



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev: 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCION AL USUARIO		Hoja: 1 de 14
	Procedimiento para aceptar pacientes al servicio de Imagenología en el Hospital Regional De Alta Especialidad Ciudad Salud.		

PROCEDIMIENTO PARA ACEPTAR PACIENTES AL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD SALUD.

[Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large 'X' and various initials like 'M', 'L', 'B', 'C', 'D', 'E', 'F', 'G', 'H', 'I', 'J', 'K', 'L', 'M', 'N', 'O', 'P', 'Q', 'R', 'S', 'T', 'U', 'V', 'W', 'X', 'Y', 'Z']

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>CENTRO REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD SALUD</small>	Rev: 0
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO		Hoja: 2 de 14
	Procedimiento para aceptar pacientes al servicio de Imagenología en el Hospital Regional De Alta Especialidad Ciudad Salud.		

1 PROPÓSITO.

Definir los lineamientos para aceptar pacientes al servicio de Imagenología 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 a personal adscrito al área de Admisión Citas del Hospital Regional de Alta Especialidad que recibe y verifica el llenado de Nota de Referencia y Contrarreferencia debiendo considerar que el servicio solicitado se encuentre activo y envía dictamen de solicitud a las unidades solicitantes, al Servicio de Imagenología, que realiza la revisión técnica de las Referencias para atención de pacientes que requieren estudios de imagen del Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud y emite instrucciones y validación de las solicitudes al Área de Admisión Citas. 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 reporte mensual de referencias atendidas.
- 2.2 **A Nivel Externo:** Unidades médicas que integran el servicio de Redes Integradas de Servicios de Salud (REDESS).

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 La solicitud de atención de pacientes para estudios de imagenología 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), Formato 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.- Información básica del paciente. 4.- Datos y firma del efector de salud que refiere, 5.- Datos y firma del efector directivo que supervisa el traslado y 6.- Sello de la unidad.
- 3.2 El personal de Admisión Citas es el área responsable de recibir las solicitudes de estudios de imagenología emitidas por las unidades médicas que conforman el servicio de Redes Integradas de Servicios de Salud (REDESS) o por el Área de Vinculación comunitaria.
- 3.3 La Subdirección de Atención al Usuario mediante el Sistema de Referencia Contrarreferencia es responsable del área de Admisión Citas y de que todo el personal adscrito deba mantener una conducta ética y profesional para con los pacientes y con todo el personal del Instituto en cumplimiento al Código de Ética Institucional.

