
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev: 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		Hoja: 2 de 14
	Procedimiento para aceptar pacientes a pre consulta en el Hospital Regional De Alta Especialidad Ciudad Salud.		

1 PROPÓSITO.

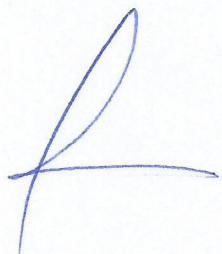

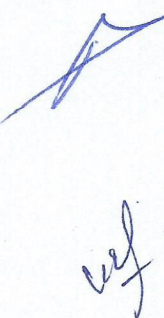

Definir los lineamientos para aceptar pacientes al servicio de Consulta Externa del Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, entre las diferentes unidades médicas que integran el servicio de Redes Integradas de Servicios de Salud (REDESS) estatal, a partir del otorgamiento de atención de forma escalonada, continua y con la frecuencia que requiera, acorde al nivel resolutivo y capacidad instalada de las unidades de salud que la integran y que permita dar continuidad de la atención bajo principios de universalidad, equidad y solidaridad.



2 ALCANCE.

- 2.1 **A Nivel Interno:** Aplica al personal adscrito al área de Admisión Citas del Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud que recibe y verifica llenado de la nota de Referencia y Contrarreferencia debiendo considerar que el servicio solicitado se encuentre activo y envía dictamen de solicitud a las unidades solicitantes; a la Subdirección de Servicios Clínicos que determina la aceptación de pacientes en el servicio de Consulta Externa. A la Subdirección de Atención al Usuario por ser quien supervisa que el procedimiento de Referencia y Contrarreferencia se lleve a cabo de acuerdo a los lineamientos establecidos y recibe el reporte mensual de referencias atendidas.
- 2.2 **A Nivel Externo:** No aplica

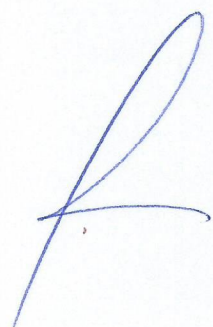

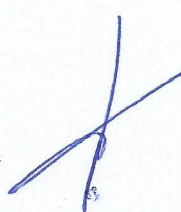

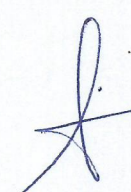
3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 La solicitud de atención de pacientes a la pre consulta se llevará a cabo a través del área de Admisión Citas, mediante la nota de Referencia Contrarreferencia, la cual podrá ser en el formato del HRAECS (Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud), nota de Referencia del Sistema Nacional de Salud o de los Institutos de Salud de las Entidades Federativas siempre que contengan los siguientes datos: 1.- Datos del paciente, 2.- Diagnóstico y motivo de la referencia, 3.- CURP, 4.- Información básica del paciente, 5.- Datos y firma del efector de salud que refiere, 6.- Datos y firma del efector directivo que supervisa el traslado y 7.- Sello de la unidad.
- 3.2 El personal de Admisión Citas es el área responsable de recibir las solicitudes de atención médica especializada emitidas por las unidades médicas que conforman el servicio de Redes Integradas de Servicios de Salud (REDESS).
- 3.3 La Subdirección de Atención al Usuario mediante el Sistema de Referencia Contrarreferencia es el área responsable de todo el personal adscrito a Admisión Citas y que deban mantener una conducta ética y profesional para con los pacientes y con todo el personal del Instituto en cumplimiento al Código de Ética Institucional.
- 3.4 La aceptación de los pacientes se realizará exclusivamente mediante el Sistema de Referencia Contrarreferencia plasmado en el presente manual.
- 3.5 El trámite de solicitudes deberá ser únicamente entre las unidades que integren el servicio de Redes Integradas de Servicios de Salud (REDESS) estatal.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev: 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		Hoja: 3 de 14
	Procedimiento para aceptar pacientes a pre consulta en el Hospital Regional De Alta Especialidad Ciudad Salud.		

