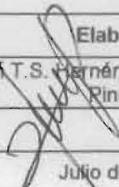


SALUD  SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 CENTRO NACIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD	Código: NA
	Subdirección de Atención al Usuario		Rev. 0
	19. Procedimiento de Alta Voluntaria		Hoja: 1 de 5

19. PROCEDIMIENTO DE ALTA VOLUNTARIA



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó :
Nombre	Lic en T.S. Hernán Humberto Toledo Rineda	Dr. José Luís Serez Ramírez	Dra. Concepción Domínguez González
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

SALUD  SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 CENTRO REGIONAL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA	Código: NA
	Subdirección de Atención al Usuario		Rev. 0
	19. Procedimiento de Alta Voluntaria		Hoja: 2 de 5

1.0 Propósito.

1.1 Brindar todas las facilidades para el egreso del usuario que solicite su alta por voluntad del familiar, al no desear la atención en este hospital.

2.0 Alcance.

2.1 Este procedimiento es aplicable a las Direcciones de Médica y de Operaciones, y a todas las áreas adscritas a estas.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos.

3.1 Es responsabilidad de la Subdirección de Atención al Usuario recibir del familiar responsable la notificación de alta voluntaria del usuario, con el fin de que por medio de Trabajo Social se realicen los procedimientos correspondientes a su alta.

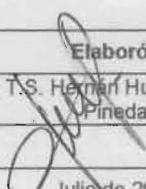
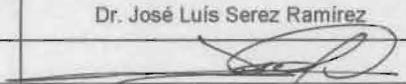
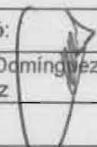
3.2 Es responsabilidad de la Subdirección de Atención al Usuario realizar los trámites conducentes para la salida del paciente que solicite su alta voluntaria.

3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Atención al Usuario proporcionar a la Subdirección de Recursos Financieros los informes que permitan realizar el cobro correspondiente por el tiempo de estancia del usuario.

3.4 Es responsabilidad de la Subdirección de Atención al Usuario garantizar que la salida del paciente que solicite su alta voluntaria se realice en las condiciones que solicite el familiar responsable.

3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Atención al Usuario recabar las firmas del familiar responsable que solicite el alta voluntaria en el formato correspondiente.



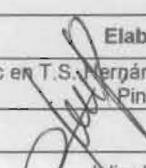
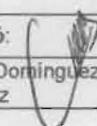
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic en T.S. Hernán Humberto Toledo Pineda	Dr. José Luis Serez Ramírez	Dra. Concepción Domínguez González
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

SALUD  SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 CAJAL CENTRO NACIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD	Código: NA
	Subdirección de Atención al Usuario		Rev. 0
	19. Procedimiento de Alta Voluntaria		Hoja: 3 de 5

