


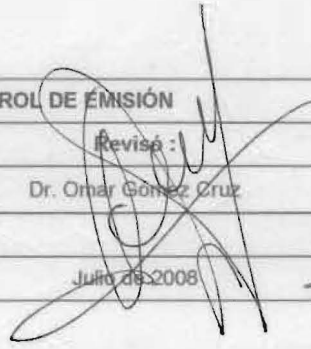
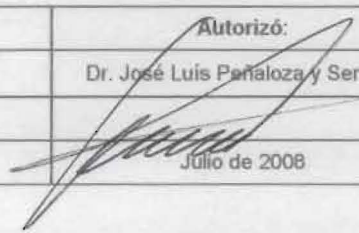



SALUD  SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 SECRETARÍA DE SALUD	Código: NA
	Subdirección de Atención Ambulatoria		Rev. 0
	133. Procedimiento para la adecuada gestión del sistema de referencia y contrarreferencia		Hoja: 1 de 7

133. PROCEDIMIENTO PARA LA ADECUADA GESTIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

SECRETARIA DE SALUD
 DGPOP
 DIRECCION DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL
04 SEP 2008
 AUTORIZO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dra. Viviana Téllez Henze	Dr. Omar Gómez Cruz	Dr. José Luis Peñalosa y Senties
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
	Subdirección de Atención Ambulatoria
	133. Procedimiento para la adecuada gestión del sistema de referencia y contrarreferencia



1.0 Propósito.

1.1 Verificar e implementar criterios homogéneos para la adecuada gestión del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en los usuarios de Atención Ambulatoria para lograr organización y sistematización de los pacientes.

2.0 Alcance.

2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable para la Subdirección de Atención Ambulatoria y a la Subdirección de Atención al Usuario.

2.2 A nivel externo este procedimiento es aplicable para las unidades de atención de la Red (segundo nivel).

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos.


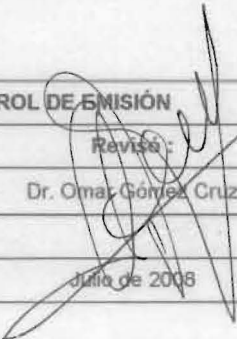
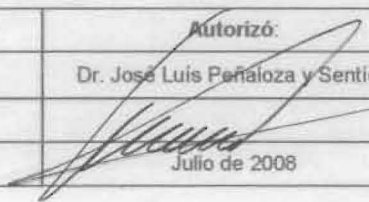
3.1 Es responsabilidad de la Subdirección de Atención Ambulatoria verificar que los hospitales de segundo nivel realicen la petición de citas de alta especialidad, entregando una hoja de referencia debidamente requisitada con sello de la institución y firma del médico tratante, así como el visto bueno del director de la institución; además de todos los datos generales y resumen médico del paciente.



3.2 Es responsabilidad de la Subdirección de Atención Ambulatoria recibir de los Hospitales de Segundo Nivel, a través del Servicio de Archivo Clínico, la hoja de referencia (entregada vía fax o entregada personalmente por el paciente) quien le abrirá un expediente clínico con los datos básicos del usuario.

3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Atención Ambulatoria solicitar al Servicio de Archivo Clínico la hoja de referencia al médico especialista solicitado, para que éste valore para aceptar o rechazar (según el diagnóstico o patología) a dicho paciente, siendo el médico especialista el único facultado para dicha acción.

3.4 Es responsabilidad de la Subdirección de Atención Ambulatoria y una vez que el paciente haya sido atendido y dado de alta, entregarle una hoja de contrarreferencia para que el hospital que lo refirió realice evolución del mismo.

3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Atención Ambulatoria realizar los trámites necesarios en caso de que el paciente sea rechazado porque su diagnóstico o patología no sea competente del tercer nivel de atención médica.