- 3.6 La Subdirección de Atención al Usuario a través del área de Admisión Citas es la encargada de coordinar que las solicitudes de cita de pre consulta se realicen a través de los medios establecidos para dicho trámite.
- 3.7 El personal de Admisión Citas es la responsable de verificar que la solicitud de Referencia de pacientes a pre consulta provenientes de las unidades que conforman el Servicio de Redes Integradas de Servicios de Salud (REDESS) estatal cumpla con los criterios administrativos para su trámite y que el servicio solicitado se encuentre dentro de la cartera de servicios del hospital.
- 3.8 El personal de Admisión Citas es responsable de notificar por correo o whatsapp a la unidad médica solicitante que la referencia no está bien requisitada para que realice las correcciones.
- 3.9 El personal de Admisión Citas es la encargada de entregar mensualmente reporte de referencias atendidas al Subdirector(a) de Atención al Usuario.
- 3.10 La Subdirección de Atención al Usuario es la encargada de asegurar que la referencia de pacientes se realice en el marco de los lineamientos nacionales que norman esta actividad.
- 3.11 En los casos de atención a padecimientos transmisibles de notificación obligatoria, la unidad médica donde ocurrió el primer contacto, será la responsable de dicha notificación, a fin de evitar duplicidades.
- 3.12 En los casos médicos legales, la unidad médica de primer contacto será la responsable de la notificación al Ministerio Público correspondiente, anexando el número de averiguación previa y/o notificación del caso.
- 3.13 La Subdirección de Servicios Clínicos, es el área responsable de la validación de las referencias a pre consulta para su aceptación o negación, en coordinación con especialidades médicas correspondientes.
- 3.14 La Subdirección de Atención al Usuario es el área encargada de que, de acuerdo a la legislación vigente, el sistema de referencia entre unidades médicas de la Secretaría de Salud, sea para pacientes sin seguridad social.
- 3.15 Los pacientes derechohabientes no podrán ser admitidos en el sistema de referencia. Solo en caso de existir convenio interinstitucional se podrá otorgar interconsulta subrogada.
- 3.16 En los casos que el(la) usuario(a) acuda directamente a solicitar atención, la Subdirección de Atención al Usuario es el área encargada de orientar a el(la) usuario(a) en los procesos administrativos para la gestión de citas.
- 3.17 El Subdirector(a) de Atención al Usuario es el(la) responsable de supervisar que las referencias de pacientes sean únicamente a través de unidades médicas y por medio del correo electrónico y número de teléfono oficiales.