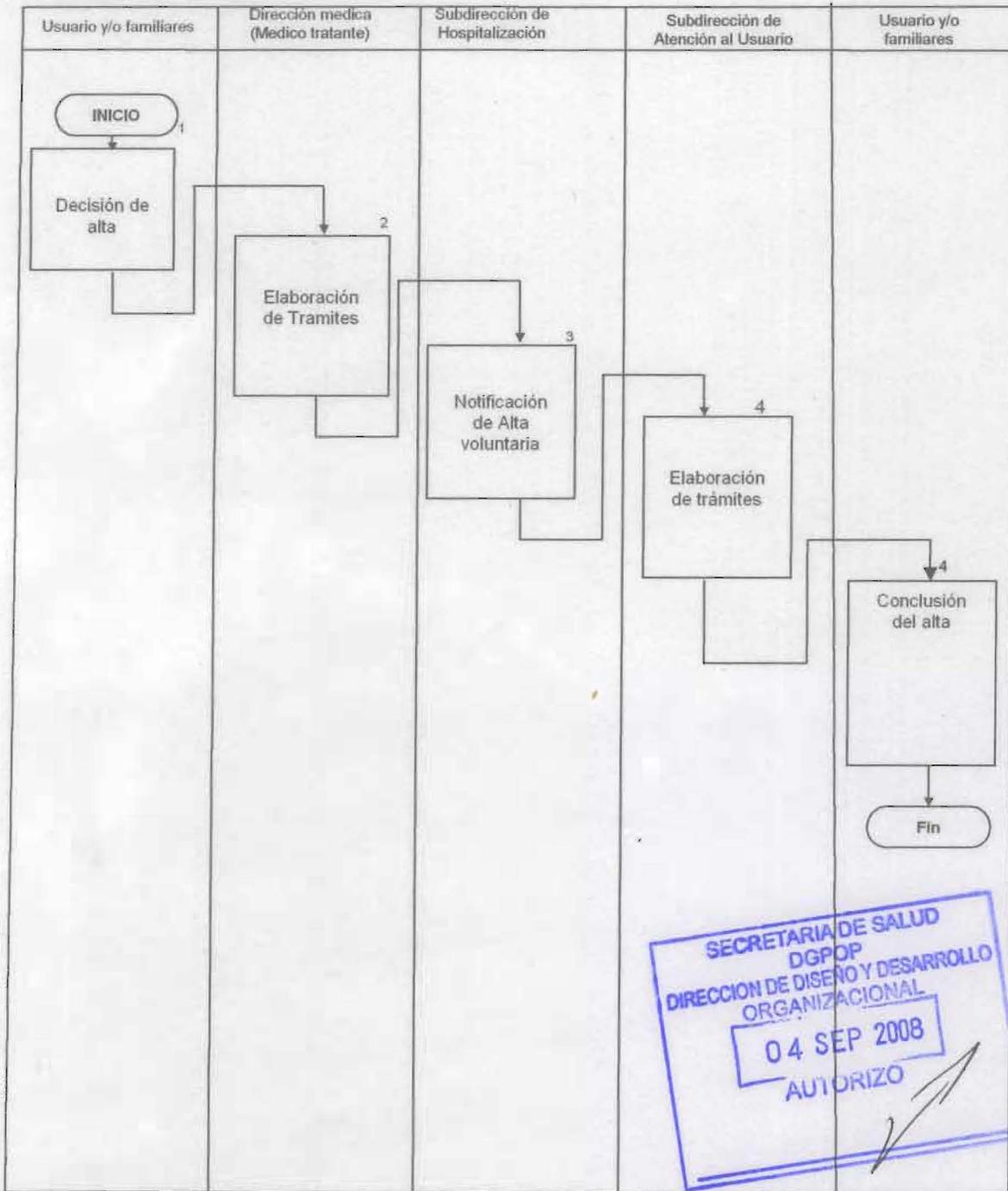
4.0 Descripción del procedimiento.

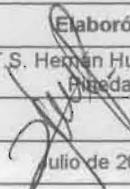
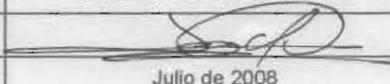
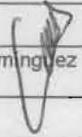
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Solicitud de alta voluntaria	1.1 El familiar solicita alta voluntaria del usuario.	Familiar responsable
2.0 Elaboración de Trámites	2.1 Recibe formato de alta voluntaria. 2.2 Recibe indicaciones médicas. 2.3 Notifica a Subdirección de Hospitalización.	Subdirección de Atención al Usuario (Trabajo Social)
3.0 Notificación de alta voluntaria	3.1 Solicita información sobre la realización de adeudo sobre los tratamientos que se otorgaron al usuario que solicita alta voluntaria. 3.2 Envía al familiar responsable por su recibo debidamente requisitado.	Subdirección de Atención al Usuario (Trabajo Social)
4.0 Verifica el alta voluntaria	4.1 Solicita al familiar responsable la firma por alta voluntaria, entrega documentos al usuario sobre el diagnóstico y tratamiento médico, y verifica que la salida del usuario se realice en las condiciones óptimas posibles. 4.2 Informa a Subdirección de Enfermería el alta voluntaria para actualizar agenda de camas disponibles. TERMINA PROCEDIMIENTO.	Subdirección de Atención al Usuario y Subdirección de Enfermería.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic en T.S. Vergán Humberto Toledo Pineda	Dr. José Luis Serez Ramírez	Dra. Concepción Domínguez González
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

5.0 Diagrama de flujo.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic en T.S. Hernán Humberto Toledo Pineda	Dr. José Luis Serez Ramírez	Dra. Concepción Domínguez González
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

 SECRETARÍA DE SALUD		MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 CENTRO REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD	Código: NA
		Subdirección de Atención al Usuario		Rev. 0
		19. Procedimiento de Alta Voluntaria		Hoja: 5 de 5

6.0 Documentos de referencia.

Documentos	Código (cuando aplique)
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
Alta Voluntaria	5 Años	Archivo clínico	No aplica

8.0 Glosario.

8.1 Alta Voluntaria:

8.2 Familiar Responsable:

8.3 Diagnostico y Tratamiento Médico:

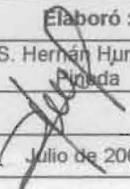
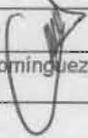


9.0 Cambios de esta versión.

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

10.0 Anexos.

10.1 Formato de Alta Voluntaria.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Lic en T.S. Hernán Humberto Toledo Pineda	Dr. José Luis Serez-Ramírez	Dra. Concepción Domínguez González
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008



HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS
TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS

ALTA VOLUNTARIA

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, a _____ de _____ de _____

Nombre del Paciente: _____ No. de Expediente: _____

Fecha de Ingreso: _____ Fecha de Egreso: _____

Dx. de Ingreso: _____ Dx. de Egreso: _____

MOTIVO DEL EGRESO: _____

Por mi propia voluntad y no obstante de la opinión del Personal Médico de la Secretaría de Salud, he decidido solicitar mi "ALTA VOLUNTARIA" de esta Unidad, motivo por el cual eximo de toda responsabilidad al Hospital de Especialidades Pediátricas, por las consecuencias que pudiera sobrevenir por mi determinación.

Familiar Responsable

Paciente

Testigo

Testigo

Domicilio

Domicilio



**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIATRICAS
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS**

ALTA VOLUNTARIA

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a _____

Nombre del Paciente: _____ No. De Expediente _____

Fecha de Ingreso: _____ Fecha de Egreso: _____

Dx. De Ingreso: _____ Dx. De Egreso: _____

MOTIVO DEL EGRESO: _____

Por mi propia voluntad y no obstante de la opinión del Personal Médico de la Secretaría de Salud, he decidido solicitar mi "ALTA VOLUNTARIA" de esta Unidad, motivo por el cual eximo de toda responsabilidad al Hospital de Especialidades Pediátricas, por las consecuencias que pudiera sobrevenir por mi determinación.

Familiar Responsable

Paciente

Testigo

Testigo

Domicilio

Domicilio



**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIATRICAS
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS**

ALTA VOLUNTARIA

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a _____

Nombre del Paciente: _____ No. De Expediente _____

Fecha de Ingreso: _____ Fecha de Egreso: _____

Dx. De Ingreso: _____ Dx. De Egreso: _____

MOTIVO DEL EGRESO: _____

Por mi propia voluntad y no obstante de la opinión del Personal Médico de la Secretaría de Salud, he decidido solicitar mi "ALTA VOLUNTARIA" de esta Unidad, motivo por el cual eximo de toda responsabilidad al Hospital de Especialidades Pediatricas, por las consecuencias que pudiera sobrevenir por mi determinación.

Familiar Responsable

Paciente

Testigo

Testigo

Domicilio

Domicilio