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

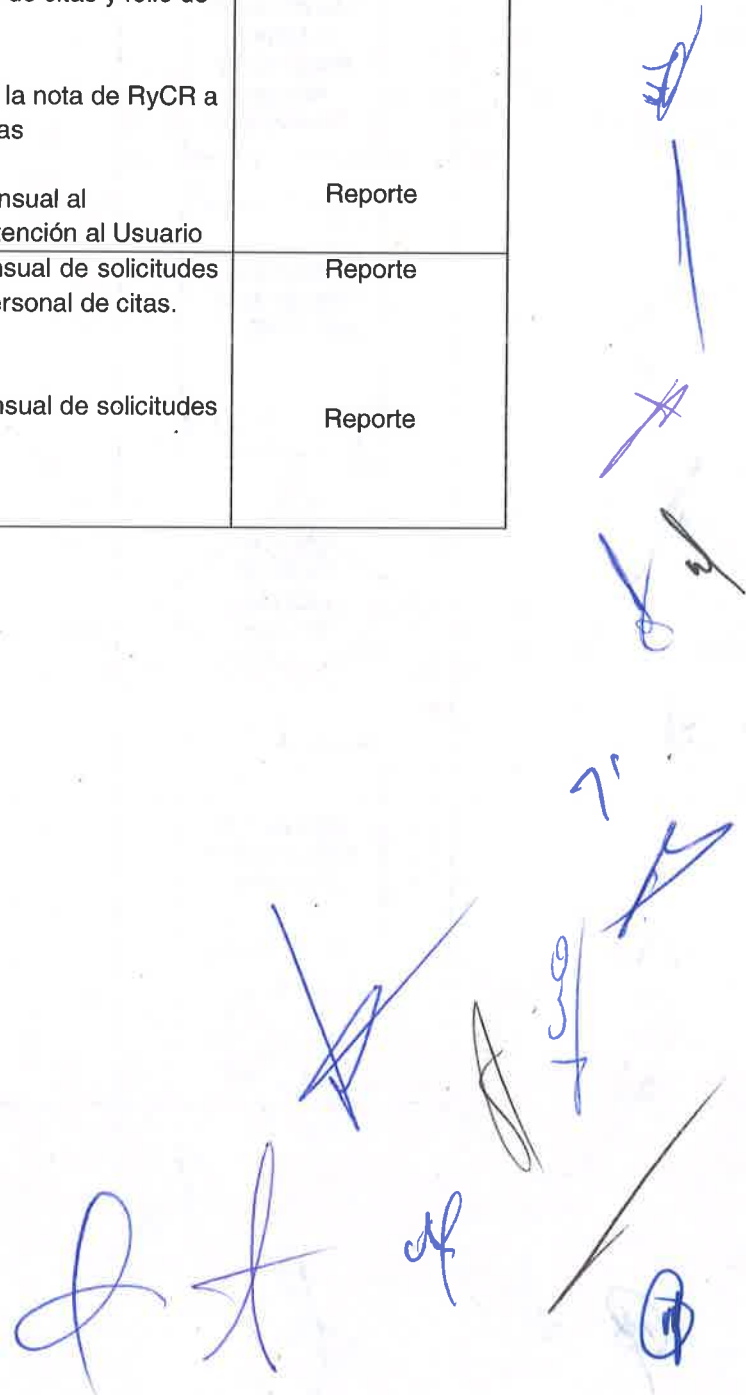
- 3.4 La aceptación de los pacientes se realizará exclusivamente mediante el Sistema de Referencia Contrarreferencia plasmado en el presente manual.
- 3.5 El trámite de solicitudes deberá ser únicamente entre las unidades que integren el Sistema de Redes Integradas de Servicios de Salud (REDESS) estatal o área de Vinculación comunitaria.
- 3.6 La Subdirección de Atención al Usuario es el área encargada de coordinar que las solicitudes se realicen vía correo electrónico a la dirección: referenciadcsalud@hotmail.com, o por vía WhatsApp al teléfono establecido para dicho trámite.
- 3.7 El personal de Admisión Citas es la encargada de verificar que la solicitud de Referencia de pacientes provenientes de las unidades con convenio que conforman el Servicio de Redes Integradas de Servicios de Salud (REDESS) estatal o Vinculación Comunitaria cumplan con los criterios administrativos para su trámite.
- 3.8 La Subdirección de Atención al Usuario es el área encargada de asegurar que la Referencia Contrarreferencia de pacientes se realice en el marco de los lineamientos nacionales que norman esta actividad.
- 3.9 La Jefatura de Imagenología es el responsable de la validación y del dictamen de las referencias al servicio para su aceptación o negación.
- 3.10 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.
- 3.11 Los pacientes derechohabientes podrán ser admitidos en el sistema de referencia para otorgarles atención, en caso de existir convenio interinstitucional. En los casos que el usuario acuda directamente a solicitar atención, la Subdirección de Atención al Usuario es el área encargada de orientar al usuario en los procesos administrativos para la gestión de citas.
- 3.12 El subdirector(a) de Atención al Usuario es el responsable de supervisar que las referencias de pacientes sean únicamente a través de unidades médicas y vinculación comunitaria, por medio del correo electrónico y número de teléfono oficiales.

Handwritten blue ink signatures and marks are present on the right side of the page, including a large signature at the top right, several smaller signatures below it, and a large signature at the bottom right. There are also some scribbles and a small mark resembling the number '7' near the bottom right.