4 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

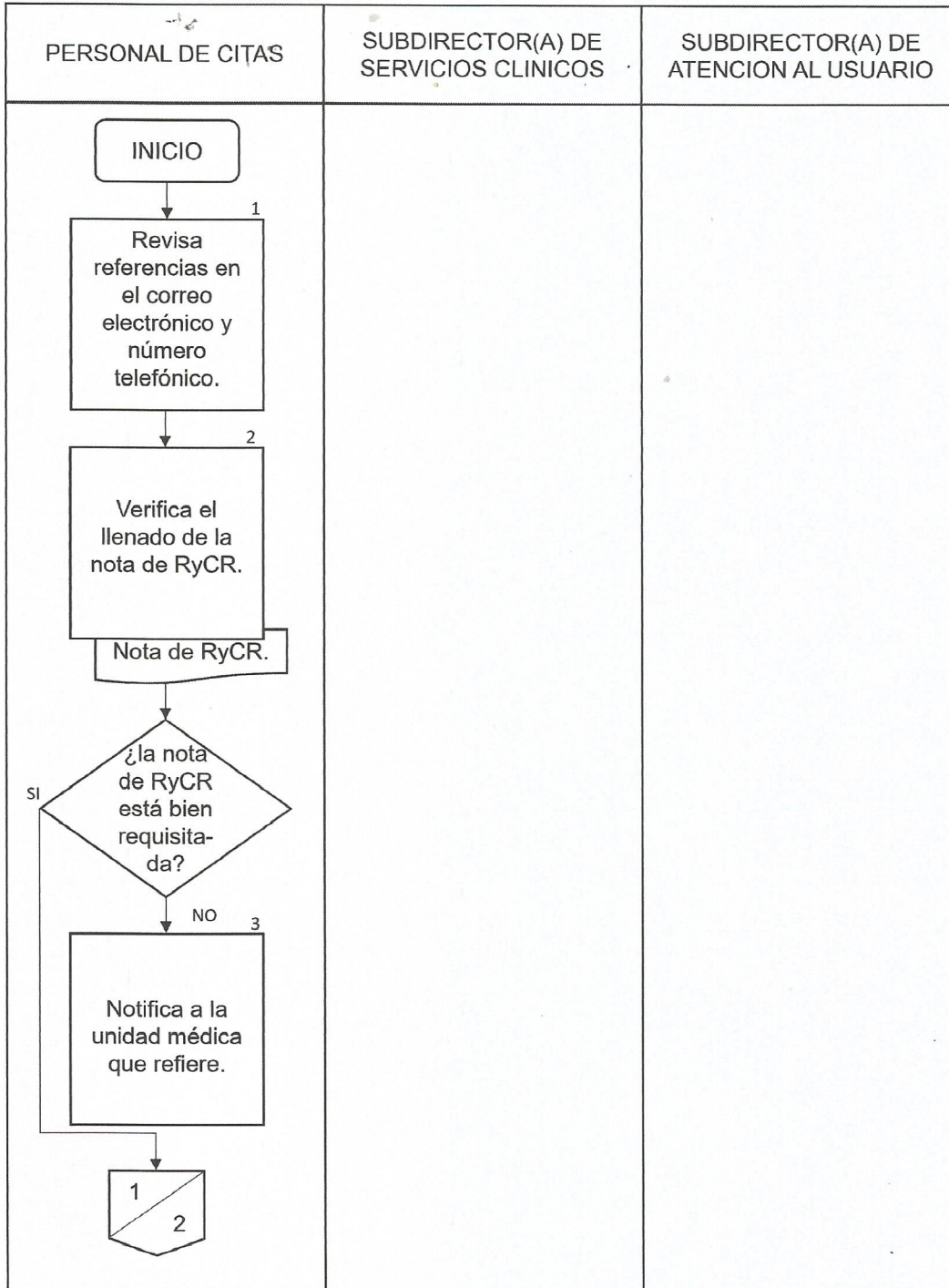
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o Anexo
PERSONAL DE ADMISIÓN CITAS	1	Revisa referencias en el correo electrónico y número telefónico.	
	2	Verifica el llenado de la nota de RyCR.	Nota de RyCR
		¿La nota de RyCR está bien requisitada?	
	3	NO: Notifica a la unidad médica que refiere.	
	4	SI: Imprime la nota de RyCR recibida.	Nota de RyCR
	5	Entrega la nota de RyCR a la Subdirección de Servicios Clínicos.	Nota de RyCR
SUBDIRECTOR(A) DE SERVICIOS CLÍNICOS	6	Recibe la nota de RyCR del personal de citas.	Nota de RyCR
	7	Analiza la nota de RyCR.	Nota de RyCR
		¿Cumple con criterios?	
	8	NO: Anota motivos de NO aceptación en nota de RyCR.	Nota de RyCR
	9	SI: Anota los requisitos médicos para la recepción del paciente.	Nota de RyCR
	10	Entrega la nota de RyCR dictaminadas a personal de Citas.	Nota de RyCR

Handwritten signatures and initials in blue ink are present on the right side and bottom of the page, including a vertical column of initials on the right and several large signatures at the bottom.

