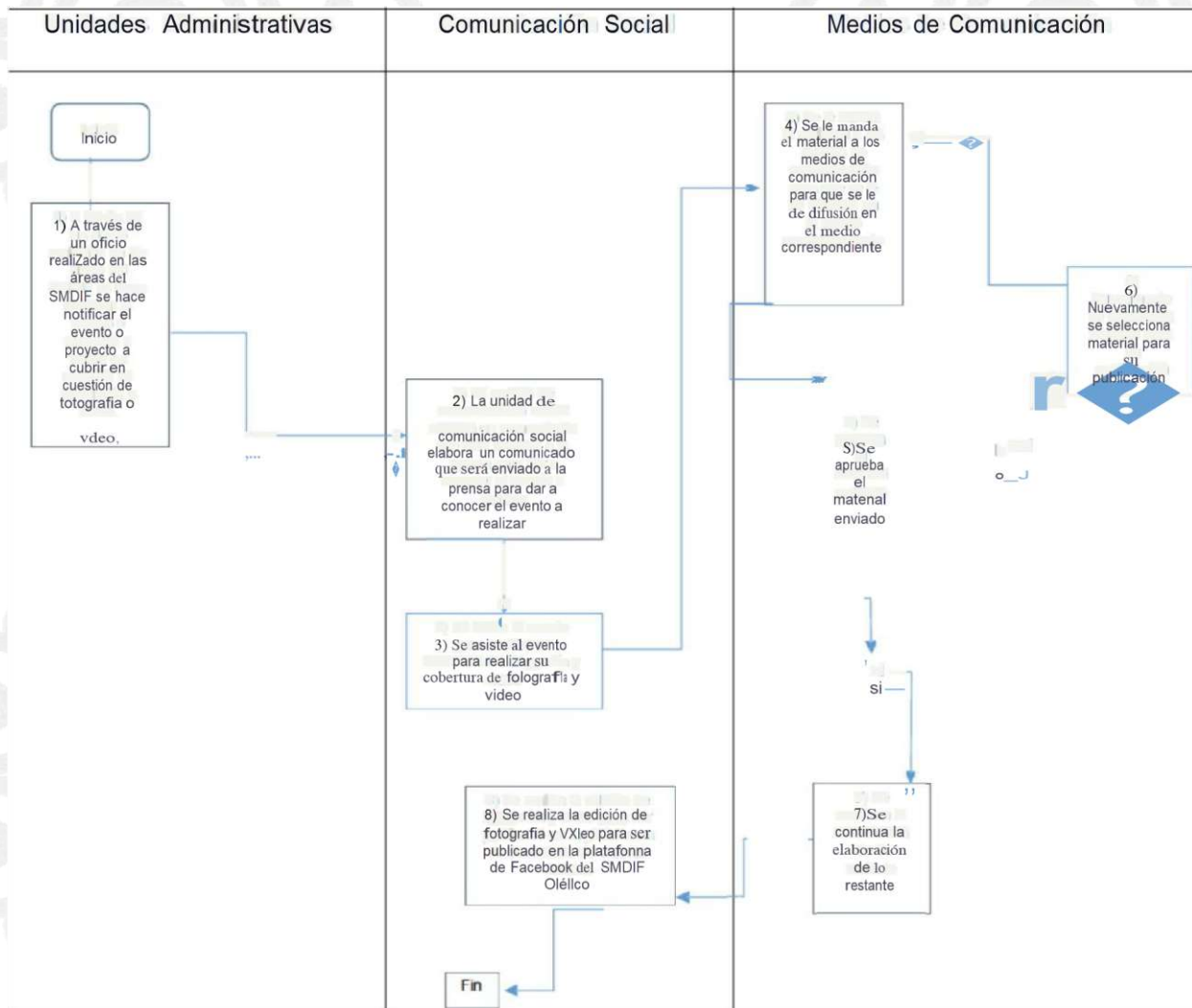
16.7 DIAGRAMA DE MATERIAL GRÁFICO

Unidades Administrativas

Comunicación Social

Imprenta





16.8 ANEXOS

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Nombre del solicitante	Nombre de la persona que requiere el trabajo especificado.
2	Dirección o área	Área a la que corresponde y de donde se hace llegar la solicitud.
3	Nombre del evento y proyecto	Se anota el nombre del evento o lugar en el que será utilizado el material gráfico.
4	Diseño a realizar	Se escoge que tipo de material gráfico se realizará por ejemplo: Lona, reconocimientos, invitaciones, etc.
5	Objetivo/Target	Es una breve descripción de las personas a las que queremos dirigir nuestro proyecto.
6	Descripción del proyecto	Resumen claro del proyecto que se va a trabajar.
7	Objetivo Comunicacional	Es el ¿Para qué del Proyecto solicitado.
8	Tono de la Comunicación	Se explica el ¿cómo? Del proyecto como es que se realizará de manera detallada.
9	Título o encabezado del material.	Es el nombre que se le asigna al material solicitado.
10	Contenido o cuerpo del texto	Se refiere al texto que será escrito posteriormente al título.
11	Cierre o datos finales	Información que es escrita como parte final, por ejemplo, en caso de un reconocimiento es la firma de la persona que entrega el mismo, o un texto de agradecimiento.
12	Texto clave	Se puede considerar como un subtítulo escrito en el material.
13	Observaciones	Se anotan las especificaciones del material, es decir si se requiere de ciertos logos y fondos, así como de la mención de un nombre en especial.
14	Validación del área que solicita	Consiste en la asignación del sello y firma del área que realiza la solicitud, así mismo del área de comunicación social que recibe el formato correcto.

FORMATO DE DISEÑO

(01)

NOMBRE: _____

(02)

PRESIDENCIA

ÓRGANO INTERNO DE
CONTROL

PROCURADURIA

DIRECCIÓN

UIPPE / TRANSPARENCIA

TESORERÍA

C.R.I.S.

SUB. ADMINISTRACIÓN

TRABAJO SOCIAL

NUTRICIÓN

PROGRAMAS ASISTENCIALES

SERVICIOS JURIDICOS

SUBDIRECCIÓN DE SALUD

PROCURACIÓN DE FONDOS

(03) **NOMBRE DEL EVENTO:**

(04)

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

(05)

DATOS ADICIONALES:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

(06)

OBSERVACIONES DEL DISEÑO:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

(07)

SELLO DE SALIDA Y ENTREGA

17. SMDIF-USJ-PRO017 PROCEDIMIENTO PARA BRINDAR ASESORÍA JURÍDICA EN LA UNIDAD DE SERVICIOS JURÍDICOS

17.1 OBJETIVO

Otorgar a los pobladores del Municipio de Chalco que así lo soliciten, la correcta orientación jurídica, con la finalidad de brindar la debida asistencia social para el conocimiento de sus derechos y mediante qué autoridad hacerlos valer.

17.2 ALCANCES

Dar certeza jurídica en las diversas ramas del derecho a los usuarios del Sistema Municipal DIF Chalco, que así lo soliciten.

17.3 REFERENCIAS

- ✓ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ✓ Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
- ✓ Código Civil del Estado de México.
- ✓ Código de Procedimientos Civiles del Estado de México.
- ✓ Código Penal del Estado de México.
- ✓ Ley del Adulto Mayor del Estado de México.
- ✓ Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- ✓ Ley que regula los Centros de Asistencia Social y las Adopciones en el Estado de México y Municipios.
- ✓ Ley para la Prevención y Erradicación de la Violencia Familiar en el Estado de México.
- ✓ Ley para Prevenir, Combatir y Eliminar Actos de Discriminación en el Estado de México.
- ✓ Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México.
- ✓ Ley Federal del Trabajo.
- ✓ Ley del Trabajo de los Servidores Públicos del Estado y Municipios.

17.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

Asesor Jurídico: Licenciado en Derecho debidamente Titulado y con Cédula Profesional que proporciona orientación jurídica legal a los usuarios que así lo solicitan, bajo los principios de legalidad, honradez, inmediatez y transparencia.

17.5 TERMINOLOGÍA

Convenio: Acuerdo de voluntades celebrado entre las partes, quienes son sujetos de derechos y obligaciones.

Asesoría: Orientación mediante la cual se informa sobre una solución de índole jurídico.

Citatorio: Documento mediante el cual se informa a una persona que resulta necesaria su presencia ante la autoridad competente.

Conciliación: Mecanismos de resolución de conflictos mediante el cual dos o más personas gestionan por sí mismo la solución de sus diferencias con ayuda de un tercero neutral.

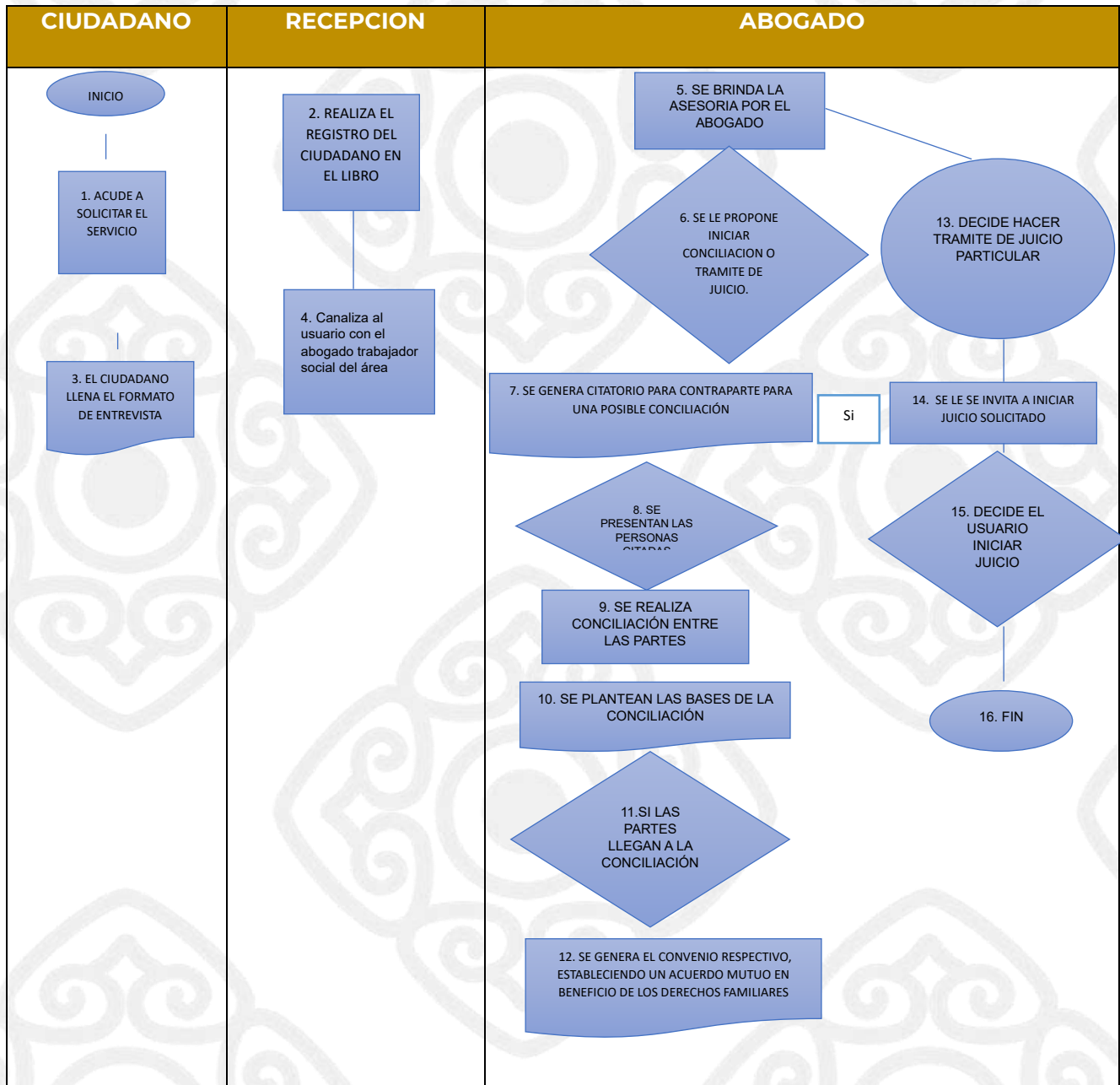
Acta Informativa: Es un documento mediante el cual los usuarios bajo protesta de decir verdad hacen del conocimiento a la autoridad administrativa sobre un acontecimiento no constitutivo de delito.

17.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Paso	Responsable	Actividad
1	Usuario	Acude a solicitar el servicio
2	Usuario	Realiza el registro del ciudadano en el libro
3	Usuario	El ciudadano llena el formato de entrevista
4	Auxiliar Administrativo	Canaliza al usuario con el abogado
5	Asesor Jurídico	Brinda la asesoría
6	Asesor Jurídico	Se le propone iniciar conciliación o tramite de juicio
7	Asesor Jurídico	En caso de conciliación, se genera citatorio para la contraparte para una posible conciliación
8		Se presentan las personas citadas
9	Asesor Jurídico	Se realiza conciliación entre las partes
10	Asesor Jurídico	Se plantean las bases de la conciliación
12	Asesor Jurídico	Si las partes llegan a la conciliación Se genera el convenio respectivo.
13	Asesor Jurídico	Si el usuario decide hacer tramite de juicio

Paso	Responsable	Actividad
14	Asesor Jurídico	Se canaliza al usuario al Departamento de Trabajo Social
15	Trabajador Social	Realiza estudio socioeconómico y determina si es viable llevar el juicio en el Sistema.
16	Asesor Jurídico	Se inicia Juicio ante el Juzgado Familiar de Chalco

17.7 DIAGRAMA DE FLUJO



17.8 ANEXOS

UNIDAD DE SERVICIOS JURÍDICOS.

HOJA DE ENTREVISTA.

FECHA	
NOMBRE COMPLETO	
EDAD	
ESTADO CIVIL	
ESCOLARIDAD	
OCUPACIÓN	
SALARIO SEMANAL	
DOMICILIO ACTUAL	
COLONIA	
TELEFONO	

DATOS DE LA PERSONA CON LA CUAL TIENE EL PROBLEMA Y/O CONFLICTO.

NOMBRE COMPLETO	
EDAD	
ESCOLARIDAD	
OCUPACIÓN	
DOMICILIO	

NARRACIÓN BREVE DE LA PROBLEMÁTICA.



SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CHALCO, ESTADO DE MÉXICO.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

Con fundamento en los artículos 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículos 1, 2, 3 fracción IV, 6, 9, 10, 11, 21, 22, 23, 29, 32 y 33 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios; el Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco, Estado de México, en su calidad de Sujeto Obligado hace público el aviso de privacidad simplificado, informando que es responsable del tratamiento de los datos personales que sean recabados en ejercicio de sus funciones, mismos datos que serán protegidos de acuerdo a lo dispuesto por el ordenamiento legal citado, así como los demás relativos y aplicables.

La finalidad del tratamiento de los datos personales, será para el registro de control interno del servicio que prestan las áreas, así como el manejo estadístico y de indicadores que realiza este descentralizado; haciendo del conocimiento también que algunas áreas pertenecientes a DIF Chalco, podrán en su caso transferir datos del titular con la finalidad de cumplir el objetivo para el cual fueron creadas (apoyos, programas, talleres y servicios) siempre en beneficio del usuario.

El Sujeto Obligado, podrá realizar transferencia de datos personales al Órgano Supremo de Fiscalización del Estado de México (OSFEM), al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, Dependencias y Entidades del Gobierno del Estado de México; de igual manera, cuando la transferencia sea legalmente exigida para la investigación y persecución de los delitos, así como la procuración o administración de justicia, cuando la transferencia sea necesaria por virtud de un contrato celebrado o por celebrar en interés del titular, por el transferente y un tercero, cuando la transferencia sea necesaria por razones de seguridad pública, comunicándole que **para estos efectos no será necesario obtener el consentimiento del titular de los datos personales, para su tratamiento y transferencia**, de acuerdo a lo establecido en los artículos 21 fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X y 66 fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios

Usted cuenta con la posibilidad de ejercitar los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición sobre los datos proporcionados a través de este registro, a través del Sistema SARCOEM disponible en la página **www.sarcoem.org.mx**, o en su caso, en el Módulo de Transparencia del INFOEM.

Se le invita a conocer de manera completa las condiciones bajo las cuales se lleva a cabo el tratamiento de sus datos personales en este sistema a través del **Aviso de Privacidad Integral**, el cual se encuentra en la página web **difchalco.gob.mx**

He leído, entendido y acepto el tratamiento de mis datos personales en los términos descritos en el aviso de privacidad simplificado que ha sido puesto a mi disposición.

<hr/> NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES	<hr/> ACEPTO Y FIRMO
--	-----------------------------

UNIDAD DE SERVICIOS JURIDICOS

CITATORIO

CHALCO, MÉXICO A _____ DE _____ DEL _____

C. _____

Por este conducto se solicita su presencia en las oficinas de la UNIDAD DE SERVICIOS JURÍDICOS DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA, Ubicadas en Avenida Solidaridad, Mza. 03, Lt.1, Zona 5, Colonia Culturas de México, Chalco, Estado de México. Para el día _____ a las _____ con el apercibimiento de no acudir se dará vista al C. Agente del Ministerio Público y/o al Juez competente para su intervención de conformidad con la Ley aplicable a la materia. Lo anterior en términos del artículo 3 Fracción VI de la Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social de Carácter Municipal denominados "SISTEMAS MUNICIPALES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA"

**TITULAR DE LA UNIDAD DE SERVICIOS JURÍDICOS DEL SISTEMA
MUNICIPAL
DIF CHALCO, ESTADO DE MÉXICO.**

18. SMDIF-USJ-PRO018 JUICIOS EN MATERIA FAMILIAR.

18.1 OBJETIVO

Representar a los usuarios ante el Juzgado Familiar de Chalco, para dar solución y certeza jurídica de fondo a las controversias sobre el estado civil de las personas y del derecho familiar que presentan.

18.2 ALCANCE

Además de la respectiva asesoría jurídica que se brinda por parte de los asesores jurídicos pertenecientes a la Unidad de Servicios Jurídicos del SMDIF Chalco, Estado de México, se ofrece el servicio de otorgar un abogado para hacer valer sus derechos ante el Juez Familiar de Chalco, Estado de México.

Se resuelve el problema que presenta el usuario por medio de un mandamiento judicial el cual consta en una sentencia definitiva.

18.3 REFERENCIAS

- ✓ Ley de Asistencia Social del Estado de México.
- ✓ Código Civil del Estado de México.
- ✓ Código de Procedimientos Civiles del Estado de México

18.4 RESPONSABILIDAD

Trabajo Social de SMDIF Chalco, Estado de México.

Unidad de Servicios Jurídicos.

Juzgado Familiar de Chalco, Estado de México.

18.5 TERMINOLOGÍA

SMDIF Chalco: Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco.

Poder Judicial del Estado de México: Autoridad Judicial encargada de resolver controversias en diversas ramas del derecho, entre ellas la materia familiar.

Juzgado Familiar de Chalco, Estado de México: Autoridad del territorio jurisdiccional que nos ocupa.

Juicio: El acto procesal público en el que los defensores de las partes, o éstas mismas en ciertos casos, exponen ante los tribunales previamente establecidos distintos argumentos en defensa de sus respectivas posiciones, para obtener la resolución de un juez.

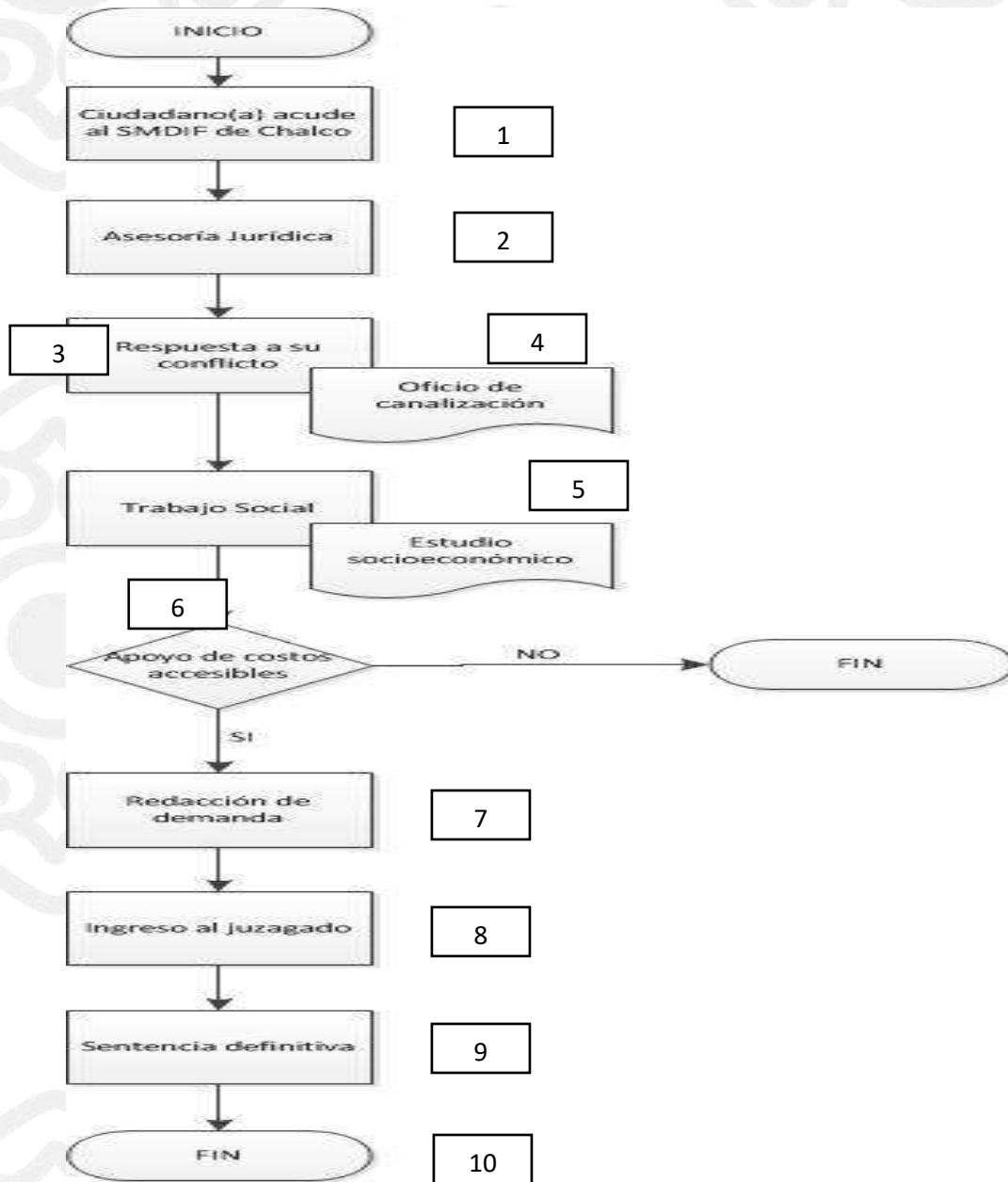
Asesoría Jurídica: Es aquella que se encarga de ofrecer la información a quien lo necesite para solventar temas relacionados con la aplicación de normativas, leyes y reglamentos en materia de Derecho.

Certeza Jurídica: Es el conocimiento claro y seguro del derecho que nos asiste.

18.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Paso	Responsable	Actividad
1	Usuario	Acude el ciudadano y/o ciudadana a las instalaciones del Sistema Municipal DIF de Chalco.
2	Asesor Jurídico	Se asesora al usuario haciendo de su conocimiento el contexto jurídico y la terminología correcta acerca del proceso que decida llevar a cabo
3	Asesor Jurídico	Detectada la solución de su conflicto se le ofrece la posibilidad de tramita un juicio para dar solución legal, instruyéndole sobre los requisitos internos en el SMDIF Chalco para poder ser acreedor al apoyo en su proceso
4	Asesor Jurídico	Se procede a canalizar mediante oficio al usuario al área de trabajo social a fin de ser objeto de un estudio socioeconómico para verificar sus posibilidades económicas
5	Trabajador Social	Una vez realizado el estudio socioeconómico, si en él se determina que procede el apoyo, se cita al usuario para el pago del costo de recuperación.
6	Usuario	Apoyo económico
7	Asesor Jurídico	Redacción de la demanda
8	Asesor Jurídico	Ingresa al Juzgado Familiar de Chalco para iniciar con el proceso
9	Asesor Jurídico	Se realiza el debido seguimiento procesal del expediente asignado ante el Juzgado Familiar de Chalco
10	Asesor Jurídico	El proceso finaliza con la sentencia definitiva.

18.7 DIAGRAMA



18.8 ANEXOS

OFICIO PARA EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

DEPENDENCIA: D.I.F. CHALCO.

AREA: UNIDAD DE SERVICIOS JURIDICOS

OFICIO NÚMERO: GCH/DIF/USJ/■/2025

ASUNTO: EL QUE SE INDICA.

Chalco, Estado de México a ■ del año 2025

LIC. EN T.S. ■.

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF CHALCO, ESTADO DE MÉXICO.

PRESENTE.

Por medio del presente escrito, solicito su apoyo y colaboración para realizar Estudio Socioeconómico con visita domiciliaria a la C. ■, en el domicilio ubicado en ■

■, **Municipio de Chalco, Estado de México;** con número telefónico ■, con la finalidad de integrar el expediente correspondiente, ya que dicha persona está interesada en que el área a mi cargo, proceda a llevar el **JUICIO SOBRE** ■.

Agradezco de antemano la atención que se sirva dar a la presente, quedando de Usted como su atento y seguro servidor.

ATENTAMENTE

LIC. ■.

TITULAR DE LA UNIDAD DE SERVICIOS JURÍDICOS

DEL SISTEMA MUNICIPAL D.I.F. CHALCO,

ESTADO DE MEXICO.

SE REALIZA DEMANDA

VS.

JUICIO: CONTROVERSIA SOBRE EL ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS Y DEL DERECHO FAMILIAR SOBRE, PENSION ALIMENTICIA, GUARDA Y CUSTODIA.
ESCRITO INICIAL DE DEMANDA.

C. JUEZ FAMILIAR DE CHALCO, CON RESIDENCIA EN CHALCO, ESTADO DE MÉXICO.

[REDACTED], en representación de mi menor hija de nombre [REDACTED], de un año y diez meses de edad, señalando como domicilio para oír y recibir notificaciones, aun las de carácter personal, las listas y el boletín judicial, autorizando para tales efectos, así como para recoger documentos y nombrando como mi abogado patrono al Licenciado en Derecho [REDACTED], con número de cédula profesional [REDACTED], registrada ante el Tribunal Superior de Justicia del Estado de México con número de NIP [REDACTED], así también autorizo para los mismos efectos a los C.C. [REDACTED],

indistintamente, sirviendo de apoyo lo estipulado por el artículo 41 fracción X y XI de la Ley de asistencia Social del Estado de México, ante Usted, con el debido respeto, comparezco y expongo:

Que por medio de este escrito, en la vía de Controversias sobre el Estado Civil de las Personas y del Derecho Familiar, venimos a demandar del C. [REDACTED], quien puede ser emplazado en su domicilio ubicado en [REDACTED],

[REDACTED], ESTADO DE MÉXICO, anexando copia simple de la credencial de elector del demandado donde consta el domicilio que menciono, solicitando desde este momento, se gire atento exhorto con los insertos de ley al Juez Familiar competente en Amecameca, Estado de México, para estar en posibilidad de emplazar al demandado, y reclamarle las siguientes:

P R E S T A C I O N E S

- a) El pago de una Pensión Alimenticia, tanto provisional, como en su momento definitiva, por la cantidad equivalente al 40% de las percepciones ordinarias y extraordinarias del hoy demandado a favor de nuestra menor hija de nombre [REDACTED], de un año y diez meses de edad.
- b) La Guarda y Custodia provisional como en su momento definitiva de nuestra menor hija de nombre [REDACTED], de un año y diez meses de edad, quienes actualmente viven con la suscrita en el domicilio ubicado en [REDACTED], Municipio de Chalco, Estado de México.
- c) El pago de los gastos y costas que con motivo de este juicio se lleguen a originar.

Sirviendo de apoyo los siguientes criterios jurisprudenciales:

Época: Décima Época

Registro: 2012360

Instancia: Primera Sala

Tipo de Tesis: Jurisprudencia

Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación

Libro 33, Agosto de 2016, Tomo II

Materia(s): Civil

Tesis: 1a./J. 35/2016 (10a.)

Página: 601

ALIMENTOS. EL CONTENIDO MATERIAL DE LA OBLIGACIÓN DE OTORGARLOS VA MÁS ALLÁ DEL MERO ÁMBITO ALIMENTICIO EN ESTRICTO SENTIDO.

En lo referente al contenido material de la obligación de alimentos, esta Primera Sala considera que la misma va más allá del ámbito meramente alimenticio, pues también comprende educación, vestido, habitación, atención médica y demás necesidades básicas que una persona necesita para su subsistencia y manutención. Lo anterior, pues si tenemos en cuenta que el objeto de la obligación de alimentos consiste en la efectivización del derecho fundamental a acceder a un nivel de vida adecuado, es indispensable que se encuentren cubiertas todas las necesidades básicas de los sujetos imposibilitados y no solamente aquellas relativas en estricto sentido al ámbito alimenticio.

Tesis de jurisprudencia 35/2016 (10a.). Aprobada por la Primera Sala de este Alto Tribunal, en sesión de fecha seis de julio de dos mil dieciséis.

Esta tesis se publicó el viernes 26 de agosto de 2016 a las 10:34 horas en el Semanario Judicial de la Federación y, por ende, se considera de aplicación obligatoria a partir del lunes 29 de agosto de 2016, para los efectos previstos en el punto séptimo del Acuerdo General Plenario 19/2013.

Se funda la acción, en los siguientes puntos de hecho y consideraciones de derecho:

HECHOS

- 1- Que aproximadamente hace siete años conocí al hoy demandado, así las cosas, es que comenzamos una relación de noviazgo de la cual resulté embarazada, por lo que, decidimos hacer vida en común, en el domicilio de mi señora madre, así las cosas, es que el día veintidós de diciembre del año dos mil catorce, di a luz a nuestra menor hija de nombre [REDACTED], de un año y diez meses de edad, a quien en la Oficialía del registro Civil que se encuentra dentro de las Instalaciones del

Procedimiento de Juicios en Materia Familiar

Versión Vigente 0

GCH/DIF/USJ/000/JMF/03

Fecha: 28/Marzo/201

Unidad de Servicios Jurídicos

Hospital Materno Infantil, tal y como consta con el acta de nacimiento que se adjunta a la presente como ANEXO 01.

- 2- Así las cosas, es que antes y después de nacido mi menor hijo la parte demandada nunca se hizo cargo de su obligación, ya que durante el embarazo fue mi familia quien me apoyo y una vez nacido nuestro menor hijo, siempre he tenido que presionar y rogar al demandado para que cumpla con su
- 3- obligación alimentaria, haciendo del conocimiento a su señoría que la de la voz y el hoy demandado llevamos separados hace aproximadamente tres meses, tiempo durante el cual no se ha hecho

Responsable de la pensión alimenticia de nuestra menor hija de nombre [REDACTED], de un año y diez meses de edad.

Manifiesto a su señoría que el hoy demandado es servidor público, ya que trabaja como POLICIA ESTATAL, pero jamás quiso darle a la suscrita la dirección, ni comentarle a cuanto ascendían sus ingresos, ya que siempre fue muy reservado y me decía que si yo sabía cuánto ganaba, iba a querer quitarle todo, contestándole siempre que lo único que la suscrita buscaba es el bienestar de nuestra menor hija y que cumpliera como se debe su obligación alimentaria, en tal virtud es que la de la voz, solo cuenta con una copia simple del comprobante de percepciones y deducciones del demandado, misma que se anexa a la presente como ANEXO 02

De igual manera me permito hacer del conocimiento de su señoría, que nuestra menor hija de nombre [REDACTED], de un año y diez meses de edad, nació con una discapacidad denominada "HIPOTIROIDISMO CONGENITO", la cual actualmente se está tratando y es la que suscribe quien se hace cargo de todos y cada uno de los gastos sobre el tratamiento y por supuesto alimentarios de nuestra menor hija, lo cual consta, con la solicitud de consulta, hoja de referencia y hoja de contrarreferencia que anexo a la presente como ANEXO 03.

04 Y 05.

- 4- Es por tal motivo que me veo en la necesidad de demandar por este medio la pensión alimenticia a que tiene derecho mi menor hijo.

MEDIDAS PROVISIONALES

- 1.- Se aperciba a la demandada de causarle daño físico y psicológico a los suscritos con el apercibimiento de ley para el caso de hacerlo.
- 2.- Se sirva **girar atento Oficio** con los Insertos de Ley al Oficial 01, del Registro Civil de Chalco, Estado de México, a efecto de que realice la anotación del hoy demandado en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos, de acuerdo al artículo 5.43, párrafo cuarto del Código de procedimientos Civiles para el Estado de México.
- 3.- **Se fije provisionalmente la cantidad equivalente al 40% del total de las percepciones**

ordinarias y extraordinarias, que percibe el hoy demandado, ya que mi menor nació con discapacidad, motivo por el Cual, en este acto, solicito se gire atento **oficio de descuento** con los insertos a la **POLICIA DEL TRANSPORTE DEL ESTADO DE MÉXICO, CON DOMICILIO**

, ESTADO DE MÉXICO

Sirviendo como sustento el siguiente criterio de jurisprudencia:

Época: Décima Época

Registro: 160094

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito

Tipo de Tesis: Aislada

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

Libro IX, junio de 2012, Tomo 2

Materia(s): Civil

Tesis: III.1o.C.184 C (9a.)

Página: 796

ALIMENTOS PROVISIONALES. AL TRATARSE DE UNA MEDIDA PRECAUTORIA, LA URGENCIA Y NECESIDAD DE AQUÉLLOS NO REQUIEREN PRUEBA PLENA (LEGISLACIÓN DEL ESTADO DE JALISCO).

El artículo 694 del Código de Procedimientos Civiles del Estado de Jalisco regula, entre otras cuestiones, la fijación de los alimentos que han de otorgarse en forma provisional,

para lo cual estatuye que en caso de que hubiese necesidad de fijar y asegurar una pensión por concepto de alimentos provisionales, el Juez, sin correr traslado a la contraparte, verificará que el demandante acredite, la urgencia y necesidad de dicha medida y que

justifique, cuando menos, la posibilidad del que debe darlos. Luego, es evidente que esas diligencias provisionales tienen como finalidad resolver momentáneamente respecto de una necesidad urgente, como es la de obtener recursos para sufragar la necesidad alimentaria; por lo que el tipo de pruebas que se exigen para que el Juez pueda decretar esa medida girará en torno a dos aspectos: a) su necesidad y urgencia; y, b) la posibilidad de satisfacerla por parte del deudor alimentario. Así, la prueba relativa a la posibilidad económica del deudor alimentario debe dar idea al juzgador sobre el alcance económico de quien ha de pagar esa prestación, y la relativa a la necesidad y urgencia de la medida también debe ser suficiente para demostrar el estado de necesidad de los alimentos y de la urgencia de recibirlos, puesto que se trata de una medida provisional, y todavía está por tramitarse el juicio en donde habrán de probarse plenamente esos dos aspectos para fijar una pensión alimenticia definitiva; de ahí que es ilegal exigir una prueba plena, de carácter indubitable, porque entonces dejaría de tener justificación el juicio que se llevará para debatir sobre el derecho, necesidad de percibirlos y capacidad para pagar los alimentos en definitiva. Por tanto, es en el juicio en donde deben quedar plenamente probadas esa necesidad y esa urgencia, y en la medida precautoria deberá desahogarse prueba que racionalmente convenza al juzgador de la necesidad de percibir alimentos, de su urgencia y de la capacidad económica del deudor alimentario.

PRIMER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL TERCER CIRCUITO.

Amparo en revisión 200/2011. 30 de junio de 2011. Unanimidad de votos. Ponente: Carlos Arturo González Zárate. Secretaria: Bertha Edith Quiles Arias.

3.- fijar la guarda y custodia provisional de nuestra menor hija de nombre [REDACTED], de un año y diez meses de edad, a favor de la suscrita, ya que es ella quien se ha hecho cargo de todos y cada uno de los cuidados referentes a sus.

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 5.40 y demás relativos aplicables del Código Adjetivo de la materia en vigor me permito ofrecer como medios de prueba los siguientes:

P R U E B A S

PRIMERA.- LA CONFESIONAL y DECLARACION DE PARTE, a cargo de la demandada [REDACTED]. La primera de ellas al tenor de las posiciones que contiene el pliego que en sobre cerrado se exhibirá a este juzgado en su oportunidad. Para la segunda de las pruebas

mencionadas al tenor de las preguntas formuladas de forma oral y directa, por lo que para el desahogo de estas pruebas, pido a su Señoría se sirva mandar citar personalmente al demandado en su domicilio, a efecto de que de manera personalísima, y no por conducto de apoderado, comparezca a este H. Juzgado a absolver las posiciones que se le articulen y sean previamente calificadas de legales así como de las preguntas formuladas de forma oral, debiendo quedar apercibido de ser declarado confeso de las posiciones que se le articulen, para el caso de que no comparezca sin causa justificada, el día y hora que para el efecto su Señoría se sirva fijar. Esta prueba se relaciona con todos los hechos de la demanda.

SEGUNDA.- LA DOCUMENTAL PÚBLICA, consistentes en el acta de nacimiento de nuestra menor hija de nombre [REDACTED], de un año y diez meses de edad, con la cual acredito el hecho marcado como número 01 de mi escrito de demanda.

TERCERA.- LA DOCUMENTAL PÚBLICA, consistentes en copia simple del Comprobante de percepciones y deducciones de la fuente laboral del demandado, con la cual acredito el hecho marcado como número 02 de mi escrito de demanda.

CUARTA.- LA DOCUMENTALES PÚBLICAS, consistente en hoja de referencia y hoja de contrareferencia expedida por el Hospital General de Chalco ISEM, con número de folio 358764, con la cual acredito el hecho 04 de mi demanda.

QUINTA.- LA DOPCUMENTAL PÚBLICA, consistente en Solicitud de Consulta, ante el hospital infantil de México "[REDACTED]", con la cual acredito el hecho número 04 de mi demanda.

SEXTA.- LA PRESUNCIONAL, en su doble aspecto, en todo lo que beneficie a los intereses de la suscrita y de mi menor hija. Esta prueba se relaciona con los hechos primero, segundo y tercero de la demanda.

D E R E C H O

Fundan la presente demanda lo dispuesto en los artículos 4.126, 4.131, 4.135, 4.136, 4.141, 4.142, 4.146 y demás relativos aplicables del Código Civil vigente en el Estado de México.

Norman el procedimiento los artículos 5.1, 5.40, 5.41, 5.43, 5.44 5.50 y demás relativos aplicables del Código de Procedimientos Civiles en vigor para la entidad.

Por lo expuesto,

A USTED C. JUEZ, atentamente pido se sirva:

PRIMERO: Tenernos por presentados por nuestro propio derecho, demandando en la vía de Controversias del Estado Civil de las Personas y del Derecho Familiar la pensión alimenticia solicitada.

SEGUNDO: Fijar provisionalmente el monto de la pensión alimenticia a la hoy demandada a mi menor hija.

TERCERO: Tener por ofrecidas las pruebas que se mencionan en el cuerpo del presente ocurso.

CUARTO: En su oportunidad abrir el presente juicio a prueba, y previos los tramites de ley correspondientes, dictar la sentencia que en derecho proceda.

PROTESTO LO NECESARIO

Chalco, Estado de México, a [REDACTED].

[REDACTED]
ABOGADO PATRONO.

LIC. [REDACTED].

CED. PROF. [REDACTED].

NIP. [REDACTED].

19. SMDIF-SUBADMON-PRO019 RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL

19.1 OBJETIVO

Contratar personal calificado al perfil del puesto, para cubrir las plazas disponibles requeridas por las unidades administrativas del Sistema Municipal DIF Chalco.

19.2 ALCANCE

Aplica a Presidencia, Dirección, Contraloría, Subdirecciones, Unidades del Sistema Municipal DIF Chalco que requieran cubrir las vacantes de personal disponible en su área, necesarios para lograr los objetivos del Sistema Municipal DIF Chalco.

19.3 REFERENCIAS

- ✓ **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.**

Título Sexto Artículo 123.

- ✓ **Ley Federal del Trabajo.**

Título I Artículo 3 el párrafo 3, Artículo 154 y 155

- ✓ **Ley Orgánica Municipal del Estado de México**

Capítulo Tercero Artículo 31 Fracción XXXI

- ✓ **Ley del Trabajo de los Servidores Públicos del Estado y Municipios.**

Capítulo I Artículo 45, 46, 47, 48 y 49

- ✓ **Reglamento Interno de Trabajo del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco, Estado de México, 2016-2018.**

Artículo 18

19.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

Las Subdirecciones y Unidades deberán de cumplir con su requerimiento de personal, para dar seguimiento a la contratación.

La Subdirección de Administración deberá de contratar al personal que cubra el perfil del puesto solicitado en tiempo y forma.

La Subdirección de Administración deberá de verificar que el personal de nuevo ingreso cuente con la documentación completa que se le solicita.

19.5 TERMINOLOGÍA

Reclutamiento: Proceso de identificar y atraer a solicitantes capacitados e idóneos para cubrir las vacantes de los puestos disponibles para las áreas administrativas que así lo requieren.

Contratación: Formaliza una relación de trabajo mediante, el mecanismo implementado para ello y determina el cargo y/o puesto a desempeñar por el empleado ante el empleador, derivando una remuneración económica por el trabajo realizado durante un cierto periodo de tiempo.

ISSEMyM: Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.

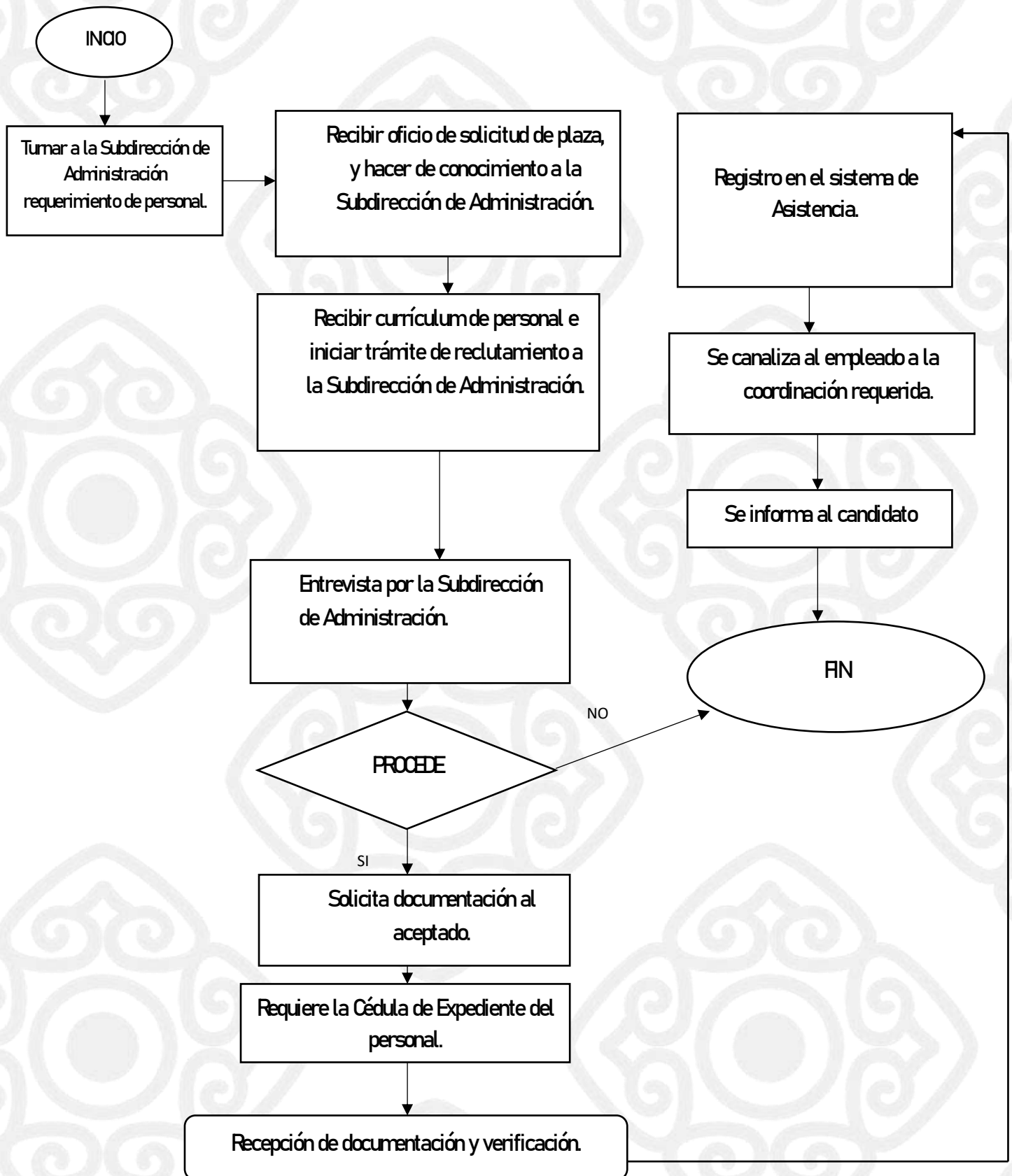
Sistema de Nómina: Es el software especializado, utilizado por la Subdirección de Administración que le permite procesar la información referente a los montos a pagar y las deducciones que se aplicaran a los servidores públicos del SMDIF Chalco.

Incidencia: Hecho u acontecimiento que afecta de manera directa el pago de la nómina de manera positiva o negativa como son faltas, gratificaciones, viáticos, comisiones, incentivos, bonos, etc.

19.6 DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

No.	SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN	DESCRIPCIÓN
1	Subdirección de Administración.	Turnar a la Subdirección de Administración, oficio del requerimiento del personal de acuerdo a las necesidades específicas del cargo.
2	Subdirección de Administración.	Recibir oficio de solicitud de plaza, y hacer de conocimiento a la Subdirección de Administración.
3	Subdirección de Administración.	Recibir Curriculum de personal e iniciar trámite de reclutamiento de los candidatos en cartera y de los participantes registrados por convocatoria (Ver carpetas Curriculum Subdirección de Administración)
4	Subdirección de Administración.	Iniciar proceso de selección de personal basado en el requerimiento específico del área solicitante y de acuerdo a las políticas del Sistema Municipal DIF Chalco.
5	Subdirección de Administración.	Se canaliza para realizar la entrevista de las y los candidatos a ocupar el puesto a las unidades administrativas correspondientes.
6	Subdirección de Administración.	De resultar alguno de las y los y candidatos el idóneo para ocupar el cargo, la plaza quedo cubierta y continua el proceso. En caso contrario se informa al candidato y sigue la vacante.
7	Subdirección de Administración.	Solicita al candidato seleccionado los siguientes requisitos: a) Acta de Nacimiento b) CURP c) Identificación Oficial (INE) d) Certificado Médico (Institución Oficial DIF) e) Cartilla de Servicio Militar Nacional liberada (Hombres) f) Curriculum Vitae g) Comprobante de estudios h) Comprobante de domicilio i) Antecedentes no penales j) Constancia situación fiscal k) No deudor alimentario moroso
8	Subdirección de Administración.	Requisita la Cedula de Expediente personal. (Ver formato de Cedula de Expediente personal).
9	Subdirección de Administración.	Recibe documentos y verifica si se cumple con los requisitos Cumplimiento de los requisitos solicitados para la integración de su expediente con base en la política de Seguro Popular para el personal del área médica y las normas establecidas por la Contraloría Interna para el personal Administrativo.
10	Subdirección de Administración.	Ingresa al personal al área correspondiente.
11	Recursos Humanos.	Se asigna número de nómina y se procede al registro en el sistema de asistencia y se envía a la Unidad de Comunicación Social para toma de fotografía para credencial.
12	Subdirección de Administración.	Se entrega al Servidor Público su carta de bienvenida, y a su vez se canaliza al empleado/a la Unidad o Coordinación donde se desempeñará y el jefe/a o coordinador/a le explicará sus funciones, dando por concluido así el proceso de reclutamiento y selección.

19.7 DIAGRAMA DE FLUJO



20. SMDIF-SUBADMON-PRO020 REGISTRO Y APLICACIÓN DE MOVIMIENTOS DE NÓMINA

20.1 OBJETIVO

Asegurar el registro de los movimientos de nómina, así como su aplicación para cumplir de forma oportuna con el pago de nómina quincenal al personal del SMDIF Chalco

20.2 ALCANCE

Remuneraciones en tiempo y forma a las Servidoras y los Servidores Públicos del Sistema Municipal DIF Chalco.

20.3 REFERENCIAS

- ✓ **Ley Federal del Trabajo.**
Artículo 87, Título tercero Capítulo VII, Artículo 98, 99, 100, 101 y 110
- ✓ **Ley Orgánica Municipal**
Capítulo Tercero Artículo 31 Fracción XXXII
- ✓ **Ley del Trabajo de los Servidores Públicos del Estado y Municipios.**
Capítulo V, Artículo 71, 72, 73 y 74
- ✓ **Ley del Impuesto Sobre la Renta.**
Título I Artículo 1 Fracción 1
- ✓ **Reglamento Interno de Trabajo del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco, Estado de México, 2016-2018.**
Artículo 2, 3, 40, 52, 53, 54, y 57
- ✓ **Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios.**
Título I Artículo 3 y Artículo 5 Fracción 3
- ✓ **Convenio de Prestaciones de Ley y Colaterales Vigente del Sindicato Único de Trabajadores de los Poderes, Municipios e Instituciones Descentralizadas del Estado de México S.U.T.E.Y.M.**

Artículo 1.1, 1.2, 1.3 y 2.1

20.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

Las Subdirecciones y Unidades del SMDIF deberán de cumplir con la completa entrega de reporte de movimientos e incidencias para la aplicación de nómina.

La Subdirección de Administración (Recursos Humanos) deberá de concentrar toda la información de movimientos para aplicación en la nómina quincenal, así como contar con los recibos de nómina para su entrega a las y los servidores públicos.

La Subdirección de Administración deberá de verificar que el personal de nuevo ingreso cuente con la documentación completa que se le solicita.

20.5 TERMINOLOGÍA

Nómina: Relación de pago donde el SMDIF Chalco reúne los registros o incidencias del personal.

Sistema de Nómina: Sistema que es utilizado por la Subdirección de Administración para procesar la nómina de las y los servidores públicos del SMDIF Chalco.

Servidores Públicos: Personas que prestan servicio al Estado y/o comunidad.

Recibo de Nómina: Documento que indica la cantidad pagada a las y los servidores públicos por sus servicios que prestan al SMDIF durante la quincena, mencionando percepciones, retenciones y deducciones.

Quinquenios: Incentivo económico que se otorga por cada cinco años a las y los servidores públicos que pertenece al Sindicato, en reconocimiento a los años de servicio prestados en el SMDIF Chalco.

Gratificaciones Extraordinarias: Remuneración que se concede a las y los servidores públicos por desempeñar un servicio o cargo extra a sus actividades normales.

Impuesto Sobre la Renta: Impuesto directo sobre el ingreso de las y los trabajadores normados por el código fiscal.

Subsidio al empleo: Es un subsidio económico que por ley se paga a las y los trabajadores que perciben el salario mínimo.

Cuota sindical: Cantidad que debe cubrir al Sindicato para los gastos de administración y operación del mismo el cual se descontara vía nómina a las y los servidores públicos.

Apoyo de Transporte: Apoyo económico por transporte que se otorgan para cubrir los gastos en que la y el servidor público de cumplimiento de sus funciones fuera del SMDIF.

Comisiones: Documento donde se especifica que una o un servidor público ejecute algún cargo, o participe en determinada actividad.

Días Económicos: Documento con el que el subdirector, jefe o Responsable de cada área, en coordinación con la Subdirección de Administración del SMDIF Chalco autorizan a las y los servidores públicos ausentarse justificadamente de su jornada laboral.

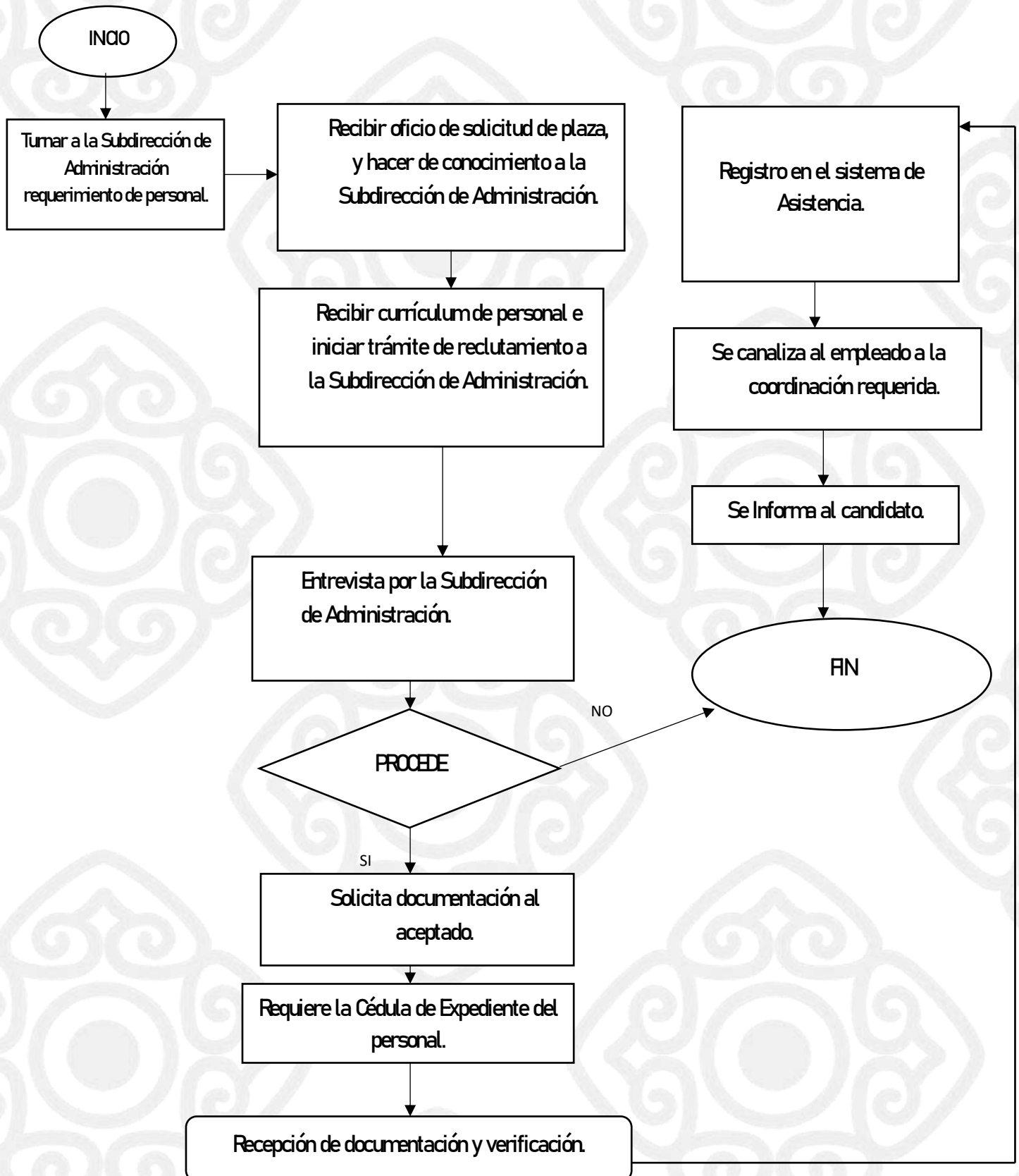
Licencia: Autorización que se concede a las y los servidores públicos para no asistir a su puesto de trabajo por un determinado periodo.

20.6 DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCION
1	Subdirección de Administración	Gira circular a las áreas con la calendarización para la entrega del reporte de incidencias para el pago nominal
2	Subdirección de Administración	Recibir y concentrar cada quincena la relación por conceptos a incluir en nóminas como: Incidencias, incapacidades, quinquenios, pensiones alimenticias, préstamos sindicales y prestaciones del SUTEYM, revisar que estén debidamente requisitadas, autorizadas para su aplicación en el sistema de nómina y turnar al auxiliar contable.
3	Subdirección de Administración	El auxiliar contable captura los movimientos en el sistema de nómina.
4	Subdirección de Administración	Consultar en el sistema de Nómina Integral (NOI) los movimientos y se verifica la dispersión.

		De resultar Movimientos incorrectos, se determina diferencias y se continúa con el proceso.
5	Subdirección de Administración	Turnar a la Tesorería solicitud para del pago de nómina de remuneraciones y retenciones a las y los Servidores Públicos
6	Subdirección de Administración	<p>El auxiliar contable imprime los recibos de nómina en el formato de recibo de nómina en original y copia para su entrega a las y los servidores públicos, los clasifica por número de nómina para su entrega, recaba firma en recibo de nómina original y proporcionar copia a las y los servidores públicos, se cuenta con 2 días hábiles para realizar el trámite.</p> <p>Integra los recibos de nómina originales al informe mensual como soporte a los movimientos de la nómina, en cumplimiento a las disposiciones de carácter fiscal y normativo; e integra informe mensual, respecto al pago de nómina.</p> <p>Imprime los movimientos de personal ante el ISSEMYM y se da por concluido el procedimiento de nómina.</p>

20.7 DIAGRAMA DE FLUJO



21. SMDIF-SUBADMON-ADQUISICIONES-PRO021 RECEPCIÓN, ADQUISICIÓN, SUMINISTRO DE MATERIAL E INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTE.

21.1 OBJETIVO

Recibir las requisiciones por parte de las áreas solicitantes del SMDIF Chalco, hacer el procedimiento para la adquisición de los bienes o servicios, así mismo suministrar a las áreas solicitantes de los bienes o servicios solicitados y armar el expediente para entrega a Tesorería.

21.2 ALCANCES

Aplica a adquisiciones y a todas las unidades administrativas que conforman el Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco.

21.3 RESPONSABILIDADES

Es responsabilidad del área de adquisiciones actuar en apego al marco normativo para llevar a cabo los procedimientos adquisitivos, así como la entrega o suministro de bienes y/o servicios a las diferentes áreas del SMDIF Chalco.

21.4 REFERENCIA

- ✓ Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos (D.O.F. 5 de febrero de 1917. Última reforma 10 de junio de 2011).
- ✓ Ley de responsabilidades administrativas del Estado de México y Municipios.
- ✓ Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social de carácter Municipal denominados "Sistema Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia".
- ✓ Ley de contratación Pública del Estado de México y Municipios.
- ✓ Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
- ✓ Reglamento de contratación Pública del Estado de México y Municipios.
- ✓ Bando Municipal de Chalco

- ✓ Manual de Organización del Sistema Municipal para el desarrollo integral de la Familia de Chalco, Estado de México, 2025-2027.
- ✓ Reglamento Interno del Sistema Municipal para el desarrollo integral de la familia de Chalco, Estado de México, 2025-2027.

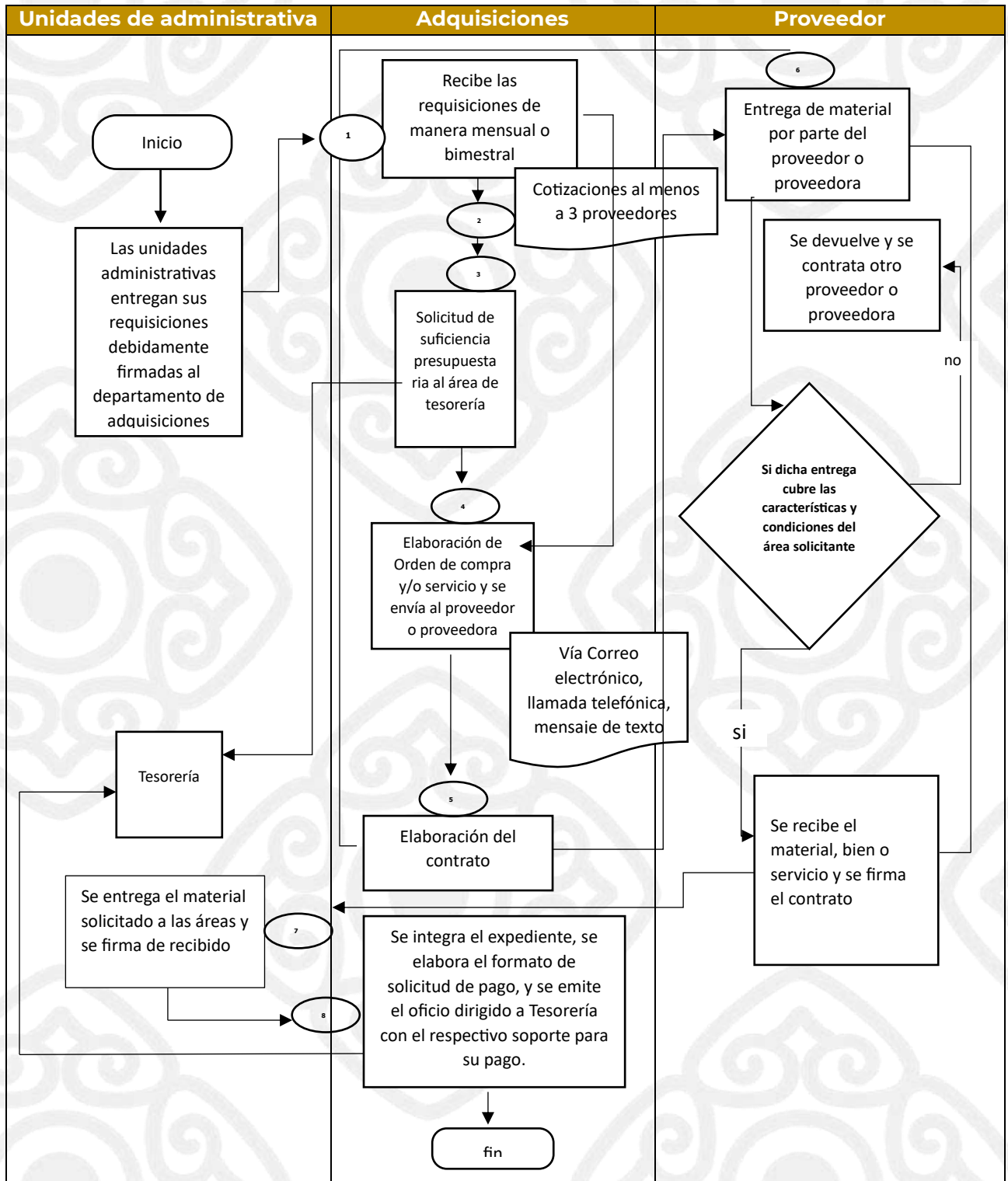
21.5 TERMINOLOGÍA

- ✓ **Requisición:** Formato de solicitud de bienes o servicios.
- ✓ **Solicitud de suficiencia presupuestal:** Formato que se dirige a Tesorería donde se solicita la Suficiencia Presupuestal 2025 a 2027.
- ✓ **Orden de Compra y/o Servicio:** Formato que se anexa al expediente donde se le solicita al proveedor el bien o servicio que se requiere por las diferentes áreas.
- ✓ **Vale de recibido:** Formato que se anexa al expediente donde firma de recibido el área por la entrega del bien o/servicio solicitado.
- ✓ **Solicitud de pago:** Formato que se anexa al expediente donde se solicita al área de Tesorería el pago para el proveedor que suministra los bienes o servicios.
- ✓ **Contrato:** Acuerdo escrito, en el que dos o más partes se comprometen a cumplir una serie de condiciones derivadas de la contratación de un bien o servicio.
- ✓ **Contrato Adquisición de material o bien:** Acuerdo escrito, en el que dos o más partes se comprometen a cumplir una serie de condiciones donde se estipula la compra de un producto o un bien bajo ciertas características.
- ✓ **Contrato Prestación de servicio:** Acuerdo escrito en donde dos o más partes se comprometen a cumplir una serie de condiciones, mediante el cual una persona, normalmente un especialista, en algún área, se obliga con respecto a otra a realizar una serie de servicios a cambio de un precio.
- ✓ **Proveedor:** Persona física o moral a quien se le encomienda mediante un pedido o contrato el abastecimiento de un bien o servicio a cambio de un precio.
- ✓ **Prestador de servicios:** Especialista, en algún área, se obliga con respecto a otra a realizar una serie de servicios a cambio de un precio.

21.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Paso	Responsable	Actividad
1	Unidades administrativas	Se recibe las requisiciones de manera mensual o bimestral
2	Adquisiciones	Se solicita cotización a cuando menos 3 proveedores por cada requisición.
3	Adquisiciones	Se solicita a Tesorería la suficiencia presupuestal, (firma la Subdirectora de Administración).
4	Adquisiciones	Elaboración de Orden de compra y/o servicio donde (firma la Subdirectora de Administración).
5	Adquisiciones	Elaboración del contrato o convenio (firmado por presidenta, Subdirectora de Administración y Proveedor o proveedora de bienes o servicios).
6	Adquisiciones	Se recibe el material o bienes por parte del proveedor o proveedora
7	Adquisiciones	Se entrega el material a las unidades administrativas solicitantes y firman el vale de recibido.
8	Adquisiciones	Se integra el expediente, se elabora el formato de solicitud de pago y se realiza el oficio dirigido a tesorería con su respectivo soporte para el pago correspondiente.

21.7 DIAGRAMA DE FLUJO



22. SMDIF-SUBADMON-SG-PRO022 LIMPIEZA DE LAS OFICINAS ADMINISTRATIVAS Y ÁREA MÉDICA.

22.1 OBJETIVO

Mantener en óptimas condiciones y funcionamiento las instalaciones del SMDIF Chalco, realizando actividades de limpieza continua y mantenimiento oportuno, con la finalidad de brindar un servicio de calidad a los usuarios.

22.2 ALCANCE

Llevar a cabo la limpieza de las instalaciones del SMDIF con el personal de la Subdirección Administrativa de Servicios Generales, que realiza actividades de limpieza y mantenimiento dentro del Sistema Municipal DIF Chalco.

22.3 REFERENCIAS

- ✓ Reglamento del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco, Estado de México.
- ✓ Reglamento Interno de Trabajo del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco, Estado de México.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002.

22.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

Servicios Generales es la Subdirección administrativa responsable de realizar limpieza, en las instalaciones del SMDIF Chalco de acuerdo a la normatividad Federal y Estatal vigente.

El personal de Servicios Generales deberá realizar de manera puntual la limpieza de las instalaciones. El personal de Servicios Generales, es abastecido del material primordial e indispensable para realizar sus actividades de limpieza, por el área de Adquisiciones del SMDIF Chalco de, manera trimestral.

El personal de Servicios Generales deberá realizar de manera puntual la limpieza de las instalaciones.

22.5 TERMINOLOGÍA

Limpieza: Es la acción y efecto de eliminar la suciedad de una superficie mediante métodos físicos o químicos

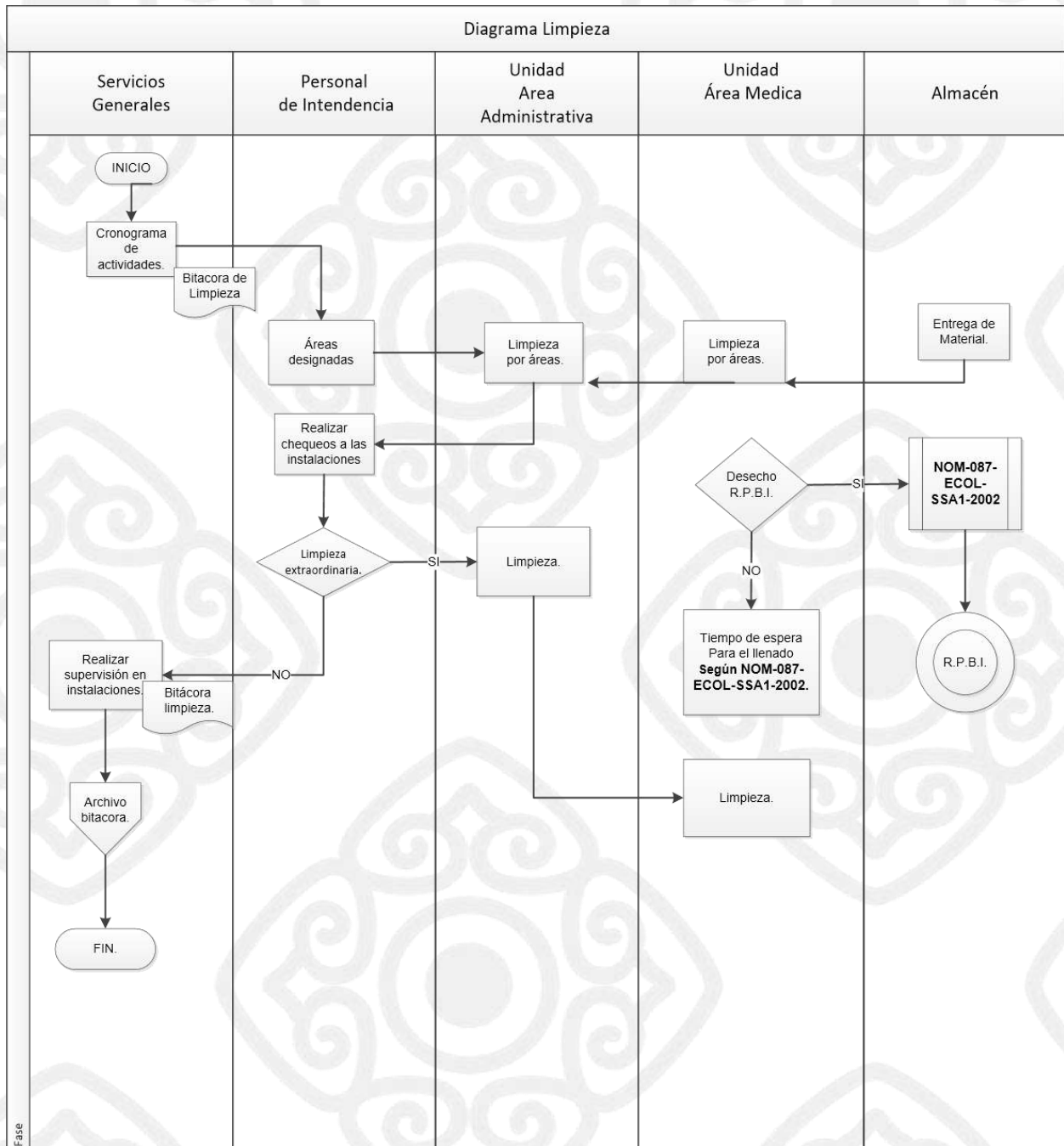
R.P.B.I: (Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos): Son aquellos materiales generados durante los servicios de atención médica que contengan agentes biológicos según la definición de la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, y que puedan causar efectos nocivos para la salud y el ambiente.