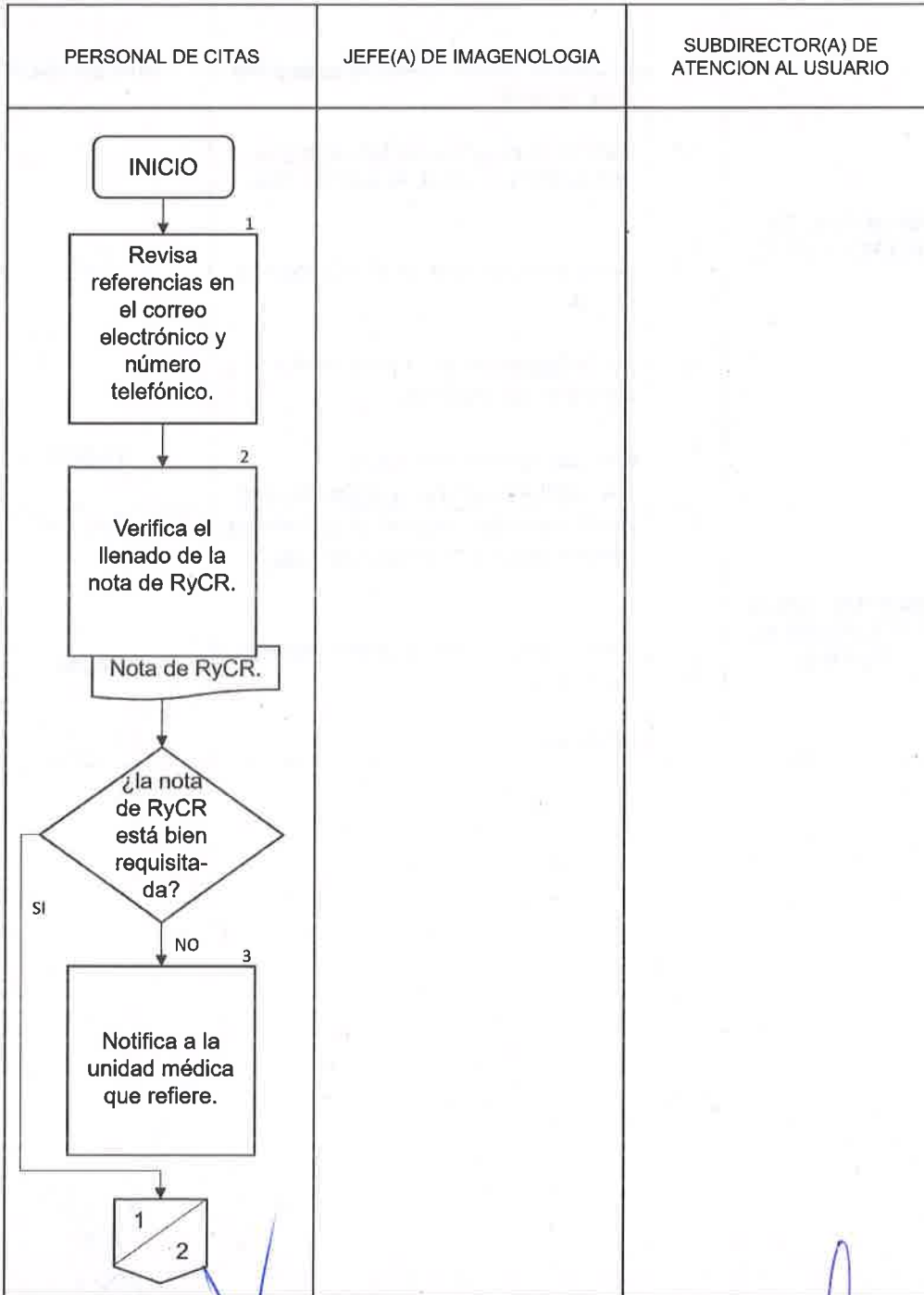
4 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