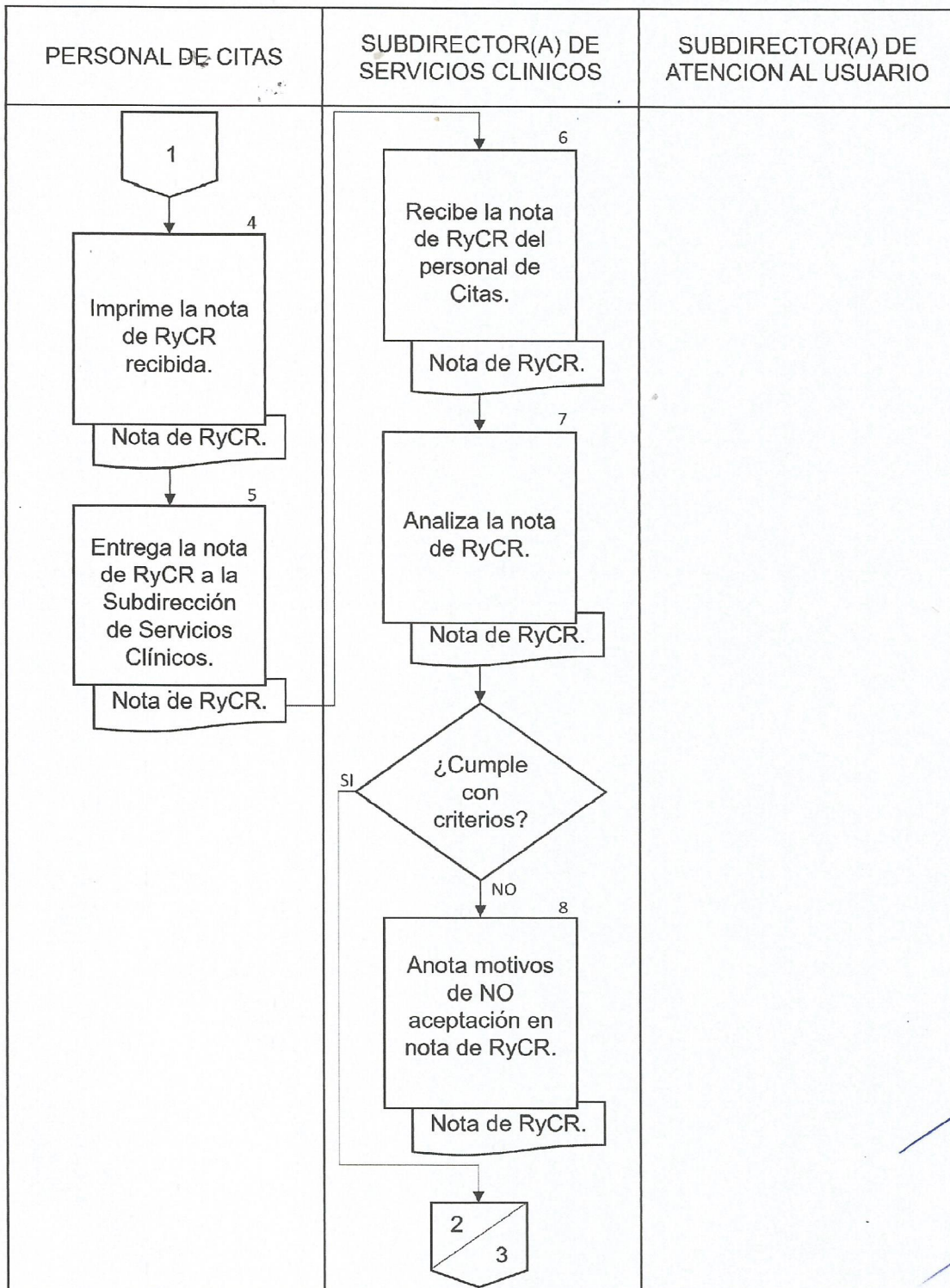
PERSONAL DE ADMISIÓN CITAS	11	Recibe la nota de RyCR dictaminada.	Nota de RyCR
	12	Separa las notas de RyCR aceptadas y rechazadas.	Nota de RyCR
	13	Elabora la negativa de la referencia rechazada y envía a unidad médica.	
	14	Emite comprobante de citas y folio de atención.	CDCP
	15	Envía respuesta de las notas de RyCR a las unidades médicas	
	16	Entrega reporte mensual al Subdirector(a) de Atención al Usuario	Reporte
SUBDIRECTOR(A) DE ATENCIÓN AL USUARIO	17	Recibe reporte mensual de solicitudes de referencia del personal de citas.	Reporte
	18	Analiza reporte mensual de solicitudes de referencia	Reporte
		TERMINA	