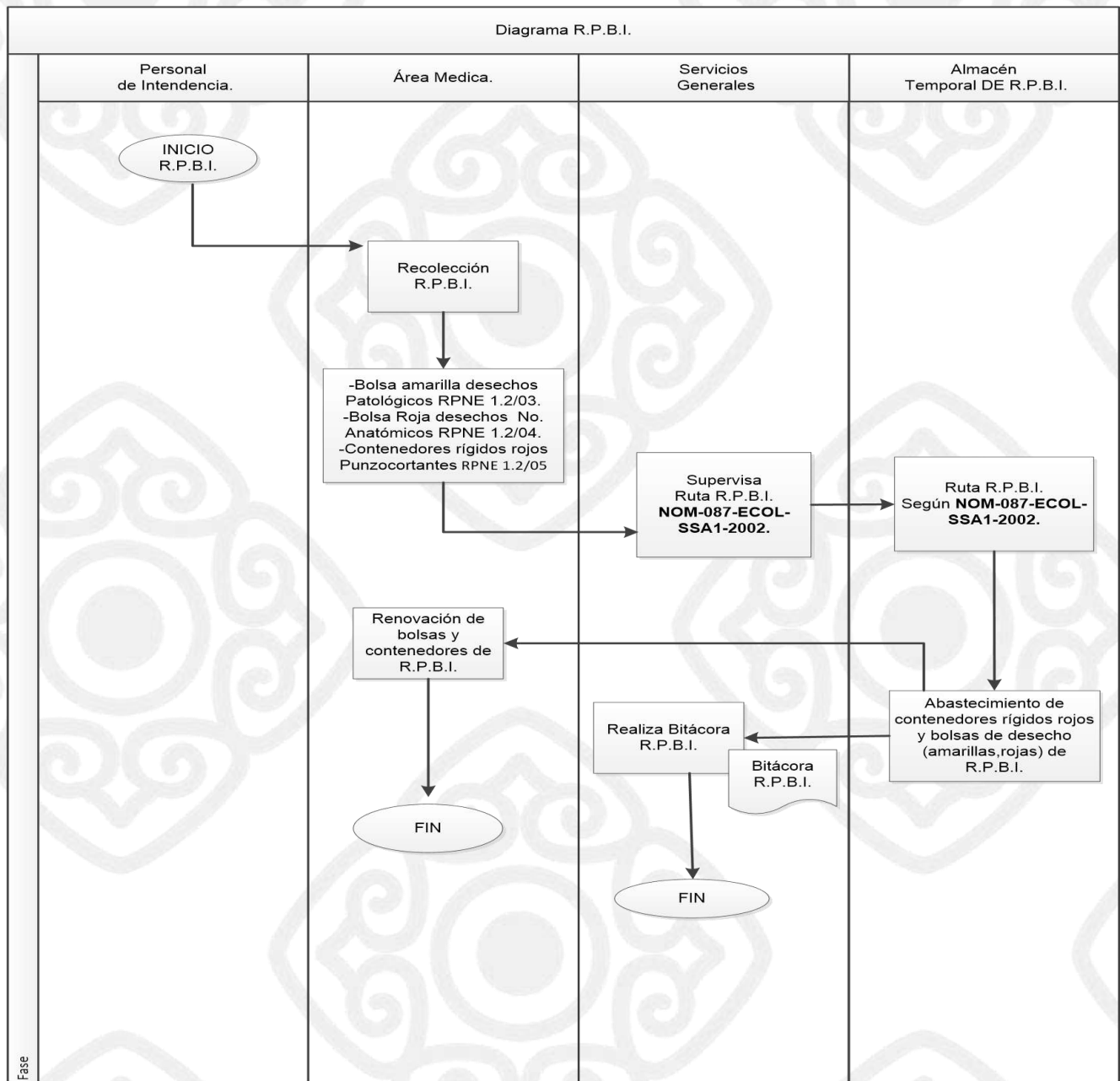
22.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCIÓN
1	Servicios Generales	Programa actividades de limpieza en las unidades administrativas y área médica con el personal designado a áreas específicas.
2	Personal de Intendencia	Recoger materiales requeridos como papel sanitario, papel toalla, guantes...) de manera periódica se surte material de limpieza cada 15 días, 2 veces por mes.
3	Personal de Intendencia	Acude a sus respectivas áreas asignadas a realizar los servicios de limpieza y recolección de (R.P.B.I), en caso de requerir vaciado de contenedor se aplica la norma y pasos a seguir, para su desecho y almacenamiento temporal. NOM-087-ECOL-SSA1-2002. Bolsa amarilla desechos Patológicos RPNE 1.2/03, Bolsa Roja desechos No. Anatómicos RPNE 1.2/04, Contenedores rígidos rojos para Punzocortantes RPNE 1.2/05. NOTA: Los contenedores son vaciados conforme lo establecido a la norma NOM-087-ECOL-SSA1-2002. Ver para consulta.
4	Personal de Intendencia	Durante su jornada laboral, realizan chequeos a las instalaciones de manera continua, para apoyar a la limpieza en casos extraordinarios, es decir, si el usuario tiene algún tipo de accidenté dentro de las instalaciones, sean del tipo administrativas o del área médica.
5	Servicios Generales	Lleva a cabo chequeo de limpieza en las unidades administrativas y áreas médicas, como parte de una supervisión, recabando firmas de los responsables de cada área, como medio de confirmación de la limpieza y se archiva, (ver bitácora de limpieza). NOTA: La recolección de R.P.B.I. se realiza de manera mensual NOM-087-ECOL-SSA1-2002.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCIÓN
6	Personal de Intendencia	Llevar contenido a los contenedores temporal de R.P.B.I. siguiendo la ruta del mismo conforme a lo establecido por la NOM-087-ECOL-SSA1-2002.
7	Subdirección de Administración (Servicios Generales)	Pesar el contenedor y /o bolsa de R.P.B.I. que se generó, para después asentar en bitácora respectiva.
8	Personal de Intendencia	Revisar contenedor de R.P.B.I., en caso de requerir vaciado de contenedor se aplica la norma y pasos a seguir, para su desecho y almacenamiento temporal. NOM-087-ECOL-SSA1-2002.
9	Personal de Intendencia	Llevar contenido a contenedor temporal de R.P.B.I. siguiendo la ruta del mismo conforme a lo establecido por la NOM-087-ECOL-SSA1-2002.
10	Subdirección de Administración (Servicios Generales)	Se deposita en el contenedor temporal de R.P.B.I. el desecho generado, para tener a bien entregarlo al camión recolector conforme a norma de manera mensual. Ver norma para consulta. NOM-087-ECOL-SSA1-2002.
11	Personal de Intendencia	Se realiza la limpieza al perímetro de Almacén Temporal de R.P.B.I, báscula, tapas de botes (contenedores), para una higiene adecuada conforme a norma.
12	Subdirección de Administración (Servicios Generales)	Abastecer personal con contenedores y bolsas nuevas. Bolsa amarilla desechos Patológicos RPNE 1.2/03, Bolsa Roja desechos No. Anatómicos RPNE 1.2/04, Contenedores rígidos rojos para Punzocortantes RPNE 1.2/05. Para su renovación y nueva recolección mensual esperada.
13	Subdirección de Administración (Servicios Generales)	Se realiza la bitácora de R.P.B.I., donde se anota el tipo de desecho, lugar de procedencia, peso del desecho; recabando firma de los responsables generadores del desecho y el personal de intendencia responsable de su recolecta, así como del visto bueno mensual del jefe de Servicios Generales. Como también asentar las entradas y salidas de los insumos para llevar una recolecta satisfactoria conforme a norma.

22.7 DIAGRAMA DE FLUJO





23. SMDIF-SUBADMON-SG-PRO023 MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LAS INSTALACIONES.

23.1 OBJETIVO

Mantener en óptimas condiciones y funcionamiento las instalaciones del SMDIF Chalco, realizando actividades de mantenimiento oportuno, con la finalidad de brindar un servicio de calidad a los usuarios.

23.2 ALCANCE

Aplica a instalaciones de la unidad administrativa de Servicios Generales que realiza actividades de mantenimiento dentro del Sistema Municipal DIF Chalco.

23.3 REFERENCIAS

- ✓ Reglamento del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco, Estado de México.
- ✓ Reglamento Interno de Trabajo del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco, Estado de México.

23.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

Servicios Generales es la unidad administrativa responsable de realizar mantenimiento preventivo y correctivo en las instalaciones del SMDIF Chalco de acuerdo a la normatividad federal y estatal vigente.

El personal de Servicios Generales; deberá realizar el mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones de forma programada.

El personal de Servicios Generales, deberá atender y corregir fallas o situaciones desfavorables en las instalaciones de manera rápida y eficaz.

23.5 TERMINOLOGÍA

Mantenimiento Preventivo: Mantenimiento que se realiza a instalaciones y/o equipo de trabajo de manera periódica y programada con el fin de prevenir fallas que afecten el correcto funcionamiento de equipo y realización de las actividades de trabajo.

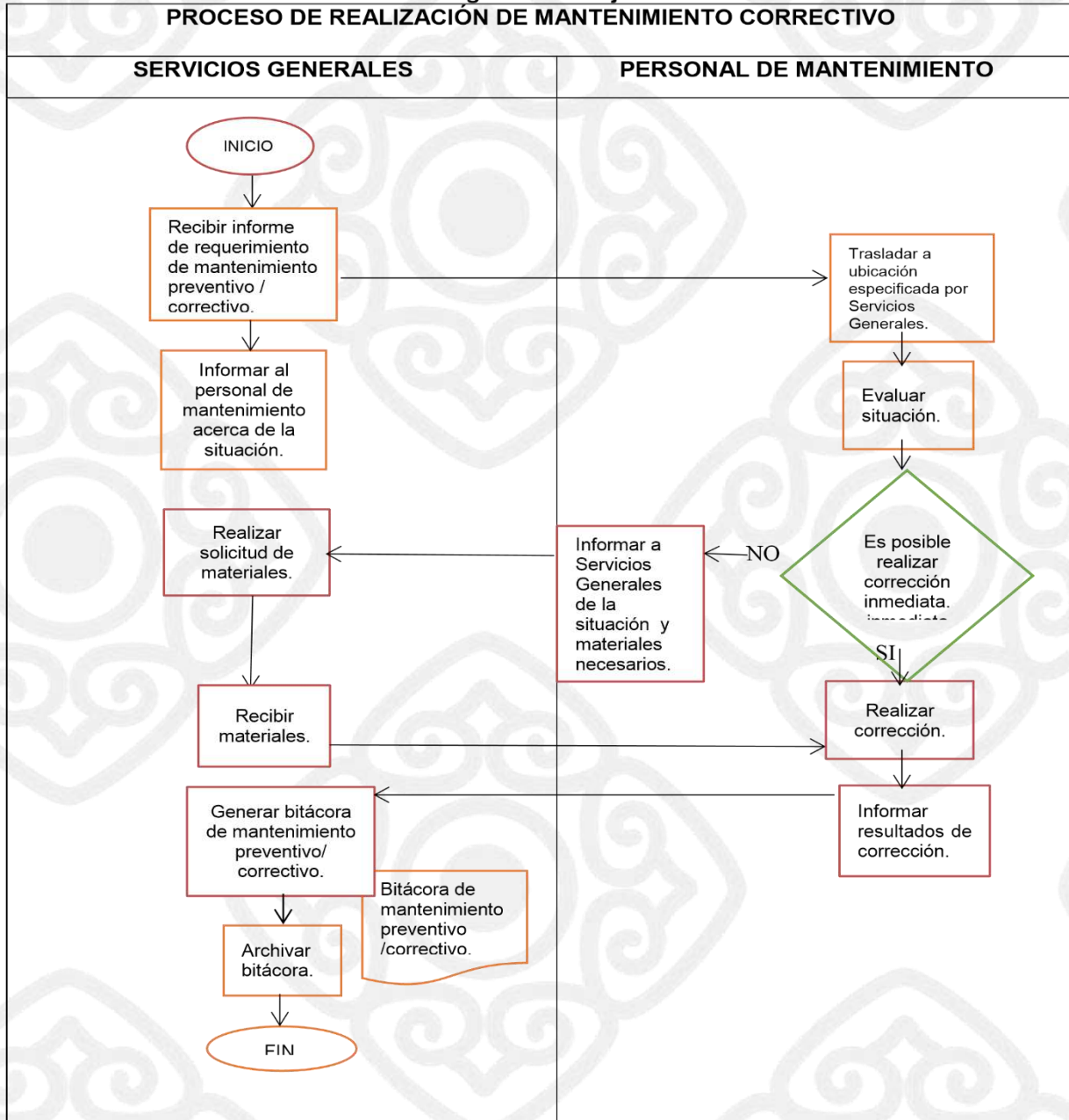
Mantenimiento Correctivo: Mantenimiento que es realizado para corregir alguna falla o anomalía reciente y que tiene que ser solucionada para asegurar el correcto funcionamiento de equipo de trabajo o garantizar la realización de las actividades.

23.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCIÓN
1	Subdirección de Administración (Servicios Generales)	Programa actividades de mantenimiento preventivo/correctivo en las unidades administrativas, área médica e inmuebles pertenecientes al SMDIF Chalco.
2	Personal de Mantenimiento	Recibe las peticiones de las respectivas áreas, recibidas de manera escrita "o" económica.
3	Personal de Mantenimiento	Acude al lugar de la reparación o mantenimiento preventivo/correctivo, según sea el caso. Para dar un servicio de calidad rápido y oportuno el cual permitirá brindar un mejor servicio o funcionamiento en las instalaciones pertenecientes al SMDIF Chalco
4	Subdirección de Administración (Servicios Generales)	Generar bitácora de mantenimiento preventivo/ correctivo y reporte de orden de trabajo, donde las áreas que solicitaron el mantenimiento según sea el caso, dando fe del trabajo finalizado, sellando y firmando de conformidad con el mantenimiento realizado.
5	Subdirección de Administración (Servicios Generales)	Archivar bitácora y formato de órdenes de trabajo, para tener evidencia de los trabajos realizados.

23.7 DIAGRAMA DE FLUJO

Diagrama de Flujo



24. SMDIF-SPA-CAAM-PRO024 INTEGRAR A LOS CLUBS A ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE CHALCO.

24.1 OBJETIVO

Fomentar el desarrollo bio-psico-social del adulto mayor a través de acciones de atención integral que les permitan alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida.

24.2 ALCANCES

Población de adultos mayores en la demarcación del municipio de Chalco que requieran de asistencia social.

24.3 REFERENCIAS

- ✓ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- ✓ Constitución política de Estado de México
- ✓ Ley del Adulto Mayor del Estado de México. Título primero, Artículo 1, 2, 4,
- ✓ Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios. Artículo 1, 2, 5 fracción 2, 7 fracción 4, capítulo 3ro artículo 10 fracción 2.
- ✓ Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Título segundo, de los principios y los derechos, capítulo II fracción III, V, VI Y IX. Título tercero. De los deberes del estado, la sociedad y la familia, capítulo única fracción I.
- ✓ Reglamento Interior del SMDIF del Estado de México
- ✓ Reglamento del Sistema Municipal DIF Chalco
- ✓ Reglamento del DIFEM
- ✓ Manual de organización interno

24.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

La subdirección de programas asistenciales realizara la convocatoria, así como la supervisión de los talleres impartidos por parte de los instructores.

24.5 TERMINOLOGÍA

C.A.A.M.- Centro de Atención a Adultos Mayores.

SMDIF. - Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia.

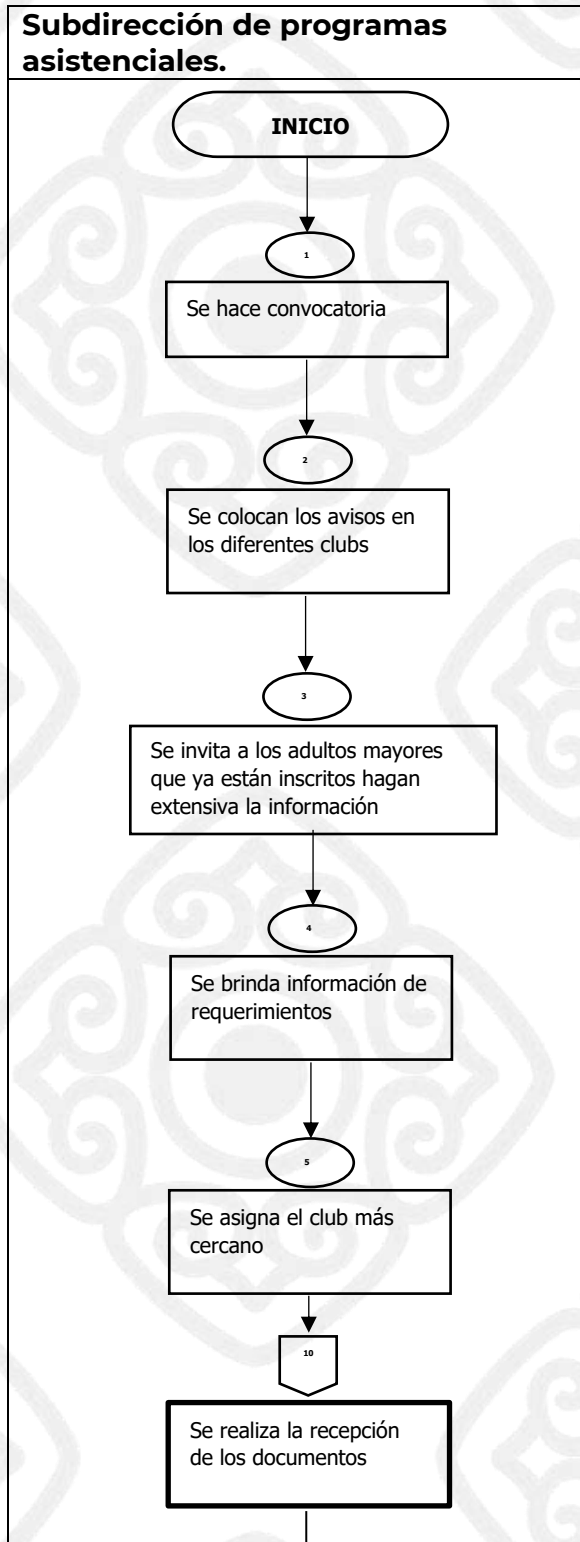
INSTRUCTOR. - Responsable del desarrollo de las actividades y programas asignados por parte de la CAAM.

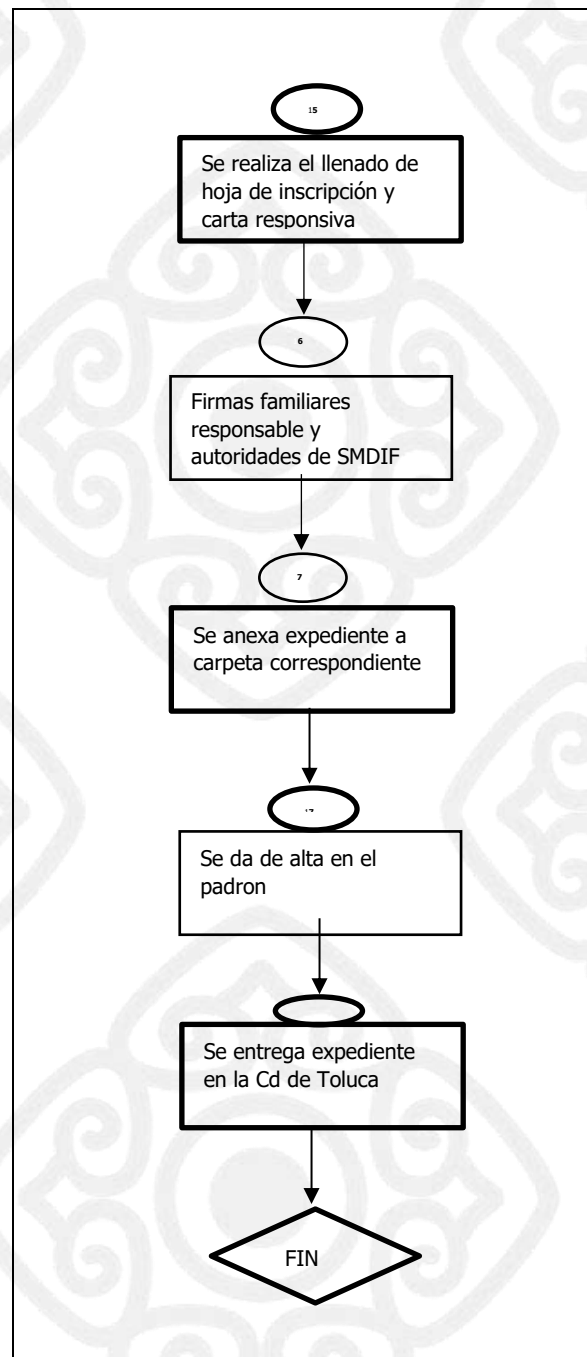
SPA- Subdirección de Programas Asistenciales

24.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Paso	Responsable	Actividad
1	Subdirección de programas asistenciales	Solicita a instructores hacer convocatoria para integrar a adultos mayores a los clubs de adultos mayores.
2	Subdirección de programas asistenciales	Entrega avisos de convocatoria para ser colocados en los clubs
3	Instructores de CAAM	Realizan convocatoria a través de los clubs y adultos mayores que ya se encuentran inscritos
4	Instructores de CAAM	Dan información a los adultos mayores que asisten a solicitar información para integrarse al club de su comunidad
5	Auxiliar administrativo	Analizan el club más cercano de la comunidad de los adultos mayores y da información de los requisitos para ingresar
6	Instructores de CAAM	Realiza la recepción de los documentos
7	Instructores de CAAM	Realiza el llenado de la hoja de inscripción a grupo de adultos mayores y carta responsiva para actividades externas.
8	Instructores de CAAM	Recaba firmas de familiares responsables y autoridades del SMDIF Chalco
9	Instructores de CAAM	Anexa expediente a la carpeta correspondiente al club
10	Subdirección de programas asistenciales	Anexa al padrón de adultos mayores los integrantes de nuevo ingreso
11	Subdirección de programas asistenciales	Acude a la cd. De Toluca para entregar información de alta del adulto mayor
12	Instructores de CAAM	Realiza la recepción de los documentos

24.7 DIAGRAMA DE FLUJO





25. SMDIF-SPA-NUTRICIÓN-PRO025 INTEGRACION Y DISTRIBUCION DE DESAYUNOS ESCOLARES Y CANASTA ALIMENTARIA

25.1 OBJETIVO

Definir los procesos adecuados para la integración y distribución de los apoyos nutricionales a las personas beneficiadas, atendiendo las estrategias que se realizan para alcanzar las metas establecidas en los programas de alimentación y nutrición.

25.2 ALCANCES

Aplica a todos los servidores públicos de la Subdirección de programas asistenciales y del área de nutrición.

25.3 REFERENCIA

- ✓ Reglas de operación del programa de desarrollo social EDOMÉX: nutrición escolar modalidades fría, caliente y canasta alimentaria.

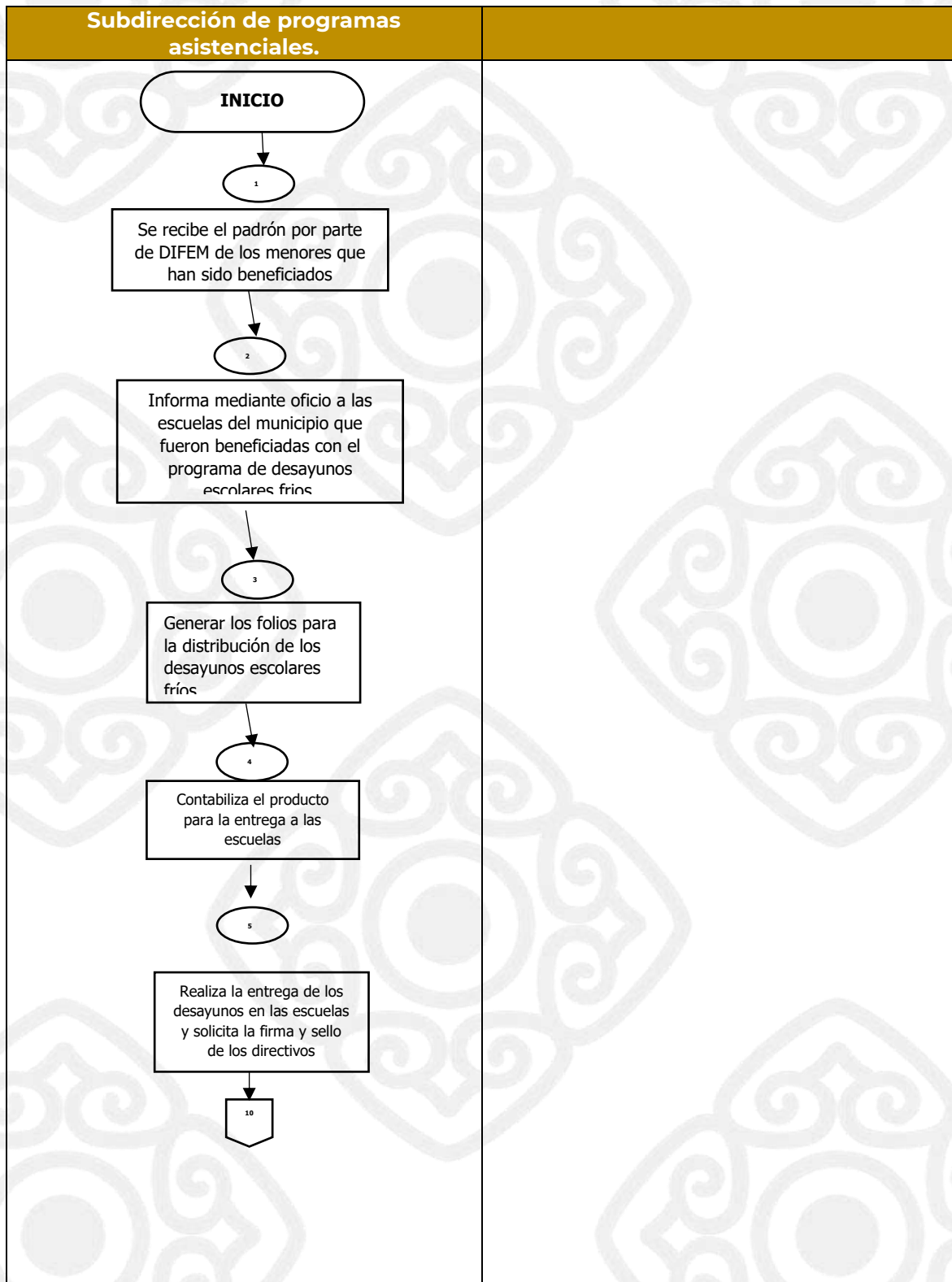
25.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

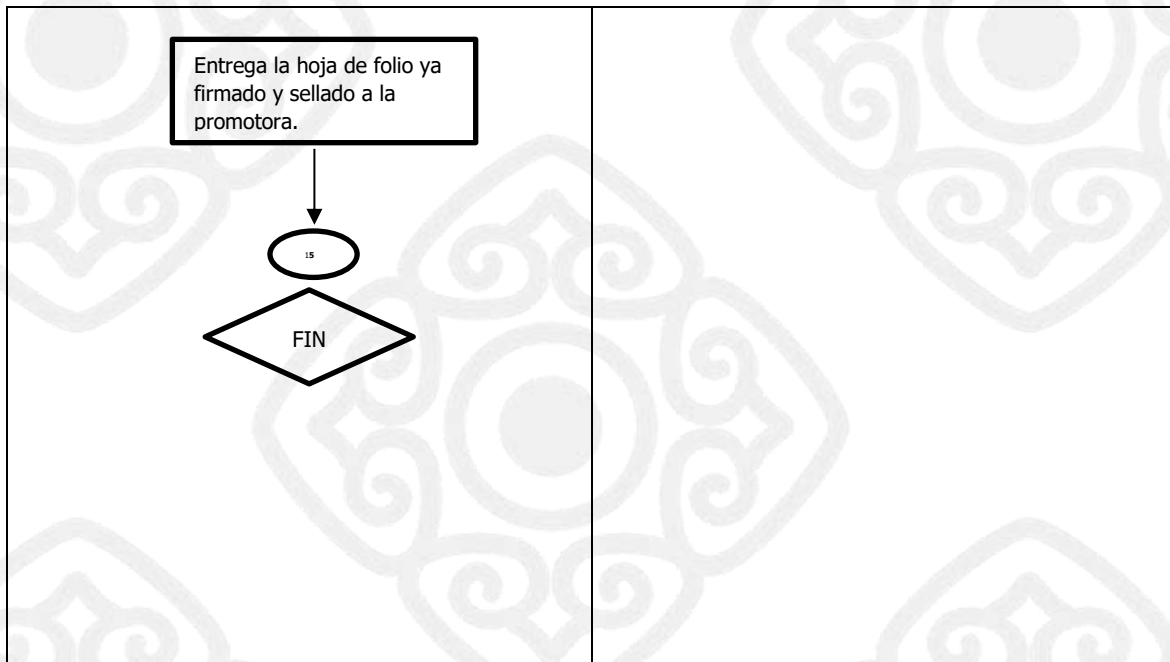
Subdirector de Programas Asistenciales: Recibe el padrón emitido por DIFEM en el cual se designan a los menores beneficiados e informa a las escuelas que fueron beneficiadas con el programa de desayunos en su modalidad fríos y calientes supervisa la adecuada distribución de la canasta alimentaria.

25.6 DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Paso	Responsable	Actividad
1	Subdirección de programa asistenciales	Recibe el padrón por parte de DIFEM de los menores que han sido beneficiados.
2	Promotora	Informa mediante oficio a las escuelas del municipio que fueron beneficiadas con el programa de desayunos escolares fríos
3	Promotora	Genera los folios para la distribución de los desayunos escolares fríos.
4	Encargado de almacén	Contabiliza el producto para la entrega a las escuelas
5	Chofer	Realiza la entrega de los desayunos en las escuelas y solicita la firma y sello de los directivos.
6	Chofer	Entrega la hoja de folio ya firmado y sellado a la promotora

25.7 DIAGRAMA DE FLUJO





26.SMDIF-SERSALUD-PRO026 ENFERMERIA

26.1 OBJETIVO

Otorgar los servicios de enfermería que requieran los usuarios con la finalidad de detectar signos de alarma de las enfermedades más frecuentes de acuerdo a su grupo de edad y género, aplicando las técnicas y procedimientos vigentes, con la finalidad de realizar una atención integral y de calidad.

26.2 ALCANCE

Se aplica a toda la población en la demarcación territorial de Chalco, proporcionando actividades asistenciales, administrativas, docencia y de investigación, con base a la normatividad y estándares de calidad de la unidad de consulta externa DIF Chalco.

26.3 REFERENCIAS

- ✓ Norma oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, que establece los Requerimientos Mínimos de Infraestructura y Equipamiento de Establecimientos para la Atención Médica de Paciente Ambulatorio.
- ✓ Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de México y Municipios.

26.4 TERMINOLOGÍA

Unidad de Consulta Externa DIF Chalco: Unidad prestadora de servicios, tanto de salud como de asistencia social sin exclusión de los que no lo sean, en el ámbito geográfico establecido.

Consulta Externa: Atención médica que se otorga al paciente que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico.

Proceso de atención de enfermería: A la herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada e integral, cuyo objetivo principal es atender las respuestas humanas individuales o grupales, reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas interrelacionadas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación.

Función administrativa: A las actividades que realiza el personal de enfermería para gestionar los recursos materiales, científicos y técnicos de equipo o recurso humano necesario, y complementario acorde a sus competencias y experiencia, para otorgar los cuidados de enfermería y alcanzar los objetivos de la organización y de los prestadores de los servicios.

Función asistencial: A las actividades que realiza el personal de enfermería acordadas, disponibles o posibles, relacionadas con el cuidado directo o indirecto de las personas, familias o comunidades, según sea el caso y de acuerdo al ámbito de competencia del personal de enfermería.

Función de investigación: A las actividades que realiza el personal profesional de enfermería para aplicar el método científico en sus vertientes cuantitativas o cualitativas para la producción, reafirmación y validación del conocimiento científico de esta disciplina, que permitan su aplicación en los servicios de salud basados en la evidencia científica contribuyendo así, en las mejores prácticas del cuidado de enfermería para contribuir a garantizar la calidad en la atención.

Función docente: A las actividades que realiza el personal profesional de enfermería relacionadas a la educación para la salud, la educación continua y para la formación de recursos humanos para la salud.

Signos vitales: son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones).

Somatometría: conjunto de técnicas para obtener medidas precisas de las dimensiones corporales de una persona.

Diabetes Mellitus: La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre).

Hipertensión Arterial: La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanta más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear.

26.5 RESPONSABILIDAD

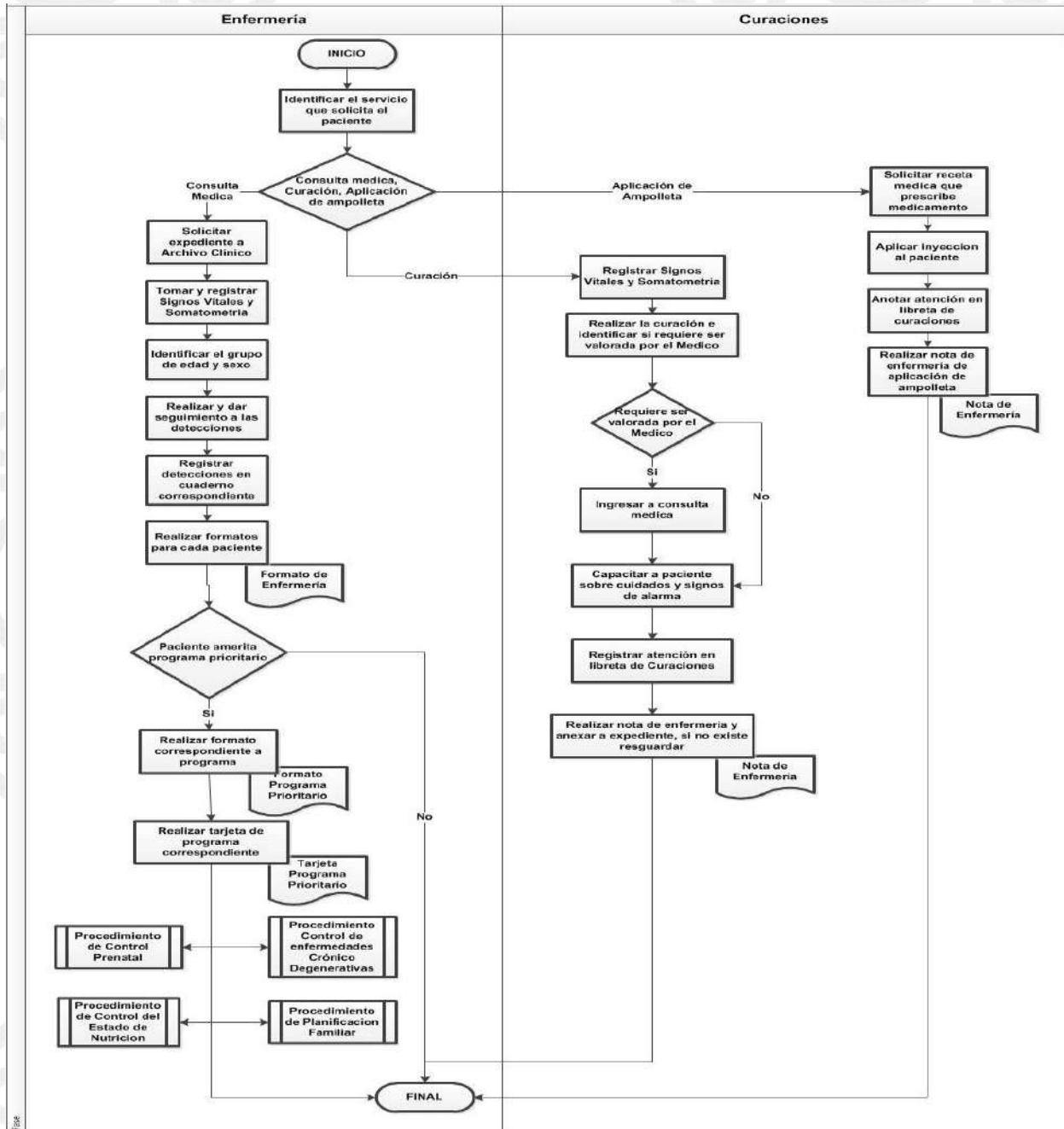
El Subdirector de Servicios de salud por conducto del personal de enfermería deberá brindar la atención de primer contacto a cualquier persona que solicite los servicios de salud, así como proporcionar la orientación en cuidados generales y preventivos según sea el caso.

26.6 DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCIÓN
1	Enfermería	-- Recibir al paciente e identificar el servicio que solicita y sus necesidades.
2	Enfermería	Iniciar el procedimiento correspondiente.
3	Enfermería (si el paciente solicita consulta médica)	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar su expediente al archivo. - Tomar signos vitales y somatometrías y registrarlos. (Ver formato de signos vitales y somatometrías). - Identificar el grupo de edad y sexo. - Realizar y dar seguimiento a las detecciones de acuerdo a la línea de vida del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud (Ver formatos del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud). - Registrar detecciones en el cuaderno correspondiente. - Realizar formatos necesarios para cada paciente. - Identificar si el paciente amerita ingresar a cualquiera de los programas prioritarios de salud. Control de enfermedades crónico degenerativas (Diabetes mellitus, Hipertensión Arterial, Dislipidemias y Obesidad), Control de la mujer embarazada y en lactancia, Control del estado de nutrición del niño y el adolescente y Planificación Familiar. - Realizar tarjeta a de acuerdo al programa al que ingrese. (Ver formatos de tarjetas).

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCIÓN
4	Enfermería (si el paciente solicita servicio de curación)	<p>Registrar signos vitales y somatometrías (ver formato de signos vitales y somatometrías).</p> <p>Realizar la curación necesaria e identificar si requiere ser valorada por el medico</p> <p>Ingresar a consulta médica.</p> <p>Capacitar al paciente sobre cuidados y signos de alarma ante cualquier evento relacionado al procedimiento realizado.</p> <p>Registrar la atención en la libreta de curaciones.</p> <p>Realizar nota de enfermería y anexar al expediente del paciente si este cuenta con él, si no cuenta con expediente resguardarlo en la carpeta de curaciones realizadas (ver formato de nota de enfermería).</p>
5	Enfermería (si el paciente solicita aplicación de una ampolleta)	<p>Solicitar receta médica donde se prescribe el medicamento.</p> <p>Aplicar la inyección al paciente.</p> <p>Registrar en la libreta de curaciones.</p> <p>Realizar nota de enfermería de aplicación de inyección (ver formato de nota de enfermería).</p>

26.7 DIAGRAMA DE FLUJO



26.8 ANEXOS

FORMATO DE SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRÍA




FECHA:

NOMBRE: 1

MÉDICO: 2

IRA. VEZ: 3 SUB.

NO. EXP. 4

HRA. PROGRAMADA DE CONSULTA: 5

EDAD: 6 T* 13

PESO: 7 P.A. 14

TALLA: 8 OD. 15

IMC: 9 OI. 16

F.C. 10 GPO. S. 17

SERVICIO	HORA	ATENDIO
ADMISIÓN		
CAJA		
ARCHIVO	19	
ENFERMERÍA		
MÉDICO DENTAL		
NUTRICIÓN		
PSICOLOGÍA		

OBSERVACIONES: 20

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Nombre	Anotar el nombre completo del paciente empezando por apellido paterno materno y nombre.
2	Médico	Anotar el nombre completo del médico con quien va a pasar el paciente.
3	Primera vez o subsecuente	Marcar si el paciente viene por primera vez o ya es subsecuente.
4	Número de expediente	Anotar el Número de expediente que anota archivo clínico.
5	Hora de programada de consulta	Anotar la hora en que está programada para que el paciente reciba la atención médica.
6	Edad	Anotar la edad del paciente en número.
7	Peso	Anotar cuanto peso el paciente.
8	Talla	Anotar cuanto mide el paciente.
9	Índice de masa corporal	Anotar el cálculo de talla y peso para saber su estado nutricional.
10	Frecuencia cardiaca o pulso	Anotar la cantidad de latidos del corazón durante un minuto.
11	Frecuencia respiratoria	Anotar las respiraciones del paciente que se mide en un minuto.
12	Tensión o presión arterial	Anotar la presión arterial.
13	Temperatura	Anotar los grados centígrados, que marca el termómetro.

14	Perímetro abdominal	Anotar en centímetros la medición del abdomen del paciente.
15	Graduación del ojo derecho	Anotar la evaluación que se realiza al paciente de su agudeza visual.
16	Graduación del ojo izquierdo	Anotar la evaluación que se realiza al paciente de su agudeza visual.
17	Grupo sanguíneo	Anotar el grupo sanguíneo del paciente siempre verificando con alguna prueba de laboratorio o se realiza la toma de grupo sanguíneo.
18	Factor R.H	Anotar el factor ya se negativo o positivo.
19	Recuadro de atención por servicio	Anotar el nombre y hora del personal que atiende al paciente, por área de servicio.

FORMATO DE NOTA DE ENFERMERÍA (CURACIONES)



NOTA DE ENFERMERIA CURACIONES



PESO: 1

TALLA: 2

FECHA: 3

Se presenta paciente 4 de 5 de edad
al servicio de curaciones para solicitar:

6

se informa sobre los cuidados y las posibles reacciones de los procedimientos aplicados en el servicio

OBSERVACIONES: 7

ENFERMERA(O). 8 CED. PROF. 9

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Peso	Anotar el peso del usuario.
2	Talla	Anotar la talla.
3	Fecha	Colocar la fecha del procedimiento.
4	Se presenta paciente	Colocar el nombre del usuario.
5	Edad	Colocar la edad del usuario.
6	Al servicio de curaciones para solicitar Se coloca la edad del usuario	Anotar el procedimiento a realizar.
7	Observaciones	Realizar la nota de cómo se observa el usuario desde el momento que entra, se realiza una síntesis del procedimiento realizado.
8	Enfermera	Anotar el nombre de la enfermera que presto el servicio.
9	Cedula profesional	Colocar el número de cedula profesional.

NOTA DE ENFERMERÍA (APLICACIÓN DE INYECCIONES)



GOBIERNO DE
CHALCO
2025-2027

NOTA DE ENFERMERIA APLICACIÓN DE INYECCIONES



PESO: 1

TALLA: 2

FECHA: 3

Se presenta paciente 4 de 5 de edad
al servicio de curaciones para solicitar la aplicación:
6

se aplica(n) en región 7
vía 8 dosis 9, se informa sobre los cuidados y las posibles reacciones de
los procedimientos aplicados en el servicio

OBSERVACIONES: 10

ENFERMERA(O). 11 CED. PROF. 12

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Peso	Anotar el peso en kilogramos del paciente.
2	Talla	Anotar la talla en centímetros del paciente.
3	Fecha	Anotar la fecha completa de elaboración empezando por día mes y año.
4	Se presenta paciente	Anotar el nombre completo del paciente empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).
5	Edad	Anotar la edad en años o meses del paciente
6	Al servicio de curaciones para solicitar la aplicación	Anotar el nombre del procedimiento.
7	Se aplican (n) región	Anotar el sitio en donde se está aplicando la inyección.
8	Vía	Anotar la vía de administración de la aplicación de la inyección.
9	Dosis	Anotar la dosis que indica el médico en la receta médica.
10	Observaciones	Anotar cualquier alteración que pueda surgir en ese momento.
11	Enfermero(a)	Anotar el nombre completo del personal que realiza la aplicación.
12	Cedula profesional	Anotar el número de cedula profesional del personal que realiza la aplicación.

27. SMDIF-SERSALUD-PRO027 CONSULTA MÉDICA

27.1 OBJETIVO

Otorgar los servicios de atención médica de consulta externa que requieran los usuarios, para la preservación o restauración de la salud, de conformidad con los lineamientos técnicos en la materia, emitidos por las autoridades federales y estatales.

27.2 ALCANCE

Atención a la población en la demarcación territorial de Chalco proporcionando servicios médicos y de asistencia social, con base a la normatividad y cumplimiento de los estándares de calidad.

27.3 REFERENCIAS

Ley General de Salud. Título Tercero, Capítulo I, artículos 23 y 27, fracción III, Capítulo II Atención Médica, Artículo 33, fracciones I, II y III.

Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, reformas y adiciones.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Capítulo I, Artículo 8, fracciones I, II y III, Capítulo IV, artículos 73, 74 y 87. Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986, reformas y adiciones.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.

27.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

El servicio de atención médica es la unidad administrativa responsable de proporcionar consulta médica de acuerdo a la normatividad federal y estatal vigente.

El Personal Médico deberá proporcionar atención en materia de medicina general, con la finalidad de establecer un diagnóstico y tratamiento médico, así como el seguimiento según sea el caso de la enfermedad diagnosticada.

El personal de enfermería deberá brindar la atención de primer contacto a cualquier persona que solicite los servicios de salud, así como proporcionar la orientación en cuidados generales y preventivos según sea el caso.

27.5 TERMINOLOGÍA

Unidad de Consulta Externa DIF Chalco. - Unidad prestadora de servicios, tanto de salud como de asistencia social sin exclusión de los que no lo sean, en el ámbito geográfico establecido.

Consulta Externa. - Atención médica que se otorga al paciente que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico. Contrarreferencia. - Procedimiento administrativo mediante el cual, una vez otorgada la atención, motivo de referencia se envía al paciente a la unidad operativa que lo refirió, con el fin de que se realice el control y seguimiento necesarios.

Expediente Clínico. - Instrumento médico legal propiedad de la institución, expedido en beneficio del paciente, que se conserva por un período mínimo de 5 años contando a partir de la fecha del último acto médico registrado.

Paciente o Usuario. - Beneficiario directo de la atención médica. Toda aquella persona, paciente o no que requiera y obtenga la prestación de los servicios de atención médica.

Procedimiento Médico. - Conjunto de actividades que realiza el médico o el personal de enfermería para la prevención específica y el diagnóstico o tratamiento quirúrgico o no quirúrgico, de las enfermedades, lesiones u otros problemas relacionados con la salud.

Referencia-Contrarreferencia. - Es el procedimiento de coordinación entre las unidades operativas de los tres niveles de atención médica para facilitar el envío y recepción de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

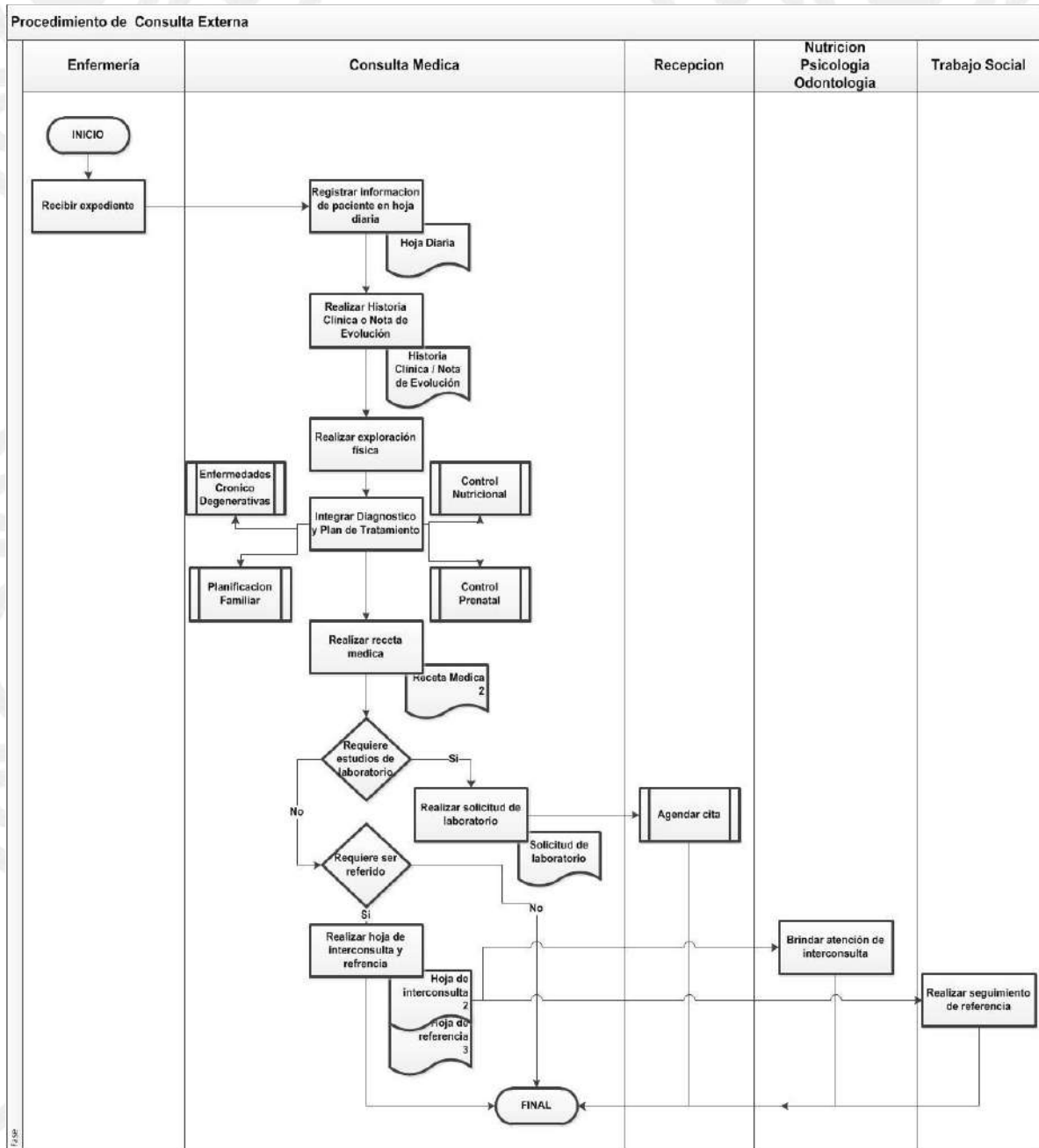
Referencia. - Procedimiento administrativo utilizado para enviar al paciente de una unidad médica a otra de mayor complejidad.

27.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

No.	ÁREA	DESCRIPCIÓN
1	Enfermería	Recibir el expediente clínico que contiene formatos del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud (ver formatos del paquete garantizado de servicios de promoción para una mejor salud). del usuario que demanda la atención procedente del área de enfermería dando acceso al usuario al consultorio.
2	Consulta Médica	Recibe el expediente clínico y al paciente, recabando información del servicio que solicita y da inicio la consulta médica.
3	Consulta Médica	Realizar la Historia Clínica General (si es de 1ª vez) o actualizar la Nota de Evolución, Línea de Vida (Ver formato de Historia Clínica), en caso de ser subsecuente.
4	Consulta Médica	Realizar exploración física completa al paciente, integra el diagnóstico clínico y plan de tratamiento.
5	Consulta Médica	Identificar si el paciente requiere ingreso o seguimiento de algún programa prioritario. Identificar si el paciente amerita ingresar a cualquiera de los programas prioritarios de salud. Control de enfermedades crónicas degenerativas (Diabetes mellitus, Hipertensión Arterial, Dislipidemias y Obesidad), Control de la mujer embarazada y en lactancia, Control del estado de nutrición del niño y el adolescente y Planificación Familiar. Si no requiere, continuar consulta médica.
6	Consulta Médica	Realizar solicitud de Laboratorio y solicitud de estudios de gabinete (Ver formato de solicitud de estudios de laboratorio y gabinete). Si requiere estudios de laboratorio y/o gabinete: el médico emite formato de solicitud de laboratorio y/o solicitud de estudios de gabinete. Si no requiere: determinar el médico si se amerita interconsulta.
7	Consulta Médica	Determinar si el paciente amerita interconsulta en la misma unidad de salud (nutrición, psicología, trabajo social y odontología) o referencia a otra unidad de salud de 2º o 3er nivel (ver formato de referencia). Si no la requiere el médico prescribirá la receta médica.
8	Consulta Médica	Prescribir la receta médica y entregarla al paciente (Ver formato de receta médica).
9	Consulta Médica	Registrar la próxima cita en el carnet (Ver formato de carnet).

10	Recepción	Agendar cita.
11	Consulta Médica	En el caso de la consulta de urgencias:
12	Consulta Médica	<p>Determinar las necesidades de la urgencia valorando si es posible la solución en la unidad o requiere ser referido a unidad de segundo nivel de atención. (ver formato de consulta de urgencias)</p> <p>Si requiere ser referencia a otra unida de salud de 2° o 3er nivel (ver formato de referencia y contrarreferencia).</p> <p>Si no la requiere agendar la cita programada (Ver formato de Carnet).</p>

27.7 DIAGRAMA DE FLUJO



27.8 ANEXOS

FORMATO DE SERVICIO MEDICO (RECETA)



SERVICIO MÉDICO

SISTEMA MUNICIPAL PARA EL
DESARROLLO INTEGRAL DE LA
FAMILIA DE CHALCO

Folio **3011**

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Rx.

T.A. _____

EDAD _____

PESO _____

TALLA _____

NOMBRE Y CEDULA DEL MEDICO

SISTEMA MUNICIPAL DIF CHALCO Av. SOLIDARIDAD Mz. 2 Lt. 1 Zona 5 Col. Culturas de México Chalco México 56607 Tel:59728760 y 59728761

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Fecha	Anotar Fecha (día, mes y año) en la que se expide la receta médica.
2	Nombre del paciente	Anotar el nombre completo del usuario al que se expide la receta médica en el orden de apellido paterno, materno y nombre o nombres.
3	T.A. / edad / peso /. Talla	T.A.- Anotar la tensión arterial expresada en milímetros de mercurio mmHg EDAD. - Anotar la edad del usuario en años y meses. PESO. -Anotar el peso del paciente en kilogramos. Kg TALLA. -Anotar la estatura del paciente en metros, m.
4	Rx.	Espacio para prescribir medicamentos en el orden: Sustancia activa, concentración, dosis, vía de administración y tiempo de tratamiento.
5	Nombre y cédula del medico	Anotar el nombre completo del médico tratante, numero de cedula profesional y firma.

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (ANVERSO)



SISTEMA MUNICIPAL DIF CHALCO
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



GOBIERNO DE CHALCO
2025-2027

FECHA DE REFERENCIA **1** No. DE CONTROL **2**

NOMBRE DEL PACIENTE **4**

DOMICILIO DEL PACIENTE **7**

MOTIVO DE ENVÍO **8** DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL **9**

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE **11** ESPECIALIDAD O SERVICIO **12**

NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE **13** CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA **14**

NÚMERO PÓLIZA DE SEGURO POPULAR CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUCES



SISTEMA MUNICIPAL DIF CHALCO
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



GOBIERNO DE CHALCO
2025-2027

NÚMERO PÓLIZA DE SEGURO POPULAR **16** Clasificación Socioeconómica **17** **18** **19** URGENCIA SI NO

NÚMERO PÓLIZA DE SEGURO POPULAR CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUCES

II

NOMBRES (S) **20** APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES (S)

NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE **21**

NÚMERO DE EXPEDIENTE **22**

III

UNIDAD QUE REFIERE **23**

IV

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE **24**

DOMICILIO **25** CALLE NÚMERO COLONIA

SERVICIO AL QUE SE ENVÍA **26**

NOMBRE DEL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA **27**

V

MOTIVOS DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO): T.A. TEMP. FR.

FC. PESO TALLA ESCALA DE GLASGOW SILVERMAN

LLENADO CAPILAR

PADECIMIENTO ACTUAL

EVOLUCIÓN

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

28

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

29

30 **31**

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE

ORIGINAL PACIENTE

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA (REVERSO)

VI		VISITA DOMICILIARIA	
FECHA DE VISITA	32	FECHA DE ALTA	33
SE LE ATENDIÓ:	SI 34 NO	NOMBRE DE LA UNIDAD:	35
¿POR QUÉ?	34		
OBSERVACIONES:	36		

VII		HOJA DE CONTRAREFERENCIA	
UNIDAD MÉDICA QUE CONTRAREFIERE:			
NOMBRE	37	FECHA:	39
SERVICIO	38		
MANEJO DEL PACIENTE			
PADECIMIENTO ACTUAL 40			
EVOLUCIÓN 41			
ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE 42			
DIAGNÓSTICO DE INGRESO 43			
DIAGNÓSTICO DE EGRESO 44			
INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:			
45			
Debe regresar: 46 Fecha: _____			
En caso de dudas comunicarse con el médico que envió al teléfono 47			
48		49	
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE		NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD	

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Fecha de referencia	Anotar con número arábigo la fecha empezando por día, mes y año en que se genera la referencia.
2	No. de control	Anotar de manera progresiva el número de folio correspondiente a la hoja.
3	Adulto/pediátrico	Marcar con una X si el paciente es adulto o pediátrico.
4	Nombre del paciente	Anotar el nombre completo del paciente empezando por apellido paterno y materno y nombre (s).
5	Edad	Anotar con números arábigos la edad cumplida del paciente. Para los niños menores de un mes anotar la edad y en seguida la letra D. Para mayores de un mes, pero menores de un Año anotar la edad seguido de la letra M, así como los días. Para mayores de 1 año a 5 años anotar la edad seguida de la letra A y los meses.
6	Sexo	Marcar con una X el sexo del paciente según corresponda: F: femenino; M: masculino.
7	Domicilio del paciente	Anotar el nombre de la calle, número, población, código postal, ciudad, teléfono del paciente.
8	Motivo de envío	Anotar el motivo que origina la referencia del paciente a otra unidad médica (consulta con especialista, tratamiento, estudios de especialidad, etc.)
9	Diagnóstico presuncional	Anotar el diagnóstico establecido por el médico que refiere al paciente.
10	Urgencia	Marcar con una X el recuadro si el padecimiento se considera una urgencia.
11	Unidad a la que se refiere	Anotar el nombre de la unidad médica a la que se refiere el paciente.
12	Especialidad o servicio	Anotar el nombre de la especialidad o servicio al que se envía el paciente.
13	Nombre del médico que refiere	Anotar el nombre completo del médico tratante que realiza la referencia.

14	Clasificación socioeconómica	Anotar el nivel socioeconómico que le corresponde al paciente de acuerdo a su situación, éste será determinado en la unidad que lo atendió por primera vez y deberá ser respetado en el resto de las unidades en donde tenga que ser atendido.
15	Fecha	Anotar con número arábigo la fecha empezando por día, mes y año en que se genera la referencia.
16	No. de control	Anotar de manera progresiva el número de folio correspondiente a la hoja.
17	Clasificación socioeconómica	Anotar el nivel socioeconómico que le corresponde al paciente de acuerdo a su situación, éste será determinado en la unidad que lo atendió por primera vez y deberá ser respetado en el resto de las unidades en donde tenga que ser atendido.
18	Adulto pediátrico	Marcar con una X si el paciente es adulto o pediátrico.
19	Urgencia	Marcar con una X el recuadro si el padecimiento se considera una urgencia.
20	Nombre del paciente	Anotar el nombre completo del paciente empezando por apellido paterno y materno y nombre (s).
21	Nombre del familiar responsable	Anotar el nombre del familiar o responsable que se hará cargo del paciente y el parentesco.
22	Número de expediente	Anotar con números arábigos el número de expediente asignado al paciente.
23	Unidad que refiere	Anotar el nombre de la unidad médica a la que se refiere el paciente.
24	Unidad a la que se refiere	Anotar el nombre de la unidad médica de segundo nivel a la que se refiere.
25	Domicilio de la unidad	Anotar el domicilio de la unidad médica a la que se refiere.
26	Servicio al que se envía	Anotar el nombre de la especialidad o servicio al que se envía el paciente.
27	Nombre del médico que acepta la referencia	Anotar el nombre completo del médico que autorizó la recepción del paciente.

28	Motivos de la referencia (resumen clínico del padecimiento)	Describir los motivos de la referencia iniciando por los signos vitales encontrados en el paciente posteriormente describir el padecimiento actual del paciente, evolución, así como estudios de laboratorio y gabinete.
29	Impresión diagnóstica	Anotar el diagnóstico definitivo o presuncional que justifique la referencia.
30	Nombre y firma del responsable de la unidad	Anotar el nombre completo y firma de la persona responsable de la unidad y que autoriza la referencia.
31	Nombre y firma del médico	Anotar el nombre completo y la firma del médico que realiza la referencia.
32	Fecha de visita (reverso)	Anotar la fecha en la que se realiza la visita domiciliaria de seguimiento.
33	Fecha de alta	Anotar la fecha en que se da de alta el paciente en la unidad médica que lo atiende.
34	Se le atendió SI_ NO_ ¿porqué?	Marcar con una x en el lugar correspondiente, si fue atendido se agregará la fecha, si no fue atendido se anotará el motivo en el rubro ¿Por qué?
35	Nombre de la unidad	Anotar el nombre de la unidad médica a la que asistió.
36	Observaciones	Anotar las consideraciones que se consideren necesarias de la visita realizada o motivo por el cual no fue atendido.
37	Nombre de la Unidad	Anotar el nombre de la unidad médica que emite la Contra referencia del paciente.
38	Servicio	Anotar el nombre del servicio que atendió al paciente.
39	Fecha	Anotar el día mes y año en el que se realiza la Contra referencia.
40	Padecimiento actual	Anotar las condiciones clínicas en las que el paciente referido ingresa a la unidad médica.
41	Evolución	Anotar la evolución del paciente durante su estancia en la unidad médica.

42	Estudios paraclínicos	Anotar los resultados de todos los estudios realizados durante su estancia en la unidad médica.
43	Diagnóstico de ingreso	Anotar el o los diagnósticos clínicos probables, motivo de su ingreso.
44	Diagnóstico de egreso	Anotar el diagnóstico definitivo del estado patológico con el que egresa el paciente.
45	Instrucciones y recomendaciones para el manejo del paciente en su unidad de adscripción	Anotar sugerencias o comentarios sobre el caso clínico para el control subsecuente del paciente en su unidad de origen, (incluir sugerencias de manejo higiénico dietéticas) indicar se continua el tratamiento, regreso a la consulta subsecuente, al servicio y la fecha; así como se informará en el caso de enviar al paciente a otra área de especialidad.
46	Debe regresar / Fecha	Anotar sí o no, y en caso afirmativo la fecha de nueva cita a la consulta.
47	En caso de dudas comunicarse con el médico que envió, al teléfono	Anotar el número telefónico del médico responsable para cualquier observación.
48	Nombre y firma del médico tratante	Anotar el nombre completo y firma del médico que trata al paciente referido.
49	Nombre y firma del responsable de la unidad	Anotar el nombre completo y firma del médico responsable de la unidad que contra refiere al paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Nombre de la unidad	Anotar el nombre completo de la Unidad.
2	Nombre de la persona que proporciona la consulta	Anotar el nombre del encargado de proporcionar la atención en el servicio de consulta externa.
3	CLUES	Anotar el número de Clave Única de Establecimientos de Salud de acuerdo a catálogo de unidades de salud.
4	Servicio	Anotar con letra el tipo de servicio médico que se proporciona
5	Tipo	Marcar con una X que tipo de profesional de la salud médico, enfermera y/o técnico en atención primaria a la salud, (TAPS) proporciona el servicio en consulta externa.
6	Fecha	Anotar con números arábigos, el día, mes y año a que corresponde la información.
7	Número	Anotar con números arábigos, en orden sucesivo, el número que corresponda a la consulta en el día que informa. Al usar la misma hoja para informar la consulta de varios días, sólo es necesario dejar un renglón en blanco e iniciar la numeración.
8	Nombre	Anotar el nombre completo del paciente empezando por apellido paterno y materno y nombre (s).
9	Expediente	Anotar con números arábigos el número de expediente Asignado al paciente.
10	Edad	Anotar con números arábigos la edad cumplida del paciente. Para los niños menores de un mes anotar la edad y en seguida la letra D. Para mayores de un mes, pero menores de un Año anotar la edad seguido de la letra M, así como los días. Para mayores de 1 año a 5 años anotar la edad seguida de la letra A y los meses.

11	Sexo	Anotar el sexo del paciente según corresponda:
12	1ª vez (diagnóstico)	Si la consulta es de primera vez, respecto a la causa que motivó la consulta, marcar con una "X", en la columna correspondiente.
13	SPSS	Si se le brinda atención a un paciente afiliado al Seguro Popular marcar con una "X" la columna "SPSS", corrobore la afiliación solicitando al paciente su tarjeta o credencial con número de afiliación.
14	Prospera	Si el paciente es beneficiario de PROSPERA, marcar con una "X" en la columna correspondiente.
15	Migrante	Si el paciente es Migrante marcar con una "X" en la columna correspondiente, entiéndase por migrante todo individuo, sólo o acompañado, de cualquier grupo de edad y sexo, que se mueve por tiempos variables de su lugar de residencia habitual a otro de residencia temporal por necesidades económicas y de trabajo, y que no ha permanecido en el mismo lugar de manera continua por un lapso igual o mayor de 5
16	Indígena	Marcar con una X si el usuario pertenece a alguna etnia indígena, ello independientemente que sea hablante de la lengua del pueblo indígena al que pertenece.
17	Discapacidad	Marcar con un X si el usuario presenta algún tipo de Discapacidad
18	Diagnóstico	Anotar con letra legible el diagnóstico completo del Padecimiento o enfermedad que originó o motivó la consulta. Puede utilizar más de un renglón para completar el llenado de dicho apartado.

19	Línea de vida	Marcar con una X, si durante la consulta se aplicaron las acciones del paquete garantizado. Recuerde que las acciones del paquete garantizado se actualizan cada 6 meses.
20	Referido	Marcar con una X cuando el paciente es referido a una Unidad de mayor nivel de atención (2do. o 3er. Nivel).
21	Contra referido	Marcar con una X cuando el paciente es enviado a la unidad que lo refirió después de haber recibido tratamiento en una unidad de mayor nivel, en la consulta que otorga, marque una "X" en la columna correspondiente.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Carta de Consentimiento Informado			
UNIDAD MEDICA	1	LUGAR	2
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE (S))		5	No. DE EXPEDIENTE
EDAD	7	GENERO	8
<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		OCUPACIÓN	9
DOMICILIO (CALLE, NUMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO)		ESTADO CIVIL	10
11			
Los médicos del servicio de 12 me han informado de mi (s) padecimiento (s) por lo que necesito someterme a estudios de laboratorio, gabinete, histopatológicos y de procedimientos anestésicos, así como de tratamiento (s) médico (s) y/o quirúrgico (s) considerados como indispensables para recuperar mi salud.			
Los médicos me informaron de los riesgos y de las posibles complicaciones de los medios de diagnóstico y tratamientos médico y/o quirúrgicos por lo que por este medio libremente y sin presión alguna acepto someterme a:			
Diagnóstico (s) clínico (s) 13			
Estudios de laboratorio, gabinete e histopatológicos 14			
Actos anestésicos 15			
Tratamiento (s) médico (s) 16			
Tratamiento (s) quirúrgico (s) 17			
Riesgos y complicaciones 18			

He sido informado de los riesgos que entraña el procedimiento, por lo que acepto los riesgos que implica el procedimiento, deslinando de responsabilidades a la clínica y a los médicos tratantes.

Autorizo a los médicos de este hospital para que realicen los estudios y tratamientos convenientes

En igual sentido, autorizo ante cualquier complicación o efecto adverso durante el procedimiento, especialmente ante una urgencia médica que se practiquen las técnicas y procedimientos necesarios.

Tengo la plena libertad de revocar la autorización de los estudios y tratamientos en cualquier momento antes de realizarse.

En caso de ser menor de edad o con capacidades diferentes, se informó y autoriza el responsable del paciente.

19

20

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

21

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Unidad médica	Anotar el nombre completo de la Unidad.
2	Lugar	Anotar el lugar donde se encuentra ubicada la unidad médica.
3	Fecha	Anotar con número arábigo la fecha empezando por día, mes y año en que se genera la referencia.
4	Hora	Anotar con número arábigo la hora y minutos en que se realiza la solicitud.
5	Nombre del paciente	Anotar el nombre completo del paciente empezando por apellido paterno y materno y nombre (s)
6	Expediente	Anotar con números arábigos el número de expediente asignado al paciente.
7	Edad	Anotar con números arábigos la edad cumplida del paciente. Para los niños menores de un mes anotar la edad y en seguida la letra D. Para mayores de un mes, pero menores de un Año anotar la edad seguido de la letra M, así como los días. Para mayores de 1 año a 5 años anotar la edad seguida de la letra A y los meses.
8	Género	Marcar con una X el sexo del paciente según corresponda: F: femenino; M: masculino
9	Ocupación	Anotar oficio, profesión u otra actividad en que se ocupa.
10	Estado civil	Anotar si es soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre.
11	Domicilio del paciente	Anotar el nombre de la calle, número, población, código postal, ciudad, teléfono del paciente.
12	Servicio de	Anotar el nombre del servicio que lo atiende.
13	Diagnóstico(s) clínico(s)	Anotar el diagnóstico médico.
14	Estudios de laboratorio gabinete histopatología	Anotar todos los estudios realizados.

15	Actos anestésicos	Anotar tipo y número de anestесias por recibir.
16	Tratamiento(s) médico(s)	Anotar los tratamientos médicos por recibir.
17	Tratamiento(s) quirúrgico(s)	Anotar los tratamientos quirúrgicos.
18	Riesgos y complicaciones	Anotar los riesgos y complicaciones que esperan de los procedimientos de laboratorio, gabinete, histopatológico, anestésicos, tratamiento médico y/o quirúrgico.
19	Nombre y firma de quien lo autoriza	Anotar nombre completo y firma del paciente o responsable que autoriza.
20	Nombre y firma del testigo 1	Anotar nombre completo y firma del testigo.
21	Nombre y firma del testigo 2	Anotar nombre completo y firma del testigo.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Unidad médica	Anotar el nombre completo de la Unidad.
2	Fecha de Solicitud	Anotar con números arábigos, el día, mes y año a que corresponde la información.
3	Hora	Anotar con números arábigos la hora con minutos en que se elabora la solicitud.
4	Expediente	Anotar con números arábigos el número de expediente asignado al paciente.
5	De: Servicio	Marcar con una X, si el paciente proviene de Consulta externa, urgencias, hospitalización y el nombre del servicio médico en el que se encuentra el paciente.
6	Cama	Anotar el número de cama en que se encuentra el paciente hospitalizado.
7	Paciente	Marcar con una X, si el paciente es de primera vez o subsecuente.
8	Nombre del paciente	Anotar el nombre completo del paciente empezando por apellido paterno y materno y nombre (s).
9	Edad	Anotar con números arábigos la edad cumplida del paciente. Para los niños menores de un mes anotar la edad y en seguida la letra D. Para mayores de un mes, pero menores de un Año anotar la edad seguido de la letra M así como los días. Para mayores de 1 año a 5 años anotar la edad seguida de la letra A y los meses.
10	Género	Marcar con una X el sexo del paciente según corresponda: F: femenino; M: masculino.

11	Datos clínicos del paciente	Describir los datos clínicos que presenta el paciente antes del estudio solicitado.
12	Diagnóstico	Anotar con letra legible el diagnóstico completo del padecimiento o enfermedad que originó o motivó la consulta.
13	Estudio solicitado	Describir el tipo de estudio a realizar, según el diagnóstico que presente el paciente.
14	Fecha de la próxima cita	Anotar con números arábigos la fecha de la siguiente cita.
15	Médico solicitante	Anotar el nombre completo del médico que solicita el estudio de laboratorio.
16	Fecha de la próxima consulta	Anotar con números arábigos la fecha de la próxima cita.
17	Placa utilizada	Marcar con una X el tamaño de la placa utilizada.
18	Clave	Anotar la clave que identifica el tipo de estudio realizado.
19	Interpretación	Describir específicamente los resultados que arrojó el estudio realizado.
20	Fecha de Interpretación	Anotar con números arábigos el día, mes y año en que se efectúa la interpretación de los estudios.
21	Nombre y firma del médico	Anotar el nombre completo del médico radiólogo que reporta los estudios de gabinete; y deberá firmar la solicitud.
22	Observaciones	Describir las acciones relevantes que se deban tomar en cuenta para el tratamiento del paciente.

FORMATO DE SOLICITUD DE LABORATORIO



Solicitud de Laboratorio

UNIDAD MEDICA:	1	FECHA DE SOLICITUD:	2	NÚMERO DE EXPEDIENTE:	3
NOMBRE DEL PACIENTE:	4	EDAD:	5	GÉNERO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	NÚMERO DE AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR:
SERVICIO:	8	CAMA:	9	DIAGNÓSTICO:	10
MÉDICO SOLICITANTE:	11				
PRÓXIMA CITA:	12				

☐ HEMATOLOGÍA - INMUNOLOGÍA

20112 FORMULA ROJA		20107 Plaquetas	_____ /mm ³	19223 Células LE:	
Hemoglobina	_____ (g/dl)	20109 V.S.G.	_____ mm/h	19213 Antiestreptolisinas	
Hematocrito	_____ %	20108 Reticulocitos	_____ %	19214 Proteína C Reactiva	
		20127 T. Sangrado	_____ mm	19215 Factor Reumatoide	
20113 FORMULA BLANCA		20131 T. Protrombina	_____ seg	19208 V.D.R.L.	
Leucocitos	_____ /mm ³	Testigo	_____ seg	19205 Reacciones Fétiles	
Linfocitos	_____ %	20132 T.P.T.	_____ seg	Título "O"	
Monocitos	_____ %	Testigo	_____ seg	Rosa de Bengala	
Eosinófilos	_____ %	20133 T. Trombina	_____ seg	19835 C.H.G.C.	_____ UI
Basófilos	_____ %	Testigo	_____ seg	19836 H.G.C. (P.J.E.)	_____ UI
Segmentados	_____ %	20136 Fibrinógena	_____ mg/dl		
Bandas	_____ %	20116 Grupo Sanguíneo	_____		
Metamielocitos	_____ %	Factor Rh D	_____		
Mielocitos	_____ %	19231 Coombs Directo	_____		
Anormalidades	_____	19232 Coombs Indirecto	_____		

☐ QUÍMICA SANGÜINEA

19301 Glucosa	_____ mg/dl	19331 Glucosa postprandial	_____ mg/dl	19312 H.D.L. Colesterol	_____ mg/dl
19304 Urea	_____ mg/dl	1 hora _____ 2 horas _____	_____ mg/dl	19312 L.D.L. Colesterol	_____ mg/dl
19306 Creatinina	_____ mg/dl	19308 Bilirrubina total	_____ mg/dl	19410 C.P.K. Total	_____ mg/dl
19307 Ácido Úrico	_____ mg/dl	Dir _____ Indr _____	_____ UI	19412 Calcio	_____ mg/dl
19312 Colesterol	_____ mg/dl	19403 Fosfato alcalina	_____ UI	19411 Fósforo	_____ mg/dl
19702 Triglicéridos	_____ mg/dl	19404 Fosfato ácida	_____ UI	19609 Magnesio	_____ mEq/l
19309 Proteínas totales	_____ g/dl	19405 Fracción Protéica	_____ UI	19601 Sodio	_____ mEq/l
19620 Albúmina	_____ g/dl	19401 T.G.O. (AST)	_____ UI	19602 Potasio	_____ mEq/l
Globulina	_____ g/dl	19402 T.G.P. (ALT)	_____ UI	19613 Calcio	_____ mEq/l
Relación A/G	_____	19408 Amilasa	_____ UI	19612 Depuración de creatinina	_____ ml/min
19303 Tolerancia a la Glucosa		19409 Lipasa	_____ UI	19410 T.X.M.B.	_____ UI
Glucosa Basal	_____ mg/dl	19406 LDH	_____ UI		
Glucosa 60 minutos	_____ mg/dl				
Glucosa 120 minutos	_____ mg/dl				

☐ 20201 EXAMEN GENERAL DE ORINA

Aspecto	_____	Color	_____	Densidad	_____	pH	_____	Glucosa	_____
Proteínas	_____	Acetona	_____	Hemoglobina	_____	Bilirrubina	_____	Nitritos	_____
Urobilínógeno	_____	Leucocitos	_____	Eritrocitos	_____	Cilindros	_____	Bacterias	_____
Cristales	_____			Otros	_____				

14

FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE

15

NOMBRE DEL QUÍMICO / TÉCNICO LABORATORISTA

REPORTA

16

FIRMA

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Unidad médica	Anotar el nombre completo de la Unidad.
2	Fecha de Solicitud	Anotar con números arábigos, el día, mes y año a que corresponde la información.
3	Número de expediente	Anotar con números arábigos el número de expediente asignado al paciente.
4	Nombre del paciente	Anotar el nombre completo del paciente empezando por apellido paterno y materno y nombre (s).
5	Edad	Anotar con números arábigos la edad cumplida del paciente. Para los niños menores de un mes anotar la edad y en seguida la letra D. Para mayores de un mes, pero menores de un Año anotar la edad seguido de la letra M, así como los días. Para mayores de 1 año a 5 años anotar la edad seguida de la letra A y los meses.
6	Género	Marcar con una X el sexo del paciente según corresponda: F: femenino; M: masculino.
7	Número de afiliación al seguro popular	Anotar con números arábigos el número de afiliación que se encuentra en la póliza de contrato del Seguro popular del paciente
8	Servicio	Anotar el nombre del servicio médico en el que se encuentra el paciente.
9	Cama	Anotar el número de cama en que se encuentra el paciente hospitalizado.
10	Diagnóstico	Anotar con letra legible el diagnóstico completo del padecimiento o enfermedad que originó o motivó la consulta.
11	Médico solicitante	Anotar el nombre completo del médico que solicita el estudio de laboratorio.
12	Próxima cita	Anotar con números arábigos la fecha de la siguiente cita

FORMATO DE NOTA DE EVOLUCION (ANVERSO)




Notas de Evolución						1 HOJA No. de	
UNIDAD MÉDICA: 2						EXPEDIENTE: 3	
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE (S)) 4				EDAD: 5	GÉNERO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO 6		
SIGNOS VITALES							
T/A 7	TEMP. 8	FREC. C. 9	FREC. R. 10	PESO 11	TALLA 12		
FECHA Y HORA		NOTAS DE EVOLUCIÓN					
13		14					


NOTA: TODAS LAS NOTAS MÉDICAS DEBERÁN ESTAR FIRMADAS POR EL MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO

NOTA: TODAS LAS NOTAS MEDICAS DEBERÁN ESTAR FIRMADAS POR EL MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Hoja No.	Consecutivo.
2	Unidad Médica	Anotar el nombre completo de la Unidad.
3	Número de Expediente	Anotar con números arábigos el número de expediente asignado al paciente.
4	Nombre del Paciente	Anotar el nombre completo del paciente empezando por apellido paterno y materno y nombre (s)
5	Edad	Anotar con números arábigos la edad cumplida del paciente. Para los niños menores de un mes anotar la edad y en seguida la letra D. Para mayores de un mes O pero menores de un Años anotar la edad seguido de la letra M así como los días. Para mayores de 1 año a 5 años anotar la edad seguida de la letra A y los meses.
6	Género	Marcar con una X el sexo del paciente según corresponda: F: femenino; M: masculino
7	T/A	Anotar la cifra de tensión arterial encontrada en el paciente.
8	Temp.	Anotar la cifra de temperatura detectada en el paciente.
9	Frec. C.	Anotar la cifra de frecuencia cardiaca encontrada en el paciente.
10	Frec. R.	Anotar la cifra de frecuencia respiratoria encontrada en el paciente.
11	Peso	Anotar la cifra del peso en kilogramos encontrada en el paciente.
12	Talla	Anotar la cifra de la estatura en metros encontrada en el paciente.
13	Fecha y Hora	Anotar con número arábigo la fecha empezando por día, mes y año y la hora en que se genera la nota de evolución.