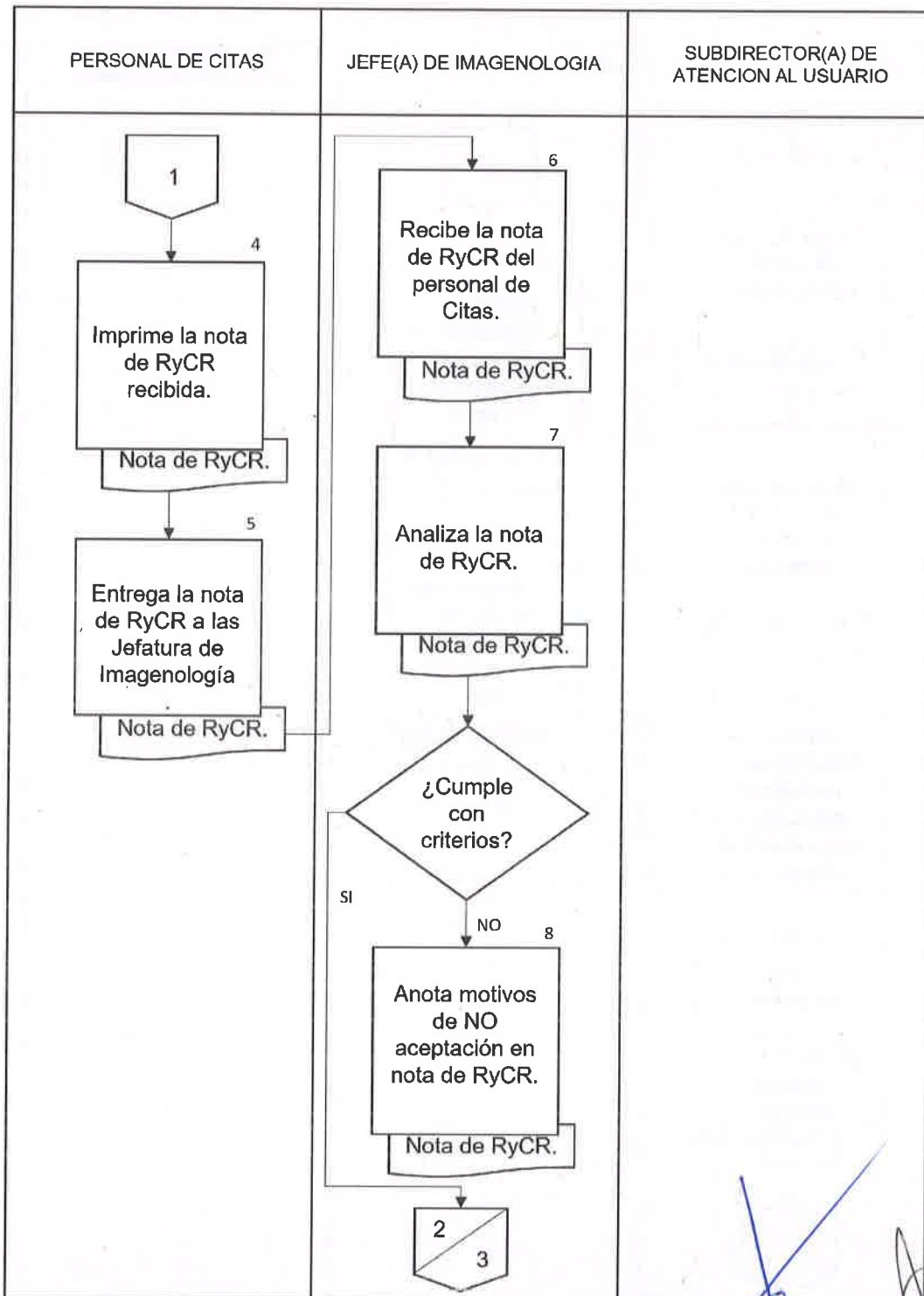
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o Anexo
PERSONAL DE ADMISIÓN CITAS	1	Revisa referencias en el correo electrónico y número telefónico.	
	2	Verifica el llenado de la nota de RyCR. ¿La nota de RyCR está bien requisitada?	Nota de RyCR
	3	NO: Notifica a la unidad médica que refiere.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










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.	CDCI
	15	Envía respuesta de la nota de RyCR a las unidades médicas	
	16	Entrega reporte mensual al subdirector(a) de Atención al Usuario	Reporte
SUBDIRECTOR(A) DE ATENCION 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	