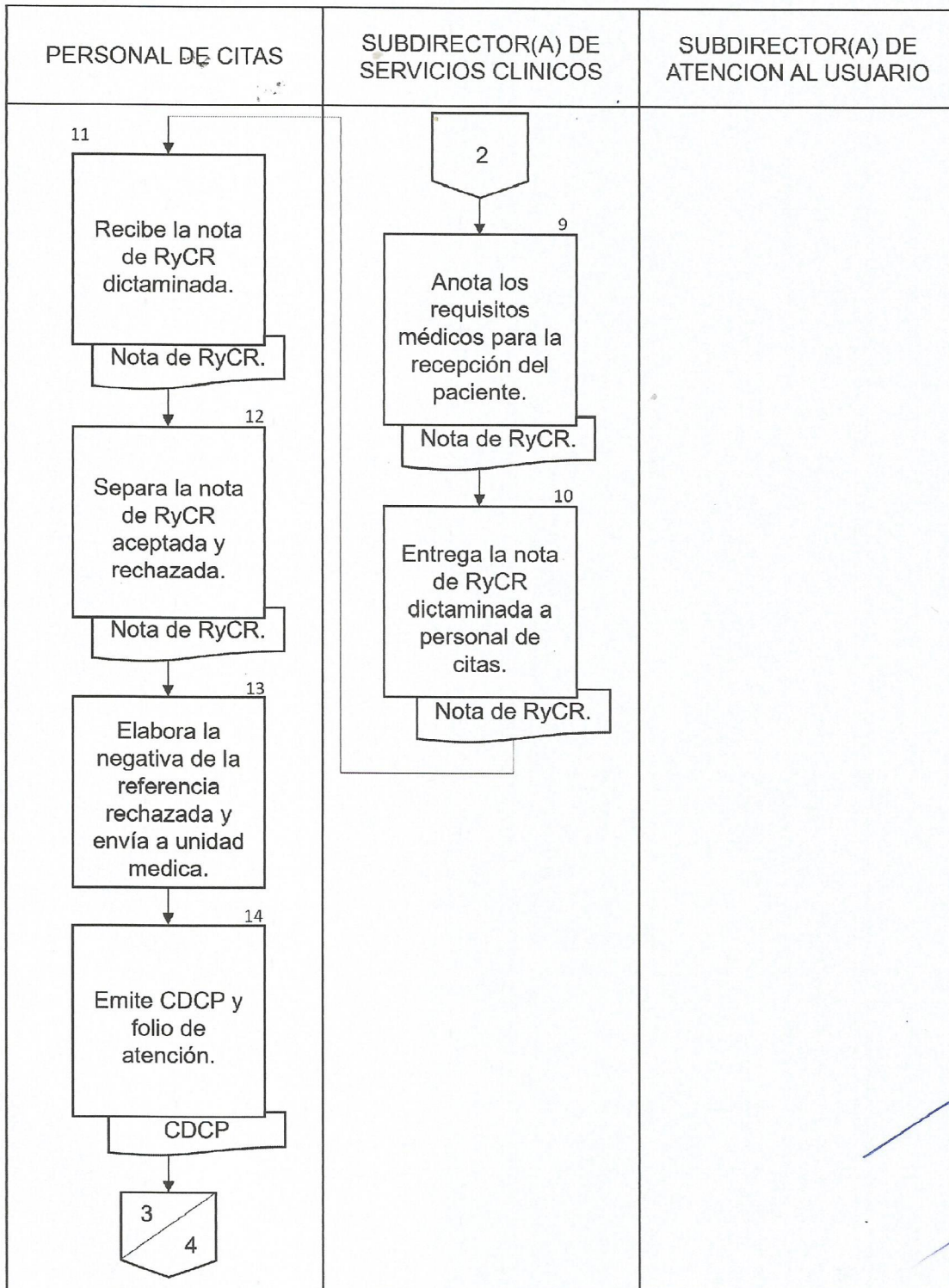
Handwritten signatures and initials in blue ink are present on the right side of the page, including a large signature at the bottom and several smaller ones above it.

5 DIAGRAMA DE FLUJO.

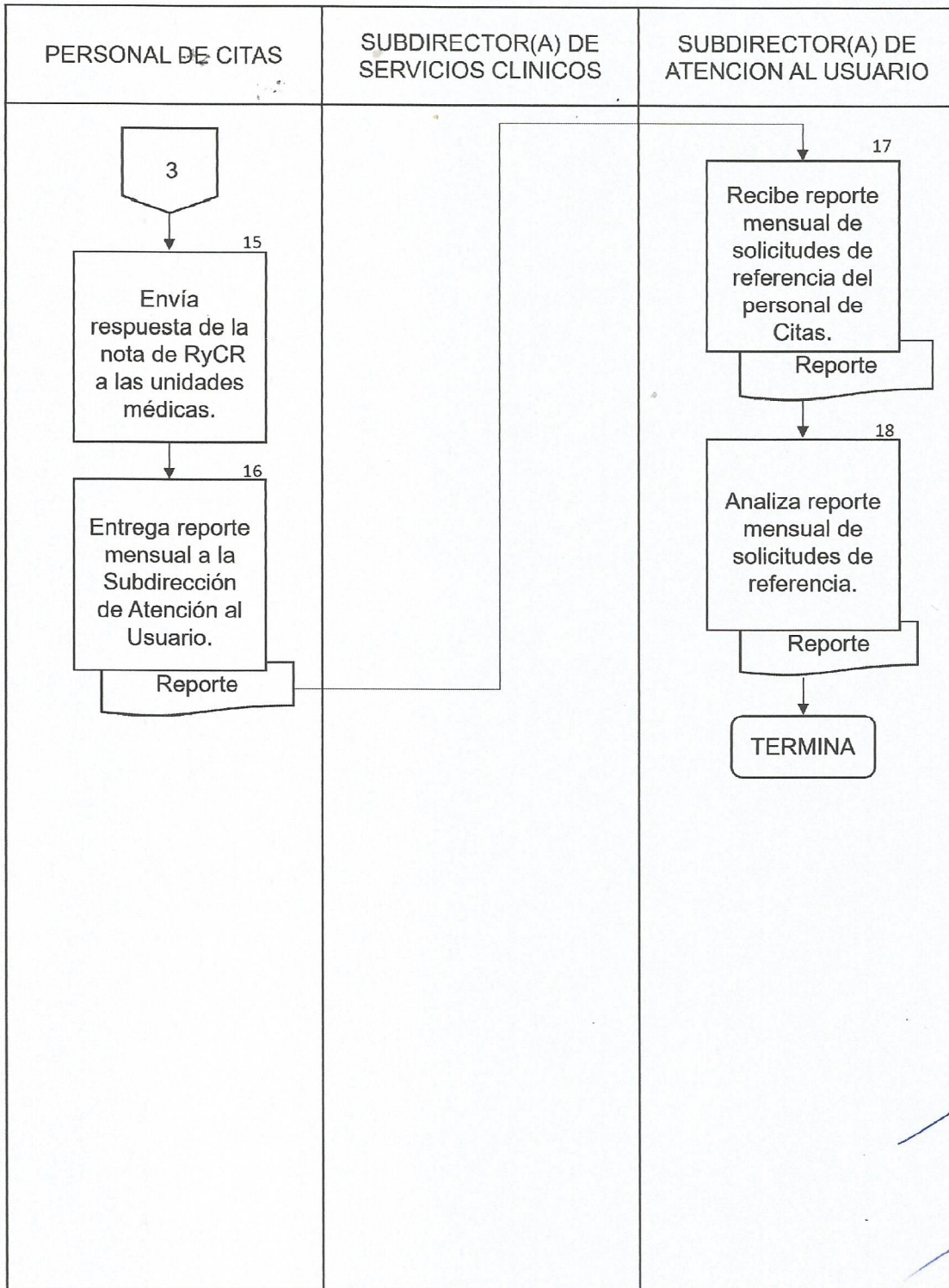






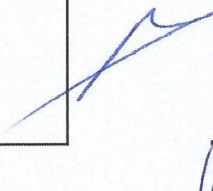
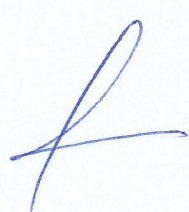
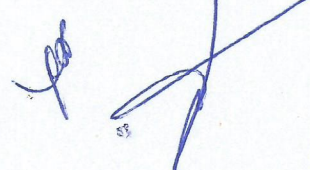


Handwritten signatures and initials in blue ink are present on the right side of the page, including a large signature at the bottom right and several smaller ones above it.






[Handwritten signatures and marks in blue ink, including a large signature at the bottom and several smaller ones on the right side.]



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev: 01
	Subdirección de Atención al Usuario		Hoja: 10 de 14
	Procedimiento para aceptar pacientes a pre consulta en el Hospital Regional De Alta Especialidad Ciudad Salud.		

6 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, vigente	No aplica
6.2 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico	No aplica
6.3 Acuerdo No. 79, relativo a la aplicación, instrumentación y actualización del Manual de la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes y envío de muestras y especímenes	No aplica

7 REGISTROS.

Registro	Tiempo de conservación	Responsable de conservación	Código de registro o identificación única
7.1 Nota de Referencia.	1 año	Área de Admisión Citas	HRAECS-DH/DO/SAU/FOR-074-22
7.2 Comprobante de cita a pre consulta (CDCP)	1 año	Área de Admisión Citas	HRAECS-DH/DO/SAU/FOR-075-22
7.3 Reporte	1 año	Subdirección de Atención al Usuario	N/A

8 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO.

8.1 Consulta Externa: Atención médica que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico. (NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud).

8.2 CDCP: Comprobante de Cita a Preconsulta.

8.3 Manual: Documento elaborado sistemáticamente que indicará las actividades a realizar por los miembros de un organismo y la forma en que deberán realizarse, ya sea conjunta o separadamente.

8.4 Nota de RyCR: Nota de Referencia y Contrarreferencia.



8.5 Pre consulta: Valoración médica preliminar para definir si la atención de su diagnóstico corresponde a la unidad médica para la cual se aplica, y si se cumple con los criterios establecidos.

8.6 Redes integradas de Servicios en Salud. Red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.

8.7 Referencia y Contrarreferencia de pacientes: Procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de paciente, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral de calidad. (NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud).

8.8 Seguridad Social: Instituciones autónomas que se dedican a prestar servicios de salud y seguridad social, con cobertura dirigida a un sector específico de la población, como el IMSS ISSSTE, ISSFAM, etc.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev: 01
	Subdirección de Atención al Usuario		Hoja: 11 de 14
	Procedimiento para aceptar pacientes a pre consulta en el Hospital Regional De Alta Especialidad Ciudad Salud.		

8.9 Subrogado: Sustitución del servicio de atención médica, procedimientos y/o estudios, entre una institución de salud y el HRAE CS mediante convenio, y la retribución económica convenida.





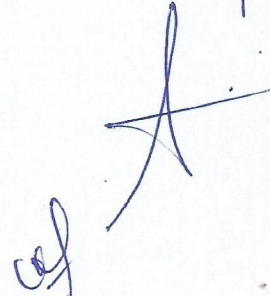
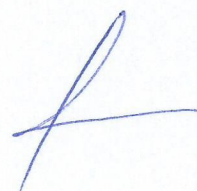

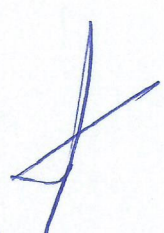

8.10 Usuario(a): Persona que utiliza los servicios, puede ser interno (empleado(a) de HRAE CS, como externo (paciente y/o empleado(a) de unidades que refieren paciente).

9 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO.

Numero de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del Cambio

10 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO.

- 10.1 Nota de Referencia.
- 10.2 Comprobante de cita a preconsulta (CDCP).
- 10.3 Reporte de referencias.