14	Notas de evolución	Describir la evolución del estado clínico que guarda el paciente. En el ambulatorio, cada vez que asista a consulta y en el hospitalario una vez al día o cuantas veces sea necesario. Al concluir la nota de evolución, Anotar nombre completo y firma del Médico que la elaboró.
1	REVERSO Fecha Y Hora	Anotar con número arábigo la fecha empezando por día, mes y año y la hora en que se genera la nota de evolución.
2	Notas de evolución	Describir la evolución del estado clínico que guarda el paciente. En el ambulatorio, cada vez que asista a consulta y en el hospitalario una vez al día o cuantas veces sea necesario. Al concluir la nota de evolución, anotar nombre completo y firma del Médico que la elaboró.
3	T/A	Anotar la cifra de tensión arterial encontrada en el paciente.
4	Temp.	Anotar la cifra de temperatura detectada en el paciente.
5	Frec. C.	Anotar la cifra de frecuencia cardiaca encontrada en el paciente.
6	Frec. R.	Anotar la cifra de frecuencia respiratoria encontrada en el paciente.
7	Peso	Anotar la cifra del peso en kilogramos encontrada en el paciente.
8	Talla	Anotar la cifra de la estatura en metros encontrada en el paciente.

FORMATO DE HISTORIA CLINICA (ANVERSO)

Historia Clínica General

1		2	
UNIDAD MÉDICA:		EXPEDIENTE:	
3		4	
FECHA DE ELABORACIÓN:		HORA DE ELABORACIÓN:	
		TIPO DE INTERROGATORIO: <input type="checkbox"/> DIRECTO <input type="checkbox"/> INDIRECTO	
5			

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

6		7		8	
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE (S)):		EDAD:		GÉNERO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	
9		10			
FECHA DE NACIMIENTO:		OCUPACIÓN DEL PACIENTE:			
11		12			
DOMICILIO:		TELÉFONO:			
		13			
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR EN CASO DE SER MENOR DE EDAD O PERSONA CON CAPACIDADES DIFERENTES:					
14		15			
PARENTESCO CON EL PACIENTE:		TELÉFONO:			

II. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

16

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

17

IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

18

V. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

19

VI. PADECIMIENTO ACTUAL:

20

VII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

CARDIOVASCULAR:

RESPIRATORIO:

GASTROINTESTINAL:

GENITOURINARIO:

HEMÁTICO Y LINFÁTICO:

ENDÓCRINO:

21

FORMATO DE HISTORIA CLINICA (REVERSO)



VII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

NERVIOSO:

1

MUSCULOESQUELETICO:

2

PIEL, MUCOSAS Y ANEXOS:

3

VIII. SIGNOS VITALES

T/A

4

TEMP.

5

FREC. C

6

FREC. R.

7

PESO

8

TALLA

9

IX. EXPLORACION FISICA

HABITUS EXTERIOR:

10

CABEZA:

11

CUELLO

12

TORAX:

13

ABDOMEN:

14

GENITALES:

15

EXTREMIDADES:

16

PIEL:

18

X. RESULTADOS PREVIOS Y ACTUALES DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS:

19

XI. DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS:

20

XII. TX FARMACOLÓGICO:

21

TERAPÉUTICA EMPLEADA Y RESULTADOS (PREVIOS):

22

TERAPÉUTICA ACTUAL:

23

XIII. PRONÓSTICO:

24

MÉDICO

25

NOMBRE, FIRMA

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Unidad Médica	Anotar el nombre completo de la Unidad donde se presta el servicio de consulta externa.
2	Expediente	Anotar con números arábigos el número de expediente asignado al paciente.
3	Fecha de elaboración	Anotar con número arábigo la fecha empezando por día, mes y año en que se genera la historia clínica.
4	Hora de elaboración	Anotar con número arábigo la hora y minutos en que se realiza la historia clínica.
5	Tipo de interrogatorio	Marcar con una X si el interrogatorio es directo o indirecto.
6	Nombre del paciente	Anotar el nombre completo del paciente empezando por apellido paterno y materno y nombre (s).
7	Edad	Anotar con números arábigos la edad cumplida del paciente. Para los niños menores de un mes anotar la edad y en seguida la letra D. Para mayores de un mes O, pero menores de un Años anotar la edad seguido de la letra M, así como los días. Para mayores de 1 año a 5 años anotar la edad seguida de la letra A y los meses.
8	Género	Marcar con una X el sexo del paciente según corresponda: F: femenino; M: masculino.
9	Fecha de nacimiento	Anotar la fecha de nacimiento del paciente empezando por día, mes y año.
10	Ocupación	Anotar el oficio, profesión u otra actividad en que se ocupe el paciente.
11	Domicilio del paciente	Anotar el nombre de la calle, número, población, código postal, ciudad, teléfono del paciente.
12	Teléfono	Anotar con números arábigos el teléfono del paciente ya sea de casa o móvil.

13	Nombre del padre o tutor en caso de ser menor de edad o persona con capacidades diferentes	Anotar el nombre y apellidos del padre o tutor, en caso de que el paciente esté incapacitado o sea menor de edad.
14	Parentesco con el paciente	Anotar el parentesco que tenga con el paciente: padre, madre, hermano, abuelo, tío, tutor, etc.
15	Teléfono	Anotar con número arábigos el teléfono del paciente ya sea de casa o móvil.
16	Antecedentes heredofamiliares	Anotar las enfermedades hereditarias que ha padecido la familia.
17	Antecedentes personales no patológicos	Anotar datos generales referente a vivienda, escolaridad, alimentación, estado civil, etc.
18	Antecedentes personales patológicos	Anotar los padecimientos que ha presentado el paciente hasta el momento actual.
19	Antecedentes gineco-obstétricos	Anotar los antecedentes que ha presentado la paciente relacionada con su aparato reproductor.
20	Padecimiento actual	Anotar la sintomatología con que se presenta el paciente en la unidad médica, el motivo de consulta y descripción del mismo.
21	Interrogatorio por aparatos y sistemas	Anotar los síntomas que deriven del interrogatorio al paciente clasificándolos en síntomas cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, hemáticos y linfáticos, endocrinos.
1	REVERSO Nervioso	Anotar los síntomas del sistema nervioso que refiere el paciente.
2	Musculo esquelético	Anotar los síntomas musculo-esqueléticos que refiere el paciente.
3	Piel, mucosas y anexos	Anotar los signos y síntomas que presenta el paciente en piel y mucosas.
4	T/A	Anotar la cifra de tensión arterial encontrada en el paciente.
5	TEMP.	Anotar la cifra de temperatura detectada en el paciente.

6	FREC. C.	Anotar la cifra de frecuencia cardiaca encontrada en el paciente.
7	FREC. R.	Anotar la cifra de frecuencia respiratoria encontrada en el paciente.
8	PESO	Anotar la cifra del peso en kilogramos encontrada en el paciente.
9	TALLA	Anotar la cifra de la estatura en metros encontrada en el paciente.
10	Habitus exterior	Anotar los hallazgos físicos aparentes derivados de la exploración física del paciente.
11	Cabeza	Anotar la descripción de los signos derivados de la exploración física encontrados en dicha región.
12	Cuello	Anotar la descripción de los signos derivados de la exploración física encontrados en dicha región.
13	Tórax	Anotar la descripción de los signos derivados de la exploración física encontrados en dicha región.
14	Abdomen	Anotar la descripción de los signos derivados de la exploración física encontrados en dicha región.
15	Genitales	Anotar la descripción de los signos derivados de la exploración física encontrados en dicha región.
16	Extremidades	Anotar la descripción de los signos derivados de la exploración física encontrados en dicha región.
18	Piel	Anotar la descripción de los signos derivados de la exploración física encontrados en dicha región.
19	Resultados previos y actuales de laboratorio, gabinete y otros	Anotar los resultados anteriores y actuales de los diferentes estudios de laboratorio, gabinete, y todos aquellos que se le hayan practicado al paciente.

20	Diagnóstico o problemas clínicos	Anotar el diagnóstico o los problemas y dificultades clínicas que presenta el paciente.
21	Tratamiento farmacológico	Anotar la dosis, vía, periodicidad y duración del medicamento s recetados, así como el tratamiento y respuesta al mismo.
22	Terapéutica empleada y resultados previos	Anotar tratamientos y resultados de laboratorio realizados al paciente antes del día de la atención.
23	Terapéutica actual	Anotar el tratamiento e indicaciones sugeridas al paciente.
24	Pronóstico	Anotar juicio emitido por el médico respecto a la evolución de la enfermedad diagnosticada.
25	Nombre firma y cargo de médico	Anotar el nombre completo, firma y cargo del médico responsable de su elaboración

28. SMDIF-SERSALUD-PRO028 CONTROL PRENATAL

28.1 OBJETIVO

Reducir la mortalidad materna y vigilar la evolución de la mujer durante el embarazo de tal forma que sea posible identificar precozmente factores de riesgo y facilitar el acceso a los servicios de salud de manera oportuna.

28.2 ALCANCE

Atención a la población en la demarcación territorial de Chalco, proporcionando servicios médicos y de asistencia social a mujeres en estado de gravidez o lactancia, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el programa “Control de la mujer embarazada y en lactancia” del Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una mejor Salud, con una atención de calidad para los pacientes, y en caso de requerirse se podrá referenciar a un segundo y tercer nivel para su tratamiento.

28.3 REFERENCIAS

- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2/1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- ✓ Guía de referencia rápida Z749 supervisión de embarazo normal.
- ✓ Guía de práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- ✓ Manual del Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud de agosto 2011, de la Secretaría de Salud. Manual de Procesos Sistema de Información en Salud 2013.

28.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

El servicio de Control prenatal en la consulta externa es la unidad administrativa responsable de la atención médica de las mujeres embarazadas solicitantes del servicio mediante la normatividad federal y estatal vigentes.

28.5 TERMINOLOGÍA

Control Prenatal: Son todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal.

Embarazo normal: Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

Edad gestacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.

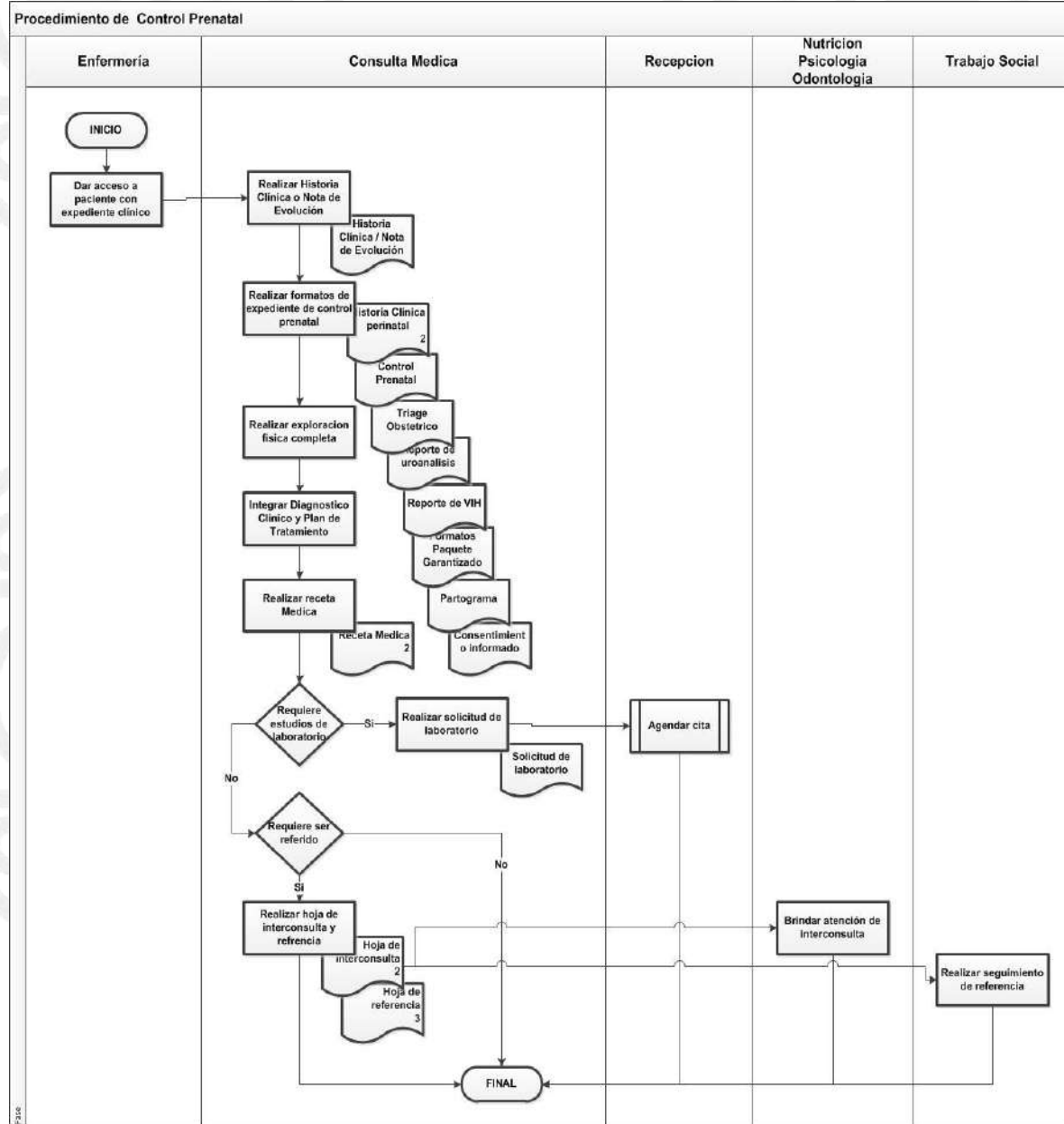
Embarazo de alto riesgo: Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

28.6 DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCIÓN
1	Enfermería	Recibir el expediente clínico que contiene formatos del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud (ver formatos del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud) y a la paciente que demanda la atención procedente del área de enfermería.
2	Consulta Medica	Recibe expediente clínico y paciente para iniciar consulta. Realizar la Historia clínica, enfatizando en los antecedentes gineco-obstétricos (si es 1ra vez), (ver formatos de historia clínica) o actualizar la nota de evolución y línea de vida (subsecuente), (ver formatos de nota de evolución y línea de vida).
3	Consulta Medica	Realizar exploración física completa enfocada a la evolución del embarazo.
4	Consulta Medica	Realizar historia clínica perinatal y proporcionar la original a paciente (ver formato de historia clínica perinatal).
5	Consulta Medica	Realizar el formato de control prenatal (Graficar fondo uterino por las semanas de gestación, y el incremento de peso de acuerdo a las semanas), (ver formato de control prenatal).
6	Consulta Medica	Realizar el formato de Triage obstétrico, haciéndole hincapié de los mismos, realizara la tabla de valoración de riesgo, (ver formato de Triage obstétrico y tabla de valoración de riesgo).
7	Consulta Medica	Anexar el reporte de uroanálisis y el de prueba rápida de VIH adjuntar notas de enfermería y consentimiento informado. (ver formato de cedula para prevenir la transmisión vertical del VIH en mujeres embarazadas, consentimiento informado y notas de enfermería).
8	Consulta Medica	Aplicar el paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud.
9	Consulta Medica	Elaborar Partograma y consentimiento informado firmado por paciente y familiar, (ver formato de Partograma y consentimiento informado).

10	Consulta Medica	<p>Realizar solicitud de Laboratorio y solicitud de estudios de gabinete (Ver formato de solicitud de estudios de laboratorio y gabinete).</p> <p>Si no requiere: el médico determinara si amerita ser referida a otra unidad de salud.</p>
11	Consulta Medica	<p>Referir a la paciente para manejo de segundo o tercer nivel de atención cuando la paciente tenga 36 semanas de gestación o más y/o presente factores de riesgo. (ver formato de referencia y Contrarreferencia).</p> <p>Si no requiere: solicitar interconsulta.</p>
12	Consulta Medica	<p>Referir a la paciente al servicio de Inmunizaciones para la actualización de su esquema de vacunación.</p>
13	Consulta Medica	<p>Solicitar interconsulta a los servicios de Nutrición para orientación nutricional, odontología y psicología, de la paciente embarazada, mediante el formato correspondiente.</p>
14	Consulta Medica	<p>Registrar la próxima cita en el carnet de citas, (Ver formato de citas).</p>
15	Recepción	<p>Agendar próxima cita en el are de archivo.</p>

28.7 DIAGRAMA DE FLUJO



28.8 ANEXOS

FORMATO DE TARJETA DE CONTROL DE LA MUJER EMBARAZADA Y EN LACTANCIA. - Se llenará de acuerdo al instructivo incluido en el Manual de Procesos del Sistema de Información en Salud 2013.

FORMATO DE LÍNEA DE VIDA DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ DURANTE EL EMBARAZO. - Se Llenará de acuerdo al paquete garantizado de servicios de promoción para una mejor salud.

FORMATO DE LÍNEA DE VIDA DE CONSULTA SUBSECUENTE DURANTE EL EMBARAZO. - Se llenará de acuerdo al paquete garantizado de servicios de promoción para una mejor salud.

FORMATO DE LÍNEA DE VIDA DE PUERPERIO. - Se llenará de acuerdo al paquete garantizado de servicios de promoción para una mejor salud.

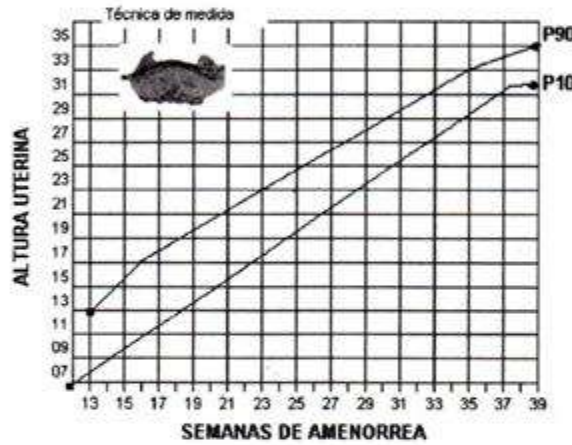
FORMATO DE LÍNEA DE VIDA DE ACUERDO AL GRUPO DE EDAD Se llenará de acuerdo al paquete garantizado de servicios de promoción para una mejor salud.

FORMATO CONTROL PRENATAL

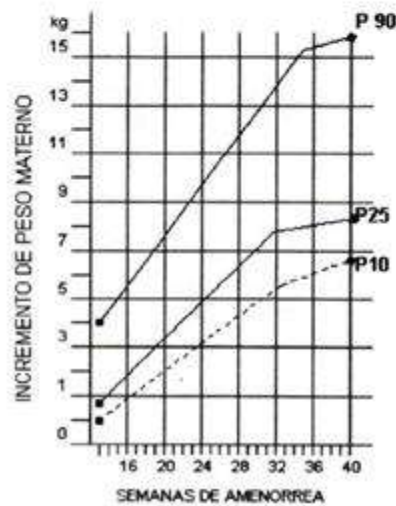
Control Prenatal

CENTRO DE SALUD 1		FECHA: 2	
JURISDICCIÓN: 3	MUNICIPIO: 4		
NOMBRE DE LA PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)) 5		FECHA DE NACIMIENTO: 6	EDAD: 7
ESTADO CIVIL: 8	OCUPACIÓN: 9		
DOMICILIO: 10		TELÉFONO: 11	

12



13



217B20000-084-07

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Centro de salud	Anotar la unidad en la que se atiende
2	Fecha	Anotar fecha de ingreso a la unidad
3	Jurisdicción	Anotar el nombre de la jurisdicción a la que pertenece la unidad medica
4	Municipio	Anotar el nombre del municipio a la que pertenece la unidad medica
5	Nombre de la paciente	Anotar el nombre de la paciente especificando por apellido paterno, apellido materno y nombres
6	Fecha de nacimiento	Anotar con número arábigo la fecha de nacimiento de la paciente empezando por día, mes y año.
7	Edad	Anotar la edad del paciente con número arábigo
8	Estado civil	Especificar si es madre soltera, casada, en unión libre o viuda
9	Ocupación	Especificar a qué se dedica el paciente
10	Domicilio	Anotar el domicilio actual del paciente. Empezando por calle, numero manzana y lote.
11	Teléfono	Anotar con número arábigo el número telefónico donde se le pueda localizar
12	Altura uterina	Llenar la gráfica según las semanas de amenorrea
13	Incremento de peso materno	Llenar la gráfica según el peso especificado en kilos gramos

FORMATO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Carta de Consentimiento Informado

UNIDAD MEDICA	1	LUGAR	2	FECHA	3	HORA	4
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE (S))						5	
No. DE EXPEDIENTE						6	
EDAD	7	GENERO	8	Ocupación	9	ESTADO CIVIL	10
		<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO					
DOMICILIO (CALLE, NUMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO)							
11							

Los médicos del servicio de _____ 12, me han informado de mi (s) padecimiento (s) por lo que necesito someterme a estudios de laboratorio, gabinete, histopatológicos y de procedimientos anestésicos, así como de tratamiento (s) medico (s) y/o quirúrgico (s) considerados como indispensables para recuperar mi salud.

Los médicos me informaron de los riesgos y de las posibles complicaciones de los medios de diagnóstico y tratamientos médico y/o quirúrgicos por lo que por este medio libremente y sin presión alguna acepto someterme a:

Diagnóstico (s) clínico (s) _____ 13

Estudios de laboratorio, gabinete e histopatológicos _____ 14

Actos anestésicos _____ 15

Tratamiento (s) médico (s) _____ 16

Tratamiento (s) quirúrgico (s) _____ 17

Riesgos y complicaciones _____ 18

He sido informado de los riesgos que entraña el procedimiento, por lo que acepto los riesgos que implica el procedimiento, deslindando de responsabilidades a la clínica y a los médicos tratantes.

Autorizo a los médicos de este hospital para que realicen los estudios y tratamientos convenientes

En igual sentido, autorizo ante cualquier complicación o efecto adverso durante el procedimiento, especialmente ante una urgencia médica que se practiquen las técnicas y procedimientos necesarios.

Tengo la plena libertad de revocar la autorización de los estudios y tratamientos en cualquier momento antes de realizarse.

En caso de ser menor de edad o con capacidades diferentes, se informó y autoriza el responsable del paciente.

20

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA

19

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

21

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Unidad médica	Anotar el nombre completo de la Unidad
2	Lugar	Anotar el lugar donde se encuentra ubicada la unidad médica
3	Fecha	Anotar con número arábigo la fecha empezando por día, mes y año en que se genera la referencia.
4	Hora	Anotar con número arábigo la hora en que se realiza el documento.
5	Nombre del paciente	Anotar el nombre completo del paciente empezando por apellido paterno, materno y nombre (s)
6	Expediente	Anotar con números arábigos el número de expediente asignado al paciente.
7	Edad	Anotar la edad en años.
8	Género	Marcar con una X el sexo del paciente según corresponda.
9	Ocupación	Anotar oficio, profesión u otra actividad en que se ocupa
10	Estado civil	Anotar si es soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre
11	Domicilio del paciente	Anotar el nombre de la calle, número, población, código postal, ciudad, teléfono del paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
12	Servicio de	Anotar el nombre del servicio que lo atiende
13	Diagnóstico(s) clínico(s)	Anotar el diagnóstico médico
14	Estudios de laboratorio gabinete histopatología	Anotar todos los estudios realizados
15	Actos anestésicos	Anotar tipo y número de anestесias por recibir.
16	Tratamiento(s) medico(s)	Anotar los tratamientos médicos por recibir
17	Tratamiento(s) quirúrgico(s)	Anotar los tratamientos quirúrgicos
18	Riesgos y complicaciones	Anotar los riesgos y complicaciones que esperan de los procedimientos de laboratorio, gabinete, histopatológico, anestésicos, tratamiento médico y/o quirúrgico.
19	Nombre y firma de quien lo autoriza	Anotar nombre completo y firma del paciente o responsable que autoriza.
20	Nombre y firma del testigo 1	Anotar nombre completo y firma del testigo
21	Nombre y firma del testigo 2	Anotar nombre completo y firma del testigo

FORMATO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (PRUEBAS RÁPIDAS)



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

MUJERES EMBARAZADAS Pruebas Rápidas



Carta de Consentimiento Informado

La Secretaría de Salud ha determinado que el examen de detección del VIH debe ser voluntario, con consejería antes y después de aplicar la prueba, y además, con consentimiento por escrito.

Esto significa:

- * **VOLUNTARIO:** Usted decide si quiere o no hacerse el examen.
- * **CON CONSEJERÍA:** Usted debe recibir información sobre el VIH/SIDA, orientación sobre la conveniencia de practicarse la prueba, y apoyo antes de realizarse el examen y al momento de la entrega del resultado. Este procedimiento se llama consejería para el VIH.
- * **CON CONSENTIMIENTO:** Usted debe dejar constancia de su voluntad frente al examen, firmando frente a la frase que represente su decisión. Su decisión libre y voluntaria no alterará su derecho a la atención que le corresponde.

En caso de que la prueba resulte reactiva, la Secretaría de Salud se compromete a realizar las pruebas de confirmación necesarias. Y en caso de que estas pruebas confirmatorias fueran positivas, la Secretaría de Salud le brindará de manera gratuita el tratamiento necesario para reducir la probabilidad de que su hijo(a) nazca con el VIH.

Nombre completo de la mujer embarazada

1

2 Fecha

Día	Mes	Año

SÍ ACEPTO

NO ACEPTO

3

4

Firma

Firma

Razones de la no-aceptación:

5

Esta Carta de Consentimiento Informado deberá archivar en el expediente clínico de la mujer embarazada

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Nombre completo de la mujer embarazada	Anotar el nombre completo del paciente empezando por apellido paterno y materno y nombre (s).
2	Fecha	Anotar con números arábigos, el día, mes y en el que se genera la información.
3	Firma si acepto	Asentar la firma de la paciente en caso de que si autorice la prueba.
4	Firma no acepto	Asentar firma de la paciente en caso de que no autorice la prueba (s)
5	Razones de la no-aceptación.	Anotar las razones por la que la paciente no permite que se realice la prueba.

Tabla de Valoración de Riesgo del Control Prenatal

UNIDAD MÉDICA: 1	FECHA: 2
NOMBRE DE LA PACIENTE 3	Nº. EXPEDIENTE: 4
DOMICILIO: 5	TELÉFONO: 6

INSTRUCCIONES: Responda las siguientes preguntas marcando con una cruz el casillero correspondiente.

DATOS GENERALES		BAJO RIESGO	ALTO RIESGO
7 1	Edad (años)	20 a 34	<20 o > 34
2	IMC al inicio del embarazo		≤ 24 o ≥ 30
3	Embarazo planeado	Si	No

ANTECEDENTES		BAJO RIESGO	ALTO RIESGO
8 3	Paridad	1 a 3	4 o más
4	Parto anterior	Normal	Complicado
5	Hemorragia obstétrica	No	Si
6	Aborto previo complicado	No	Si
7	Cesárea	No	1 o más
8	Preeclampsia-Eclampsia	No	Si
9	Hijos con peso al nacimiento	≥ 2500 ≤ 3900	≤ 2500 ≥ 3900
10	Muertes Perinatales	No	Si
11	Hijos con malformaciones	No	Si
12	Cirugía genitourinaria	No	Si
13	Trombosis venosa	No	Si

EMBARAZO ACTUAL		BAJO RIESGO	ALTO RIESGO
9 14	Hemoglobina en g.	10 y más	< 10
15	Toxicomanías	No	Si
16	Diabetes Mellitus	No	Si
17	Hipertensión crónica	No	Si
18	VIH +	No	Si
19	VDRL +	No	Si
20	Fondo uterino (cms/mes)	Dentro de rango	Fuera de rango
21	Infección urinaria	No	Refractaria o recurrente
22	Redes de apoyo	Presente	Ausente
23	Estado socioeconómico		Precario

EMBARAZO DE BAJO RIESGO MINIMO 5 CONSULTAS EN 1er NIVEL DE ATENCIÓN, REFIRIENDO A LA SEMANA 32 PARA VALORACIÓN AL NIVEL DE ATENCIÓN DONDE SE RESOLVERÁ SU PARTO.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO REFERENCIA AL SIGUIENTE NIVEL RESOLUTIVO Y SEGUIMIENTO MINIMO 5 CONSULTAS EN 1er NIVEL Y MINIMO 5 CONSULTAS EN EL SIGUIENTE NIVEL DE ATENCIÓN

217B20000-490-13

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Unidad medica	Anotar el nombre de la unidad a la que acude
2	Fecha	Anotar con número arábigo la fecha en la que ingresa especificando por día mes y año.
3	Nombre del paciente	Anotar nombre con el orden apellido paterno, materno y nombre(s).
4	Número de expediente	Anotar con número arábigo el número de expediente
5	Domicilio	Anotar el domicilio con el orden calle, numero, colonia
6	Teléfono	Anotar con número arábigo el número telefónico donde se pueda localizar al paciente
7	Datos generales	Marcar con una X, edad en años, índice de masa corporal de acuerdo a su peso y talla. Y si su embarazo es planeado, de acuerdo a los rubros de bajo y alto riesgo.
8	Antecedentes	Marcar con una X los antecedentes obstétricos; paridad, parto anterior, hemorragia obstétrica, abortos previos, hijos con sobre peso, muertes perinatales, hijos con malformaciones y trombosis venosa; de acuerdo a los rubros que se manejan según sea el caso de alto riesgo y bajo riesgo.
9	Embarazo actual	Marcar con una X si sus resultados de laboratorio son los idóneos para la semaforización de bajo riesgo y de alto riesgo.

FORMATO DE PARTOGRAMA

Partograma																																																																																									
UNIDAD MÉDICA 1						FECHA 2		HORA 3																																																																																	
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)) 4						EXPEDIENTE 5																																																																																			
EDAD 6		GESTA 7		PARA 8		CESAREAS 9		ABORTOS 10																																																																																	
NÚM. DE HIJOS VIVOS 11		FECHA DEL ÚLTIMO PARTO/CESAREA 12		FECHA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN 13		FECHA PROBABLE DE PARTO 14		SEMANAS DE GESTACIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL 15																																																																																	
CONTROL PRENATAL 16 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		NÚM. DE CONSULTAS 17		DÓNDE 18		NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES EN ESTE HOSPITAL 19																																																																																			
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO ACTUAL:																																																																																									
TRATAMIENTO ADMINISTRADO:																																																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ACTIVIDAD UTERINA</th> <th colspan="2">SANGRADO TRANSVAGINAL</th> <th colspan="2">RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS</th> </tr> <tr> <th>FECHA Y HORA DE INICIO</th> <th>CONTRACCIONES EN 10'</th> <th>FECHA Y HORA DE INICIO</th> <th><input type="checkbox"/> NO</th> <th>FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ</th> <th><input type="checkbox"/> NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">MOVIMIENTO FETAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> AUMENTADO <input type="checkbox"/> DISMINUIDO</td> <td colspan="2">EDEMA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td colspan="2">FECHA DE INICIO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TENSIÓN ARTERIAL</td> <td colspan="2">TEMPERATURA °C</td> <td colspan="2">FRECUENCIA RESPIRATORIA X'</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FRECUENCIA CARDÍACA FETAL</td> <td colspan="2">FOCO ALTURA</td> <td colspan="2">DILATACIÓN Y POSICIÓN</td> </tr> <tr> <td colspan="2">RITMO</td> <td colspan="2" rowspan="6"> </td> <td colspan="2">ALTURA DE LA PRESENTACIÓN</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TONO UTERINO</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">CERVIX</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">DILATACIÓN cm</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">BORRAMIENTO %</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">PRESENTACIÓN</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">PELVIS ÚTIL NO ÚTIL</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">INDICACIONES MÉDICAS</td> <td colspan="2">ALTURA DEL ÚTERO</td> <td colspan="2">DILATACIÓN</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">ALTURA/PRESENTACIÓN</td> </tr> </tbody> </table>										ACTIVIDAD UTERINA		SANGRADO TRANSVAGINAL		RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		FECHA Y HORA DE INICIO	CONTRACCIONES EN 10'	FECHA Y HORA DE INICIO	<input type="checkbox"/> NO	FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ	<input type="checkbox"/> NO	MOVIMIENTO FETAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> AUMENTADO <input type="checkbox"/> DISMINUIDO		EDEMA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		FECHA DE INICIO		TENSIÓN ARTERIAL		TEMPERATURA °C		FRECUENCIA RESPIRATORIA X'		FRECUENCIA CARDÍACA FETAL		FOCO ALTURA		DILATACIÓN Y POSICIÓN		RITMO				ALTURA DE LA PRESENTACIÓN		TONO UTERINO				CERVIX				DILATACIÓN cm				BORRAMIENTO %				PRESENTACIÓN				PELVIS ÚTIL NO ÚTIL						IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA						INDICACIONES MÉDICAS		ALTURA DEL ÚTERO		DILATACIÓN						ALTURA/PRESENTACIÓN	
ACTIVIDAD UTERINA		SANGRADO TRANSVAGINAL		RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS																																																																																					
FECHA Y HORA DE INICIO	CONTRACCIONES EN 10'	FECHA Y HORA DE INICIO	<input type="checkbox"/> NO	FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ	<input type="checkbox"/> NO																																																																																				
MOVIMIENTO FETAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> AUMENTADO <input type="checkbox"/> DISMINUIDO		EDEMA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		FECHA DE INICIO																																																																																					
TENSIÓN ARTERIAL		TEMPERATURA °C		FRECUENCIA RESPIRATORIA X'																																																																																					
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL		FOCO ALTURA		DILATACIÓN Y POSICIÓN																																																																																					
RITMO				ALTURA DE LA PRESENTACIÓN																																																																																					
TONO UTERINO																																																																																									
CERVIX																																																																																									
DILATACIÓN cm																																																																																									
BORRAMIENTO %																																																																																									
PRESENTACIÓN																																																																																									
PELVIS ÚTIL NO ÚTIL																																																																																									
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA																																																																																									
INDICACIONES MÉDICAS		ALTURA DEL ÚTERO		DILATACIÓN																																																																																					
				ALTURA/PRESENTACIÓN																																																																																					
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE																																																																																									

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Unidad medica	Anotar el nombre de la unidad médica en la que se atiende.
2	Fecha	Anotar con numero arábigo la fecha en la que ingresa
3	Hora	Anotar con número arábigo especificando horas, minutos y segundos.
4	Nombre del paciente	Anotar nombre especificando por apellido paterno, materno y nombre(s).
5	Expediente	Anotar con número arábigo el número de expediente que se le asigna.
6	Edad	Anotar con número arábigo la edad del paciente.
7	Gesta	Anotar con número arábigo el número de embarazos previos.
8	Para	Anotar con número arábigo el número de partos previos.
9	Cesáreas	Anotar con número arábigo el número de cesáreas previas.
10	Abortos	Anotar con número arábigo el número de abortos según el caso.
12	Número de hijos vivos	Anotar con número arábigo el número de hijos que hayan nacido vivos.
13	Fecha de ultimo parto/ cesárea	Anotar con número arábigo la fecha por día mes y año de su último parto o cesáreo según el caso.
14	Fecha de ultima menstruación	Anotar con número arábigo la fecha por día mes y año del último día que menstruo.
15	Fecha probable de parto	Anotar con número arábigo la fecha por día mes y año de la posible fecha de alumbramiento.
16	Semanas de gestación del embarazo actual	Anotar con número arábigo el número de semanas del periodo gestacional actual.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
17	Número de consultas	Anotar con número arábigo el número de consultas hasta el día actual.
18	Donde	Anotar donde llevo su control prenatal.
19	Número de consultas prenatales en este hospital	Anotar con número arábigo el número de consultas que se han otorgado en esta unidad.
20	Actividad uterina	Anotar el día, mes, año y hora con número arábigo en que se inicia la actividad uterina, así como el número de contracciones en 10 segundos.

FORMATO DE TRIAGE OBSTÉTRICO



Hoja de TRIAGE Obstétrico

FOLIO: **1**

UNIDAD MÉDICA: 2	FECHA: 3	HORA: 4
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S)) 5	EDAD: 6	GÉNERO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO 7

SEÑALE CON UNA "X" EL MOTIVO DE LA CONSULTA.
EN CASO DE PRESENTAR UNA OPCIÓN SEÑALADA EN ROJO DEL 1 AL 6 "REQUIERE ATENCIÓN INMEDIATA" Y REALIZA DETERMINACIÓN DE PROTEINURIA.

		VERDE	ROJO
8	1. SIGNOS VITALES		
	TA	110/70 – 120/80	MÁS DE 140 / MÁS DE 90 O MENOS DE 50
	FC	60 – 100 POR MINUTO	MÁS DE 100 POR MINUTO
	FR	18 – 24 POR MINUTO	MENOS DE 18 O MÁS DE 24 POR MINUTO
	TEMPERATURA	MENOS DE 38°C	MÁS DE 38°C
9	2. ESTADO DE CONCIENCIA(Somnolencia, Estupor y Coma)	NORMAL	ALTERADO
10	3. HEMORRAGIA TRANSVAGINAL	AUSENTE	PRESENTE
11	4. CRISIS CONVULSIVAS	AUSENTE	PRESENTE
12	5. SÍNTOMAS VASOESPASMÓDICOS (Cefalea, acúfenos, fosfenos, vértigo, edema)	AUSENTE	PRESENTE
13	6. DOLOR EN CUADRANTE SUPERIOR DERECHO O EPIGASTRIO	AUSENTE	PRESENTE
14	7. SALIDA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO	AUSENTE	PRESENTE
15	8. ACTIVIDAD UTERINA(trabajo de parto)	AUSENTE	PRESENTE
16	9. MOVIMIENTOS FETALES	PRESENTE	AUSENTE
17	10. EDAD GESTACIONAL MÁS TRABAJO DE PARTO	MENOS DE 36 SEMANAS SIN TRABAJO DE PARTO	MENOS DE 36 SEMANAS MÁS TRABAJO DE PARTO

REALIZÓ

18

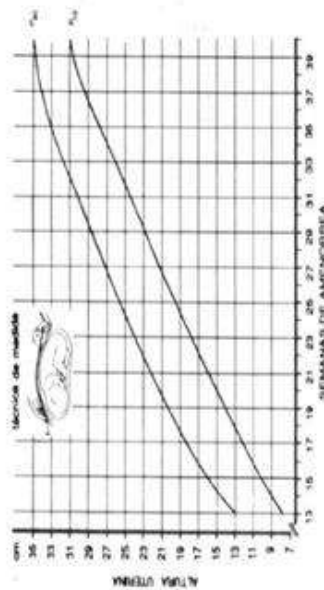
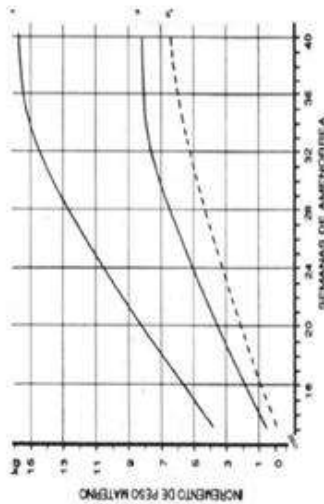
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

217820000-203-08

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Folio	Anotar el número de expediente.
2	Unidad medica	Anotar el nombre de la unidad médica donde se atiende
3	Fecha	Anotar la fecha en la que ingresa.
4	Hora	Anotar la hora en la que ingresa.
5	Nombre del paciente	Anotar el nombre comenzando con apellido paterno, materno y nombre.
6	Edad	Anotar la edad del paciente en años.
7	Genero	Marcar con una x si es paciente masculino o femenino
8	Valoración de signos vitales; <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial • Frecuencia cardiaca • Pulso • Respiración • Temperatura 	Anotar los valores de los signos vitales que presenta la paciente en el momento de la revisión y elegir valores normales se consideran como una semaforización VERDE, signos anormales o alterados se semaforizan como ROJO de alto riesgo
9	Valoración del estado de conciencia (somnolencia, estupor, coma)	Elegir una opción entre (VERDE) Normales o alterados (ROJO)

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
10	Hemorragia transvaginal	Elegir una opción entre (VERDE) Ausente o presentes (ROJO)
11	Crisis convulsivas	Elegir una opción entre (VERDE) Ausente o presentes (ROJO)
12	Síntomas vaso espasmódicos	Elegir una opción entre (VERDE) Ausente o presentes (ROJO)
13	Dolor en cuadrante superior derecho o epigastrio	Elegir una opción entre (VERDE) Ausente o presentes (ROJO)
14	Salida de líquido amniótico	Elegir una opción entre (VERDE) Ausente o presentes (ROJO)
15	Actividad uterina (trabajo de parto)	Elegir una opción entre (VERDE) Ausente o presentes (ROJO)
16	Movimientos fetales	Elegir una opción entre (VERDE) Presentes o ausentes (ROJO)
17	Edad gestacional más trabajo de parto	Elegir una opción entre (VERDE) Menos de 36 semanas sin trabajo de parto ROJO Manos de 36 semanas más trabajo de parto
18	Realizo	Anotar nombre y firma de la persona que realizo el estudio

FORMATO DE HISTORIA CLINICA PRENATAL (REVERSO)



EXAMENES COMPLEMENTARIOS	
Día	Mes
27	

HOSPITALIZACION				
ESTABLECIMIENTO	INGRESO		EGRESO	
	Día	Mes	Día	Mes
28				

OBSERVACIONES
29



CARNET PERINATAL

- * El embarazo no es una enfermedad, pero exige vigilancia del equipo de salud para evitar complicaciones.
- * Es importante que su primera consulta al centro de salud sea lo más pronto posible.
- * Cumpla con las citas y las recomendaciones que le sean dadas.

Este carné contiene información indispensable para su salud y la de su hijo. Llévelo con Ud. como si fuera un documento y entréguelo al equipo de salud toda vez que requiera una atención, ya sea para el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo.

En caso de extravío se ruega dirigirse a

NOMBRE

DOMICILIO

TELEFONO

LOCALIDAD

30




No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Nombre	Anotar el nombre del paciente iniciando por apellido paterno, materno y nombre (s)
2	Domicilio	Anotar el domicilio actual del paciente considerando calle, número manzana y lote, colonia y municipio.
3	Localidad	Anotar la localidad a la que pertenece.
4	Edad	Anotar la edad en años cumplidos del paciente
5	Alfabeta	Anotar si el paciente sabe leer y escribir
6	Estudios	Anotar el grado de estudios del paciente hasta el momento de la consulta.
7	Estado Civil	Anotar el Estado civil del paciente.
8	Antecedentes Familiares	Marcar con una X si la familia del paciente ha padecido
9	Antecedentes Personales	Marcar con una X si es un paciente hipertenso, diabética, o si ha tenido cirugías previas
10	Antecedentes Obstétricos	Anotar con número arábigo, el número de gestas, abortos, partos, cesáreas, nacidos vivos o muertos, cuantos viven, cuántos muertos, fin del anterior embarazo mes y año; recién nacido con mayor peso.
11	Peso y Talla Anterior	Anotar con número arábigo el peso y la talla antes del embarazo.
12	Fecha de ultima regla y fecha probable de parto	Anotar con número de arábigo empezando por día, mes y año la fecha de última menstruación y la fecha probable del parto.
13	Dudas	Marcar con una X si existe duda en la fecha de ultima menstruación
14	Antitetánica	Fecha de sus últimas vacunas y de sus refuerzos.
15	Grupo Rh	Otra con letra grupo sanguíneo y su factor Rh si lo conoce.
16	Fuma	Marcar con una X si fuma o no.


No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
17	Hospitalización	Marcar con una X sí o no.
18	Traslado	Marcar con una X sí o no y a qué lugar
19	Exámenes	Marcar con una X sí o no, de acuerdo a los rubros de exámenes realizados según el caso.
20	Fecha de consulta	Anotar con número arábigo la fecha actual a la que acude a la consulta.
21	Semanas de amenorrea	Anotar con numero arábigo las semanas de gestación hasta la que acude en la consulta.
22	Peso	Anotar con numero arábigo el peso actual especificando en kilos gramos.
23	Tensión arterial	Anotar con número arábigo la presión con la que acude la paciente a consulta, especificando en miligramos de mercurio.
24	Altura uterina	Anotar con número arábigo el fondo uterino especificado con centímetros.
25	Frecuencia cardiaca fetal y movimiento fetal	Anotar con número arábigo los latidos por minuto del producto y si hay movimientos presentes del producto.
26	Datos del recién nacido.	Anotar si el producto nació por parto, cesare o aborto, y fecha de egreso del recién nacido.
27	Exámenes complementarios	Registrar exámenes de laboratorio, gabinete imágenes realizados para el control perinatal
28	Hospitalización	Dejar libre para unidad de segundo nivel donde se atiende.
29	Observaciones	Dejar libre para unidad de segundo nivel donde se atiende, indicar datos importantes
30	En caso de extravió dirigirse a.	Anotar el nombre, domicilio teléfono y localidad. Del paciente para su localización en caso de extraviar el documento.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Nombre de la jurisdicción sanitaria	Anotar la jurisdicción sanitaria a la que pertenece la unidad médica.
2	Clave única de establecimiento de salud CLUES	Anotar la clave que corresponda a la unidad médica.
3	Localidad	Anotar el nombre completo de la localidad a la que pertenece.
4	Municipio	Anotar el municipio que pertenece.
5	Entidad federativa	Anotar la entidad federativa pertenece.
7	Edad	Anotar la edad de la mujer embarazada (en años cumplidos).
8	Número de expediente clínico	Anotar el número de expediente clínico.
9	Semanas de gestación	Anotar el número de semanas de gestación de la mujer al momento en que se le ofrece la prueba rápida.
10	Número de embarazos	Anotar el número de embarazos que ha tenido hasta la fecha (incluyendo el embarazo actual).
11	Número de hijos nacidos vivos	Anotar el número de hijos que vivos que ha tenido la mujer embarazada.
12	Estado civil	Anotar el estado civil (soltera, casada, unión libre, divorciada) de la mujer embarazada.
13	Habla alguna lengua indígena	Anotar si habla o no alguna lengua indígena (es criterio utilizado para pertenencia a un grupo indígena)
14	Prueba rápida para la detección del VIH	Anotar si la paciente se ha hecho anteriormente la prueba, anotar si acepta la prueba. Anotar la fecha de la prueba, el número de folio de la prueba rápida, si recibió consejería, anotar si firmo la carta de consentimiento informado, anotar el resultado de la prueba rápida.
15	Prácticas de riesgo	Anotar la respuesta de las preguntas en las castillas respectivas de la mujer embarazada o de su pareja sexual
16	Responsable del llenado del formato.	Nombre completo de la persona que lleno el formato, fecha de elaboración y firma.

FORMATO DE NOTA DE ENFERMERÍA (UROANÁLISIS)



NOTA DE ENFERMERIA
TIRA DE UROANÁLISIS



FECHA: 1 3 de 4 años, No. Exp. 2
 *Se trata de 3 de 4 años, quien acude a esta
 unidad para el seguimiento de su Control Prenatal del 5 de
 Embarazo, para realizarle TIRA DE UROANÁLISIS obteniendo los siguientes datos:

SG _____
 PH _____
 LEU _____
 NIT _____
 PROT _____
 GLU _____
 KET _____
 UBG _____
 BIL _____
 ERY _____
 HB _____

6

ENFERMERO (A): 7 Ced. 8

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Fecha	Anotar con números arábigos, el día, mes y año a que corresponde la información.
2	Expediente	Anotar con números arábigos el número de expediente asignado al paciente
3	Se trata de	Anotar el nombre completo del paciente empezando por apellido paterno, materno y nombre (s)
4	Edad	Anotar con números arábigos la edad cumplida del paciente en años.
5	Control prenatal del	Anotar el trimestre en que se encuentra la embarazada
6	Los siguientes datos	Anotar el resultado de los diferentes parámetros de la tira de uroanálisis de acuerdo al diagrama del frasco.
7	Enfermero	Anotar el nombre completo del enfermero que aplica e interpreta el estudio.
8	Cédula	Anotar con números arábigos el número de cédula del enfermero que realiza la atención.

FORMATO DE NOTA DE ENFERMERÍA (PRUEBA RÁPIDA DE VIH)



**NOTA DE ENFERMERIA
PRUEBA RÁPIDA DE VIH**



FECHA: 1

No. Exp. 2

*Se trata de 3 de 4 años, quien acude
a esta unidad para el seguimiento de su Control Prenatal del
5 de Embarazo, para realizarle PRUEBA RÁPIDA DE
VIH obteniendo el siguiente resultado:

R: 6

ENFERMERO (A): 7 Ced. 8

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Fecha	Anotar la fecha de la prueba.
2	No. expediente	Anotar el número de expediente correspondiente.
3	Nombre	Anotar el nombre completo del paciente
4	Edad	Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
5	Edad gestacional	Anotar las semanas de gestación o trimestre.
6	Resultado	Anotar el resultado de la prueba rápida.
7	Enfermero	Anotar el nombre completo o sello del enfermero o enfermera que realizó el procedimiento.
8	Cedula	Anotar el número de cedula del enfermero que realizó el procedimiento.

29. SMDIF-SERSALUD-PRO029 CONTROL NUTRICIONAL DE MENORES DE 18 AÑOS

29.1 OBJETIVO

Detectar los diferentes trastornos del estado de nutrición, con la finalidad de tratarlos oportunamente, para disminuir las complicaciones en el estado de salud que cada una de estos conlleva. Realizando un registro del estado nutricional de toda la población menor de 18 años 11 meses de edad, que demande el servicio de consulta médica.

29.2 ALCANCE

Atención a la población en la demarcación territorial de Chalco, proporcionando servicios médicos y de asistencia social a hombres y mujeres entre los 0 y 18 años 11 meses, de edad, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el programa “Control del Estado de Nutrición del Niño y del Adolescente” del Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una mejor Salud, con una atención de calidad y en caso de requerirse se podrá referenciar a un segundo y tercer nivel para su tratamiento.

29.3 REFERENCIAS

- ✓ Ley General de Salud. Título Tercero, Capítulo I, artículos 23 y 27, fracción III, Capítulo II Atención Médica, Artículo 33, fracciones I, II y III.
- ✓ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Capítulo I, Artículo 8, fracciones I, II y III, Capítulo IV, artículos 73, 74 y 87.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, que establece los Requerimientos Mínimos de Infraestructura y Equipamiento de Establecimientos para la Atención Médica de Paciente Ambulatorio.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999 para la atención a la salud del niño sano.

- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993, Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- ✓ Guía de Práctica Clínica: para el control y seguimiento de la nutrición, el crecimiento y desarrollo del menor forma parte de las guías que integran el catálogo.

29.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

Control del estado de nutrición en el menor de 18 años 11 meses, es el programa prioritario de salud encargado de vigilar el estado nutricional de la población ya mencionada, mediante la normatividad estatal y federal vigente.

29.5 TERMINOLOGÍA

Crecimiento: incremento de masa corporal, evaluada a través de mediciones antropométricas, peso, talla, longitud caporal (dependiendo de la edad) perímetro cefálico, índice de masa corporal cuyos valores obtenidos se vacían en un patrón de referencia.

Desarrollo: conjunto de cambios funcionales en la maduración del ser humano desde el nacimiento hasta su adultez.

Somatometría: medición de las dimensiones físicas del cuerpo humano.

Longitud: estatura; talla: Medida o talla del eje mayor del cuerpo. La longitud se refiere a la talla obtenida con el paciente en decúbito, en tanto que la estatura se refiere a la talla obtenida con el paciente de pie. Para los fines de esta Norma se utilizará talla como sinónimo de longitud y estatura.

Peso: Medida de la masa corporal.

Estado nutricional: resultado de la interacción del potencial genético que puede ser susceptible de modificación y las condiciones del medio ambiente en las que se desarrolla el niño.

Índice de masa corporal: índice de la relación que resulta de dividir el peso de un niño expresada en kilogramos entre la talla expresadas al metro al cuadrado.

Obesidad: desviación del estado nutricional que se caracteriza por incremento de peso en relación a talla y edad, originado frecuentemente por el desequilibrio entre una mayor ingesta y menor gasto calórico.

Sobrepeso: desviación del estado nutricional que se caracteriza por incremento de peso en relación a talla y edad.

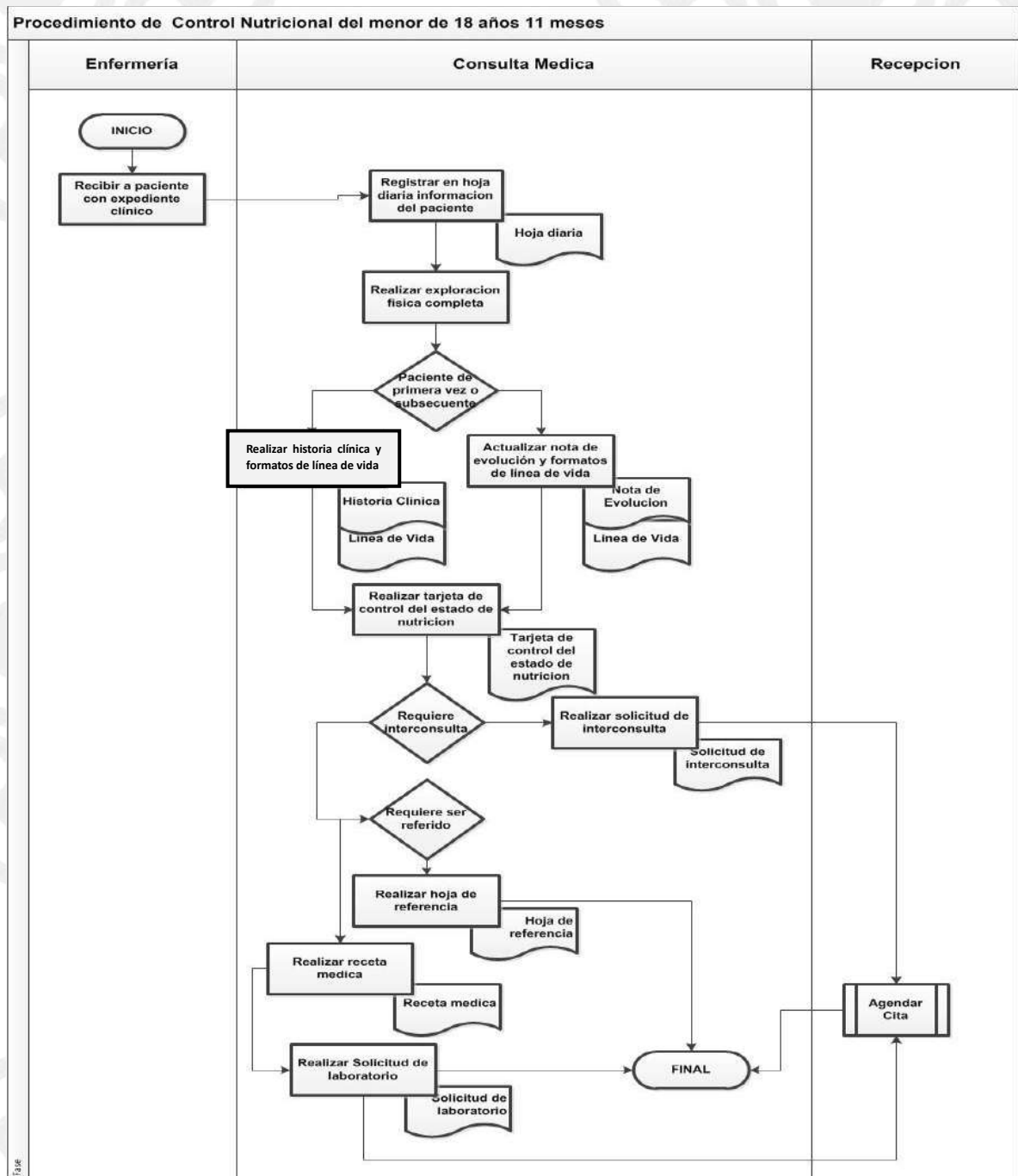
Desnutrición: pérdida de reservas o debilitación de un organismo por recibir poca o mala alimentación.

29.6 DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Enfermería	Recibir el expediente clínico que contiene formatos del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud (ver formatos del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud) y al paciente que demanda la atención procedente del área de enfermería.
2	Consulta Medica	Registrar las actividades realizadas en la hoja diaria de consulta externa (ver formato de hoja diaria).
3	Consulta Medica	Realizar exploración física completa al paciente, integrar el diagnóstico clínico y plan de tratamiento. Realizar la Historia clínica, enfatizando en los antecedentes perinatales (si es 1ra vez), (ver formatos de historia clínica) o actualizar la nota de evolución y línea de vida (subsecuente), (ver formatos de nota de evolución y línea de vida).

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
4	Consulta Medica	Realizar la tarjeta de control nutricional y agregar al tarjetero de acuerdo al SIS 2015 (ver formatos del paquete garantizado de los servicios de promoción y prevención para una mejor salud).
5	Consulta Medica	Determinar si el paciente amerita interconsulta en la misma unidad de salud. Realizar solicitud de interconsulta (ver formato de interconsulta).
6	Consulta Medica	Determinar si el paciente amerita referencia a otra unidad de salud de mayor nivel de atención. Realizar hoja de referencia (ver formato de hoja de referencia y Contrarreferencia).
7	Consulta Medica	Si no requiere interconsulta o referencia: Prescribir receta médica y entregarla al paciente (ver formato de receta médica).
8	Consulta Medica	Realizar solicitud de Laboratorio y/o solicitud de estudios de gabinete en caso de que el paciente lo amerite (ver formato de solicitud de estudios de laboratorio).
9	Consulta Medica	Registrar en el carnet la próxima cita (ver formato de carnet de citas).
10	Recepción	Agendar la cita programada.

29.7 DIAGRAMA DE FLUJO



29.8 ANEXOS

FORMATO DE VIGILANCIA DE LA NUTRICIÓN DEL MENOR DE 5 AÑOS (ANVERSO)

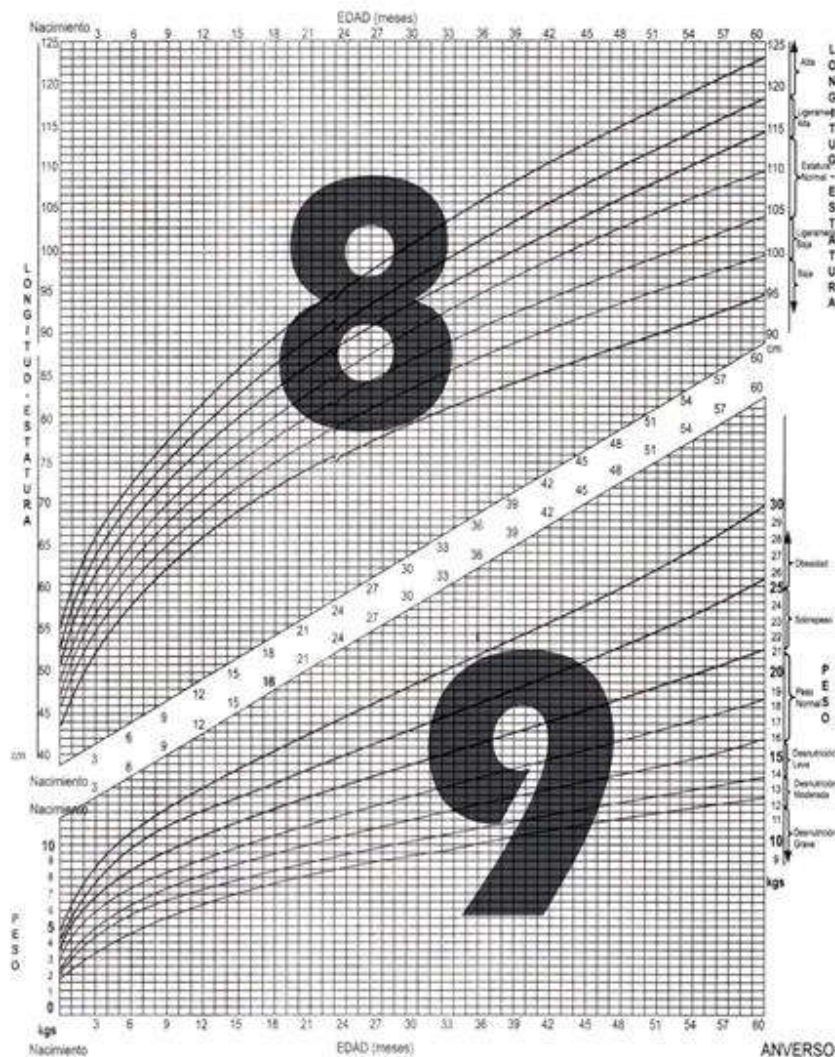


Vigilancia de la nutrición del menor de 5 años
Gráficas de Longitud/ Estatura por Edad
y Peso por Edad
Niño



GOBIERNO DE
CHALCO
2025-2027

Unidad Médica de Atención **1** CLUES **2**
Nombre de la niño **3** No. de Identificación **4**
Domicilio de la niño **5**
Fecha de Nacimiento **6** Fecha de ingreso a control **7**



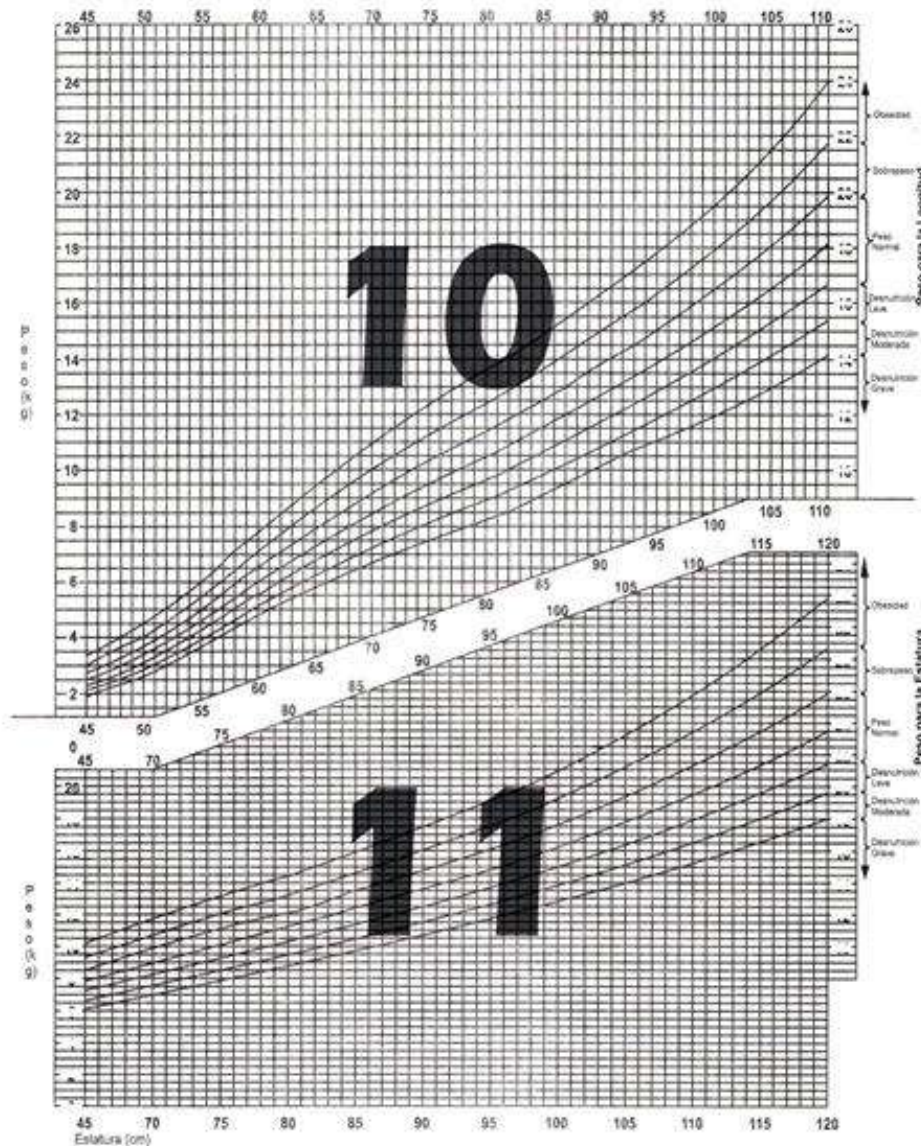
FORMATO DE VIGILANCIA DE LA NUTRICIÓN DEL MENOR DE 5 AÑOS (REVERSO)



Vigilancia de la nutrición del menor de 5 años
Gráficas de Peso para la Longitud o Estatura
Niño



GOBIERNO DE
CHALCO
2025-2027



Fuente: WHO Child Growth Standards 2006
Dato: modificado de INCH

Nombre del Médico Tratante _____

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Unidad médica de atención	Anotar el nombre de la unidad de atención.
2	CLUES	Anotar la clave única de establecimientos de salud.
3	Nombre del niño	Anotar el nombre completo del niño empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).
4	Número de identificación	Anotar el número de expediente completo.
5	Domicilio del niño	Anotar el domicilio completo del paciente comenzando por calle, número y colonia.
6	Fecha de nacimiento	Anotar la fecha de nacimiento comenzando por día mes y año.
7	Fecha de ingreso	Anotar la fecha que ingresa a la consulta médica comenzando por día mes y año.
8	Gráfica	Graficar la talla para la edad en meses, el peso para la edad en años colocando un punto y la fecha en que se gráfica.
9	Gráfica	Graficar el peso para la edad en meses colocando un punto y la fecha en que se grafica
10	PARTE POSTERIOR (gráfica)	Graficar el peso para la longitud cuando la edad es de 0 a 2 años y peso para la estatura de 2 años a 4 años 11 meses colocando un punto y la fecha en que se gráfica.
11	Nombre del médico tratante	Anotar el nombre completo, así como la firma del médico.

**FORMATO DE TALLA PARA NIÑOS DE 6 A 18 AÑOS DE EDAD
(ANVERSO)**

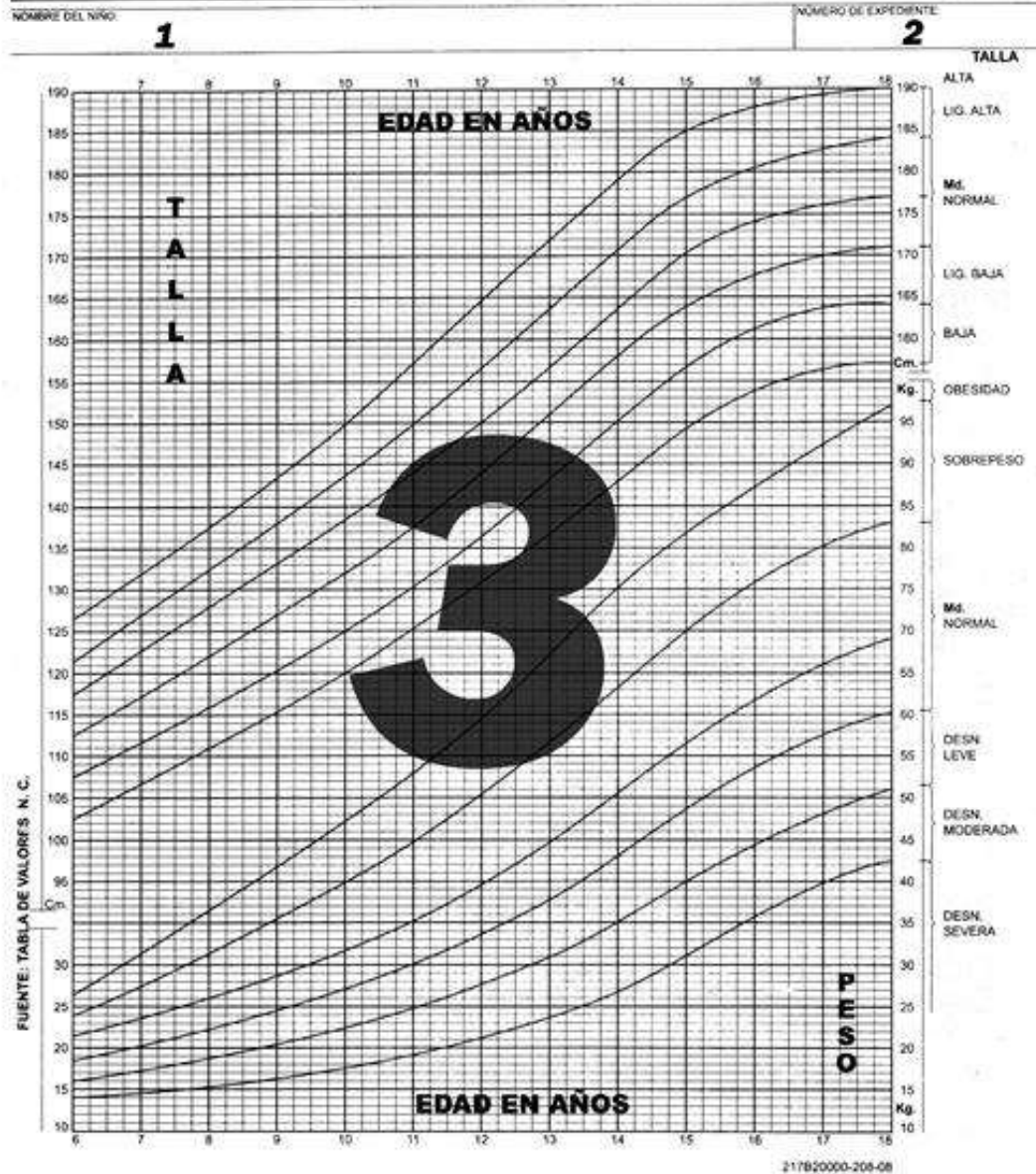


GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



GOBIERNO DE
CHALCO
2025-2027

Gráfica de Peso - Talla para Niños de 6 a 18 Años de Edad



**FORMATO DE TALLA PARA NIÑOS DE 6 A 18 AÑOS DE EDAD
(ANVERSO)**



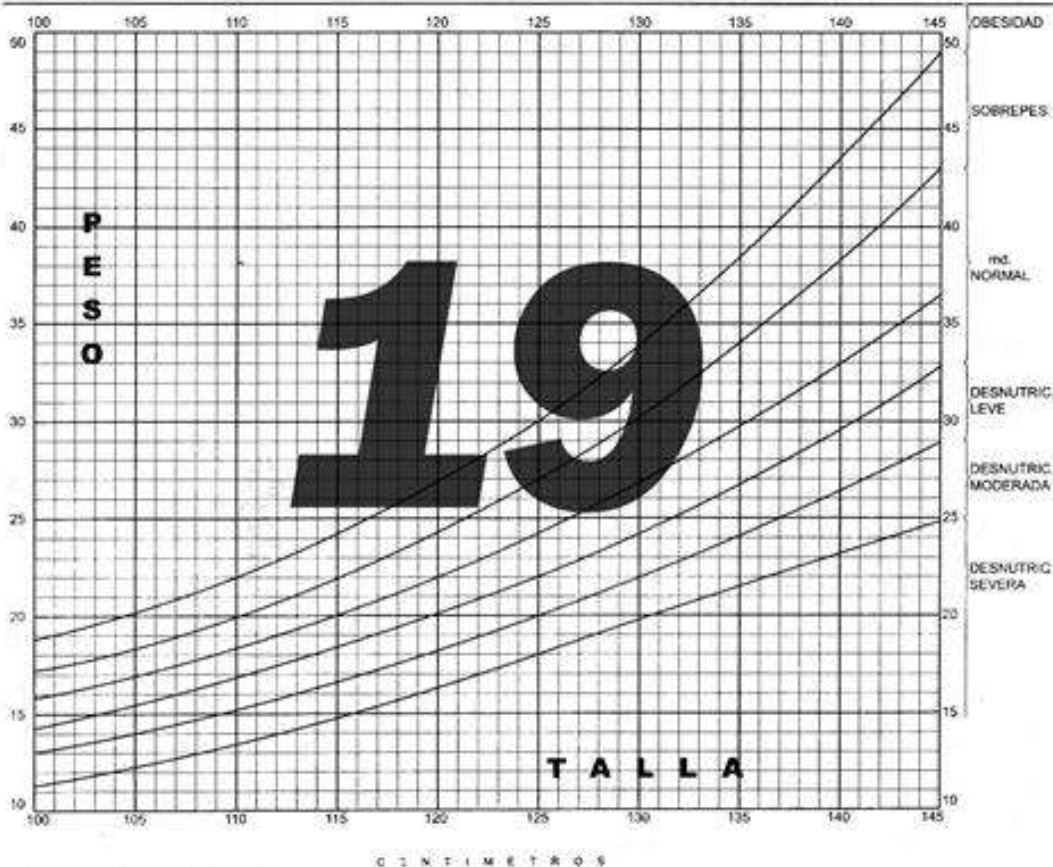
GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



GOBIERNO DE
CHALCO
2025-2027

ENTIDAD:	5	JURISDICCIÓN SANITARIA:	6	Nº. DE EXPEDIENTE:	4
LOCALIDAD:	7	UNIDAD DE SALUD:	8		
NOMBRE DEL NIÑO:	9	PESO AL NACER:	10	TALLA AL NACER:	11
NOMBRE DE LA MADRE:	12	DOMICILIO:	13		
FECHA:	14	EDAD:	15	TALLA (cm):	16
				PESO (kg.):	17
				PADECIMIENTO ACTUAL:	18

Gráfica de Peso para Niños de Talla 100 a 145 cms.