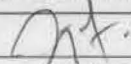
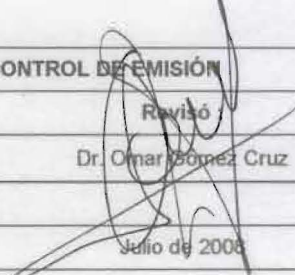
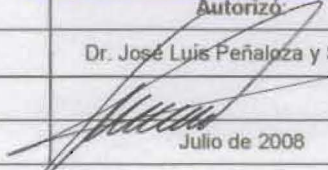
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dra. Viviana Téllez Henze	Dr. Omar Gómez Cruz	Dr. José Luis Peñaloza y Senties
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: NA
	Subdirección de Atención Ambulatoria		Rev. 0
	133. Procedimiento para la adecuada gestión del sistema de referencia y contrarreferencia		Hoja: 3 de 7

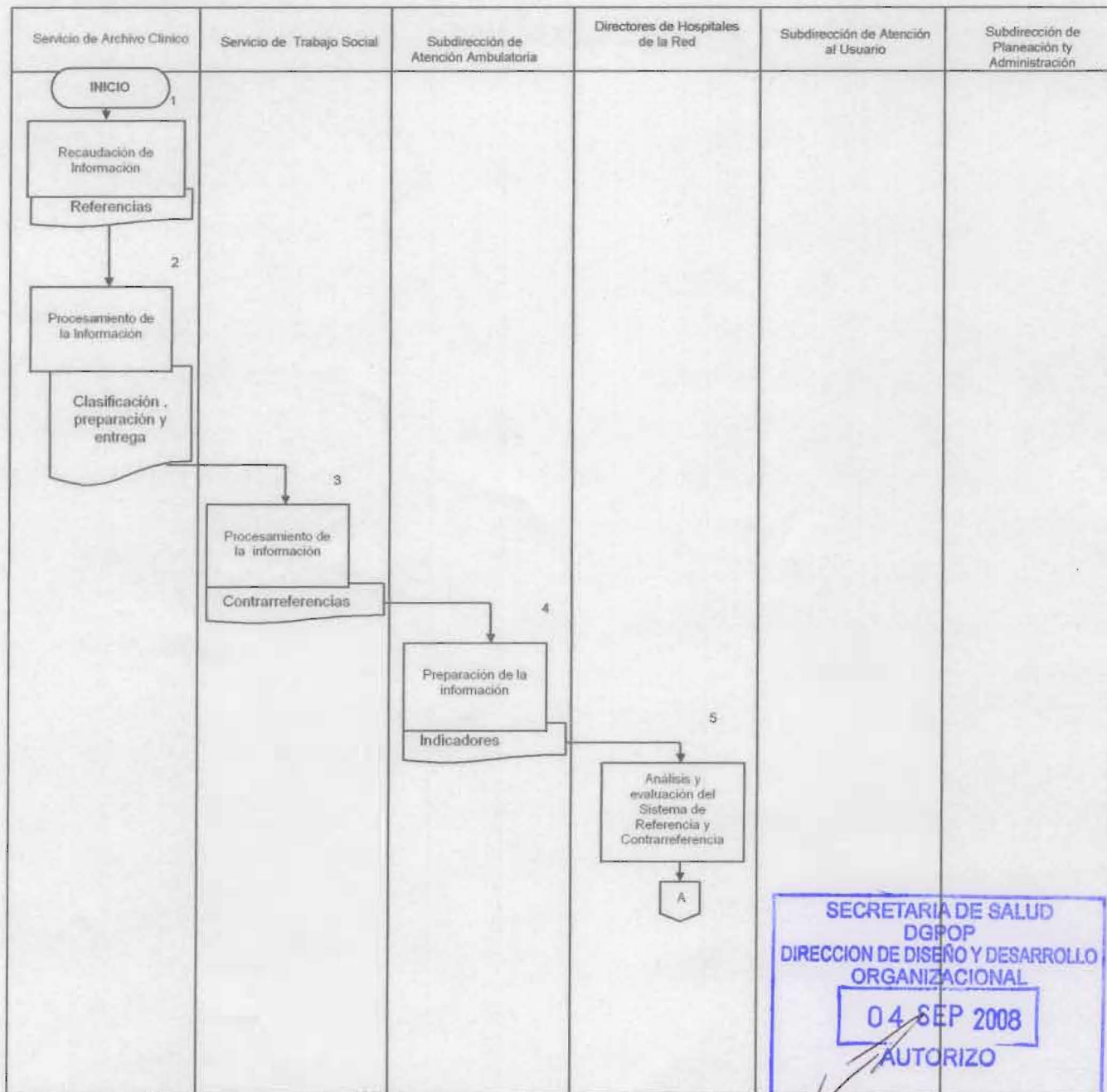
4.0 Descripción del procedimiento.