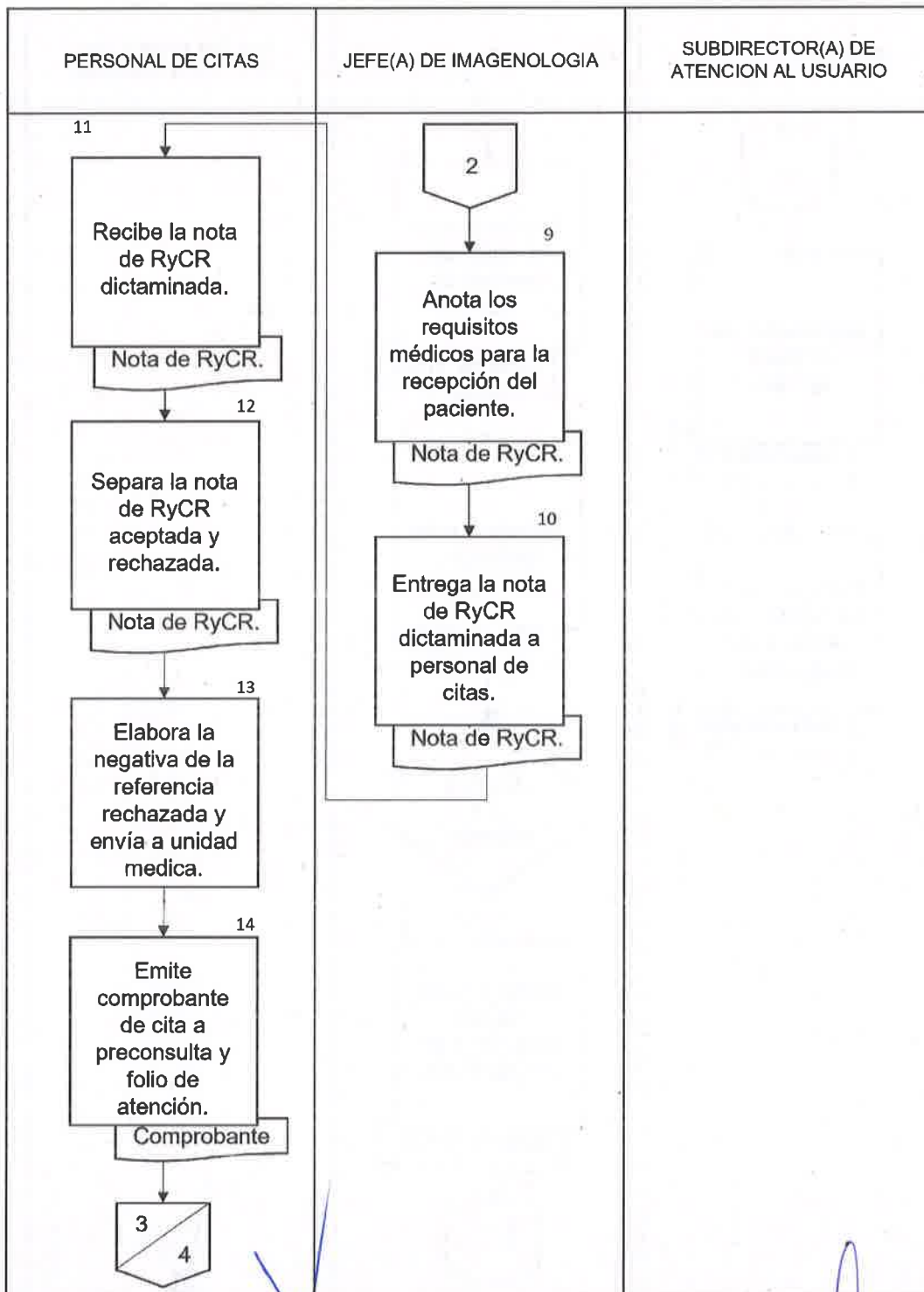


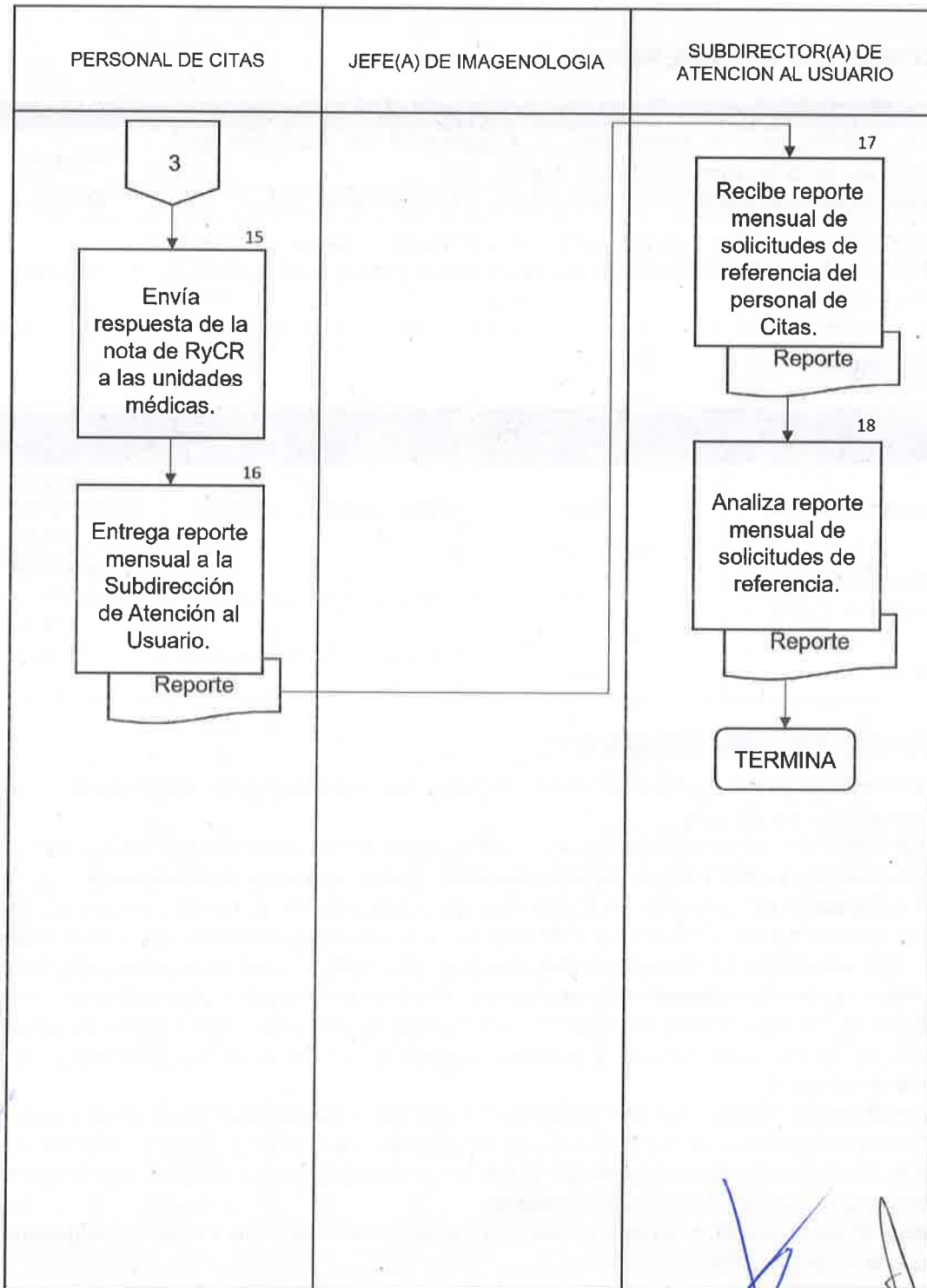
5 DIAGRAMA DE FLUJO.











Handwritten signatures and initials in blue ink are present on the right side and bottom of the page, including several large, stylized signatures and smaller initials.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>CENTRO REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD SALUD</small>	Rev: 0
	Subdirección de Atención al Usuario		Hoja: 10 de 14
	Procedimiento para aceptar pacientes al servicio de Imagenología 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 Imagenología. CDCI	1 año	Área de Admisión Citas	HRAECS-DH/DO/SAU/FOR-078-22
7.3 Reporte.	1 año	Subdirección de Atención al Usuario	N/A

8 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO.

- 8.1 **Imagenología:** Conjunto de técnicas y procedimientos que permiten obtener imágenes del cuerpo humano con fines clínicos o científicos.
- 8.2 **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 y separadamente.
- 8.3 **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.
- 8.4 **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).
- 8.5 **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.
- 8.6 **Usuario:** Persona que utiliza los servicios, puede ser interno (empleado HRAE CS, como externo (paciente y/o empleado de unidades que refieren paciente).
- 8.7 **Vinculación comunitaria:** Área que gestiona el trabajo colaborativo con y a través de pacientes afiliados por su proximidad geográfica.

10.1 Nota de Referencia.

Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud
 Dirección de Hospital
 Dirección de Operaciones
 Subdirección de Atención al Usuario

FOLIO: HRAECS-DH/DO/SALMFOR-074-22

NOTA DE REFERENCIA

IDENTIFICACIÓN PACIENTE	
Fecha: _____	
Nombre: _____ Apellidos: _____	
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Teléfono: _____	
CURP: <table border="1" style="width: 100%; height: 15px; border-collapse: collapse;"></table>	
Domicilio: _____	
Ciudad: _____ Municipio: _____ Entidad: _____	
Estado Civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Religión: _____	
(En caso de ser extranjero)	
Nacionalidad: _____ Estatus migratorio: _____	
Clasificación socioeconómica (Trabajo Social): NIVEL: <input type="checkbox"/> 1°. <input type="checkbox"/> 2°. <input type="checkbox"/> 3°. <input type="checkbox"/> 4°. <input type="checkbox"/> 5°. <input type="checkbox"/> 6°.	
CENTRO DE PROCEDENCIA Y MEDICO SOLICITANTE	
Hospital: _____ Médico: _____	
Especialidad del solicitante: _____ Institución: _____	
UNIDAD MÉDICA Y SERVICIO SOLICITADO	
Unidad médica que solicita: _____ Especialidad (Anotar): _____	
Consulta Externa <input type="checkbox"/> Admisión continua <input type="checkbox"/> Estudios <input type="checkbox"/>	
INFORMACIÓN MÉDICA	
RESUMEN CLÍNICO:	
EXÁMENES PRACTICADOS Y RESULTADOS	
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA Y MOTIVO DE ENVÍO.	
CASO MÉDICO LEGAL: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	
Número de evaluación previa: _____	
Firma del Médico que Refiere	Nombre y Firma del Responsable de la Unidad Hospitalaria

/

/

/

/


/

/

/

/

10.2 Comprobante de cita a Imagenología.



 HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD "CIUDAD SALUD"			
COMPROBANTE DE CITA A IMAGENOLOGIA (CDGI)			
FOLIO: HRAECS-DH/DO/SAU/FOR-078-22			
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE CITA: _____ HORA DE CITA: _____ SERVICIO: _____ ESTUDIO: _____ COSTO APROXIMADO: _____	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="background-color: #cccccc;">No. DE EXPEDIENTE</th> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"> </td> </tr> </table>	No. DE EXPEDIENTE	
No. DE EXPEDIENTE			
FAVOR DE PRESENTARSE UNA HORA ANTES DE SU CITA EN EL AREA DE CAJA PARA REALIZAR SU RESPECTIVO PAGO			
REQUISITOS INDISPENSABLES DEL PACIENTE			
IDENTIFICACION OFICIAL CON FOTOGRAFIA DEL PACIENTE			
PACIENTE Y ACOMPAÑANTE DEBERÁN PRESENTARSE CON CUBREBocas SIN VALVULA			
REQUISITOS QUE DEBE DE PRESENTAR EL DIA DE SU CONSULTA EN ORIGINAL Y 3 COPIAS			
CONSTANCIA DE NO DERECHOHABIENCIA DEL IMSS LA CUAL LA PUEDE IMPRIMIR EN:			
https://digital.imss.gob.mx/derechohabiencia/tramite/solicitudConstancia			
CONSTANCIA DE NO DERECHOHABIENCIA DEL ISSSTE LA CUAL LA PUEDE IMPRIMIR EN:			
https://oficinavirtual.issste.gob.mx/Servicios/Acreditación-de-no-Afiliación			
HOJA DE NO DERECHOHABIENCIA DEBIDAMENTE REQUISITADA CON SELLO DEL ISSTECH Y NOMBRE DEL PACIENTE			
DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN CITAS - TELÉFONO 01 962 62 0 11 00 EXT. 10243			

PASOS A SEGUIR PARA EL DIA DE SU ESTUDIO



Handwritten blue ink notes and signatures:

- Large handwritten 'X' mark.
- Handwritten numbers '7' and '14'.
- Handwritten initials and signatures, including 'cel' and 'B'.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev: 0
	Subdirección de Atención al Usuario		Hoja: 14 de 14
	Procedimiento para aceptar pacientes al servicio de Imagenología en el Hospital Regional De Alta Especialidad Ciudad Salud.		

10.3 Reporte



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 are scattered across the page, including a large '7' on the left, a large 'X' in the center, and several other marks on the right and bottom.