FUENTE: TABLAS DE VALORES DEL NCHS

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Nombre del niño	Anotar el nombre completo del niño empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).
2	Número de expediente	Anotar el número del expediente.
3	Gráfica	Graficar la talla para la edad, el peso para la edad en años colocando un punto y la fecha en que se gráfica.
4	Número de expediente	Anotar el número del expediente.
5	Entidad	Anotar el nombre de la entidad federativa.
6	Jurisdicción sanitaria	Anotar el nombre de la jurisdicción sanitaria a la que pertenece la unidad de atención médica.
7	Localidad	Anotar el nombre de la localidad a la que pertenece la unidad de atención médica.
8	Unidad de salud	Anotar el nombre de la entidad a la que pertenece la unidad de atención médica.
9	Nombre del niño	Anotar el nombre completo del niño empezando por apellido paterno, materno y nombre (s)
10	Peso al nacer	Anotar el peso con el que nació el paciente.
11	Talla al nacer	Anotar la talla con la que nació el paciente.
12	Nombre de la madre	Anotar el nombre completo de la madre empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).
13	Domicilio	Anotar el domicilio completo del paciente
14	Fecha	Anotar la fecha en el orden de día, mes y año.
15	Edad	Anotar la edad en años y meses.

**FORMATO DE TALLA PARA NIÑAS DE 6 A 18 AÑOS
(ANVERSO)**

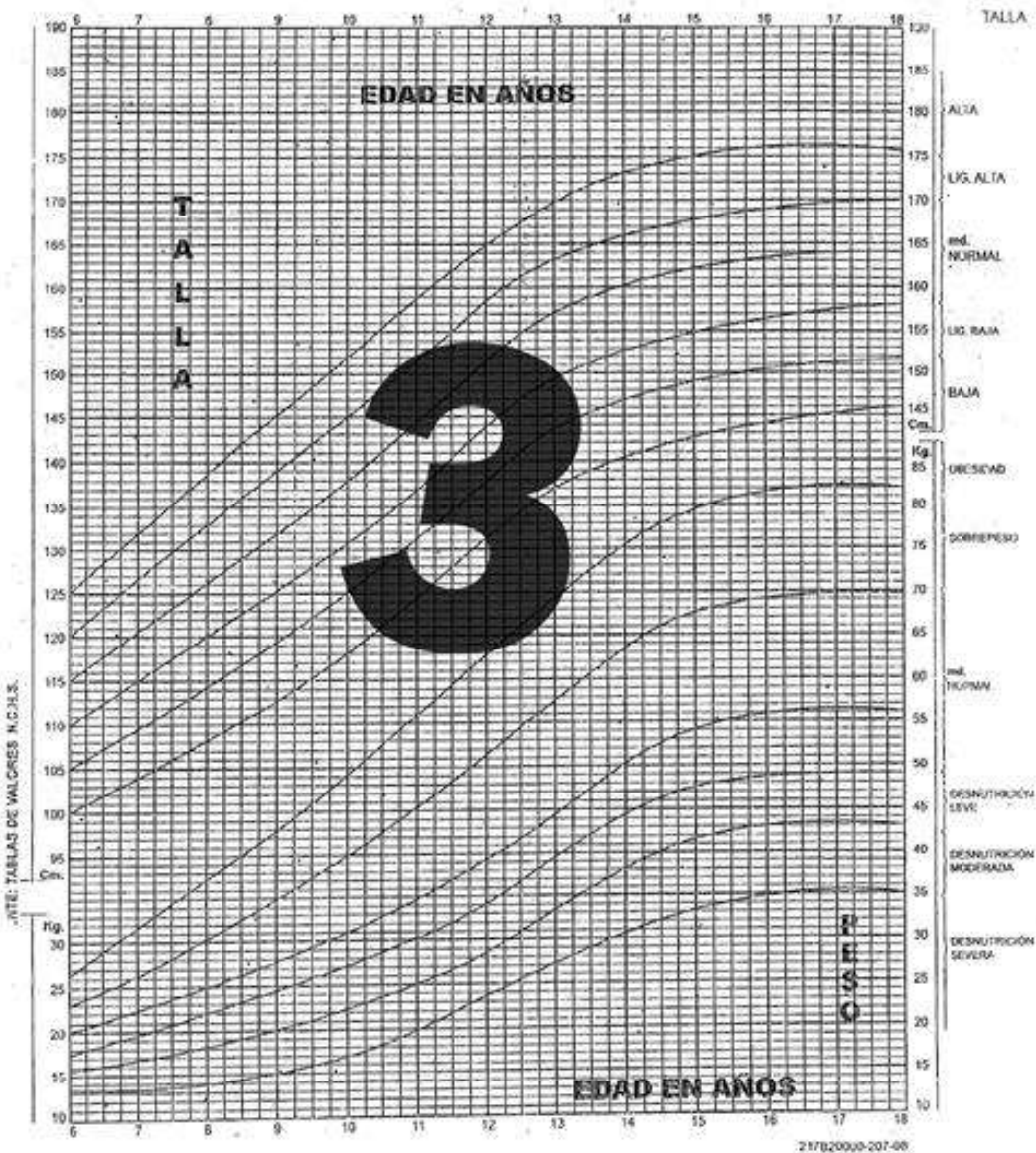
Gráfica de Peso - Talla para Niñas de 6 a 18 Años de Edad

NOMBRE DE LA NIÑA:

1

No. DE EXPEDIENTE:

2

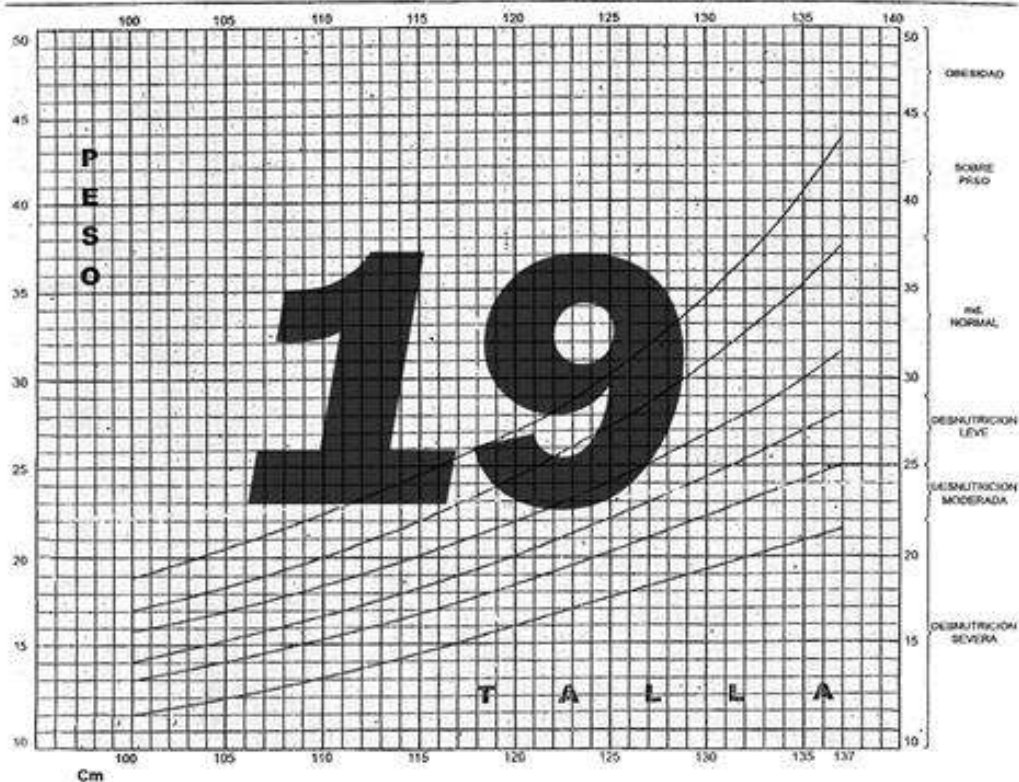


**FORMATO DE TALLA PARA NIÑAS DE 6 A 18 AÑOS
(ANVERSO)**



ENTIDAD:	4	A. RESERCIÓN SANITARIA:	5	Nº. EXPEDIENTE:	6
LOCALIDAD:	7	UNIDAD DE SALUD:	8		
NOMBRE DE LA NIÑA:	9	PESO AL NACER:	10	TALLA AL NACER:	11
NOMBRE DE LA MADRE:	12	DOMICILIO:	13		
FECHA:	EDAD:	TALLA (cm):	PESO (kg):	PADECIMIENTO ACTUAL:	
14	15	16	17	18	

Gráfica de Peso para la Talla en Niñas de 100 - 137 cms.



FUENTE: TABLAS DE VALORES DEL N.C.H.S.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	PARTE ANTERIOR Nombre de la niña	Colocar el nombre completo de la niña empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).
2	Número de expediente	Anotar el número completo del expediente.
3	Grafica	Graficar la talla para la edad, el peso para la edad en años colocando un punto y la fecha en que se gráfica.
4	PARTE POSTERIOR entidad	Colocar el nombre de la entidad a la que pertenece la unidad de consulta externa DIF Chalco.
5	Jurisdicción sanitaria	Colocar el nombre de la jurisdicción sanitaria a la que pertenece la unidad de consulta externa DIF Chalco.
6	Número de expediente	Anotar el número completo del expediente.
7	Localidad	Colocar el nombre de la localidad a la que pertenece la unidad de consulta externa DIF Chalco.
8	Unidad de salud	Colocar el nombre de la entidad a la que pertenece la unidad de consulta externa DIF Chalco.
9	Nombre de la niña	Colocar el nombre completo del niño empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).
10	Peso al nacer	Interrogar a la madre sobre el peso al nacer de la niña.
11	Talla al nacer	Interrogar a la madre sobre la talla al nacer de la niña.
12	Nombre de la madre	Se coloca el nombre completo de la madre empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
13	Domicilio	Se anota el domicilio completo del paciente comenzando por calle, número y colonia.
14	Fecha	Colocar la fecha completa de elaboración.
15	Edad	Colocar la edad y meses completo de la niña.
16	Talla	Anotar la talla en centímetros.
17	Peso	Anotar el peso en kilogramos.
18	Padecimiento actual	Colocar el diagnóstico del padecimiento por el cual acude.
19	Grafica de peso de niñas de talla 100 a 145 cm	Graficar el peso para la talla colocando un punto y la fecha.

30. SMDIF-SERSALUD-PRO030CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

30.1 OBJETIVO

Restaurar la salud y preservar la vida de los usuarios mediante la atención integral en el control de enfermedades crónicas y su adecuado manejo, de conformidad con los lineamientos técnicos en la materia.

30.2 ALCANCE

Atención a la población en la demarcación territorial de Chalco, proporcionando servicios médicos y de asistencia social a hombres y mujeres con alguna enfermedad crónico degenerativa (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Sobrepeso, Obesidad, Dislipidemias y Síndrome Metabólico) de acuerdo a los lineamientos establecidos en el programa “Control de Enfermedades Crónico Degenerativas” del Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una mejor Salud, con una atención de calidad y en caso de requerirse, se podrá referenciar a un segundo y tercer nivel para su tratamiento.

30.3 REFERENCIAS

- ✓ Ley General de Salud. Título Tercero, Capítulo I, artículos 23 y 27, fracción III, Capítulo II Atención Médica, Artículo 33, fracciones I, II y III.
- ✓ Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, reformas y adiciones.
- ✓ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Capítulo I, Artículo 8, fracciones I, II y III, Capítulo IV, artículos 73,
- ✓ 74 y 87. Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986, reformas y adiciones. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2001, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la atención primaria, Diario Oficial de la Federación, 18 de enero de 2001, reformas y adiciones
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica. Diario Oficial de la Federación, 19 de febrero del 2013, reformas y adiciones.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-30-SSA2-2001, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Diario Oficial de la Federación, 17 de enero de 2001, reformas y adiciones.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, para el Tratamiento Integral del Sobrepeso y la Obesidad, 7 de julio de 2010, reformas y adiciones.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, protección ambiental, salud ambiental Residuos Peligrosos Biológico- infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo. Diario Oficial de La Federación, 17 de febrero del 2003, reformas y adiciones.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico. Diario Oficial de la Federación, 29 de junio de 2012, reformas y adiciones.

30.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

Control de enfermedades crónico degenerativas es el programa prioritario de salud que se encarga de vigilar la evolución de las diferentes enfermedades crónicas diagnosticadas en nuestra unidad médica o las ya conocidas por los pacientes que soliciten atención médica, mediante la normatividad estatal y federal vigente.

El área de enfermería será la responsable de detectar las enfermedades crónicas degenerativas, (hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, dislipidemias, síndrome metabólico y sobrepeso), mediante la aplicación de los cuestionarios correspondientes.

30.5 TERMINOLOGÍA

Antisepsia. - Conjunto de procedimientos o prácticas encaminadas a evitar al máximo la reproducción, diseminación, transmisión de los microorganismos destruyéndolos a través de medios físicos y químicos.

Asepsia. - Se dice de la ausencia total de microorganismos que pueden ocasionar enfermedades.

Cuestionario de Factores de Riesgo. - Es una serie de preguntas que se aplica a hombres y mujeres mayores de 20 años con el fin de detectar los factores de riesgo de enfermedad, para Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Obesidad, Sobrepeso, Alcoholismo, Tabaquismo y Violencia Familiar dependiendo del resultado se confirma o se descarta algún factor de riesgo.

Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas. - Es la herramienta metodológica para el seguimiento y control subsecuente de los resultados diagnósticos realizados a cada uno de los usuarios integrados al programa de Control de Enfermedades crónico- degenerativas emitida por la Secretaría de Salud y registrada en su versión actual bajo la clave I-SIS-SS-EC-P-2015 disponible para todas las Unidades de Salud del Sector Salud.

Índice de Masa Corporal. - Es un índice de peso de una persona en relación con su altura que permite evaluar el grado de riesgo asociado a la obesidad y que utiliza la Fórmula: peso/talla².

Línea de Vida. - Se refiere a las diferentes etapas que recorre un individuo desde que nace hasta que muere.

Paquete Garantizado de Salud. - Conjunto de acciones efectivas de prevención y promoción de la salud de acuerdo al grupo de edad que le corresponda a cada individuo.

Somatometría. - La medición de las dimensiones físicas del cuerpo humano.

Usuario. - Toda aquella persona, paciente o no que requiera y obtenga la prestación de los servicios de la atención médica (NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud).

Autocuidado. - La práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar.

Circunferencia Abdominal. - Es la medición de la circunferencia de la cintura por encima de la cresta iliaca del usuario, en centímetros.

Colesterol total. - (CT) ES una medida aproximada de todo el colesterol y triglicéridos en la sangre. El colesterol es una sustancia suave y serosa que se encuentra en todas las partes de cuerpo. Demasiado colesterol puede obstruir las arterias y condicionar cardiopatía.

Colesterol de Baja Densidad. - (C-LDL) Las lipoproteínas de baja densidad o LDL surgen del catabolismo de las IDL en el plasma. Son responsables del transporte centrífugo del colesterol del hígado hacia los tejidos.

Colesterol de Alta Densidad. - Las lipoproteínas de alta densidad o HDL comprenden distintas subpoblaciones, son sintetizadas en el hígado en intestinos, es la encargada del transporte reverso del colesterol, desde la periferia hasta el hígado.

Diabetes. - Es una enfermedad crónica que se caracteriza por el hecho de que el organismo no es capaz de aprovechar adecuadamente la energía proveniente de los hidratos de carbono. Esto se debe a que hay carencia total o parcial de la hormona insulina.

Dislipidemia. - Son un conjunto de afecciones de origen genético en las que la mutación lleva a una sobreproducción de los tipos de lipoproteínas o a un menor catabolismo de ellas o por defectos en el catabolismo de las LDL.

Hemoglobina Glucosada. - Es el porcentaje de hemoglobina que se encuentra unida a la glucosa y que varía en función del nivel de glucosa en sangre. Indica la medida de glucemias de los últimos tres meses, por lo que es el mejor parámetro de control glucémico a largo plazo.

Hipertensión Arterial. - Se considera hipertensión arterial cuando la presión sistólica es mayor de 140mmHg y, la presión diastólica es mayor de 90mmHg.

Obesidad. - Es una consecuencia mediata de la hipertrofia del tejido adiposo, con hiperinsulinemia e insulino resistencia. Hay una excesiva producción de VLDL con hipertrigliceridemia. Menor formación de HDL.

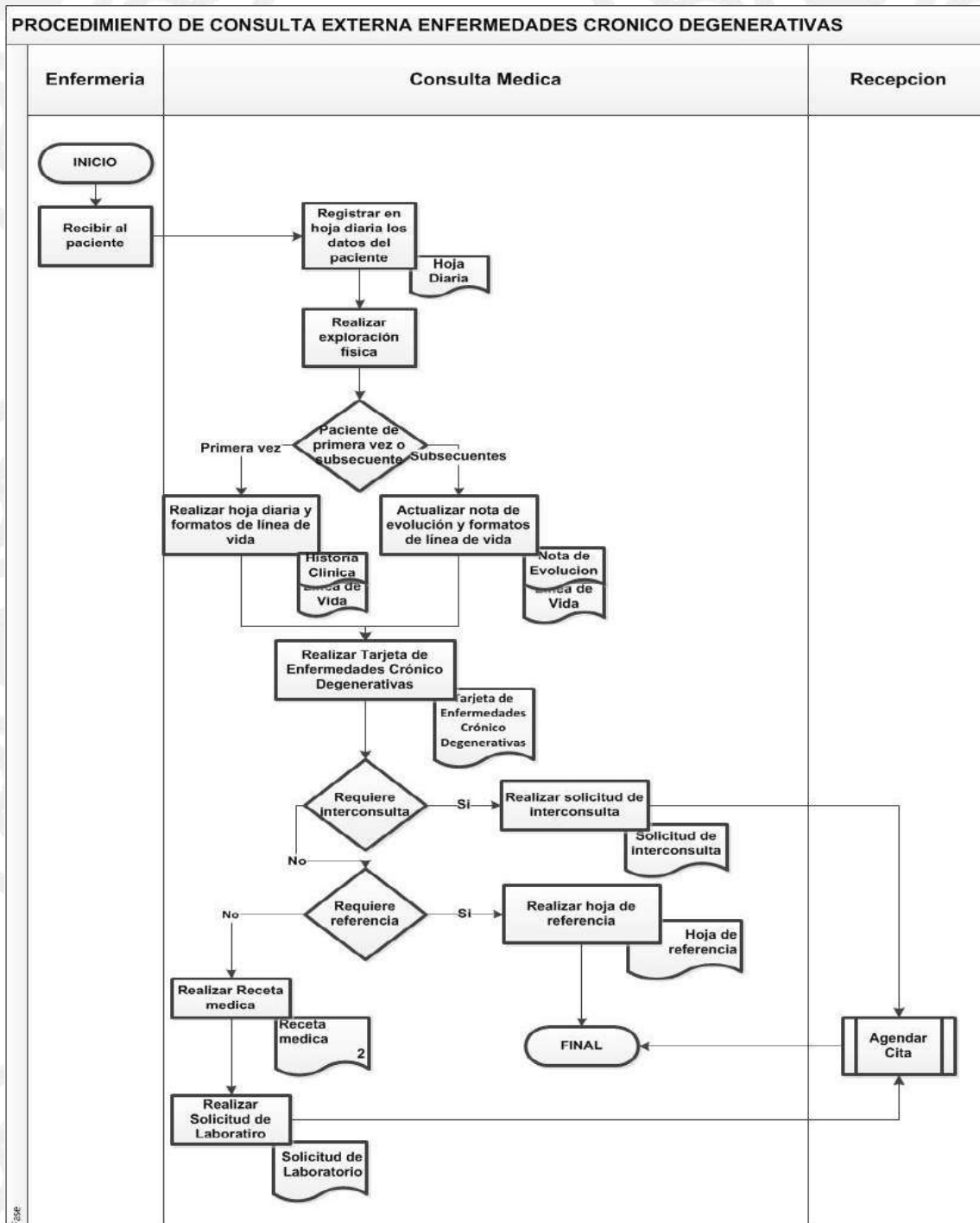
Presión Arterial. - Es la fuerza ejercida por la sangre sobre las paredes arteriales, condicionada por la sístole y la diástole cardiacas.

Triglicéridos. - Son el principal tipo de grasa transportado por el organismo. Recibe el nombre de su estructura química. Luego de comer, el organismo digiere las grasas de los alimentos y libera triglicéridos a la sangre. Estos son transportados a todo el organismo para dar energía o para ser almacenados como grasa.

30.6 DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Enfermería	Recibir el expediente clínico que contiene formatos del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud (ver formatos del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud) y al paciente que demanda la atención procedente del área de enfermería.
2	Consulta Médica	Registrar las actividades realizadas en la hoja diaria de consulta externa (ver formato de hoja diaria).
3	Consulta Médica	En el caso de consulta de primera vez realizar Historia clínica (ver formato de Historia Clínica) y formatos de línea de vida del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud (ver formatos del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud).
4	Consulta Médica	Realizar la tarjeta de registro y control de enfermedades crónicas y agregar al tarjetero de acuerdo al SIS 2015 (ver formatos del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud).
5	Consulta Médica	En el caso de consulta subsecuente actualizar Nota de Evolución (ver formato de Nota de Evolución) y Línea de Vida (ver formatos del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud).
6	Consulta Médica	Realizar exploración física completa al paciente, integrar el diagnóstico clínico y plan de tratamiento.
7	Consulta Médica	Realizar solicitud de Laboratorio y solicitud de estudios de gabinete (Ver formato de solicitud de laboratorios).
8	Consulta médica	Determinar si el paciente amerita interconsulta en la misma unidad de salud o referencia a otra unidad de salud de mayor nivel de atención y realizar el formato necesario (ver formato de referencia y contrarreferencia).
9	Consulta médica	Prescribir receta médica y entregarla al paciente (ver formato de receta médica).
10	Consulta médica	Registrar en el carnet la próxima cita (ver formato de carnet de citas).

30.7 DIAGRAMA DE FLUJO



30.8 FORMATOS

FORMATO DE TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS;

Se llenará de acuerdo al instructivo incluido en el Manual de Procesos del Sistema de Información en Salud 2013.

FORMATO DE LÍNEA DE VIDA DE ACUERDO AL GRUPO DE EDAD Se llenará de acuerdo al paquete garantizado de servicios de promoción para una mejor salud.

FORMATO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA DE PACIENTE CON DIABETES

Nombre: **1** Nº Expediente: **2**
Fecha: **3**

Califique: 0 = Alteración ausente, 1 = Alteración moderada, 2 = Alteración severa.

PIE DERECHO		PIE IZQUIERDO	
EXAMEN DERMATOLÓGICO			
Hiperqueratosis		Hiperqueratosis	
a) Plantar	4	a) Plantar	5
b) Dorsal		b) Dorsal	
c) Talar		c) Talar	
Subtotal		Subtotal	
Alteraciones ungueales		Alteraciones ungueales	
d) Onicomicosis	6	d) Onicomicosis	7
e) Onicogrietas		e) Onicogrietas	
Subtotal		Subtotal	
Otras localizadas		Otras localizadas	
f) Bursitis	8	f) Bursitis	9
g) Ulcera		g) Ulcera	
h) Necrosis		h) Necrosis	
i) Grietas y fisuras		i) Grietas y fisuras	
j) Lesión superficial		j) Lesión superficial	
k) Otras difusas		k) Otras difusas	
Amibiasis		Amibiasis	
Talas		Talas	
Subtotal		Subtotal	
EXAMEN ESTRUCTURAL ÓSEA			
Deformidades óseas		Deformidades óseas	
a) Dedos en garra	10	a) Dedos en garra	11
b) Hallux Valgus		b) Hallux Valgus	
c) Dedos en martillo		c) Dedos en martillo	
d) Infraducto		d) Infraducto	
e) Supraducto		e) Supraducto	
f) Hipercurvas bajo metatarsianos		f) Hipercurvas bajo metatarsianos	
g) Pie de Charcot		g) Pie de Charcot	
Subtotal		Subtotal	
EXAMEN VASCULAR			
Sistema arterial		Sistema arterial	
Pulso pedio	12	Pulso pedio	13
Llenado capilar		Llenado capilar	
Subtotal		Subtotal	
Sistema venoso		Sistema venoso	
Varices	14	Varices	15
Edema		Edema	
Subtotal		Subtotal	
EXAMEN NEUROLÓGICO			
Sistema periférico		Sistema periférico	
Sensibilidad táctil	16	Sensibilidad táctil	17
Sensibilidad vibración		Sensibilidad vibración	
Subtotal		Subtotal	
Sistema motor		Sistema motor	
Reflejo rotuliano	18	Reflejo rotuliano	19
Dorsiflexión del pie		Dorsiflexión del pie	
Apertura orfegón en abanico		Apertura orfegón en abanico	
Subtotal		Subtotal	
Calificación total		Calificación total	
20		20	
GRAGNÓSTICO PRESUNTIVO			
21			

Realizó: médico () enfermero () otro: () **22**

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Nombre	Anotar el nombre de la persona iniciando con apellido.
2	No. Expediente.	Registrar el número de expediente del paciente.
3	Fecha	Anotar con número arábigos las últimas cifras del día, mes y año en que se realiza la valoración podológica.
4	Examen dermatológico Hiperqueratosis Pie derecho	Calificar con 0, 1 y 2 el grado de lesión en las zonas plantar, dorsal y talar.
5	Examen dermatológico Hiperqueratosis Pie izquierdo	Calificar con 0, 1 y 2 el grado de lesión en las zonas plantar, dorsal y talar.
6	Examen dermatológico Alteraciones ungueales. Pie derecho	Calificar con 0, 1 y 2 el grado de lesión de: Onicocriptosis, onicomicosis y onicogrifosis.
7	Examen dermatológico Alteraciones ungueales. Pie izquierdo	Calificar con 0, 1 y 2 el grado de lesión de: Onicocriptosis, onicomicosis y onicogrifosis
8	Examen dermatológico Otras localizadas. Pie derecho	Calificar con 0, 1 y 2 el grado de lesión de: Bullosis, ulcera, necrosis, grietas y fisuras, lesión superficial, anhidrosis, tiñas y procesó infeccioso.
9	Examen dermatológico Otras localizadas. Pie izquierdo	Calificar con 0, 1 y 2 el grado de lesión de: Bullosis, ulcera, necrosis, grietas y fisuras, lesión superficial, anhidrosis, tiñas y procesó infeccioso.
10	Examen estructura óseo Pie derecho	Calificar con 0, 1 y 2 el grado de lesión de: Dedos en garra, halux valgus, dedos de martillo, infraducto, hipercargas bajo metatarsianos y pie de Charcot.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
11	Examen estructura óseo Pie izquierdo	Calificar con 0, 1 y 2 el grado de lesión de: Dedos en garra, halux valgus, dedos de martillo, infraducto, hipercargas bajo metatarsianos y pie de Charcot.
12	Examen vascular Pie derecho	Calificar con 0, 1 y 2 el grado de lesión del sistema arterial (pulso pedio y llenado capilar).
13	Examen vascular Pie izquierdo.	Calificar con 0, 1 y 2 el grado de lesión del sistema arterial (pulso pedio y llenado capilar).
14	Examen vascular Pie derecho	Calificar con 0, 1 y 2 el grado de lesión del sistema venoso (varices y edema)
15	Examen vascular Pie izquierdo.	Calificar con 0, 1 y 2 el grado de lesión del sistema venoso (varices y edema).
16	Examen neurológico Pie derecho	Calificar con 0, 1 y 2 el grado de lesión del sistema perceptual (sensibilidad táctil y sensibilidad vibratoria).
17	Examen neurológico Pie izquierdo	Calificar con 0, 1 y 2 el grado de lesión del sistema perceptual (sensibilidad táctil y sensibilidad vibratoria).
18	Examen neurológico Pie derecho	Calificar con 0, 1 y 2 el grado de lesión del sistema motor (reflejo rotuliano, dorsiflexión de pie, apertura ortejos en abanico).
19	Examen neurológico Pie izquierdo	Calificar con 0, 1 y 2 el grado de lesión del sistema motor (reflejo rotuliano, dorsiflexión de pie, apertura ortejos en abanico).
20	Calificación total	Se realiza la suma por grupo de patología y por pie, asentándolo en la correspondiente celda de "subtotal" para obtener una calificación total.
21	Diagnostico presuntivo	Se debe registrar la impresión diagnostica de la paciente derivada de la valoración podológica e identificar el nivel de riesgo.
22	Realizó	Anotar quien realizo la valoración podológica del paciente con diabetes.

31. SMDIF-SERSALUD-PRO031 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

31.1 OBJETIVO

Distribuir los diferentes métodos de planificación familiar a población abierta de hombres y mujeres en edad fértil, para prevenir embarazos no deseados, prevenir enfermedades de transmisión sexual o paridad satisfecha, a través de pláticas y consejerías, logrando una cobertura de calidad en salud reproductiva.

31.2 ALCANCE

Atención a la población en la demarcación territorial de Chalco, proporcionando servicios médicos y de asistencial social a hombres y mujeres en edad reproductiva, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el programa “Planificación Familiar” del Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una mejor Salud, con una atención de calidad y en caso de requerirse se podrá referenciar a un segundo y tercer nivel para su tratamiento.

31.3 REFERENCIAS

- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar. Diario Oficial de la Federación, 30 de mayo de 1994, reformas y adiciones.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002 para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Diario Oficial de la Federación, 19 de septiembre de 2003, reformas y adiciones.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la prevención tratamiento y control de cáncer del cuello del útero y de mama en la atención primaria. Diario Oficial de la Federación, 16 de marzo de 1995, reformas y adiciones.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación, 30 de septiembre de 2003, reformas y adiciones.

- ✓ Ley general de salud, título tercero, capítulo 1, artículos 23 y 27, fracción III, capítulo 2, atención médica, artículo 33, fracción I, II, III. Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, reformas y adiciones.

31.4 RESPONSABILIDAD

El servicio de Planificación Familiar en la consulta externa es la unidad administrativa responsable de la orientación y prescripción de métodos de planificación familiar de los pacientes solicitantes del servicio mediante la normatividad federal y estatal vigentes.

31.5 TERMINOLOGÍA

Planificación familiar: es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos y obtener la información especializada y los servicios idóneos.

Métodos anticonceptivos: son aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente.

Consejería: proporcionar información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas para esclarecer las dudas que pudieran tener sobre los diferentes métodos anticonceptivos.

Cáncer cervicouterino: es una enfermedad que se produce cuando las células del cuello uterino empiezan a transformarse en una forma anormal.

Cáncer de mama: es un tumor maligno que se origina en las células del seno; un tumor maligno es un grupo de células cancerosas que pueden crecer penetrando (invadiendo) los tejidos circundantes (hacer metástasis) a áreas distintas del cuerpo.

Usuaría: toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de los servicios de atención médica.

Edad fértil: etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.

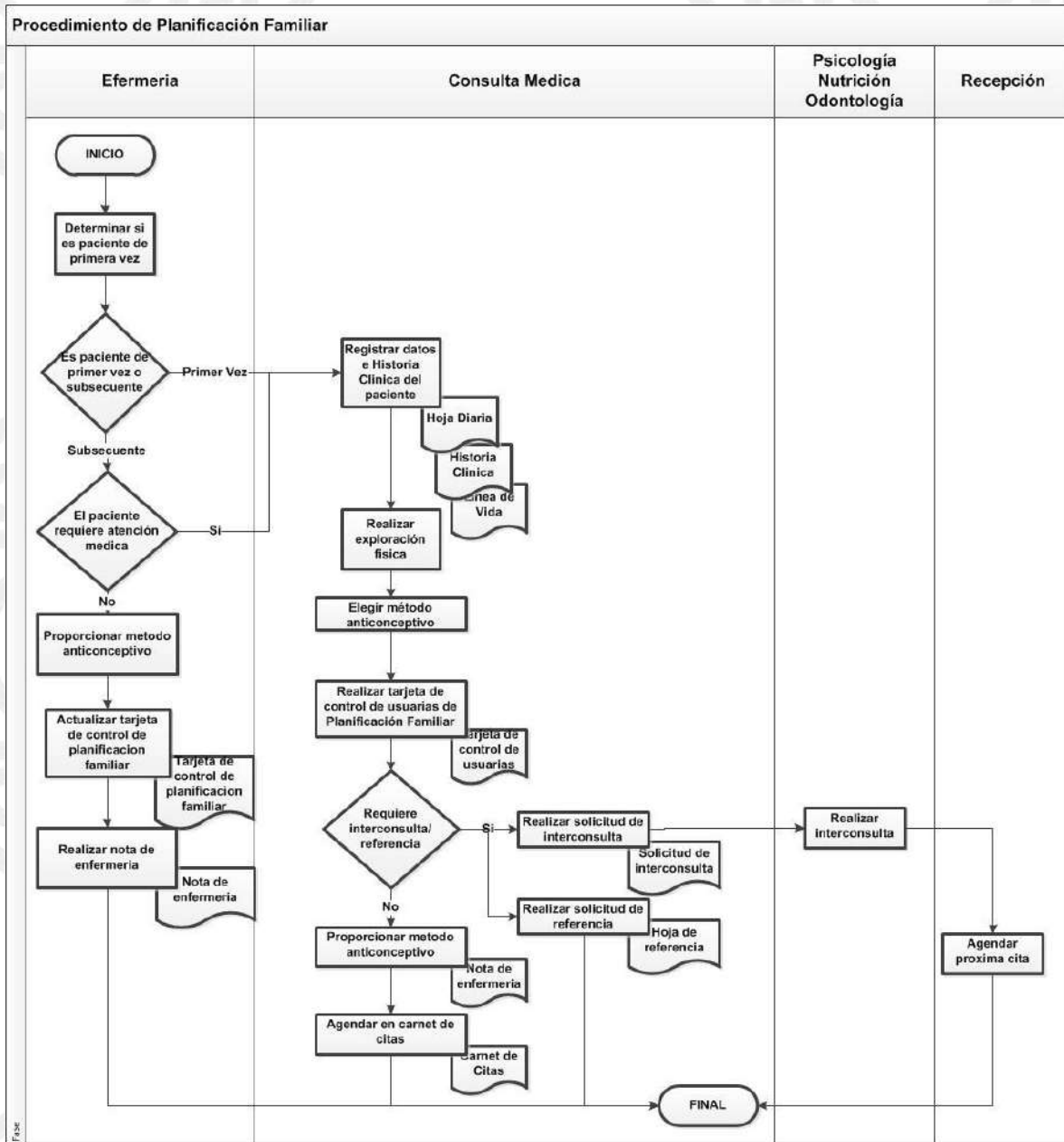
Salud reproductiva: es el estado completo y el bienestar físico, mental y social y no solo en la usencia de la enfermedad durante el proceso de reproducción, así como el ejercicio de la sexualidad.

31.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Enfermería	<p>Identificar si se solicita el servicio por primera vez o subsecuente.</p> <p>Primera vez: Realizar procedimiento de enfermería y dar ingreso a consulta medica</p> <p>Subsecuente: Solicitar el expediente al archivo.</p> <p>Determinar, si el usuario requiere atención médica, dar ingreso a consulta; si no lo requiere, continuar con la atención.</p> <p>Proporcionar método anticonceptivo.</p> <p>Actualizar tarjeta de control de planificación familiar (ver formato de control de usuarias de planificación familiar).</p> <p>Realizar nota de enfermería (ver formato de nota de enfermería de planificación familiar)</p>
2	Consulta Médica	<p>Recibir el expediente clínico que contiene formatos del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud (ver formatos del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud) y a la paciente que demanda la atención procedente del área de enfermería.</p>
3	Consulta Médica	<p>Registrar las actividades realizadas en la hoja diaria de consulta externa (ver formato de hoja</p>
4	Consulta Médica	<p>Realizar Historia clínica (ver formato de historia clínica). y formatos de línea de vida del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud (ver formatos del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud).</p>
5	Consulta Médica	<p>Realizar exploración física completa.</p>
6	Consulta Médica	<p>Definir y proporcionar el tipo de método anticonceptivo a utilizar.</p>

7	Consulta médica	Realizar la tarjeta de control de usuarias de planificación familiar (ver formato de tarjeta de control de usuarias de planificación familiar).
8	Consulta médica	Determinar si el paciente amerita interconsulta en la misma unidad de salud. Realizar solicitud de interconsulta /ver formato de interconsulta).
9	Consulta médica	Determinar si el paciente amerita referencia a otra unidad de salud de mayor nivel de atención. Realizar hoja de referencia (ver formato de referencia y Contrarreferencia).
10	Consulta médica	Registrar en el carnet la próxima cita (ver formato de carnet de citas).
11	Recepción	Agendar próxima cita.

31.7 DIAGRAMA DE FLUJO



31.8 ANEXOS

FORMATO DE NOTA DE ENFERMERÍA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR



NOTA DE ENFERMERIA PLANIFICACIÓN FAMILIAR



PESO: 1

TALLA: 2

FECHA : 3

Se presenta paciente 4 de 5 de edad
al servicio de planificación familiar para solicitar:

6

se informa sobre las posibles reacciones sobre el método entregado a la usuaria.

OBSERVACIONES: 7

ENFERMERA(O). 8 CED. PROF. 9

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Peso	Anotar el peso en kilogramos.
2	Talla	Anotar estatura en metros.
3	Fecha	Registrar la fecha iniciando con día, mes y año en que se otorga el método anticonceptivo.
4	Nombre de la usuaria	Anotar el nombre comenzando con apellido paterno, apellido materno y nombre o nombres.
5	Edad	Anotar edad en años cumplidos.
6	Método o procedimiento que solicita la usuaria	Anotar el método de planificación que se otorga a la usuaria.
7	Observaciones	Anotar el dosis y vía de administración del método anticonceptivo otorgado. Además, se pueden registrar síntomas concomitantes.
8	Nombre de la enfermera	Anotar el nombre de la enfermera que realizó el procedimiento empezando con el nombre, apellidos y se firma.
9	Cédula profesional	Anotar el número completo de la cédula profesional de la enfermera que realizó el procedimiento.

FORMATO DE TARJETA DE CONTROL DE USUARIAS (ANVERSO)

A. IDENTIFICACIÓN DE LA USUARIA					
NOMBRE DE SOLTERA DE LA USUARIA (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S))				No. EXPEDIENTE	
1				2	
METODO 1. FECHA DE INICIO:		METODO 2. FECHA DE INICIO:		METODO 3. FECHA DE INICIO:	
3		4		5	
B. FECHA DE CONSULTAS					
C. DATOS DE LOCALIZACIÓN, GINECOBSTÉTRICOS Y SOCIODEMOGRÁFICOS					
DOMICILIO:				TELÉFONO:	
7				8	
FECHA DE NACIMIENTO:		ESCOLARIDAD:		OCUPACIÓN:	
9		10		11	
NÚMERO DE EMBARAZOS:	PARTOS:	ABORTOS:	HIJOS VIVOS:	EDAD DEL HIJO MENOR:	CUÁNTOS HIJOS MÁS DESEA TENER:
12	13	14	15	16	17
MOTIVO POR EL CUAL DESEA PLANIFICAR SU FAMILIA:			OBSERVACIONES:		
18			19		
D. VISITAS DOMICILIARIAS					
FECHA	MOTIVO			RESULTADO	
	20				
E. BAJAS					
FECHA	MOTIVO				
	21				

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Nombre de la usuaria	Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s).
2	No. De expediente	Anotar el número de expediente que asigna el servicio de archivo.
3	Método 1	Anotar el nombre del método utilizado y fecha de inicio.
4	Método 2	Anotar el nombre del método utilizado y la fecha de inicio.
5	Método 3	Anotar el nombre del método utilizado y la fecha de inicio.
6	Fechas de citas y consultas	Anotar la fecha y la primera letra del nombre del método otorgado en la parte inferior izquierda del cuadro correspondiente al mes en el que asistió la usuaria. Anotar la fecha de la próxima cita en la parte superior izquierda del cuadro siguiente al mes que asistió la usuaria.
7	Domicilio	Anotar el domicilio con el orden calle, número, colonia.
8	Teléfono	Anotar el número telefónico de la usuaria.
9	Fecha de nacimiento	Anotar con números arábigos la fecha de nacimiento de la usuaria en el orden de día, mes y año.
10	Escolaridad	Anotar el grado escolar de la usuaria.
11	Ocupación	Anotar la profesión u oficio de la usuaria.
12	Número de embarazos	Anotar con números arábigos la cantidad de embarazos de la usuaria.
13	Partos	Anotar con números arábigos la cantidad de partos de la usuaria.
14	Abortos	Anotar con números arábigos la cantidad de abortos de la usuaria.
15	Hijos vivos	Anotar con números arábigos el número de hijos que aún viven.

16	Edad del hijo menor	Anotar con números arábigos la edad del hijo menor.
17	Cuantos hijos más desea tener	Anotar con números arábigos la cantidad de hijos que desea tener aún.
18	Motivo por el cual desea planificar	
19	Observaciones	Anotarlos hallazgos de importancia que puedan interferir durante el control de planificación familiar.
20	Visita domiciliaria	Anotar la fecha, motivo y resultado de las visitas domiciliarias realizadas.
21	Bajas	Anotar la fecha en el orden de día mes y año en el que se da de baja a la usuaria, así como el motivo de la misma.

32. SMDIF-SERSALUD-PRO032 ODONTOLOGÍA

32.1 OBJETIVO

Mejorar la salud buco dental del paciente mediante la prestación de servicios de atención estomatológica al paciente de consulta externa del Sistema Municipal DIF Chalco, de acuerdo a lineamientos y estándares técnicos en materia y procedimientos de las unidades de primer nivel de atención.

32.2 ALCANCE

Atención a la población en la demarcación territorial de Chalco, proporcionando servicios medico odontológicos y de asistencial social a todo aquel que demande el servicio, siguiendo la normatividad federal y estatal vigentes, así como los estándares de calidad en cada procedimiento.

32.3 REFERENCIAS

- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004. En Materia de Información en Salud. Diario Oficial de la Federación, 28 de septiembre de 2005.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-166-SSA1-1997. Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Diario Oficial de la Federación, 4 de diciembre de 1998, reformas y adiciones.

- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Del Expediente Clínico. Diario Oficial de la Federación, 07 de diciembre de 1998, reformas y adiciones.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998. Que establece los Requerimientos Mínimos de Infraestructura y Equipamiento de Establecimientos para la Atención Médica de Paciente Ambulatorio. Diario Oficial de la Federación, 14 de septiembre de 1999.
- ✓ Manual Operativo para el llenado de formatos del Expediente Clínico Estomatológico.

32.4 RESPONSABILIDAD

La unidad de consulta externa, del Sistema Municipal DIF Chalco, es la responsable de otorgar atención médica y estomatológica a la población que demande el servicio rigiéndose por las normatividades vigentes en la materia.

32.5 TERMINOLOGÍA

Atención Estomatológica: Conjunto de Servicios que se proporcionan al individuo con el fin promover, proteger y restaurar la salud bucal del paciente. (Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Expediente Clínico).

Consultorio: Área física que cuenta con las instalaciones y equipo necesario para que personal médico y paramédico brinde consulta externa a pacientes ambulatorios. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004 en materia de información en salud).

Cartas de consentimiento Informado: Documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, de un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéutica o rehabilitación. (Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico).

Calidad de la atención: Se considera a la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados. (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo,

parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio).

Calidez en la atención: Trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio. (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio).

Unidad de Consulta Externa: Son unidades que prestan servicios, tanto de atención de salud a la persona como de atención de salud a la comunidad. La unidad de Salud es un órgano desconcentrado por servicio, de carácter sustantivo, al que se transfieren prestaciones médicas de atención primaria a la salud, que habrán de proporcionarse preferentemente a los usuarios determinados como su población responsabilidad, sin exclusión de los que no lo sean, en el ámbito geográfico establecido.

Unidad de Atención Primaria a la Salud: Es un órgano desconcentrado por servicio, de carácter sustantivo, al que se transfieren prestaciones médicas de atención primaria de la salud, que habrán de proporcionarse preferentemente a los usuarios determinados como su población responsabilidad, sin exclusión de los que no lo sean, en el ámbito geográfico establecido. (Consulta: general, odontológica, obstétrica, pediátrica, nutricional y psicológica).

Estomatólogo: Médico odontólogo, cirujano dentista, licenciado en estomatología, licenciado en odontología, licenciado en cirugía dental, médico cirujano dentista, cirujano dentista militar o profesional de la salud bucal con licenciatura.

Expediente Clínico Estomatológico: Conjunto de documentos escritos gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el estomatólogo debe hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención.

Paciente: Beneficiario directo de la atención médica (Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1998, del expediente clínico).

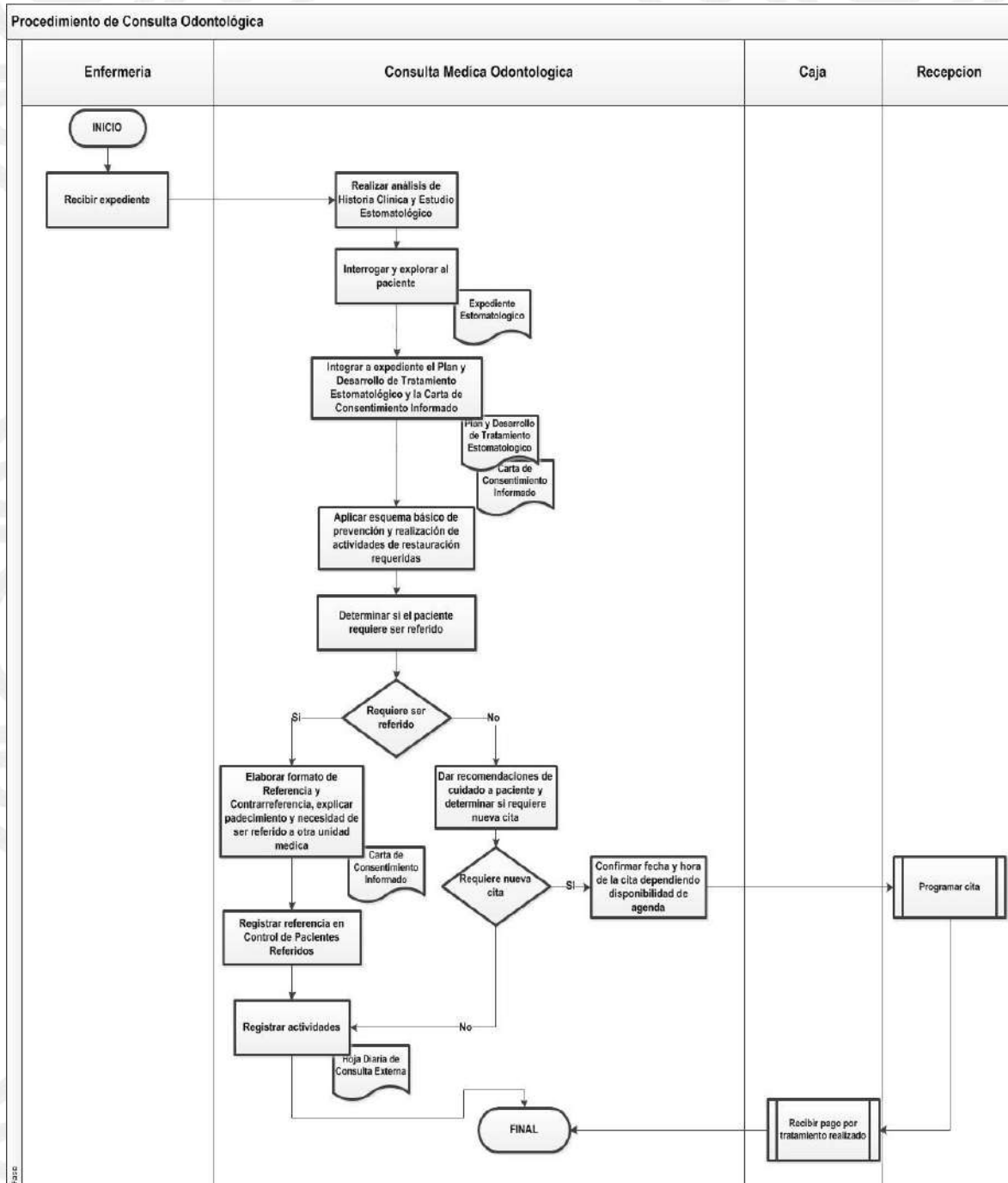
Unidad Médica: Establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel

de operación y está destinado a proporcionar atención médica integral a la población. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA22004, en materia de información en salud).

32.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCIÓN
1	Enfermería	Recibir el expediente clínico del usuario que demanda la atención procedente del área de Signos vitales y somatometría.
2	Consulta Médica Odontológica	Interrogar al paciente para integrar la historia Clínica y Estudio Estomatológico” (ver formato de Historia clínica y estudio estomatológico).
3	Consulta Médica Odontológica	Explorar al paciente y establecer diagnóstico.
4	Consulta Médica Odontológica	Integrar al expediente “Plan y Desarrollo de Tratamiento Estomatológico” (ver formato de Plan y desarrollo de tratamiento estomatológico) y la “Carta de Consentimiento Informado” (ver formato de consentimiento informado).
5	Consulta Médica Odontológica	Aplicar el esquema básico de prevención y realizar las actividades de restauración requeridas.
6	Consulta Médica Odontológica	Determinar si el paciente amerita interconsulta en la misma unidad de salud o referencia a otra unidad de salud de mayor nivel de atención. Requisitando
7	Consulta Médica Odontológica	Dar recomendaciones de cuidado al paciente determinando si requiere nueva cita.
8	Caja	Realizar pago correspondiente al tratamiento realizado.
9	Recepción	Agendar cita próxima.

32.7 DIAGRAMA DE FLUJO



32.8 ANEXOS

FORMATO DE PLAN Y DESARROLLO DE TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO



Plan y Desarrollo de Tratamiento Estomatológico																											
1 UNIDAD MÉDICA SISTEMA MUNICIPAL DIF CHALCO UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA														2 EXPEDIENTE													
3 NOMBRE DEL PACIENTE														4 EDAD				5 GÉNERO MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>									
6 DIRECCIÓN														7 TELÉFONO													
8 ESCUELA														9 GRADO ESCOLAR				10 GRUPO									
11 DIAGNÓSTICO (CLAVES)																											
12 ATENCIÓN CLÍNICA														13 ATENCIÓN CLÍNICA													
14 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PRESENCIA														15 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PRESENCIA													
16 DETURACIONES														17 DETURACIONES													
18 EXTRACCIÓNES														19 EXTRACCIÓNES													
20 REFERENCIA														21 REFERENCIA													
22 OBSERVACIONES														23 OBSERVACIONES													
24 PACIENTE ABANDONÓ EL TRATAMIENTO														25 PACIENTE DADO DE ALTA													
1ª CITA																											
2ª CITA																											
3ª CITA																											
4ª CITA																											
5ª CITA																											
23 TOTAL																											

FORMATO DE NOTA MÉDICA ESTOMATOLÓGICA



NOTAS MÉDICAS ESTOMATOLÓGICAS

26

317829008-041-14

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Unidad médica	Anotar el nombre de la unidad médica donde se atiende al paciente.
2	Expediente	Asentar el número del expediente registrado en la Historia Clínica.
3	Nombre del paciente	Registrar el nombre completo del paciente, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre (s).
4	Edad	Anotar con número arábigo la edad del paciente en años cumplidos.
5	Género: masculino-femenino	Marcar con una "X" el género del paciente, según corresponda; masculino o femenino.
6	Dirección	Indicar el lugar de residencia del paciente: calle, número exterior, interior, colonia y código postal.
7	Teléfono	Anotar el número telefónico del paciente
8	Escuela	En caso de que el paciente sea escolar del programa educativo preventivo, anotar el nombre de la escuela a la que asiste el paciente.
9	Grado escolar	En caso de ser escolar, anotar el grado que cursa actualmente el paciente.
10	Grupo	Anotar el grupo al que pertenece el paciente.
11	Diagnóstico claves	Escribir las claves correspondientes al diagnóstico, localizando las más frecuentes en la clasificación internacional de enfermedades (C.I.E.). Los diagnósticos que no tengan clave se describirán completos.
12	Cita / fecha	Registrar con lápiz el día, mes y año de la siguiente cita y con bolígrafo cuando se atiende al paciente.
13	Cuadrantes dañados	Anotar el número del cuadrante dañado al que se le realiza el tratamiento.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
14	Atención preventiva	Marcar con una "X" en la columna que corresponda, la acción preventiva que se realice al paciente.
15	Número de diente	Anotar la nomenclatura de la odontograma y el número correspondiente al diente al cual se le realizó algún tratamiento.
16	Atención curativa	Marcar con una "X" en la columna que corresponda el tratamiento que se realice a las piezas dentales del paciente.
17	Radiografías	Anotar el número de radiografías tomadas al paciente (Periapicales, oclusales o infantiles).
18	Tratamiento integral terminado	Indicar con una "X" cuyo tratamiento haya concluido durante la sesión.
19	Referencia	Marcar con un "X" si el paciente es referido o contra referido.
20	Derechohabiencia	Indicar con una "X" si el paciente cuenta o no con algún tipo de seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSEMYM etc.)
21	Responsable	Asentar el nombre completo, firma y cédula profesional del estomatólogo responsable del tratamiento estomatológico.
22	Total	Al término del tratamiento deberán sumar las actividades realizadas, anotando en cada cuadro las cantidades correspondientes.
23	Paciente abandonó tratamiento	Anotar el día, mes y año en que el paciente abandono el tratamiento.
24	Paciente dado de alta	Asentar el día, mes y año en que concluyó el tratamiento y el paciente es dado de alta.
25	Notas médicas	Describir con letra legible los datos del paciente: fecha, hora, actividades realizadas y evolución del paciente, así como, la farmacoterapia requerida en cada consulta, con nombre y firma de quien lo elabora.

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA Y ESTUDIO ESTOMATOLÓGICO

Historia Clínica y Estudio Estomatológico

No. EXPEDIENTE: **1**

UNIDAD MÉDICA 2	CARTE DE LA UNIDAD MÉDICA 3	FECHA 4
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO ATERIO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)) 5		EDAD 6
DONDEJO (CALLE, NUMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO) 8		TELÉFONO 9
OCCUPACIÓN 10	ESTADO CIVIL 11	ESCALA 12

INTERROGATORIO **13**

☐ ¿QUÉ ENFERMEDAD(ES) HA PADECIDO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO? _____

☐ CUANDO HA ACUDIDO A CONSULTA A SU MÉDICO LE HA DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD COMO:

ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DIABETES M.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	BRONQUITIS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
FIEBRE REUMÁTICA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	AMIGDALE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ERUPCIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ANEMIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
HEPATITIS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	VHS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	HEPATOMEGALIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	APENDICITIS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

☐ ¿ES USTED ALÉRGICO A LA PENICILINA? ☐ SI ☐ NO OTROS MEDICAMENTOS ☐ SI ☐ NO CUÁLES: _____

☐ ¿LO HAN ANESTESIADO ANTERIORMENTE? ☐ SI ☐ NO

☐ ¿HA TENIDO PROBLEMAS CUANDO SE LA AFILICARON? ☐ SI ☐ NO

☐ ¿QUE LE SUCEDIÓ? _____

☐ ¿PRESENTA SANGRADO EXCESIVO? ☐ SI ☐ NO HEMORRAGIAS FRECUENTES ☐ SI ☐ NO SÍTO: _____

USO DE MEDICAMENTOS ANTICOAGULANTES ☐ SI ☐ NO TRANQUILIZANTES ☐ SI ☐ NO

OTROS ☐ SI ☐ NO ¿CUAL ES? _____

☐ ALGÚN FAMILIAR SUYO PADECE DIABETES M. ☐ SI ☐ NO PARENTESCO: _____

☐ ¿FUMA? ☐ SI ☐ NO

☐ ¿INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS? ☐ SI ☐ NO

☐ ¿INGIERE ALGÚN OTRO TIPO DE SUSTANCIAS? _____

EXPLORACIÓN

14


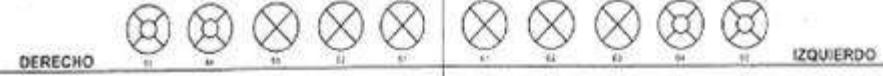

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

EXAMEN FACIAL Y TEJIDOS BLANDOS **15**

CARA	N	A	CUELLO	N	A	ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	N	A
LABIOS	N	A	CARRILLOS	N	A	PALADAR DURO	N	A
PALADAR BLANDO	N	A	AMIGDALAS	N	A	PISO DE LA BOCA	N	A
GLANDULAS SALIVALES	N	A	LENGUA	N	A	TIPO DE OCLUSIÓN		

TIPO DE OCLUSIÓN: **16**

ODONTOGRAMA **17**

															
DERECHO															
															
IZQUIERDO															
															

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Número de expediente	Anotar el número consecutivo correspondiente.
2	Nombre de la unidad médica	Anotar el nombre completo de la unidad donde se brinda el servicio.
3	Clave de la unidad médica	Asentar la clave que le corresponde a la unidad médica, en caso de que se desconozca, anotar el nombre de ésta.
4	Fecha	Anotar la fecha en que el paciente se presenta por primera vez al servicio, escribiendo con números arábigos el día y año; y con números romanos el mes.
5	Nombre del paciente	Escribir el nombre completo del paciente, iniciando con su apellido paterno, materno y nombre (s).
6	Edad	Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
7	Género: masculino/ femenino	Escribir el nombre completo del paciente, iniciando con su apellido paterno, materno y nombre (s).
8	Domicilio	Indicar el lugar de residencia del paciente: calle, número exterior, interior, colonia, zona y código postal, población y municipio.
9	Teléfono	Se anotará el número telefónico del paciente o de un familiar, para poder localizarle en caso de cambio de cita u otros avisos.
10	Ocupación	Se anotará la profesión, oficio, o actividad que realice el paciente.
11	Estado civil	Anotar el estado civil actual del paciente.
12	Escuela	En caso de que el paciente sea escolar, anotar el nombre de la escuela a la que asiste.
13	Interrogatorio	Indicar antecedentes heredo familiares, personales patológicos, no patológicos y el padecimiento actual.
14	Nombre y firma del paciente o tutor	Registrar el nombre y avalar con la firma del paciente los datos proporcionados en el interrogatorio o, en caso de ser menor de edad, avalar con la firma de padre o tutor.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
15	Examen facial y tejidos blandos	Marcar con una "X" según corresponda. "A" si está afectada; "N" si está normal.
16	Tipo de oclusión	Indicar el tipo de oclusión según sea el caso. (Normoclusión, clase I, II o III).
17	Odontograma	Anotar la nomenclatura correspondiente según sea el caso. (Ausencia de caries, cariado, extracción indicada, reincidencia de caries, restaurado, sellador de fosetas y fisuras etc.).
18	Odontograma de evolución de tratamiento	Anotar la nomenclatura correspondiente a la odontograma, según el tratamiento realizado en la cita.
19	Fecha	Asentar el día, mes y año en que al paciente se le realizaron actividades estomatológicas.
20	Tratamiento realizado	Describir las actividades que se realizan en cada cita.
21	Firma del paciente	Anotar el nombre y avalar con la firma del paciente las actividades realizadas en cada cita, en caso de que no sepa escribir, colocar su huella digital. En caso de que el paciente sea menor de edad, avalar con la firma del padre o tutor.

FORMATO DE CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTOMATOLOGÍA



Carta de Consentimiento Informado para Estomatología

UNIDAD MÉDICA (1)	LUGAR (2)	FECHA (3)	HORA (4)
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES (5))		Nº DE EXPEDIENTE (6)	
EDAD (7)	GÉNERO (8) <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	OCCUPACIÓN (9)	ESTADO CIVIL (10)
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO) (11)			

Los médicos del servicio de (12) _____ me han informado de mi(s) padecimiento(s), por lo que necesito someterme a estudios de laboratorio, gabinete, histopatológicos y de procedimientos anestésicos, así como de tratamiento(s) médicos (a) y/o quirúrgico(s) considerados como indispensables para recuperar mi salud.

Los médicos me informaron de los riesgos y de las posibles complicaciones de los medios de diagnóstico y tratamientos médicos y/o quirúrgicos por lo que por este medio, libremente y sin presión acepto someterme a:

Diagnóstico (s) clínico (s) (13) _____

Estudios de laboratorio, gabinete e histopatológicos (14) _____

Actos anestésicos (15) _____

Tratamiento (s) odontológicos (16) _____

Tratamiento (s) quirúrgico (s) (17) _____

Riesgos y complicaciones (18) _____

Alternativa de tratamiento (19) _____

Motivo de elección (s) (20) _____

Mayor o Menor urgencia (21) _____

Pronóstico (22) _____

He sido informado de los riesgos que entraña el procedimiento, por lo que acepto los riesgos que ello implica.

Autorizo a los médicos de este hospital para que realicen los estudios y tratamientos convenientes.

En igual sentido, autorizo ante cualquier complicación o efecto adverso durante el procedimiento, especialmente ante una urgencia médica, que se practiquen las técnicas y procedimientos necesarios.

Tengo la plena libertad de revocar la autorización de los estudios y tratamientos en cualquier momento, antes de realizarse.

En caso de ser menor de edad o con capacidades diferentes, se informó y autoriza el responsable de paciente.

23
NOMBRE Y FIRMA DE ESTOMATOLOGO (23)

24
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA (24)

25
NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO (25)

26
NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO (26)

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Unidad médica	Anotar el nombre de la unidad médica donde se atiende al paciente.
2	Lugar	Indicar el nombre del lugar donde se localiza la unidad médica a la que se traslada al paciente.
3	Fecha	Anotar el día, mes y año en que se traslada al paciente
4	Hora	Asentar la hora en que se realiza el traslado del paciente.
5	Nombre del paciente	Colocar el nombre completo del paciente.
6	No. De expediente	Anotar el número del expediente clínico del paciente.
7	Edad	Indicar el número de años del paciente o de meses cuando el paciente es menor de un año.
8	Género	Marcar una "X" en el cuadro según corresponda al sexo del paciente, masculino (hombre), femenino (mujer).
9	Ocupación	Anotar la actividad a la que se dedica el paciente.
10	Estado civil	Indicar el estado civil del paciente: soltero, casado, divorciado, separado.
11	Domicilio	Anotar el nombre de la calle, número, colonia y ciudad, municipio y estado donde vive el paciente que se traslada.
12	Los médicos del servicio de	Especificar el nombre del servicio donde se atiende al paciente que se atiende.
13	Diagnóstico(s) clínico(s)	Escribir las claves correspondientes al diagnóstico, localizando las más frecuentes en la clasificación internacional de enfermedades (C.I.E.).
14	Estudios de laboratorio y gabinete	Indicar los estudios clínicos realizados o que requiere el paciente para su atención.
15	Actos anestésicos	Escribir el tipo y número de prácticas anestésicas que se le han realizado al paciente.
16	Tratamiento(s) estomatológicos(s)	Anotar el o los tratamientos estomatológicos que el paciente ha recibido o que requiere.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
17	Tratamiento(s) quirúrgico(s)	Anotar el o los tratamientos médicos que el paciente ha recibido o que requiere.
18	Riesgos y complicaciones	Anotar los posibles riesgos y complicaciones a que está expuesto el paciente como consecuencia de su padecimiento.
19	Alternativa de tratamiento	Anotar el nombre del tratamiento en caso de que exista una o varias alternativas.
20	Motivo de elección	Anotar las causas por las cuales se elige el tratamiento, o en su defecto el por qué el paciente eligió el tratamiento.
21	Mayor o menor urgencia	Anotar según el criterio del estomatólogo tratante si es menor o mayor urgencia según el caso de cada paciente.
22	Pronostico	Anotar si el pronóstico es bueno, malo o reservado.
23	Responsable	Asentar el nombre completo, firma y cédula profesional del odontólogo responsable del tratamiento estomatológico.
24	Nombre y firma de quien autoriza	Asentar el nombre completo y la firma del paciente, familiar o responsable que autoriza el tratamiento del paciente.
25	Nombre y firma del testigo	Escribir el nombre completo del primer testigo.
26	Nombre y firma del testigo	Anotar el nombre completo del segundo testigo.

33. SMDIF-SERSALUD-PRO033 NUTRICIÓN

33.1 OBJETIVO

Plasmar las actividades a realizar en cuanto a la atención prestada en el servicio de nutrición, con el fin de orientar a los padres de familia sobre la correcta alimentación de los niños de acuerdo a la edad y proporcionar plan de alimentación nutricional a los pacientes adultos de acuerdo a su diagnóstico de su historia clínica.

33.2 ALCANCE

Atención a la población en la demarcación territorial de Chalco, proporcionando servicio de orientación nutricional, a todo aquel que demande el servicio, o bien sea referido de cualquiera de los servicios médicos, siguiendo la normatividad federal y estatal vigentes, así como los estándares de calidad.

33.3 REFERENCIAS

- ✓ Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de Salud.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993, control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- ✓ Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.

33.4 RESPONSABILIDAD

La unidad de Nutrición es la unidad administrativa responsable de ofrecer servicios de atención y orientación nutricional de acuerdo con la normatividad federal y estatal vigente.

El personal de Nutrición deberá valorar el estado nutricional de los solicitantes de servicios de salud que lo requieran, emitiendo un diagnóstico y régimen nutricional individualizado.

33.5 TERMINOLOGÍA

Nutrición: ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo.

Dieta: es la cantidad y proporción de alimentos que necesita una persona diariamente para mantener con normalidad su metabolismo, y en consecuencia sus funciones vitales.

Desnutrición: es un estado patológico ocasionado por la falta de ingestión o absorción de nutrientes. De acuerdo a la gravedad del cuadro, dicha enfermedad puede ser dividida en primer, segundo y hasta tercer grado.

Vitamina: es la sustancia orgánica que se encuentra en los alimentos y que, en cantidades pequeñas, es esencial para el desarrollo del metabolismo de los seres vivos; el organismo no puede fabricar esta sustancia por sí mismo.

Minerales: son elementos químicos imprescindibles para el normal funcionamiento metabólico.

Glúcidos, Carbohidratos, Hidratos De Carbono O Sacáridos: son biomoléculas compuestas por carbono, hidrógeno y oxígeno, cuyas principales funciones en los seres vivos son el prestar energía inmediata y estructural.

Proteína: sustancia química que forma parte de la estructura de las membranas celulares y es el constituyente esencial de las células vivas; sus funciones biológicas principales son la de actuar como biocatalizador del metabolismo y la de actuar como anticuerpo.

Grasas: es una materia lipídica de diverso tipo y características, presente casi exclusivamente en los organismos animales.

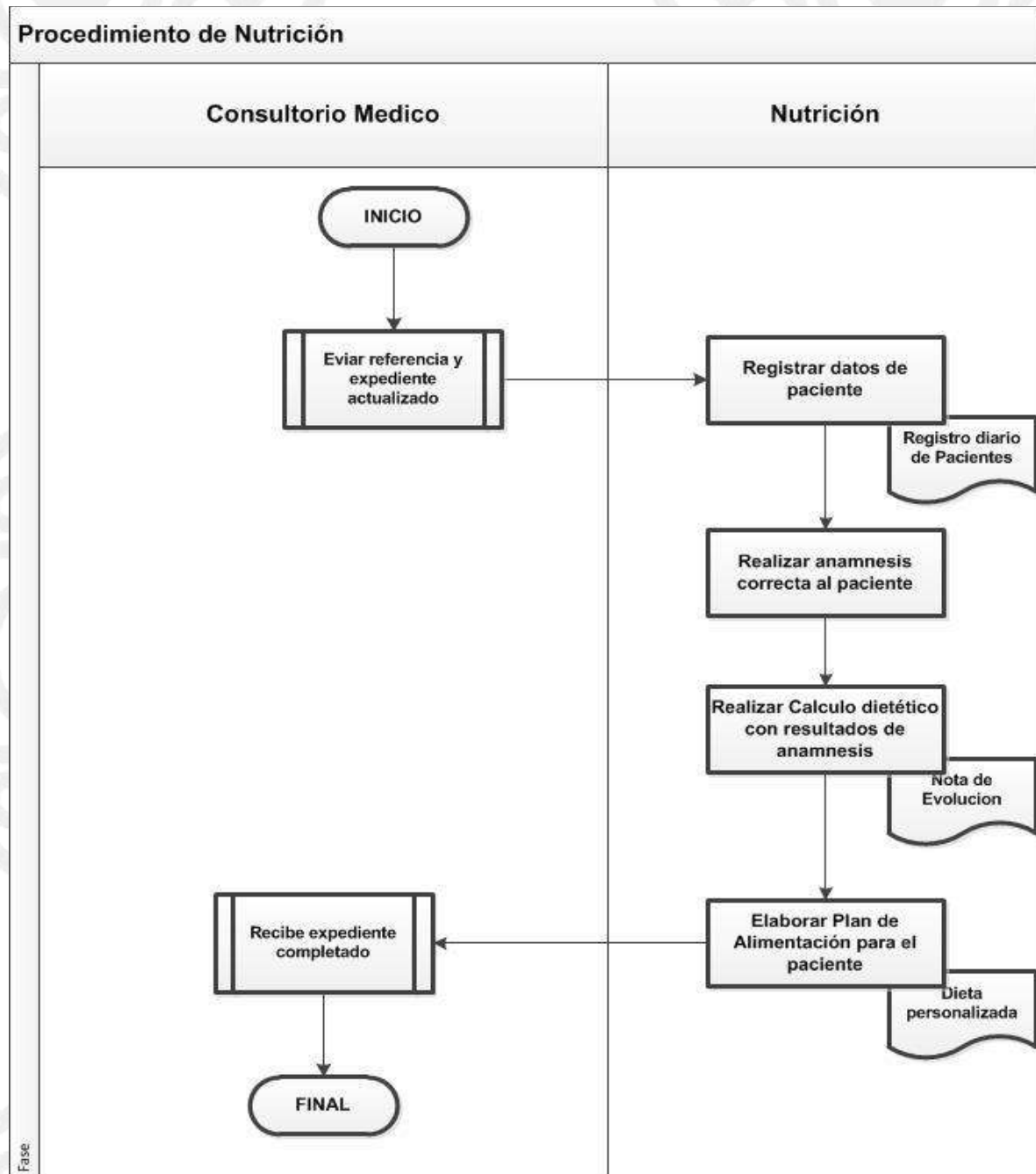
Procedimiento Actualizado: es aquel que está vigente que responde a las necesidades y dinámica actual del organismo

Procedimiento Obsoleto: cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del organismo o éste, se encuentra en desuso.