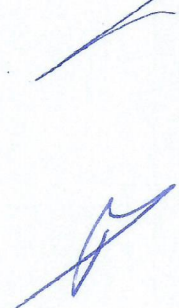

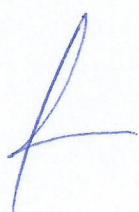

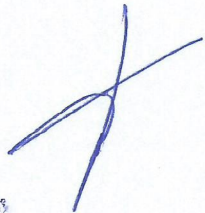














10.2 Comprobante de cita

	HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD "CIUDAD SALUD"									
COMPROBANTE DE CITA A PRECONSULTA (CDCP)										
FOLIO: NPAECS-DH/DO/SAL/POB-015-22										
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE CITA: _____ HORA DE CITA: _____ ESPECIALIDAD: _____ MEDICO ASIGNADO: _____ COSTO DE PRECONSULTA: _____ COSTO POR APERTURA DE EXPEDIENTE: _____	NOTA: EL ESPESIMADO EN ESTE COMPROBANTE DEBE CONCORDAR CON LA ESPECIALIDAD EN LA HOJA DE REFERENCIA DE LO CONTRARIO EL HOSPITAL DE PROCEDENCIA DEBERA REALIZAR EL CAMBIO.									
FAVOR DE PRESENTARSE UNA HORA ANTES DE SU CITA EN EL AREA DE CAJA PARA REALIZAR SU RESPECTIVO PAGO										
REQUISITOS INDISPENSABLES DEL PACIENTE										
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">3 ORIGINAL Y COPIA DE HOJA DE REFERENCIA</td> <td style="width: 50%;">3 ORIGINAL Y 3 COPIAS DE ACTA DE NACIMIENTO</td> </tr> <tr> <td>3 COPIAS DE IDENTIFICACION</td> <td>3 COPIAS DE LA CURP</td> </tr> <tr> <td>1 FOTO GRAFIA RECIENTE DE PACIENTE TAMBIEN INFANTE</td> <td>3 COPIAS DE IDENTIFICACION OFICIAL DE FAMILIAR RESPONSABLE</td> </tr> <tr> <td>1 COMPROBANTE DE DOMICILIO RECIENTE (NO MAYOR A 3 MESES DE ENTREGA (AGUA, LUZ Y TREPONG))</td> <td>PACIENTE Y ACOMPAÑANTE DEBERAN PRESENTARSE CON CUERPO COPIAS SIN VALIDULA</td> </tr> </table>	3 ORIGINAL Y COPIA DE HOJA DE REFERENCIA	3 ORIGINAL Y 3 COPIAS DE ACTA DE NACIMIENTO	3 COPIAS DE IDENTIFICACION	3 COPIAS DE LA CURP	1 FOTO GRAFIA RECIENTE DE PACIENTE TAMBIEN INFANTE	3 COPIAS DE IDENTIFICACION OFICIAL DE FAMILIAR RESPONSABLE	1 COMPROBANTE DE DOMICILIO RECIENTE (NO MAYOR A 3 MESES DE ENTREGA (AGUA, LUZ Y TREPONG))	PACIENTE Y ACOMPAÑANTE DEBERAN PRESENTARSE CON CUERPO COPIAS SIN VALIDULA		
3 ORIGINAL Y COPIA DE HOJA DE REFERENCIA	3 ORIGINAL Y 3 COPIAS DE ACTA DE NACIMIENTO									
3 COPIAS DE IDENTIFICACION	3 COPIAS DE LA CURP									
1 FOTO GRAFIA RECIENTE DE PACIENTE TAMBIEN INFANTE	3 COPIAS DE IDENTIFICACION OFICIAL DE FAMILIAR RESPONSABLE									
1 COMPROBANTE DE DOMICILIO RECIENTE (NO MAYOR A 3 MESES DE ENTREGA (AGUA, LUZ Y TREPONG))	PACIENTE Y ACOMPAÑANTE DEBERAN PRESENTARSE CON CUERPO COPIAS SIN VALIDULA									
NOTA: ENVIAR LA NOTIFICACION DEL MINISTERIO PUBLICO SI ES CASO LEGAL EN CASO DE PRESENTAR SINTOMAS SOSPECHOSA DE COVID REAGENDARA LA CITA										
TELEFONO 01 962 62 0 11 00 EXT. 10243										
NOTA:										
NO SE ACEPTARAN AL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA PACIENTES QUE AUN SE ENCUENTREN HOSPITALIZADOS EN SU UNIDAD. ÉSTOS DEBERAN SER REFERIDOS AL SERVICIO DE ADMISION CONTINUA.										
REQUISITOS QUE DEBE DE PRESENTAR EL DIA DE SU CONSULTA										
CONSTANCIA DE NO DERECHO HABIENCIA DEL IMSS LA CUAL LA PUEDE IMPRIMIR EN: https://digital.imss.gob.mx/derechohabiencia/tramite/solicitudConstancia										
CONSTANCIA DE NO DERECHO HABIENCIA DEL ISSSTE LA CUAL LA PUEDE IMPRIMIR EN: https://oficinavirtual.issste.gob.mx/Servicios/Acreditación-de-no-Afiliación										
HOJA DE NO DERECHO HABIENCIA DEBIDAMENTE REQUISITADA CON SELLO DEL ISSTECH										

PASOS A SEGUIR PARA EL DIA DE SU CONSULTA



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev: 01
	Subdirección de Atención al Usuario		Hoja: 14 de 14
	Procedimiento para aceptar pacientes a pre consulta en el Hospital Regional De Alta Especialidad Ciudad Salud.		

10.3 Reporte de referencias.



Tapachula, Chiapas; ___ de ___ de ___.

Memorándum núm. HRAECS-DH-DO-SAU-AC/000/2022
Expediente: 11C.19
Asunto: Reporte de referencias.

XXXXXXXXXX
SUBDIRECTOR(A) DE ATENCIÓN AL USUARIO
HRAECS

Por este medio envío a usted el reporte de las referencias recibidas del mes de _____ del año _____.

Sin más de momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente

XXXXXXXXXX
ENCARGADO DEL DEPTO. DE ADMISIÓN CITAS
C.C.P. Archivo.



[Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature at the bottom left and several initials on the right side.]