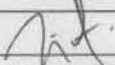

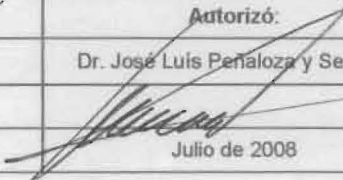
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Recaudación de información	1.1 Recaba información de Referencias <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de referencia. 	Responsable de la Referencia en el Hospital (Servicio de Archivo Clínico)
2.0 Procesamiento de la información y turno al área correspondiente	2.1 Procesa información, la clasifica y la prepara para la entrega pertinente a cada uno de los médicos especialistas.	Responsable de la Referencia en el Hospital (Servicio de Archivo Clínico)
3.0 Procesamiento de la información y turno al área correspondiente	3.1 Recaba información de Contrarreferencias. <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de contrarreferencia 	Responsable de la Contrarreferencia en el Hospital (Servicio de Trabajo Social)
4.0 Preparación de la información	4.1 Prepara información de Referencia y Contrarreferencia del HRAE en el ámbito de sus servicios. <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores 	Subdirección de Atención Ambulatoria
5.0 Análisis y evaluación	5.1 Analiza y evalúa el funcionamiento del sistema de Referencia y Contrarreferencia.	Grupo de trabajo conformado por los Directores de Hospitales de la Red
6.0 Seguimiento de los acuerdos	6.1 Registra y da seguimiento a los acuerdos que surjan de las reuniones.	Grupo de trabajo conformado por los Directores de Hospitales de la Red
7.0 Difusión de manuales y lineamientos	7.1 Difunde el manual de procedimientos y participa en la capacitación al personal responsable acerca de los lineamientos que rigen el sistema. <ul style="list-style-type: none"> • Manual de procedimientos • Lineamientos 	Subdirección de Atención al Usuario
8.0 Difusión de servicios	8.1 Difunde y distribuye la cartera de servicios	Subdirección de Planeación y Administración
9.0 Propuesta de modificaciones	9.1 Propone modificaciones a la organización o sistema de Referencia / Contrarreferencia y lo presenta para su discusión en el grupo de trabajo (COMITÉ).	Subdirector de Atención Ambulatoria
TERMINA PROCEDIMIENTO.		