33.6 DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCIÓN
1	Consultorio medico	Canaliza al paciente mediante nota de referencia (ver formato de interconsulta) y expediente actualizado.
2	Consultorio de nutrición	Recibe al paciente identificando mediante la solicitud de interconsulta el motivo de su envío. Registrar el nombre del paciente en la hoja diaria (ver formato de hoja diaria).
3	Consultorio de nutrición	Realizar Anamnesis a paciente.
4	Consultorio de nutrición	Realizar cálculo dietético a paciente, generando nota de evolución (ver formato de nota de evolución).
5	Consultorio de nutrición	Elaborar plan de alimentación personalizado según la individualidad del paciente (ver formato de dieta personalizada).
6	Consultorio medico	Recibir expediente.

33.7 DIAGRAMA DE FLUJO



33.8 ANEXOS

FORMATO DE DIETA PERSONALIZADA




DIETA PERSONALIZADA

Nombre: (1) _____ Peso: (2) _____ Fecha: (3) _____

Referencia: (4) _____

Tratamiento: (5)

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Nombre	Escribir el nombre del paciente empezando por apellido paterno, materno y nombre o nombres.
2	Peso	Colocar el peso del paciente en kilogramos.
3	Fecha	Colocar la fecha en la que se emite el plan de alimentación.
4	Referencia	Colocar la patología, padecimiento o peculiaridad que presenta el paciente.
5	Tratamiento	Indicar el tratamiento personalizado para el paciente.

34. SMDIF-SERSALUD-PRO034 TRABAJO SOCIAL

34.1 OBJETIVO

Atender de manera oportuna, con calidad, respeto y alto sentido humano al usuario y/o familiar que solicite o sea canalizado al servicio de Trabajo Social.

34.2 ALCANCE

Atención a la población en la demarcación territorial de Chalco, proporcionando servicios de orientación e información en asistencia social a todo aquel que demande el servicio, o bien sea referido de cualquiera de los servicios médicos, siguiendo la normatividad federal y estatal vigentes, así como los estándares de calidad.

34.3 REFERENCIAS

- ✓ Ley del General de Salud, Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero 1984 Reformas y Adicciones.
- ✓ Código de ética del Servidor Público, Diario Oficial de la Federación, Oficio Circular SP/100/0762/02.
- ✓ Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de México y Municipios.
- ✓ NOM- 004-SSA-3-2012 del Expediente Clínico, octubre 2012.
- ✓ Manual de Procedimientos de la Consulta Externa de 1er. Nivel de Atención del Instituto de Salud del Edo. De México, nov. 2004.
- ✓ Sistema de Referencia y Contrarreferencia en las Unidades de 1er. Nivel de Atención del Instituto de Salud del Estado de México, nov. 2005.

34.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

La unidad de Trabajo Social es la unidad administrativa responsable de ofrecer servicios de atención, orientación y seguimiento a los pacientes de acuerdo a la normatividad federal y estatal vigente.

34.5 TERMINOLOGÍA

Clasificación socioeconómica: es la selección que establece generalmente el trabajador social al paciente que recibe atención médica, teniendo como base el estudio socioeconómico.

Contrarreferencia: es el procedimiento mediante el cual una vez resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento se retorna al paciente a la unidad operativa que lo refirió con el fin de que se lleve a cabo el control o seguimiento y continuar con la atención integral.

Guía para el tratamiento por niveles de atención: es el instrumento que le permite al médico determinar en nivel de atención en que debe ser asistido el paciente, de acuerdo a la complejidad de su padecimiento.

Tipos de Familia: clasificación de familias de acuerdo a la integración y desarrollo.

Primer nivel de atención: conjunto de unidades a cargo de médicos generales o familiares que brindan atención a pacientes ambulatorios que no requieren manejo por médico especialista, ni recursos complejos de diagnóstico y tratamiento. Representa el primer contacto del usuario con los servicios de salud y tiene primordialmente un enfoque preventivo.

Referencia: es el procedimiento utilizado para canalizar al paciente de una unidad operativa a otra de mayor capacidad resolutive, con el fin de que reciba atención médica integral.

Regionalización: conformación de áreas geo demográficas delimitadas con el fin de planificar la prestación de los servicios, hacer uso óptimo de los recursos y responder así a las necesidades de atención a la salud particulares de la región.

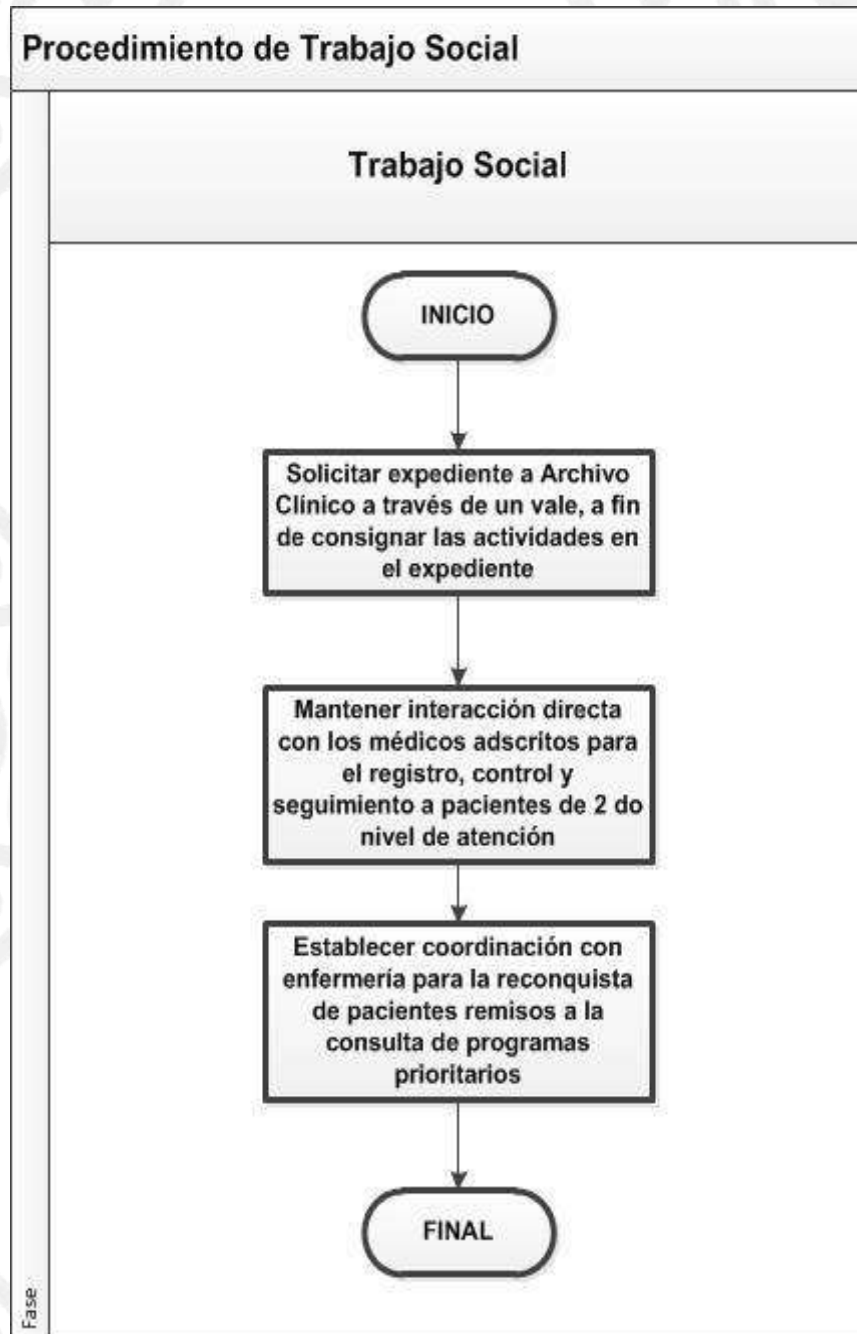
Segundo Nivel de atención: conjunto de unidades hospitalarias con servicios de atención ambulatoria e internamiento de pacientes atendidos por especialistas en medicina familiar, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y medicina interna, que cuentan con recursos de diagnóstico y tratamiento más complejos que el primer nivel de atención. Para el caso particular de atención pediátrica incluyen hospitales, pediátricos y materno-infantiles.

P.I: Paciente Identificado.

34.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCIÓN
1	Trabajo Social	Solicitar expediente clínico a archivo clínico través de un vale (ver formato de vale), a fin de consignar las actividades de Trabajo Social en Nota correspondiente y adjuntarla al Expediente Clínico.
2	Trabajo Social	Mantener Interacción directa con los Médicos Adscritos, para el registro, control y seguimiento derivación de pacientes a 2do. Nivel de Atención Medica, cuando el paciente sea referido. (ver formato de referencia y Contrarreferencia).
3	Trabajo Social	Establecer coordinación con enfermería para la reconquista de pacientes remiso a la consulta, de programas prioritarios.

34.7 DIAGRAMA DE FLUJO



No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	No. progresivo de control anual/mensual	Anotar el número progresivo de control anual y control de referencia mensual correspondiente a cada paciente que es referido, iniciando numeración cada mes.
2	Fecha y Hora de Referencia	Anotar el día, mes año y hora en que el paciente se refiere a la unidad médica de primer nivel.
3	No. de folio	Anotar el número de folio asignado al paciente referido.
4	No. de Expediente	Anotar el número asignado al expediente del paciente referido.
5	Nombre del paciente	Anotar el nombre completo del paciente referido.
6	Edad y sexo (m) (f)	Anotar en el cuadro correspondiente a la columna M si el paciente es del sexo masculino o F si es de sexo femenino, la edad en número de años, meses si es menor de un año o días, si no ha cumplido un mes de vida.
7	Domicilio del paciente	Anotar la calle, número y colonia donde vive el paciente referido.
8	Diagnostico presuncional	Anotar el diagnostico establecido por el médico que refiere al paciente.
9	Urgencias (si) (no)	Anotar una X en el cuadro correspondiente, si el motivo por el que se envía el paciente es, o no es urgencia.
10	Servicio al que se refiere	Anotar el servicio médico de la Unidad de Segundo Nivel al que se refiere el paciente.
11	Motivo por el cual se refiere	Anotar la causa por la cual es referido el paciente a la Unidad Médica de 2do. Nivel.
12	Unidad a la que se refiere	Anotar el nombre de la Unidad Médica de Segundo Nivel a la que se refiere el paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
13	Nombre y firma del Médico que refiere.	Anotar el nombre completo y firma del Médico que refiere al paciente.
14	Contra referencia/ fecha	Anotar la fecha en la que el paciente fue contra referido y el diagnóstico definitivo.
15	Seguimiento de la referencia	Anotar el día mes y año del seguimiento del paciente, así como el estado de salud del paciente en esa fecha.
16	Observaciones	Anotar otros datos relevantes, complementarios o aquellas objeciones relacionadas con la referencia.

35. SMDIF-SERSALUD-PRO035 CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN

35.1 OBJETIVO

Ofrecer seguridad para el usuario interno y externo, mediante la atención de enfermería en central de equipo y esterilización de las unidades médicas de primer nivel con la finalidad de mantener los insumos estériles para evitar riesgos de infecciones.

35.2 ALCANCE

Aplica al personal de enfermería que realiza actividades en los servicios de CEyE en las unidades de salud de primer nivel.

35.3 REFERENCIAS

Ley General de Salud. Título Tercero, Capítulo I, artículos 23 y 27, Fracción III, Capítulo II Atención Médica, Artículo 33, fracciones I, II y III. Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, reformas y adicionales.

NOM-197-SSA1-2000 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica de primer nivel y especializada.

Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de México y Municipios.

35.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

La unidad de consulta externa es la unidad administrativa responsable de realizar los procedimientos de atención médica general de acuerdo a la normatividad federal y estatal vigente.

35.5 TERMINOLOGÍA

Enfermera de los servicios: es el personal de enfermería adscrita a los diferentes servicios de la unidad médica de consulta externa, inmunizaciones, detecciones, curaciones e inyecciones, hidratación oral, salud de la mujer, salud del niño, Triage obstétrico, labor, expulsión, recuperación, puerperio y fundamentalmente CEyE.

CEyE: conjunto de espacios arquitectónicos con características de asepsia especiales con áreas y equipos específicos, donde se lavan, preparan, esterilizan, guardan momentáneamente y distribuyen, equipo, materiales, ropa e instrumental utilizados en los diferentes procedimientos.

Autoclave: esterilizadores que utilizan vapor saturado a presión.

Descontaminación: reducción de la cantidad de microorganismos con el fin de disminuir el riesgo de la infección y la carga bacteriana instrumental.

Desinfección: destrucción o eliminación de todos los microorganismos vegetativos, pero no las formas de bacterias y hongos de cualquier objeto inanimado.

Desinfección de alto nivel: procesos de eliminación dirigidos a la destrucción de todos los microorganismos incluyendo forma vegetativa, virus y esporas sicóticas en cualquier objeto inanimado utilizado en el hospital.

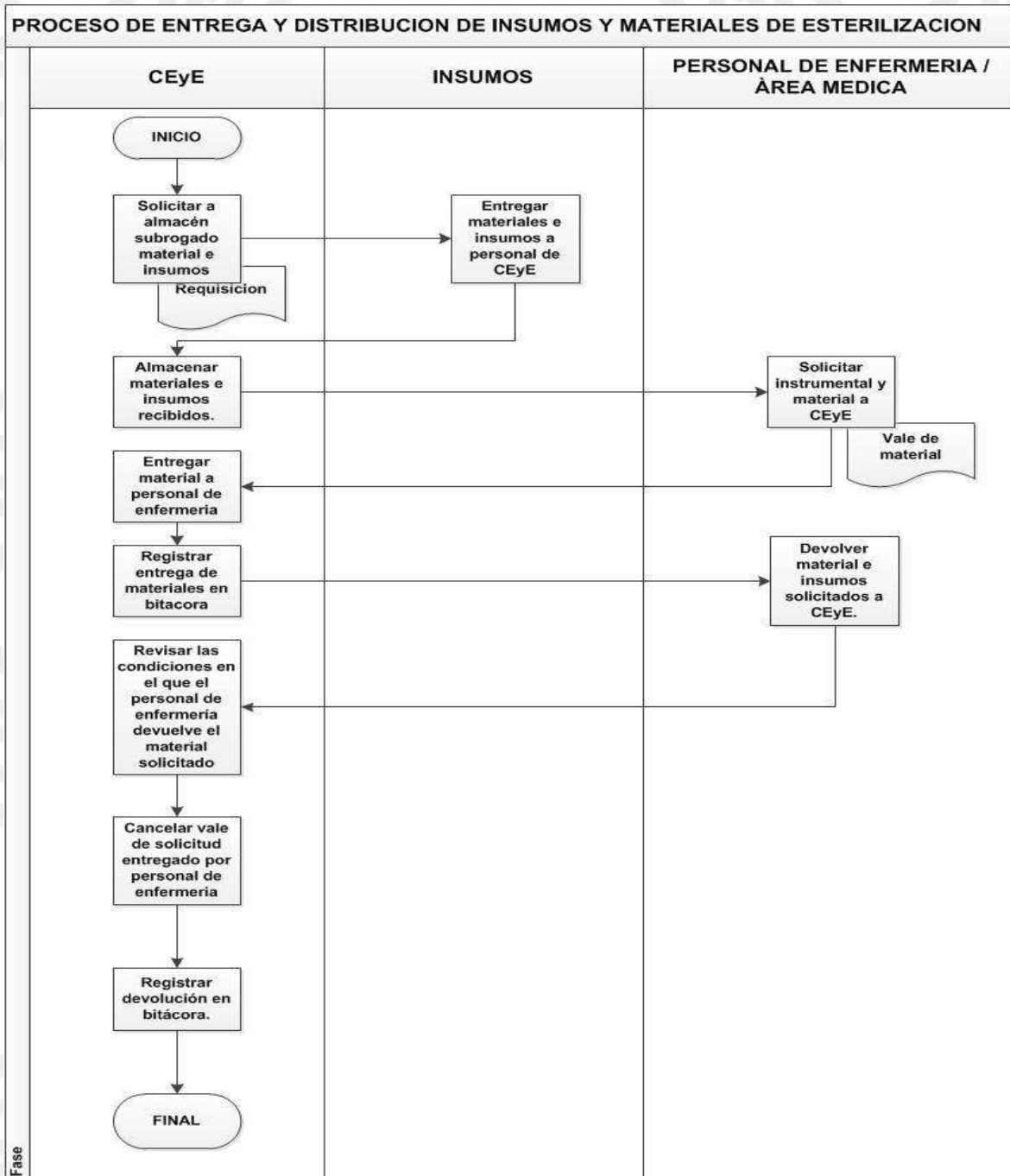
Esterilización: la destrucción o eliminación de cualquier forma de vida, se puede lograr mediante calor, gases.

Estructura física de la central de equipos y esterilización: es un área con características idóneas para el manejo del material y equipo en función a prestar los servicios, debe de contener un área de descontaminación, desinfección, limpieza, enjuague, secado, inspección y empaquetamiento del material y controles de calidad, acomodo de carga, métodos de esterilización y condiciones de almacenamiento.

35.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES


No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCIÓN
1	CEyE	Solicitar mediante requisición al almacén subrogado el material e insumos.
2	Encargado de insumos	Entregar insumos a personal de CEyE.
3	CEyE	Almacenar materiales e insumos recibidos de acuerdo a las normas operativas para los diferentes servicios de la unidad.
4	Personal de enfermería Área Médica	Solicitar instrumental y material mediante vale al servicio de CEyE.
5	CEyE	Entregar material a personal de enfermería.
6	CEyE	Registrar entrega de materiales en bitácora.
7	Personal de Enfermería Área Médica	Devolver material solicitado a CEyE.
8	CEyE	Revisar las condiciones en el que el personal de enfermería devuelve el material solicitado.
9	CEyE	Cancelar vale de solicitud.
10	CEyE	Registrar devolución en bitácora.

35.7 DIAGRAMA DE FLUJO




35.8 ANEXOS

FORMATO DE VALE DE SERVICIO DE CEYE



GOBIERNO DE
CHALCO
2025-2027

DIF CHALCO



FECHA: / / **1**

VALE AL SERVICIO DE CEYE

POR: **2** _____

PARA EL SERVICIO DE: **3** _____

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE: **4** _____

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Fecha	Anotar fecha en la cual se realiza la petición de material e insumos
2	Por	Anotar especificaciones de material requerido en tipo y cantidad
3	Para el servicio de	Anotar área o personal que está solicitando el material e insumos
4	Nombre y firma del solicitante	Anotar nombre y firma de la persona que realiza la solicitud.

FORMATO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE AUTOCLAVE



MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE AUTOCLAVE

El día **1** se realiza el mantenimiento preventivo y correctivo del autoclave, se elabora la limpieza interior y exterior del mismo, con una tela suave con jabón líquido y agua, se retira todo residuo de humedad secando las paredes de la unidad, se revisa la integridad de empaques y el buen funcionamiento del equipo.

Responsable: **2**

Observaciones: **3**

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Fecha	Anotar fecha en la cual se realiza el mantenimiento preventivo
2	Responsable	Anotar nombre y firma de la persona encargada de realizar el mantenimiento preventivo
3	Observaciones	Anotar detalles o situaciones que surgieron durante la realización del mantenimiento preventivo y requieran dar conocimiento al área.

36. SMDIF-SERSALUD-PRO036 ARCHIVO CLÍNICO

36.1 OBJETIVO

Disminuir los tiempos de recepción y entrega de expedientes clínicos, así como estandarizar el manejo interno de los mismos en el archivo clínico; así mismo realizar la elaboración y expedición del expediente clínico con calidad y calidez a los usuarios y personal del DIF Chalco que lo requiera.

36.2 ALCANCE

Generar Expediente a la población solicitante de cualquier servicio de salud y/o asistencia social, mediante un servicio de calidad y eficiencia, haciendo entrega inmediata del expediente al personal que lo solicite para reducir tiempos de espera al paciente.

36.3 REFERENCIAS

- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.

36.4 RESPONSABILIDAD

Archivo Clínico es la unidad administrativa responsable de resguardar y controlar el manejo de expedientes clínicos de acuerdo a la normatividad federal y estatal vigente.

Es responsabilidad del personal del archivo clínico, que ningún expediente clínico salga sin que se registre su destino, cuando se realice el préstamo de un expediente quedara bajo responsabilidad del solicitante, el cual se compromete a entregar el expediente clínico en un tiempo no mayor a dos días hábiles posteriores a la fecha de entrega.

36.5 TERMINOLOGÍA

Área de archivo: área restringida destinada para el concentrado, registro clasificación y resguardo de los expedientes clínicos de los usuarios, donde se registra, clasifica y se protocoliza el expediente clínico

Expediente clínico: Es un documento oficial de carácter legal y confidencial propiedad de la institución. Integra datos acerca del estado físico, mental y social del paciente.

Depuración de expediente clínico: limpieza y supresión del expediente clínico.

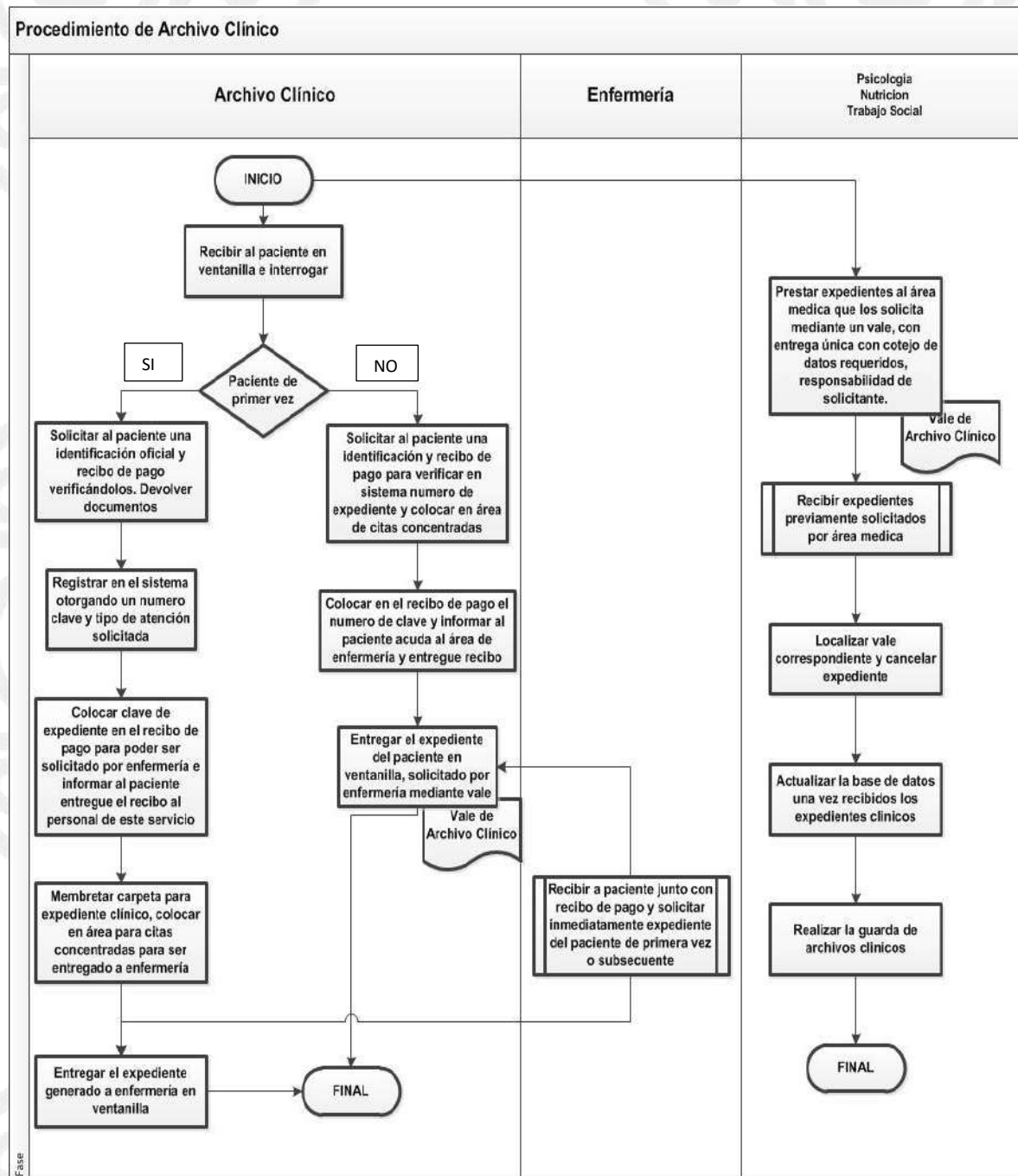
Vigencia del expediente: tiempo límite en que se encuentra en vigor y observancia un expediente clínico en el archivo, deberán conservarlos por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la última fecha del acto médico

36.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCIÓN
1	Archivo Clínico	Recibir y Solicitar al paciente una identificación oficial y el recibo de pago.
2	Archivo Clínico	Verificar en recibo, fecha de pago y en identificación el nombre completo del paciente. (Estos documentos se le devuelven).
3	Archivo Clínico	Buscar en la base de datos su nombre, sino se localiza se procede a registrarlo en el sistema otorgándole número de clave, (número de expediente), nombre completo, edad, fecha de ingreso y que tipo de atención solicita (médico o dental).
4	Archivo Clínico	Colocar número de expediente en el recibo de pago, en la parte inferior derecha para que esta pueda ser solicitada por el área correspondiente.
5	Archivo Clínico	Informar al paciente pase al área de enfermería y haga entrega del recibo al personal de este servicio.
6	Archivo Clínico	Membretar carpeta para expediente clínico colocándole, jurisdicción (16), municipio (25), localidad (Chalco), número de clave, apellidos y nombre colocándolo en el área de citas concertadas para ser entregados al personal que los solicite, (enfermería).
7	Enfermería	Entregar el expediente generado en ventanilla a enfermería.
8	Archivo Clínico	Solicitar al paciente una identificación y el recibo de pago para verificar en el sistema su número de clave, y así poder rescatar el expediente (estos documentos se le devuelven) y colocarlo en el área de las citas concertadas.

9	Archivo Clínico	Colocar en el recibo de pago en la parte inferior derecha el número de clave correspondiente.
10	Archivo Clínico	Informar al paciente acuda al área de enfermería para entregar recibo.
11	Enfermería	Entregar en ventanilla el expediente, del paciente subsecuente, solicitado por enfermería mediante el vale, que será llenado correctamente (fecha, clave del expediente, servicio, nombre y firma del solicitante) (ver formato de vale de archivo clínico) La entrega será únicamente con cotejo de los datos requeridos.
12	Archivo Clínico	Prestar el o los expedientes al personal del área médica que los solicita, mediante el vale que debe ser llenado correctamente (ver formato de vale de archivo clínico). La entrega será únicamente con cotejo de los datos requeridos, quedando así bajo la responsabilidad del solicitante
13	Archivo Clínico	Localizar el vale correspondiente para así hacer la cancelación del expediente, quedando nuevamente bajo el resguardo del archivo.
14	Archivo Clínico	Actualizar la base de datos una vez recibidos los expedientes clínicos (nombre del médico que atendió al paciente y al programa que se integra.
15	Archivo Clínico	Realizar la guarda de los expedientes clínicos entregados al archivo en forma consecutiva correspondiente a la clave asignada, para agilizar la posterior localización de estos cuando sean requeridos, y así mantener el archivo en completo orden, confiable y presentable a los solicitantes.

36.7 DIAGRAMA DE FLUJO



CLAVE	NOMBRE/SERVICIO
1- 2	3
2.-	
3.-	
4.-	
5.-	
6.-	
7.-	
8.-	
9.-	
10.-	
11.-	
12.-	
13.-	
14.-	
15.-	
16.-	
17.-	
18.-	
19.-	
20.-	
21.-	

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Fecha	Anotar la fecha en la que se pidió el expediente clínico.
2	Clave del expediente clínico	Anotar en una lista numérica, la clave del expediente solicitado.
3	Nombre y servicio	Anotar nombre y servicio de quien solicita el expediente clínico.
3	Nombre y servicio	Anotar nombre y servicio de quien solicita el expediente clínico.

FORMATO DE VALE DE ARCHIVO CLÍNICO (COLECTIVO)



DIF/CHALCO



GOBIERNO DE
CHALCO
2025-2027

VALE DE ARCHIVO CLINICO

FECHA **1**

CLAVE	CLAVE
1.-	21.-
2.- 2	22.-
3.-	23.-
4.-	24.-
5.-	25.-
6.-	26.-
7.-	27.-
8.-	28.-
9.-	29.-
10.-	30.-
11.-	31.-
12.-	32.-
13.-	33.-
14.-	34.-
15.-	35.-
16.-	36.-
17.-	37.-
18.-	38.-
19.-	39.-
20.-	40.-

SERVICIO **3**

NOMBRE **4**

FIRMA **5**

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Fecha	Anotar la fecha en la que se pidió el expediente clínico.
2	Clave del expediente clínico	Anotar en la lista numérica la clave de los expedientes solicitados.
3	Servicio	Anotar el servicio que presta en su área el servidor público.
4	Nombre	Anotar el nombre de quien solicita el expediente clínico.
5	Firma	Anotar firma de quien solicita el expediente clínico

37. SMDIF-SERSALUD-PRO037 ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE PRIMERA VEZ

37.1 OBJETIVO

Brindar atención y orientación psicológica a la población chálquense que lo solicite a través de la realización de acciones de promoción, prevención y tratamiento especializado en los casos de trastornos mentales, para favorecer la integración psicosocial.

37.2 ALCANCE

Otorgar consulta psicológica a toda la población en la demarcación territorial de Chalco y/o canalizarlo a las diferentes instituciones de apoyo como, instituciones psiquiátricas, CRIS, C.I.J., A.A., CAPA, procuraduría, trabajo social, C.A.A.M. y las diferentes áreas de apoyo del SMDIF Chalco.

37.3 REFERENCIAS

- ✓ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ✓ Constitución Política del Estado de México.
- ✓ Convención sobre los Derechos del niño.
- ✓ Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México.
- ✓ Ley General de Salud.

- ✓ Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.
- ✓ El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 203-2018 del Gobierno de la República.
- ✓ Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- ✓ Ley de asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- ✓

37.4 RESPONSABILIDAD

El titular del departamento, por conducto del personal encargado del programa A.P, atenderá a las personas que demandan el servicio, brindando la consulta psicológica de primera vez; así como realizar pláticas, talleres, conferencias y jornadas para niños, jóvenes y adultos como método de prevención que coadyuven en el apoyo de los miembros del núcleo familiar, incorporándose así de una forma sana e integral.

37.5 TERMINOLOGÍA

DIF: Desarrollo Integral para la Familia

DP: Departamento de Psicología

AP: Atención Psicológica

Atención Psicológica: Actividad encaminada al tratamiento de personas que presentan algún tipo de trastorno emocional, de conducta o de relación.

Referencia: Canalizar a un usuario a una institución externa de apoyo con base a las necesidades específicas que demanda el trastorno o la situación.

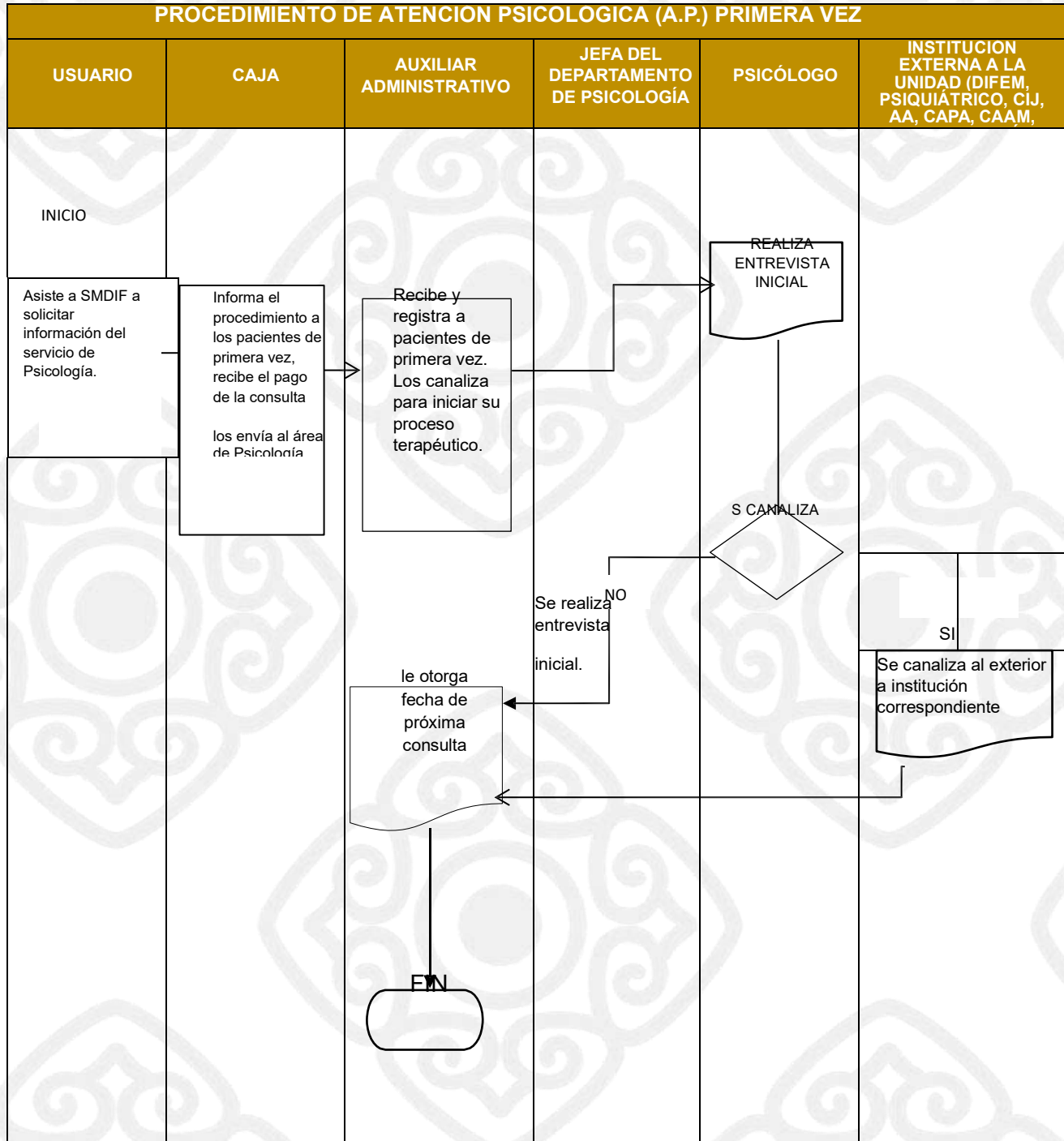
Valoraciones: Aplicación de pruebas psicométricas como herramienta de apoyo que sugieren ciertas características para el diagnóstico del trastorno.

Material psicométrico: Pruebas utilizadas para el proceso terapéutico.

37.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

	UNIDAD ADMINISTRATIVA	DESCRIPCIÓN
1	Usuario	Acude al SMDIF para solicitar información sobre el servicio psicológico y ser atendido de primera vez.
2.	Caja	Informa sobre el procedimiento a los pacientes de primera vez, recibe el pago de la consulta y los dirige al área de psicología.
3.	Auxiliar Administrativo	Recibe y registra al usuario de primera vez y le canaliza para iniciar su proceso terapéutico.
4.	Psicólogo	Brinda atención psicológica de primera vez, llena el formato de entrevista inicial, firma el aviso de privacidad de protección de la información del paciente, se explica la manera en que funciona el tratamiento terapéutico y entrega al paciente el recordatorio de su siguiente cita. Si el paciente requiere de referencia a otra institución, realiza el documento correspondiente dirigido a dicha institución.
5.	Auxiliar Administrativo	Otorga al paciente próxima fecha y hora de su consulta para seguimiento.

37.7 DIAGRAMA DE FLUJO



No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Apellido paterno Apellido materno Nombre	Anotar datos generales del paciente.
2	Edad	Anotar la edad del paciente.
3	Escolaridad	Colocar el grado de estudios máximo del paciente.
4	Ocupación	Anotar la ocupación actual del paciente.
5	Exp. No.	Colocar el número de expediente que se asigna en la tercera sesión.
6	Sexo	Anotar el sexo del paciente.
7	Turno	Matutino o vespertino.
8	Religión	Colocar que religión profesa.
9	Fecha de ingreso	Anotar la fecha en la que se realiza la entrevista inicial.
10	Motivo de ingreso	Escribir de forma textual el motivo por el cual el paciente solicita el servicio.
11	Problemática	Anotar las respuestas que da el paciente a las siguientes preguntas. 1.- ¿Desde hace cuánto tiempo se presenta la problemática? 2.- ¿Qué es lo que ha intentado hacer para resolver la problemática? 3.- ¿Qué es lo que detonó que asistiera a consulta psicológica?
12	Expectativa	Colocar textualmente lo que el paciente espera como resultado al asistir a consulta psicológica.
13	Sugerencias	Anotar que es lo que el psicólogo considera trabajar con el paciente.
14	Cita a orientación	Tachar si se cita a orientación en grupo o no.
15	Reingreso	Tachar si es un paciente que anteriormente se había dado de baja.
16	Pasa al servicio de	Anotar si se canaliza a algún taller o a algún otro servicio del sistema.
17	Nombre del entrevistador	Colocar el nombre del psicólogo que realizó la entrevista inicial.
18	Tipo de problema	Tachar en que área se encuentra el problema.

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

SISTEMA MUNIIPAL DIF CHALCO

ATENCIÓN PSICOLÓGICA

CITA

LIC. _____

DIA: _____

HORA: _____

TEL: 59-72-87-60 ext 201

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Lic.	Anotar el nombre del psicólogo asignado.
2	Día	Colocar el día de su cita.
3	Hora	Anotar la hora de su consulta.

HOJA DE REFERENCIA

(1) FECHA:

(2) NOMBRE:

(3) EDAD:

(4) SEXO:

(5) INSTITUCION A LA QUE SE ENVIA:

(6) MOTIVO DE ENVIO:

(7) RESUMEN CLINICO:

|

(8) EXAMEN MENTAL:

(9) Nombre y Firma del Psicólogo (a)

(10) Cargo y Adscripción del Psicólogo

Av, Solidaridad Mx. 2 Lt. 1, Zona 5, Colonia Culturas,
Chalco Estado de México C.P. 56607 Tel.: 5972-8760 y 5972-8761

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Fecha	Anotar la fecha en que se realiza la referencia.
2	Nombre	Colocar el nombre completo del paciente.
3	Edad	Anotar la hora de su consulta.
4	Sexo	Femenino/ Masculino
5	Institución a la que se envía	Nombre de la institución a la que se envía
6	Motivo de envío	Razón por la que se envía / ¿Para qué se envía?
7	Resumen clínico	Informe sobre el historial del paciente y/o avances en terapia.
8	Examen mental	Condiciones físicas y psicológicas del paciente.
9	Nombre y firma del psicólogo	Colocar el nombre y la firma del psicólogo que refiere, así como el visto bueno del coordinador de servicios de salud.
10	Cargo y área del Psicólogo	Anotar que cargo tiene el psicólogo que elabora la referencia y el área al que está adscrito.

38. SMDIF-SERSALUD-PRO038 ATENCIÓN PSICOLÓGICA SUBSECUENTE

38.1 OBJETIVO

Brindar atención y orientación psicológica a la población Chalquense que lo solicite a través de la realización de acciones de promoción, prevención y tratamiento especializado en los casos de trastornos mentales, para favorecer la integración psicosocial.

38.2 ALCANCE

Otorgar consulta psicológica a toda la población en la demarcación territorial de Chalco y/o canalizarlo a las diferentes instituciones de apoyo como, instituciones

psiquiátricas, CRIS, C.I.J., A.A., CAPA, procuraduría, trabajo social, C.A.A.M. y las diferentes áreas de apoyo del SMDIF Chalco.

38.3 REFERENCIAS

- ✓ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ✓ Constitución Política del Estado de México.
- ✓ Convención sobre los Derechos del niño.
- ✓ Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México.
- ✓ Ley General de Salud.
- ✓ El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 203-2018 del Gobierno de la República.
- ✓ Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- ✓ Ley de asistencia Social del Estado de México y Municipios

38.4 RESPONSABILIDAD

El titular del departamento, por conducto del psicólogo encargado del programa de Atención Psicológica, atenderá a las personas que demandan el servicio, brindando la consulta psicológica subsecuente; así como realizar pláticas, talleres, conferencias y jornadas para niños, jóvenes y adultos como método de prevención que coadyuven en el apoyo de los miembros del núcleo familiar, incorporándose así de una forma sana e integral.

38.5 TERMINOLOGÍA.

DIF: Desarrollo Integral para la Familia.

DP: Departamento de Psicología

AP: Atención Psicológica

Atención Psicológica: Actividad encaminada al tratamiento de personas que presentan algún tipo de trastorno emocional, de conducta o de relación.

Referencia: Canalizar a un usuario a una institución externa de apoyo con base a las necesidades específicas que demanda el trastorno o situación.

Valoraciones: Aplicación de pruebas psicométricas como herramienta de apoyo que sugieren ciertas características para el diagnóstico del trastorno.

Material psicométrico: Pruebas utilizadas para el proceso terapéutico.

39. SMDIF-SERSALUD-PRO039 ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN PSICOLÓGICA.

39.1 OBJETIVO

Promover la integración familiar de los habitantes del municipio de Chalco para mejorar la calidad de vida en las esferas personal y familiar, por medio de cursos, talleres y pláticas del programa Integración Familiar que promuevan una integración familiar armónica y estable. Lo anterior bajo el marco de atención integral de los servicios que ofrece el SMDIF (atención jurídica, psicológica, salud, nutricional y formación para el trabajo).

39.2 ALCANCE

Aplica a centros escolares de los niveles preescolar, primaria, secundarias y nivel superior de escuelas públicas del Municipio de Chalco (delegaciones, pueblos, barrios y colonias), donde se involucran a padres de familia y a quienes tengan la intención de mejorar su calidad de vida, así como a personas relacionadas con la orientación familiar y población abierta que lo solicite.

39.3 REFERENCIAS

- ✓ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ✓ Constitución Política del Estado de México.
- ✓ Convención sobre los Derechos del niño.
- ✓ Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México.
- ✓ Ley General de Salud.
- ✓ Ley para la Protección de los Derechos de niñas, niños y adolescentes.

- ✓ Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.
- ✓ Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- ✓ Ley de Acceso a una vida libre de Violencia del Edo. de México.
- ✓ Ley para la Prevención y Erradicación de la violencia familiar del Edo. de México.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, para la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.
- ✓ Ley de asistencia Social del Estado de México y Municipios.

39.4 RESPONSABILIDAD

El encargado del programa “INFAM” conjuntamente con el Jefe del departamento de Psicología del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco, son responsables de atender las necesidades de los usuarios que surjan durante el tratamiento psicológico y/o acudan a solicitar el servicio.

El encargado del programa deberá:

- Promocionar las acciones del programa de Integración Familiar.
- Integrar grupos con padres de familia para impartir pláticas de Integración familiar.
- Impartir el taller de “Escuela para padres”.
- Fomentar el desarrollo de la familia a través de las diversas acciones durante las jornadas y actividades recreativas para la integración familiar.
- Elaborar informes mensuales con las actividades que se realizaron durante el periodo para su entrega en DIFEM.
- Todo lo anterior acorde a las reglas de operación que marca el manual de integración.

39.5 TERMINOLOGÍA

SMDIF: Sistema Municipal Para El Desarrollo Integral De La Familia

DIFEM: Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México

EPP: Escuela para Padres.

Taller: Serie de enseñanzas teórico –práctico impartido por un profesional o varios respecto a un solo tema específico, durante un número determinado de sesiones y un número de participantes limitado.

Familia: Es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Curso: Tipo de educación formal que no necesariamente está inscrito dentro de los currículos tradicionales y oficiales que forman parte de una carrera, sino que muchas veces puede ser también realizado de manera temporal por interés personal pero no para obtener determinada titulación.

Material didáctico: recursos audiovisuales que facilitan la enseñanza y aprendizaje.

Dinámicas de grupo: Conjunto de técnicas y métodos grupales que se aplican a individuos y a organizaciones sociales.

Prevención: Medidas y acciones dispuestas con anticipación con el fin de evitar o impedir que se presente un fenómeno peligroso para reducir sus efectos sobre la población

Integración familiar: Es el proceso de que todos los integrantes de una familia trabajen por un bienestar común.

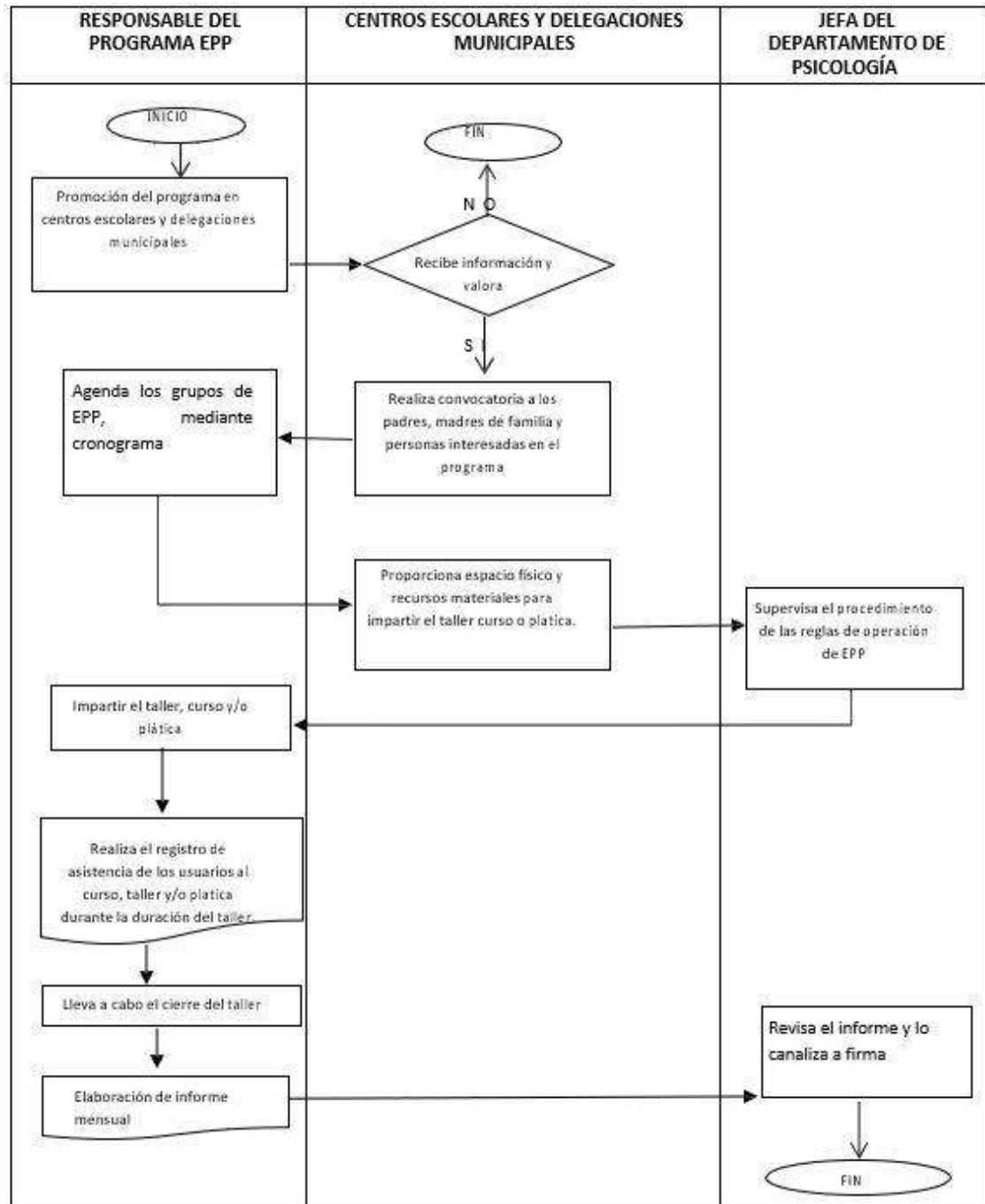
Abreviatura DP: Departamento de Psicología.

39.6 DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
1	Responsable del programa	Promueve el programa INFAM, visita a centros escolares, delegaciones o a través de vía telefónica se pone en contacto con los lugares donde se puede intervenir, se realizan trípticos y se reparten volantes.
2	Centro escolar y/o delegaciones	Recibe la información sobre el programa y decide convocar o no a las personas interesadas en el programa INFAM vía telefónica, verbal, a través de volantes en día y hora determinados, se manejan listas de
3	Responsable del programa	Agenda los grupos de EPP, por medio de un cronograma establecido.
4	Centro escolar y/o delegaciones	Proporciona espacio físico y recursos materiales para impartir el taller curso o plática.
5	Jefa del departamento de psicología	Supervisa el procedimiento de las reglas de operación.
6	Responsable del programa	Imparte el curso, taller y/o plática.
7	Responsable del programa	Realiza el registro de asistencia de los usuarios al curso, taller y/o plática durante la realización del taller.
8	Responsable del programa	Lleva a cabo el cierre del taller.
10	Responsable de programa	Elabora informe mensual.
11	Jefe del departamento de psicología	Revisa informe y canaliza para firma.

39.7 DIAGRAMA DE FLUJO

DIAGRAMA DE FLUJO



40. SMDIF-SERSALUD-PRO040 SALUD MENTAL DE LA MUJER (SMM).

40.1 OBJETIVO

Promover la salud mental y emocional de la mujer por medio de la capacitación y orientación para el bienestar de las mujeres del municipio de Chalco, a través del fomento de técnicas psico-educativas que serán multiplicadas en la población objetivo, para lograr el desarrollo integral y su dignificación. Lo anterior bajo el marco de atención integral de los servicios que ofrece el SMDIF (atención jurídica, psicológica, salud, nutricional, y formación para el trabajo).

40.2 ALCANCE

Aplica a mujeres de 19 a 59 años de edad pertenecientes al municipio de Chalco, que previa a una entrevista sean candidatas a participar en el taller o sean localidades a través de una detección de necesidades.

40.3 REFERENCIAS

- ✓ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ✓ Constitución Política del Estado de México.
- ✓ Convención sobre los Derechos del niño.
- ✓ Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México.
- ✓ Ley General de Salud.
- ✓ El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 203-2018 del Gobierno de la República.
- ✓ Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- ✓ Ley de Acceso a una vida libre de Violencia del Edo. de México.
- ✓ Ley para la Prevención y Erradicación de la violencia familiar del Edo. de México.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, para la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.
- ✓ Ley de asistencia Social del Estado de México y Municipios.

40.4 RESPONSABILIDAD

El encargado del Programa de “Salud Mental de la Mujer” en conjunto con el jefe(a) del departamento de Psicología son responsables de atender las necesidades de los usuarios que surjan durante el tratamiento psicológico y/o acudan a solicitar el servicio.

El encargado del programa deberá:

- Promocionar las acciones del Programa Salud Mental de la Mujer.
- Integrar grupos de mujeres para los talleres de prevención de la depresión
- Impartir el taller preventivo de la depresión
- Impartir las pláticas de prevención de Trastornos emocionales
- Fomentar el desarrollo integral de la mujer a través de las diversas acciones durante las jornadas en pro de la dignificación de la mujer: Día Internacional de la Mujer (8 de marzo) y día internacional por la no violencia de género (25 de noviembre).
- Canalizar a las mujeres que lo requieran a las acciones de autoempleo.
- Todo lo anterior acorde a las reglas de operación que marca el manual de Salud Mental de la Mujer del SMDIF Estado de México.

40.5 TERMINOLOGÍA

SMDIF: Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia.

DIFEM: Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

SMM: Salud Mental de la Mujer.

Trastorno emocional: Es un patrón comportamental o psicológico que ocasiona un deterioro significativo y progresivo en diversas esferas de la vida de una persona.

Dinámicas de grupo: Conjunto de técnicas y métodos grupales que se aplican a individuos y a organizaciones sociales.

Prevención: Medidas y acciones dispuestas con anticipación con el fin de evitar o impedir que se presente un fenómeno o situación de peligro para reducir sus efectos sobre la población.

Jornada: Tipo de evento de corta duración con diversas actividades para dar a conocer y fomentar una temática específica.

Autoempleo: Es una actividad que se inicia de forma independiente de empleo sin relación de dependencia con un empleador, con el fin de tener una retribución económica.

Abreviatura AP: Atención Psicológica.

DP: Departamento de Psicología.

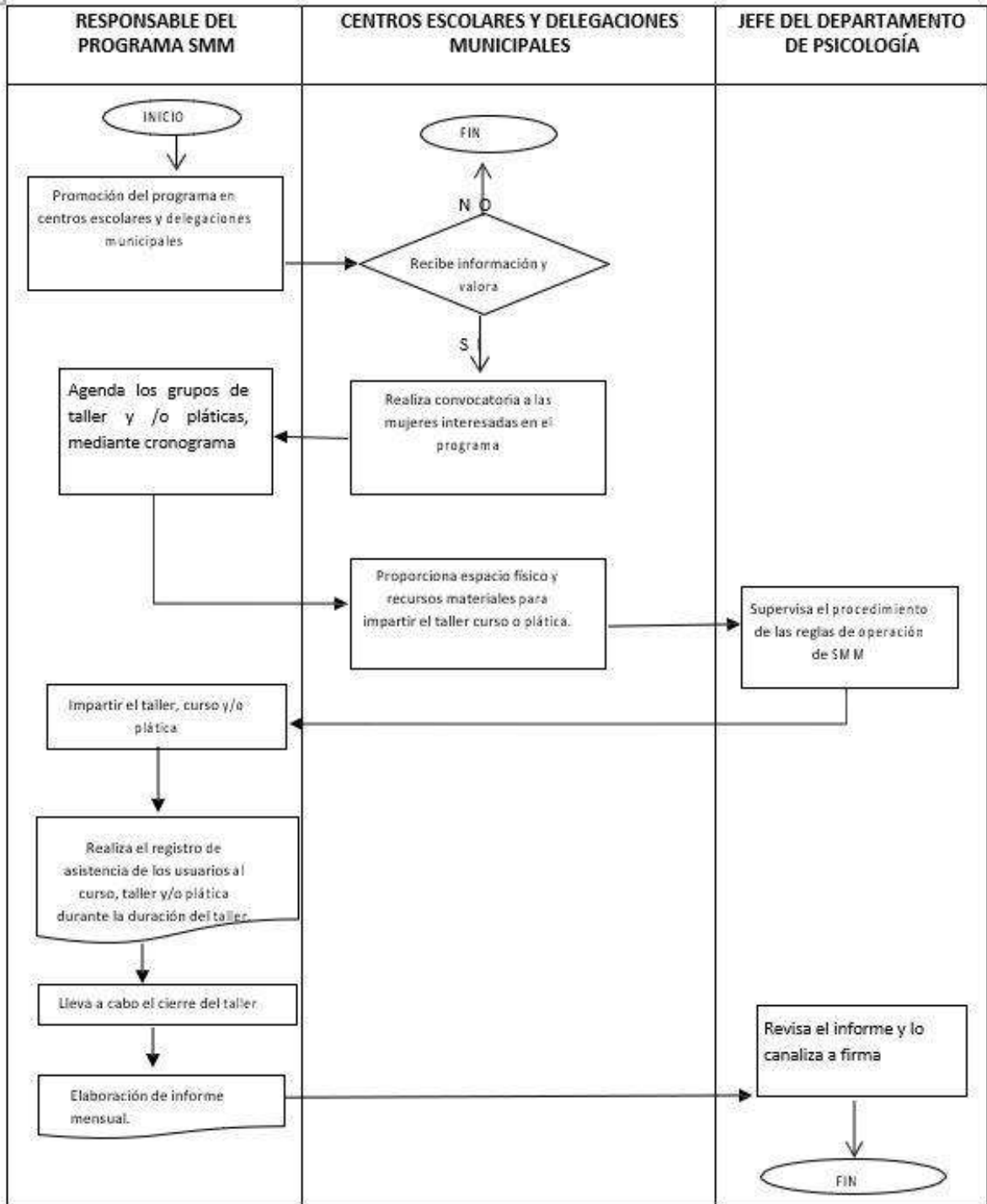
40.6 DESARROLLO

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
1	Responsable del programa	Promueve el programa SMM, visita centros escolares, delegaciones o ponerse en contacto a través de vía telefónica, entrega de trípticos y volantes.
2	Centro escolar y/o delegaciones	Recibe la información sobre el programa y decide convocar o no a las personas interesadas en el programa SMM vía telefónica, de manera verbal, a través de volantes en día y hora determinados, se manejan listas de asistencia.
3	Responsable del programa	Agenda los grupos de SMM, por medio de cronograma.
4	Centro escolar y/o delegaciones	Proporciona espacio físico y recursos materiales para impartir el taller curso o plática.
5	Jefe del departamento de psicología	Supervisa el procedimiento de las reglas de operación.
6	Responsable del programa	Imparte el curso, taller y/o plática.
7	Responsable del programa	Realiza el registro de asistencia de los usuarios al curso, taller y/o plática durante la duración del taller.
9	Responsable del programa	Lleva a cabo el cierre del taller.
10	Responsable de programa	Elabora informe mensual.
11	Jefe del departamento de psicología	Revisa informe y canaliza para firma.

40.7 DIAGRAMA DE FLUJO



DIAGRAMA DE FLUJO



41. SMDIF-SERSALUD-PRO041 PREVENCIÓN DE ADICCIONES (PREADIC).

41.1 OBJETIVO

Ejecutar acciones orientadas a la prevención de las adicciones, mediante actividades preventivo-educativas, pláticas y promoción, dirigidas a la población del municipio de Chalco.

41.2 ALCANCE

Aplica a la población del municipio de Chalco, principalmente a niños y adolescentes de 12 a 21 años, que previa a una entrevista sean candidatos para integrarse al programa.

41.3 REFERENCIAS

- ✓ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ✓ Constitución Política del Estado de México.
- ✓ Convención sobre los Derechos del niño.
- ✓ Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México.
- ✓ Ley General de Salud.
- ✓ Ley para la Protección de los Derechos de niñas, niños y adolescentes
- ✓ Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.
- ✓ Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- ✓ Ley de asistencia Social del Estado de México y Municipios.

41.4 RESPONSABILIDAD

El encargado del Programa PREADIC conjuntamente con el jefe del departamento de Psicología, es responsable de atender los requerimientos de los usuarios del programa.

El encargado del programa PREADIC deberá:

- Realizar la promoción de pláticas de prevención de adicciones en las escuelas primarias, secundarias y preparatorias públicas y privadas, así como población abierta.
- Conformación de grupos seleccionados por las autoridades educativas con población vulnerable al consumo de drogas.
- Se registra una lista de asistencia.
- Impartición de plática con tema en prevención de adicciones.
- Se determina fecha y hora para la siguiente plática.

Dar orientación psicológica a las personas que lo soliciten y canalizar en caso de ser necesario a CIJ o CAPA.

41.5 TERMINOLOGÍA

SMDIF: Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

DIFEM: Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México

Abuso: Es el consumo de sustancias en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación con el tratamiento médico habitual.

Brindar atención: Subsidiar las necesidades de los usuarios a través de los diversos servicios que ofrece el sistema DIF Chalco.

Canalización: Referir a alguna institución o dependencia especializada con base a las necesidades del usuario.

DP: Departamento de Psicología.

DIF: Desarrollo Integral de la Familia

Droga o fármaco: Es toda sustancia ajena que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones físicas y mentales.

Drogadicción: Farmacodependencia o adicción a sustancias son términos que describen un estado psíquico, y a veces físico que se caracteriza por cambios en la conducta y por un deseo de consumir una o varias sustancias.

Tolerancia: Adaptación del organismo a los efectos de la droga, generar la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo el efecto inicial.

PREADIC: Prevención de Adicciones.

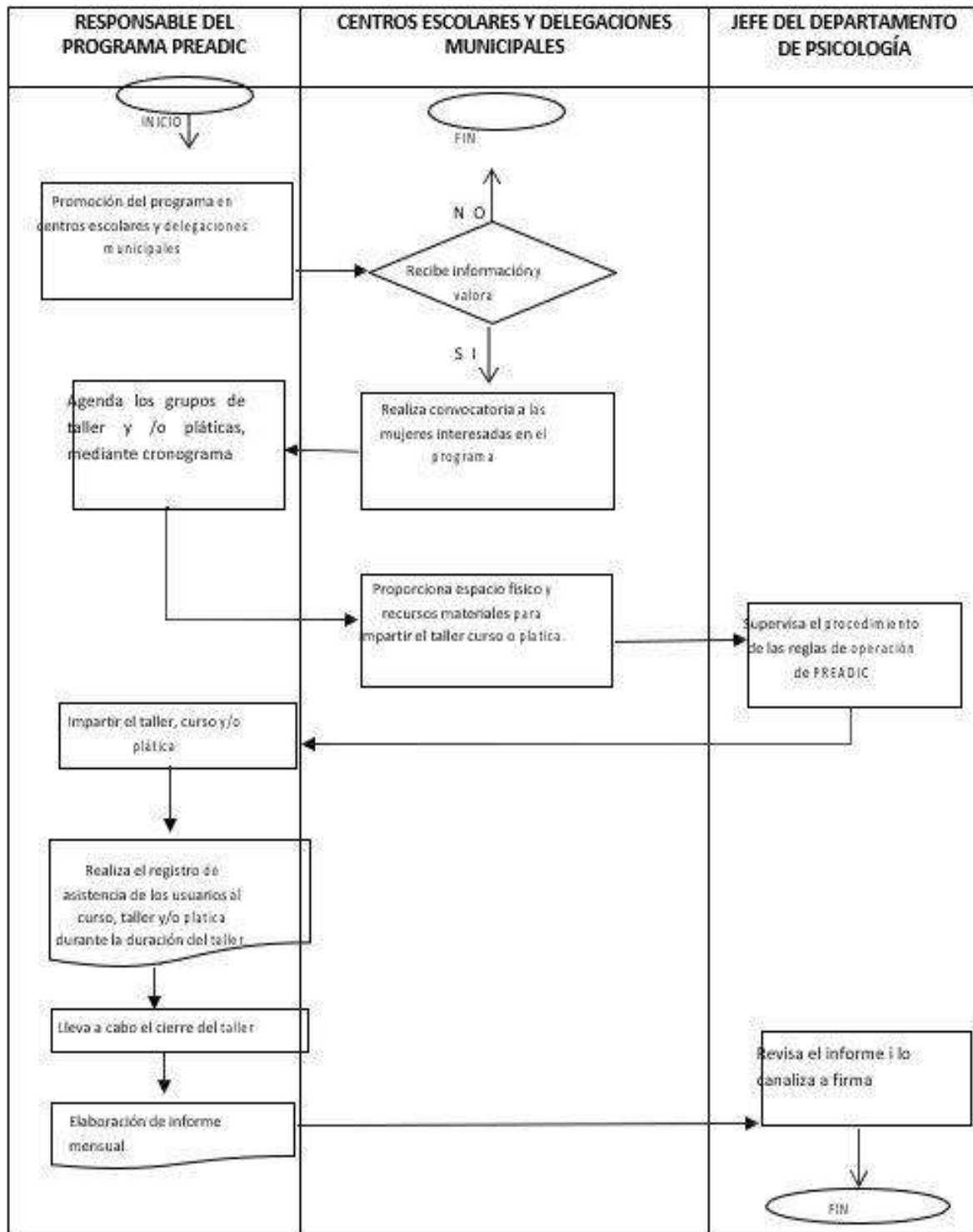
Síndrome de abstinencia: Conjunto de trastornos y síntomas que se presentan al suspender abruptamente el uso de alguna droga cuando ya se ha generado una tolerancia.

41.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
1	Responsable del programa	Promueve el programa PREADIC, visita centros escolares, delegaciones se ponen en contacto vía telefónica, entrega trípticos y volantes.
2	Centros escolares y/o delegaciones	Recibe la información sobre el programa y decide convocar o no a las personas interesadas en el programa PREADIC vía telefónica, oral, a través de volantes en fechas programadas. Se lleva un registro y control mediante listas de asistencia.
3	Responsable del programa	Agenda los grupos de PREADIC, por medio de cronograma.
4	Centros escolares y/o delegaciones	Proporciona espacio físico y recursos materiales para impartir el taller, curso o plática.
5	Jefe del departamento de psicología	Supervisa el procedimiento de las reglas de operación del programa.
6	Responsable del programa	Imparte el curso, taller y/o plática.
7	Responsable del Programa	Realiza el registro de asistencia de los usuarios al curso, taller y/o plática durante la duración del taller.
9	Responsable del programa	Lleva a cabo el cierre del taller
10	Responsable de programa	Elabora informe mensual
11	Jefe del departamento de psicología	Revisa informe y canaliza para firma.

40.7 DIAGRAMA DE FLUJO

DIAGRAMA DE FLUJO



42. SMDIF-CRIS-PRO042 ATENCIÓN DE USUARIOS DE CONSULTA MÉDICA DE PRIMERA VEZ

42.1 OBJETIVO:

Proporcionar al usuario el servicio de Consulta Médica de Primera Vez, con estricto apego a la normatividad vigente, con calidad y calidez, que cubra las necesidades de atención médica especializada con estricto respeto a sus derechos humanos.

42.2 ALCANCE

Aplicara a las Áreas de Trabajo social quien otorgara la primera atención, médico general encargado de realizar la pre valoración, paciente

42.3 REFERENCIAS:

- ✓ Manual de procedimientos de la dirección general de rehabilitación. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 23 de agosto de 2012.

42.4 RESPONSABILIDAD:

Subdirectora del Centro de Rehabilitación: Garantizar que la consulta médica de primera vez se brinde a los usuarios en forma oportuna, suficiente y con calidad desde su primer ingreso hasta el término de su atención, respetando los derechos humanos de los usuarios y su familia. Dar a conocer a todo el personal del Centro de Rehabilitación el contenido de los lineamientos del uso, control y archivo de los expedientes clínicos, así como hacer del instruir al personal que los expedientes clínicos son confidenciales y de uso exclusivo de la institución.

Trabajador Social. Proporcionar a los usuarios información correcta y oportuna relacionada con los servicios y programas sustantivos que presta el Centro de forma directa o a través de plática de inducción. Atender a los usuarios y a sus familias respetando sus derechos humanos. Recopilación de documentos y Elaboración de estudio socioeconómico del usuario, establecer rango

socioeconómico Identificando la problemática familiar de las personas con discapacidad, realizar diagnóstico y pronóstico social. Realizar visita domiciliaria cuando el caso lo amerite y apertura de expediente para la atención del usuario.

Enfermera: Realizar la toma de signos vitales, proporcionando una atención de calidad y calidez al usuario, procurando que la consulta de valoración sea proporcionada en tiempo y forma.

Médico Pre Valoración: Procurar que la consulta de primera vez se brinde a los usuarios en forma oportuna, suficiente y con calidad desde su ingreso hasta el término de su atención, respetando los derechos humanos de los usuarios y su familia. Referir al usuario a otra institución cuando así lo amerite. Manejar la información contenida en el expediente clínico con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos, éticos y legales que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente o a petición de la parte interesada.

Archivista. Recepción de documentación del área de Trabajo social para la apertura del expediente y asignar número de expediente.

Médico Especialista. Realizar los potenciales evocados, las electromiografías y estudios radiológicos que el médico solicite para soporte de valoración clínica respetando los derechos humanos de los usuarios y sus familias.

Cajera. Atender con calidad y calidez a los usuarios, respetando sus derechos humanos. Cobrar las cuotas de recuperación de acuerdo a lo especificado en el carnet de citas con base al rango social de terminado por trabajo social.

Agenda. Asignar citas de especialidad

42.5 TERMINOLOGÍA:

Rehabilitación: Conjunto de técnicas y métodos que sirven para recuperar una función o actividad del cuerpo que ha disminuido o se ha perdido a causa de un accidente o de una enfermedad.

Comunicación Humana: Es el campo que atiende eficientemente la prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento e investigación de las alteraciones en la forma de comunicarse de los seres humanos que engloban la audición,

comprensión y expresión del lenguaje oral y escrito en niños, adolescentes, jóvenes y adultos.

Módulo de Protección de los Derechos de Personas con Discapacidad:

Garantizar la atención, detección y vinculación en casos de posible vulneración de Derechos de personas con discapacidad.

Trabajo Social: actúan sobre ciertos factores relacionados a las interacciones de los individuos con el entorno, en la búsqueda de un mayor bienestar social.

Psicología: Ciencia que estudia los procesos mentales, las sensaciones, las percepciones y el comportamiento del ser humano, en relación con el medio ambiente físico y social que lo rodea.

Módulo de Integración Social: Todo proceso dinámico y multifactorial que posibilita a las personas que se encuentran en un sistema marginal (marginación) participar del nivel mínimo de bienestar socio vital alcanzado en un determinado país.

Terapia de Lenguaje: Es el tratamiento para la mayoría de los niños con discapacidades del habla y aprendizaje del lenguaje. Las discapacidades en el habla se refieren a problemas con la producción de sonidos, mientras que los problemas con el aprendizaje del lenguaje son las dificultades al combinar las palabras para expresar ideas.

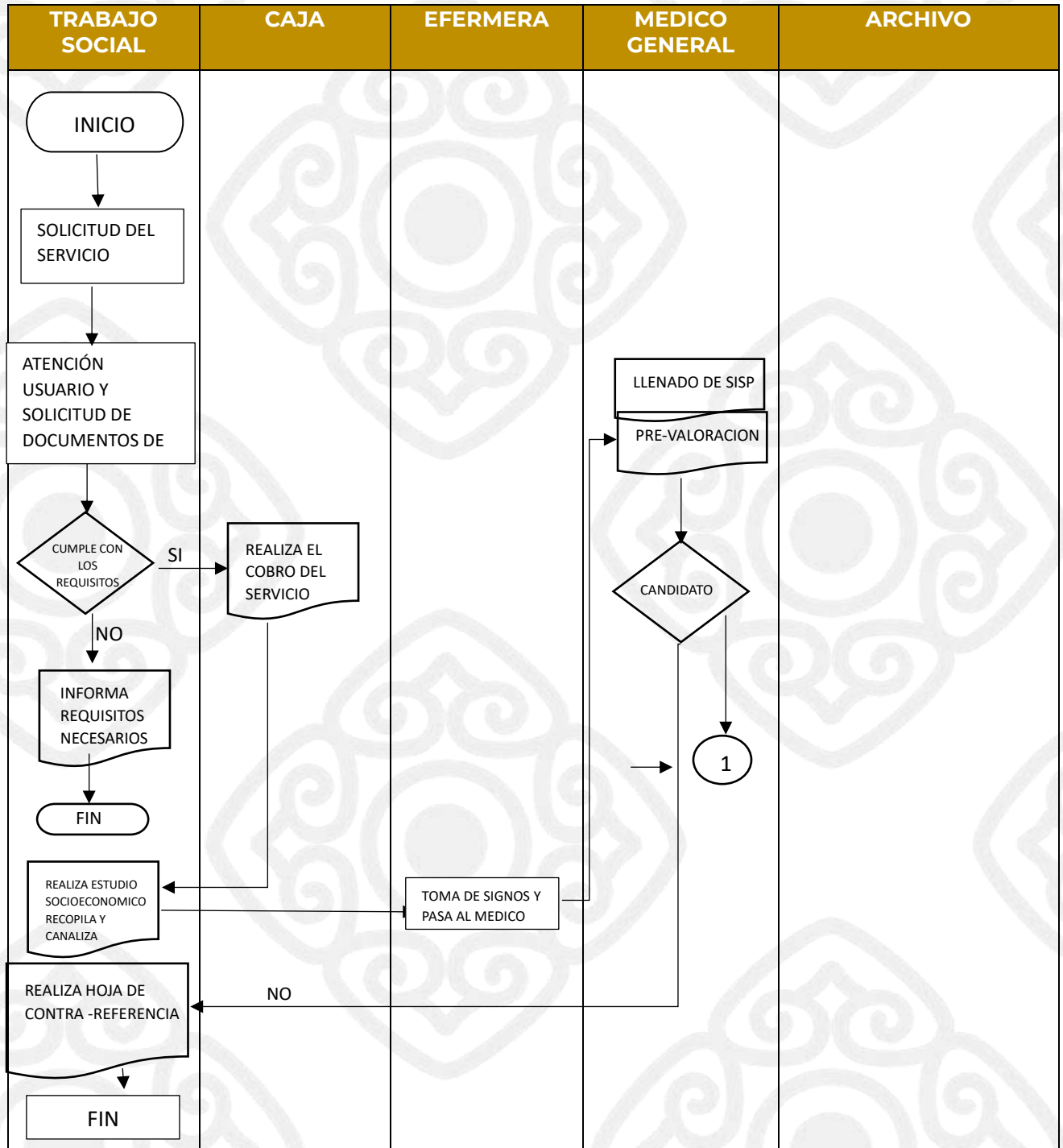
Terapia Física: Rama de la medicina que se ocupa de tratar las afecciones físicas de nuestro cuerpo a través del ejercicio o de diversas prácticas tales como la aplicación de frío, de calor, de agua, electricidad y la realización de masajes en aquellas zonas afectadas.

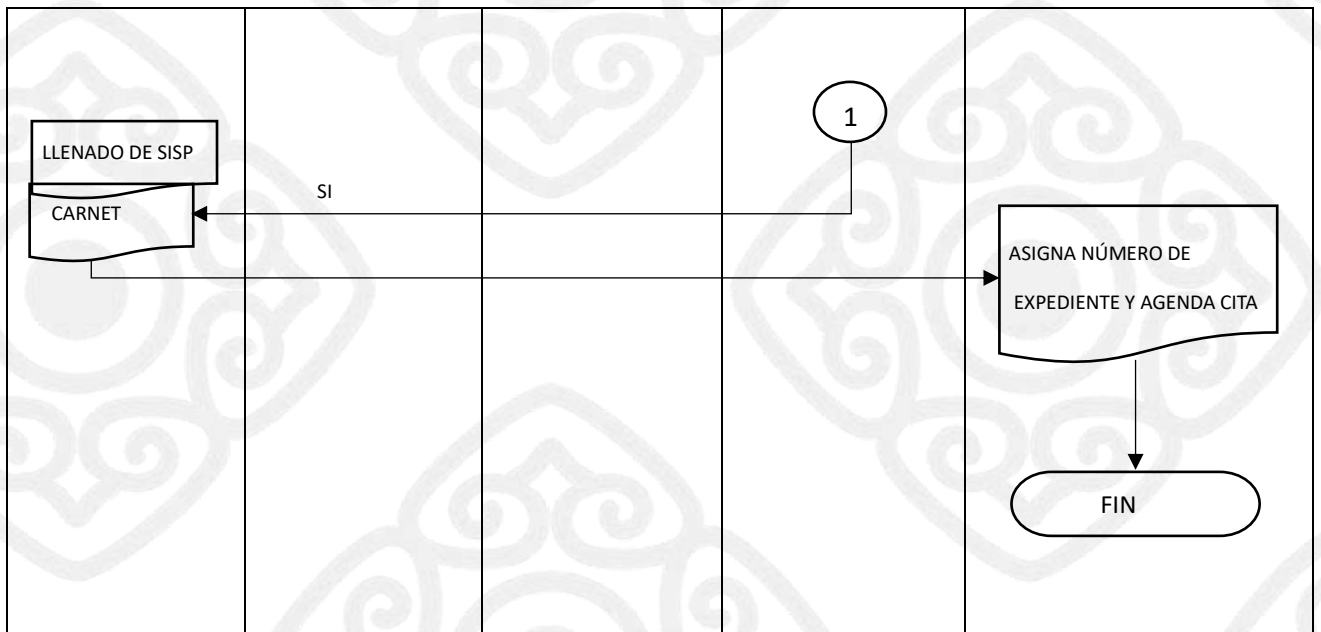
Terapia Ocupacional: Lo que hará es buscar que aquella persona que presenta limitaciones físicas o psíquicas pueda tener una vida independiente y valorar su propio potencial, que, si es el caso, el paciente pueda modificar sus habilidades disminuidas, conforme a aumentarlas y en la vereda opuesta, que pueda alcanzar una actitud activa en cuanto a sus capacidades.

42.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESARROLLO
1	USUARIO	Usuario acude a instalaciones para solicitar servicios que brinda el Centro de Rehabilitación Integral Social
2	TRABAJO SOCIAL	Trabajo Social verifica que la documentación que trae el usuario este completa (INE, CURP, Comprobante de domicilio y hoja de referencia) si el usuario trae la documentación completa entrega ficha y lo canaliza al área de caja para realizar el pago de servicio. Requisita formato de demanda del servicio (formato de demanda del servicio). Si el usuario no trae documentación completa la trabajadora social entrega una ficha con los requisitos que deberá cumplir y le cita para el siguiente día de atención.
3	CAJA	Realiza el cobro del servicio de acuerdo al tabulador de costos vigente.
4	Trabajo social	Recopila la documentación de paciente, realiza estudio socioeconómico y canaliza al médico para su pre- valoración
5	Enfermera	Recibe recibo de pago, toma signos y los entrega al médico para la atención del paciente.
5	MÉDICO GENERAL	Médico General recibe a usuario, requisita hoja de pre valoración y anexa diagnóstico con base a la exploración física realizada para determinar el ingreso a rehabilitación (formato de pre valoración). Si es candidato para ingreso, envía a trabajo social para apertura de expediente y programación de cita. Si no es candidato se informa que no puede ser atendido en esta institución y si es el caso se entrega hoja de referencia. Llenar formato SISP
6	Trabajo social	Si es candidato para ser paciente del centro Elabora carnet y solicita a archivo número de expediente; Si no es candidato, con base a las especificaciones del Médico, realiza la hoja de contrarreferencia a la institución que indique el médico. Llenar formato SISP
7	Archivo	Apertura el expediente clínico del paciente, (de acuerdo a los lineamientos generales de expedientes), asignando número consecutivo de expediente, otorgándole cita para su consulta con el médico especialista en rehabilitación.

42.7 DIAGRAMA DE FLUJO





42.8 ANEXOS

FORMATOS



ESTUDIO DE ELECTRONEUROMIOGRAFIA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La exploración de Electroneuromiografía (EMG), es una prueba diagnóstica de la función del nervio y del músculo.

El medico ha iniciado la realización de esta prueba para poder establecer el diagnóstico y tratamiento.

La exploración EMG consiste en:

- 1.- El estudio de la conducción nerviosa.
- 2.- El estudio de los músculos.

Los estudios de la conducción nerviosa se realizan mediante colocación de pequeños discos en la piel sobre los nervios y los músculos, con el objeto de registrar las respuestas que se obtienen frente a la estimulación eléctrica de los nervios. Así, los nervios son estimulados con pequeños impulsos eléctricos que causan una sensación poco habitual y sorprendente (parecida a la sensación que se percibe en los dedos cuando se produce un golpe en la parte media del codo).

El estudio del músculo consiste en el registro directo de la actividad muscular, tanto en reposo, así como durante la contracción, mediante la colocación de un electrodo de aguja, en varios músculos (se utilizan electrodos de aguja nuevos para cada paciente y se desecha al término de la sesión). Se percibe una sensación de pinchazo cuando se introduce la aguja y en ocasiones se percibe "sordo" mientras la aguja permanece colocada. No se aplica corrientes eléctricas. Las agujas captan la actividad eléctrica generada normalmente por el propio músculo. Esta actividad aparece en una pantalla y se produce a través de un altavoz, de manera que el médico pueda verla y oirla.

La exploración EMG es una prueba segura y bien tolerada que solo causa molestias mínimas.

No deja secuelas y usted puede volver a realizar sus actividades habituales después de salir del laboratorio de EMG.

Resultado de la prueba.

Los resultados del estudio EMG se entregarán al término del estudio en un tiempo aproximado de 30 minutos, los cuales el paciente lo entregaría a su médico, que, a su vez, se los explicará y establecerá el tratamiento adecuado.

ACEPTO ESTUDIO

FECHA DE ESTUDIO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

DIA, MES Y AÑO

INDICACIONES PARA REALIZAR EL ESTUDIO

- ✎ Presentar solicitud de EMG (original y copia)
- ✎ Hoja de consentimiento informado e indicaciones (firmado)
- ✎ Presentar 30 minutos antes de su cita
- ✎ Entregar el recibo de pago del EMG
- ✎ Acudir bañado(a) y sin haberse aplicado crema en los brazos y piernas (pies y manos limpias).
- ✎ Presentar estudios previos, si se cuenta con alguno de los siguientes:
Electromiografía (EMG), Radiografía (Rx), Tomografía (TAC), Hidromielografía (HMG, Resonancia Magnética (IRM), Estudios de Laboratorio.
- ✎ Acudir sin procesos infecciosos en la piel
- ✎ Tomar su alimentación normal y llevar su tratamiento de medicamentos que le indique su médico.
- ✎ Informar si está tomando anticoagulantes (El tratamiento para la miastenia gravis; debe suspender su medicamento 24 horas antes de se practique el estudio); Si es portador de marcapasos o de enfermedades infectocontagiosas; si tiene programado medición de enzimas o toma de biopsia muscular.
- ✎ No deberá de traer objetos de valor o joyas
- ✎ Debe acompañarse por un familiar en caso necesario (cuando el paciente es un menor de edad o una persona que necesite ayuda continua.

ESTUDIO DE POTENCIALES EVOCADOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La realización de los Potenciales Evocados (visuales, auditivos, somato sensoriales, dermatomales y multimodales):

Los Potenciales evocados son pruebas diagnósticas de la función de la vía auditiva, visual y sensorial, con el objeto de establecer un diagnóstico y tratamiento.

Estos estudios se realizan mediante la colocación de pequeños discos en la cabeza, por detrás de los oídos y en la piel, sobre nervios y músculos para tratar de registrar las respuestas que se obtienen frente a estimulación visual, auditiva y eléctrica de los nervios (en caso de Potenciales somato sensoriales y dermatomales) que causan una sensación de descarga continua.

Para realizar estudios de Potenciales es necesario preparar la zona donde se van a colocar los discos y esto se hace mediante la limpieza de la zona con una crema especial que quita la grasa de la piel y puede provocar una zona eritematosa (muy roja) e incluso puede causar una pequeña costra posteriormente, pero es indispensable para realizar el registro del estímulo y con esto dar un adecuado diagnóstico.

Los estudios de Potenciales son pruebas seguras y bien toleradas que causan molestias mínimas (solo en caso de Potenciales dermatomales y somato sensoriales) No deja secuelas y el paciente puede volver a realizar actividades habituales después de salir del laboratorio de neurofisiología.

Resultado de la Prueba.

Los resultados del Estudio de Potenciales se entregan al término del Estudio, los cuales deben llevar a su médico tratante quien le explicará el resultado y establecerá el tratamiento adecuado, en caso de ser paciente del CRIS se entregará en la próxima consulta con el Especialista.

ACEPTO ESTUDIO

FECHA DE ESTUDIO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

DÍA, MES Y AÑO

INDICACIONES PARA REALIZAR EL ESTUDIO

- ✎ Presentar original y copia de la solicitud del estudio.
- ✎ Entregar la hoja de consentimiento informado e indicaciones.
- ✎ Presentarse 30 minutos antes del Estudio.
- ✎ Acudir bañado(a) y sin haberse aplicado, crema aceite o cualquier sustancia en piernas y brazos.
- ✎ No haber aplicado gel, aceite o crema par apenar en el cuero cabelludo.
- ✎ En caso de Potenciales Visuales, Auditivos y multimodales acudir con las siguientes horas de desvelo, las cuales son indispensables para la realización de estos:
 - ❖ **RECIENTE NACIDO HASTA 4 MESES DE EDAD: 6 A 8 hrs. de desvelo.**
 - ❖ **DE 6 MESES A 8 MESES A 8 MESES DE EDAD: DE 8 A 9 hrs. DE DEVELO.**
 - ❖ **MAS DE 8 MESES Y ADULTOS: 9 hrs. DE DESVEL**
- ✎ No debe permitir dormir al paciente ni un minuto antes de la preparación del Estudio, ya que esto puede provocar alteraciones del mismo y se tendrá que reagendar nueva cita.
 - ❖ En caso de paciente pediátrico acudir con cambio de pañal, una mamila preparada para realizar el estudio.
 - ❖ Traer estudios previos, si cuenta con estos (RM, TAC, anteriores potenciales, o Radiografías.
 - ❖ Acudir SIN procesos infecciosos en la piel.
 - ❖ Tomar todos los medicamentos que le indique su médico.
 - ❖ No traer aretes, collares, pulseras o algún objeto de metal para la realización del estudio.
 - ❖ Debe acompañarse por un familiar.

Formato de Hoja de Prevaloración.



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD "CENTRO DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL DE CHALCO" HOJA DE PREVALORACIÓN		NOMBRE¹	
		EDAD²	SEXO³
		UNIDAD OPERATIVA DE REHABILITACIÓN⁴	
ENVIADO POR⁵:		OCUPACIÓN⁶:	
DOMICILIO⁷:			
FECHA DÍA/MES/AÑO⁸	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA ⁸		
	SE SUGIERE VALORACIÓN POR⁹:		
	MEDICINA DE REHABILITACIÓN: ()		
	COMUNICACIÓN HUMANA: ()		
	ORTOPEDIA: ()		
	PEDIATRÍA: ()		
	NEUROLOGÍA: ()		
	PSICOLOGÍA: ()		
	TRABAJO SOCIAL: ()		
	CANALIZACIÓN EXTERNA: ()		
OTRO: ()			
NOMBRE, FIRMA y No. DE CEDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO TRATANTE			

INSTRUCTIVO DE LLENADO

FORMATO DE HOJA DE PREVALORACIÓN

<u>No.</u>	<u>DEBE DECIR</u>
1	Nombre completo de la persona usuaria en el orden de nombre (s), apellido paterno, apellido materno.
2	Edad cerrada en años.
3	Sexo (M: Masculino, F: Femenino).
4	Colocar el nombre de la Unidad Operativa
5	Colocar la especialidad o el servicio que hace la referencia para ingreso a la Unidad
6	Colocar la ocupación de la persona que solicita la prevaloración
7	Colocar el domicilio de la persona que solicita la prevaloración
8	Colocar la impresión diagnosticada de la persona que solicita la prevaloración
9	Seleccionar el rubro a los cuales se canaliza para valoración inicial

INSTRUCTIVO DE LLENADO
FORMATO DE HOJA DE REGISTRO DIARIO DE PRECONSULTA SISP-01

NO.

DEBE DECIR

- 1 En tinta azul fecha, día, mes y año, numero de credencial y nombre del médico responsable, empezando por apellido paterno, materno y nombre(s).
- 2 Nombre del usuario completo iniciando por apellido paterno, apellido materno y nombre(s). en tinta negra.
- 3 Edad: meses o años cumplidos. en tinta negra.
- 4 Marcar con X el sexo M para masculino y F para femenino. en tinta negra.
- 5 Municipio o delegación. en tinta negra.
- 6 Marcar con una X si corresponde o no corresponde. en tinta negra.
- 7 Anotar totales de cada columna. en tinta negra.
- 8 Nombre y firma del responsable. en tinta negra.
- 9 Hora de entrega a archivo clínico. en tinta negra.

Formato Hoja de Referencia y Contrareferencia



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD
SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
"CENTRO DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL DE CHALCO"

SOLICITUD DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA:

NOMBRE DE LA UNIDAD DE ORIGEN¹:

C.R.I.S, U.R.I.S o U.B.R.I.S: _____

NOMBRE DE LA UNIDAD A QUE SE ENVÍA²:

C.R.E.E, C.E.R: _____

NOMBRE DEL PACIENTE³: _____

No. DE EXPEDIENTE⁴: _____

EDAD⁵: _____ SEXO⁶: _____ FECHA⁷: _____

DIAGNÓSTICO⁸:

A) _____

B) _____

RESUMEN CLÍNICO⁹:

TERAPÉUTICA EMPLEADA¹⁰:

CONDICIONES DE TRASLADO¹¹:



NOMBRE DE ACOMPAÑANTE¹²: _____
DOMICILIO¹³: _____
TELÉFONO¹⁴: _____

NOMBRE, CEDULA Y FIRMA DEL MÉDICO¹⁵

INSTRUCTIVO DE LLENADO

FORMATO OFICIAL: SOLICITUD DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA


No. DEBE DECIR

- 1** Nombre de la Unidad Operativa de Rehabilitación que hace la referencia.
- 2** Nombre del Centro Estatal de Rehabilitación al que se hace la referencia.
- 3** Nombre completo de la persona usuaria en el orden de nombre (s), apellido paterno, apellido materno, tal como aparece en la Hoja Frontal.
- 4** Número del expediente clínico con el cual se tiene el registro en el archivo, en caso de no contar colocar N/A (No aplica).
- 5** Edad cerrada en años.
- 6** Sexo (M: Masculino, F: Femenino).
- 7** Colocar la fecha de la referencia conforme a la siguiente nomenclatura (DD/MM/AAAA)
- 8** Colocar el diagnóstico CIE – 10 de la persona usuaria del servicio.
- 9** Colocar el resumen clínico del padecimiento actual de la persona usuaria del servicio.
- 10** Describir la terapéutica empleada para la atención de la condición de salud de la persona usuaria.
- 11** Describir las condiciones de traslado de la persona usuaria. En caso de no existir colocar “No aplica”
- 12** Colocar el nombre completo del acompañante de la persona usuaria en el orden de nombre (s), apellido paterno, apellido materno.
- 13** Colocar el domicilio completo de la persona usuaria (Calle, número interno, número externo, colonia, municipio, estado, código postal).
- 14** Colocar el número telefónico de contacto de la persona usuaria del servicio.
- 15** Colocar nombre completo de la persona que otorga el servicio colocando título profesional seguido de nombre (s), apellido paterno, apellido materno.

Colocar cedula profesional de medicina general y especialidad.

Firmar referencia y contrarreferencia con bolígrafo azul.

Formato Hoja Frontal.



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD "CENTRO DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL DE CHALCO" <p style="text-align: center;">HOJA FRONTAL</p>		NOMBRE y No. DE EXPEDIENTE ¹	
		EDAD ²	SEXO ³
		UNIDAD OPERATIVA DE REHABILITACIÓN ⁴	
FECHA DÍA/MES/AÑO ⁵	DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO ⁶	NOMBRE, FIRMA y No. DE CEDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO TRATANTE ⁷	

INSTRUCTIVO DE LLENADO

FORMATO OFICIAL: HOJA FRONTAL DE UOR DEL SMDIF

No. DEBE DECIR

- 1** Nombre completo de la persona usuaria en el orden de nombre (s), apellido paterno, apellido materno, tal como aparece en la Hoja Frontal.

Número del expediente clínico con el cual se tiene el registro en el archivo, en caso de no contar colocar N/A (No aplica).

- 2** Edad cerrada en años.

- 3** Sexo (M: Masculino, F: Femenino).

- 4** Colocar el nombre de la Unidad Operativa de Rehabilitación

- 5** Colocar la fecha de la atención otorgada conforme a la siguiente nomenclatura (DD/MM/AAAA)

- 6** Colocar el diagnóstico CIE – 10.

- 7** Colocar nombre completo de la persona que otorga el servicio colocando título profesional seguido de nombre (s), apellido paterno, apellido materno.

Colocar cedula profesional de medicina general y especialidad.

Firmar la hoja frontal con bolígrafo azul.

Formato Carnet de Citas.

"La prevención es la base de una vida saludable."

 **GOBIERNO DE CHALCO**
2025-2027

 **DIF**
CHALCO
2025-2027

REQUISITOS

-  **PRESENTARSE 15 MIN. ANTES DE SU CITA PARA TOMA DE SIGNOS.**
-  **PRESENTAR SU CARNET, SIN EL NO RECIBIRA ATENCIÓN.**
-  **REALIZAR SU PAGO ANTES DE PASAR AL SERVICIO.**
-  **PRESENTARSE ACOMPAÑADO DE UN FAMILIAR, EN CASO DE SER MENOR DE EDAD O ADULTO MAYOR.**

CENTRO DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL

CRIS
CHALCO
2025-2027

CARNET DE CITAS

¡ESTAMOS PARA SERVIRTE!

Av. Nezahualcoyotl s/n Casco de San Juan, Chalco, Estado de México. Tel: 55-59-75-69-31



NOMBRE: _____ _____ No. DE EXP. _____ _____ PROCEDENCIA _____ _____ CLASIFICACIÓN: _____ _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th colspan="3" style="padding: 5px;">TERAPIA</th> </tr> <tr> <th style="width: 33%; padding: 5px;">SERVICIO</th> <th style="width: 33%; padding: 5px;">FECHA</th> <th style="width: 33%; padding: 5px;">HORA</th> </tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> </table> OBSERVACIONES _____ _____ _____ _____	TERAPIA			SERVICIO	FECHA	HORA																														
TERAPIA																																					
SERVICIO	FECHA	HORA																																			

INSTRUCTIVO DE LLENADO
FORMATO CARNET DE CITAS

NO.	DEBE DECIR
1	Nombre del usuario.
2	Número de expediente.
3	Colonia o municipio de procedencia.
4	Clasificación o rango socioeconómico.
5	Nombre del servicio que se va a otorgar.
6	Fecha programada de la cita: día, mes y año.
7	Hora de la cita programada.
8	Observaciones.

Formato de Comprobante de Cuota de Recuperación.



RECIBO DE PAGO

CENTRO DE REHABILITACIÓN
E INTEGRACIÓN SOCIAL

CRIS

FOLIO

CHALCO, MÉXICO, ____ DE ____ 1 ____ DE ____

Nº **4251**

RECIBI DE: 2 _____

POR CONCEPTOS	3	
<input type="checkbox"/> PREVALORACIÓN	\$	_____
<input type="checkbox"/> CONSULTA DE REHABILITACIÓN	\$	_____
<input type="checkbox"/> COMUNICACIÓN HUMANA	\$	_____
<input type="checkbox"/> CONSULTA PSICOLÓGICA	\$	_____
<input type="checkbox"/> CONSULTA OPTOMETRÍA	\$	_____
<input type="checkbox"/> SERVICIO DENTAL	\$	_____
5 <input type="checkbox"/> MECANOTERAPIA	\$	4 _____
<input type="checkbox"/> ELECTROTERAPIA	\$	_____
<input type="checkbox"/> HIDROTERAPIA	\$	_____
<input type="checkbox"/> CONSTANCIA DE DISCAPACIDAD	\$	_____
<input type="checkbox"/> T. OCUPACIONAL	\$	_____
<input type="checkbox"/> (EMG)	\$	_____
<input type="checkbox"/> RAYOS X	\$	_____
<input type="checkbox"/> ELAB Y REP DE ORTESIS Y PROTESIS	\$	_____
<input type="checkbox"/> T. DE LENGUAJE Y/O APRENDIZAJE	\$	_____
<input type="checkbox"/> CARNET	\$	_____
<input type="checkbox"/> TOTAL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN	\$	6 _____
<input type="checkbox"/> OTROS	\$	_____



7 RECIBI

ATENCIÓN

AV. NEZAHUALCÓYOTL S/N COL. CASCO DE SAN JUAN, CHALCO, MÉXICO
TEL 55-55-75-89-31

INSTRUCTIVO DE LLENADO
FORMATO COMPROBANTE DE LA CUOTA DE RECUPERACIÓN

<u>NO.</u>	<u>DEBE DECIR</u>
1	Fecha en que se hace el pago escribir día, mes y año con números arábigos.
2	Nombre completo del usuario iniciando por apellido paterno, materno y nombre (s).
3	Número del Expediente.
4	Con número cantidad a pagar.
5	Tipo de servicio (Consulta, Terapia).
6	Con número cantidad total a pagar.
7	Firma del Cajero.

  DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION DIRECCION DE REHABILITACION	
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS	
REGISTRO DIARIO DE CONSULTA MÉDICA	
Indicador	Descripción
Clave del Centro	Anotar la clave correspondiente al Centro de Rehabilitación que reporta.
Número del Centro de Rehabilitación	Escribir el número del Centro de Rehabilitación sin omitir el lugar de ubicación (Ej. C.R.E.E. La Paz, B.C.S.).
Fecha	Anotar la fecha correspondiente al día de registro (día/mes/año).
No. De Credencial	Anotar el número de credencial que corresponda al médico que otorga la atención.
Nombre	Escribir el nombre del médico que otorga la atención en el orden indicado (Apellido paterno, materno y nombre «-»).
Firma	Firma del médico que otorga la atención.
No. De Folio	Anotar el número de folio que se localiza en el recibo de pago. En caso de los usuarios que se les proporciona servicios subrogados anotar la leyenda: "Servicio Subrogado (SS)" o si contara con el número de control interno, anotar dicho número.
No. de Expediente	Anotar el número de expediente clínico asignado a los pacientes que reciben la atención médica.
Edad	Anotar los años cumplidos a la fecha de atención. En caso de ser menor a 1 año señalar y especificar los meses cumplidos.
Sexo	Indicar con la letra "M" en la columna correspondiente si la persona que recibe la atención médica es masculino y "F" si es femenina.
Tipo de Consulta	Señalar con una "X" la casilla correspondiente de acuerdo al tipo de consulta que recibe el paciente: la vez/subsecuente. Considerando de primera vez aquella que se otorga por primera ocasión en el servicio de consulta médica y subsecuente a todas las demás posteriores a la de primera vez en un mismo paciente.
Diagnóstico CIE-10	De acuerdo a la CIE-10 anotar el diagnóstico médico y la clave que le corresponde.
Temporalidad de la Discapacidad	Anotar en la columna correspondiente la letra que indica la temporalidad de la Discapacidad que presenta el usuario. T) Temporal P) Permanente
Tipos de limitación	a) Caminar b) Ver c) Oír d) Hablar o comunicarse e) Atender al cuidado personal f) Poder atención o aprender g) Mental
Extensión o magnitud de la deficiencia	Anotar en la columna correspondiente el número que indica el tipo de extensión o magnitud de la deficiencia que presenta el usuario. 0 No hay deficiencia 1 Deficiencia ligera 2 Deficiencia Moderada 3 Deficiencia Grave 4 Deficiencia Completa 5 Sin especificar 6 No aplicable
Otras actividades	Anotar en la casilla correspondiente la actividad que se realizó en consulta médica: certificados, constancias de discapacidad, revisión de rayos x, revisión de orina y/o presión.
Alta	Anotar en la columna correspondiente la causa o motivo de alta: rehabilitación, deserción y fallecimiento.
Total	Anotar la suma total de los siguientes indicadores: Sexo: masculino/femenino Tipo de consulta: la vez/subsecuente Otras actividades Altas

INSTRUCTIVO DE LLENADO FORMATO DE REGISTRO DIARIO DE CONSULTA MEDICA SISP-02

<u>Indicador</u>	<u>Descripción</u>
Clave del Centro	Anotar la clave correspondiente al Centro de Rehabilitación que reporta.
Nombre del Centro de Rehabilitación	Escribir el nombre del Centro de Rehabilitación sin omitir el lugar de ubicación (Ejemplo; C.R.E.E. La Paz, B.C.S.)
Fecha	Anotar la fecha correspondiente al día de registro (día /mes/ año).
No. De Credencial	Anotar el número de credencial que corresponda al médico que otorga la atención.
Nombre	Escribir el nombre del médico que otorga la atención en el orden indicado (Apellido paterno, materno y nombre -s-).
No. de Expediente	Anotar el número de expediente clínico asignado a los pacientes que reciben la atención médica.
Edad	Anotar los años cumplidos a la fecha de atención. En caso de ser menor a 1 año señalar y especificar los meses cumplidos.
Sexo	Indicar con la letra "M" en la columna correspondiente si la persona que recibe la atención médica es masculino y "F" si es femenina.
Tipo de Consulta	Señalar con una "X" la casilla correspondiente De acuerdo al tipo de consulta que recibe el paciente: 1a vez/subsecuente. Considerando de primera vez aquella que se otorga por primera ocasión en el servicio de consulta médica y subsecuente a todas las demás posteriores a la de primera vez en un mismo paciente.
Diagnóstico CIE-10	De acuerdo a la CIE-10 anotar el diagnóstico médico y la clave que le corresponde.
Otras actividades	Anotar en la casilla correspondiente la actividad que se realizó en consulta Médica: certificados, constancias de discapacidad, revisión de rayos x, revisión de órtesis y/o prótesis.
Alta	Anotar en la columna correspondiente la causa o motivo de alta: rehabilitación, deserción y fallecimiento.
Total	Anotar la suma total de los siguientes indicadores: Sexo: masculino/femenino; Tipo de consulta: 1a vez/ subsecuente; Otras actividades; Altas.
Nombre y Firma	Anotar nombre y firma del responsable del llenado.

Formato Carta de Consentimiento Informado.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE
MÉXICO

DIF
ESTADO DE MÉXICO



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD
SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD SISTEMA
MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

_____, México a ____ de _____ de 20__ 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este conducto **DOY MI CONSENTIMIENTO** para recibir la valoración y el tratamiento médico rehabilitatorio necesario, toda vez que el Médico responsable me explique lo relacionado con mi padecimiento, el tipo de tratamiento que recibiré, las secuelas y posibles riesgos que pudiera presentar como consecuencia de mi padecimiento y de tratamiento rehabilitatorio, así mismo autorizo al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del tratamiento.

Me comprometo a **RESPETAR** las citas que me otorgue el Centro o Unidad de Rehabilitación presentarme con el **Carnet** vigente y acudir a todos los servicios a donde me envíen. Asimismo, tengo el derecho de acudir con mi médico responsable en este Centro o Unidad para que aclare mis dudas, en el consultorio y horario correspondiente

PACIENTE 2

Nombre: _____ 3

Diagnóstico _____ 4

Edad _____ 5 Sexo _____ 6 No. de Expediente _____ 7

Colonia _____ 8 CP _____ 9 Teléfono _____ 10

MÉDICO 11

Nombre del Médico Responsable _____ 12

Cargo _____ 13 Cédula Profesional _____ 14

TESTIGO 15

Nombre: _____ 16 Edad: _____ 17 Parentesco: _____ 18

Firma del Paciente _____ 19 Firma del Médico _____ 20 Firma de Testigo _____ 21

INSTRUCTIVO DE LLENADO
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

<u>NO.</u>	<u>DEBE DECIR</u>
1	Municipio, Estado de la República, día, mes y año
2	Datos del paciente
3	Apellido paterno, materno y nombre (s)
4	Diagnostico medico
5	Años cumplidos a la fecha del llenado
6	Mencionar: hombre o mujer
7	Número de expediente asignado en archivo
8	Colonia, pueblo, barrio y municipio
9	Código postal correspondiente a su localidad
10	Número telefónico del paciente o familiar
11	Datos del medico
12	Apellido paterno, nombre (s)
13	Cargo dentro de la institución
14	Cedula profesional
15	Datos del testigo (acompañante o familiar)
16	Apellido paterno, materno y nombre (s)
17	Años cumplidos
18	Parentesco con el paciente
19	Firma del paciente, huella o nombre completo
20	Firma del médico
21	Firma de paciente

43. SMDIF-CRIS-PRO043 ATENCION DE PACIENTES EN TERAPIA

43.1 OBJETIVO:

Ayudar al paciente a alcanzar el máximo nivel de funcionalidad física, previniendo las complicaciones, explotando capacidades residuales y mejorando calidad de vida del paciente y sus familias.

43.2 ALCANCE:

Dirigido a la población del Municipio de Chalco y municipios aledaños, población en general.

43.3 REFERENCIAS:

- ✓ Manual de procedimientos de la Dirección General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
- ✓ Gaceta del gobierno del Estado de México.

43.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD:

Subdirector del Centro de Rehabilitación. Garantizar que el tratamiento de terapia se brinde a los usuarios en forma oportuna, suficiente, con calidad y calidez desde su ingreso hasta el término de su atención, respetando los derechos humanos de los usuarios y sus familias.

Médico en Rehabilitación. Dar a conocer a las áreas médicas, paramédicas y de tratamiento el procedimiento para el manejo de pacientes en el área de terapia. Coordinar, supervisar y evaluar al personal que interviene, en la prestación del servicio del área de terapia, con la finalidad de satisfacer las necesidades del usuario e implementar acciones de mejora. Revisar las notas de terapias para verificar la evolución del usuario con el tratamiento prescrito y establecer comunicación con el terapeuta que proporciona tratamiento para intercambiar opiniones sobre la evolución del usuario.

Responsable del área de terapia Física. Organizar y coordinar las actividades del área de terapia física. Supervisar y verificar que el usuario reciba el tratamiento prescrito por el médico rehabilitador. Verificar que en el área de terapia los equipos se encuentren en óptimas condiciones y los materiales sean oportunos y suficientes. Supervisar los formatos de productividad y elaborar el reporte de los mismos. Establecer el enlace con el médico rehabilitador y el terapeuta para un adecuado tratamiento. Verificar la realización de notas en el expediente clínico por parte de los terapeutas, así como de sellar y firmar con nombre completo y cedula profesional todas las notas del área de Terapia física.

Recepcionista o enfermera a cargo de esta área. Recibir al usuario, atendiéndolo con calidad y calidez, respetando sus derechos humanos. Toma de signos vitales (TA, temperatura, FC.)

43.5 TERMINOLOGÍA:

Rehabilitación: Proceso que busca optimizar la función y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud, a través de un conjunto de intervenciones.

Comunicación humana: Es el campo que atiende eficientemente la prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento e investigación de las alteraciones en la forma de comunicarse de los seres humanos que engloban la audición, comprensión y expresión del lenguaje oral y escrito en niños, adolescentes, jóvenes y adultos.

Módulo de Inclusión Social: Realizar detección, prevención y diagnóstico oportuno de enfermedades crónico-degenerativas, así como factores de riesgo que producen discapacidad.

Trabajo social: Actúan sobre ciertos factores relacionados a las interacciones de los individuos con el entorno, en la búsqueda de un mayor bienestar social.

Psicología: Ciencia que estudia los procesos mentales, las sensaciones, las percepciones y el comportamiento del ser humano, en relación con el medio ambiente físico y social que lo rodea.

Módulo de Inclusión Social: Todo proceso dinámico y multifactorial que posibilita a las personas que se encuentran en un sistema marginal (marginación) participar del nivel mínimo de bienestar socio vital alcanzado en un determinado país.

Terapeuta de lenguaje: Es el tratamiento para la mayoría de los niños con discapacidades del habla y aprendizaje del lenguaje. Las discapacidades en el habla se refieren a problemas con la producción de sonidos, mientras que los problemas con el aprendizaje del lenguaje son las dificultades al combinar las palabras para expresar ideas.

Terapia física: Rama de la medicina que se encarga de ayudar a recuperar la función y la movilidad, reducir el dolor y mejorar la calidad de vida por medio de técnicas, terapias manuales, agentes físicos y educación sobre la mecánica corporal.

Terapia ocupacional: Lo que hará es buscar que aquella persona que presenta limitaciones físicas o psíquicas pueda tener una vida independiente y valorar su propio potencial, que, si es el caso, el paciente pueda modificar sus habilidades disminuidas, conforme a aumentarlas y en la vereda opuesta, que pueda alcanzar una actitud activa en cuanto a sus capacidades.

Terapeutas. Conocer el procedimiento para proporcionar tratamiento en el área de terapia, atendiendo al usuario con calidad y calidez. Realizar nota de terapia de acuerdo a la normatividad vigente e integrarla al expediente clínico y establecer comunicación con el médico tratante para intercambiar opiniones sobre la evolución del paciente. Requisito formatos de productividad individual (SISP) y entregarlo a su supervisor el mismo día.

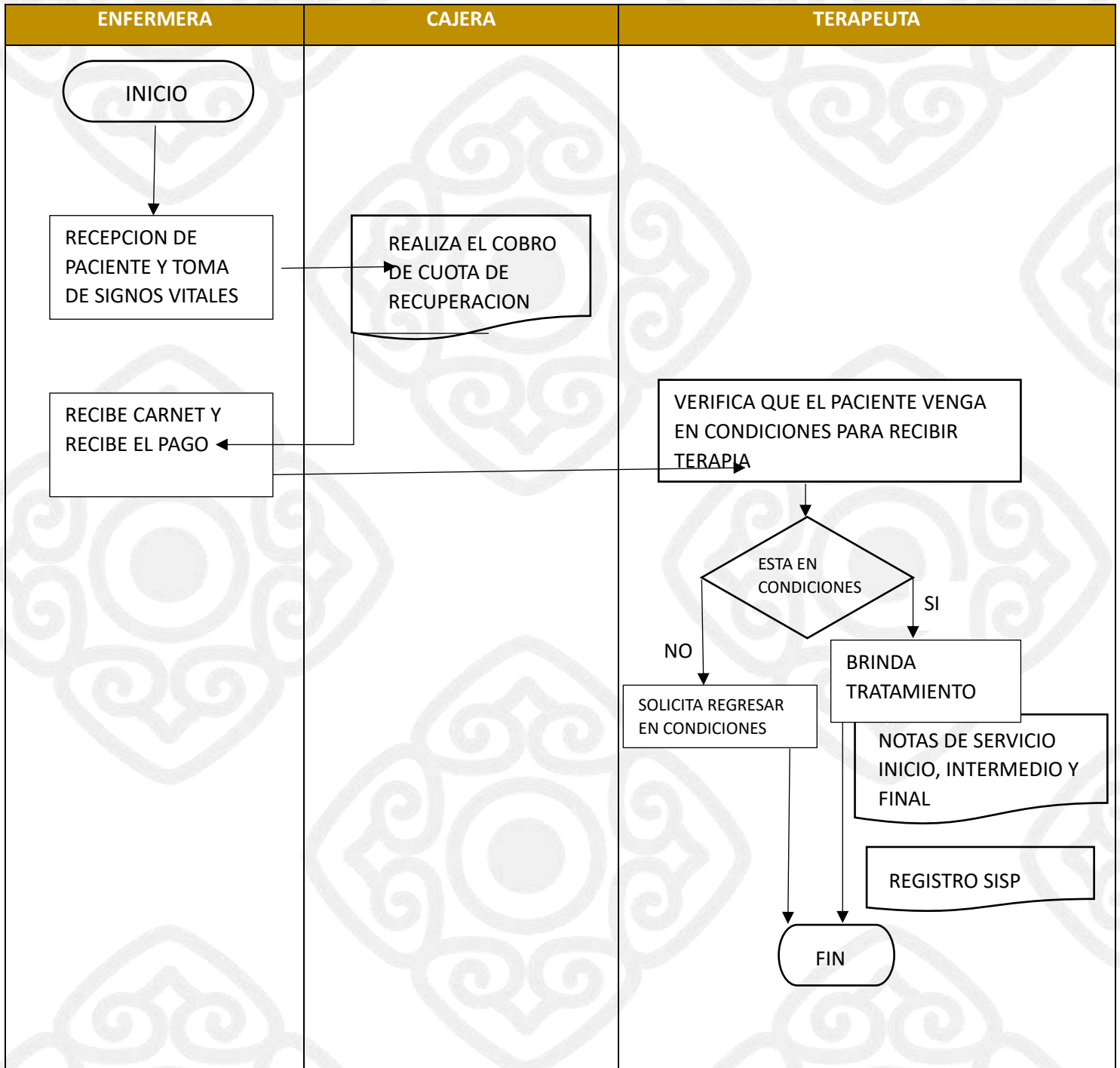
Archivista. Entregar al área de terapia el expediente clínico correspondiente para el tratamiento del paciente.

Cajera. Cobrar los servicios de rehabilitación en tiempo y forma, respetando los derechos humanos de los usuarios.

43.6 DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESARROLLO
1	ENFERMERA	Recepción de terapia física, ocupacional o de lenguaje recibe al paciente a quien le solicita su Carnet de Citas para toma de signos vitales (TA, Temperatura, FC) y envía al paciente a realizar el pago de cuota de recuperación.
2	CAJERA	Caja recibe el pago de la cuota de recuperación que el paciente aporta y que está especificado en el Carnet de Citas.
3	ENFERMERA	Recoge el Carnet de Citas y comprobante de pago para ser entregado y sellado al terapeuta correspondiente, para inicio de su tratamiento.
4	TERAPEUTA	Verifica que el usuario se encuentre apto para recibir el tratamiento de acuerdo a condiciones de higiene, material solicitado y signos vitales del paciente. Si es factible, terapeuta inicia tratamiento prescrito por el médico rehabilitador realizando notas (inicial, final, de suspensión del servicio o nota de incidentes dependiendo el caso) en el formato correspondiente (notas de terapia física, ocupacional y de lenguaje) Si no es factible para realizar el tratamiento, se le solicita al paciente regrese en su próxima sesión
5	TERAPEUTA	6.1. Terapeuta físico, registra modalidades de atención (hidroterapia, electroterapia y mecanoterapia, o masaje programa en casa y férulas,) en el SISP-15, el terapeuta ocupacional en el SISP-16 y terapeuta de lenguaje en el SISP-17, formatos que son entregados diariamente.
6	TERAPEUTA	Terapeuta informa a paciente o familiar de paciente, la conclusión del tratamiento prescrito por el médico tratante.

43.7 DIAGRAMA DE FLUJO.



43.8 ANEXOS

Formato



FECHA INGRESO ¹ : _____ No. EXPEDIENTE ² : _____ EDAD ³ : _____ SEXO ⁴ : _____	
NOMBRE ⁵ : _____	TELEFONO ⁶ : _____
TERAPEUTA ⁷ : _____	FECHA DE INICIO ⁸ : _____
DIAGNOSTICO ⁹ : _____	
INDICACIONES ¹⁰ : _____	

MES/DIA ¹¹	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ENERO																															
FEBRERO																															
MARZO																															
ABRIL																															
MAYO																															
JUNIO																															
JULIO																															
AGOSTO																															
SEPTIEMBRE																															
OCTUBRE																															
NOVIEMBRE																															
DICIEMBRE																															

Nombre completo, cedula y firma del Terapeuta¹²


INSTRUCTIVO DE LLENADO

FORMATO OFICIAL: TARJETON DE TERAPIA (T.F, T.O, T.L.)

No. DEBE DECIR

- 1** Colocar la fecha en la cual ingreso a la Unidad Operativa de Rehabilitación
- 2** Número del expediente clínico con el cual se registra en el archivo, en caso de no contar colocar N/A (No aplica).
- 3** Edad cerrada en años.
- 4** Sexo (M: Masculino, F: Femenino).
- 5** Nombre completo de la persona usuaria en el orden de nombre (s), apellido paterno, apellido materno, de acorde con identificación oficial (CURP).
- 6** Colocar el número telefónico de contacto del usuario del servicio
- 7** Nombre completo del Terapeuta en el orden de nombre (s), apellido paterno, apellido materno, que otorga el servicio.
- 8** Fecha de inicio del bloque de terapia indicado por el Médico especialista en Rehabilitación.
- 9** Colocar el diagnóstico CIE – 10, de acorde con la hoja frontal del expediente clínico.
- 10** Colocar las indicaciones que prescribe el Médico especialista en Rehabilitación.
- 11** Registrar con base a la fecha de inicio del bloque de terapias, el total de asistencias o inasistencia del usuario del servicio.
- 12** Colocar nombre completo de la persona que otorga el servicio colocando título profesional seguido de nombre (s), apellido paterno, apellido materno.
Colocar cedula profesional.
Firmar el tarjetón de terapia con bolígrafo azul.

Formato nota de Terapia Ocupacional.



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD "CENTRO DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL DE CHALCO"		NOMBRE ¹ :	
NOTA DE TERAPIA OCUPACIONAL		No. DE EXPEDIENTE ² :	
		EDAD ³ :	SEXO ⁴ :
FECHA Y HORA ⁵	<div style="text-align: center;">NOTAS</div>		
	NUMERO DE NOTA ⁶ Sesión No. _____ de _____		
_____ NOMBRE, CEDULA Y FIRMA DEL TERAPEUTA ⁷			

INSTRUCTIVO DE LLENADO

FORMATO OFICIAL: NOTA DE TERAPIA OCUPACIONAL

No. DEBE DECIR

- 1** Nombre completo de la persona usuaria en el orden de nombre (s), apellido paterno, apellido materno, tal como aparece en la Hoja Frontal.
- 2** Número del expediente clínico con el cual se tiene el registro en el archivo, en caso de no contar colocar N/A (No aplica).
- 3** Edad cerrada en años.
- 4** Sexo (M: Masculino, F: Femenino).
- 5** Colocar la fecha de la atención otorgada conforme a la siguiente nomenclatura (DD/MM/AAAA)
Colocar la hora de la atención.
- 6** Realizar la nota de terapia de lenguaje, con base al formato PSOAP.
Nota: Registrar el número de sesión
- 7** Colocar nombre completo de la persona que otorga el servicio colocando título profesional seguido de nombre (s), apellido paterno, apellido materno.
Colocar cedula profesional.
Firmar la nota de Terapia Ocupacional con bolígrafo azul.

Formato nota de Terapia Física.



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MEXICO DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD "CENTRO DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL DE CHALCO" NOTA DE TERAPIA FÍSICA		NOMBRE ¹ :	
		No. DE EXPEDIENTE ² :	
		EDAD ³ :	SEXO ⁴ :
FECHA Y HORA ⁵	NOTAS		
	NUMERO DE NOTA ⁶ Sesión No. _____ de _____		
_____ NOMBRE, CEDULA Y FIRMA DEL TERAPEUTA ⁷			

INSTRUCTIVO DE LLENADO

FORMATO OFICIAL: NOTA DE TERAPIA FÍSICA

No. DEBE DECIR

- 1** Nombre completo de la persona usuaria en el orden de nombre (s), apellido paterno, apellido materno, tal como aparece en la Hoja Frontal.
- 2** Número del expediente clínico con el cual se tiene el registro en el archivo, en caso de no contar colocar N/A (No aplica).
- 3** Edad cerrada en años.
- 4** Sexo (M: Masculino, F: Femenino).
- 5** Colocar la fecha de la atención otorgada conforme a la siguiente nomenclatura (DD/MM/AAAA)
Colocar la hora de la atención.
- 6** Realizar la nota de terapia de lenguaje, con base al formato PSOAP.
Nota: Registrar el número de sesión
- 7** Colocar nombre completo de la persona que otorga el servicio colocando título profesional seguido de nombre (s), apellido paterno, apellido materno.
Colocar cedula profesional.
Firmar la nota de Terapia Física con bolígrafo azul.

Formato nota de Terapia de Lenguaje.

<p>SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD "CENTRO DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL"</p> <p>NOTA DE TERAPIA DE LENGUAJE</p>		NOMBRE ¹ :	
		No. DE EXPEDIENTE ² :	
		EDAD ³ :	SEXO ⁴ :
FECHA Y HORA ⁵	NOTAS		
	NUMERO DE NOTA ⁶ Sesión No. _____ de _____		
	<div style="border: 1px solid black; height: 400px; width: 100%;"></div>		
<div style="text-align: right;"> _____ NOMBRE, CEDULA Y FIRMA DEL TERAPEUTA⁷ </div>			

INSTRUCTIVO DE LLENADO

FORMATO OFICIAL: NOTA DE TERAPIA DE LENGUAJE

No. DEBE DECIR

- 1** Nombre completo de la persona usuaria en el orden de nombre (s), apellido paterno, apellido materno, tal como aparece en la Hoja Frontal.
- 2** Número del expediente clínico con el cual se tiene el registro en el archivo, en caso de no contar colocar N/A (No aplica).
- 3** Edad cerrada en años.
- 4** Sexo (M: Masculino, F: Femenino).
- 5** Colocar la fecha de la atención otorgada conforme a la siguiente nomenclatura (DD/MM/AAAA)

Colocar la hora de la atención.
- 6** Realizar la nota de terapia de lenguaje, con base al formato PSOAP.



Nota: Registrar el número de sesión
- 7** Colocar nombre completo de la persona que otorga el servicio colocando título profesional seguido de nombre (s), apellido paterno, apellido materno.

Colocar cedula profesional.

Firmar la nota de Terapia de Lenguaje con bolígrafo azul.

Formato registro diario de terapia física SISP-07

SISP-07

 GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO  REGISTRO DIARIO DE TERAPIA FÍSICA											
CLAVE DEL CENTRO		NOMBRE DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN								FECHA (AÑO/MES)	
Nº. DE CREDENCIAL		NOMBRE (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (s))									
No EXPEDIENTE	TIPO	masculino		femenino		ATENCIÓN					
	1 1a VEZ 2 SUBS.	<18 años	>18 años	<18 años	>18 años	HIDROTERAPIA	ELECTROTERAPIA	MECANOTERAPIA	PROGRAMA DE CASA	MASOTERAPIA	OTRA



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

INSTRUCTIVO DE LLENADO FORMATO REGISTRO DIARIO DE TERAPIA FÍSICA

<u>Indicador</u>	<u>Descripción</u>
Clave del Centro	Anotar la clave correspondiente al Centro de Rehabilitación que reporta.
Nombre del Centro de Rehabilitación	Escribir el nombre del Centro de Rehabilitación sin omitir el lugar de ubicación (Ej. C.R.I.S. CHALCO)
Fecha	Anotar la fecha correspondiente al día de registro (día /mes/ año).
No. De Credencial	Anotar el número de credencial que corresponda al terapeuta que otorga la atención.
Nombre	Escribir el nombre del terapeuta que otorga la atención en el orden indicado (Apellido paterno, materno y nombre (s).
No. de Expediente	Anotar el número de expediente clínico asignado a los pacientes que reciben terapia física. En tinta azul
Edad	Anotar los años y meses cumplidos a la fecha de atención. En caso de ser menor a 1 año señalar y especificar los meses cumplidos.
Sexo	Indicar con la letra "M" en la columna correspondiente si la persona que recibe la atención médica es masculino y "F" si es femenina.
Tipo de Consulta	Señalar con una "X" la casilla correspondiente de acuerdo al tipo de consulta que recibe el paciente: 1a vez/subsecuente. Considerando de primera vez aquella que se otorga por primera ocasión en el servicio de terapia física y subsecuente a todas las demás posteriores a la de primera vez en un mismo paciente.
Tipo de atención	Anotar con una X la atención en sesiones de terapia física que recibe el paciente según sus necesidades: hidroterapia/electroterapia/mecanoterapia/ programa de casa/ orientación/movilidad.
Total	Anotar la suma total de cada columna.
Nombre y Firma del Responsable	Anotar nombre y firma del responsable del llenado.

Formato registro diario de Terapia Ocupacional SISP-07

SISP-07

 GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO		REGISTRO DIARIO DE TERAPIA OCUPACIONAL						 ESTADO DE MÉXICO				
CLAVE DEL CENTRO		NOMBRE DE LA UNIDAD DE REHABILITACION						FECHA (AÑO/MES)				
No. DE CREDENCIAL		NOMBRE (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (s))										
No EXPEDIENTE	TIPO 1 1a VEZ 2 SUBS.	masculino		femenino		ATENCION					PEMT	
		<18 años	<18 años	<18 años	<18 años	VALORACION	ADISTRAMIENTO O TRATAMIENTO	ELABORACION FERULAS	PROGRAMA DE CASA	OTRAS	VALORACION	TRATAMIENTO



INSTRUCTIVO DE LLENADO

FORMATO REGISTRO DIARIO DE TERAPIA OCUPACIONAL

<u>Indicador</u>	<u>Descripción</u>
Clave del Centro	Anotar la clave correspondiente al Centro de Rehabilitación que reporta.
Nombre del Centro de Rehabilitación	Escribir el nombre del Centro de Rehabilitación sin omitir el lugar de ubicación (Ej. C.R.I.S. Chalco EDO MEX.)
Fecha	Anotar la fecha correspondiente al día de registro (día /mes/ año).
No. De Credencial	Anotar el número de credencial que corresponda al terapeuta que otorga la atención.
Nombre	Escribir el nombre del terapeuta que otorga la atención en el orden indicado (Apellido paterno, materno y nombre (s).
No. de Expediente	Anotar el número de expediente clínico asignado a los pacientes que reciben terapia ocupacional. En tinta azul
Edad	Anotar los años y meses cumplidos a la fecha de atención. En caso de ser menor a 1 año señalar y especificar los meses cumplidos.
Sexo	Indicar con la letra "M" en la columna correspondiente si la persona que recibe la atención médica es masculino y "F" si es femenina.
Tipo de Consulta	Señalar con una "X" la casilla correspondiente de acuerdo al tipo de consulta que recibe el paciente: 1a vez/subsecuente. Considerando de primera vez aquella que se otorga por primera ocasión en el servicio de terapia ocupacional y subsecuente a todas las demás posteriores a la de primera vez en un mismo paciente.
Tipo de atención	Anotar con una X la atención en sesiones de terapia ocupacional que recibe el paciente según sus necesidades.
Total	Anotar la suma total de cada columna.
Nombre y Firma del Responsable	Anotar nombre y firma del responsable del llenado.

Formato registro diario de terapia de lenguaje SISP-07

SISP-07

 GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO		REGISTRO DIARIO DE TERAPIA DE LENGUAJE									
CLAVE DEL CENTRO		NOMBRE DE LA UNIDAD DE REHABILITACION						FECHA (AÑO/MES)			
No. DE CREDENCIAL		NOMBRE (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (s))									
No EXPEDIENTE	TIPO 1 1a VEZ 2 SUBS.	masculino		femenino		ATENCIÓN					
		<18	>18	<18	>18	EVALUACIÓN DE LENGUAJE	PARA LA RECEPCION	PARA LA INTEGRACIÓN	PARA LA EXPRESIÓN	PROGRAMA DE CASA	OTROS

INSTRUCTIVO DE LLENADO

FORMATO REGISTRO DIARIO DE TERAPIA LENGUAJE

<u>Indicador</u>	<u>Descripción</u>
Clave del Centro	Anotar la clave correspondiente al Centro de Rehabilitación que reporta.
Nombre del Centro de Rehabilitación	Escribir el nombre del Centro de Rehabilitación sin omitir el lugar de ubicación (Ej.C.R.E.E. La Paz, B.C.S.)
Fecha	Anotar la fecha correspondiente al día de registro (día /mes/ año).
No. De Credencial	Anotar el número de credencial que corresponda al terapeuta que otorga la atención.
Nombre	Escribir el nombre del terapeuta que otorga la atención en el orden indicado (Apellido paterno, materno y nombre (s)).
No. de Expediente	Anotar el número de expediente clínico asignado a los pacientes que reciben terapia de lenguaje. En tinta azul
Edad	Anotar los años y meses cumplidos a la fecha de atención. En caso de ser menor a 1 año señalar y especificar los meses cumplidos.
Sexo	Indicar con la letra "M" en la columna correspondiente si la persona que recibe la atención médica es masculino y "F" si es femenina.
Tipo de Consulta	Señalar con una "X" la casilla correspondiente de acuerdo al tipo de consulta que recibe el paciente: 1a vez/subsecuente. Considerando de primera vez aquella que se otorga por primera ocasión en el servicio de terapia de lenguaje y subsecuente a todas las demás posteriores a la de primera vez en un mismo paciente.
Tipo de atención	Anotar con una X la atención en sesiones de terapia lenguaje que recibe el paciente según sus necesidades.
Total	Anotar la suma total de cada columna.
Nombre y Firma de responsable	Anotar nombre y firma del responsable del llenado.

44. SMDIF-CRIS-PRO044 ATENCION DE PACIENTES EN CONSULTA DE REHABILITACION DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTE

44.1 OBJETIVO:

Mejorar la salud del paciente mediante la rehabilitación y prestación de servicios integrales tales como: consulta de comunicación humana, consulta psicológica, consulta odontológica y laboratorio de ortesis y prótesis de las distintas áreas de asistencia social.

44.2 ALCANCE:

Dirigido a la población del Municipio de Chalco y municipios aledaños las cuales no cuenten con servicios de asistencia social.

44.3 REFERENCIAS:

Manual de procedimientos de la Dirección General de Rehabilitación. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 23 de agosto de 2012.

Gaceta del Gobierno del Estado de México, 24 de noviembre de 2015.

44.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD:

Subdirectora del Centro de Rehabilitación. Garantizar que la consulta subsecuente médica y paramédica se brinde a los usuarios en forma oportuna, suficiente y con calidad desde su ingreso hasta el término de su atención, respetando los derechos de los usuarios y sus familias.

Coordinar, supervisar y evaluar al personal que interviene, en la prestación del servicio con la finalidad de satisfacer las necesidades del usuario e implementar acciones de mejora.

Médico en Rehabilitación. Procurar que la consulta médica y paramédica se brinde a los usuarios en forma oportuna, suficiente y con calidad desde su ingreso hasta el término de su atención, respetando los derechos humanos de los pacientes y sus familias. Conocer el procedimiento de consulta subsecuente médica y paramédica.

Referir al usuario a otra institución de salud cuando así lo amerite.

Elaborar nota medica correspondiente.

Dar seguimiento al diagnóstico, pronóstico y tratamiento del usuario e informarle a él y a sus familiares, en su caso, de su estado de salud.

Emitir el alta del servicio de rehabilitación cuando el paciente lo amerite.

Trabajadora Social. Proporcionar la información necesaria sobre otros centros o instituciones donde pueda ser atendido el usuario en caso de ser referido por el médico tratante.

Realizar visitas domiciliarias a los usuarios cuando el caso lo amerite.

Elaborar nota de seguimiento en el expediente clínico.

Favorecer la integración familiar y social del usuario.

Archivista. Aplicar lineamientos de uso, control y archivo del expediente clínico.

Entregar al médico especialista el expediente clínico.

Resguardar los expedientes de pacientes con alta en el servicio de rehabilitación e integración social.

Cajera. Proporcionar atención con calidad y calidez a los usuarios.

Cobrar las cuotas de recuperación de acuerdo al rango social determinado por trabajo social. Requisitar, cobrar y entregar comprobante de cuota de recuperación al usuario del servicio solicitado.

44.5 TERMINOLOGÍA:

Rehabilitación: Proceso que busca optimizar la función y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud, a través de un conjunto de intervenciones.

Comunicación humana: Es el campo que atiende eficientemente la prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento e investigación de las alteraciones en la forma de comunicarse de los seres humanos que engloban la audición, comprensión y expresión del lenguaje oral y escrito en niños, adolescentes, jóvenes y adultos.

Módulo de Inclusión Social: Realizar detección, prevención y diagnóstico oportuno de enfermedades crónico-degenerativas, así como factores de riesgo que producen discapacidad.

Trabajo social: Actúan sobre ciertos factores relacionados a las interacciones de los individuos con el entorno, en la búsqueda de un mayor bienestar social.

Psicología: Ciencia que estudia los procesos mentales, las sensaciones, las percepciones y el comportamiento del ser humano, en relación con el medio ambiente físico y social que lo rodea.

Módulo de Inclusión Social: Todo proceso dinámico y multifactorial que posibilita a las personas que se encuentran en un sistema marginal (marginación) participar del nivel mínimo de bienestar socio vital alcanzado en un determinado país.

Terapeuta de lenguaje: Es el tratamiento para la mayoría de los niños con discapacidades del habla y aprendizaje del lenguaje. Las discapacidades en el habla se refieren a problemas con la producción de sonidos, mientras que los problemas con el aprendizaje del lenguaje son las dificultades al combinar las palabras para expresar ideas.

Terapia física: Rama de la medicina que se encarga de ayudar a recuperar la función y la movilidad, reducir el dolor y mejorar la calidad de vida por medio de técnicas, terapias manuales, agentes físicos y educación sobre la mecánica corporal.

Terapia ocupacional: Lo que hará es buscar que aquella persona que presenta limitaciones físicas o psíquicas pueda tener una vida independiente y valorar su propio potencial, que, si es el caso, el paciente pueda modificar sus habilidades disminuidas, conforme a aumentarlas y en la vereda opuesta, que pueda alcanzar una actitud activa en cuanto a sus capacidades.

45.6 DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESARROLLO
1	CAJERA	Caja recibe pago de cuota de recuperación del usuario que está asignado en el Carnet de Citas y es canalizado a la recepción del servicio programado
2	ENFERMERA	Enfermería recibe a usuario y Carnet de Citas y verifica que el expediente del paciente se encuentre en el servicio solicitado, toma signos y pasa al médico.
3	MEDICO ESPECIALISTA	Primera consulta de especialidad: Médico Especialista en Rehabilitación o Comunicación Humana realiza exploración física y elabora nota médica e integra el informe al Expediente Clínico, canaliza a los servicios de terapias (física u ocupacional) al paciente de acuerdo al diagnóstico del mismo. Enviando al paciente a agendar la cita de la atención que requiere.
4	ARCHIVO/AGENDA	Asigna fecha y horario en servicio de rehabilitación (TF, TO, PSICOLOGIA, LENGUAJE)
5	MEDICO ESPECIALISTA	Consulta subsecuente: Valoración médica para determinar continuidad con el mismo tratamiento o en su caso modificarlo. Y en el caso que amerite emitir alta del servicio en rehabilitación e integración social.
6	ARCHIVO/AGENDA	Otorga cita con servicio de rehabilitación requerido y/o con el médico especialista al termino de tratamiento
7	MEDICO ESPECIALISTA	Si requiere valoración médica, Médico Especialista en Rehabilitación o Comunicación Humana revisa notas de los diferentes servicios de apoyo, estudios de laboratorio y/o gabinete y notas de terapia
8	MEDICO ESPECIALISTA	Médico Especialista en Rehabilitación o Comunicación Humana realiza exploración física y elabora nota médica e integra el informe al Expediente Clínico
9	MEDICO ESPECIALISTA	Médico Especialista determina con base a la evolución del paciente, la continuidad del tratamiento o en su caso la modificación. Si es favorable, Médico Especialista informa a paciente o familiar del estado general de su salud y elabora Hoja de Alta, o en su caso envía a servicios complementarios para dar manejo multidisciplinario (psicología y trabajo social).
10	MEDICO ESPECIALISTA	Médico Especialista en Rehabilitación o Comunicación Humana evalúa y valora para realizar el Certificado de Discapacidad o finaliza con el Alta, formato de Registro Diario de Consulta Médica SISP-02 y devuelve a Archivo Clínico.

44.8 ANEXOS

NOTA MÉDICA (ANVERSO)

	
PRA-DGR-03-F1	
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN CENTRO DE REHABILITACIÓN	
NOTA MÉDICA	
<div>NOMBRE (1)</div>	
FECHA Y HORA (4)	NOTAS (5)


NOTA MÉDICA (REVERSO)

FECHA Y HORA (4)	NOTAS (5)

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMATO DE NOTA MÉDICA

- (1) Nombre del usuario y número de expediente asignado.
Edad en años.
“H” para Hombre o “M” para Mujer.
- (2) Fecha y hora de la nota.
- (3) Nota médica y al finalizar nombre completo, número de credencial y firma del Médico responsable.

Formato Hoja de Alta.



<p>SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MEXICO DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD "CENTRO DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL DE CHALCO"</p> <p>HOJA DE ALTA</p>	NOMBRE ¹	
	No. DE EXPEDIENTE ²	
	EDAD ³ :	SEXO ⁴ :
	UNIDAD OPERATIVA DE REHABILITACION ⁵	
	FECHA DE INGRESO ⁶	
DIAGNÓSTICO ⁷		
DEFICIENCIAS, LIMITACIONES Y RESTRICCIONES ⁸		
EXAMENES DE LABORATORIO ⁹		
ESTUDIOS DE GABINETE ¹⁰		
MOTIVO DE ALTA ¹¹		
SERVICIOS OTORGADOS ¹²		
	FECHA DE ALTA ¹³ DIA MES AÑO	NOMBRE, CEDULA Y FIRMA DEL MÉDICO ¹⁴

INSTRUCTIVO DE LLENADO

FORMATO OFICIAL: HOJA DE ALTA

No. DEBE DECIR

- 1** Nombre completo de la persona usuaria en el orden de nombre (s), apellido paterno, apellido materno, de acorde con identificación oficial (CURP).
- 2** Número del expediente clínico con el cual se registra en el archivo, en caso de no contar colocar N/A (No aplica).
- 3** Edad cerrada en años.
- 4** Sexo (M: Masculino, F: Femenino).
- 5** Colocar el nombre de la unidad operativa de rehabilitación
- 6** Colocar la fecha en la cual ingreso a la unidad operativa de rehabilitación.
- 7** Colocar el diagnóstico CIE – 10, con el cual egresa el usuario.
- 8** Con base a la CIF, Describir las deficiencias, limitaciones y restricciones con las cuales egresa el usuario del servicio.
- 9** Colocar el resumen de los estudios de laboratorio, en caso de no existir, colocar “No aplica”.
- 10** Colocar el resumen de los estudios de gabinete con los cuales se soporta el alta del usuario del servicio, en caso de no contar con ellos, colocar “No aplica”.
- 11** Describir el motivo por el cual fue dado de alta (Máximo beneficio, logro de objetivos, Inclusión laboral o educativa, otros).
- 12** Describir los servicios a los cuales ingreso el paciente y el logro alcanzado en cada uno de ellos.
- 13** Colocar la fecha del egreso y alta del usuario del servicio.
- 14** Colocar nombre completo de la persona que otorga el servicio colocando título profesional seguido de nombre (s), apellido paterno, apellido materno.

Colocar cedula profesional de medicina general y de especialidad.

Firmar la hoja de alta con bolígrafo azul.

Formato Historia Clínica.



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO
DIRECCION DE ATENCION A LA DISCAPACIDAD
SUBDIRECCION DE REHABILITACION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
"CENTRO DE REHABILITACION E INTEGRACION SOCIAL DE CHALCO"

HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE ¹ :		No. EXPEDIENTE ² :	
EDAD ³ :		SEXO ⁴ :	
UNIDAD OPERATIVA DE REHABILITACIÓN ⁵ :		FECHA ⁶ :	
INTERROGATORIO ⁷ : DIRECTO () INDIRECTO ()			
Antecedentes Heredo – Familiares ⁸ :			
Antecedentes Personales NO Patológicos ⁹ :			
Antecedentes Personales Patológicos ¹⁰ :			
Padecimiento Actual ¹¹ :			
EXPLORACION FISICA			
PESO ¹² :	TALLA ¹³ :	F.C ¹⁴ :	T.A ¹⁵ : / Temp ¹⁶ : F. R ¹⁷ :
MARCHA ¹⁸ :			
POSTURA ¹⁹ :			
CABEZA Y CUELLO ²⁰ :			

PARES CRANEALES ²¹ :	
TORAX Y ABDOMEN ²² :	
MIEMBROS SUPERIORES ²³ :	
MIEMBROS INFERIORES ²⁴ :	
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ²⁵ :	
ESTUDIO DE LABORATORIO Y GABINETE ²⁶ :	
DIAGNÓSTICO DE ENVÍO ²⁷ :	ENVIADO DE ²⁸ :
DIAGNÓSTICO (S) ²⁹ :	
PRONÓSTICO ³⁰ :	
TRATAMIENTO ³¹ :	
FECHA DE PRÓXIMA CITA ³² :	NOMBRE, CEDULA Y FIRMA DEL MÉDICO ³³ :

INSTRUCTIVO DE LLENADO

FORMATO OFICIAL: HISTORIA CLÍNICA DE UOR DEL SMDIF

No. DEBE DECIR

- 1** Nombre completo de la persona usuaria en el orden de nombre (s), apellido paterno, apellido materno, de acorde con identificación oficial (CURP).
- 2** Número del expediente clínico con el cual se registra en el archivo, en caso de no contar colocar N/A (No aplica).
- 3** Edad cerrada en años.
- 4** Sexo (M: Masculino, F: Femenino).
- 5** Colocar el nombre de la Unidad Operativa de Rehabilitación.
- 6** Colocar la fecha en la cual se otorga el servicio.
- 7** Seleccionar si el interrogatorio es (Directo o Indirecto)
- 8** Colocar la información de los antecedentes heredo – familiares recabados en la entrevista médica.
- 9** Colocar la información de los antecedentes no patológicos recabados en la entrevista médica.
- 10** Colocar la información de los antecedentes patológicos recabados en la entrevista médica.
- 11** Colocar la información del padecimiento actual recabada en la entrevista médica.
- 12** Colocar el peso en Kg. del usuario que requiere la atención.
- 13** Colocar la talla en cm. del usuario que requiere la atención.
- 14** Colocar la frecuencia cardiaca de la persona usuaria de acorde con la siguiente nomenclatura (--- lpm)
- 15** Colocar la tensión arterial de la persona usuaria de acorde con la siguiente nomenclatura (--/---)
- 16** Colocar la temperatura de la persona usuaria de acorde con la siguiente nomenclatura (--- °C)
- 17** Colocar la frecuencia respiratoria de la persona usuaria de acorde con la siguiente nomenclatura (--- x min)
- 18** Colocar los hallazgos observados durante la evaluación de la marcha.
- 19** Colocar los hallazgos observados durante la evaluación de la postura.

- 20** Colocar los hallazgos encontrados en la valoración de cabeza y cuello.
- 21** Colocar los hallazgos encontrados en la valoración de pares craneales.
- 22** Colocar los hallazgos encontrados en la valoración de tórax y abdomen.
- 23** Colocar los hallazgos encontrados en la valoración de miembros superiores.
- 24** Colocar los hallazgos encontrados en la valoración de miembros inferiores.
- 25** Colocar los hallazgos encontrados en la valoración de las actividades de la vida diaria.
- 26** Colocar los datos de importancia de los estudios de laboratorio o gabinete.
- 27** Colocar el diagnóstico por el cual solicita el servicio de Rehabilitación.
- 28** Colocar el nombre de la institución que hace el envío del usuario.
- 29** Colocar el diagnóstico del usuario conforma a la nomenclatura CIE – 10.
- 30** Colocar el pronóstico del usuario de acorde con la historia clínica y valoración de Rehabilitación efectuada.
- 31** Colocar el tratamiento de Rehabilitación que se realizará por parte del equipo interdisciplinario.
- 32** Colocar la fecha de la próxima cita de re – valoración (DD/MM/AAAA)
- 33** Colocar nombre completo de la persona que otorga el servicio colocando título profesional seguido de nombre (s), apellido paterno, apellido materno.

Colocar cedula profesional de medicina general y de especialidad.

Firmar la historia clínica con bolígrafo azul.

Formato Nota de Rehabilitación Subsecuente.



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD "CENTRO DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL DE CHALCO" NOTA DE REHABILITACIÓN SUBSECUENTE		NOMBRE ¹ :	
		No. DE EXPEDIENTE ² :	
		EDAD ³ :	SEXO ⁴ :
FECHA Y HORA ⁵	NOTAS ⁶		

INSTRUCTIVO DE LLENADO

FORMATO OFICIAL: NOTA DE REHABILITACIÓN SUBSECUENTE

No. DEBE DECIR

- 1** Nombre completo de la persona usuaria en el orden de nombre (s), apellido paterno, apellido materno, de acorde con identificación oficial (CURP).
- 2** Número del expediente clínico con el cual se registra en el archivo, en caso de no contar colocar N/A (No aplica).
- 3** Edad cerrada en años.
- 4** Sexo (M: Masculino, F: Femenino).
- 5** Colocar la fecha en la cual se otorga el servicio.
- 6** Desarrollar la nota médica considerando el formato PSOAP
- 7** Colocar nombre completo de la persona que otorga el servicio colocando título profesional seguido de nombre (s), apellido paterno, apellido materno.
Colocar cedula profesional de medicina general y de especialidad.
Firmar la nota de rehabilitación subsecuente con bolígrafo azul.

45. SMDIF-CRIS-PRO045 CONSULTA DE PSICOLOGÍA

45.1 OBJETIVO

Otorgar atención psicológica a los usuarios que lo soliciten.

45.2 ALCANSE

Dirigido a la población del Municipio de Chalco y municipios aledaños las cuales no cuenten con servicios de asistencia social.

45.3 RESPONSABILIDADES

Es responsabilidad del Área de Trabajo Social recibir al usuario, checa que este completa su documentación para integrar al expediente clínico.

Realizar su registro, agenda cita para el médico general y médico especialista en rehabilitación.

Es responsabilidad del área de trabajo social integrar la documentación del paciente.

Es responsabilidad del área de caja recibir al usuario para el pago correspondiente asignado por trabajo social y entrega el recibo específico.

Es responsabilidad del médico general recibir al usuario realizar una historia clínica, de prevaloración y si es candidato a tratamiento psicológico lo refiere al área correspondiente.

Es responsabilidad del médico especialista en rehabilitación (MER) recibir al paciente realiza una historia clínica, da un diagnóstico y si lo requiere lo transfiere al área psicológica.

Es responsabilidad del psicólogo realizar una historia clínica, pruebas psicológicas, llenar el informe psicológico, dar un diagnóstico, llenar el tarjetón de terapias con las indicaciones y firma toda la documentación, y otorga la terapia.

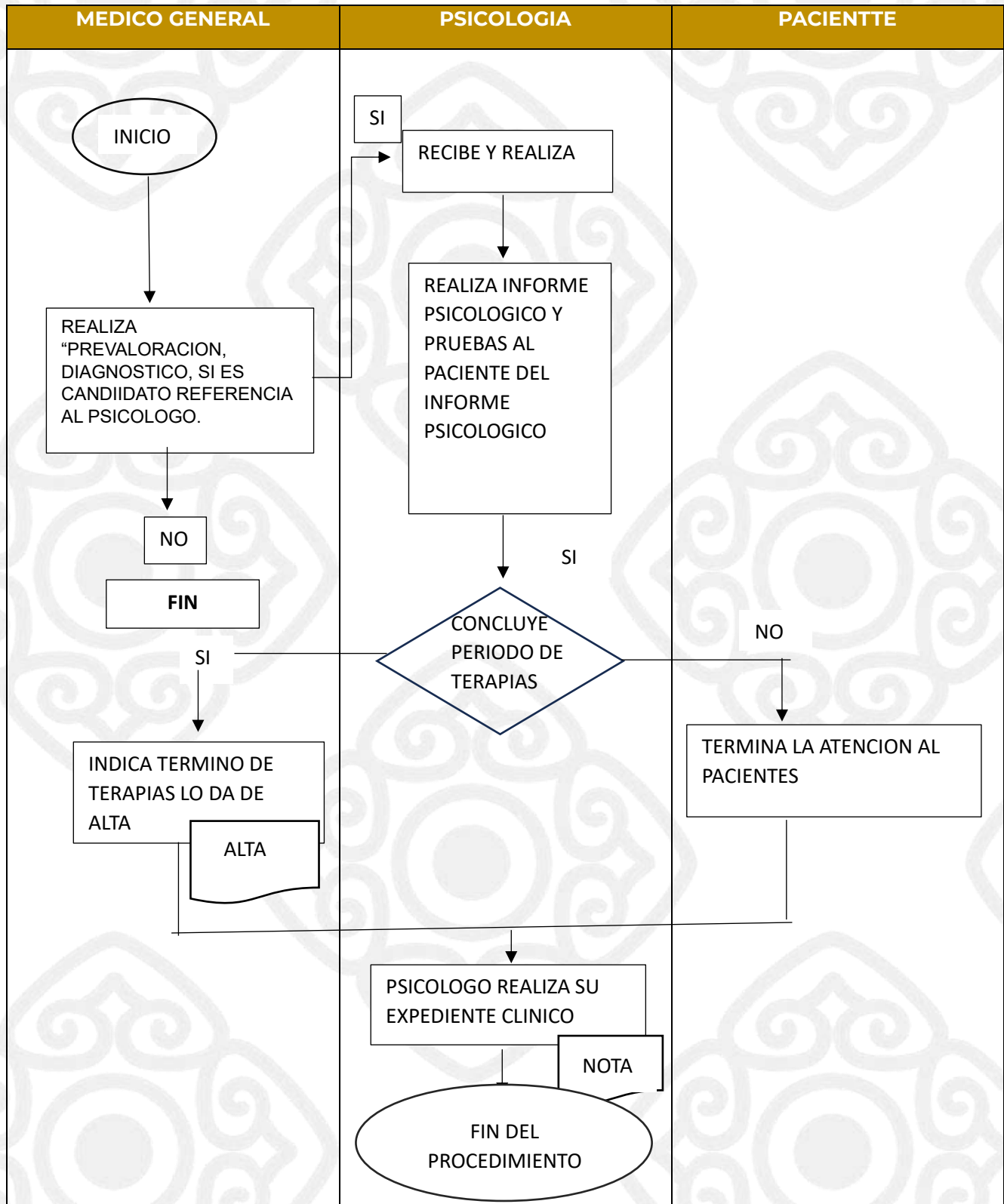
Es responsabilidad del psicólogo llenar el formato de alta, e integrarla al expediente clínico.

45.4 DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

1ERA VEZ

- El área de psicología recibe al paciente y realiza prevaloración y diagnóstico
- El área psicológica lleva a cabo estudio psicológico y pruebas específicas al paciente
- Si el paciente es candidato para atención, llena tarjetón y da indicaciones para que agende su próxima cita.

45.6 DIAGRAMA DE FLUJO



46. SMDIF-CRIS-PRO046 MÓDULO DE INCLUSIÓN SOCIAL

46.1 OBJETIVO:

Coordinar las actividades encaminadas a promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos, asegurando su plena inclusión a la sociedad en un marco de respeto, igualdad y equiparación de oportunidades de personas con Discapacidad.

46.2 ALCANCE:

Brindar la atención, información orientación e inclusión a personas con Discapacidad en el ámbito educativo y laboral.

46.3 REFERENCIAS:

Ley general para la Inclusión de Personas con Discapacidad
Diario Oficial de la Federación el 6 de enero 2023.

46.4 RESPONSABILIDAD:

Psicólogo responsable **del Módulo de Inclusión Social:** Brindar al usuario información de forma oportuna y con claridad referente al perfil que solicita (educativo y/o laboral) al ingreso al módulo de inclusión social:

Inclusión Educativa: directivos de instituciones educativas (CAM, educación Regular) brindar espacios dentro del aula escolar.

Inclusión laboral: con apoyo de Empresas e intervención de Recursos Humanos a una entrevista permita la inserción laboral de personas con Discapacidad en el ámbito laboral acorde a sus habilidades.

46.5 TERMINOLOGIA:

INCLUSION: Conjunto de procesos que aumenta la participación de los alumnos en la cultura, los currículos y las comunidades de las escuelas.

INCLUSION ESCOLAR Garantizar que toda persona que requiere el ingreso a una educación (inicial, superior y media superior), tengan acceso a una institución Centro de Atención Múltiple (CAM, Esc. De educación regular) de calidad, en

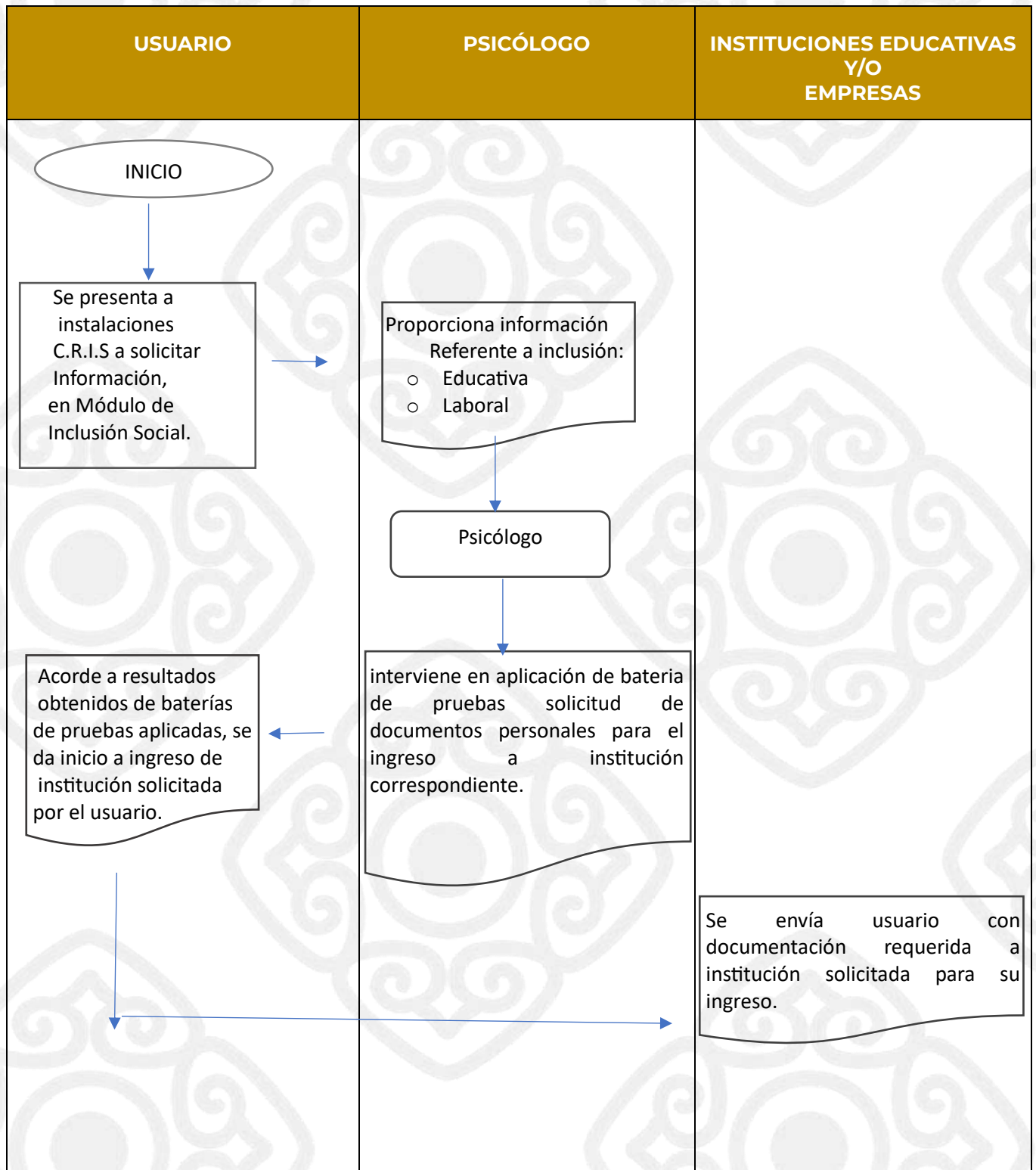
igualdad de condiciones y con equidad de oportunidades. Dar respuesta diferenciada a las necesidades de cada alumno, para que logren el mejor desempeño de acuerdo a sus habilidades y capacidades.

INCLUSION LABORAL: Capacidad de mejorar las condiciones de participación de personas con Discapacidad en el mundo laboral, asegurando la igualdad de oportunidades en el acceso al empleo garantizando una vida independiente e igualdad de oportunidades en el entorno laboral.

46.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESARROLLO
1	USUARIO	Usuario se presenta a instalaciones para solicitar información del Módulo de Inclusión Social.
2	Psicólogo	Proporciona información referente a inclusión educativa y/o laboral
3	Psicólogo	Interviene con entrevista, y/o aplicación de Batería de pruebas psicológicas, y documentos personales, y acorde a su perfil se pueda brindar la inclusión a la institución correspondiente.
4	Usuario	Acorde a resultados obtenidos de baterías de pruebas aplicadas, se da inicio a ingreso de institución solicitada.
5	Instituciones educativas y/o Empresas	Se envía usuario con documentación requerida a institución solicitada para su ingreso.

46.7 DIAGRAMA DE FLUJO



47. SMDIF-CRIS-PRO047 ATENCIÓN DE RAYOS “X”

47.1 OBJETIVO:

Otorgar servicio de Rayos X a las personas que lo requieran.

47.2 ALCANCE

Dirigido a la población del Municipio de Chalco y municipios aledaños que no cuenten con servicios de asistencia social.

47.3 REFERENCIAS:

- ✓ Manual de Procedimientos de la Dirección General de Rehabilitación. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 23 de agosto de 2012.
- ✓ Gaceta del gobierno del Estado de México, 24 de noviembre de 2015.

47.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD:

Subdirectora del Centro de Rehabilitación. Garantizar que el tratamiento de terapia se brinde a los usuarios en forma oportuna, suficiente, con calidad y calidez desde su ingreso hasta el término de su atención, respetando los derechos humanos de los usuarios y sus familias.

Médico en Rehabilitación. Dar a conocer a las áreas médicas, paramédicas y de tratamiento el procedimiento para el manejo de pacientes en el área de terapia. Coordinar, supervisar y evaluar al personal que interviene, en la prestación del servicio del área de terapia, con la finalidad de satisfacer las necesidades del usuario e implementar acciones de mejora.

Radiólogo. Los técnicos radiólogos son los encargados de operar el equipo de rayos X y otros dispositivos de imagen. Sus responsabilidades incluyen preparar al paciente, posicionarlo adecuadamente, realizar las exploraciones y asegurar la calidad de las imágenes obtenidas.

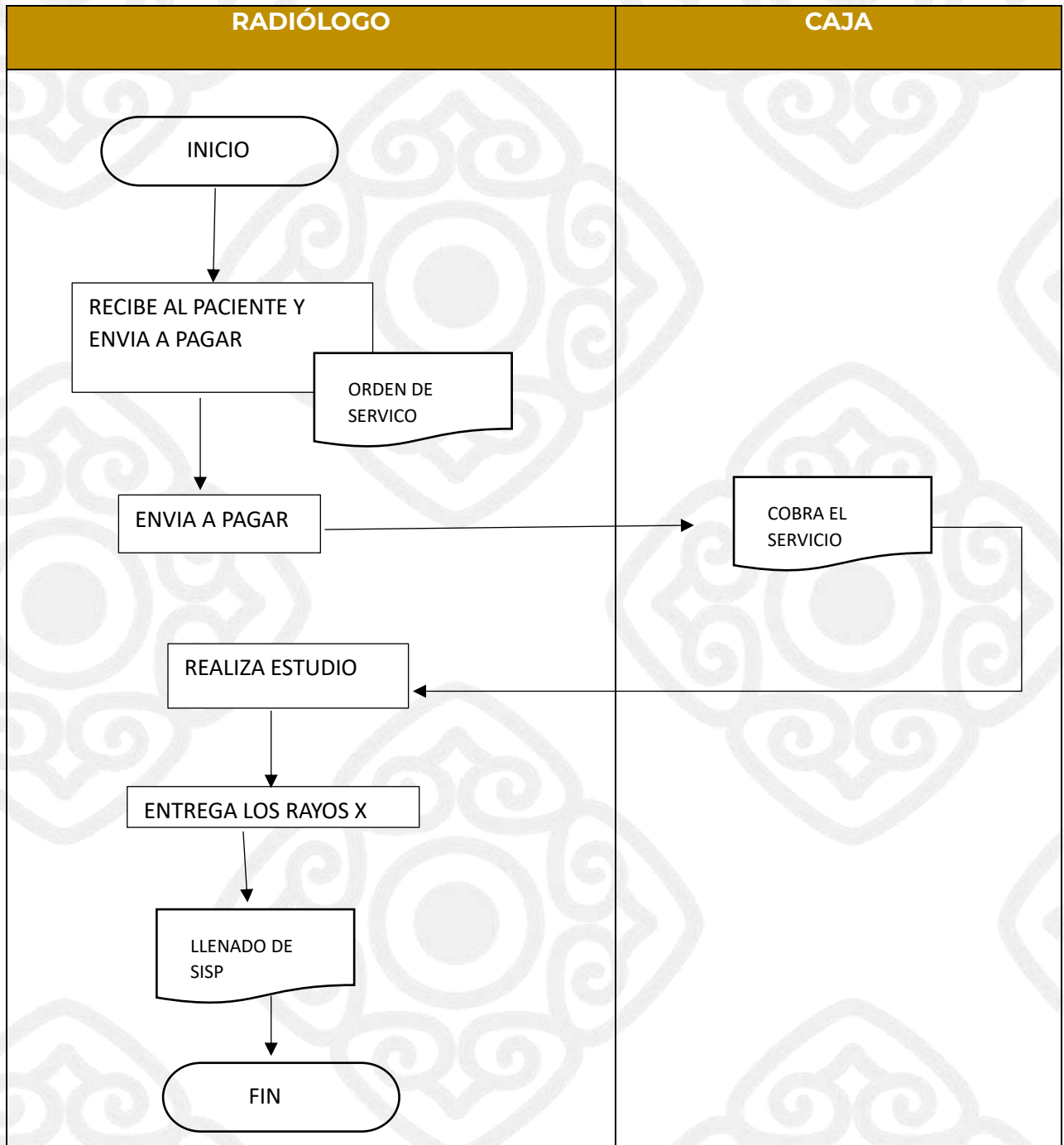
47.5 TERMINOLOGÍA:

Rayos x: a una radiación electromagnética, invisible para el ojo humano, capaz de atravesar cuerpos opacos y de imprimir las películas fotográficas. Los actuales sistemas digitales permiten la obtención y visualización de la imagen radiográfica directamente en una computadora (ordenador) sin necesidad de imprimirla. La longitud de onda está entre 10 a 0,01 nanómetros, correspondiendo a frecuencias en el rango de 30 a 30000 PHz (de 50 a 50000 veces la frecuencia de la luz visible).

47.6 DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESARROLLO
1	RADIOLOGO	Recibe al paciente con orden de solicitud de rayos X girada por el médico especialista o general. Puede ser paciente interno o externo, le indica el precio del servicio solicitado y envía a realizar pago
2	CAJERA	Realiza el cobro del servicio solicitado y entrega recibo al paciente.
3	RADIOLOGO	Recibe el recibo y procede a la toma del estudio solicitado
4	RADIOLOGO	Entrega estudio tomado al solicitante
5	RADIOLOGO	REALIZA EL LLENADO DE SUS SISP

47.7 DIAGRAMA DE FLUJO



INSTRUCTIVO DE LLENADO FORMATO REGISTRO DIARIO DE RADIOLOGÍA SISP-05

DEBE DECIR

- 1 Anotar la clave del Centro de Rehabilitación correspondiente que reporta.
- 2 Escribir el nombre del Centro de Rehabilitación sin omitir el lugar de ubicación.
- 3 Anotar el número de credencial que corresponda al médico que otorga la atención.
- 4 Escribir el nombre del médico que otorga la atención en el orden indicado.
- 5 Anotar el número de expediente clínico asignado a los pacientes atendidos.
- 6 Anotar los años cumplidos a la fecha de la atención.
- 7 Indicar con "M" masculino o con "F" femenina
- 8 Anotar con una X en la columna correspondiente a cada uno de los tamaños de radiografía tomada a los usuarios.
- 9 Anotar la suma total de los indicadores: sexo: masculino/femenino.
- 10 Suma total de cada uno de los tamaños de las radiografías tomadas.
- 11 Anotar nombre y firma del responsable del llenado

48. SMDIF-CRIS-PRO048 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

48.1 OBJETIVO

Mejorar la salud buco dental del paciente mediante la presentación de servicios de atención estomatológica al paciente del CRIS- Chalco, de acuerdo a lineamientos y estándares técnicos en materia y procedimientos de las unidades de primer nivel de atención.

48.2 ALCANCE

Atención a la población del municipio de Chalco, y municipios aledaños proporcionando servicios médico odontológicos y de asistencial social a todo aquel que demande el servicio, siguiendo la normatividad federal y estatal vigentes, así como los estándares de calidad en cada procedimiento.

48.3 REFERENCIAS

- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004. En Materia de información en salud.
- ✓ Diario Oficial de la Federación, 28 de Septiembre de 2005.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-166-SSA1-1997. para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Diario Oficial de la Federación, 4 de diciembre de 1998, reformas y adiciones.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998. Del Expediente Clínico. Diario Oficial de la Federación, 07 de diciembre de 1998, reformas y adiciones.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998. Que establece los requerimientos Mínimos de Infraestructura y Equipamiento de Establecimientos para la Atención Médica de Paciente Ambulatorio. Diario Oficial de la Federación, 14 de septiembre de 1999.
- ✓ Manual Operativo para el llenado de formato del Expediente Clínico Estomatológico.

48.4 RESPONSABILIDAD

El CRIS CHALCO, es la responsable de otorgar atención médica y estomatológica a la población que demande el servicio rigiéndose por las normatividades vigentes en la materia.

48.5 TERMINOLOGÍA

Atención Estomatológica: Conjunto de Servicios que se proporcionan al individuo, con el fin promover, proteger y restaurar la salud bucal del paciente. (Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Expediente Clínico).

Consultorio: Área física que cuenta con las instalaciones y equipo necesario para que personal médico y paramédico brinde consulta externa a pacientes ambulatorios. (Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004 en materia de información en salud).

Procedimiento de Consulta Odontológica cartas de conseguimiento Informado: Documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, de un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéutica o rehabilitación. (Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSAI-1998, del Expediente Clínico).

Calidad de la atención: Se considera a la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados. (Norma Oficial Mexicana NOM007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio).

Calidad en la atención: Trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio. (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio).

Unidad de Consulta Externa Son unidades que prestan servicios, tanto de atención de salud a la persona como de atención de salud a la comunidad. La unidad de Salud es un órgano desconcentrado por servicio, de carácter sustantivo, al que se transfieren prestaciones médicas de atención primaria a la salud, que habrán de proporcionarse preferentemente a los usuarios determinados como su población responsabilidad, sin exclusión de los que no lo sean, en el ámbito geográfico establecido.

Unida de Atención Primaria a la Salud: Es un órgano desconcentrado por servicio, de carácter sustantivo, al que se transfieren prestaciones médicas de atención primaria de la salud, que habrán de proporcionarse preferentemente a los usuarios determinados como su población responsabilidad, sin exclusión de los que no lo sean, en el ámbito geográfico establecido. (Consulta: general, odontológica, obstétrica, pediátrica, nutricional y psicológica).

Estomatólogo: Médico odontólogo, cirujano dentista, licenciado en estomatología, licenciado en odontología, licenciado en cirugía dental, médico cirujano dentista, cirujano dentista militar o profesional de la salud bucal con licenciatura.

Expediente Clínico Estomatológico: Conjunto de documentos escritos gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el estomatólogo debe hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención.

Paciente: Beneficiario directo de la atención médica (Norma Oficial Mexicana NOM168-SSA11998, del expediente clínico).

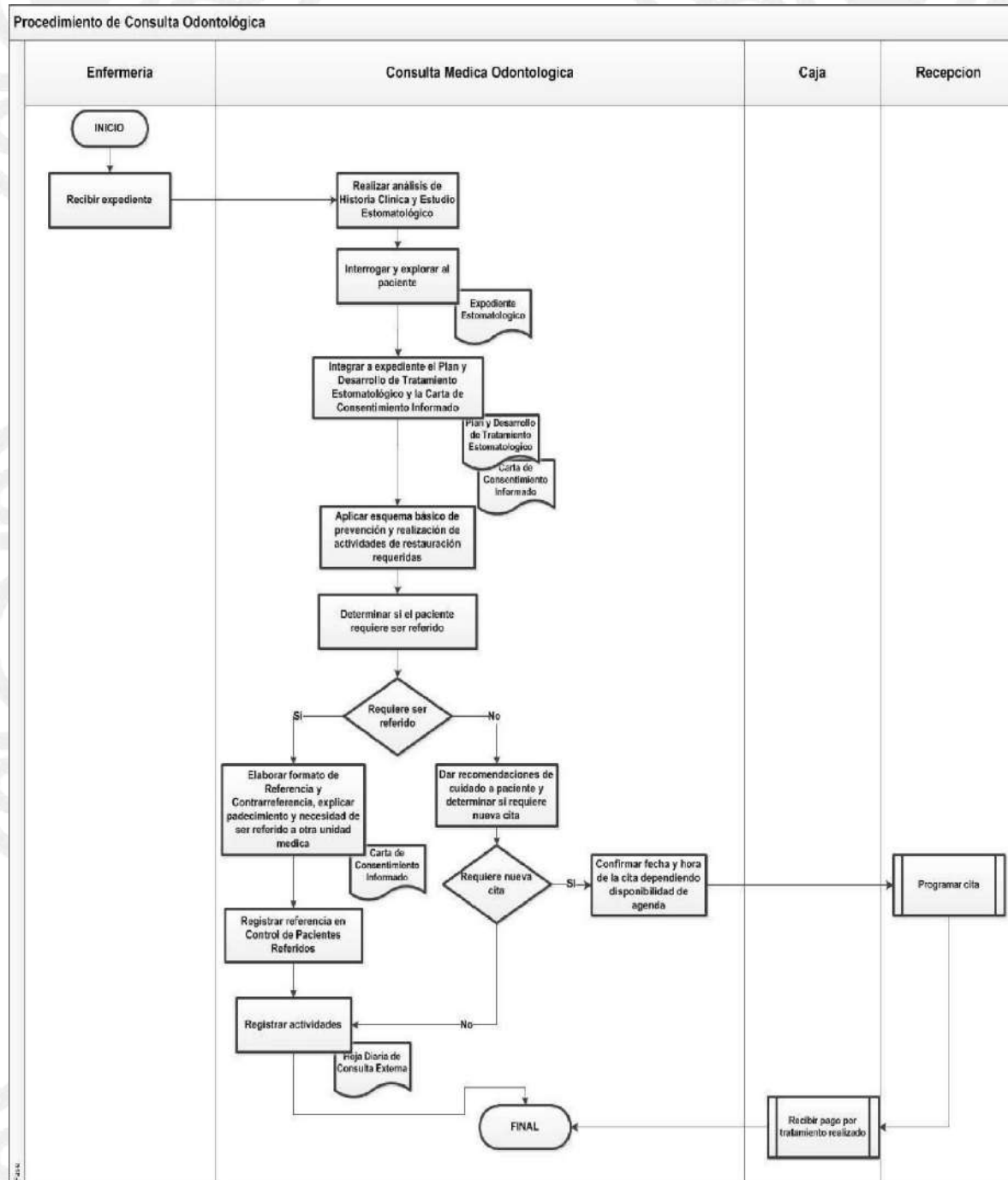
Unida Médica Establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y está destinado a proporcionar atención médica integral a la población.

(Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA22004, en materia de información en salud).

48.6 DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

	CONSULTORIO DENTAL	DESCRIPCIÓN
1	Enfermería	Recibir el expediente clínico del usuario que demanda la atención procedente del área de Signos vitales y somatometría.
2	Odontólogo	Interrogar al paciente para integrar la historia Clínica y Estudio Estomatológico" (ver formato de Historia clínica y estudio estomatológico).
3	Odontólogo	Explorar al paciente y establecer diagnóstico.
4	Odontólogo	Integrar al expediente "Plan y Desarrollo de Tratamiento Estomatológico" (ver formato de Plan y desarrollo de tratamiento estomatológico) y la "Carta de Consentimiento Informado"(ver formato de consentimiento informado).
5	Odontólogo	Aplicar el esquema básico de prevención y realizar las actividades de restauración requeridas.
6	Odontólogo	Determinar si el paciente amerita interconsulta en la misma unidad de salud o referencia a otra unida de salud de mayor nivel de atención. Requisitado el formato necesario (ver formato de referencia y contrarreferencia.
7	Odontólogo	Dar recomendaciones de cuidado al paciente determinando si requiere nueva cita.
8	Caja	Realizar pago correspondiente al tratamiento realizado.
9	Archivo -agendas	Agendar cita próxima.

48.7 DIAGRAMA DE FLUJO



48.8 ANEXOS

FORMATO DE PLAN Y DESARROLLO DE TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO



CHALCO

CHALCO

Plan y Desarrollo de Tratamiento Estomatológico																															
1 UNIDAD MÉDICA SISTEMA MUNICIPAL DIF CHALCO UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA																2 EXPEDIENTE															
3 NOMBRE DEL PACIENTE																4 EDAD				5 GÉNERO MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>											
6 DIRECCIÓN																7 TELÉFONO															
8 ESCUELA																9 GRADO ESCOLAR								10 GRUPO							
11 DIAGNÓSTICO (CLAVES)																															
12 INTRAMUROS																															
13																															
14																															
15																															
16																															
17																															
18																															
19																															
20																															
21																															
22																															
23																															
24																															
25																															
26																															
27																															
28																															
29																															
30																															
31																															
32																															
33																															
34																															
35																															
36																															
37																															
38																															
39																															
40																															
41																															
42																															
43																															
44																															
45																															
46																															
47																															
48																															
49																															
50																															
51																															
52																															
53																															
54																															
55																															
56																															
57																															
58																															
59																															
60																															
61																															
62																															
63																															
64																															
65																															
66																															
67																															
68																															
69																															
70																															
71																															
72																															
73																															
74																															
75																															
76																															
77																															
78																															
79																															
80																															
81																															
82																															
83																															
84																															
85																															
86																															
87																															
88																															
89																															
90																															
91																															
92																															
93																															
94																															
95																															
96																															
97																															
98																															
99																															
100																															
101																															
102																															
103																															
104																															
105																															
106																															
107																															
108																															
109																															
110																															
111																															
112																															
113																															
114																															
115																															
116																															
117																															
118																															
119																															
120																															
121																															
122																															
123																															
124																															
125																															
126																															
127																															
128																															
129																															
130																															
131																															
132																															
133																															
134																															
135																															
136																															
137																															
138																															
139																															
140																															
141																															
142																															
143																															
144																															
145																															
146																															
147																															
148																															
149																															
150																															
151																															
152																															
153																															
154																															
155																															
156																															
157																															
158																															
159																															
160																															
161																															
162																															
163																															
164																															
165																															
166																															
167																															
168																															
169																															
170																															
171																															
172																															
173																															
174																															
175																															
176																															
177																															
178																															
179																															
180																															
181																															
182																															
183																															
184																															
185																															
186																															
187																															
188																															
189																															
190																															
191																															
192																															
193																															
194																															
195																															
196																															
197																															
198																															
199																															
200																															

24

25

PACIENTE ABANDONÓ EL TRATAMIENTO:

FECHA

PACIENTE DADO DE ALTA:

FECHA

FORMATO DE NOTA MÉDICA ESTOMATOLÓGICA



NOTAS MEDICAS ESTOMATOLÓGICAS

26

	CONCEPTO	DESCRIPCION
1	Unidad médica	Anotar el nombre de la unidad médica donde se atiende al paciente.
2	Expediente	Asentar el número del expediente registrado en la Historia Clínica.
3	Nombre del paciente	Registrar el nombre completo del paciente, iniciando con el apellido paterno, maternos nombres.
4	Edad	Anotar con número arábigo la edad del paciente en años cumplidos.
5	Género: masculino-femenino	Marcar con una "X" el género del paciente, según corresponda; masculino o femenino.
6	Dirección	Indicar el lugar de residencia del paciente: calle, número exterior, interior, colonia y código postal.
7	Teléfono	Anotar el número telefónico del paciente
8	Escuela	En caso de que el paciente sea escolar del programa educativo preventivo, anotar el nombre de la escuela a la que asiste el paciente
9	Grado escolar	En caso de ser escolar, anotar el grado que cursa actualmente el paciente.
10	Grupo	Anotar el grupo al que pertenece el asiente.
11	DIAGNOSTICO CLASE	Escribir las claves correspondientes al diagnóstico, localizando las más frecuentes en la clasificación internacional de enfermedades (C.I.E.). Los diagnósticos que no tengan clave se describirán completos.
12	fecha	Registrar con lápiz el día, mes y año de la siguiente cita y con bolígrafo cuando se atiende al paciente.

13	Cuadrantes dañados	Anotar el número del cuadrante dañado al que se le realiza el tratamiento.
14	Atención Previa	Marcar con una "X" en la columna que corresponda, la acción preventiva que se realice al paciente.
15	Número de diente	Anotar la nomenclatura de la odontograma y el número correspondiente al diente al cual se le realizó algún tratamiento.
16	Atención curación	Marcar con una "X" en la columna que corresponda el tratamiento que se realice a las piezas dentales del paciente.
17	RADIOGRAFIA	Anotar el número de radiografías tomadas al paciente (Periapicales, oclusales o infantiles).
18	Tratamiento integral terminado	Indicar con una "X" cuyo tratamiento haya concluido durante la sesión.
19	Referencia	Marcar con un "X" si el paciente es referido o contra referido.
20	Derechohabientica	Indicar con una "X" si el paciente cuenta o no con algún tipo de seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSEMYM etc.)
21	Responsable	Asentar el nombre completo, firma y cédula profesional del estomatólogo responsable del tratamiento estomatológico.
22	POA	Al término del tratamiento deberán sumar las actividades realizadas, anotando en cada cuadrolas cantidades correspondientes.
23	Paciente abandono tratamiento	Anotar el día, mes y año en que el paciente abandono el tratamiento.
23	Paciente dado de alta	Asentar el día, mes y año en que concluyó el tratamiento y el paciente es dado de alta.
26	Notas medicas	Describir con letra legible los datos del paciente: fecha, hora, actividades realizadas y evolución del paciente, así como, la farmacoterapia requerida en cada consulta, con nombre y firma de quien lo elabora.

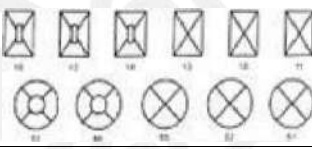
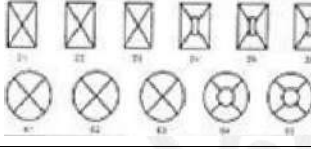

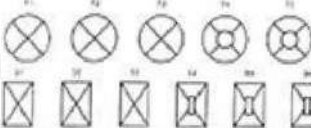
FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA Y ESTUDIO ESTOMATOLÓGICO

CHALCO

CHALCO

Historia Clínica y Estudio Estomatológico		No. EXPEDIENTE: 1
UNIDAD MÉDICA: 2	CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA: 3	FECHA: 4
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE): 5		EDAD: 6
DOMICILIO (CALLE, NUMERO), DEUDORA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO: 8		TELÉFONO: 9
OCCUPACIÓN: 10	ESTADO CIVIL: 11	ESCALA: 12

INTERROGATORIO 13

☐ QUÉ ENFERMEDAD(ES) HA PADECIDO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO?

☐ CUANDO HA ACUDIDO A CONSULTA SU MÉDICO LE HA DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD COMO:

ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	SI NO	DIABETES M.	SI NO	BRONQUITIS	SI NO	TUBERCULOSIS	SI NO
FIEBRE REUMÁTICA	SI NO	ANGINA	SI NO	EPILEPSIA	SI NO	AVICIA	SI NO
NEFRITIS	SI NO	VALVULAS	SI NO	HIPERTENSION	SI NO	ALCOHOLISMO	SI NO

☐ ¿ES USTED ALÉRGICO A LA PENICILINA? SI NO OTROS MEDICAMENTOS SI NO CUÁLES:

☐ ¿LO HAN ANESTESIADO ANTERIORMENTE? SI NO

☐ ¿HA TENDO PROBLEMAS CUANDO SE LA APLICARON? SI NO

☐ ¿QUE LE SUCEDIÓ?

☐ ¿PRESENTA SANGRADO EXCESIVO? SI NO HEMORRAGIAS FRECUENTES SI NO SÍTO:

USO DE MEDICAMENTOS ANTICOAGULANTES SI NO TRANQUILIZANTES SI NO

OTROS SI NO ¿CUAL EST?

☐ ALGÚN FAMILIAR SUYO PADECE DIABETES M. SI NO PARENTESCO:

☐ ¿FUMA? SI NO

☐ ¿INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS? SI NO

☐ ¿INGIERE ALGÚN OTRO TIPO DE SUSTANCIAS?

EXPLORACIÓN

14

EXAMEN FACIAL

BLANOS

5

i'

O'VIR

CARA	N	/	ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	N
LABIOS	N	/	PALADAR DURO	N
PALADAR BLANDO	N	/	PISO DE LA BOCA	N
GLÁNDULAS SALIVALES	N	/	TIPO DE OCLUSIÓN	

TIPO DE OCLUSIÓN: **16**

TOGRAMA **17**

ODONTOGRAMA DE EVOLUCIÓN DE TRATAMIENTO 18

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
DERECHO										IZQUIERDO																																																																										

EVOLUCIÓN DE TRATAMIENTO

[illegible]

	CONCEPTO	DESCRIPCION
1	Número de expediente	Anotar el número consecutivo correspondiente.
2	Nombre de la unidad médica	Anotar el nombre completo de la unidad donde se brinda el servicio.
3	Clave de la unidad médica	Asentar la clave que le corresponde a la unidad médica, en caso que se desconozca, anotar el nombre de ésta.
4	Fecha	Anotar la fecha en que el paciente se presenta por primera vez al servicio, escribiendo con números arábigos el día y año; y con números romanos el mes.
5	Nombre del paciente	Escribir el nombre completo del paciente, iniciando con su apellido paterno, materno y nombres.
6	Edad	Anotar la edad del paciente en años cumplidos.
7	Género: masculino/ femenino	Escribir el nombre completo del paciente, iniciando con su apellido paterno, materno y nombres.
8	Domicilio	Indicar el lugar de residencia del paciente: calle, número exterior, interior, colonia, zona y código postal, población y municipio.
9	Teléfono	Se anotará el número telefónico del paciente o de un familiar, para poder localizarle en caso de cambio de cita u otros avisos.
10	Ocupación	Se anotará la profesión, oficio, o actividad que realice el paciente.
11	Estado civil	Anotar el estado civil actual del paciente.
12	Escuela	En caso de que el paciente sea escolar, anotar el nombre de la escuela a la que asiste.
13	Interrogatorio	Indicar antecedentes heredo familiares, personales patológicos, no patológicos y el padecimiento actual.
14	Nombre y firma del paciente	Registrar el nombre y avalar con la firma del paciente los datos proporcionados en el interrogatorio o, en caso de ser menor de edad, avalar con la firma de padre o tutor.

49. SMDIF-CRIS-PRO049 TALLER DE ÓRTESIS

49.1 OBJETIVO:

Fabricar el tipo de ortesis específico para cada paciente bajo los estándares a nivel mundial ayudado con las tecnologías y materiales más recientes para poder brindar al paciente una ortesis de calidad para su uso diario y poder desempeñar sus actividades cotidianas.

49.2 ALCANCE:

Dirigido a la población del Municipio de Chalco y municipios aledaños que no cuenten con servicios de asistencia social.

49.3 REFERENCIAS:

Manual de Procedimientos de la Dirección General de Rehabilitación. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 23 de agosto de 2012.
Gaceta del Gobierno del Estado de México, 24 de noviembre de 2015.

49.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

Subdirectora del Centro de Rehabilitación. Garantizar que el tratamiento de terapia se brinde a los usuarios en forma oportuna, suficiente, con calidad y calidez desde su ingreso hasta el término de su atención, respetando los derechos humanos de los usuarios y sus familias.

Médico en Rehabilitación. Dar a conocer a las áreas médicas, paramédicas y de tratamiento el procedimiento para el manejo de pacientes en el área de terapia. Coordinar, supervisar y evaluar al personal que interviene, en la prestación del servicio del área de terapia, con la finalidad de satisfacer las necesidades del usuario e implementar acciones de mejora.

Técnico en Ortesis. Profesional de la salud, que se especializa en fabricar, adaptar y dar mantenimiento a los dispositivos ortopédicos, como férulas, aparatos ortopédicos y calzado especial, a fin de garantizarle al paciente corregir deformidades y/o aliviar molestias en el cuerpo, mejorando su calidad de vida.

49.5 TERMINOLOGÍA:

Ortesis son definidas como un apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético.

Se pueden clasificar en base a su función en: estabilizadoras, funcionales, correctoras y protectoras.

Formato registro diario de del taller de órtesis

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS									
REGISTRO DIARIO DEL TALLER DE ORTESIS									
Clave del Centro 15-02-01		Nombre del Centro de Rehabilitación: C.R.I.S. Chalco, Estado de México						Fecha (día/ mes/ año)	
No. de Cred.		Nombre (Apellido paterno, materno y nombres (s)							
No. Exp.	Edad	Sexo		Tipo de Atenciones		ORTESIS	Número de Piezas		
		M	F	1ra. Vez	Subsecuente		Fabricadas	Reparadas	Total
						MIEMBRO INFERIOR			
						Aparato Largo Muslo podálico.			
						Aparato Corto.			
						Subtotal			
						Ortesis Tobillo Pie 90° Está ca.			
						Ortesis Tobillo Pie 90° Dinámica			
						Plantillas Ortopédicas			
						Subtotal			
						MIEMBRO SUPERIOR Y TRONCO			
						Ortesis Braquipalmar Está ca.			
						Ostesis Braquipalmar Dinámica.			
						Corset: Otro:			
						Subtotal			
						ZAPATERÍA			
						Adaptaciones (Virón y/o cuña)			
						Subtotal			
						Otras			
						Subtotal			
						Total			

INSTRUCTIVO DE LLENADO FORMATO DE REGISTRO DEL TALLER DE ÓRTESIS Y PRÓTESIS

DEBE DECIR

- 1 Anotar la clave del Centro de Rehabilitación correspondiente que reporta.
- 2 Escribir el nombre del Centro de Rehabilitación sin omitir el lugar de ubicación.
- 3 Anotar el número de credencial que corresponda al médico que otorga la atención.
- 4 Escribir el nombre del médico que otorga la atención en el orden indicado.
- 5 Anotar el número de expediente clínico asignado a los pacientes atendidos.
- 6 Anotar los años cumplidos a la fecha de la atención.
- 7 Indicar con "M" masculino o con "F" femenina
- 8 Anotar con una X en la columna correspondiente a cada uno de los tratamientos realizados al paciente.
- 9 Anotar la suma total de los indicadores: sexo: masculino/femenino.
- 10 Anotar nombre y firma del responsable del llenado

50. SMDIF-CRIS-PRO050 MÓDULO DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

50.1 OBJETIVO:

Garantizar la atención, detección y vinculación de casos de posible vulneración de Derechos de Personas con Discapacidad, así como gestionar el acceso a la justicia y protección jurídica de las personas con discapacidad.

50.2 ALCANCE:

Los procesos, procedimientos y demás información contenida o derivada del presente Programa, será aplicable a las personas con discapacidad, que soliciten o que aplique dicho programa, de vulnerabilidad a sus derechos.

50.3 REFERENCIAS:

- ✓ Manual de Organización del Módulo de Protección de los Derechos de Personas con Discapacidad.

50.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

Subdirectora del Centro de Rehabilitación. Garantizar que el tratamiento de terapia se brinde a los usuarios en forma oportuna, suficiente, con calidad y calidez desde su ingreso hasta el término de su atención, respetando los derechos humanos de los usuarios y sus familias.

Equipo Multidisciplinario: Se constituye al interior del Centro, y está integrado por el Médico, Psicólogo y Trabajador Social, quienes apoyan en el módulo, con una posible detección de casos.

Responsable del Módulo: Trabajador Social, es la persona responsable del módulo y se encarga de la detección de casos de posible vulnerabilidad a los derechos.




50.5 TERMINOLOGÍA:

Ortesis son definidas como un apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético.

Se pueden clasificar en base a su función en: estabilizadoras, funcionales, correctoras y protectoras.

50.6 ANEXOS

Formato de Reporte Mensual

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
 Dirección de Atención a la Discapacidad
 Subdirección de Prevención de la Discapacidad

REPORTE MENSUAL, CAPTACIÓN DE POSIBLES CASOS DE VULNERACIÓN DE DERECHOS

Municipio: **CHALCO** Mes: **mayo** Año: **2025**

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DEL MÓDULO						
ASESORÍAS / PLÁTICAS / PROMOCIÓN DEL PROGRAMA	Personas Atendidas	Individuales	Grupo de Personas	Asesoría en Línea o Vía telefónica	Entrega de Material de Difusión	EVIDENCIAS Lista de Asistencia y Fotografías
Jurídicas a Particulares	0	0	0	0	0	0
Administrativas a Servidores Públicos	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	0	0

CAPTACIÓN DE CASOS DE VULNERACIÓN DE DERECHOS						
DENUNCIA / DEMANDA	Personas Atendidas	Falso Positivo	Captación Remitida por Otra Instancia	Visitas Domiciliarias	QUIEN REPORTA	
					Persona Afectada	Tercera Persona
Posible comisión de actos ilícitos	0	0	0	0	0	0
Lesiones	0	0	0	0	0	0
Privación de la Libertad	0	0	0	0	0	0
Patrimonial / Familiar	0	0	0	0	0	0
Seguridad de las Personas	0	0	0	0	0	0
Laboral	0	0	0	0	0	0

DISCAPACIDAD				
Tipo	H	M	<18 Años	>18 Años
Física o Motriz	0	0	0	0
Sensorial	0	0	0	0
Intelectual	0	0	0	0
Psicosocial	0	0	0	0
Multiple	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0

QUEJA			
QUEJA	Personas Atendidas	Falso Positivo	Captación remitida por otra instancia
Abuso de autoridad	0	0	0
Malos tratos	0	0	0
Detención arbitraria	0	0	0
Discriminación	0	0	0
Ámbito Educativo	0	0	0
Integridad personal y vida privada	0	0	0
Vivienda	0	0	0
Niños, niñas y adolescentes	0	0	0
Trámites y Servicios	0	0	0
TOTAL	0	0	0

EDAD y SEXO		
Rango	H	M
De 0 a 5 años	0	0
De 6 a 12 años	0	0
De 13 a 17 Años	0	0
De 18 a 29 Años	0	0
De 30 a 39 Años	0	0
De 40 años y más	0	0
TOTAL	0	0

T.S. ARACELI QUIROZ GALICIA

Responsable del Módulo
(NOMBRE Y FIRMA)

LIC. LIZBETH LUNA GALICIA




Vo. Bo. Dirección / Presidencia del Sistema Municipal DIF
(NOMBRE Y FIRMA)

INSTRUCTIVO DE LLENADO

REPORTE MENSUAL, CAPTACION DE POSIBLES CASOS DE VULNERACIÓN DE DERECHOS

NUM.	DEBE DECIR:
1	MUNICIPIO QUE ELABORA
2	MES Y AÑO DE ELABORACIÓN
3	MENCIONAR LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN
4	JURIDICAS/PARTICULARES SELECCIONAR (PERSONAS ATENDIDAS, INDIVIDUALES, GRUPO DE PERSONAS, ASESORIAS E LIA O VIA TELEFONICA, ENTREGA DE MATERIAL Y EVIDENCIAS (LISTA DE ASISTENCIA Y FOTOGRAVIAS)
5	ADMINISTRATIVAS A SERVIDORES PUBLICOS (PERSONAS ATENDIDAS, INDIVIDUALES, GRUPO DE PERSONAS, ASESORIAS E LIA O VIA TELEFONICA, ENTREGA DE MATERIAL Y EVIDENCIAS (LISTA DE ASISTENCIA Y FOTOGRAVIAS)
6	TOTALES
7	CAPTACIÓN DE CASOS DE VULNERACION DE DERECHOS
8	DENUNCIA/DEMANDA (PERSONAS ATENDIDAS, FALSO/POSITIVO, CAPTACIÓN REMITIDA POR OTRA INSTITUCIÓN, VISITAS DOMICILIARIAS, QUIEN REPORTA (PERSONA AFECTADA /TERCERA PERSONA)
9	QUEJA PERSONAS ATENDIDAS, FALSO/POSITIVO, CAPTACIÓN REMITIDA POR OTRA INSTITUCIÓN, VISITAS DOMICILIARIAS, QUIEN REPORTA (PERSONA AFECTADA /TERCERA PERSONA)
10	TOTALES
11	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL MODULO
12	Vo. Bo. DIRECCION/PRESIDENCIA DEL SMDIF (NOMBRE Y FIRMA)
13	TIPO DE DISCAPACIDAD Y TOTALES
14	EDAD Y SEXO (POR RANGO DE EDAD Y TOTALES)
15	SELLO DE LA INSTITUCIÓN

Formato de Remisión a Módulo

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
 Dirección de Atención a la Discapacidad
 Subdirección de Prevención de la Discapacidad

FORMATO DE REMISIÓN A MÓDULO DE PROTECCIÓN DE DERECHOS

Municipio: 1 Toluca Mes: Enero Año: 2025 2

DETECCIÓN DE CASOS DE POSIBLE VULNERACIÓN DE DERECHOS

Lugar donde se detecta la Vulneración: 3

CER URIS UBRIS SMDIF

Quien detecta la posible vulneración de derechos: 4

Medico Trabajo Social Psicólogo Otro Especifique quien:

OBSERVACIONES 5

Nombre de la Persona con posible vulneración de derechos: 6

Sexo 7 Edad 8 Discapacidad 9

Indicios de vulneración detectados: 10

Recomendaciones: 11

Publico

remite al Módulo de Protección de Derechos más cercano para su atención, que se encuentra e 12

 Servidor Público que detecta la vulneración
 (NOMBRE Y FIRMA) 13

 Vo. Ro. del Jefe Inmediato Superior
 (NOMBRE Y FIRMA) 14

SELLO

15

INSTRUCTIVO DE LLENADO

FORMATO DE REMISIÓN A MÓDULO DE PROTECCIÓN DE DERECHOS

NUM.	DEBE DECIR:
1	MENCIONAR EL MUNICIPIO CORRESPONDIENTE
2	MES Y AÑO
3	MENCIONAR LA INSTITUCION QUE DETECTA LA POSIBLE VULNERACION DE DERECHOS.
4	QUIEN DETECTA LA POSIBLE VULNERACIÓN DE DERECHOS:
5	OBSERVACIONES: DATOS IMPROTANTES
6	APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DE LA PERSONA CON POSIBLE VULNERACIÓN DE DERECHOS.
7	SEÑALAR SI ES HOMBRE O MUJER
8	EDAD
9	TIPO DE DISCAPACIDAD
10	ESCRIBIR LA NARACIÓN DE LO INDICIOS DE VULNERACION DETECTADOS.
11	RECOMENDACIONES QUE SE BRINDO O PLAN SOCIAL A SEGUIR
12	MENCIONAR A QUE INSTITUCION SE REMITÍO.
13	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO QUE DETECTA LA VULNERACIÓN
14	Vo. Bo. DEL JEFE INMEDIATO (NOMBRE Y FIRMA)
15	SELLO DE LA INSTITUCIÓN

PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CÉDULA DE INFORMACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO BENEFICIADA (CIPOB)

Cédula de Información del Beneficiario (CIPOB)					
Dependencia	12	Unidad Administrativa	NHK	Programa	S039
Lugar y Fecha de Elaboración 1					

Datos del/la Responsable del llenado de la CIPOB (Solo en caso de que el beneficiario requiera ayuda)			
Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno 2	Cargo 3

Datos de la Persona Beneficiaria (Población Objetivo Beneficiada) 4					
Nombre(s)		Edad		Escolaridad	
Apellido Paterno		Sexo		Ocupación	
Apellido Materno		Lugar de Nacimiento		Teléfono	
RFC		Nacionalidad		Celular	
CURP		Estado Civil		Correo Electrónico	
Se autoadscribe como indígena?		SI	NO	Se autoadscribe como afromexicana?	
				SI NO 5	

Tipo de Limitación en la Actividad de la Persona Beneficiaria (marque con una X) 6						
Caminar o Moverse	Ver	Mental	Escuchar	Hablar o Comunicarse	Atención o Aprendizaje	Auto cuidado
Otra, especifique						

Domicilio de la Persona Beneficiaria 7					
Tipo de Vialidad (Av., Calle, Privada, Cerrada, etc.)	Nombre de vialidad	No. Ext.	No. Int.	Tipo del Asentamiento Humano (Col., Barrio, Pueblo, Ejido, etc.)	Nombre del Asentamiento Humano
Nombre de la Localidad		Municipio o Demarcación Territorial		Entidad Federativa	Código Postal
Entre vialidades; tipo y nombre			Descripción de Ubicación		

Datos del Padre o Tutor de la Persona Beneficiaria (solo en los casos que aplique) 8		
Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno

--	--	--

Parentesco con la Persona Beneficiaria (marque con una X) 9					
Padre	Madre	Tutor	Hermano (a)	Abuelo (a)	Tío (a)
Otro, especifique:					
De los Integrantes del Hogar de la Persona Beneficiaria 10					
¿Cuántas personas viven normalmente en su vivienda?		¿Cuántas personas de su familia viven normalmente en su vivienda?		¿Cuál es el monto aproximado del Ingreso Mensual de la Familia?	

Trabajo, Servicio Médico, Deporte y Otros (marque con una X) 11									
¿Usted o algún miembro de su familia cuenta con algún apoyo del gobierno?	1	Despensa DIF	¿Tiene usted derecho a recibir servicios médicos?	1	IMSS	¿Practica usted algún deporte?			
	2	Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad		2	ISSSTE		SI	NO	
	3	Apoyo para el Bienestar de las Niñas y Niños, Hijos de Madres Trabajadoras		3	ISSSTE Estatal	En caso afirmativo especifique ¿Cuál?			
	4	LICONSA		4	PEMEX, SEDENA, SEMAR				
	5	Guardería o Estancias Infantiles (IMSS, ISSSTE, Secretaría de Bienestar, DIF, etc.)		5	INSABI	¿Pertenece a alguna organización de la Sociedad Civil?			
	6	Apoyos Adultos Mayores (Gobierno Federal, Estatal o Municipal)		6	Seguro privado				SI
	7	Madres Solteras (Gobierno Federal, Estatal o Municipal)		7	NO tiene derecho a servicios médicos	En caso afirmativo especifique ¿Cuál?			
	8	Otro, especifique:		8	Otra institución, especifique:				

Cuestionario (marque con una X) 12
Las siguientes preguntas tienen como objetivo contar con una retroalimentación del Programa.

Es importante resaltar que el apoyo es otorgado por el Gobierno Federal (SNDIF), a través de una instancia ejecutora (SEDIF o SMDIF), por lo que se le solicita responder de forma precisa y objetiva.

¿Qué tipo de apoyo fue otorgado a través del programa?					
¿Cómo este tipo de apoyo contribuyó a solucionar su problema?					
¿En qué porcentaje el apoyo otorgado ha contribuido a solucionar el problema?	20%	40%	60%	80%	100%
¿Considera que el apoyo otorgado mejoró su calidad de vida?	SI		NO		
¿Considera que este tipo de apoyos mejoran el desarrollo social del municipio, estado o país?	SI		NO		
¿Considera que este tipo de apoyos deben continuar?	SI		NO		
¿Considera que este tipo de programas que proporcionan estos apoyos son oportunos y responden a sus necesidades?	SI		NO		
Si requiriera este tipo de apoyos en materia de atención a personas con discapacidad ¿volvería a solicitarlo?	SI	NO	¿Por qué?		

Observaciones y Comentarios 13

NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL TRABAJADOR SOCIAL DE LA UNIDAD 14

NOMBRE Y FIRMA DEL BENEFICIARIO 15

INSTRUCTIVO DE LLENADO
CEDULA DE INFORMACIÓN DE LA
POBLACIÓN OBJETIVO BENEFICIADA (CIPOB)

NO.	DEBE DECIR
1	Municipio, día, mes y año.
2	Nombre(s), apellido paterno, materno.
3	Cargo del responsable.
4	Nombre(s), apellido paterno, materno, RFC, clave CURP, años cumplidos, mujer o hombre, lugar donde nació, nacionalidad, estado civil actual, escolaridad, ocupación, dos números telefónicos, correo electrónico.
5	Mencionar si pertenece a un grupo prioritario vulnerable (indígena o afro mexicana)
6	Que limitación presenta el beneficiario en sus actividades.
7	Nombre de la calle, numero de manzana, numero de lote, colonia y Descripción del domicilio (entre que calles, alguna referencia, color de la fachada, etc.)
8	En el caso que el beneficiario sea menor de edad, se debe poner los datos del padre, madre o tutor.
9	El parentesco con el beneficiario.
10	Datos de los integrantes de la familia que integran el núcleo familiar y el monto de ingreso económico mensual Marcar con una X el apoyo que recibe la familia por parte del Gobierno Federal, Estatal o Municipal. Así como también el tipo de seguridad social que recibe la familia.
11	Estos datos no se deben responder.
12	Escribir alguna observación o comentario
13	Nombre completo, cedula profesional del Trabajador Social de la Unidad.
14	Nombre completo y firma del beneficiario, en caso de ser menor de edad o discapacidad severa; padre, madre o tutor.

Instrucciones: usar bolígrafo azul para rellenar la opción u opciones según corresponda (n) y bolígrafo para firmar la solicitud de adscripción al

FOLIO

10/10/2014

1. Dystole of Beneficiaries

1.1 Apellido Paterno _____

1.2 Apellido Materno _____

1.3 Nombre _____

1.4 CURP _____

1.5 ¿La solicitante es menor de edad? ☐ Si (Continúa) ☐ No (pase al apartado 3.16)

1.6 Foto del acta del menor de edad _____

1.7 Fecha de nacimiento _____

1.8 Género ☐ Hombre ☐ Mujer

1.9 Estado de México _____

Clave de elector del mayor de edad _____

Edad _____

1.10. Dato del Co-beneficiario

<input type="checkbox"/> 1.11 Apellido paterno		<input type="checkbox"/> 1.12 Apellido Materno	
<input type="checkbox"/> 1.13 Nombre/a padre o tutor		<input type="checkbox"/> 1.14 CURP del Co-beneficiario:	
		<input type="checkbox"/> 1.15 Clave de elector Co-beneficiario	
<input type="checkbox"/> 1.16 Documento de identificación del padre, madre o tutor <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento <input type="checkbox"/> CI INEGI <input checked="" type="checkbox"/> Credencial para votar <input type="checkbox"/> Credencial disciplinaria <input type="checkbox"/> Otro			
(especifiquen)			
<input type="checkbox"/> 1.17 Documento de identificación del solicitante			
<input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento <input type="checkbox"/> P.I.R.D. <input type="checkbox"/> Credencial Pasaporte <input type="checkbox"/> Credencial para votar <input type="checkbox"/> Concepto de domicilio <input type="checkbox"/> Otro			
(especifiquen)			
• Obligatorio 2 números			
<input type="checkbox"/> 1.18 Teléfono	<input type="checkbox"/> 1.19 Teléfono	<input type="checkbox"/> 1.20 Correo electrónico	
<input type="checkbox"/> 1.19 Red social (en caso de ser menor de edad, favor de indicar los datos del padre, madre o tutor)			
<input type="checkbox"/> Facebook	<input type="checkbox"/> WhatsApp	<input type="checkbox"/> Google	<input type="checkbox"/> Yahoo
<input type="checkbox"/> Twitter	<input type="checkbox"/> Instagram	<input type="checkbox"/> LinkedIn	<input type="checkbox"/> Otro

2. Referencia Domiciliaria

Domicilio Calle y número _____

Calle _____ Municipio _____

2.1 Entre la calle _____

2.2 Y la calle _____

2.3.2 Referencia _____

- Realizar croquis con la calles y referencia de la casa a lápiz

[illegible]

3. Identificación de la vulnerabilidad por discapacidad del solicitante 4

3.1 La persona que solicita el apoyo, tiene discapacidad de tipo

☐ Discapacidad Auditiva ☐ Discapacidad Intelectual ☐ Discapacidad visual

☐ Discapacidad física ☐ Discapacidad motriz ☐ Discapacidad de habla ☐ Otro

3.2 ¿La persona que solicita el apoyo requiere asistencia para las actividades de la vida diaria (comer, vestirse y al baño)?

☐ Si ☐ No (etc)?

3.3 ¿El ingreso de su hogar es suficiente para cubrir las necesidades de la persona con discapacidad?

☐ Si ☐ No

3.4 La persona que solicita el apoyo requiere:

☐ Material de cuido ☐ Protésis ☐ Ortesis ☐ Auxilios auditivos o Ayudas funcionales ☐ Torsión Botilín

4. Estudio social 5

*Este apartado tiene que ser llenado y sellado por el Trabajador social del Sistema DIF.
* El primer bloque es del beneficiario

Estructura familiar					
Miembros de la Familia	Parentesco	Edad	Estado civil	Ocupación	Escolaridad

Situación Económica	
	Ingreso
PADRE	
MADRE	
HUO (A)	
PACIENTE	
OTROS	
TOTAL	8000

TIPOS DE VIVIENDA			CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
			COMPONENTES		SERVICIO								TECNICA								TIPOS DE CONSTRUCC		BARRA ARQUITECTONICAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
																							INTERNAS	EXTERNA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
SALA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							</



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Subdirección de Rehabilitación de Personas con Discapacidad

Formulario de registro

Programa "ATENCIÓN PARA EL BIENESTAR DE GRUPOS PRIORITARIOS" 6

DATOS SIGNIFICATIVOS DE LA FAMILIA

DIAGNOSTICO Y PLAN SOCIAL

NOMBRE T. S.

FIRMA

SELLO DE DIF

Características adicionales del solicitante

7

¿Se encuentra en alguna de las siguientes circunstancias?

A) Desempeña alguna actividad productiva **SÍ/NO**

E) Cuida menores de edad, hijo(a) de mujeres que perdieron la libertad por resolución judicial **SÍ/NO**

B) Tiene alguna situación médica de urgencia **SÍ/NO ¿Cuál?**

F) Es repatriado (a) **SÍ/NO**

C) Ha sido víctima u ofendido de algún delito **SÍ/NO ¿Cuál?**

G) Es jefe (a) de familia **SÍ/NO**

D) Padece alguna enfermedad crónica degenerativa **SÍ/NO ¿Cuál?**

Por esta razón yo

asocio mi registro al PROGRAMA "ATENCIÓN PARA EL BIENESTAR DE GRUPOS PRIORITARIOS", con la finalidad de ser beneficiario (a) del mismo y atender mis necesidades básicas; manifiesto que toda la información aquí contenida es verídica, fehaciente y acorde a la realidad y consiento que se integre el expediente como beneficiario (a) y verifique la acreditación de los requisitos que establecen en la misma. AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES. Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados, en la Base de Datos de este Programa de Desarrollo Social, información que **SI o NO** podrá transmitirse con fundamento en lo dispuesto en los artículos 12, 16, 19 y 37 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios, XIV de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios, con las finalidades señaladas en los citados artículos y previa justificación de la misma, además de otras limitaciones previstas en esta Ley. El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, verificación, cancelación y oposición de los sujetos obligados correspondientes. "ESTE PROGRAMA ES PÚBLICO AJENO A CUALQUIER PARTIDO POLÍTICO. QUEDA PROHIBIDO SU USO PARA FINES DISTINTOS AL DESARROLLO SOCIAL. QUIEN HAGA USO INDEBIDO DE LOS RECURSOS DE ESTE PROGRAMA DEBERÁ SER DENUNCIADO Y SANCIONADO ANTE LAS AUTORIDADES CONFORME A LO QUE DISPONE LA LEY EN LA MATERIA".

Bajo protesta de decir verdad y manifiesto que la información proporcionada es verídica. Autorizo que el personal responsable del programa pueda verificar los datos asentados en esta solicitud y en caso encontrarse falsedad en los mismos, podrá ser motivo de que el apoyo pueda ser cancelado aun cuando ya se haya asignado. Al firmar la presente solicitud manifiesto conocer los derechos y obligaciones asociadas al programa y me comprometo a cumplir las responsabilidades que se derivan de la asignación del apoyo.

Solicitante

Por la instancia ejecutora 8

Nombre completo y firma

Nombre completo y firma del responsable del fondo

FQ200C0101050200L/892/2024

INSTRUCTIVO DE LLENADO

FORMATO DE REGISTRO (FUR)

NUM.	DEBE DECIR
1	DATOS DEL BENEFICIARIO (apellido paterno, apellido materno, nombre (s), CURP, señalar si es menor de edad: SI o NO. En caso de menor de edad escribir el número de folio del acta de nacimiento y en caso de ser mayor de edad: la Clave de Elector, fecha de nacimiento: día, mes y año.
2	DATOS DEL CO-BENEFICIARIO. Apellido paterno, materno y nombre (s), CURP, Clave de lector del Co-beneficiario, señalar con una X que documentos presenta el Co-beneficiario. Señalar con un X los documentos que identifican al solicitante. Escribir dos números telefónicos y correo electrónico. Redes sociales (Facebook, Whats app, Google, Yahoo, Twitter, Instagram, otro.
3	REFERENCIA DOMICILIARIA. Domicilio iniciando por nombre de la calle, número, colonia y municipio. Mencionar entre que calles paralelas y las calles que hacen esquina con la calle principal. Referencia: color de fachada, zaguán o puerta de que color, de 1, 2 o 3 niveles. Alguna tienda, comercio en la misma calle. Croquis con las cuatro calles.
4	IDENTIFICACION DE LA VULNERABILIDAD POR DISCAPACIDAD DEL SOLICITANTE. Señalar con una X el tipo de discapacidad: Auditiva, Intelectual, Visual, Física, Motriz, del habla u otro. Con una X señalar la persona que solicita el apoyo requiere asistencia para las actividades de la vida diaria (Oír, vestirse, ir al baño. Sí o no. Marcar con una X si el ingreso es suficiente para cubrir las necesidades de la persona con discapacidad. Sí o No.
5	ESTUDIO SOCIAL: este apartado tiene que ser llenado y sellado por la Trabajadora Social del SMDIF. El primer bloque es del beneficiario. Nombre de los miembros de la familia, parentesco, edad, estado civil, ocupación y escolaridad. Situación Económica: ingresos y quien aporta. Características de la vivienda: Tipos de vivienda, componentes, Servicios con los que cuenta, Técnica; propia, rentada, prestada, hipotecada, de interés social, otro. Tipo de construcción, Barreras Arquitectónicas. Internas y externas.
6	DATOS SIGNIFICATIVOS DE LA FAMILIA: nivel de estudios, Cuántos miembros integran la familia, si existen enfermedades, adicciones o discapacidad en algún integrante, nivel económico. Diagnóstico y plan social. La trabajadora social indicará su impresión de diagnóstico familiar, de acuerdo a los criterios fundamentados en la metodología de la profesión, así como las sugerencias para el plan social, beneficiando al usuario y su familia. Nombre completo de la Trabajadora Social, firma y sello de la Institución.

7

CARACTERISTICAS ADICIONALES DEL SOLICITANTE: Escribir en cada pregunta SI/NO ¿Cuál? Si lo amerita. En el cuadro debe poner el nombre completo del beneficiario o del Tutor y leer la Autorización de Datos personales y la protesta de decir la verdad y la manifestación verídica.

8

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL BENEFICIARIO O TUTOR.

9

NOMBRE Y firma del responsable del llenado.

Formato de Lista de Asistencia



GOBIERNO DEL
ESTADO DE
MÉXICO



ESTADO DE
MÉXICO
¡El poder de servir!



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Subdirección de Rehabilitación de Personas con Discapacidad

LISTA DE ASISTENCIA

PROTECCION DE DERECHOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

MUNICIPIO:1 _____

FECHA:2 _____

ASESORIA/PLATICA:3 _____

NOMBRE COMPLETO4	TELÉFONO 5	EDAD6	SEXO 7	DISCAPACIDAD8	FIRMA9

INSTRUCTIVO DE LLENADO
LISTA DE ASISTENCIA
PROTECCIÓN DE DERECHOS DE PERSONAS
CON DISCAPACIDAD

NO.	DEBE DECIR
1	Escribir el nombre del municipio donde se elabora la Asesoría/platica.
2	Día, mes y año.
3	Asesoría o platica impartida
4	Nombre(s), apellido paterno y materno del asistente.
5	Número telefónico del usuario
6	Años cumplidos con meses de edad.
7	Masculino o femenino
8	Motora, intelectual, visual, sensorial y auditiva.
9	Firma del asistente.

51. SMDIF-CRIS-PRO051 PROGRAMA DE TRASLADOS VEHICULAR DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD

51.1 OBJETIVO:

Proporcionar a las personas con discapacidad y vulnerabilidad, pertenecientes al municipio de Chalco, el apoyo de traslados vehiculares de su domicilio a las instalaciones del CRIS Chalco y de regreso a su casa, para que puedan dar continuidad a su tratamiento programado de; rehabilitación, consulta médica, terapia física, ocupacional y/o psicológica.

51.2 ALCANCE

Área de Trabajo social quien recibe la solicitud del paciente de forma verbal y realiza el trámite y en coordinación con el área de Agendas, realizan la programación de salidas de las unidades de forma semanal, área vehicular (chofer) que realiza el traslado.

51.3 REFERENCIAS:

- ✓ Manual de procedimientos de la dirección general de rehabilitación. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 23 de agosto de 2012.

51.4 RESPONSABILIDAD:

Trabajador Social. Conformar el expediente necesario para agendar el traslado para el paciente. En coordinación con el área de agendas.

Responsable de Agendas. Organización del calendario semanal para agendar los espacios solicitados por los pacientes para su traslado.

Subdirección del CRIS. Revisar y aprobar la agenda programada.

Chofer. Presentarse en el domicilio del paciente 30 min antes para realizar el traslado. Regresar al paciente del CRIS al domicilio.

51.5 TERMINOLOGÍA:

Rehabilitación: Conjunto de técnicas y métodos que sirven para recuperar una función o actividad del cuerpo que ha disminuido o se ha perdido a causa de un accidente o de una enfermedad.

Trabajo social: Actúan sobre ciertos factores relacionados a las interacciones de los individuos con el entorno, en la búsqueda de un mayor bienestar social.

Terapia física: Rama de la medicina que se ocupa de tratar las afecciones físicas de nuestro cuerpo a través del ejercicio o de diversas prácticas tales como la aplicación de frío, de calor, de agua, electricidad y la realización de masajes en aquellas zonas afectadas.

Terapia ocupacional: Lo que hará es buscar que aquella persona que presenta limitaciones físicas o psíquicas pueda tener una vida independiente y valorar su propio potencial, que, si es el caso, el paciente pueda modificar sus habilidades disminuidas, conforme a aumentarlas y en la vereda opuesta, que pueda alcanzar una actitud activa en cuanto a sus capacidades.

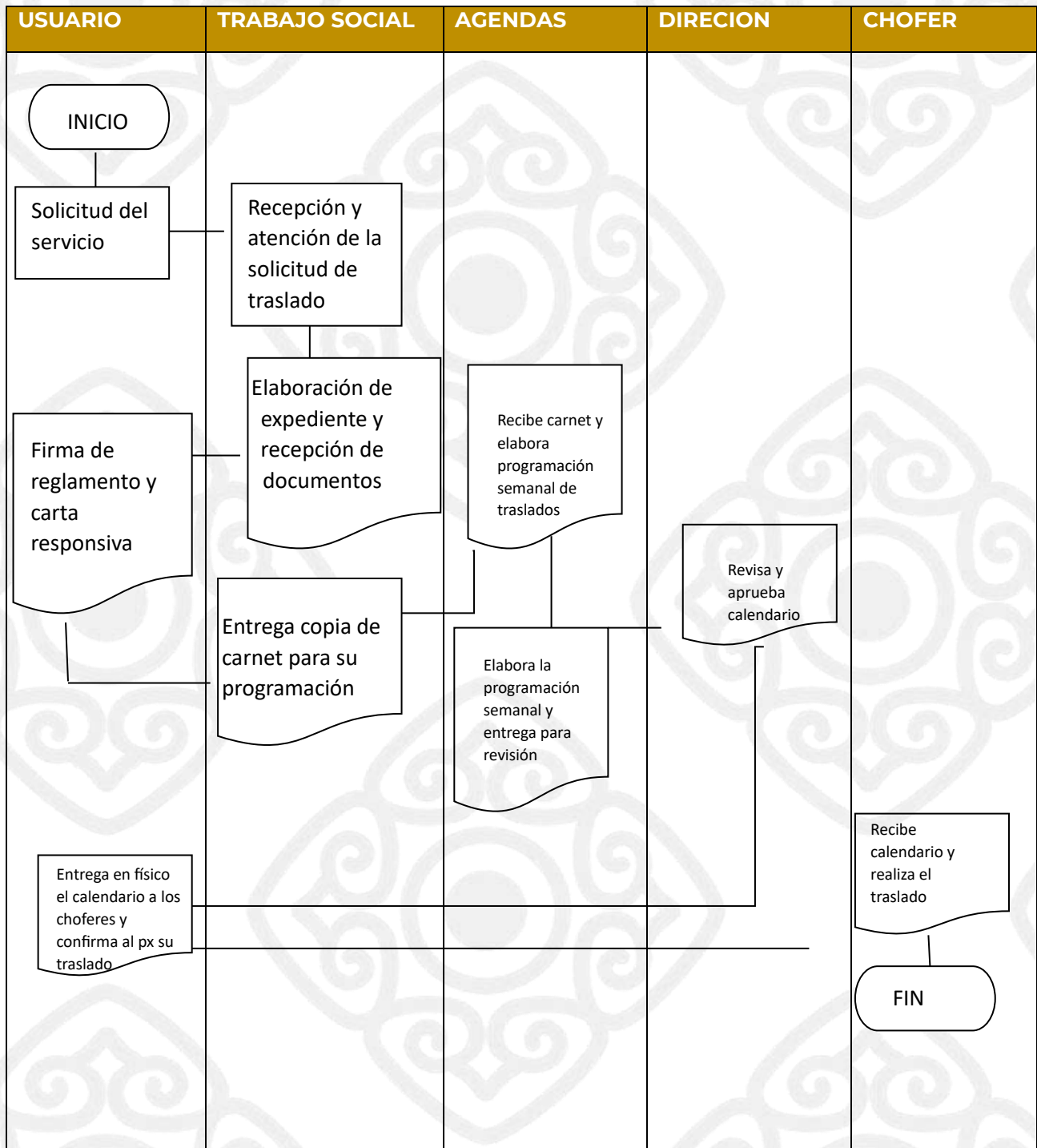
Terapia psicológica: Proceso terapéutico que implica el trabajo conjunto entre un terapeuta y un paciente para abordar problemas emocionales y de comportamiento.

Chofer: Persona encargado que las unidades vehiculares estén en óptimas condiciones a fin de realizar los traslados de pacientes de forma segura.

51.6 DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

RESPONSABLE	DESARROLLO
Usuario	Entrega copia carnet, Firma reglamento y carta responsiva
TRABAJO SOCIAL	Elabora expediente con los documentos necesarios (copia del carnet de citas, reglamento y carta responsiva)
Usuario	Entrega copia carnet, Firma reglamento y carta responsiva
TRABAJO SOCIAL	Lleva copia del carnet de citas al área de agendas para programación de la unidad que realiza el traslado.
AGENDA	Elabora el calendario semanal de traslados, programando las salidas de acuerdo a lo solicitado por trabajo social
Agenda	Entrega vía digital el calendario programado al área de Trabajo social, chofer y Dirección para revisión y aprobación.
Dirección	Aprueba calendario programado de citas a trabajo social para su ejecución
Trabajo social	Entrega de forma física el calendario al chofer para su ejecución y confirma el traslado al paciente.
Chofer	Se presenta en el domicilio del paciente de 30 a 40 min antes para traerlo a su consulta y/o terapia en CRIS.
Chofer	Una vez concluida su terapia y/o consulta regresa al paciente a su domicilio
	FIN

51.7 DIAGRAMA DE FLUJO



52. SMDIF-CRIS-PRO052 MÓDULO DE CREDENCIAL DE DISCAPACIDAD.

52.1 OBJETIVO:

Expedir la credencial de discapacidad nacional a las personas con discapacidad después de cumplir con los requisitos establecidos, ser un módulo facilitador de la población de la Zona Oriente.

52.2 ALCANCE:

La credencial nacional para personas con discapacidad (CRENAPED) es un servicio gratuito que proporciona el DIF del Estado de México, a través de módulos en apego al programa nacional de credencialización propuesto por el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia Nacional. (DIF Nacional).

52.3 REFERENCIAS:

- ✓ La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas fue ratificada por el Estado Mexicano en el 2007, puesto en vigor en el 2008, el propósito de la convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

52.4 RESPONSABILIDAD: Garantizar la entrega de la credencial nacional de discapacidad de forma oportuna y eficiente, cuando el paciente cumple con todos los requisitos.

52.5 TERMINOLOGIA:

CRENAPED: Credencial nacional para personas con discapacidad

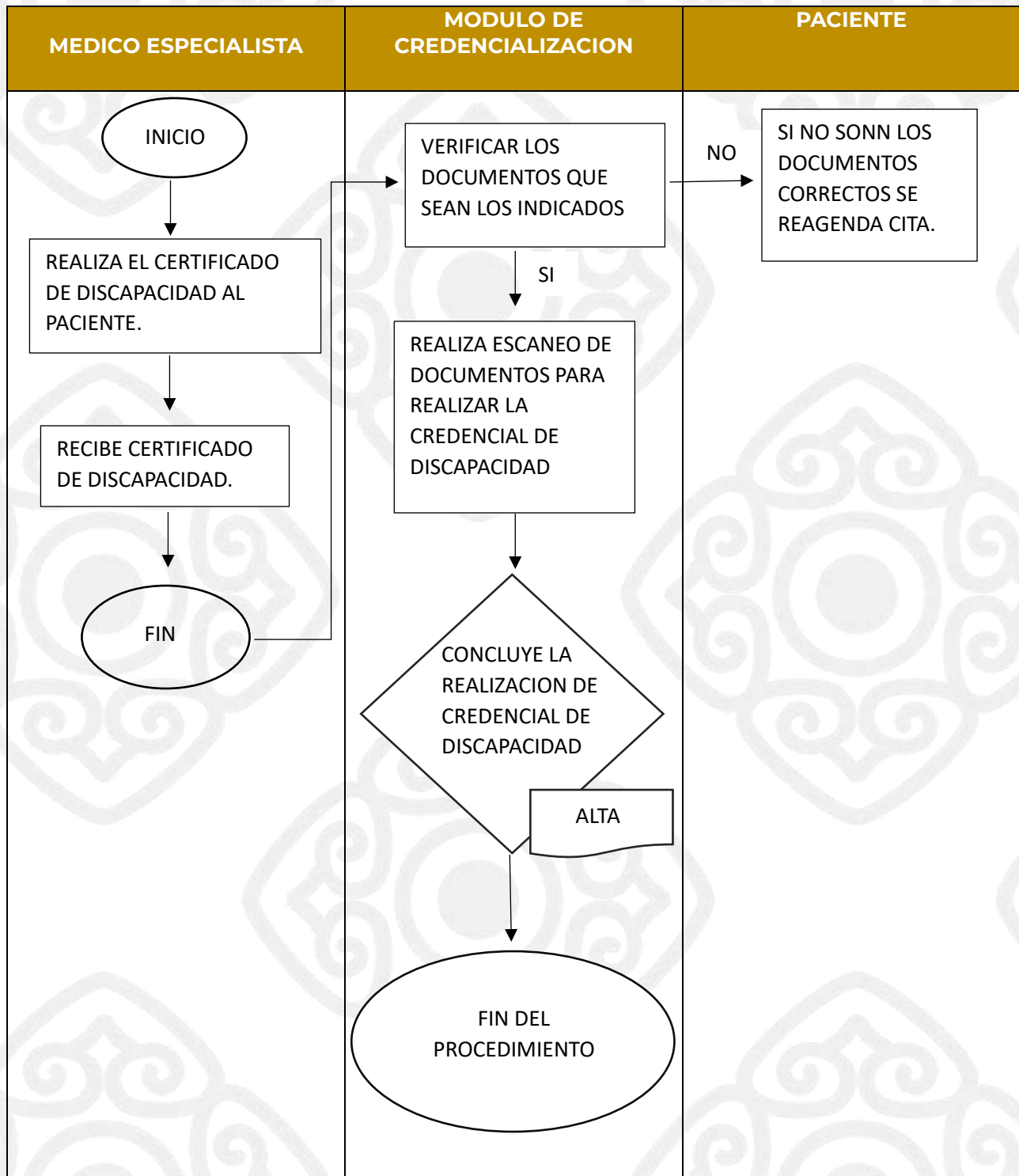
INHERENTE: Que por su naturaleza está de tal manera unido a algo, que no se puede separar de ello.

CONVENCIÓN: Norma o practica a admitida tácitamente, que corresponde a precedentes o a la costumbre.

52.6 DESCRIPCION DE ACTIIVDADES

Paciente		el paciente acude a solicitar su credencial nacional para personas con discapacidad.
Encargado del módulo CRENAPED	del	se realiza revisión de requisitos, 1.-original del certificado médico del SNDIF de discapacidad único nacional 2.-original o copia de acta de nacimiento (legible y en buen estado) 3.-original y copia de CURP (legible) 4.-original o copia de comprobante de domicilio (no mayor a tres meses de antigüedad y legible) 5.- original o copia del INE (legible)
Encargado del módulo CRENAPED	del	se procede a escanear documentos en PDF para adjuntar en plataforma de DIFEM
Encargado del módulo CRENAPED	del	se realiza llenado en la plataforma de todos los datos generales del paciente y del certificado de discapacidad
Encargado del módulo CRENAPED	del	se realiza toma de fotografía para subir a la plataforma de DIFEM
usuario		el paciente coloca huellas y realiza firma en dispositivo para subirlo a la plataforma de DIFEM
Encargado del módulo CRENAPED	del	se realiza impresión de la credencial nacional para personas con discapacidad
Encargado del módulo CRENAPED	del	se expide credencial de discapacidad para personas con discapacidad
Encargado del módulo CRENAPED	del	se le informa de los beneficios de la credencial nacional para personas con discapacidad

52.7 DIAGRAMA DE FLUJO



53. SMDIF-PROCURADURIA- PRO53 ATENDER REPORTES DE PROBABLE VULNERACION DE DERECHOS

53.1 OBJETIVO

El grupo multidisciplinario de la Procuraduría de Protección de Niñas Niños Y Adolescentes, se conforma por las áreas de Trabajo Social, Psicología, Área Médica y Área Jurídica y tiene por objetivo atender los reportes, valorar y restituir los derechos vulnerados o restringidos de niñas, niños y adolescentes del Municipio de Chalco

53.2 ALCANCE

Niñas, niños y adolescentes, mujeres, hombres, adultos mayores y personas con discapacidad del Municipio de Chalco, Estado de México, o que se encuentren dentro del territorio de su competencia.

53.3 REFERENCIAS

- ✓ Declaración Universal de los Derechos del Niño (firmado por el Estado Mexicano 20/11/1959).
- ✓ Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.
- ✓ Convención Internacional sobre Restitución de Menores del 6 de julio de 1994.
- ✓ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ✓ Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
- ✓ Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- ✓ Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México.
- ✓ Código Civil del Estado de México.
- ✓ Código de Procedimientos Civiles del Estado de México.
- ✓ Código Penal del Estado de México.
- ✓ Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- ✓ Ley que regula los Centros de Asistencia Social y las Adopciones en el Estado de México y Municipios.

- ✓ Ley para la Prevención y Erradicación de la Violencia Familiar en el Estado de México.
- ✓ Ley que Crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de carácter Municipal denominados “Sistemas Municipales DIF”.
- ✓ Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México
- ✓ Reglas De Operación De Prevención y Atención Del Maltrato” Publicada En La Gaceta De Gobierno El Día 31-enero-2008
- ✓ Guía práctica para la protección y restitución de derechos de niñas, niños y adolescentes

53.4 RESPONSABILIDAD

DIFEM tendrá a cargo la rectoría, normatividad y control de los programas, acciones y servicios de asistencia social que presten los SMDIF, que deberán cumplir los objetivos del Sistema Estatal, respetando la autonomía municipal

53.5 TERMINOLOGÍA

Grupo multidisciplinario de la procuraduría de protección de niñas niños y adolescentes: Conjunto de profesionista de las áreas de Trabajo Social, Medicina, Psicología y Jurídica

Deserción. - Cuando las personas en tratamiento, dejan de asistir o cambian de domicilio sin ubicar su paradero.

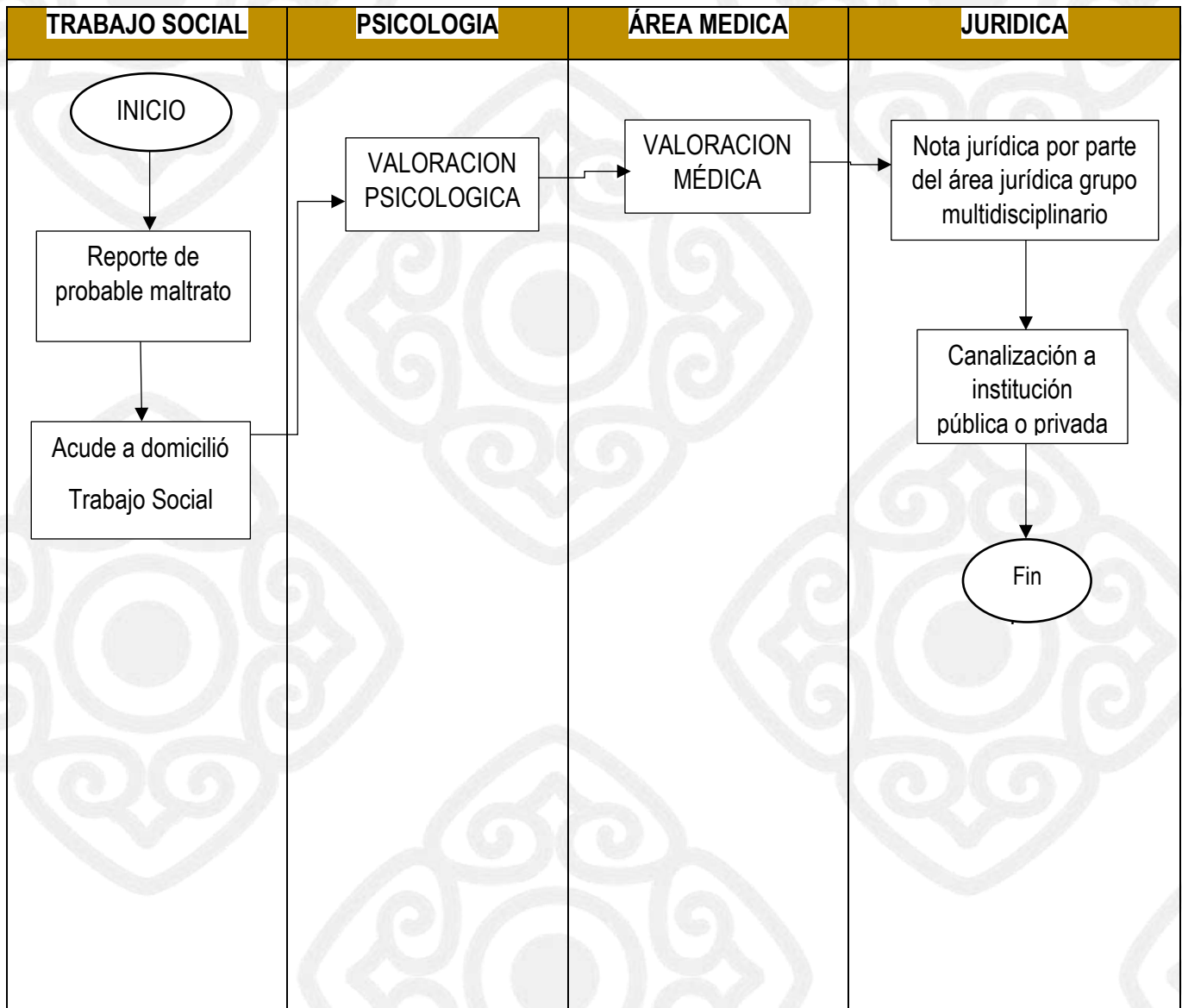
Reserva. - Se considera en los casos que no se tienen elementos necesarios para localizar el domicilio, cuando no se presenta la familia a los tres citatorios y el caso no amerita alguna acción legal.

Concluido. - Cuando el seguimiento proporcionado al caso, se observa que existe una restitución de derechos a los niños, niñas y adolescentes.

53.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

No. Progresivo	Responsable	Actividad
1	Trabajo Social	Recepción del reporte
2	Trabajo Social	Visita de Trabajo Social
3	Psicología	Valoración psicológica
4	Medico	Valoración médica
5	Asesor Jurídico	Nota jurídica por parte del área jurídica grupo multidisciplinario
6	Trabajo Social	Canalización a institución pública o privada

53.7 DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO



53.8 ANEXOS

DIAGNÓSTICO SOCIAL DEL ACERCAMIENTO CON NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

(1) No. Exp:

(2) Fecha:

(3) Hora:

I. FICHA DE IDENTIDAD

DATOS GENERALES DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE

(4) Nombres:

(5) Domicilio:

DATOS GENERALES DEL PADRE MADRE O TUTOR DE NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE

(6) Nombre del padre:

(7) Teléfono:

(8) Nombre de la madre:

(9) Teléfono:

(10) Otra persona a cargo:

(11) Parentesco:

(12) Teléfono:

CONTEXTO SOCIO – FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)

INSTRUCTIVO DE LLENADO

(1)	Se coloca número consecutivo de expediente 000/2018
(2)	Se coloca fecha en que se realiza el diagnostico DD/MM/AA
(3)	Se coloca la hora en que se aplica el diagnostico 00:00 horas.
(4)	Se anota apellido(s) paterno(s) apellido(s), materno(s), nombre(s) de niña niño o adolescente
(5)	Se anota calle, numero exterior, numero interior, colonia barrio y municipio
(6)	Se anota apellido paterno apellido materno y nombre(s) del padre de la niña, niño o adolescente
(7)	Se coloca número de teléfono celular o de casa o trabajo del padre de la niña, niño o adolescente
(8)	Se anota apellido paterno apellido materno y nombre(s) de la madre de la niña, niño o adolescente
(9)	Se coloca número de teléfono celular o de casa o trabajo de la madre de la niña, niño o adolescente
(10)	Se anota apellido paterno apellido materno y nombre(s) de la persona que está a cargo de la niña, niño o adolescente
(11)	Se anota el parentesco de la persona que está a cargo de la niña, niño o adolescente.
(12)	Se coloca número de teléfono celular o de casa o trabajo de la persona que está a cargo de la niña, niño o adolescente
(13)	Se colocan los nombres, apellidos paternos, apellidos maternos de cada integrante de la familia.
(14)	Se coloca parentesco de cada uno de los integrantes
(15)	Se anota la fecha de nacimiento de cada integrante de la familia DD/MM/AA
(16)	Se anotara edad de cada integrante de la familia
(17)	Se anotara estado civil de cada integrante de la familia, (soltero o casado).
(18)	Se colocara la escolaridad de cada integrante de la familia (primaria, secundaria, bachillerato, superior)
(19)	Se anotara la ocupación de cada integrante de la familia (sin ocupación, hogar, empleado, estudiante)

(20) Existen miembros de la familia ausentes por migración: _____

(21) Ha sido detenido algún integrante de la familia: _____

II. ÁREA ESCOLAR

(22) La Niña Niño o Adolescente está registrado y cuenta con acta de nacimiento:

Sí ☐ No ☐ (23) Porque:

(24) Escuela:		(25) Fecha de Inicio:	
(26) Grado:		(27) Ciclo escolar:	
(28) Cuál es la opinión de maestra(o) actual con respecto al rendimiento de NNA			
(29) Como ha sido el rendimiento escolar en años anteriores			
(30) Acude con regularidad a la escuela o existe algún motivo por el que se ausente de clases			

REDES DE APOYO DE NIÑA NIÑO O ADOLESCENTE

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOMICILIO	TELÉFONO DE CONTACTO
(31)	(32)	(33)	(34)	(35)

INSTRUCTIVO DE LLENADO

(20)	Anotar parentesco de familiares que hayan migrado y el motivo
(21)	Anotar parentesco y nombre del integrante que han detenido y el motivo
(22)	Llenar recuadro dependiendo si contesto sí o no

(23)	Colocar el motivo de porque no está registrado en caso de haber contestado no
(24)	Colocar nombre de la escuela donde acude la niña, niño o adolescente
(25)	Colocar año que ingreso a la escuela AA
(26)	Colocar grado escolar que cursa
(27)	Colocar el ciclo escolar que cursa
(28)	Anotar la impresión que proporcione el adulto responsable de la niña, niño o adolescente
(29)	Anotar la impresión que proporcione el adulto responsable de la niña, niño o adolescente
(30)	Anotar la impresión que proporcione el adulto responsable de la niña, niño o adolescente
(31)	Se colocan nombres, apellidos paternos, apellidos maternos y nombres de la red de apoyo de la niña, niño o adolescente
(32)	Colocar la edad de la persona red de apoyo de la niña, niño o adolescente
(33)	Anotar el parentesco de la red de apoyo con la niña, niño o adolescente
(34)	Anotar el domicilio de la persona red de apoyo con calle, numero, colonia y municipio
(35)	Anotar el número de casa, celular y oficina de la red de apoyo de la niña, niño o adolescente
(36)	Se han visto involucrados en riñas constantes con algún vecino o familiar
(37)	La familia tiene espacios de socialización

ÁREA LABORAL DE LOS PADRES O TUTOR DE NIÑA NIÑO O ADOLESCENTE

(38) Empresa o lugar de trabajo _____

(39) Nombre jefe inmediato superior _____

(40) Domicilio laboral _____

(41) Teléfono _____

(42) Puesto desempeñado _____

(43) Jornada

(44) Antigüedad

(45) Empleo anterior y porque lo dejo

V. ALIMENTACIÓN

(46) Quien prepara los alimentos en casa: _____

DESAYUNO	HORA	EN QUE CONSISTE
(47)	(48)	(49)
ALMUERZO	HORA	EN QUE CONSISTE
(50)	(51)	(52)
COMIDA	HORA	EN QUE CONSISTE
(53)	(54)	(55)
MERIENDA O CENA	HORA	EN QUE CONSISTE
(56)	(57)	(58)

INSTRUCTIVO DE LLENADO

(36)	Anotar la impresión que proporcione el adulto responsable de la niña, niño o adolescente motivo y con que personas
(37)	Anotar actividades que realiza la niña, niño o adolescente, donde y con qué frecuencia
(38)	Anotar nombre de la empresa, institución, negocio donde trabajan los adultos responsables
(39)	Colocar nombre del jefe inmediato de los adultos que trabajan
(40)	Colocar calle, número, colonia y municipio del trabajo
(41)	Colocar número de teléfono de la empresa, institución, negocio donde trabajan los adultos responsables
(42)	Colocar puesto de trabajo que tiene en la empresa, institución, negocio donde trabajan los adultos responsables

(43)	Colocar horario de trabajo que tiene en la empresa, institución, negocio donde trabajan los adultos responsables
(44)	Colocar tiempo que lleva laborando en la empresa, institución, negocio donde trabajan los adultos responsables
(45)	Anotar la razón por la que dejó el empleo anterior
(46)	Anotar el nombre del adulto que prepara los alimentos
(47)	Anotar sí o no acostumbran desayunar
(48)	En caso de ser positiva la respuesta anotar la hora en que desayunan
(49)	Anotar los alimentos que incluyen en su desayuno
(50)	Anotar sí o no acostumbran almorzar
(51)	En caso de ser positiva la respuesta anotar la hora en que almuerzan
(52)	Anotar los alimentos que incluyen en su almuerzo
(53)	Anotar sí o no acostumbran comer
(54)	En caso de ser positiva la respuesta anotar la hora en que comen
(55)	Anotar los alimentos que incluyen en su comida
(56)	Anotar sí o no acostumbran merendar o cenar
(57)	En caso de ser positiva la respuesta anotar la hora en que meriendan o cenar
(58)	Anotar los alimentos que incluyen en su merienda o cena

VIVIENDA

(59) Considera que existen problemáticas sociales en la zona donde viven:

ALCOHOLISMO (60)	DROGADICCION (61)	BANDALISMO (62)	PROSTUCIÓN (63)	OTROS (64)
---------------------	----------------------	--------------------	--------------------	---------------

(65) Propietario

(66) Tiempo de habitarla

(67) Tipo de construcción

(68) Acabados_____

(69) Distribución_____

(70) Ventanas (71) puertas

(72) Servicio sanitario_ (73) Camas
(74) Roperos_ (75) closet_ (76) juego de sala (77) comedor_ (78) electrodomésticos,
electrónicos

CONDICIONES ASEO HOGAR (79)	BUENAS	REGULARES	MALAS
CONDICIONES DE HIGIENE (80)	BUENAS	REGULARES	MALAS

VI. SERVICIOS PUBLICOS

(81) Drenaje	(85) Espacios Deportivos	(89) Alumbrado Público	
(82) Pavimentación	(86) Zonas de Recreación	(90) Transporte Público	
(83) Agua Potable	(87) Centros Comerciales	(91) Recolección de Basura	
(84) Teléfono	(88) Alcantarillado	(92) Áreas Verdes	

INSTRUCTIVO DE LLENADO

(59)	Colocar sí o no existen problemáticas sociales en la zona donde viven
(60)	Se marcara con x si considera que en su zona existe alcoholismo
(61)	Se marcara con x si considera que en su zona existe drogadicción
(62)	Se marcara con x si considera que en su zona existe vandalismo
(63)	Se marcara con x si considera que en su zona existe prostitución
(64)	Se marcara con x si considera que en su zona existe otra problemática social no mencionada en las anteriores
(65)	Se anotara el nombre del dueño real de la vivienda
(66)	Se anotara el tiempo que llevan viviendo en la casa
(67)	Se anotara si la vivienda es de construcción moderna, antigua, rustica, vecindad, terreno familiar, departamentos de interés social

(68)	Se colocara tipo de materiales con los que está construida la casa
(69)	Se anotara los espacios con los que cuenta la vivienda
(70)	Se anotara el número de ventanas y el tipo de material de que están hechas
(71)	Se anotara el número de puertas y el tipo de material de que están hechas
(72)	Se anotara si cuenta con baño completo, letrina, fosa séptica.
(73)	Se anotara el número de camas y tamaño
(74)	Se anotara el número de roperos
(75)	Se anotara el número de closets
(76)	Se anotara si cuenta con sala
(77)	Se anotara si cuenta con comedor
(78)	Anotar que tipo de aparatos electrodomésticos tienen
(79)	Se marcara con una x si son buenas, regulares o malas las condiciones de aseo del hogar

INSTRUCTIVO DE LLENADO

(80)	Se marcara con una x si son buenas, regulares o malas las condiciones de aseo de las personas
(81)	Se marcara con una x si cuenta con servicio de drenaje
(82)	Se marcara con una x si cuenta con servicio de pavimentación
(83)	Se marcara con una x si cuenta con servicio de agua potable
(84)	Se marcara con una x si cuenta con servicio de teléfono
(85)	Se marcara con una x si cuenta con servicio de espacios deportivos
(86)	Se marcara con una x si cuenta con servicio de zonas de recreación
(87)	Se marcara con una x si cuenta con servicio de centros comerciales
(88)	Se marcara con una x si cuenta con servicio de alcantarillado
(89)	Se marcara con una x si cuenta con servicio de alumbrado publico

(90)	Se marcara con una x si cuenta con servicio de transporte publico
(91)	Se marcara con una x si cuenta con servicio de recolección de basura
(92)	Se marcara con una x si cuenta con servicio de áreas verdes

SITUACIÓN ECONÓMICA

(93) INGRESO MENSUAL

EGRESOS

(94) Alimentación \$	(95) Medico \$	(96) Teléfono \$	(97) Transporte \$
(98) Renta \$	(99) Internet \$	(100) Educación \$	(101) Agua \$
(102) Luz \$	(103) Deudas \$	(104) Vestido \$	(105) T.V de Paga \$
(106) Recreación \$	(107) Gas \$	(108) Otros \$	

INSTRUCTIVO DE LLENADO

(93)	Se anotara la cantidad en número del ingreso mensual económico de la familia
(94)	Se anotara la cantidad ocupada en alimentación
(95)	Se anotara la cantidad ocupada en medico
(96)	Se anotara la cantidad ocupada en teléfono
(97)	Se anotara la cantidad ocupada en transporte
(98)	Se anotara la cantidad ocupada en renta
(99)	Se anotara la cantidad ocupada en internet
(100)	Se anotara la cantidad ocupada en educación
(101)	Se anotara la cantidad ocupada en agua

(102)	Se anotara la cantidad ocupada en luz
(103)	Se anotara la cantidad ocupada en deudas
(104)	Se anotara la cantidad ocupada en vestido
(105)	Se anotara la cantidad ocupada en televisión de paga
(106)	Se anotara la cantidad ocupada en recreación
(107)	Se anotara la cantidad ocupada en gas
(108)	Se anotara la cantidad ocupada en otros

(109) Se trazará diagrama familiar

FAMILIOGRAMA

REGISTRÓ DE ACERCAMIENTO TRABAJO SOCIAL CON LA FAMILIA PARA OBTENER INFORMACION SOBRE LA SITUACION DE DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

(1) No. Exp:	(2) Nombre del NNA:	
(3) Fecha:	(4) Hora:	(5) Municipio:
(6) Domicilio:		

(7) Antecedentes de la problemática de NNA:

(8) Descripción detectada de NNA:

(9) Fecha próxima acordada con la familia para Plan de Restitución de Derechos:

Elaboro:

(10)

Nombre y firma del Trabajador Social

INSTRUCTIVO DE LLENADO

(1)	Se anotara el número de expediente
(2)	Se anotara el nombre de la niña, niño o adolescente
(3)	Se anotara la fecha del acercamiento familiar
(4)	Se anotara la hora en que se realiza el acercamiento
(5)	Se anotara el municipio al que corresponde el domicilio
(6)	Se anotara la dirección empezando por calle, número, colonia, barrio, delegación, sección, municipio.
(7)	Se describirá el objetivo del acercamiento
(8)	Se describirá la problemática encontrada durante el acercamiento familiar
(9)	Se anotara DD/MM/AA en que se realizara el próximo acercamiento
(10)	Se anotara nombre y firma de la trabajadora social que elaboro el diagnostico social

**RECEPCIÓN DE CASOS DE RESTRICCIÓN Y VULNERACIÓN DE DERECHOS
DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES**

ACTA CIRCUNSTANCIADA

En la ciudad de Toluca de Lerdo, Estado de México, siendo las (1) horas con (2) minutos del día (3) de (4) del año (5) en las instalaciones del Departamento de Detección, Tratamiento, Seguimiento y Restitución de Derechos dependiente del DIFEM.

Hago Constar

Que a las (6) horas con (7) minutos del día (8) de (9) la T.S. (10) adscrita al Departamento de Detección, Tratamiento, Seguimiento y Restitución de Derechos, recibió un reporte de probable restricción o vulneración de derechos de NNA, de una personas del género (11) quien dijo llamarse (12) y se identificó como la/el (13) quien narro lo sucedido:

(14)

Motivo por el cual la Trabajadora Social comentó el asunto con el titular del Departamento, quien indicó:

a) (15) Que se turnará mediante oficio para ser atendido en el Sistema Municipal DIF correspondiente. ☐ b) (16) Que sea atendido en este Departamento. ☐

Se asienta lo anterior para los efectos legales a los que haya lugar, con fundamento en los artículos 53 y 57 de la Ley de Asistencia Social del Estado de México.

(17) Vo. Bo.

(18) Elaboro:

Nombre y firma de la Jefa del Departamento de Detección, Tratamiento, Seguimiento y Restitución de Derechos. Nombre y firma de la Trabajadora Social de Restitución de Derechos.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

(1)	Se anotara la hora en que es tomado el caso
(2)	Se anotaran los minutos en que fue tomado el caso
(3)	Se anotara el día en que es tomado el caso
(4)	Se anotara el mes en que es tomado el caso
(5)	Se anotara el año en que es tomado el caso
(6)	Se anotara la hora en que es tomado el caso
(7)	Se anotaran los minutos en que fue tomado el caso
(8)	Se anotara el día en que es tomado el caso
(9)	Se anotara el mes en que es tomado el caso
(10)	Se anotara el nombre de la trabajadora social que toma el caso
(11)	Se anotará el género de la persona que hace el reporte femenino o masculino
(12)	Se anotara el nombre si así lo proporciona de la persona que hace el reporte
(13)	Se anotara el parentesco que tiene con la niña, niño o adolescente la persona que hace el reporte
(14)	Se narrara la problemática que refiera el reportante acerca de la niña ,niño o adolescente
(15)	Se llenara el recuadro que corresponda si se turnara al SMDIF correspondiente
(16)	Se llenara el recuadro que corresponda si el caso será atendido en el departamento
(17)	Se anotara el nombre de jefe inmediato del departamento y firma
(18)	Se anotara el nombre de la trabajadora social que elabora el documento y firma

Con fundamento en el artículo 25 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México, esta información es considerada confidencial por su propia naturaleza.

(19) No. Exp:

(20) Fecha:

(21) Hora:

Datos de la Niña Niño o Adolescente

Nombre(s)	Edad	Escolaridad	Genero
(22)	(23)	(24)	(25)

(26) Domicilio: _____

(27) Colonia: _____ (28) Municipio: _____

(29) Entre calle y calle: _____ (30) Código Postal: _____

(31) Población: _____

(32) Teléfono: _ (33) Referencias: _____

(34) Procedencia del caso de probable restricción y vulneración de derechos de NNA

Personal

Vía telefónica ☒

Anónimo ☐

Por oficio

(35) Tipo de

probable restricción y vulneración de derechos de NNA

Físico

Psicológico

Abuso Sexual

Abandono Negligencia

Datos del(os) probable(s) generador(es)

(36) Nombres: _____ (37) Parentesco: _____

(38) Domicilio: Mismo Otro ☐ (39) Señalar: _____

(40) Calle y Número: _____

(41) Colonia: _____ (42) Código Postal: _____

(43) Entre calle y calle: _____

(44) Población: _____

(45) Municipio: _____

(46) Teléfono: _ (47) Nacionalidad: _____

(48) Edad: _____

(49) Sexo: _____

(50) Escolaridad: _____

(51) Ocupación: _____

Datos de quien reporta

(52) Nombre: _____
 (53) Parentesco: _____ (54) Teléfono: _____
 (55) ¿Por qué conoce el caso? Vecino Familiar Amigo Conocido Otros

Elaboro:

(56) Nombre y firma del Trabajador Social

INSTRUCTIVO DE LLENADO

(19)	Anotar el número de expediente
(20)	Anotar la fecha en que se recibe el caso DD/MM/AA
(21)	Anotar la hora en que se recibe el caso
(22)	Anotar nombre, apellido paterno y apellido materno de la niña, niño o adolescente
(23)	Anotar con numero la edad de la niña, niño o adolescente
(24)	Anotar la escolaridad de la niña, niño o adolescente (sin escolaridad, preescolar, primaria, secundaria, preparatoria)
(25)	Anotar el género de la niña, niño o adolescente femenino o masculino.
(26)	Se anotara calle y numero
(27)	Se anotara la colonia o barrio
(28)	Se anotara el municipio a donde pertenece el domicilio
(29)	Se colocara nombres de calles referentes
(30)	Se anotara el código postal
(31)	Se anotara nombre de la comunidad
(32)	Se anotara el teléfono
(33)	Se anotaran referencias particulares
(34)	Se llenara si el reporte fue recibido vía personal, telefónico, anónimo o por oficio.

(35)	Se llenara el tipo de restricción y vulneración de derechos
(36)	Se anotara el nombre, apellido paterno y materno del generador de maltrato
(37)	Se anotara que tipo de parentesco tienen con la niña, niño o adolescente
(38)	Se marcara si el domicilio es el mismo o vive en otro lugar
(39)	Si el generador se encuentra en otro lugar se especificara
(40)	Se anotara calle y número del domicilio
(41)	Se anotara la colonia o barrio
(42)	Se anotara el código postal
(43)	Se anotara la población
(44)	Se anotara el municipio
(45)	Se anotara el teléfono
(46)	Se anotaran referencias particulares
(47)	Se anotara la nacionalidad
(48)	Se anotara la edad
(49)	Se anotara género masculino o femenino
(50)	Se anotara la escolaridad
(51)	Se anotara la ocupación
(52)	Se anotara nombre completo, apellido paterno y materno de quien reporta
(53)	Se anotara el parentesco que tenga el reportante con niña, niño o adolescente
(54)	Se anotara el teléfono de contacto del reportante
(55)	Se anotara la razón del porque tiene conocimiento del caso
(56)	Se anotara el nombre y firma de la trabajadora social que tomo el caso

DETECCIÓN ÁREA DE PSICOLOGÍA

(1) Fecha: DD/MM/AA
 (2) No. de Expediente: No./AA

DATOS DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE

Nombre (s) (3)	Edad (4)	Fecha de Nacimiento (5)	Sexo (M-H) (6)	Escolaridad/Ocupación (7)

I. ÁREA FAMILIAR

A. Padres, Tutor (s) o persona responsable

1. ¿Qué emoción experimento usted y/o su pareja al ser padres? _____

2. ¿Se han agredido entre familiares? _____

3. ¿La niña, niño o adolescente ha participado en riñas familiares? Sí No

4. ¿Cómo? _____

5. ¿Su hijo (s) está presente cuando usted y su pareja discuten? Sí No

6. ¿La (se han) golpeado en presencia de sus hijos? Sí No

7. ¿Cuál es la reacción de su hijo(s) antes las discusiones o golpes entre usted y su pareja?

8. ¿Considera que alguno de los progenitores, tienen preferencia por alguno de sus hijos y por qué?

9. ¿Esta preferencia crea problemas? Sí No _____

B. Niña (s), niño (s) y/o adolescentes.

1. ¿Cómo le gusta que le llamen? _____
2. ¿Quién lo (s) cuida la mayor parte del tiempo? _____
3. ¿A qué persona le tiene (n) más confianza? _____
4. ¿Con quién duerme(n)? _____
5. ¿A qué hora se duerme? _____
6. ¿A qué hora se levanta? _____
7. ¿En qué momento juega y cuáles son sus juegos? _____

C) ESTABLECIMIENTO DE NORMAS Y LÍMITES.

C.I) Padres, tutores o responsables y niña (s), niño (s) y/o adolescentes.

1. ¿Quién se encarga de establecer las reglas y límites en casa?
2. ¿Cómo se establecen las reglas o límites?
3. ¿Qué sanciones aplica cuando no son respetadas la regla en casa? _____
4. Si hay insultos ¿Qué palabras utiliza? _____
5. Si hay golpes ¿Cómo y con qué le pega? _____
6. Ha dejado alguna cicatriz o huella al establecer los correctivos Sí ☐ No ☐
7. ¿Qué emociones experimenta al aplicar los correctivos o ver que alguien más los aplica? _____
8. Si pudiera utilizar otros correctivos ¿cuáles serían? _____

C.II) Comportamiento de niña (s), niño (s) y/o adolescente (s)

1. ¿Le satisface a usted y a su pareja el comportamiento de su hijo (a)? Sí ☐ No ☐
2. ¿Por qué? _____
3. ¿Qué labores realiza su hijo (a) en casa? _____

4. ¿Qué actividades recreativas o culturales hacen en familia?

II. ÁREA CONDUCTUAL, AFECTIVA, SOMÁTICA, INTERPERSONAL Y COGNOSCITIVA.

Cambios que han presentado los integrantes de la familia de seis meses a la fecha:

a	A)Áreas	1 Niño(s),niño(s) adolescente	2. Madr e	3. Padre	4. Madrastra Padrastro	5. Tutor Tutora	6. Profesor o profesora
b	Conductual (Patrones para el trabajo, juego, ocio, ejercicio, dieta, hábitos en la alimentación y la bebida, conducta sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco).						
c	Afectiva (presencia de sentimientos como ansiedad, cólera, felicidad, depresión y otros; capacidad para incidir en las circunstancias de la vida)						
d	Somática (Funcionamiento físico general, salud, presencia o ausencia de tics nerviosos, dolores de cabeza, trastornos estomacales, y cualesquier otros malestares somáticos; estado general de relajamiento/tensión : sensibilidad del						

	tacto, visión, gusto, olfato y oído)						
e	Interpersonal (Naturaleza de las respuestas con la familia, amigos y vecinos y compañeros de trabajo; potenciales y dificultades interpersonales; número de amigos frecuencia de contacto con amigos y conocidos; el papel asumido con varios amigos, frecuencia de contacto independiente)						
f	Cognoscitivo (Día normal y sueño de noche, imágenes mentales sobre el pasado o el futuro, autoimagen, objetivos en la vida y razones para su validez, creencias religiosas; filosóficas de la vida)						

III. ÁREA DE SALUD MENTAL.

1. ¿Actualmente tiene algún seguimiento médico especializado en salud mental?

Sí ☐ No ☐

2. ¿Cuál? _____

3. ¿Toma algún medicamento? Sí No 4. ¿Cuál?

5. ¿En algún momento de su vida ha consumido algún tipo de droga u alcohol? Sí ☐ No ☐

6. ¿Cuál? _____

7. ¿Ha requerido de ser internado (a) en alguna institución por este padecimiento u otro? Sí ☐ No ☐

8. ¿Dónde y cuánto tiempo? _____

IV. ÁREA ESCOLAR

1. ¿Asiste diariamente a la escuela? Si 2. Dirección de la Escuela:

3. Turno: _____

No ☐ Motivos: _____

4. ¿Cómo van sus calificaciones? _____

5. ¿Cuál es su clase favorita y la que más se le dificulta? _____

6. ¿Ha repetido año? Si 7. Grado: _____ 8. Cuantas veces:

9. Motivo: _____ No

10. ¿Tiene amigos en la escuela? Si No 11. ¿Cómo se llaman? _____

12. ¿Has vivido alguna situación de rechazo en la escuela? Sí No

13. ¿Por qué? _____

14. ¿Se ha hecho algo al respecto? _____

15. ¿Ha tenido problemas con profesores? Si No 16. Causa: _____

17. Soluciones: _____

18. ¿Quién le apoya en las labores escolares? _____

19. ¿Qué correctivos utiliza ante alguna dificultad escolar de su hija (o)? _____

20. ¿Su hija (s) y/o hijo (s) tiene dificultades de aprendizaje? Sí No

21. ¿Qué medidas se han toma al respecto? _____

22. ¿Practica algún deporte? No Si ¿Cuál? _____

V. ÁREA PSICOSEXUAL DE NIÑA (S), NIÑO (S) Y/O ADOLESCENTE (S)

A. Información general

1. ¿Quién brinda la orientación sexual? Padre Madre Hermanos
Parientes Amigos Profesores 2. Otros _____

3. ¿Ha tenido relaciones sexuales? Si No 4. ¿A qué edad? 5. ¿Con
quién? _____ 6. ¿Qué método anticonceptivo utilizaron? _____

B. Vulneración de la Integridad Personal (Maltrato Sexual)

1. Nombre del agresor _____ 2. Edad: _____

3. Parentesco: _____ 4. Fecha de la agresión: _____

5. Lugar de la agresión: _____ 6. ¿Cuántas veces? _____

7. Fecha de la última menstruación: _____

8. Se inició proceso jurídico al respecto: Sí No 9. ¿Quién? _____

10. ¿Lugar en el que se inicia? _____ 11. No. de
Carpeta de Investigación: _____

12. Como fue: Sin contacto físico (pornografía, voyerismo, palabras altisonantes)

Tocamientos con ropa ☐ Tocamientos por debajo de la ropa Juegos
sexuales

13. Penetración con miembro viril o dedos u objetos Oral Anal

14. Otro: _____

15. ¿Alguien se percató en los hechos? Sí No 16. ¿Quién? _____

17. ¿Cuál fue su actitud? _____

18. ¿Has tenido cambios de conducta o emocionales después de lo sucedido? Sí
No

17. Comportamiento sexualizado Juegos sexuales
Agresividad persistente
Masturbación excesiva Dibujos fálicos Temor a alguna persona

Evitar el contacto con alguien en específico

Temor a algún lugar

18. Otros _____

19. Se tiene un seguimiento médico al respecto: Sí No

20. ¿En algún momento has vivido algún tipo de acoso? _____

VI. ASPECTO GENERAL Y CONDUCTUAL DEL RECEPTOR:

	(a)Aspecto	(b)Conducta	SI	NO
1. Vestimenta _____	1. Coopera		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Higiene corporal _____	2. Franco		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mantiene contacto visual Abierto _____	3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Postura Encorvada o erguida _____	4. Temeroso		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hostil _____				

(c)Lenguaje	(d)Ubicación	(e)Observaciones
Habla: 1. Espacio	Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Fluido		
2. Habla normal		
3. Habla escasa		
4. Coherente		
5. Acorde a su edad		
	2. Tiempo _____	
	3. Persona _____	

VII. Batería Psicométrica Aplicada

- Técnicas: _____
- Pruebas-psicométricas: _____

3. Resumen Psicológico:

VIII. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

(A)Elementos del resultado de la aplicación, calificación e interpretación de técnicas e instrumentos psicológicos	Si	No	Observaciones
1. ¿La niña, niño o adolescente vive en un ambiente sano, adecuado para su desarrollo y bienestar?			
2. ¿La niña, niño y/o adolescente cuenta con la protección y supervisión adecuadas por parte de un adulto responsable de su cuidado?			
3. ¿La niña, niño y/o adolescente disfruta de una vida libre de violencia? Como: negligencia, descuido, abandono, corrupción de menores, trata de personas, tráfico de menores, abuso físico, psicológico o sexual, explotación sexual o laboral, incitación o coacción para la comisión de delitos.			
4. ¿La niña, niño y/o adolescente vive en un ambiente donde puede desarrollarse de manera integral?			
(B)En caso de los padres o tutores			
1. ¿Se da cuenta que la niña, niño y/o adolescente está en riesgo?			
2. ¿Acepta su responsabilidad como adulta que debe proteger, o responsabiliza a la niña, niño y/o adolescente por lo que le pasa?			
3. ¿Puede ver las necesidades de la niña, niño y/o adolescente por sobre las propias?			

IX. Con base al análisis de las técnicas e instrumentos psicológicos y de acuerdo al Art. 10 de la Ley de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, se detecta que se está vulnerando su derecho a:

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------|-----------------|
| 1. Derecho a la vida, a la inclusión de niñas, niños y Desarrollo. Adolescentes con | <input type="checkbox"/> | supervivencia y al | 7. Derecho a la |
| | <input type="checkbox"/> | discapacidad | |
| 2. Derecho a vivir en familia. Educación | <input type="checkbox"/> | | 8. Derecho a la |
| | <input type="checkbox"/> | | |
| 3. Derecho a no ser descanso y esparcimiento | <input type="checkbox"/> | discriminado. | 9. Derecho al |
| | <input type="checkbox"/> | | |

4. Derecho a vivir en condiciones de libertad de convicciones bienestar y a un sano desarrollo integral. éticas, pensamiento, conciencia, religión y cultura.
5. Derecho a vivir a vivir a una vida libre 11. Derecho a la libertad de expresión y de violencia y a la integridad personal. acceso a la información.
6. Derecho a la protección de la salud y a la 12. Derecho de participación. seguridad social.
13. Derecho al acceso a las tecnologías de

los servicios de radio
difusión y
telecomunicaciones
Información y
comunicación, así
como a

NOMBRE Y FIRMA DE LA PSICÓLOGA, (O)

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE DETECCIÓN ÁREA DE PSICOLOGÍA

No.	Apartado	Descripción
1	Fecha de inicio	Se registra el día, mes y año, en que se hace la intervención por parte de psicología.
2	No. Expediente	Se registra el número de expediente que es asignado de forma interna según corresponda al consecutivo de caso.
DATOS DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE		
3	Nombre (s)	En este rubro, se escribe el nombre (s) y apellidos de niña (s), niño (s) y/o adolescente (s) que posiblemente estén siendo vulnerados sus derechos.
4	Edad	Se escribe la edad de niña (s), niño (s) y/o adolescente (s) que posiblemente estén siendo vulnerados sus derechos. En caso de ser lactantes se especifican meses.
5	Fecha de Nacimiento	En este rubro se especifica el día, mes y año de nacimiento de niña (s), niño (s) y/o adolescente (s) que posiblemente estén siendo vulnerados sus derechos. De no

		contar con este dato se registrarán las siglas S/D que significa sin dato.
6	Sexo	Se especifica la edad de niña (s), niño (s) y/o adolescente (s) que posiblemente estén siendo vulnerados sus derechos
7	Escolaridad u ocupación	Se escribe el último grado escolar con el que cuenta la niña (s), niño (s) y/o adolescente (s) que posiblemente estén siendo vulnerados sus derechos u ocupación que realiza.
I. ÁREA FAMILIAR		
A) Padres, Tutores o responsables del Cuidado		
NO. PREGUNTA	TIPO DE PREGUNTA	DESCRIPCIÓN DE LLENADO
1, 2, 4, 7, 8 y 9	Preguntas abiertas	Se contestarán estos planteamientos de acuerdo a la información obtenida por la entrevista a padres, tutores o responsables del cuidado de la niña (s), niño (s) y/o adolescente (s) que posiblemente estén siendo vulnerados sus derechos
3, 5, 6 y 9	Preguntas cerradas con opción "sí" o "no"	Se rellenarán solo una opción de "sí" o "no" de acuerdo a la respuesta emitida por los padres, tutores o responsables del cuidado de la niña (s), niño (s) y/o adolescente (s) que posiblemente estén siendo vulnerados sus derechos.

NO. PREGUNTA	TIPO DE PREGUNTA	DESCRIPCIÓN DE LLENADO
B) Área familiar niña (s), niño (s) y/o adolescente (s)		
1, 2,3,4,5, 6 y 7	Preguntas abiertas	Se contestarán estos planteamientos de acuerdo a la información obtenida por la entrevista a niña (s), niño (s) y/o adolescente (s) que posiblemente estén siendo vulnerados sus derechos.
c) Establecimiento de normas y límites		
C. I. Padres, Tutores o Responsables y Niña (S), Niño (S) y/o Adolescente (S)		

1, 2, 3, 4, 5, 7 y 8	Preguntas abiertas	En este apartado, el llenado de cada pregunta será conforme a la información obtenida de la entrevista a padres, tutores o responsables del cuidado, así como de las respuestas de niña (s), niño (s) o adolescente (s) que posiblemente estén siendo vulnerados sus derechos, a fin de corroborar la información y detectar incongruencias.
6	Preguntas cerradas con opción “sí” o “no”	Se rellenarán solo una opción de “sí” o “no” de acuerdo a la respuesta emitida por padres, tutores o responsables del cuidado, así como de las respuestas de niña (s), niño (s) o adolescente (s), de quienes posiblemente estén siendo vulnerados sus derechos, a fin de corroborar la información y detectar incongruencias.

C. II. Comportamiento de niña (s), niño (s) y/o adolescente (s)

1	Preguntas cerradas con opción “sí” o “no”	Se rellenarán solo una opción de “sí” o “no” de acuerdo a la respuesta emitida por padres, tutores o responsables del cuidado.
2	Preguntas abiertas	En este apartado, el llenado de cada pregunta será conforme a la información obtenida de la entrevista a padres, tutores o responsables del cuidado.
3 y 4	Preguntas abiertas	En este apartado, el llenado de cada pregunta será conforme a la información obtenida de la entrevista a padres, tutores o responsables del cuidado, así como de las respuestas de niña (s), niño (s) o adolescente (s) que posiblemente estén siendo vulnerados sus derechos, a fin de corroborar la información y detectar incongruencias.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE DETECCIÓN ÁREA DE PSICOLOGÍA

2, 4, 5 y 6	Preguntas abiertas	Estos rubros son rellenados con forme a la información obtenida de la entrevista a niña (s), niño (s) o adolescente (s), de quienes posiblemente estén siendo vulnerados sus derechos, además de la proporcionada por los padres, tutores o responsables del cuidado fin de corroborar la información y detectar incongruencias.
B. Vulneración de la Integridad Personal (Maltrato Sexual)		

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 20 y 22	Preguntas abiertas	Estos rubros son rellenos con forme a la información obtenida de la entrevista a niña (s), niño (s) o adolescente (s), de quienes posiblemente estén siendo vulnerados sus derechos, además de la información proporcionada por los padres, tutores o responsables del cuidado a fin de corroborar la información y detectar incongruencias, o en su caso por la edad de los hijos o de quienes son responsable no puedan emitir la información específica.
---	--------------------	---

NO. PREGUNTA	TIPO DE PREGUNTA	DESCRIPCIÓN DE LLENADO
V. ÁREA A PSICOSEXUAL DE NIÑA (S), NIÑO (S) Y/O ADOLESCENTE (S)		
A. Información general		
1	Respecto a la sexualidad, opción múltiple	Se rellena solo una opción que corresponda a la información obtenida de la entrevista a niña (s), niño (s) o adolescente (s), de quienes posiblemente estén siendo vulnerados sus derechos, además de la proporcionada por los padres, tutores o responsables del cuidado a fin de corroborar la información y detectar incongruencias.

NO. PREGUNTA	TIPO DE PREGUNTA	DESCRIPCIÓN DE LLENADO
12, 13 y 19	Respecto a la sexualidad, opción múltiple	Se rellena solo una opción que corresponda a la información obtenida de la entrevista a niña (s), niño (s) y/o adolescente (s), de quienes posiblemente estén siendo vulnerados sus derechos, además de la proporcionada por los padres, tutores o responsables del cuidado a fin de corroborar la información y detectar incongruencias o en su caso por la edad de los hijos o de quienes son

		responsable no puedan emitir la información específica.
15, 18 y 21	Preguntas cerradas con opción “sí” o “no”	Se rellenará solo una opción de “sí” o “no” de acuerdo a la respuesta emitida de la entrevista a niña (s), niño (s) y/o adolescente (s), de quienes posiblemente estén siendo vulnerados sus derechos, además de la proporcionada por los padres, tutores o responsables del cuidado a fin de corroborar la información y detectar incongruencias o en su caso por la edad de los hijos o de quienes son responsable no puedan emitir la información específica.

VI. ASPECTO GENERAL Y CONDUCTUAL DEL RECEPTOR.

a) Observación General

NO.	INDICADOR	ESPECIFICACIÓN DE CONTENIDO
1.	Vestimenta	Este apartado se redactará con forme a la observación del vestido que porte la niña (s), niño (s) y/o adolescente (s), de quienes posiblemente estén siendo vulnerados sus derechos.
2.	Higiene corporal	Se llenará este rubro conforme a la observación del alineo de la niña (s), niño (s) o adolescente (s), de quienes posiblemente estén siendo vulnerados sus derechos, especificando si se observa limpieza o desalineo.
3.	Mantiene contacto visual	Se especifica en este apartado como es el contacto visual de la niña (s), niño (s) o adolescente (s), de quienes posiblemente estén siendo vulnerados sus derechos, mientras es evaluado psicológicamente.
4.	Postura encorvada o erguida	Se llenará este rubro conforme a la observación de la postura corporal que manifieste la niña (s), niño (s) o adolescente (s), durante el proceso de evaluación.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE DETECCIÓN ÁREA DE PSICOLOGÍA

VII. ASPECTO GENERAL Y CONDUCTUAL DEL RECEPTOR.		
b) Conducta		
NO. PREGUNTA	TIPO DE CONDUCTA	DESCRIPCIÓN DE LLENADO
1. Cooperador 2. Franco 3. Abierto 4. Temeroso 5. Hostil	Preguntas cerradas con opción "sí" o "no"	Se rellenará solo una opción de "sí" o "no" de acuerdo a la observación realizada por la persona encargada de la evaluación de la niña (s), niño (s) y/o adolescente (s), de quienes posiblemente estén siendo vulnerados sus derechos.
C. Lenguaje		
REACTIVO		DESCRIPCIÓN DE LLENADO
. Fluido . Habla normal. . Habla escasa . Coherente . Acorde a la edad		Se rellenará solo la opción u opciones que describan la forma en que escuchó la persona encargada de la evaluación, el discurso de la niña (s), niño (s) y/o adolescente (s), de quienes posiblemente estén siendo vulnerados sus derechos.
d. Ubicación de acuerdo a las esferas de:		
NO. PREGUNTA	TIPO DE CONDUCTA	DESCRIPCIÓN DE LLENADO
1. Espacio 2. Tiempo 3. Persona	Preguntas cerradas con opción "sí" o "no" y observaciones.	Se rellenará solo una opción de "sí" o "no" de acuerdo a la observación realizada por la persona encargada de la evaluación de la niña (s), niño (s) y/o adolescente (s), de quienes posiblemente estén siendo vulnerados sus derechos, además de especificar en forma de narración, por qué marca esa opción.
VIII. BATERÍA PSICOMÉTRICA APLICADA		
1.	Técnica	Se especificará la técnica utilizada en el proceso de evaluación psicológica, por ejemplo observación y entrevista.
2.	Prueba simétrica	Se especifica el nombre de la prueba psicométrica utilizada en el proceso de detección por parte del responsable de la misma.

3.	Resumen psicológico	En este apartado la psicóloga o psicólogo a cargo del proceso de detección especificara de manera general a quien o quienes evaluó, el objetivo de la intervención, que fue lo que encontró con base a las técnicas e instrumentos aplicados y que concluye.
----	---------------------	--

INFORME PSICOLOGICO

(1) Fecha:

(2) Expediente No.

(3) Motivo de la Evaluación:

(4) Objetivo:

A través de la aplicación de las técnicas e instrumentos psicológicos, detectar indicadores de

(5) Metodología:

Las técnicas e instrumentos psicológicos empleados para la evaluación psicológica fueron las siguientes:

TÉCNICAS

- ❖ Observación. Permite al psicólogo llegar a la información no verbal respecto a la persona evaluada, es decir sus respuestas emocionales y conductuales que son acorde a un suceso vivido.
- ❖ Entrevista semiestructurada. Es una técnica utilizada para obtener información al permitir que los entrevistados expresen en sus propios términos sus puntos de vista acerca de ellos mismos y acontecimientos en su vida.

TEST PSICOMÉTRICOS

- ❖ Test de la familia. Este es un test proyectivo que evalúa fundamentalmente el estado emocional de un niño, con respecto a su adaptación al medio familiar.

(6) Ficha de Identificación:

Nombre: Edad: Fecha Nacimiento: Escolaridad: Ocupación:

(7) Lugar de evaluación:

La evaluación psicológica se llevó a cabo en

(8) Observaciones:

El proceso de evaluación psicológica,

(9) Contexto General o Antecedentes:

De acuerdo a la entrevista realizada,

Resultado de los Instrumentos Psicológicos:

De acuerdo a la interpretación de los test, se obtuvieron los siguientes indicadores

TEST DE LA CASA. De acuerdo a este instrumento psicológico se obtuvieron indicadores de

(10) Diagnóstico:

Con base a la información obtenida de las técnicas aplicadas y de los test psicométricos,

De acuerdo al Art. 10 de la Ley de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, se detecta que se está vulnerando su derecho a:

Derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo. Derecho a la inclusión de niñas, niños y adolescentes ☐

con discapacidad ☐

Derecho a vivir en familia. Derecho a la Educación ☐

condiciones de bienestar y a un sano desarrollo integral.

convicciones éticas,
pensamiento, conciencia,
religión y cultura.

Derecho a no ser discriminado. Derecho al descanso y esparcimiento

Derecho a vivir en

Derecho a la libertad de

Derecho a vivir a vivir a una

Derecho a la libertad de

vida libre de violencia y a la integridad personal.

expresión y de acceso a la información.

Derecho a la protección de la salud y a la seguridad social Derecho de participación.

tecnologías de información y comunicación, así como a los servicios de radio difusión y telecomunicaciones

(12) Sugerencias:

Con base a la información obtenida de las técnicas aplicadas y de los test psicométricos, se planean las siguientes recomendaciones:

(13) PSICÓLOGA (O)

ADSCRITA (O) AL DEPARTAMENTO DE DETECCIÓN, TRATAMIENTO, SEGUIMIENTO Y RESTITUCIÓN DE DERECHOS

INTRUCTIVO DE LLENADO DE INFORME PSICOLOGICO

No.	Apartado	Descripción
1	Fecha de inicio	Se registra el día, mes y año, en que se hace la intervención por parte de psicología.
2	No. Expediente	Se registra el número de expediente que es asignado de forma interna según corresponda al consecutivo de caso.
3	Motivo de evaluación	En este apartado se redacta que obedece la intervención a un reporte recibido en este departamento de forma anónima, especificando la fecha.

4	Objetivo	Detectar los indicadores asociados a una probable vulneración de derechos de niñas, niños y adolescentes.
5	Metodología	Se especifican las técnicas e instrumentos psicológicos aplicados en el caso.
6	Ficha de Identificación	En este apartado se especifican los generales de las niñas, niños y adolescentes que fueron evaluados. Estos generales son nombre, edad, fecha de nacimiento, escolaridad y ocupación.
7	Lugar de Evaluación	Se narra el lugar en el que fue realizada la intervención de evaluación psicológica, especificando la iluminación, privacidad y ventilación.
8	Observación	Para este rubro se describe las condiciones higiénicas de las niñas, niños o adolescentes evaluados, así como su estado mental.
9	Contexto General o Antecedentes	Aquí se narra de forma general el motivo de la evaluación y la dinámica familiar de la niña, niño o adolescente que es motivo de evaluación.
10	Resultados de los Instrumentos Psicológicos	Se especifican los indicadores encontrados en cada uno de los test psicométricos aplicados.
11	Diagnóstico	Con base en las técnicas e instrumentos psicológicos aplicados, se determina la vulneración de derechos de las niñas, niños o adolescentes. Además, se rellena el cuadro, que corresponde al Art. 10 de la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México. En el que se especificará los derechos vulnerados.
12	Sugerencias	A partir del diagnóstico se hacen sugerencias para promover un sano desarrollo de las niñas, niños o adolescentes.
13	Nombre y Firma de la Psicóloga o psicólogo tratante	El profesionista a cargo de la evaluación, escribe su nombre completo y especifica su adscripción al departamento.

NOTAS PSICOLÓGICAS

Fecha:	Número de Expediente:
---------------	------------------------------

Nombre			
Edad	Fecha de Nacimiento	Sexo (M/H)	Escolaridad/Ocupación
Tipo de intervención			
Entrevista <input type="checkbox"/>	Orientación <input type="checkbox"/>	Contención <input type="checkbox"/>	

Nombre y firma del Psicólogo

REPORTE DE PRUEBAS PSICOMETRICAS
(Niña, Niño, Adolescente y Adulto)

FECHA		NÚMERO DE EXPEDIENTE
NOMBRE		
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ESCOLARIDAD

RESULTADO DE BATERÍAS PSICOMÉTRICAS

DESCRIPCIÓN DEL OBJETIVO DEL TEST
Test de la familia. Este es un test proyectivo que evalúa fundamentalmente el estado emocional de un niño, con respecto a su adaptación al medio familiar.

Test Persona bajo la lluvia. Este es un test proyectivo que evalúa el estado emocional de una persona, con respecto a su adaptación al medio bajo condiciones desagradables.

REFERIR RESULTADOS

Psic.

2. HISTORIA CLINICA (ÁREA DE MEDICINA)	EXP. /
--	--------

Datos de los Receptores

(1)Nombre/Fecha Nacimiento	(2) Edad	(3) Sexo	(4)Escolaridad/Ocupación	(5)Peso/Talla

(6) La niña, niño o adolescente muestra una nutrición adecuada? SÍ NO

(7) La niña, niño o adolescente tiene la talla y peso adecuado a su edad? SÍ NO

(8) Discapacitado: SÍ NO Requiere Algún Aditamento especial como silla de ruedas: SÍ NO ¿Cuenta con él? SÍ NO

(9)Hijo legítimo: SÍ NO ¿Quién? _____

Datos del (los) Generador (es)

(10) Nombre:

Sexo

(11) Edad:

(12)

(13) Parentesco con el receptor: _____

Nombre:

Sexo

Edad:

Parentesco con el receptor: _____

(14) Padecimientos físicos: SI NO Padecimientos mentales: SI
NO

(15) ¿Cómo se produjeron las lesiones, en dónde, a qué hora y de quién es la versión?

(16) ¿Hubo alguna otra versión, quién la refiere?

(13) Valoración descriptiva: _____

(14) El receptor ha sido remitido por maltrato en otras ocasiones: SI NO

¿A dónde? _____

(15) **¿Qué tipo de maltrato ha presentado?**

Físico	Psicológico	Abuso Sexual	Abandono	Negligencia
(20) ¿El receptor ha sufrido?				
Traumatismo	SI	NO	Edad: _____	Tipo: _____
Convulsiones	SI	NO	Edad: _____	Tipo: _____
Intervenciones Quirúrgicas	SI	NO	Edad: _____	Tipo: _____
Alérgicos	SI	NO	Edad: _____	Tipo: _____
Transfusiones	SI	NO	Edad: _____	Tipo: _____
Antecedentes de ginecoobstétricos		de la madre		

(21) Edad de la madre en el primer embarazo: _____ (22) Número de embarazos: _____
 (23) Número de abortos: _____ (24) Causas: _____

(25) Uso de anticonceptivos: _____

1.- Prenatales

(26) Embarazo deseado: SI NO ¿Por qué? _____
 (27) Control prenatal: SI NO ¿Por qué? _____
 (28) ¿Tuvo amenazas de aborto? SI NO ¿Por qué? _____
 (29) ¿Sufrió infecciones en su embarazo? SI NO ¿Por qué? _____
 (30) ¿Tomo medicamento durante el embarazo? SI NO ¿Cuáles? _____
 (31) ¿Tuvo problemas con su pareja a causa de su embarazo? SI NO ¿Por qué? _____
 ¿La golpeó? SÍ NO
 (32) Número de hijos vivos: (33) Muertos: (34) Causas: _____

2.- Perinatales

(35) ¿Su embarazo fue de 9/12? SI NO
 (36) ¿Tuvo complicaciones en el momento del parto? SI NO
 (37) ¿Cuáles? _____
 (38) ¿Dónde fue atendido el parto?

(39) Parto normal

Cesárea

FO/201B16202/032/10

(40) Actitud de la madre en el momento del parto:

Nerviosa Tranquila Preocupada Angustiada Indiferente

(41) Presencia de la pareja durante el parto: SI NO

3.- Pos-natales

SI NO (42) ¿El niño lloró

inmediatamente al nacer?

(43) La piel del bebé era: Rosa Morada Amarilla

(44) ¿Se sintió desilusionada del sexo de su bebé? SI NO ¿Por qué?

(45) ¿Se sintió desilusionada del aspecto de su bebé? SI NO ¿Por qué? _____

(46) Alimentación al seno materno: SI NO ¿Cuánto tiempo? _____

(47) Desarrollo psicomotor:

(48) Enfermedades propias de la infancia y a qué edad se presentaron:

(49) ¿Cuenta con cartilla de vacunación? Sí No

(50) ¿El Cuadro Inmunológico se encuentra completo? Sí No

(51) ¿Asiste a revisión médica periódica? Sí No

(52) ¿En caso de detección de alguna enfermedad a la niña, niño o adolescente, se le brinda el tratamiento adecuado? Sí NO

(53) ¿Cuenta con servicio médico de seguro social o seguro popular? Sí NO

Antecedentes de adicciones del receptor

(54) ¿Ha hecho uso de drogas? SI NO ¿Cuáles? _____

(55) Frecuencia: _____ (56) Edad: _____

(57) ¿Actualmente ingiere alguna? SI NO ¿Cuál? _____

(58) Frecuencia: _____

De la Familia

Trastorno	Madre	Padre	Abuelo Paterno	Abuela Paterna	Abuelo Materno	Abuela Materna
Alcoholismo						
Tabaquismo						
Drogas						
Enfermedades mentales						

(60) Diagnóstico:

(61) Requiere seguimiento médico: ☐ SÍ ☐ NO

(62) Tratamiento Indicado:

PASE A PSICOLOGIA

(63) Nombre y firma del Médico

(64) Fecha

Área Jurídica

Fecha / /

Número de expediente:

Con fundamento en los artículos 87, 88 y 93 de la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México se emite el siguiente acuerdo:

Lo anterior para evitar en que llegue a incurrir en algún delito tipificado en la legislación penal vigente en el Estado de México.

Nombre y firma del abogado

Nombre y firma del interesado

54. SMDIF-PROCURADURIA- PRO054 INGRESOS AL ALBERGUE PUENTE INFANTIL “SAN FRANCISCO”

54.1 OBJETIVO

Brindar asistencia social a las Niñas, Niños y Adolescentes del Municipio de Chalco, Estado de México que son canalizados por el C. Agente del Ministerio Público, por encontrarse en alguna situación de vulnerabilidad o cualquier tipo de desamparo familiar, otorgándoles los elementos esenciales que favorezcan su desarrollo e integración a la sociedad.

54.2 ALCANCE

A todos los Servidores Público adscritos a la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes.

54.3 REFERENCIAS

- ✓ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ✓ Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- ✓ Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.

- ✓ Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México.
- ✓ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México.
- ✓ Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- ✓ Ley que regula los Centros de Asistencia Social y las Adopciones en el Estado de México y Municipios.
- ✓ Ley que Crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de carácter Municipal denominados “Sistemas Municipales D.I.F.”

54.4 RESPONSABILIDAD

Procuradora de Protección de Niñas Niños y Adolescentes del SMDIF Chalco.
Encargado del Albergue Puente Infantil “San Francisco”.

54.5 TERMINOLOGÍA

Abandono: Al desamparo que sufre una niña, niño o adolescente respecto de las personas que, conforme a la Ley, tienen la obligación de cuidarlo y brindarle protección.

Centro de asistencia social: Al establecimiento para el cuidado alternativo o acogimiento residencial para niñas, niños y adolescentes sin cuidado parental, que brindan instituciones públicas, privadas o asociaciones, en los que se procura, al menos, alojamiento, alimentación, salud, educación, desarrollo humano y su integración a la sociedad.

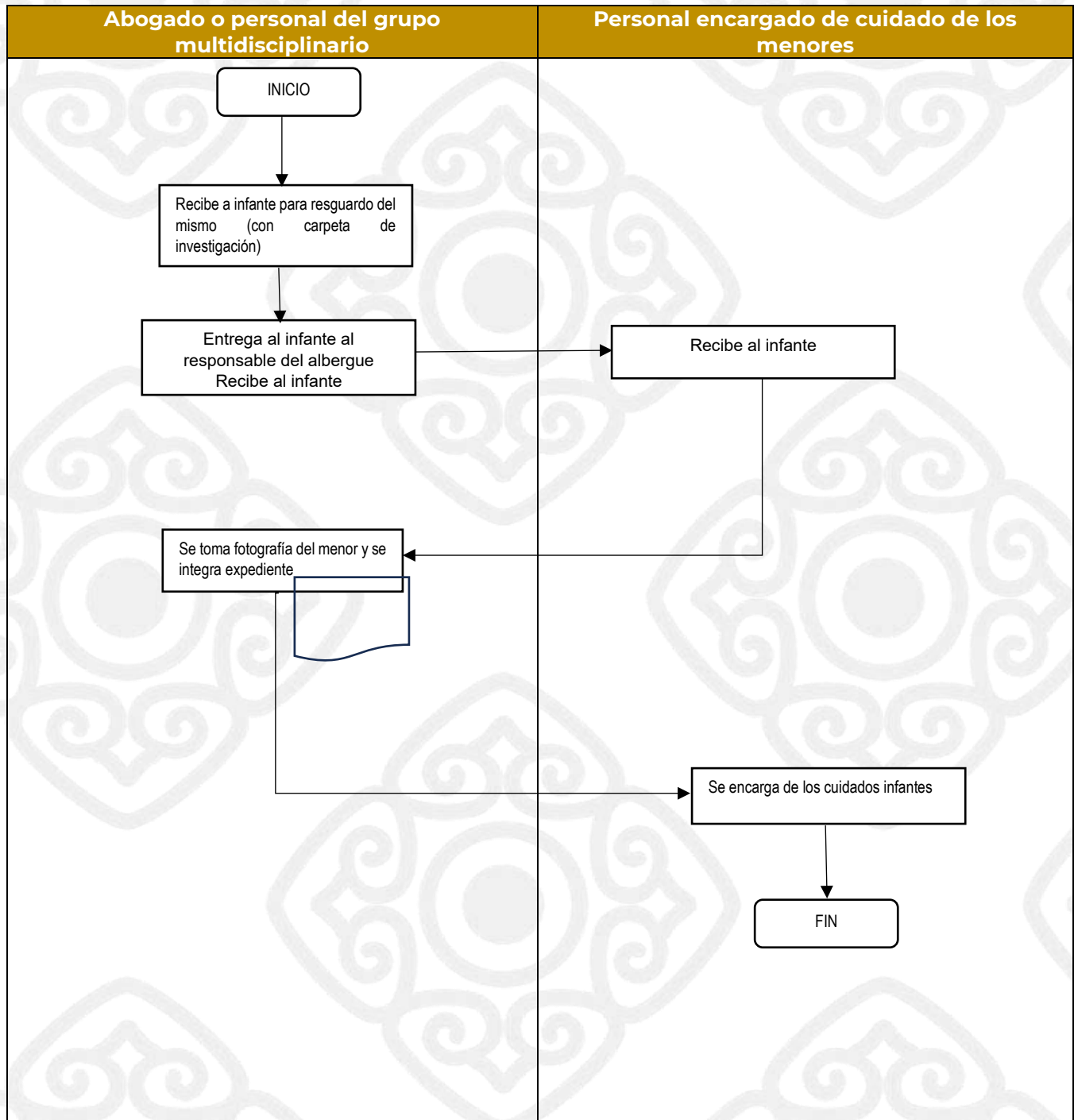
D.I.F.E.M.: Al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México

N.N.A.: A la niña, niño o adolescente que se encuentra en el albergue puente por alguna situación de desamparo familiar o abandono.

54.6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

NUMERO PROGR	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Abogado o personal del grupo multidisciplinario	Recibe a infante para resguardo del mismo (con carpeta de investigación)
2	Abogado o personal del grupo multidisciplinario	Entrega al infante al responsable del albergue Recibe al infante
3	Encargada del albergue	Recibe al infante
4	Abogado o personal del grupo multidisciplinario	Se toma fotografía del menor y se integra expediente
5	Encargada del albergue	
		Fin

54.7 DIAGRAMA DE FLUJO



54.8 ANEXOS

FICHA DE REGISTRO DE INGRESO AL ALBERGUE INFANTIL “PUENTE SAN FRANCISCO”

Fecha de elaboración:	
Nombre de la institución:	
Nombre del Procurador de niñas niños y adolescentes del SMDIF Chalco:	
Nombre del Coordinador del albergue:	
Nombre de la niña niño o adolescente:	

DATOS GENERALES DE LA NIÑA NIÑO O ADOLESCENTE QUE INGRESA

Edad:	sexo:	H	M	Lugar de nacimiento:
Fecha de nacimiento:	Día:	Mes:	Año:	CURP:
Ultimo grado de estudios:		Antes del ingreso vivía con:		
Domicilio donde residía:				
No. De carpeta de investigación:				

DATOS DE INGRESO O REINGRESO

Fecha de ingreso:	Día:	Mes:	Año:
Hora de ingreso:			
Persona que recibe a la niña niño o adolescente:			
Agencia MP:			
Nombre del MP a cargo:			
Nombre y cargo del asesor jurídico que presenta a la niña niño o adolescente:			
Estado físico de la niña niño o adolescente a su ingreso:			
Estado emocional de la niña niño o adolescente a su ingreso:			
Pertenencias con las que se recibe a la niña niño o adolescente:			

HUELLAS DACTILARES DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE:

PULGAR	INDICE	MEDIO	ANULAR	MEÑIQUE

FICHA DE EGRESO DEL ALBERGUE INFANTIL "PUENTE SAN FRANCISCO"

Fecha de elaboración:	
Nombre del procurador de niñas, niños y adolescentes del SMDIF Chalco:	
Nombre del coordinador del albergue:	
Nombre de la niña niño o adolescente:	

DATOS GENERALES DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE QUE EGRESA

Edad:	Sexo:	H	M	lugar de nacimiento:
Fecha de nacimiento:	Día:	Mes:	Año:	CURP:
Tiempo de estancia:				
No. De carpeta de investigación:				

DATOS DE EGRESO

Fecha de egreso:	Día:		Mes:		Año:		Hora de egreso	
Causas del egreso:								
En caso de ser canalizado a una casa hogar brindar nombre y dirección de esta:								
Nombre y firma de la encargada en turno:								
Condiciones en las que se encuentra el niño niña o adolescente, al momento de egresar:								
Nombre, cargo y firma de la persona que se presenta en las instalaciones para recoger al niño, niña o adolescente:								
HUELLAS DACTILARES DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE:								
PULGAR	INDICE	MEDIO	ANULAR	MEÑIQUE				

IV. DISTRIBUCIÓN

El original del Manual de Procedimientos se encuentra en poder de la Dirección del SMDIF Chalco.

Las copias controladas están distribuidas de la siguiente manera:

Titulares de las unidades administrativas

V. VALIDACIÓN

Lic. Lizbeth Luna Galicia
Presidenta Honorifica del Sistema Municipal
para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco

Dr. José Luis Camacho Granados
Director del Sistema Municipal para el
Desarrollo Integral de la Familia de Chalco

VI. ACTUALIZACIÓN

Manual de Procedimientos del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco, Estado de México; Junio de 2025.

Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Director

Dr. José Luis Camacho Granados

Historial de actualizaciones:

N/P	Fecha de Actualización	Descripción de la Actualización
1	Abril 2022	Modificación de la Estructura Orgánica
2	Marzo 2023	Modificación de la Estructura Orgánica
3	Junio 2025	Modificación de la Estructura Orgánica



Con fundamento en el artículo 48, fracción III de la Ley Orgánica Municipal del Estado de México, la Presidenta Municipal Constitucional de Chalco, Estado de México, promulgará y hará que se cumpla este señalado ordenamiento administrativo. Por lo tanto, mando se publique, observe y se le dé el debido cumplimiento.

Chalco, Estado de México, a 01 de agosto de 2025.

(Rúbrica)

Lic. Abigail Sánchez Martínez

Presidenta Municipal Constitucional de Chalco,
Estado de México.

(Rúbrica)

Mtro. Marco Antonio Soto de la Torre

Secretario del Ayuntamiento de Chalco,
Estado de México.



GOBIERNO ♥ DE
• **CHALCO.**
2025-2027