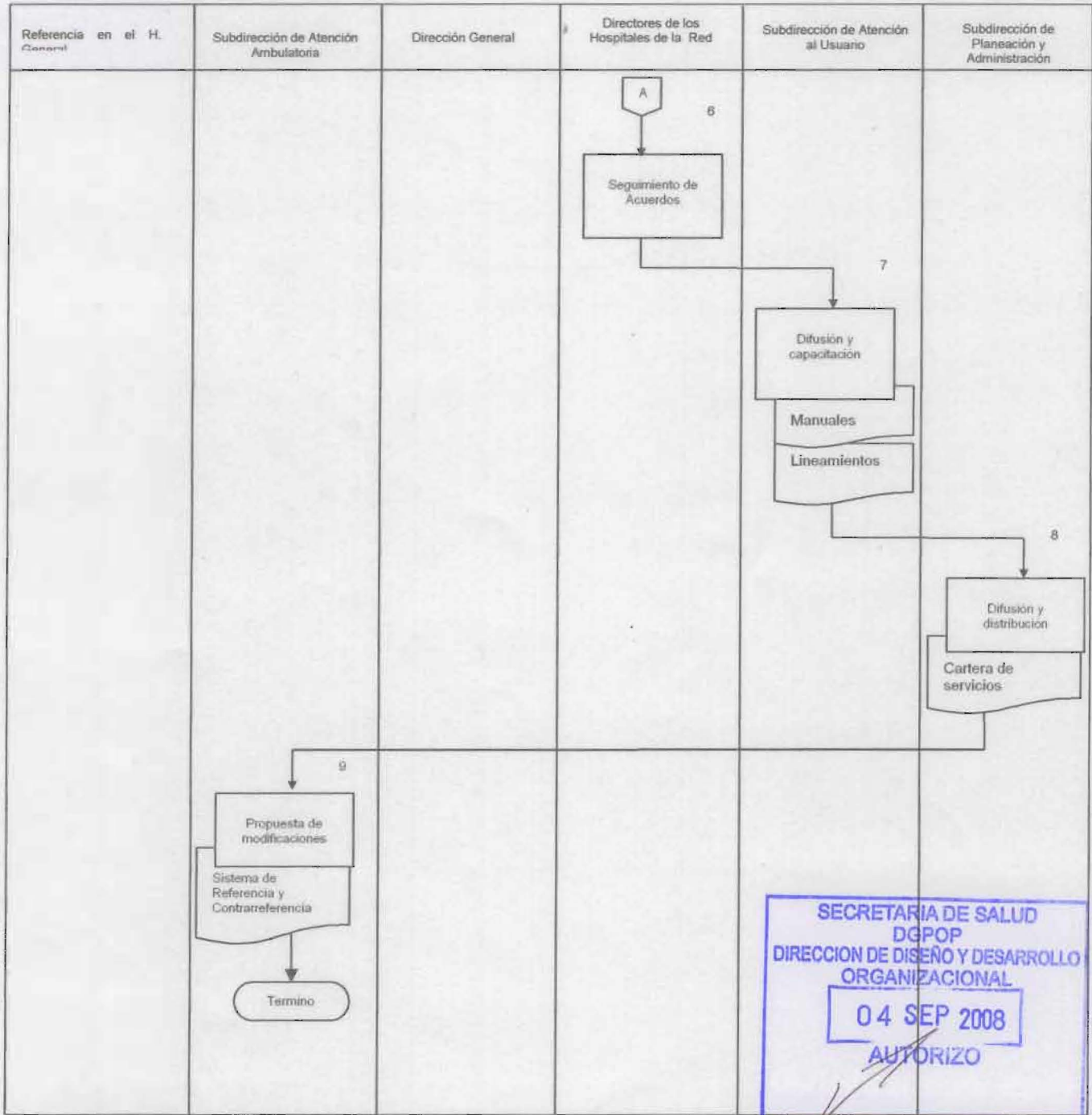
SECRETARÍA DE SALUD
DGPOP
DIRECCION DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL
04 SEP 2008
AUTORIZO

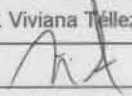
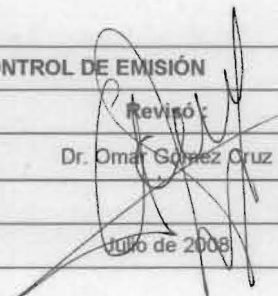
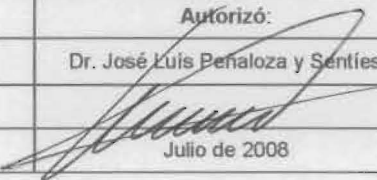
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dra. Viviana Téllez Henze	Dr. Omar Bornez Cruz	Dr. José Luis Peñaloza y Senties
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008


5.0 Diagrama de Flujo



CONTROL DE EMISIÓN		
	Elaboró :	Revisa :
Nombre	Dra. Viviana Téllez Henze	Dr. Omar González Cruz
Firma		
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008
		Autorizó:
		Dr. José Luis Penaloza y Senties
		
		Julio de 2008



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dra. Viviana Téllez Henze	Dr. Omar Gómez Cruz	Dr. José Luis Peñaloza y Senties
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Código: NA
	Subdirección de Atención Ambulatoria	Rev. 0
	133. Procedimiento para la adecuada gestión del sistema de referencia y contrarreferencia	Hoja 6 de 7



6.0 Documentos de referencia.

Documentos	Código
DECRETO por el que se crea el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal. En el Diario Oficial de la Federación en fecha 29 de Noviembre de 2006, Primera Sección del Tomo DCXXXVIII No. 20	No Aplica
Estatuto Orgánico del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas. Primera Sesión Extraordinaria de la H. Junta de Gobierno a los treinta días de Enero de 2007	No Aplica
Manual de Organización Especifico del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, autorizado vigente	No Aplica
Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimiento	No Aplica

7.0 Registros.

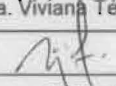
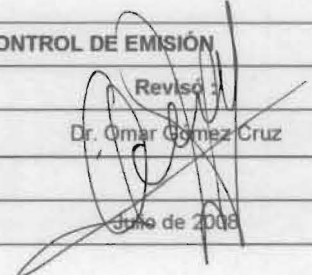
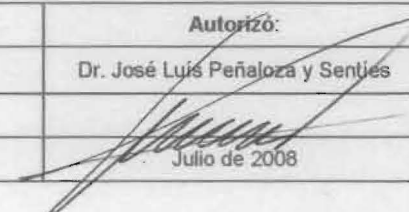
Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Hoja de referencia	5 años	Archivo Clínico	No Aplica
Hoja de contrarreferencia	5 años	Trabajo Social	No Aplica
Indicadores	5 años	Subdirección Atención Ambulatoria	No Aplica
Manual de Procedimientos	5 años	Responsable de cada área	No Aplica



8.0 Glosario.

8.1 Referencia: Envío de un paciente con información por escrito de un nivel del sistema de salud a otro superior en tecnicidad y competencia.

8.2 Contrarreferencia: Devolución del paciente del tercer nivel a segundo o primer nivel que lo envió con la debida información.

8.3 Manual de Procedimientos: Es un compendio de las labores que realizará el personal, tiene el propósito de orientarlo con el fin de lograr su óptimo funcionamiento en beneficio de los usuarios.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dra. Viviana Téllez Henze	Dr. Omar Gómez Cruz	Dr. José Luis Peñaloza y Senties
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 Centro de Atención y Referencia Especializada	Código: NA
	Subdirección de Atención Ambulatoria		Rev. 0
	133. Procedimiento para la adecuada gestión del sistema de referencia y contrarreferencia		Hoja: 7 de 7

9.0 Cambios de esta versión.

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica


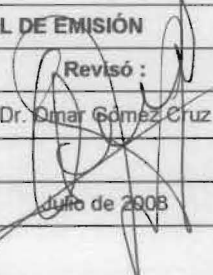
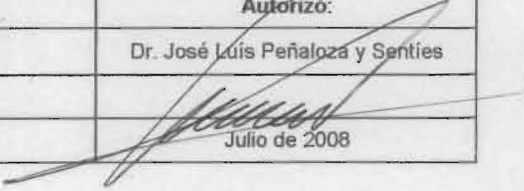
10.0 Anexos

10.1 Hoja de Referencia.

10.2 Hoja de Contrarreferencia.

10.3 Indicadores sobre referencias y contrarreferencias.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Dra. Viviana Téllez Henze	Dr. Omar Gómez Cruz	Dr. José Luis Peñalosa y Senties
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

SALUD

SECRETARÍA
DE SALUD



**HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
" CIUDAD SALUD "
HOJA DE REFERENCIA**



IDENTIFICACION PACIENTE

No. De Historia Clínica: _____ No. De Afiliación: _____ Fecha: _____
Nombre: _____ Apellidos: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Municipio: _____ Entidad: _____ sdsds
Estado Civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Religión: _____
Tipo de Seguro: **No derechohabiente** **Numero de seguro popular:** _____
Inicio de vigencia: _____ **Fin de Vigencia:** _____
Derechohabiente (Anotar Institución): _____
Clasificación socioeconómica (Trabajo Social): **NIVEL:** 1°. 2°. 3°. 4°. 5°. 6°.

CENTRO DE PROCEDENCIA Y MEDICO SOLICITANTE

Hospital: _____ Médico: _____
Especialidad del solicitante: _____

SERVICIO SOLICITADO

Especialidad (ANOTAR):
Consulta Externa Admisión continua Estudios

INFORMACION MEDICA

Resumen clínico

[Empty space for clinical summary]



EXAMENES PRACTICADOS Y RESULTADOS

[Empty space for exams and results]

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA Y MOTIVO DE ENVIO.

[Empty space for diagnosis and reason for referral]

Firma del Médico solicitante y fecha

[Empty space for signature and date]

SALUD

SECRETARÍA
DE SALUD



**HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
" CIUDAD SALUD "
HOJA DE CONTRARREFERENCIA**



IDENTIFICACION PACIENTE

No. De Historia Clínica: _____ No. De Afiliación: _____ Fecha: _____
Nombre: _____ Apellidos: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Municipio: _____ Entidad: _____ sdsds
Estado Civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupacion: _____ Religion: _____
Tipo de Seguro: **No derechohabiente** **Numero de seguro popular:** _____
Inicio de vigencia: _____ **Fin de Vigencia:** _____
Derechohabiente (Anotar Institución): _____
Clasificación socioeconómica (Trabajo Social): **NIVEL:** 1°. 2°. 3°. 4°. 5°. 6°.

CENTRO DE PROCEDENCIA Y MEDICO SOLICITANTE

Hospital: _____ Médico: _____
Especialidad del solicitante: _____

SERVICIO SOLICITADO

Especialidad (ANOTAR): _____
Consulta Externa Admisión continua Estudios

INFORMACION MEDICA

Resumen clínico

[Empty space for clinical summary]

SECRETARIA DE SALUD
DGPOP
DIRECCION DE DISEÑO Y DESARROLLO
ORGANIZACIONAL
04 SEP 2008
AUTORIZO

EXAMENES PRACTICADOS Y RESULTADOS

[Empty space for exams and results]

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA Y MOTIVO DE ENVIO.

[Empty space for diagnosis and reason for referral]

Firma del Médico solicitante y fecha

[Empty space for signature and date]

INDICADORES SOBRE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS

INDICADOR	MEDICIÓN	ESTANDAR
Porcentaje de Referencias Cumplidas: No Total de Referencias Cumplidas ----- X100 No Total de referencia realizada	Semanal/ Mensual	Mide el cumplimiento de las referencias que realizan los establecimientos de salud. Valor: 80%
Porcentaje de Referencias por servicio: No Total de Referencias por servicio ----- X 100 No Total de Referencias Consulta ambulatoria, hospitalización, emergencia, apoyo al diagnóstico.	Semanal/ Mensual	Estimación de las capacidades resolutivas específicas por servicios en el establecimiento que realiza la referencia
Porcentaje de Referencias de las Atenciones: No Total de Referencias Recibidas ----- X 100 No Total de Atenciones	Semanal/ Mensual	Estimación de los motivos por los que refieren los establecimientos.
Porcentaje de Referencias Indevidas: No de Referencias Indevidas ----- X100 No Total de Referencias recibidas	Semanal/ Mensual	Mide la referencia que no debió realizarse a nivel del establecimiento de destino. Valor aceptable: <10%
Porcentaje de Contrarreferencias Recibidas: No de Contrarreferencias Recibidas ----- X 100 No Total de Referencias realizadas	Semanal/ Mensual	Mide la efectividad del SRC en el establecimiento de origen de la referencia. Valor aceptable: >75%
Porcentaje de Contrarreferencias Realizadas: No de Contrarreferencias Realizadas -----X 100 No Total de Referencias recepcionadas	Semanal/ Mensual	Determinación de la efectividad del SRC en el establecimiento de referencia. Valor aceptable: >80%
Porcentaje de Contrarreferencias por servicios: No de Contrarreferencias x servicios ----- X 100 No de Referencias decepcionadas x servicio Medicina Ginecológica, Pediatría, Cirugía, Odontología, etc.	Semanal/ Mensual	Estimación de la efectividad del SRC por servicios en el establecimiento de referencia.

SECRETARIA DE SALUD
 DGPOP
 DIRECCION DE DISEÑO Y DESARROLLO
 ORGANIZACIONAL

04 SEP 2008

AUTORIZO

SALUD

SECRETARÍA
DE SALUD



**HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
"CIUDAD SALUD"**



NUMERO DE FOLIO:

FORMATO DE NO ACEPTACION DE PACIENTES

DATOS REFERENCIALES

NOMBRE DEL HOSPITAL SOLICITANTE:

NOMBRE DEL MEDICO SOLICITANTE:

TELEFONO:

NOMBRE DEL PACIENTE:

No. DE EXPEDIENTE:

FECHA DE CONSULTA:

HORA DE CONSULTA:

NOMBRE DEL MEDICO:

ESPECIALIDAD:

No. DE CONSULTORIO:

COMENTARIOS



NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO AUTORIZADO

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION