



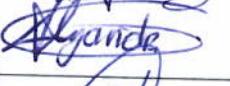













 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
	<b>No. de Revisión</b>	Rev. 00	<b>Fecha de Autorización</b>	
<b>Código</b>		Hoja: 1 de 53		

**PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN**


 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	Rev. 00	<b>Fecha Autorización</b>	de 07/2024	
<b>Código</b>			Hoja: 2 de 53	

<b>CONTROL DE EMISIÓN</b>				
	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>ELABORÓ</b>	Dra. Rosio Albarrán Ordaz	Subdirectora de Atención al Usuario		07-2024
	Mtra. Denisse Alejandra García Domínguez	Responsable de la Coordinación de Auxiliares de Admisión		07-2024
	Mtra. Flor Zoraida Sánchez Campos	Responsable de la unidad de trabajo social		07-2024
	Mtra. Judith Ramírez Chávez	Coordinador de gestión de procesos de calidad en áreas ambulatorias		07-2024
	Lic. Lidia Patricia Ramos Yáñez	Subjefe de enfermería		07-2024
	Dr. Marco Antonio Campos Zavala	Coordinador de gestión de procesos de calidad en áreas críticas y quirúrgicas		07-2024
	Lic. Miguel Ángel Diosdado López	Responsable del área de Manuales y Procedimientos		07-2024
	Mtra. Ruth Uvaldo Ruiz	Apoyo administrativo de la Unidad de Análisis de Desarrollo Institucional		07-2024
	Lic. Viridiana Nallely Castro García	Soporte administrativo de la Unidad de Análisis de Desarrollo Institucional		07-2024
	Lic. Jessica Jaqueline Ríos Galván	Soporte administrativo de la Unidad de Análisis de Desarrollo Institucional		07-2024
	Lic. Gabriela Bautista Hernández	Soporte Administrativo del Departamento de Asuntos Jurídicos		07-2024
	Lic. Paola Pilar López Guerrero	Jefe de servicio del Servicio de Enfermería		07-2024
<b>REVISÓ</b>	Dra. Zurisadai Waldo Castañón	Responsable de la Subdirección de Unidades Clínicas Especializadas		07-2024
<b>APROBÓ</b>	Dr. Gilberto Adrián Gasca López	Responsable del Área Medica del HRAEI de los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR		07-2024
<b>AUTORIZÓ</b>	Dra. Diana Palami Antunez	Titular de la Coordinación del HRAEI de los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR		07-2024

*[Handwritten signature]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
	<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha de Autorización</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 3 de 53</b>	

## 1.0 PROPÓSITO.






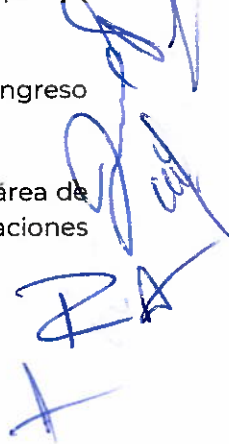
- 1.1 Establecer el procedimiento y lineamientos para llevar a cabo la hospitalización de las y los pacientes en apego a la normatividad aplicable, mediante la colaboración de las áreas corresponsables con el objeto de brindar atención médica o quirúrgica con calidad y seguridad para contribuir a salud de las personas que se atiendan el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI u Hospital).



## 2.0 ALCANCE

- 2.1 **A nivel interno aplica:** A las Subdirecciones de Servicios Clínicos, de Servicios Quirúrgicos, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, Clínicas y especializadas y la Subdirección de Enfermería, adscritas a la Dirección Médica; Subdirección de Atención al Usuario adscrita a la Dirección Operaciones, Departamento de Asuntos Jurídicos en los casos médicos legales así como, a los Jefes de Servicio, Coordinadores y responsables de las diferentes áreas especializadas y al personal operativo vinculado con el proceso de hospitalización en el HRAEI.
- 2.2 **A nivel externo aplica a:** Desarrollo y Operación de Infraestructura Hospitalaria de Ixtapaluca-(DOIHI) que otorga el servicio de Camillería así como el laboratorio clínico vigente en lo relativo a los estudios clínicos que se requieran durante la hospitalización del paciente.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 El personal del HRAEI otorgará servicios de atención hospitalaria en los horarios establecidos, gratuitos, integrales, libre de discriminación, continuos y con calidad y seguridad a las y los usuarios que no cuenten con seguridad social acorde a "Las Políticas para la observancia de las Acciones Esenciales de Seguridad de las y los Pacientes".
- 3.2 Las Subdirecciones de Servicios Clínicos, Quirúrgicos, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, Clínicas y especializadas, Enfermería y Atención al Usuario coordinarán las actividades en hospitalización que realicen las diferentes Unidades de Servicios que las conforman.
- 3.3 Todo paciente que amerite hospitalización deberá contar con una solicitud de ingreso hospitalario misma que será emitida por el área médica.
- 3.4 La Subdirección de Enfermería, coordinará al personal de enfermería asignado al área de Hospitalización para el proceso asistencial requerido de acuerdo a las indicaciones médicas.

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
	<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha de Autorización</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 4 de 53</b>	

- 3.5 Los médicos especialistas valorarán a los pacientes de acuerdo a sus necesidades limitado a la disponibilidad de la cartera de servicio y de las agendas específicas
- 3.6 El personal de salud en coordinación con la Subdirección de Atención al Usuario, serán los responsables de gestionar un enlace de interpretación cuando el paciente no hable español o tenga alguna limitante de comunicación y no cuente con un familiar o acompañante que la facilite, el HRAEI contará con un directorio para tal fin, para apoyarse durante los procesos de atención y hospitalización.
- 3.7 Durante el flujo de atención del paciente el médico tratante, realizará interrogatorio dirigido con respecto al padecimiento y motivo de envió, exploración física sistemática con la finalidad de que al término cuente con las diferentes opciones que se tienen en el Expediente Electrónico, de las cuales puede hacer uso de una o varias con la finalidad de dar seguimiento a los pacientes hospitalarios.
- 3.8 La Historia Clínica tendrá una vigencia de 5 años y deberá ser actualizada en caso de que la patología lo amerite por el servicio correspondiente.
- 3.9 La Subdirección de Enfermería coordinará al personal adscrito al área de hospitalización, para la detección de datos de alarma en el proceso asistencial y en su caso, el aviso inmediato al Médico responsable
- 3.10 El paciente o el familiar responsable tendrá derecho a solicitar copia de consentimiento informado el cual será proporcionado por el área médica
- 3.11 El paciente o el familiar responsable tendrá derecho de recibir informes sobre el estado de salud mismo que será proporcionado por el médico tratante o servicio de interconsulta
- 3.12 Todo paciente hospitalizado que está en calidad de custodia o victima deberá realizar lo siguiente:
  - 3.12.1 Paciente Custodiado (Imputado), Seguridad Publica presentara el oficio asignado por la fiscalía correspondiente, el cual recibirá la Subdirección de atención al Usuario en coordinación con el Departamento de Asuntos jurídicos para el seguimiento de su atención hospitalaria el cual deberá estar custodiado las 24 horas por personal de seguridad publica según corresponda.
  - 3.12.2 Paciente Victima (medida de protección) Seguridad Publica presentara oficio girado por la Fiscalía correspondiente. el cual verificará su permanencia hospitalaria del cual deberá firmar el paciente o en su caso el familia o persona responsable.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*


*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
	<b>No. de Revisión</b>	Rev. 00	<b>Fecha de Autorización</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 5 de 53</b>	

- 3.13 El paciente, el familiar responsable o responsable legal podrá solicitar al área médica su alta voluntaria en el momento que lo requiera
- 3.14 La subdirección de enfermería o área médica determinara la necesidad de la permanencia del familiar o responsable legal del paciente se llevará a través de la Subdirección de atención al usuario el cual otorgara el ingreso (pase de permanencia anexo 13)
- 3.15 Si el estado de salud del paciente lo amerita el área médica en conjunto con la Subdirección de atención al usuario podrá autorizar el ingreso de más de un familiar o reunión familiar en los horarios especiales y condiciones que se hayan establecidos para tal fin.
- 3.16 El trámite de egreso del paciente se llevará a cabo de conformidad con lo señalado en el Procedimiento transversal para el ingreso, atención y egreso del paciente en áreas hospitalarias.
- 3.17 Todo paciente que ingrese a hospitalización con identidad desconocida, su registro de identificación se realizará con base en la "**Acción Esencial de Seguridad del Paciente 1**" señalada en las "**Políticas Institucionales Para Observancia de Las Acciones Esenciales se Seguridad de la o el Paciente (AESP) en los Procesos de Atención**".
- 3.18 Cuando el personal de salud detecte la ausencia del familiar o persona responsable, la Subdirección De Atención Al Usuario a través de Trabajo Social deberá localizarlo por vía telefónica, mensaje o visita domiciliaria, en caso no encontrar alguno de ellos, informara al personal de salud la limitante de la situación para proceder a la notificación ante el ministerio público o autoridades correspondientes con el apoyo del departamento de asuntos jurídicos del HRAEI.
- 3.19 El familiar o persona responsable del paciente, cuando requiera ingresar dentro de los horarios establecidos al área de hospitalización deberá presentar pase de visita que se le otorgó, así como identificación oficial en la recepción principal del HRAEI para que se le permita el ingreso


 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
	<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha de Autorización</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 6 de 53</b>	

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	NO. ACT.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	DOCUMENTO O ANEXO
Subdirección de Atención al Usuario (Auxiliar de admisión)	<b>1</b>	Ejecuta actividad electrónica (saludness) para llevar a cabo el proceso de encame. Es importante señalar que la gestión previa al encame estará descrita en el procedimiento transversal para el ingreso, atención y egreso del paciente en áreas hospitalarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encame ANEXO 10.1</li> </ul>
	<b>2</b>	Realiza orientación de ingreso y entrega pase de visita	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pase de Visita ANEXO 10.2</li> </ul>
	<b>3</b>	Envía a familiar o persona responsable con personal de Trabajo Social, para gestión de estancia hospitalaria del paciente.	
Subdirección de Atención al Usuario (Trabajador Social)	<b>4</b>	Proporciona orientación al familiar o persona responsable, sobre las acciones específicas del servicio correspondiente véase la política xxx	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reglamento ANEXO 10.3</li> </ul>
	<b>5</b>	Verifica en el expediente clínico electrónico que la o el paciente cuente con estudio socioeconómico en caso contrario se realiza estudio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudio socioeconómico o (en caso de requerirse) ANEXO 10.4</li> </ul>
Subdirección de Enfermería (Personal de Enfermería asignado al servicio)	<b>6</b>	Ejecuta actividad Electrónica (SaludNess) para llevar a cabo el proceso denominado "llega paciente"	
Dirección Médica (Médico Tratante)	<b>7</b>	Realiza o actualiza documentación correspondiente para ingreso hospitalario (indicaciones médicas, solicitudes de estudios de laboratorios, consentimientos informados etc.), en caso de no contar con historia clínica completa, la deberá realizar; así como	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nota de ingreso Anexo 10.5</li> <li>Indicaciones médicas Anexo 10.6</li> </ul>




  



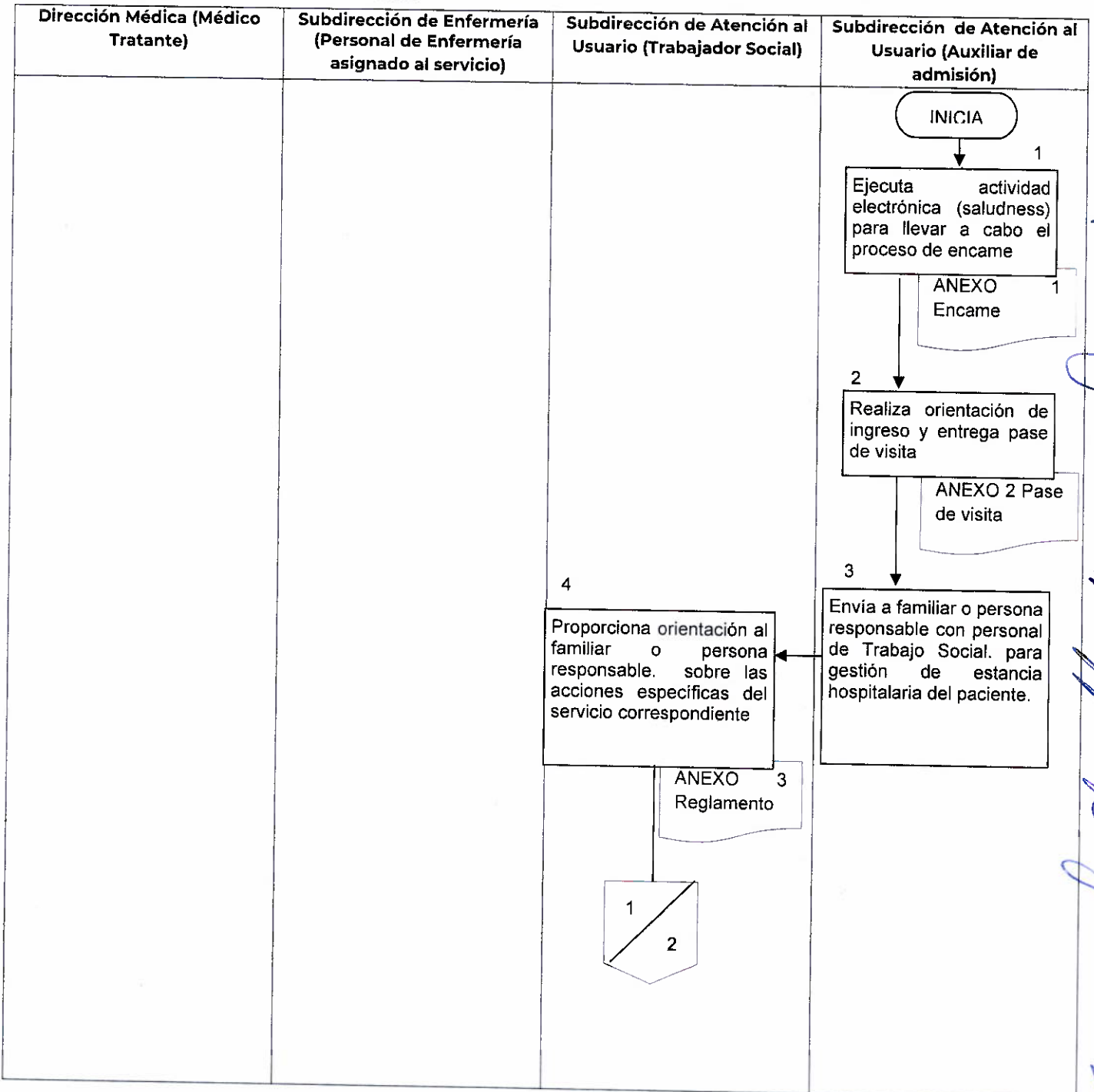

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
	<b>No. de Revisión</b>	Rev. 00	<b>Fecha de Autorización</b>	
<b>Código</b>		<b>Hoja: 7 de 53</b>		

RESPONSABLE	NO. ACT.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	DOCUMENTO O ANEXO
		deberá indicar las Valoraciones necesarias de acuerdo con la política 3.7	
Subdirección de Enfermería (Personal de Enfermería asignado al servicio)	<b>8</b>	Recibe indicaciones médicas firmadas por el médico tratante y las lleva a cabo.	
	<b>9</b>	Ministra medicamentos y da atención integral de los cuidados de enfermería y registra en el sistema electrónico (SaludNess) las valoraciones iniciales de enfermería. De acuerdo con el Procedimiento de Registros Clínicos de Enfermería	
Dirección Médica (Médico Tratante)	<b>10</b>	Continúa con la vigilancia y seguimiento del diagnóstico y tratamiento del paciente	
	<b>11</b>	Solicita de acuerdo a su valoración las interconsultas necesarias, así como estudios de laboratorio y gabinete para complementación diagnóstica y terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de interconsulta Anexo 10.7</li> <li>• Estudios laboratorios y gabinete Anexo 10.8</li> </ul>
	<b>12</b>	Realiza de acuerdo a su evolución y valoración de la o el paciente los procedimientos invasivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentimiento o informado Anexo 10.9</li> </ul>
	<b>13</b>	Realiza tramite de pre alta y egreso hospitalario en caso de mejoría, solicitud del paciente, traslado, máximos beneficios o defunción para el detalle de egreso del paciente véase el Procedimiento transversal para el ingreso, atención y egreso del paciente en áreas hospitalarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pre alta Anexo 10.10</li> <li>• Nota de egreso Anexo 10.11</li> </ul>
		TERMINA	


 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
	<b>No. de Revisión</b>	Rev. 00	<b>Fecha de Autorización</b>	
<b>Código</b>			Hoja: 8 de 53	

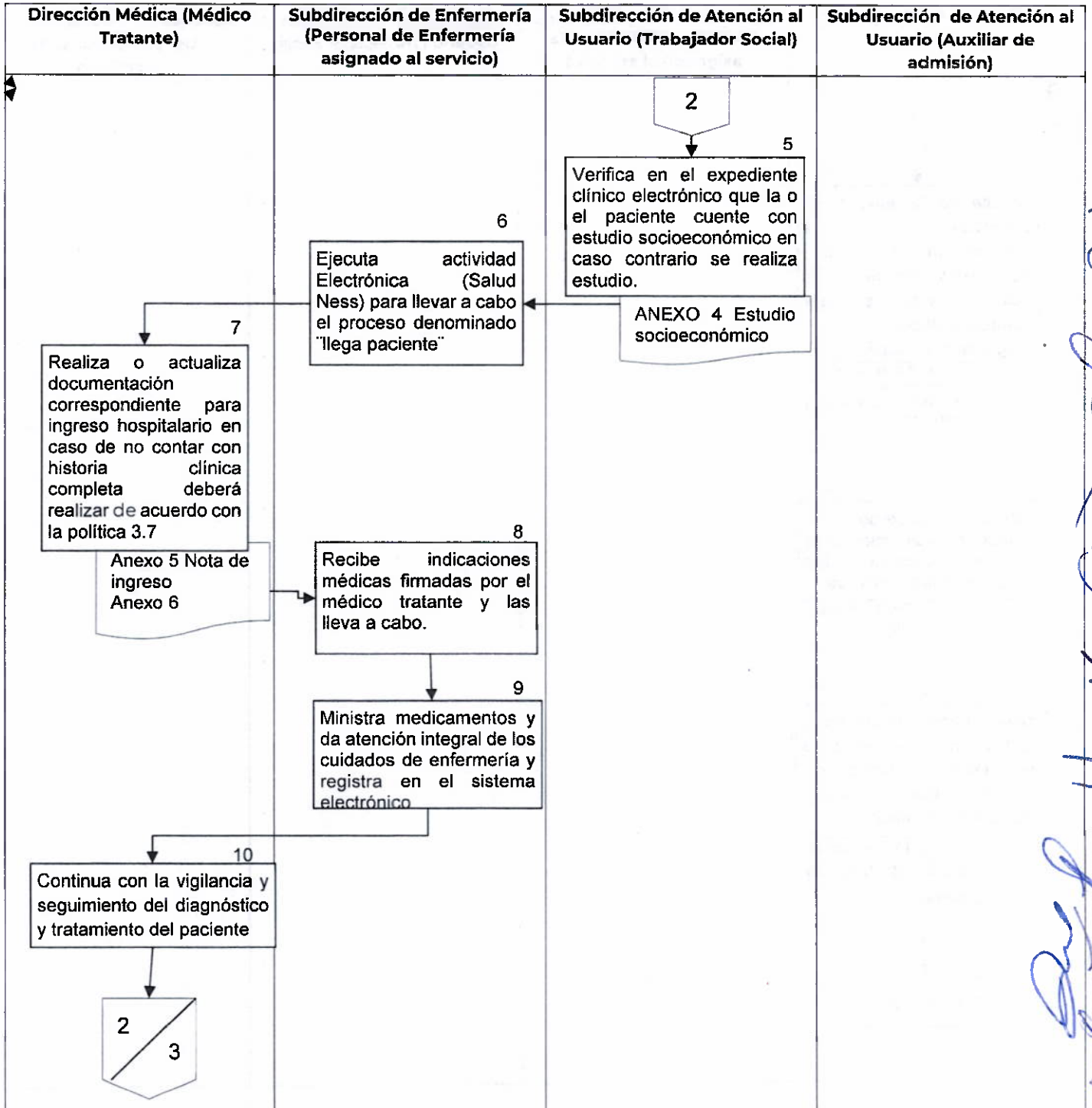
### 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



*Handwritten signatures and notes in blue ink, including names like 'P. de la Cruz' and 'A. Ruiz'.*



 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	Rev. 00	<b>Fecha Autorización</b>	de 07/2024	
<b>Código</b>		Hoja: 9 de 53		



*Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature at the bottom right.*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>		 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>		
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>		
	<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	
<b>Código</b>		<b>Hoja: 10 de 53</b>	

Dirección Médica (Médico Tratante)	Subdirección de Enfermería (Personal de Enfermería asignado al servicio)	Subdirección de Atención al Usuario (Trabajador Social)	Subdirección de Atención al Usuario (Auxiliar de admisión)
<p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: right;">11</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Solicita de acuerdo a su valoración las interconsultas necesarias, así como estudios de laboratorio y gabinete para complementación diagnóstica y terapéutica </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 10px; font-size: small;"> Anexo 8 Solicitud de interconsulta anexo 9 Estudios de laboratorio y gabinete </div> <p style="text-align: right;">12</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Realiza de acuerdo a su evolución y valoración de la o el paciente los procedimientos invasivos </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 10px; font-size: small;"> Consentimiento informado </div> <p style="text-align: right;">13</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Realiza tramite de pre alta y egreso hospitalario en caso de mejoría, solicitud del paciente, traslado, máximos beneficios o defunción </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 10px; font-size: small;"> Anexo 11 Pre alta A  Anexo 12 Nota de egreso </div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <b>TERMINA</b> </div>			

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
	<b>No. de Revisión</b>	Rev. 00	<b>Fecha Autorización</b> de	
<b>Código</b>			Hoja: 11 de 53	



## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	No aplica
Ley General de Salud	No aplica
Estatuto Orgánico de Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM 034-SSA3-2013 Regulación de los Servicios de Salud. Atención Médica pre hospitalaria	NOM 034-SSA3-2013
Norma Oficial Mexicana Nom-004-Ssa3-2012, Del Expediente Clínico	Nom-004-Ssa3-2012
Norma Oficial Mexicana NOM 027-SSA3-2013 Regulación de los servicios de salud que establecen los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de establecimientos para la atención médica	NOM 027-SSA3-2013
Políticas Institucionales Para La Observancia De Las Acciones Esenciales De Seguridad de la o el Paciente	HRAEI-MUEC-DG-PL-AESP
Procedimiento transversal para el ingreso, atención y egreso del paciente en áreas hospitalarias	No aplica

## 7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Encame ( Registro electrónico)	5 años	Salud Ness	No aplica
Pase de Visita	No aplica	Subdirección de Atención al Usuario	No aplica
Reglamento	No aplica	Subdirección de Atención al Usuario	No aplica
Estudio socioeconómico (Registro electrónico)	5 años	Salud Ness	No aplica
Nota de ingreso ( Registro electrónico)	5 años	Salud Ness	No aplica
Indicaciones médicas (Registro electrónico)	5 años	Salud Ness	No aplica

[Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature that appears to be 'Rosa R...' and other initials.]



 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
	<b>No. de Revisión</b>	Rev. 00	<b>Fecha de Autorización</b>	
<b>Código</b>			Hoja: 12 de 53	

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Valores Iniciales ( Registro electrónico)	5 años	Salud Ness	No aplica
Solicitud de interconsulta (Registro electrónico)	5 años	Salud Ness	No aplica
Estudios laboratorios y gabinete (Registro electrónico)	5 años	Salud Ness	No aplica
Consentimiento informado ( Registro electrónico)	5 años	Salud Ness	No aplica
Pre alta ( Registro electrónico)	5 años	Salud Ness	No aplica
Nota de egreso (Registro electrónico)	5 años	Salud Ness	No aplica

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **DOIHI:** Desarrollo y Operación de Infraestructura Hospitalaria de Ixtapaluca
- 8.2 **HRAEI u hospital:** Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca
- 8.3 **SAU:** Subdirección de Atención al Usuario.
- 8.4 **Consentimiento informado:** Documento informativo que se proporciona al paciente, familiar o persona responsable para firma de autorización y conocimiento donde de otorga información importante, como los riesgos posibles de un procedimiento o tratamiento médico.
- 8.5 **Encame:** se le conoce a la acción del paciente que, por diferentes motivos, este obligado a permanecer inmóvil en cama hospitalizado.
- 8.6 **Estudio socioeconómico:** Es un documento que permite conocer el entorno social y económico de una persona en particular, se trata de una investigación que tiene como objetivo esclarecer los aspectos propios de un individuo (sujeto de investigación). Los rubros a desplegar en el estudio socioeconómico dependerán de la finalidad del mismo.
- 8.7 **Estudios de laboratorio y gabinete:** El documento describe varios exámenes de laboratorio comúnmente utilizados en ciencias de la salud. Menciona exámenes de

Hecho en Ixtapaluca, Pue.  
 el día 07 de Julio del 2024  
 [Firma]

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCIÓN MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha Autorización de</b>	<b>07/2024</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 13 de 53</b>	



sangre como biometría hemática, química sanguínea y pruebas de coagulación. También describe pruebas de orina, exámenes de imagenología como rayos X, ultrasonido, TAC y resonancia magnética. El documento provee detalles sobre cada examen y su utilidad para diagnosticar diferentes condiciones médicas.

- 8.8 **Historia Clínica:** Conjunto de documentación que recoge el relato del paciente sobre su enfermedad, pruebas diagnósticas, opiniones de los médicos, intervenciones terapéuticas realizadas y evolución de un paciente.
- 8.9 **Ministración de medicamento:** proveer a alguien de lo que se necesita; aplicar dar o hacer tomar un medicamento.
- 8.10 **Pase de Visita:** documento institucional que permite regular el ingreso de familiares o personas para visita del paciente en el área de hospitalización.
- 8.11 **Procedimientos invasivos:** Es aquel procedimiento realizado por un profesional de la medicina o de enfermería en el cual el cuerpo es intervenido química y/o mecánicamente o mediante inyecciones intradérmicas y/o subcutáneas, o se introduce un tubo o un dispositivo médico.
- 8.12 **Responsable legal:** Persona designada para recibir información del personal de salud del hospital, la cual tiene facultad de toma de decisiones respecto del paciente si éste no está capacitado para ello sobre la atención médica que recibe.
- 8.13 **Salud Ness:** Es un sistema de gestión hospitalaria para control de expediente clínico y administrativo del paciente.
- 8.14 **Subdirección de Servicios Quirúrgicos:** Es el área que planea, coordina, evalúa y participa en todas las actividades de asistencia, enseñanza e investigación de los departamentos y servicios quirúrgicos de la Institución con el fin de garantizar una atención de alta especialidad.

## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO





Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
Rev.- 00	No aplica ( Es de nueva creación)	No aplica

P. López P. R.  
 [Handwritten signatures and initials in blue ink]

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
	<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha Autorización</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 14 de 53</b>	

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO







- 10.1 Encame (Registro electrónico realizado en Salud Ness)
- 10.2 Pase de visita
- 10.3 Reglamento
  - 10.3.1 Cirugía Ambulatoria
  - 10.3.2 Toco cirugía/ Cuneros Transitorios
  - 10.3.3 Unidad de Cuidados Neonatales (UCIN/UTIN)
  - 10.3.4 Unidad de Cuidados Pediátricos(UCIP/UTIP)
  - 10.3.5 Hospitalización Primer Piso Hematología
  - 10.3.6 Unidad de Cuidados Adultos (UTIA/UCIA)
  - 10.3.7 Urgencias
  - 10.3.8 Urgencias Pediátricas
  - 10.3.9 Hospitalización Segundo Piso
  - 10.3.10 Hospitalización Cuarto Piso
  - 10.3.11 Pediatría
  - 10.3.12 Hospitalización Primer Piso/ Ginecología y Obstetricia
  - 10.3.13 Hospitalización Tercer Piso
  - 10.3.14 Hospitalización Primer Piso Oncología
  - 10.3.15 Quirófano/Hemodinámia
- 10.4 Estudio socioeconómico (Registro electrónico realizado en Salud Ness)
- 10.5 Nota de ingreso (Registro electrónico realizado en Salud Ness)
- 10.6 Indicaciones médicas (Registro electrónico realizado en Salud Ness)
- 10.7 Solicitud de interconsulta (Registro electrónico realizado en Salud Ness)
- 10.8 Solicitudes de estudios laboratorio y gabinete (Registro electrónico realizado en Salud Ness)
- 10.9 Consentimientos informados (Registro electrónico realizado en Salud Ness)
- 10.10 Pre alta (Registro electrónico realizado en Salud Ness)
- 10.11 Nota de egreso (Registro electrónico realizado en Salud Ness)
- 10.12 Pase de permanencia.


 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
	<b>No. de Revisión</b>	Rev. 00	<b>Fecha Autorización</b>	
<b>Código</b>		Hoja: 15 de 53		

Anexo 10.1 Encame (Registro electrónico realizado en Salud Ness)

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	 <b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>	Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca Carretera Federal México Puebla Km 34.5 Pueblo de Coahuacán 56530 Ixtapaluca, Méx. Teléfono: +52 5372 9800 CLAVE POSTAL 18785	 <b>Encame</b>
<b>Nombre</b> _____ <b>Expediente / CURP</b> _____ <b>Género / Fecha Nacimiento</b> _____ <b>Servicio / Fecha Atención</b> _____ <b>Solicitante / Especialidad</b> _____			
<b>Datos Generales</b>			
<b>Fecha Emisión</b>	12/Jul/2024 10:34am		
<b>Servicio</b>	Admisión		
<b>Procedencia</b>	Urgencias		
<b>Familiares Responsables</b>	_____		
<b>Diagnósticos Ingreso</b>	ICTERICIA NO ESPECIFICADA (R17X) Presuncional, Principal, desde: 05/Mar/2024 (Activo No Controlado), FIEBRE, NO ESPECIFICADA (R509) Presuncional, desde: 09/Jul/2024 (Activo Controlado) Es de Importancia Epidemiológica SUIVE: Causas Sujetas a Vigilancia Epidemiológica Convencional.		
<b>Programa</b>	Tipo Programa: Ninguno Tipo Beneficiario: No Derechohabiente Lista Precios: 1X (11/Dic/2024)		
<b>Motivo Internamiento</b>	_____		
<b>Estancia Estimada (días)</b>	0		
<b>Médico que solicita el ingreso</b>	_____		
<b>Servicio Solicitante</b>	Urgencias		
<b>Datos Ingreso</b>			
<b>Fecha Emisión</b>	_____		
<b>Servicio</b>	Admisión		
<b>Médico tratante en piso</b>	_____		
<b>Especialidad</b>	Cirugía General		
<b>Servicio</b>	Cirugía General		
<b>Fecha / Hora Ingreso</b>	_____		
<b>Central</b>	Hospitalización Quirúrgicos Adultos (2o Piso)		
<b>Cama</b>	_____		
<b>Comentarios</b>	_____		
<b>Firmas</b>		<b>QRs</b>	
<b>Elabora</b>	_____	<b>Paciente</b>	
<b>Turno Elabora</b>	_____	<b>Elabora</b>	
<b>Especialidad Elabora</b>	_____	<b>Nota</b>	
<b>Firma Elabora</b>	_____		
<b>Responsable</b>	_____		
<b>Especialidad Responsable</b>	_____		
<b>Firma Responsable</b>	_____		
<b>Cadena Original</b>	_____		
<b>Sello Digital</b>	_____		

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	Rev. 00	<b>Fecha de Autorización</b>	07/2024	
<b>Código</b>			Hoja: 16 de 53	

Anexo 10.2 Pase de Visita

## PASES DE VISITA

**ADULTOS**

**GINECO**

**PEDIATRICO**

SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO  
ADMISION HOSPITALARIA

**PASE DE VISITA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Servicio HOSPITALIZACIÓN ADULTOS:      Sala:     

Fecha de ingreso:      /      /     

PROCESO DE VISITA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Jefe de Admisión Hospitalaria




SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO  
ADMISION HOSPITALARIA

**PASE DE VISITA**



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Servicio HOSPITALIZACIÓN GINECO:      Sala:     

Fecha de ingreso:      /      /     

Historia de Visita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Jefe de Admisión Hospitalaria

SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO  
ADMISION HOSPITALARIA

**PASE DE VISITA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Servicio HOSPITALIZACIÓN PEDIATRICO:      Sala:     

Fecha de ingreso:      /      /     

Historia de Visita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Jefe de Admisión Hospitalaria




*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*



 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> IXTAPALUCA
	<b>DIRECCIÓN MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha Autorización</b>	<b>07/2024</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 17 de 53</b>	

Anexo 10.3 Reglamento (se otorga un reglamento diferente dependiente de la especialidad)

10.3.1 Cirugía Ambulatoria

**Antes de ingresar a quirófano:**  
Entrega a tu familiar, dentaduras, puentes, aparatos auditivos, lentes de contacto o anteojos.

**Recuerda**  
No podrás ingresar alimentos, bebidas o bultos grandes

**Familiar o persona responsable**  
Acude a:  
Trabajo Social, con el carnet de tu paciente  
\* Recibirás orientación  
\* Proporciona por lo menos tres números telefónicos de contacto

**#importante**  
Permanecer en la sala de espera una vez que tu paciente entro a quirófano.  
Comunicarte a Trabajo Social si vas a salir a tomar alimentos y, procurar no tardarte más de 30 minutos.

**Recuerda**  
Pasas a Trabajo Social, al momento de recibir la Indicación de egreso de tu paciente por parte de enfermería.  
En caso de que tu paciente se encuentre enfermo, acude un día antes de la cirugía con su médico para reprogramarla.

**Teléfono:**  
55 59 72 96 00  
55 59 72 97 00  
55 59 72 98 00  
EXT. 1304  
Lunes a viernes de 7:00 a 17:00 horas

**Correo:**  
farmacovigilancia@hraei.gob.mx

**Protocolo de actuación de Código Morado**

**Es importante presentarte con cubrebocas y realizar el lavado de manos con frecuencia.**

**... CIRUGÍA AMBULATORIA ...**

**¿Ya cuentas con fecha de cirugía?**

Requerida acudir con los siguientes documentos:  
 \* Acta de nacimiento  
 \* CUPP  
 \* Identificación oficial vigente del familiar responsable  
 \* Comprobante de domicilio (no mayor a tres meses de anterioridad)  
 \* Comprobante de ingresos

**Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Hora:** \_\_\_\_\_

**#NoOlvides**  
En todo momento debes presentar tu carnet para cualquier trámite.

**Recuerda que el día de tu cirugía presentarte:**

Unidad de apoyo: Sala de espera  
Bañado y con ropa limpia

No traer accesorios uñas pintadas  
Seguir las indicaciones de tu médico

**Es importante acudir solo con un familiar o persona responsable, mayor de 18 años.**

**#TomaEnCuenta**  
Antes de tu cirugía, debes realizar la donación de sangre indicada.

Carretera Federal México Puebla Km. 34.5, Pueblo de Zoquiapan  
Municipio de Ixtapaluca, Edo. de México, C. P. 56530

*[Handwritten signatures and marks in blue ink]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR.</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> IXTAPALUCA
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
	<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha Autorización</b>	
<b>Código</b>		<b>Hoja: 18 de 53</b>		

### 10.3.2 Toco cirugía/ Cuneros Transitorios

En caso de sospecha sobre alguna **reacción adversa** a los medicamentos, favor de comunicarse

**Teléfono:**  
 55 59 72 96 00  
 55 59 72 97 00  
 55 59 72 98 00  
 Extensión 1304

Lunes a viernes de 7:00 a 17:00 horas

**Correo:**  
 farmacovigilancia@hraei.gub.mx



Protocolo de actuación de Código Morado



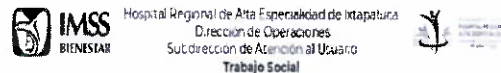
Carretera Federal México-Puebla km 3+5 Tlaxiaco de Zedillo, Jalisco  
 México, C.P. 36521

#### AL INGRESO DEL PACIENTE

- Mientras tu paciente permanezca en esta área, se te entregará un pase de visita por lo que es importante que al ingresar al hospital, te presentes con tu identificación oficial vigente con fotografía, ya que sin esta no podrás acceder a las instalaciones.
- Asistir a Trabajo Social con la siguiente documentación de la paciente en original y copia:

- Acta de nacimiento
- CURP
- Constancia de identidad
- Identificación oficial vigente del paciente y del familiar responsable
- Comprobante de domicilio actualizado
- Comprobante de ingresos
- Constancias de **No Derechohabientía**, puedes tramitarlas en este hospital, en área de Kiosco
- Comprobante de donación sanguínea

Entrega los artículos de aseo y cuidado personal para tu paciente en una bolsa de plástico transparente, etiquetados con nombre y número de cama, se entregarán en cuanto se te indique



### ... TOCOCIRUGÍA/CUNEROS TRANSITORIOS ...

#### Reglamento

#### SIN VISITAS

**Informe médico:** La persona o familiar responsable debe de permanecer en la sala de espera del primer piso, a partir de las 8:00 horas, para recibir el informe médico e indicaciones.

**Importante:** Presentarse con adecuada higiene personal, cubre bocas, uñas cortas y sin pintar; cabello recogido, sin joyería, sin alimentos, medicamentos, bolsas u objetos voluminosos.

#### Profesional de Trabajo Social:

Número telefónico 55 59 72 96 00, 55 59 72 97 00, 55 59 72 98 00  
 Ext. 1231



Me comprometo a compartir la orientación y este díptico con mis familiares

Nombre, firma del responsable que recibe información y fecha:

#### INDICACIONES

- Toma en cuenta que por cuestiones de seguridad, confianza y comodidad de todas las pacientes, los familiares autorizados para ingresar a esta área son esposo (concubino o pareja), mamá o suegra de la paciente, solo podrá ingresar una (1) persona por día. En caso de no contar con esta red de apoyo, comentarlo con Trabajo Social para su valoración.
- Es muy importante que al salir del hospital, compartas toda la información que te ha sido proporcionada por el personal de salud (médicos, personal de trabajo social o enfermería) con el resto de tu familia, para que todos los integrantes estén informados.
- Es importante externar y aclarar todas tus dudas cuando el médico te brinda la información del estado de salud de tu paciente.
- Toma en cuenta, si no es requerida la presencia de la persona o familiar responsable en la sala de espera, se pedirá retirarse de la sala de espera, con el compromiso de presentarse al día siguiente, a partir de las 8:00 horas.
- Recuerda que no se otorga el pase de visita para este servicio.
- Es obligatorio realizar el correcto lavado de manos al entrar y salir del hospital, para la seguridad de tu familia y del personal de salud.
- Únicamente el personal médico está autorizado para proporcionar informes del estado de salud del paciente.

*[Handwritten signatures and notes in blue ink, including names like 'Quint', 'Rosa', 'Ale', 'Alicia', 'Cristina', 'Alicia', 'Cristina', 'Alicia', 'Cristina']*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha de Autorización</b>	<b>07/2024</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 19 de 53</b>	

### 10.3.3 Unidad de Cuidados Neonatales (UCIN/UTIN)

En caso de sospecha sobre alguna **reacción adversa** a los medicamentos, favor de comunicarse:

**Teléfono:**  
 55 59 72 96 00  
 55 59 72 97 00  
 55 59 72 98 00  
 Extensión 1304  
 Lunes a viernes de 7:00 a 17:00 horas

**Correo:**  
 farmacovigilancia@hraei.gob.mx



Protocolo de actuación de Código Morado



Carretera Federal México-Puebla km 3-S. Pueblo de Coajahuacán  
 Municipio de Ixtapaluca, Edo. de México. C. P. 96530

#### AL INGRESO DEL PACIENTE

- Presentarte en Trabajo Social donde se te **brindará la orientación del servicio**, presentarse en Admisión Hospitalaria donde se te **entregará el pase de visita**, posteriormente acudir a recepción por el gafete correspondiente.
- Entregar la siguiente documentación de la mamá en original y copia

- Acta de nacimiento
- CURP
- Identificación oficial vigente y/o constancia de identidad de ambos padres
- Certificado de nacimiento del paciente
- Comprobante de domicilio actualizado
- Comprobante de ingresos
- Constancias de **No Derechohabencia**, puedes tramitarlas en este hospital, en área de Kiosco
- Comprobante de donación sanguínea

Entrega los artículos higiene personal para tu paciente (shampoo, crema corporal hiposensibilizante, pomada para rozaduras y toallitas húmedas) en una bolsa de plástico transparente, **etiquetados con nombre y número de cama** en Admisión Hospitalaria.



Recuerda **El paciente no puede tener en su habitación dispositivos electrónicos** (radio, teléfono celular, tableta) durante su estancia hospitalaria, en caso de pérdida o descompostura, el servicio no se hace responsable



Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca  
 Dirección de Operaciones  
 Subdirección de Atención al Usuario  
 Trabajo Social



### ... UNIDAD DE CUIDADOS NEONATALES ... (UCIN/UTIN)

#### Reglamento

**Horario de visita:** De lunes a domingo a las **12:00**, y **17:00 horas** (llega 30 minutos antes) con el gafete visible. Únicamente se le permitirá ingresar a mamá o papá.

**Importante:** Presentarte con adecuada higiene personal, cubrebocas, uñas cortas y sin pintar; cabello recogido, sin joyería o alhajas. Prohibido el uso de celular durante la visita (mantenerlo apagado), sin bolsas u objetos voluminosos.

#### Profesional de Trabajo Social:

Número telefónico 55 59 72 96 00, 55 59 72 97 00, 55 59 72 98 00 Ext. 1231

Me comprometo a compartir la orientación y este díptico con mis familiares

Nombre, firma del responsable que recibe información y fecha:

#### INDICACIONES

- Importante:** Si los **padres son menores de edad**, se deberá tramitar la **Constancia de Identidad**.
- Es obligatorio que antes de ingresar al área, debes realizar el **lavado de manos**, usar el **cubrebocas** correctamente, tener el **cabello recogido** y **colocarte la bata desechable** que el personal de enfermería te proporcionará.
- Toma en cuenta que, si la **mamá es menor de edad**, deberá de acudir en compañía de la abuela materna del o la paciente, si lo requiere el área médica.
- Toma en cuenta que si los bebés son **gemelos**, pasará a la visita **cada padre con un paciente**, en caso de que seas **mamá soltera**, pasarás con **ambos pacientes**.
- Importante:** por la seguridad de los pacientes, en el reverso del **pase de visita** debe colocar la **copia del INE y/o constancia de identidad** de ambos padres.
- Es **muy importante** que acudas con **30 minutos de anticipación** a la visita, en caso de **no llegar en el horario establecido**, **no se te permitirá el ingreso**.
- Recuerda tener siempre una **comunicación directa** con tu **Trabajador Social**, en caso de que se te presente una situación particular.
- Toma en cuenta que, las visitas se pueden suspender o retrasar, esto dependerá de las necesidades de cada paciente
- Únicamente el **personal médico está autorizado para proporcionar informes** del estado de salud del paciente.
- Si durante la estancia en hospitalización **cambias el número telefónico**, **informa a Trabajo Social** del servicio correspondiente.
- Los **horarios de visita pueden modificarse** (posponerse, suspenderse e inclusive cancelarse) **sin previo aviso**.

*[Handwritten signatures and notes in blue ink on the right margin.]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
	<b>No. de Revisión</b>	Rev. 00	<b>Fecha de Autorización</b>	
<b>Código</b>		<b>Hoja: 20 de 53</b>		

### 10.3.4 Unidad de Cuidados Pediátricos(UCIP/UTIP)

En caso de sospecha sobre alguna **reacción adversa** a los medicamentos, favor de comunicarse:

**Teléfono:**  
 55 59 72 96 00  
 55 59 72 97 00  
 55 59 72 98 00  
 Extensión 1304  
 Lunes a viernes de 7:00 a 17:00 horas

**Correo:**  
 farmacovigilancia@hraei.gob.mx



Protocolo de actuación de Código Morado



Carrete Federal México Puebla s/n. D.F. Piedad de Zaragoza  
 Municipio de Ixtapaluca, Edo. de México, C.P. 70200



Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca  
 Dirección de Operaciones  
 Subdirección de Atención al Usuario  
 Trabajo Social



## ... UNIDAD DE CUIDADOS PEDIÁTRICOS ... (UCIP/UTIP)

### Reglamento

**Horario de visita:** De lunes a domingo a las **12:00** y **17:00** (llega 30 minutos antes) con el gafete visible. Únicamente se le permitirá ingresar a mamá o papa.

**Importante:** Presentarte con **cubrebocas**, uñas cortas y sin pintar; sin objetos voluminosos, sin joyería o alhajas. Prohibido el uso de celular durante la visita (mantenerlo apagado).

#### Profesional de Trabajo Social:

Número telefónico **55 59 72 96 00, 55 59 72 97 00, 55 59 72 98 00**  
 Ext. 1231

Me comprometo a compartir la orientación y este díptico con mis familiares

Nombre, firma del responsable que recibe información y fecha:

### AL INGRESO DEL PACIENTE

- Presentarte en **Trabajo Social** donde se te **brindará la orientación del servicio** presentarse en Admisión Hospitalaria donde se te entregará el pase de visita, posteriormente acudir a recepción por el gafete correspondiente.
- Entregar a **Trabajo Social** la siguiente documentación del paciente en original y copia:

- Acta de nacimiento
- CURP
- Identificación oficial de la mamá y papá
- Comprobante de domicilio actualizado
- Cartilla de vacunación
- Comprobante de ingresos
- Constancias de **No Derechohabilidad**, puedes tramitarlas en este hospital, en área de Kiosco
- En caso de ser recién nacido, Certificado de Nacimiento
- Comprobante de donación sanguínea

- Entrega los **artículos higiene personal para tu paciente** (shampoo jabón neutro, pasta y cepillo dental, peine y crema corporal) en una bolsa de plástico transparente, **etiquetados con nombre y número de cama** en Admisión Hospitalaria
- Recuerda: **El paciente no puede tener en su habitación dispositivos electrónicos** (radio, teléfono celular, tableta) durante su estancia hospitalaria, en caso de pérdida o descompostura, el servicio no se hace responsable



### INDICACIONES

- Importante acudir con identificación oficial, si los **padres son menores de edad**, se deberá tramitar la **Constancia de Identidad**.
- Es **obligatorio** que antes de ingresar al área debes realizar el **lavado de manos**, usar el **cubrebocas** correctamente, tener el **cabello recogido** y **colocarte la bata desechable** que el personal de enfermería te proporcionará
- Importante por la seguridad de los pacientes, en el reverso del **pase de visita** debe colocar la  **copia del INE y/o constancia de identidad** de ambos padres.
- Toma en cuenta que si por alguna situación **no puedes acudir a los dos horarios de visita** se tiene que **informar** a tu **trabajador social**.
- Es importante **externar** y **aclarar todas tus dudas** cuando el médico te brinda la información del estado de salud de tu paciente
- Recuerda **estar al pendiente** de los **números que proporcionaste**, ya que si es necesario por este medio se **proporcionarán indicaciones**.
- Únicamente **el personal médico está autorizado para proporcionar informes** del estado de salud del paciente
- Toma en cuenta que, las visitas se pueden suspender o retrasar, esto dependerá de las necesidades de cada paciente
- Si durante la estancia en hospitalización **cambias el número telefónico**, **informa** a **Trabajo Social** del servicio correspondiente.
- Los **horarios de visita pueden modificarse** (posponerse, suspenderse e inclusive cancelarse) **sin previo aviso**.

*[Handwritten signatures and notes in blue ink on the right side of the page.]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha Autorización</b>	<b>de 07/2024</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 21 de 53</b>	

### 10.3.5 Hospitalización Primer Piso Hematología.

En caso de sospecha sobre alguna **reacción adversa** a los medicamentos, favor de comunicarse:

**Teléfono:**

55 59 72 96 00  
55 59 72 97 00  
55 59 72 98 00  
Extensión 1304

Lunes a viernes de 7:00 a 17:00 horas

**Correo:**

farmacovigilancia@hraei.gob.mx



Protocolo de actuación de Código Morado



Carretera Federal, México Puebla km. 34.5, Pueblo de Zoquapan,  
Municipio de Ixtapaluca, Edo. de México, C.P. 56253



Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca  
Dirección de Operaciones  
Subdirección de Atención al Usuario  
**Trabajo Social**



## ... HOSPITALIZACIÓN PRIMER PISO ... HEMATOLOGÍA Reglamento

**Horario de visita:** Cambio de cuidador a las 9:00 y 19:00 horas.

**Informe médico:** Lo brindará el área médica durante la visita, será indispensable presentarse con pase de visita, gafete.

**Importante:** Presentarse con adecuada higiene personal, cubrebocas, uñas cortas y sin pintar; cabello recogido, sin joyería, sin alimentos, medicamentos, bolsas u objetos voluminosos.

**Profesional de Trabajo Social:**

Número telefónico 55 59 72 96 00, 55 59 72 97 00, 55 59 72 98 00  
Ext. 1435

Me comprometo a compartir la orientación y este díptico con mis familiares

Nombre, firma del responsable que recibe información y fecha:

### AL INGRESO DEL PACIENTE

- Presentarse en **Admisión Hospitalaria** donde se te entregará el **pase de visita** con el número de cama, posteriormente **tramita el gafete** en recepción con tu identificación oficial con fotografía, sin este no podrás acceder a las instalaciones
- Asistir a **Trabajo Social** con la siguiente documentación del paciente en original y copia:

- Acta de nacimiento
- CURP
- Constancia de identidad
- Identificación oficial vigente del paciente y del familiar responsable
- Comprobante de domicilio actualizado
- Comprobantes de ingresos
- Constancias de **No Derechohabencia**, puedes tramitarlas en este hospital, en área de Kiosco
- Comprobante de donación sanguínea

Entrega los artículos de aseo y cuidado personal para tu paciente en una bolsa de plástico transparente (jabón, shampoo, pasta y cepillo dental, sandalias, peine, esponja de baño, toallas desinfectantes), **etiquetados con nombre y número de cama.**



Puedes **ingresar con teléfono celular** para mantener comunicación con tu paciente.



Al **realizar tu donación de sangre**, entrega comprobantes en el área de **Trabajo Social**.

Recuerda: **El paciente no puede ingresar ni tener en su habitación dispositivos electrónicos** (radio, teléfono celular, tableta) durante su estancia hospitalaria, en caso de pérdida o descompostura, el servicio no se hace responsable.

### INDICACIONES

- Toma en cuenta que el familiar que asista para el **cuidado del paciente** debe ser mayor de 18 años, contar con identificación oficial vigente, solo podrá **ingresar una (1) persona por día.**
- Recuerda, **si se requiere** a un familiar como cuidador las 24 horas, será el **área médica** quien lo **solicitará a Trabajo Social.**
- Es muy **importante** que al salir del hospital, **compartas toda la información que te ha sido proporcionada** por el personal de salud (médicos, personal de trabajo social o enfermería) con el resto de tu familia, para que todos los integrantes estén informados.
- Es **importante externar** y **aclarar todas tus dudas** cuando el médico te brinda la información del estado de salud de tu paciente.
- Es **obligatorio** realizar el correcto **lavado de manos** al entrar y salir de la habitación, para la seguridad de tu familia y el personal de salud.
- Únicamente **el personal médico** está autorizado para **proporcionar informes** del estado de salud del paciente.
- Si durante la estadía en hospitalización **cambias el número telefónico**, **informa a Trabajo Social** del servicio correspondiente.

*[Handwritten signatures and notes in blue ink, including a large signature at the bottom right.]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCION DE SERVICIOS CLINICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACION.</b>			
	<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha Autorización de</b>	
<b>Código</b>		<b>Hoja: 22 de 53</b>		

### 10.3.6 Unidad de Cuidados Adultos (UTIA/UCIA)

En caso de sospecha sobre alguna **reacción adversa** a los medicamentos, favor de comunicarse:

**Teléfono:**

55 59 72 96 00  
 55 59 72 97 00  
 55 59 72 98 00  
 Extensión 1304

Lunes a viernes de 7:00 a 17:00 horas

**Correo:**

farmacovigilancia@hraei.gob.mx



Protocolo de actuación de Código Morado



En caso de **contingencia médica**, los horarios de informes médicos pueden modificarse, posponerse o suspenderse.

Calle A Tepalcates, México Puebla km. 14.6, Puente de Chapulpan, Municipio de Atlix, Puebla, Estado de México, C. P. 76200



Hospital Regional de Alta Especialidad de IxtapalUCA  
 Dirección de Operaciones  
 Subdirección de Atención al Usuario  
 Trabajo Social



### ... UNIDAD DE CUIDADOS ADULTOS ... (UTIA/UCIA)

#### Reglamento

**Horario de visita e informe médico:** De lunes a viernes a las 12:00 horas, sábado, domingo y días festivos a las 16:00 horas (llegar 15 minutos antes) con gafete visible, pase de visita y el presente díptico, en sala de espera de terapia de segundo piso.

**Importante:** Presentarse con adecuada higiene personal, cubrebocas y careta; cabello recogido, uñas cortas y sin pintar; sin joyería, sin relojes o pulseras, sin celular, bolsas u objetos voluminosos.

**Respetar la sana distancia.**

**Profesional de Trabajo Social:**

Número telefónico 55 59 72 96 00, 55 59 72 97 00, 55 59 72 98 00  
 Ext. 1231

Me comprometo a compartir la orientación y este díptico con mis familiares

Nombre, firma del responsable que recibe información y fecha:

#### AL INGRESO DEL PACIENTE

- Presentarse en **Admisión Hospitalaria** donde se le **entregará el pase de visita** con el número de cama y los **pases de donación sanguínea**, posteriormente tiene que **tramitar el gafete** en recepción con su **identificación oficial** con fotografía, sin este no podrá acceder a las instalaciones.
- Asistir a **Trabajo Social** con la siguiente documentación del paciente en original y copia:

- Acta de Nacimiento
- CURP
- Identificación oficial vigente del paciente y de la persona o familiar responsable
- Comprobante de domicilio actualizado
- Comprobante de ingresos
- Constancias de **No Derechohabilidad**, puedes tramitarlas en este hospital, en área de kiosco
- Comprobante de donación sanguínea

Entregar los artículos de aseo y cuidado personal para tu paciente (shampoo, jabón neutro, pasta y cepillo dental, peine y sandalias), en **presentación individual** en una bolsa de plástico transparente etiquetados con nombre y número de cama en el área de **Admisión Hospitalaria**.





- Al realizar su donación de sangre, entregar comprobantes en el área de Trabajo Social.
- Recuerda. **El paciente no puede ingresar ni tener en su habitación dispositivos electrónicos** (radio, teléfono celular, tableta) durante su estancia hospitalaria, en caso de pérdida o descompostura, el servicio no se hace responsable.

#### INDICACIONES

- Sólo debe asistir **un (1) familiar en línea directa** con identificación oficial a **informe médico**, no se permite el ingreso a menores de 18 años de edad.
- Es **muy importante** que al salir del hospital, **comparta toda la información que le ha sido proporcionada** por el personal de salud (médicos, personal de trabajo social, o enfermería) con el resto de tu familia, para que todos estén informados.
- Es **importante externalizar y aclarar todas tus dudas** cuando el médico te brinda la información del estado de salud de tu paciente
- Es **obligatorio** realizar el correcto **lavado de manos** al entrar y salir del hospital, para la seguridad de tu familia y el personal de salud.
- Toma en cuenta que la **persona o el familiar responsable** que asista a los informes, será quien **tome las decisiones** en el tratamiento médico del paciente.
- Únicamente **el personal médico está autorizado para proporcionar informes** del estado de salud del paciente.
- Si durante la estancia en hospitalización **cambias el número telefónico, informa a Trabajo Social** del servicio correspondiente.
- Los **horarios de visita pueden modificarse** (posponerse, suspenderse e inclusive cancelarse) **sin previo aviso**.

*[Handwritten signatures and notes in blue ink on the right margin.]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha de Autorización</b>	<b>07/2024</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 23 de 53</b>	

### 10.3.7 Urgencias

En caso de sospecha sobre alguna **reacción adversa** a los medicamentos, favor de comunicarse:

**Teléfono:**  
 55 59 72 96 00  
 55 59 72 97 00  
 55 59 72 98 00  
 Extensión 1304

Lunes a viernes de 7:00 a 17:00 horas

**Correo:**  
 farmacovigilancia@hraei.gob.mx



Protocolo de actuación de Código Morado



Carretera Federal México-Puebla km 34.5, Pueblo de Zoquiápan  
 Municipio de Ixtapaluca, Edo de México C. P. 56530

### AL INGRESO DEL PACIENTE



• Presentarse en Trabajo social para que se te brinde la orientación del servicio, además de solicitarte números telefónicos, así como los datos del paciente y la siguiente documentación en original y copia:

- Acta de Nacimiento
- CURP
- Constancia de identidad
- Identificación oficial vigente del paciente y del familiar responsable
- Comprobante de domicilio
- Comprobante de ingresos
- Constancias de No Derechohabienda (Puedes tramitarlas en este Hospital, en área de Kiosco)
- Comprobante de donación sanguínea

• Recuerda: El paciente no puede ingresar ni tener en su habitación dispositivos electrónicos (radio, teléfono celular, tableta) durante su estancia hospitalaria, en caso de pérdida o descompostura, el servicio no se hace responsable.



Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca  
 Dirección de Operaciones  
 Subdirección de Atención al Usuario  
 Trabajo Social



### ... URGENCIAS ... Reglamento

**Horario de visita:** Lunes a viernes a las 12:00, 19:00 y 1:30 horas; sábados, domingos y días festivos a las 12:00 y 17:00 horas con gafete visible y el presente díptico, solo un familiar deberá permanecer en sala de espera del servicio de urgencias.

**Importante:** Presentarse con cubrebocas, uñas cortas y sin pintar, sin objetos voluminosos, queda prohibido hacer uso del teléfono celular durante la visita.

#### Profesional de Trabajo Social:

Número telefónico 55 59 72 96 00, 55 59 72 97 00, 55 59 72 98 00  
 Ext. 1512



Me comprometo a compartir la orientación y este díptico con mis familiares

Nombre, firma del responsable que recibe información y fecha:

### INDICACIONES

- Sólo debe asistir **una persona a visita e informe médico** (Un familiar en línea directa con identificación oficial vigente. No se permite el ingreso a menores de 18 años de edad).
- Trabajo Social te informará sobre el proceso de ingreso, permanencia y egreso de tu paciente.
- Recuerda que el familiar responsable debe permanecer en la sala de espera las 24 hrs, esto mientras tu paciente permanezca en urgencias.
- Es importante **externar y aclarar todas tus dudas** cuando el médico te brinda la información del estado de salud de tu paciente.
- Toma en cuenta que el familiar o quien asista a los informes, será la **persona responsable para tomar las decisiones** en el tratamiento médico de tu paciente.
- Es obligatorio realizar el correcto **lavado de manos** al entrar y salir del hospital, para la seguridad de tu familia y el personal de salud.
- Únicamente el **personal médico está autorizado para proporcionar informes** del estado de salud del paciente.
- Si durante la estada en hospitalización **cambias el número telefónico, informa a Trabajo Social** del servicio correspondiente.
- Los **horarios de visita pueden modificarse** (posponerse, suspenderse e inclusive cancelarse) **sin previo aviso**.

*Handwritten signatures and notes in blue ink on the right margin.*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> IXTAPALUCA
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
	<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha Autorización de</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 24 de 53</b>	

### 10.3.8 Urgencias Pediátricas

En caso de sospecha sobre una **reacción adversa** a los medicamentos, favor de comunicarse

**Teléfono:**  
 55 59 72 96 00  
 55 59 72 97 00  
 55 59 72 98 00  
 Extensión 1304  
 Lunes a viernes de 7:00 a 17:00 horas

**Correo:**  
 farmatovigilancia@hraei.gob.mx



Protocolo de actuación de Código Morado



La Caseta de Alta Especialidad de Ixtapaluca  
 Municipalidad de Ixtapaluca, Estado de Puebla, C.P. 71700



Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca  
 Dirección de Operaciones  
 Subdirección de Atención al Usuario  
**Trabajo Social**



### ... URGENCIAS PEDIÁTRICAS ...

#### Reglamento

**Horario de visita:** 24 horas

Únicamente se le permitirá ingresar a un familiar, mamá o papá, tutor o representante legal

**Importante:** Presentarse con cubrebocas, uñas cortas y sin pintar, sin objetos voluminosos. Queda prohibido hacer uso del teléfono en el área de Pediatría

**Profesional de Trabajo Social:**

Número telefónico 55 59 72 96 00, 55 59 72 97 00, 55 59 72 98 00  
 Ext. 1521

Me comprometo a compartir la orientación y este díptico con mis familiares

Nombre, firma del responsable que recibe información y fecha:

### AL INGRESO DEL PACIENTE



- Presentarse en **Trabajo Social** para que se te brinde la orientación del servicio, además de solicitarte números telefónicos.
- Asistir a **Trabajo Social** con la siguiente documentación del paciente en original y copia.

- Acta de Nacimiento o Certificado de Nacimiento
- CURP
- Constancia de identidad
- Identificación oficial vigente de la mamá y papá o familiar responsable
- En caso de ser tutor legal presentar el oficio
- Comprobante de domicilio actualizado
- Cartilla de vacunación
- Comprobante de ingresos
- Constancias de **No Derechohabencia**, puedes tramitarlas en este hospital, en área de Kiosco
- Comprobante de donación sanguínea

### INDICACIONES

- Recuerda que para poder **ingresar al hospital**, es necesario **tramitar el gatefe** en la **Caseta de Vigilancia** con una **Identificación oficial**.
- Trabajo Social** te informará sobre el proceso de ingreso, permanencia y egreso de tu paciente.
- Es **importante** **externar y aclarar todas tus dudas** cuando el médico te brinda la información del estado de salud de tu paciente.
- Toma **en cuenta** que el **familiar** o quien asista a los informes, será la **persona responsable para tomar las decisiones** en el tratamiento médico de tu paciente.
- Es **obligatorio** realizar el correcto **lavado de manos** al entrar y salir del hospital, para la seguridad de tu familia y el personal de salud.
- Únicamente **el personal médico está autorizado para proporcionar informes** del estado de salud del paciente.
- Si durante la estadía en hospitalización **cambias el número telefónico**, **Informa a Trabajo Social** del servicio correspondiente.

*[Handwritten signatures and notes in blue ink on the right margin.]*



 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha de Autorización</b>	<b>07/2024</b>	
<b>Código</b>		<b>Hoja: 25 de 53</b>		

### 10.3.9 Hospitalización Segundo Piso

En caso de sospecha sobre alguna **reacción adversa** a los medicamentos, favor de comunicarse:

**Teléfono:**

55 59 72 96 00  
 55 59 72 97 00  
 55 59 72 98 00  
 Extensión 1304

Lunes a viernes de 7:00 a 17:00 horas

**Correo:**

farmacovigilancia@hraei.gob.mx



Protocolo de actuación de Código Morado



Carretera Federal México-Puebla km. 74.5, Pueblo de Zoquiapan  
 Municipio de Ixtapaluca, Edo. de México C.P. 56530



Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca  
 Dirección de Operaciones  
 Subdirección de Atención al Usuario  
**Trabajo Social**



### ... HOSPITALIZACIÓN SEGUNDO PISO ...

#### Reglamento

El paciente necesitará **acompañamiento las 24 horas**, para ello, será necesaria la organización familiar para su cuidado.

**Horarios para cambios: 9:00 y 19:00 horas sin excepción**, (llegar 15 minutos antes) con gafete visible, pase de visita y el presente dístico.

**Importante:** Presentarse con adecuada higiene personal, cubrebocas, uñas cortas y sin pintar, cabello recogido, sin joyería, sin alimentos, medicamentos, bolsas u objetos voluminosos.

**Profesional de Trabajo Social:**

Número telefónico 55 59 72 96 00, 55 59 72 97 00, 55 59 72 98 00  
 Ext. 1184

**Me comprometo a compartir la orientación y este dístico con mis familiares**

**Nombre, firma del responsable que recibe información y fecha:**

### AL INGRESO DEL PACIENTE

- Presentarse en **Admisión Hospitalaria** donde se le **entregará el pase de visita** con el número de cama y los **pases de donación sanguínea**, posteriormente tiene que **tramitar el gafete** en recepción con su identificación oficial vigente con fotografía (de lo contrario no tendrá acceso, sin excepción).
- Asistir a **Trabajo Social** con la siguiente documentación del **paciente** en original y copia.

- Acta de Nacimiento
- CURP
- Constancia de identidad
- Identificación oficial vigente del **paciente** y del familiar responsable
- Comprobante de domicilio actualizado
- Comprobante de ingresos
- Constancias de **No Derechohabencia** (Puedes tramitarlas en este Hospital, en área de Kiosco)
- Comprobante de donación sanguínea

- Entregar los **artículos de aseo y cuidado personal para tu paciente** (shampoo, jabón neutro, pasta y cepillo dental, peine y sandalias) en una bolsa de plástico transparente, **etiquetados con nombre y número de cama**.



- Recuerda: **El paciente no puede ingresar ni tener en su habitación dispositivos electrónicos** (radio, teléfono celular, tableta) durante su estancia hospitalaria, en caso de pérdida o descompostura, el servicio no se hace responsable.

### INDICACIONES

- Toma en cuenta** que el familiar que asista para el **cuidado del paciente** debe ser mayor de 18 años, contar con identificación oficial vigente y será la **persona responsable para tomar las decisiones** en el tratamiento médico de tu paciente.
- Es **obligatorio** realizar el correcto **lavado de manos** al entrar y salir de la habitación. Para la seguridad de tu familia y el personal de salud **recibirás la capacitación correspondiente**.
- Recuerda** que el baño de la habitación, es de uso exclusivo para el paciente.
- Evita** mover los aparatos y soluciones, así como sentarte en la cama del paciente.
- Recuerda no utilizar el teléfono celular**, ni cargarlo dentro de la habitación; evita prestárselo al paciente.
- Es muy **importante** que al salir del hospital, **compartas toda la información recibida** por parte del personal de salud (médicos, personal de trabajo social o enfermería) con el resto de tu familia, para que ellos también estén **informados**.
- Es **importante** **extemar y aclarar todas tus dudas** cuando el médico te brinda la información del estado de salud de tu paciente.
- Únicamente el personal médico está autorizado para proporcionar informes** del estado de salud del paciente.
- Si durante la estancia en hospitalización **cambias el número telefónico**, informa a **Trabajo Social** del servicio correspondiente.

*[Handwritten signatures and notes in blue ink on the right side of the page.]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> IXTAPALUCA
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
	<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha de Autorización</b>	
<b>Código</b>		<b>Hoja: 26 de 53</b>		

### 10.3.10 Hospitalización Cuarto Piso

En caso de sospecha sobre una **reacción adversa** a los medicamentos, favor de comunicarse:

**Teléfono:**  
 55 59 72 96 00  
 55 59 72 97 00  
 55 59 72 98 00  
 Extensión 1304

Lunes a viernes de 7:00 a 17:00 horas

**Correo:**  
 farmacovigilancia@hrai.gob.mx



Protocolo de actuación de Código Morado



Carretera Federal México-Puebla km. 3+5, Pueblo de Dios, zona Municipal de Ixtapaluca, Hgo. de México (P. 1554)



Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca  
 Dirección de Operaciones  
 Subdirección de Atención al Usuario  
**Trabajo Social**



### ... HOSPITALIZACIÓN CUARTO PISO ...

#### Reglamento

El paciente necesitará **acompañamiento las 24 horas**, para ello, será necesaria la organización familiar para su cuidado.

**Horarios para cambios de visita: 9:00 y 19:00 horas sin excepción**, llega 15 minutos antes con gafete visible, pase de visita y el presente díptico.

**Importante:** Presentarse con adecuada **higiene personal, cubrebocas**, uñas cortas y sin pintar; cabello recogido, sin joyería, sin alimentos, medicamentos, bolsas u objetos voluminosos.

#### Profesional de Trabajo Social:

Número telefónico: 55 59 72 96 00, 55 59 72 97 00, 55 59 72 98 00  
 Ext. 1119

**Me comprometo a compartir la orientación y este díptico con mis familiares**

**Nombre, firma del responsable que recibe información y fecha:**

### AL INGRESO DEL PACIENTE

- Presentarse en Admisión Hospitalaria donde se te **entregará el pase de visita** con el número de cama y los **pases de donación sanguínea**, posteriormente tendrás que **tramitar el gafete** en la recepción con su identificación oficial vigente con fotografía, ya que sin este no podrás acceder a las instalaciones.
- Asistir a **Trabajo Social** con la siguiente documentación del paciente en original y copia:

- Acta de Nacimiento
- CURP
- Constancia de identidad
- Identificación oficial vigente del paciente y del familiar responsable
- Comprobante de domicilio actualizado
- Comprobante de ingresos
- Constancias de **No Derechohabiente**, puedes tramitarlas en este hospital, en área de Inasco
- Comprobante de donación sanguínea

**Entregar los artículos de aseo y cuidado personal para tu paciente** (shampoo, jabón neutro, pasta y cepillo dental, peine, sandalias y toallitas húmedas) en una bolsa de plástico transparente, **etiquetados con nombre y número de cama.**





Recuerda: **El paciente no puede ingresar ni tener en su habitación dispositivos electrónicos** (radio, teléfono celular, tableta) durante su estancia hospitalaria, en caso de pérdida o descompostura, el servicio no se hace responsable.

### INDICACIONES

- Toma en cuenta que la persona o familiar responsable que asista para el **cuidado del paciente** debe ser mayor de 18 años, contar con identificación oficial vigente y considerarse la **persona responsable para tomar las decisiones** en el tratamiento médico de tu paciente.
- Es **obligatorio** realizar el correcto **lavado de manos** al entrar y salir de la habitación. Para la seguridad de tu familia y el personal de salud, **recibirás la capacitación correspondiente**.
- Recuerda que el baño de la habitación, es de uso exclusivo del paciente.
- Evita mover los aparatos y soluciones, así como sentarte en la cama del paciente.
- Recuerda **no utilizar el teléfono celular**, ni cargarlo dentro de la habitación, evita prestarlo al paciente.
- Es **muy importante** que al salir del hospital, **compartas toda la información que te ha sido proporcionada** por el personal de salud (médicos, personal de trabajo social o enfermería) con el resto de tu familia, para que todos los integrantes estén informados.
- Es **importante externar y aclarar todas tus dudas** cuando el médico te brinda la información del estado de salud de tu paciente.
- Únicamente el **personal médico está autorizado para proporcionar informes** del estado de salud del paciente.

*[Handwritten signatures and notes in blue ink on the right margin.]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha de Autorización</b>	<b>07/2024</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 27 de 53</b>	

### 10.3.11 Pediatría

En caso de sospecha sobre alguna **reacción adversa** a los medicamentos, favor de comunicarse:

**Teléfono:**  
 55 59 72 96 00  
 55 59 72 97 00  
 55 59 72 98 00  
 Extensión 1304

Lunes a viernes de 7:00 a 17:00 horas

**Correo:**  
 farmacovigilancia@hraei.gob.mx



Protocolo de actuación de Código Morado



Carretera Federal México Puebla km. 34.5, Pueblo de Zoquiapan  
 Municipio de Ixtapaluca, Edo de México, C.P. 56530

### AL INGRESO DEL PACIENTE



Presentarse en **Trabajo Social** donde se te **brindará la orientación del servicio**. Presentarse en Admisión Hospitalaria donde se te entregará el pase de visita, posteriormente acudir a recepción por el gafete correspondiente.

Asistir a **Trabajo Social** con la siguiente documentación del paciente en original y copia:

- Acta de nacimiento
- CURP
- Identificación oficial vigente de ambos padres, tutor o responsable legal
- Comprobante de domicilio actualizado
- Cartilla de vacunación
- Comprobante de ingresos
- Constancias de **No Derechohabencia**, puedes tramitarlas en este hospital, en área de Kiosco
- En caso de que el paciente no este registrado, deberá tramitar la constancia de ambos padres.
- Comprobante de donación sanguínea

Los familiares deberán notificar a su enfermera (o) encargada (o) **si se ausentarán**, con la finalidad de **no descuidar al paciente**



Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca  
 Dirección de Operaciones  
 Subdirección de Atención al Usuario  
**Trabajo Social**



### ... PEDIATRÍA ... Reglamento

**Horario de visitas:** Todos los días a las **9:00, 14:00 y 19:00** horas (llegar 15 minutos antes) con gafete visible y el presente díptico; realizar el registro con el personal de seguridad de pediatría. Podrán acudir al **cuidado del menor: mamá, papá, abuelos maternos y paternos**, en caso de no contar con la anterior red de apoyo, deberá comentarlo a Trabajo Social.

**Importante:** Presentarse con  **cubrebocas**, uñas cortas y sin pintar; sin objetos voluminosos, no ingresar alimentos; está **prohibido el uso del teléfono celular** durante la visita, y el baño es exclusivo de los pacientes.

#### Profesional de Trabajo Social:

Número telefónico: **55 59 72 96 00, 55 59 72 97 00, 55 59 72 98 00**  
 Ext. 1505

**Me comprometo a compartir la orientación y este díptico con mis familiares**

**Nombre, firma del responsable que recibe información y fecha:**

### INDICACIONES

- Es **muy importante** que el familiar que se presente al cuidado del paciente cuente con la **adecuada higiene y cuidado personal**, además de mantener la habitación limpia y en orden.
- **Recuerda** que el personal de **Trabajo Social** te **mantendrá informado** sobre el proceso de ingreso, permanencia y egreso de tu paciente.
- Es **obligatorio** que tu paciente permanezca **siempre acompañado** en la habitación por el tutor o familiar responsable.
- Es **importante externar** y **acliarar todas tus dudas** cuando el médico te brinda la información del estado de salud de tu paciente.
- **Recuerda** que el paciente **no puede tener dispositivos electrónicos** (radios, tablets, teléfono celular, etc.) **durante su estancia hospitalaria**, en caso de pérdida o descompostura, el servicio no se hace responsable.
- Es **obligatorio** realizar el correcto **lavado de manos** al entrar y salir de la habitación, para la seguridad de tu familia y del personal de salud.
- Si durante la estadía en hospitalización **cambias el número telefónico**, **informa a Trabajo Social** del servicio correspondiente.

*[Handwritten signatures and notes in blue ink on the right side of the page.]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
	<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha de Autorización</b>	
<b>Código</b>		<b>Hoja: 28 de 53</b>		

### 10.3.12 Hospitalización Primer Piso/ Ginecología y Obstetricia

En caso de sospecha sobre alguna **reacción adversa** a los medicamentos, favor de comunicarse:

**Teléfono:**

55 59 72 96 00  
 55 59 72 97 00  
 55 59 72 98 00  
 Extensión 1304

Lunes a viernes de 7:00 a 17:00 horas

**Correo:**

farmacovigilancia@hraei.gob.mx



Protocolo de actuación de Código Morado



Carretera Federal - México Puebla km. 3+5 P. 2do de Zoquiápan  
 Municipio de Xicotepec, Estado de México, C.P. 70730



Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca  
 Dirección de Operaciones  
 Subdirección de Atención al Usuario  
**Trabajo Social**



## ... HOSPITALIZACIÓN PRIMER PISO ... GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

### Reglamento

**Horario de visita e informe médico:** Todos los días a las **10:00 horas** (llegar 15 minutos antes) con gafete visible, pase de visita y el presente díptico, en sala de espera de primer piso. La **visita concluye** a las **12:00 horas**.

**Importante:** Presentarse con adecuada higiene personal, cubrebocas, uñas cortas y sin pintar; cabello recogido, sin joyería, sin alimentos, medicamentos, bolsas u objetos voluminosos.

**Profesional de Trabajo Social:**

Número telefónico **55 59 72 96 00, 55 59 72 97 00, 55 59 72 98 00**  
 Ext. 1435

**Me comprometo a compartir la orientación y este díptico con mis familiares**

**Nombre, firma del responsable que recibe información y fecha:**

### INDICACIONES

### AL INGRESO DEL PACIENTE

- Presentarse en **Admisión Hospitalaria** donde se te **entregará el pase de visita** con el número de cama y los **pases de donación sanguínea**, posteriormente tienes que **tramitar el gafete** en la recepción con su identificación oficial con fotografía, sin este no podrás acceder a las instalaciones.
- Asistir a **Trabajo Social** con la siguiente documentación del paciente en original y copia



- Acta de Nacimiento
- CURP
- Constancia de Identidad
- Identificación oficial vigente del paciente y del familiar responsable
- Comprobante de domicilio actualizado
- Comprobante de ingresos
- Constancias de **No Derechohabilidad**, puedes tramitarlas en este hospital, en área de kiosco
- Comprobante de donación sanguínea

- Entregar los **artículos de aseo y cuidado personal para tu paciente** en una bolsa de plástico transparente, (shampoo, jabón neutro, pasta y cepillo dental, peine, sandalias y toallas femeninas).



- Toma en cuenta que por cuestiones de seguridad, confianza y comodidad de todas las pacientes, los **familiares autorizados para ingresar** a esta área son **esposo (concubino o pareja), mamá o suegra de la paciente**, solo podrá ingresar **una (1) persona** por día. En caso de no contar con esta red de apoyo, comentarlo con Trabajo Social para su valoración
- Recuerda que **no está permitido el uso de teléfonos celulares** durante la visita y que tampoco la paciente lo conserve en la habitación.
- Es muy importante que al salir del hospital, **compartas toda la información que te ha sido proporcionada** por el personal de salud (médicos, personal de trabajo social o enfermería), con el resto de tu familia, para que todos los integrantes estén informados
- Es importante **externar y aclarar todas tus dudas** cuando el médico te brinda la información del estado de salud de tu paciente
- Es obligatorio realizar el correcto **lavado de manos** al entrar y salir de la habitación, para la seguridad de tu familia y del personal de salud.
- Recuerda que la paciente **no puede tener dispositivos electrónicos** (radios, tablets, teléfono celular, etc) **durante su estancia hospitalaria**, en caso de pérdida o descompostura, el servicio no se hace responsable.
- Toma en cuenta que si tu paciente ingresa a tococirugía o quirófano, la **persona o familiar responsable** deberá **permanecer en sala de espera**, según se le indique.
- Únicamente el **personal médico** está autorizado para **proporcionar informes** del estado de salud del paciente.
- Si **durante la estadia** en hospitalización **cambias el número telefónico**, informa a **Trabajo Social** del servicio correspondiente
- El **alta de las pacientes** que sean **menores de edad**, será entregada a su mamá, papa, responsable legal y/o familiar en línea directa.

*[Handwritten signatures and notes on the right side of the page, including a large signature that appears to be 'Rafael' and other illegible marks.]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha de Autorización</b>	<b>07/2024</b>	
<b>Código</b>		<b>Hoja: 29 de 53</b>		

### 10.3.13 Hospitalización Tercer Piso

#### AL INGRESO DEL PACIENTE

- Presentarse en Admisión Hospitalaria donde se te entregará el pase de visita con el número de cama y los pases de donación sanguínea, posteriormente tendrás que tramitar el gafete en la recepción con su identificación oficial vigente con fotografía, ya que sin este, no podrás acceder a las instalaciones.
- Asistir a Trabajo Social con la siguiente documentación del paciente en original y copia

- Acta de Nacimiento
- CURP
- Constancia de identidad
- Identificación oficial vigente del paciente y del familiar responsable
- Comprobante de domicilio actualizado
- Comprobante de ingresos
- Constancias de No Derechohabientia, puedes tramitarlas en este hospital, en área de cuotas
- Comprobante de donación sanguínea

- Entregar los artículos de aseo y cuidado personal para tu paciente (shampoo, jabón neutro, pasta y cepillo dental, peine y sandalias) en una bolsa de plástico transparente, etiquetados con nombre y número de cama.
- Recuerda: El paciente no puede ingresar ni tener en su habitación dispositivos electrónicos (radio, teléfono celular, tableta) durante su estancia hospitalaria, en caso de pérdida o descompostura, el servicio no se hace responsable.

En caso de sospecha sobre alguna reacción adversa a los medicamentos, favor de comunicarse:

**Teléfono:**  
 55 59 72 96 00  
 55 59 72 97 00  
 55 59 72 98 00  
 Extensión 1304  
 Lunes a viernes de 7:00 a 17:00 horas

**Correo:**  
 far.macovigilancia@hraet.gob.mx



Protocolo de actuación de Código Morado



Carretera Federal México-Puerto Aéreo 240 Puerto de Ixtapaluca  
 Mundo de la Salud a tu Esc. de México C.P. 52552

#### INDICACIONES

- Toma en cuenta que la persona o familiar responsable que asista para el cuidado del paciente, debe ser mayor de 18 años, contar con identificación oficial vigente y considerarse la persona responsable para tomar decisiones en el tratamiento médico de tu paciente
- Es obligatorio realizar el correcto lavado de manos al entrar y salir de la habitación. Para la seguridad de tu familia y el personal de salud, recibirás la capacitación correspondiente.
- Recuerda que el baño de la habitación, es de uso exclusivo del paciente.
- Evita mover los aparatos y soluciones, así como sentarte en la cama del paciente.
- Recuerda no utilizar el teléfono celular, ni cargarlo dentro de la habitación evita prestárselo al paciente.
- Es muy importante que al salir del hospital, compartas toda la información que te ha sido proporcionada por el personal de salud (médicos, personal de trabajo social o enfermería) con el resto de tu familia, para que todos los integrantes estén informados.
- Es importante externar y aclarar todas tus dudas cuando el médico te brinda la información del estado de salud de tu paciente.
- Únicamente el personal médico está autorizado para proporcionar informes del estado de salud de paciente.
- Si durante tu estancia en hospitalización cambias el número telefónico, informa a Trabajo Social del servicio correspondiente.



Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca  
 Dirección de Operaciones  
 Subdirección de Atención al Usuario  
 Trabajo Social



#### ... HOSPITALIZACIÓN TERCER PISO ...

##### Reglamento

El paciente necesitará acompañamiento las 24 horas, para ello, será necesaria la organización familiar para su cuidado.

**Horarios para cambios de visita:** 9:00 y 19:00 horas sin excepción, (llegar 15 minutos antes) con gafete visible, pase de visita y el presente díptico.

**Importante:** Presentarse con adecuada higiene personal, cubrebocas, uñas cortas y sin pintar; cabello recogido, sin joyería, sin alimentos, medicamentos, bolsas u objetos voluminosos.

##### Profesional de Trabajo Social:

**Número telefónico:** 55 59 72 96 00, 55 59 72 97 00, 55 59 72 98 00  
 Ext. 1109

Me comprometo a compartir la orientación y este díptico con mis familiares

**Nombre, firma del responsable que recibe información y fecha:**

*[Handwritten signatures and notes in blue ink, including a large signature at the bottom right.]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
	<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha de Autorización</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 30 de 53</b>	

### 10.3.14 Hospitalización Primer Piso Oncología

#### AL INGRESO DEL PACIENTE

- Presentarte en **Admisión Hospitalaria** donde se te **entregará el pase de visita** con el número de cama, posteriormente tienes que **tramitar el gafete** en la recepción con tu identificación oficial con fotografía, sin este no podrás acceder a las instalaciones.
- Asistir a **Trabajo Social** con la siguiente documentación del paciente en original y copia:

- Acta de nacimiento
- CURP
- Identificación oficial vigente del paciente y del familiar responsable
- Comprobante de domicilio actualizado
- Comprobante de ingresos
- Constancias de **No Derechohabencia**, puedes tramitarlas en este hospital, en área de Kiosco
- Comprobante de donación sanguínea

- Entrega** los **artículos de aseo y cuidado personal para tu paciente** en una bolsa de plástico transparente, **etiquetados con nombre y número de cama** al personal de enfermería del servicio (shampoo, jabón neutro pasta y cepillo dental, peine, sandalias y esponja de baño).
- Recuerda: **El paciente no puede ingresar ni tener en su habitación dispositivos electrónicos** (radio, teléfono celular, tableta) durante su estancia hospitalaria, en caso de pérdida o descompostura, el servicio no se hace responsable.



En caso de sospecha sobre alguna **reacción adversa** a los medicamentos, favor de comunicarse:

**Teléfono:**  
 55 59 72 96 00  
 55 59 72 97 00  
 55 59 72 98 00  
 Extensión 1304  
 Lunes a viernes de 7:00 a 17:00 horas

**Correo:**  
 farmacovigilancia@hrael.gob.mx



Protocolo de actuación de Código Morado



En caso de **contingencia médica**, los horarios de informes médicos pueden modificarse, posponerse o suspenderse.

Centro de Atención al Paciente (CAPE) - Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca  
 Calle 1a Sur, s/n, Ixtapaluca, Edo. de México, C.P. 71600

#### INDICACIONES

- Toma en cuenta la **persona o familiar responsable** que asista para el **cuidado del paciente** debe ser mayor de 18 años, **es obligatorio** presentarse con identificación oficial vigente; será considerada la **persona responsable para tomar decisiones** en el tratamiento médico de tu paciente.
- Es **muy importante** que al salir del hospital, **compartas toda la información que te ha sido proporcionada** por el personal de salud (médicos, personal de trabajo social o enfermería) con el resto de tu familia, para que todos los integrantes estén informados.
- Es **importante** **externar** y **aclarar todas tus dudas** cuando el médico te brinda la información del estado de salud de tu paciente.
- Recuerda** el baño de la habitación, es de uso exclusivo de los pacientes.
- Es **obligatorio** realizar el correcto **lavado de manos** al entrar y salir de la habitación, para la seguridad de tu familia y del personal de salud.
- Únicamente **el personal médico está autorizado para proporcionar informes** del estado de salud del paciente.
- Si durante la estancia en hospitalización **cambias el número telefónico, informa a Trabajo Social** del servicio correspondiente.



Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca  
 Dirección de Operaciones  
 Subdirección de Atención al Usuario  
 Trabajo Social



### ... HOSPITALIZACIÓN PRIMER PISO ... ONCOLOGÍA Reglamento

El paciente necesitará **acompañamiento las 24 horas**, para ello, será necesaria la organización familiar para su cuidado.

**Horario para cambios de visita:** todos los días a las **9:00 y 19:00 horas sin excepción**, se realizará el cambio **10 minutos antes** del horario establecido.

**Informe médico** durante la estancia hospitalaria, con gafete visible, pase de visita y el presente díptico.

**Importante:** Los familiares deben presentarse en buenas condiciones de higiene, sin bolsas u objetos voluminosos.



#### Profesional de Trabajo Social:

Número telefónico 55 59 72 96 00, 55 59 72 97 00, 55 59 72 98 00  
 Ext. 1247

**Me comprometo a compartir la orientación y este díptico con mis familiares**

**Nombre, firma del responsable que recibe información y fecha:**

*[Handwritten signatures and notes in blue ink along the right margin.]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
	<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha de Autorización</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 31 de 53</b>	

### 10.3.15 Quirófano/Hemodinámia

En caso de sospecha sobre alguna **reacción adversa** a los medicamentos, favor de comunicarse:

**Teléfono:**

55 59 72 96 00  
 55 59 72 97 00  
 55 59 72 98 00  
 Extensión 1304

Lunes a viernes de 7:00 a 17:00 horas

**Correo:**

farmacovigilancia@hraei.gob.mx



Protocolo de actuación de Código Morado



Carretera Federal México-Toluca km. 7+5 Puesto de Zozuatán  
 Municipio de Ixtapaluca, Edo. de México. C.P. 26570



Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca  
 Dirección de Operaciones  
 Subdirección de Atención al Usuario  
 Trabajo Social



## ... QUIRÓFANO/HEMODINAMIA ...

### Reglamento

**SIN VISITAS**

**Informe médico:** Deberás permanecer en la sala de espera de segundo piso.

**Importante:** Presentarse con adecuada higiene personal, cubre bocas, uñas cortas y sin pintar; cabello recogido, sin joyería, sin alimentos, medicamentos, bolsas u objetos voluminosos.

**Profesional de Trabajo Social:**

Número telefónico 55 59 72 96 00, 55 59 72 97 00, 55 59 72 98 00  
 Ext. 1231

Me comprometo a compartir la orientación y este díptico con mis familiares

Nombre, firma del responsable que recibe información y fecha:

### AL INGRESO DEL PACIENTE



- Presentarse con el **Personal de Seguridad** de segundo piso para **notificar su estancia en el hospital.**
- Asistir a **Trabajo Social** con la siguiente documentación del paciente en original y copia:

- Acta de nacimiento
- CURP
- Constancia de identidad
- Identificación oficial vigente del paciente y del familiar responsable
- Comprobante de domicilio actualizado
- Comprobante de ingresos
- Constancias de **No Derechohabilidad**, puedes tramitarlas en este hospital, en área de Kiosco
- Comprobante de donación sanguínea



• **No te retires de la sala de espera**, ya que en cualquier momento el personal del **área médica** te informará sobre el estado de salud, evolución y procedimientos realizados a tu paciente.

• En caso de que recibas por parte del **área médica** la indicación de **alta de tu paciente**, deberás acudir inmediatamente con **Trabajo Social** para la **orientación y trámite.**

### INDICACIONES

- Toma en cuenta que, solo debe de asistir **una (1) persona o familiar responsable**, esta debe ser mayor de 18 años y contar con identificación oficial vigente, ya que se considerará la **persona responsable para tomar las decisiones** en el tratamiento médico de tu paciente.
- Es **muy importante** que, al salir del hospital, **compartas toda la información que te ha sido proporcionada** por el personal de salud (médicos, personal de trabajo social, o enfermería) con el resto de tu familia, para que todos los integrantes estén informados.
- Es **importante externar y aclarar todas tus dudas** cuando el médico te brinda la información del estado de salud de tu paciente.
- Es **obligatorio** realizar el correcto **lavado de manos** al entrar y salir del hospital, para la seguridad de tu familia y del personal de salud.
- Únicamente el **personal médico está autorizado para proporcionar informes** del estado de salud del paciente.

*Handwritten signatures and notes in blue ink, including a large signature on the right side of the page.*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> IXTAPALUCA
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
	<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha de Autorización</b>	
<b>Código</b>		<b>Hoja: 32 de 53</b>		

Anexo 10.4 Estudio Socioeconómico (Registro electrónico realizado en Salud Ness)



Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca  
 Carretera Federal México-Puebla a Km. 34.5  
 Pueblo de Zahuapan 56130 Ixtapaluca, Méx.  
 Teléfono: (515) 972 9800 CLAVE MEDICA 18765



Estudio Socioeconómico - Primera Vez

**Nombre** \_\_\_\_\_  
**Expediente / CURP** \_\_\_\_\_  
**Género / Fecha Nacimiento** \_\_\_\_\_  
**Servicio / Fecha Atención** \_\_\_\_\_

**Datos Generales**

**Fecha Emisión** 22/May/2022 7:19pm  
**Servicio** Trabajo Social  
**Último Estudio Socioeconómico** \_\_\_\_\_  
**Tipo de Estudio** Primera Vez  
**Fecha Inicio Vigencia Nueva** 22/May/2022 12:30pm  
**Servicios Tratantes** Oncología - Pediatría  
**Familiograma** Relación \_\_\_\_\_

... un total de 3 hermanos, con estudios de nivel básico incompleto, de México, dependiente económico de su madre, padre ausente, se de 35 años, hermanos de 19 y 11 años de edad, mantiene comunicación clara y directa entre sus miembros, se refieren relaciones familiares positivas entre sus integrantes. Se encuentra en la etapa del ciclo de vida de la familia con hijos en edad escolar y adolescente que propone el autor Olson (1991). Dentro del sistema familiar los límites entre subsistemas son claros, los roles son complementarios, son asumidos por su madre, funge como principal proveedora económica, se desempeña como comerciante informal, venta de quesadillas en el Centro histórico, su hermana mayor contribuye al ingreso apoyando a su madre en la actividad que desarrolla, el ingreso que percibe le permite atender las necesidades básicas de la familia y gastos de la vivienda. Su red de apoyo familiar es limitada, cuenta con el apoyo mayor en lo instrumental y afectivo, sin embargo, la familia de origen de su madre (abuela materna) radica en aproximadamente, lo que puede afectar la continuidad de la atención y el tratamiento médico (quimioterapia) paciente. La vivienda que habita es rentada, se ubica en zona urbana, se refiere que se utiliza dos cuartos como dormitorios con ventilación e iluminación adecuada, construida de material perdurable, dispone de todos los servicios públicos básicos intra y extradomiciliarios básicos.

**Datos Personales del Derechohabiente**  
**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_  
**LUGAR DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_  
**GÉNERO:** MASCULINO  
**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_  
**TELÉFONOS:** \_\_\_\_\_  
**FAMILIAR RESPONSABLE:** \_\_\_\_\_  
**RELIGIÓN:** EVANGÉLICA  
**NACIONALIDAD:** MEXICANA  
**ESCOLARIDAD:** SECUNDARIA (1º GRADO)  
**OCCUPACIÓN:** NINGUNA  
**ESTADO CIVIL:** SOLTERO  
**LENGUA INDÍGENA:** NINGUNA

**Datos Paciente**

**Nombres** \_\_\_\_\_  
**Apellido Paterno** \_\_\_\_\_  
**Apellido Materno** \_\_\_\_\_  
**Género** \_\_\_\_\_  
**CURP** \_\_\_\_\_  
**Estado Civil** \_\_\_\_\_  
**Religión** \_\_\_\_\_  
**Ocupación** \_\_\_\_\_  
**Escolaridad** \_\_\_\_\_  
**Domicilio** \_\_\_\_\_  
**Identificaciones** \_\_\_\_\_  
**Fecha Nacimiento** 10/Oct/2004

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

*Handwritten initials*

*Large handwritten signature*




*Handwritten mark*



 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha Autorización</b>	<b>de 07/2024</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 33 de 53</b>	



Anexo 10.5 Nota de Ingreso (Registro electrónico realizado en Salud Ness)

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>		 <b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b> Calle 1a y 2da de Febrero y Piedad # 343 Puntaje de Colapason S333C, Ixtapaluca, Mex. Teléfono: (52) 5572 5865 CLLESA, MEXICO 19780		
		Ingreso Hospitalario		
<b>Nombre</b>		<b>Médico</b>		
<b>Expediente / CURP</b>		<b>Fecha Ingreso / Episodio</b>	17/Jul/2024 11:5am, 323797	
<b>Género / Fecha Nacimiento</b>		<b>Servicio / Cama Ingreso</b>	Medicina Crítica (Terapia Intensiva), 1	
<b>Servicio / Fecha Atención</b>		<b>Diagnóstico Ingreso</b>		
<b>Salic/Karta / Especialidad</b>				
<b>Ingreso Hospitalario</b>				
<b>Fecha Ingreso</b>	17/Jul/2024 4:48pm			
<b>Servicio</b>	Hospitalización			
<b>Médico Responsable</b>				
<b>Médico Tratante</b>				
<b>Especialidad</b>	Medicina Crítica (Terapia Intensiva)			
<b>Servicio</b>	Medicina Crítica (Terapia Intensiva)			
<b>Procedencia del Ingreso</b>	Urgencias			
<b>Información del Interrogatorio</b>				
<b>Resumen Interrogatorio</b>				
<b>Está Embarazada</b>	No			
<b>Signos Vitales</b>	Hora Registro: 17/07/2024 11:57:11 Temperatura: 36 °C - Axilar Presión Arterial: 101/51 mmHg - Brazo, PAM: 67.67 Frecuencia Cardíaca: 106 lpm Frecuencia Respiratoria: 24 rpm Saturación Oxígeno: 95% Tiempo Capilar: 2 seg			
<b>Motivo Atención</b>	**HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS **NOTA DE INGRESO			
<b>FECHA: 17.07.24</b> <b>TIPO DE MONITOREO: HEMODINAMICO</b> <b>PROCEDENCIA: Urgencias</b> <b>SERVICIO TRATANTE: Medicina interna</b> <b>PRIORIDAD: II</b> <b>DATOS BASE:</b> **Fecha de identificación: Originario Ciudad de México y residente del Estado de México, estado civil: unión libre, escolaridad secundaria completa, religión: creyente, ocupación: hogar, hemotipo: desconoce **Antecedentes personales no patológicos: Vive en casa propia, construida de materiales perdurables, con 1 habitaciones donde habitan 2 personas, sin hacinamiento, con todos los servicios básicos de urbanización, sin zoonosis, esquema de vacunación completo, vacunas Covid no aplicadas, influenza no aplicadas. Tabaquismo negado, el tiempo ocasional cada 6 meses sin llegar a la embriaguez, toxicomanías negados. **Antecedentes personales patológicos: Enfermedades crónico-degenerativas: Interrogado y negado. Antecedentes quirúrgicos: oclusión tubárica bilateral hace 18 años. Transfusiones, Interrogado y negado, alérgicos Interrogados y negado. **Antecedentes ginecológico-obstétricos Menarca 12 años, ritmo regular, 20X4, eumenorral, compañeros sexuales 2, Gesta 8, Para 7, Aborto 1, Cesarea 0, Orto 0, fecha de último parto hace 18 años, oclusión tubárica bilateral hace 17 años. Citología vaginal hace 10 años <b>PADECIMIENTO ACTUAL:</b> **A referir por paciente inicia su padecimiento actual el 1 de junio del 2024 mientras se encontraba trabajando como cocinera en Cuicatlan con la presencia de lesiones vesiculares en antebrazo anterior tercio distal izquierdo y posterior derecho, se agregan múltiples lesiones vesiculares en abdomen flanco izquierdo y posterior se disemina hacia todo el abdomen, tórax, y en región de muslos bilaterales en cara interna, progresando a costras melicéricas, formando placas de 4cmx3cm que ocasionan desprendimiento de epidermis fétidas y pruriginosas por lo que acude con médico privado el 15.06.24 quien indica baño coloidal y oxidado de zinc sin presentar mejoría con progresión de las lesiones, acude nuevamente a otro médico privado el 1 07 24 quien indica nuevamente baño coloidal y antiviral sin mejoría con progresión de lesiones hacia tórax posterior y cuello, se agrega artralgia, hepatite motivo por el cual decide acudir por sus propios medios a esta unidad. <b>NEUROLOGICO:</b> Sin sedación con escala de Glasgow de 15 puntos, despierta, con funciones mentales conservadas, pupilas de 2mm normoreactivas sin desviación de la mirada, sin posturas anormales, reflejos de estiramiento muscular ++, Babinski y succedáneos ausentes.				

*Handwritten signatures and notes in blue ink on the right margin, including names like 'R. Calderon' and 'A. P.'.*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> IXTAPALUCA
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha Autorización</b>	<b>de 07/2024</b>	
<b>Código</b>		<b>Hoja: 34 de 53</b>		



Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca  
 Carretera Federal Mexico-Puebla km. 33.5  
 P.O. Box 14-2 Ixtapaluca 74710 Ixtapaluca, Mex.  
 Teléfono: (55) 5472 9900 CLIEB MEXCAG 8776



Ingreso Hospitalario :

<b>Nombre</b>	<b>Médico</b>
<b>Expediente / CURP</b>	<b>Fecha Ingreso / Episodio</b>
<b>Género / Fecha Nacimiento</b>	<b>Servicio / Cama Ingreso</b>
<b>Servicio / Fecha Atención</b>	<b>Diagnóstico Ingreso</b>
<b>Solicitante / Especialidad</b>	

**CARDIOHEMODINAMICO:** Con Norepinefrina calculada a 0.09mcg/kg, con TAM de 72mmHg, ruidos cardiacos ritmicos con buen tono e intensidad, y adecuada frecuencia sin soplos. Llenado capilar de 2 segundos. Gasto cardiaco 8.9, índice cardiaco 5.1, resistencia vasculares sistémicas 592, índice de resistencias vasculares sistémicas 341, volumen letido de 114, aporte de O2 1000, consumo de oxígeno 208.

**VENTILATORIO:** Con oxígeno suplementario con cánulas nasales con FIO2 a 24% saturación 96%, Tórax con adecuados movimientos ventilatorios, murmullo vesicular presente, sin estertores o sibilancias. pH 7.46 pCO2 32, pO2 72, Hco3 19, lactato 0.5 sat 98% PaFi 300.

**GASTROMETABOLICO:** Abdomen globoso a expensas de tejido adiposo, blando, depresible, sin hiperestesia o hiperbaralgia, sin puntos específicos no doloroso, sin megalias, peristalsis presente en los cuatro cuadrantes. Glucosa 89mg/dl, bilirrubina total 0.37 mg/dL, bilirrubina directa 0.28 mg/dL, bilirrubina indirecta 0.09 mg/dL, alanina aminotransferasa 10 U/L, aspartato aminotransferasa 13 U/L, proteínas totales 4.4 g/dl, fosfatasa alcalina 92U/L, proteínas totales 4.4 g/dl. Albumina 1.7 g/dl. Gamma glutamil transpeptidasa 12U/L, colesterol 97mg/dl, triglicéridos 94mg/dl.

**NEFROURINARIO:** Con sonda Foley de 16 Fr con orina macroscópica Vogel II. Nitrógeno ureico 12.8 mg/dl, creatinina 0.64 mg/dl, acido úrico 3mg/dl, urea 27 mg/dl, sodio 129mmol/L, potasio 4.1mmol/L, cloro 97 mmol/L, calcio 6.9 mg/dl, fósforo 3.4 mg/dl, magnesio 2.23 mg/dl. Examen general de orina densidad 1.015, pH 6.0, proteínas negativos, glucosa negativos, cetonas negativos, sedimento bacterias moderadas, células epiteliales, filamento mucoso. Leucocitos menor a 26.

**HEMATOINFECCIOSO:** Afebril, sin datos de respuesta inflamatoria sistémica, sin datos de sangrado activo en algún nivel. Hemoglobina 8.7 g/dl, Hematocrito 27.5%, volumen corpuscular medio 87.9fL, Leucocitos 9.7 10<sup>3</sup>/ul neutrófilos 7.02 10<sup>3</sup>/ul, linfocitos 1.79 10<sup>3</sup>/ul, plaquetas 339 10<sup>3</sup>/ul.

**TEGUMENTARIO:** Presenta lesiones dérmicas que ocasiona desprendimiento de la epidermis con placas amarillentas en su superficie, fétidas en cuello anterior, torax anterior y posterior, abdomen, región lumbar, extremidades superiores en antebrazo y brazo. Extremidades inferiores en cara interna de muslos y pierna.

**DIAGNOSTICOS:**

1. Infección de tejidos blandos IDSA moderado  
 -Pénfigo vulgar  
 -Desequilibrio ácido base  
 -Alcalosis respiratoria
2. Anemia normocítica normocromica grado II por OMS
3. Desequilibrio hidroelectrolítico  
 -Hiponatremia crónica moderada, hipovolémica



**ANALISIS**

Femenino de la quinta década de la vida en la cual se encuentra sin alteraciones neurológicas, con adecuado patrón ventilatorio con requerimientos de oxígeno suplementario por bajo flujo, no integra síndrome pleuropulmonar. En lo hemodinámico se encuentra con apoyo de vasopresor para lograr tensiones arteriales medias por arriba de 65mmHg, no presenta datos de hipoperfusión tisular, se encuentra con lesiones en cavidad oral que dificulta la deglución por lo cual se decide color sonda nasogástrica para continuar dieta enteral. Se mantiene con adecuadas glucemias, sin alteraciones en pruebas de funcionamiento hepático. En lo nefrouinario se encuentra con niveles de creatinina dentro de parámetros normales, no obstante se encuentra con índice urinario bajo, por lo cual se realizan ajustes a soluciones parenterales ajustadas a superficie corporal afectada. En lo hematológico se encuentra con anemia normocítica y normocromica grado II por OMS sin requerir de transfusión de hemoderivados en este momento. En lo infeccioso no se encuentra con datos de respuesta inflamatoria sistémica. Sin embargo, a nivel dérmico se encuentra con múltiples lesiones abarcan la dermis papilar así como placas amarillentas y costras miceléricas lo que concuerda con pénfigo vulgar del 16% de la superficie corporal. Se inicia esquema antimicrobiano con betalactámico acorde a guía Sanford 2024. Se solicitan paraclínicos y se solicita biopsia /cultivo de la lesión. Paciente se reporta delicada con pronostico reservado a la evolucion no exento de complicaciones como neumonia nosocomial o choque séptico.

<b>Resumen Exploración Física</b>	
<b>Estado Mental</b>	
<b>Resultados Relevantes</b>	
<b>Pronóstico</b>	
<b>Reingreso</b>	No
<b>Firmas</b>	
<b>Elabora</b>	<b>Paciente</b>
<b>Turno Elabora</b>	Matutino
<b>Especialidad Elabora</b>	
<b>Firma Elabora</b>	
<b>Médico Responsable</b>	
<b>Especialidad Médico Responsable</b>	

*[Handwritten signatures and notes on the right margin]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha de Autorización</b>	<b>07/2024</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 35 de 53</b>	

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	 <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> <small>ESTADOS UNIDOS MEXICANOS</small>	<small>Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca</small> <small>Carretera Federal México Puebla Km. 34.5</small> <small>Pueblo de Zozocopan Sección Ixtapaluca Méx.</small> <small>Teléfono: (55) 5972 4800. CLUBES: MESSAO 6786</small>	 <small>INGRESO HOSPITALARIO</small>
--	---	---	--


  

<b>Nombre</b>	<b>Médico</b>
<b>Expediente / CURP</b>	<b>Fecha Ingreso / Episodio</b>
<b>Órgano / Fecha Nacimiento</b>	<b>Servicio / Cama Ingreso</b>
<b>Servicio / Fecha Atención</b>	<b>Diagnóstico Ingreso</b>
<b>Solicitante / Especialidad</b>	






  

<b>Firma Médico Responsable</b>	<b>Nota</b>
<b>Cadena Original</b>	
<b>Sello Digital</b>	

Ixtapaluca  
 22/07/2024  
 13:38 pm  
 3/3

 <b>SERVICIOS DE SALUD IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>				 <b>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA</b>
	<b>DIRECCION MEDICA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>				
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>				
	<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha Autorización</b>	<b>de 07/2024</b>	
	<b>Código</b>		<b>Hoja: 36 de 53</b>		

Anexo 10.6 Indicaciones Médicas (Registro electrónico realizado en Salud Ness)


 <b>SERVICIOS DE SALUD IMSS-BIENESTAR</b>			Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca Calle 59 Col. Jardines de Ixtapaluca, Méx. Teléfono: 01 (777) 424-3333 - 424-3334	 Indicación
<b>Nombre</b>		<b>Médico</b>		
<b>Expediente / CURP</b>		<b>Fecha Ingreso / Episodio</b>		
<b>Género / Fecha nacimiento</b>		<b>Servicio / Cama Ingreso</b>		
<b>Servicio / Fecha Atención</b>		<b>Diagnóstico Ingreso</b>		
<b>Solicitante / Especialidad</b>				
<b>Indicaciones</b>				
<b>Fecha Emisión</b>	22/07/2024			
<b>Servicio</b>	Hospitalización			
<b>Cama</b>				
<b>Cama</b>				
<b>Ubicación Multidosis</b>				
<b>Tipo Episodio</b>				
<b>Hospitalización Desde</b>	19/07/2024			
<b>Prioridad</b>	Normal (M3)			
<b>Cuidados Específicos</b>	Paciente a Cargo de Medicina Interna 1534  Cuidados generales de enfermería, Signos vitales por turno Posición sem Fowler, Barandales en alto, riesgo bajo de caídas Medias antitrombóticas en miembros pélvicos Cuantificación estrecha de ureas, balances por turno y reportar en sistema Reportar en caso de S.O2 <90% Reportar en caso de fiebre >38°C. No administrar paracetamol Reportar en caso de TA <90/60 o >140/90 mmHg Glucometría capilar en ayuno y preprandiales y reportar en sistema. Aislamiento inverso			
<b>Medidas Generales</b>				
<b>Dieta</b>	Blanda No Astringente Todo el Día (GraI)			
<b>Medicamentos</b>	LEVOFLOXACINO TABLETA CADA TABLETA CONTIENE LEVOFLOXACINO HEMI-HIDRATADO EQUIVALENTE A 750 MG DE LEVOFLOXACINO ENVASE CON 7 TABLETAS (HRAEI-MD0934), Indicación: 750 mg cada 24 Horas, Fecha Hora Requerida: 22/Jul 6:00pm, Via Administración: Oral FI: 18.07.24 (2)  prednISONA 20 MG (HRAEI-MD1909), Indicación: 40 mg cada 24 Horas, Fecha Hora Requerida: 22/Jul 6:00pm, Via Administración: Oral  FONDAPARINUX SOLUCIÓN INYECTABLE 2.5 MG. (HRAEI-MD0680), Indicación: 2500 mcg cada 24 Horas, Fecha Hora Requerida: 22/Jul 6:00pm, Via Administración: Subcutánea			
<b>Soluciones</b>	HARTMANN 500ML (HRAEI-MD1386) Indicación: 750 ml cada 24 Horas, 31.25 ml/hora, Fecha Hora Requerida: 22/Jul 6:00pm, Via Administración: Intravenosa			
<b>Mezclas</b>	Solución Base CLORURO DE SODIO 0.9% 250ML (HRAEI-MD0360) Indicación: 100 ml cada 24 Horas, 4.1667 ml/hora, Solutoe: 100 mg TRAMADOL 100 MG/ZML INYECTABLE (HRAEI-MD1511), Fecha Hora Requerida: 22/Jul 6:00pm, Via Administración: Intravenosa			
<b>Inhaloterapias</b>				
<b>Cáteteres, Sondas o Drenajes</b>				
<b>Interconsultas</b>				
<b>Procedimientos</b>				
<b>Cirugías</b>				
<b>Laboratorio</b>				
<b>Imagenología</b>				
<b>Patología</b>				
<b>Banco de Sangre</b>				
<b>Firmas</b>				
<b>Elabora</b>		<b>QR</b>		
<b>Turno Elabora</b>		<b>Paciente</b>		
<b>Especialidad Elabora</b>		<b>Elabora</b>		
<b>Firma Elabora</b>		<b>Nota</b>		
<b>Responsable</b>				
<b>Especialidad Responsable</b>				
<b>Firma Responsable</b>				
<b>Cadena Original</b>				

22 Julio 2024 13:40 pm

SALUD

1 / 2

Filled Form  
 ED  
 de  
 [Handwritten signatures and marks]

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha de Autorización</b>	<b>07/2024</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 37 de 53</b>	



Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca  
 Carretera Federal México-Puebla Km. 24.5  
 Pueblo de Zoquiapan 56230, Ixtapaluca, Méx.  
 Teléfono: (55) 672 8800, CLIE: MCSAC 8786



Indicación

<b>Nombre</b>	<b>Médica</b>
<b>Expediente / CURP</b>	<b>Fecha Ingreso / Episodio</b>
<b>Género / Fecha Nacimiento</b>	<b>Servicio / Cama Ingreso</b>
<b>Servicio / Fecha Atención</b>	<b>Diagnóstico Ingreso</b>
<b>Solicitante / Especialidad</b>	

Sello Digital



*[Handwritten signatures and notes in blue ink, including a large signature at the bottom right.]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha Autorización de</b>	<b>07/2024</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 38 de 53</b>	

Anexo 10.7 Solicitud de Interconsulta (Registro electrónico realizado en Salud Ness)



**SERVICIOS DE SALUD**  
**IMSS-BIENESTAR**



Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca  
 Carretera Federal México - Toluca km. 14.5  
 Ixtapaluca, Veracruz de la Cruz, México  
 Teléfono: (01) 228 240 1111 | Fax: (01) 228 240 1100

  
 Solicitud Interconsul

<b>Nombre</b>	<b>Médico</b>
<b>Expediente / CURP</b>	<b>Fecha Ingreso / Episodio</b>
<b>Género / Fecha Nacimiento</b>	<b>Servicio / Cama Ingreso</b>
<b>Servicio / Fecha Atención</b>	<b>Diagnóstico Ingreso</b>
<b>Solicitante / Especialidad</b>	

**Solicitud Interconsulta**

**Fecha Emisión** \_\_\_\_\_

**Servicio** Hospitalización

**Tipo Episodio** Hospitalización

**Hospitalización Desde** \_\_\_\_\_

**Prioridad** \_\_\_\_\_

**Interconsulta** \_\_\_\_\_


<b>Firmas</b>	<b>QRs</b>
<b>Elabora</b> _____	<b>Paciente</b> 
<b>Turno Elabora</b> _____	<b>Elabora</b> 
<b>Especialidad Elabora</b> _____	<b>Nota</b> 
<b>Firma Elabora Responsable</b> _____	
<b>Especialidad Responsable</b> _____	
<b>Firma Responsable</b> _____	
<b>Cadena Original</b> _____	


**Sello Digital** \_\_\_\_\_

[Handwritten signatures and notes in blue ink, including a large signature that appears to read 'Pilar Ruiz']

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>				 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> IXTAPALUCA
	<b>DIRECCION MEDICA</b>				
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>				
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>				
	<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha de Autorización</b>	<b>07/2024</b>	
<b>Código</b>		<b>Hoja: 39 de 53</b>			

Anexo 10.8 Solicitud de Estudios de Laboratorio y Gabinete (Registro electrónico realizado en Salud Ness)



  
**Solicitud Laboratorio**

Paciente		Médico	
<b>Expediente / CURP</b>		<b>Fecha Ingreso / Episodio</b>	
<b>Nombre / Fecha Nacimiento</b>		<b>Servicio / Cama Ingreso</b>	
<b>Servicio / Fecha Atención</b>		<b>Diagnóstico Ingreso</b>	
<b>Solicitante / Especialidad</b>		<b>(Ocupación)</b>	

Datos Generales

**Fecha Emisión** \_\_\_\_\_

**Servicio** \_\_\_\_\_

**Diagnósticos** \_\_\_\_\_ TEMAS

**Diagnósticos Agregados**

Exclusivamente Estudio por Referencia  No




**Tipo Episodio** \_\_\_\_\_

**Hospitalización Desde** \_\_\_\_\_

**Prioridad** Normal (M3)

**Laboratorio** Anticuerpos anti SSA/SSB (Ro-La) (037-41)

Elabora	
<b>Turno Elabora</b>	Matutino
<b>Especialidad Elabora</b>	
<b>Firma Elabora</b>	
<b>Responsable</b>	
<b>Especialidad Responsable</b>	
<b>Firma Responsable</b>	
<b>Cadena Original</b>	hospitalizacion...
<b>Sello Digital</b>	

QRs	
<b>Paciente</b>	
<b>Elabora</b>	
<b>Nota</b>	

*[Handwritten signatures and notes]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> IXTAPALUCA
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	Rev. 00	<b>Fecha de Autorización</b>	07/2024	
<b>Código</b>		Hoja: 40 de 53		



Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca  
 Carretera Federal México Puebla km 3-5  
 Fraccionamiento Zoológico Ixtapaluca, Méx.  
 Teléfono: (52) 547 2 8800 111 ext. 10000011111



Solicitud Imagenología

Nombre \_\_\_\_\_  
 Expediente / CURP \_\_\_\_\_  
 Género / Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Servicio / Fecha Atención \_\_\_\_\_  
 Solicitante / Especialidad \_\_\_\_\_

Solicitud Imagenología	
Fecha Emisión	Zam
Servicio	Urgencias
Médico Responsable	
Diagnósticos	TRASTORNO DE LOS TEJIDOS BLANDOS, NO ESPECIFICADO (M799), desde: 16/Jul/2024 (Activo Controlado)
Diagnósticos Agregados	
Exclusivamente estudio por referencia	No
Tipo Episodio	
Hospitalización Desde	
Prioridad	Normal (M3)
Imagenología	Radiografía portátil (para hospitalización y admisión continua) (013-52) SE SOLICITA RX DE TÓRAX CONTROL POST-COLOCACI3N DE CATÉTER

Firmas		QR's	
Elabora		Paciente	
Turno Elabora			
Especialidad Elabora			
Firma Elabora		Elabora	
Médico Responsable			
Especialidad Médico Responsable			
Firma Médico Responsable		Nota	
Cadena Original			

Sello Digital \_\_\_\_\_


Pulsera Punt  
 de  
 la  
 X




 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
	<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha de Autorización</b>	<b>07/2024</b>
	<b>Código</b>			<b>Hoja: 41 de 53</b>




**Anexo 10.9 Consentimiento Informado (Registro electrónico realizado en Salud Ness)**



**SERVICIOS DE SALUD**  
**IMSS-BIENESTAR**



Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca  
 Calle 100 y Avenida México, P.O. Box 111, 34.5  
 4.ª Sección, Ixtapaluca, Pue. 21010, Pue. Mex.  
 Teléfono: 01(921) 918 1111 y 01(921) 918 1112



Consentimiento Informado

---

**Nombre** \_\_\_\_\_

**Expediente / CURP** \_\_\_\_\_

**Edad / Fecha Nacimiento** \_\_\_\_\_

**Servicio / Fecha Atención** \_\_\_\_\_

**Solicitante / Especialidad** \_\_\_\_\_

---

Datos Generales	
Fecha Emisión	
Servicio	Urgencias
Médico Responsable	
Diagnósticos	ESPECIFICADO (M799), desde: 16/Jul/2024 (Activo Controlado)
Tipo Atención	Urgencia
Paciente Condiciones Físicas y Mentales Firmar	SI
Cuenta Persona Legalmente Responsable	SI
Servicio a Autorizar	CONSENTIMIENTO INFORMADO - UNIVERSAL DE URGENCIAS
Beneficios Procedimiento	MEJORIA CLINICA Y TOMA DE PARACLINICOS
Riesgos Procedimiento	INFECCIONES NOSOCOMIALES, CAIDAS, SEPSIS, MUERTE
Acto Autorizado	Consiento que me realicen los procedimientos diagnósticos, terapéuticos o quirúrgicos planeados en este documento.  El/la Doctor(a) que firma al calce de este documento, quien labora en el servicio de urgencias de el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca me ha otorgado la suficiente información sobre mis diagnósticos que también están mencionados en este documento, los riesgos a los que estoy expuesto y las posibles complicaciones por la enfermedad que padecio.  Se me han explicado los procedimientos técnicos de la cirugía, las posibles alternativas, incluso la suspensión de esta, y acepto la propuesta de tratamiento de tratamiento en las actuales circunstancias.  Consentio la realización de prácticas médicas y quirúrgicas así como procedimientos auxiliares, además de los ahora previstos o diferentes a ellos, tanto si se deben a situaciones imprevistas o no. Consentio para esta cirugía la administración de medicamentos anestésicos que puedan ser considerados necesarios y convenientes, acepto la colocación de un tubo traqueal para la asistencia respiratoria y comprendo que todo ello puede implicar riesgos que se me han explicado incluyendo el riesgo para la vida.  Acepto la transfusión de sangre y sus componentes sin ser necesario, me han explicado que la administración de los derivados de sangre puede asociarse a complicaciones alérgicas e inmunológicas, eventualmente enfermedades infecciosas a pesar de estudios efectuados al donante y a la sangre.  Consentio la extensión, preservación y uso para fines de educación y/o investigación de cualquier muestra de fluidos o tejidos tomados de mí. Consentio la presencia en el quirófano de observadores con fines académicos, así como la filmación o fotografías con fines docentes preservando mi identidad.  He leído y entendido cada párrafo de ese documento, con los que estoy de acuerdo.
Comentarios Adicionales	Va, como médico tratante y quien firmo al calce de este documento, certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficio, riesgo y alternativas de el o los procedimiento(s) propuesto(s), me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y he contestado completamente a todas las preguntas hechas. Me ha externado el paciente (Padres/Tutores/Encargados) que ha comprendido a satisfacción lo que he explicado y contestado.
Fundamento Legal	Para el caso de una Cirugía mayor: artículos 80, 81 y 82 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Atención Médica numerales 4.2, 10.1, 10.1.1.7, 10.1.1.8, 10.1.1.9, 10.1.1.10, y 10.1.2.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico y 3.7 de la NOM-024-SSA3-2010 Del Expediente Clínico Electrónico y demás disposiciones aplicables. Para el caso de Diagnóstico y Terapéutico, considerado como de alto riesgo: artículos 80, primer párrafo 81 y 82 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Atención Médica: numerales 4.2, 10.1, 10.1.1.7, 10.1.1.8, 10.1.1.9, 10.1.1.10, 10.1.12, 10.1.2.8 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico y 3.7 de la NOM-024-SSA3-2010 Del Expediente Clínico Electrónico y demás disposiciones aplicables. Para cualquier procedimiento que entrafie amputación: artículos 80, 81, 82, 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; numerales 4.2, 10.1, 10.1.1.7, 10.1.1.8, 10.1.1.9, 10.1.1.10, 10.1.2, 10.1.29 de la Norma Oficial Mexicana, NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico y 3.7 de la NOM-024-SSA3-2010 Del Expediente Clínico Electrónico y demás legislación aplicable. Para realizar salpingocelia y vasectomía: artículos 67 al 71 de la Ley General de Salud, 116 al 120 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; numerales 4.2, 10.1, 10.1.1.7, 10.1.1.8, 10.1.1.9, 10.1.1.10 y 10.1.2.4 de Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico y 3.7 de la NOM-024-SSA3-2010 Del Expediente Clínico Electrónico y la demás legislación aplicable.

---

Responsable	
Fecha Emisión	
Servicio	Urgencias
Responsable	

*Felipe...*



*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha de Autorización</b>	<b>07/2024</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 42 de 53</b>	



Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca  
 Comodoro Miguel Alemán Pineda S/N  
 Pórtico de Ixtapaluca, Toluca, Estado de México  
 Teléfono: 575 5472 9600 CLAVE: MEX0247174



Consentimiento Informado

**Nombre** \_\_\_\_\_

**Expediente / CURP** \_\_\_\_\_

**Género / Fecha Nacimiento** \_\_\_\_\_

**Servicio / Fecha Atención** \_\_\_\_\_

**Solicitante / Especialidad** \_\_\_\_\_

**Identificación** \_\_\_\_\_

---

**Testigos**

**Fecha Emisión** \_\_\_\_\_

**Servicio** \_\_\_\_\_ **Urgencias** \_\_\_\_\_

**Nombre Primer Testigo** \_\_\_\_\_

**Nombre Segundo Testigo** \_\_\_\_\_

---

**Firmas**

**Elabora** \_\_\_\_\_

**Turno Elabora** \_\_\_\_\_ **Matutino** \_\_\_\_\_

**Especialidad Elabora** \_\_\_\_\_

**Firma Elabora** \_\_\_\_\_

**Médico Responsable** \_\_\_\_\_


**Especialidad Médico Responsable** \_\_\_\_\_


**Firma Médico Responsable** \_\_\_\_\_


**Cadena Original** \_\_\_\_\_

**Sello Digital** \_\_\_\_\_

**QR's**

**Paciente** 

**Elabora** 

**Nota** 

*Handwritten signatures and marks on the right margin.*

*Handwritten marks on the left margin.*

*Large handwritten signatures and marks on the bottom right margin.*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <b>IXTAPALUCA</b>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha Autorización</b>	<b>de 07/2024</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 43 de 53</b>	

Anexo 10.10 Pre Alta (Registro electrónico realizado en Salud Ness)



Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca  
 Carretera Federal México-Puebla km. 34.5  
 Puentes de 2, Quapan 56536 Ixtapaluca, Mex.  
 Teléfono: (55) 5972 9900, CLUS: MESSAD18784



Pre Alta!

<b>Nombre</b>	<b>Médico</b>
<b>Expediente / CURP</b>	<b>Fecha Ingreso / Episodio</b>
<b>Género / Fecha Nacimiento</b>	<b>Servicio / Cama Ingreso</b>
<b>Servicio / Fecha Atención</b>	<b>Diagnóstico Ingreso</b>
<b>Solicitante / Especialidad</b>	

<b>Fecha Emisión</b>	
<b>Servicio</b>	
<b>Central</b>	
<b>Cama</b>	
<b>Observaciones</b>	<b>NOTA DE EGRESO MEDICINA INTERNA</b>

**DIAGNÓSTICOS DE INGRESO**

1. Secuelas de pancreatitis
  - a) Pancreatitis enfismatosa necrotizante
  - b) Trombosis parcial de la confluencia espleno-portal
  - b1) Varices esofágicas pequeñas de Baveno
- 2) Abscesos abdominales
  - a) Absceso pararenal posterior derecho de 201 cc
  - b) Absceso pararenal posterior derecho de 201 cc
- 3) Sangrado de tubo digestivo alto en abordaje
  - a) Anemia normocítica hipocrómica ADE amplio grado III OMS en abordaje
  - 4) Síndrome consumitivo en abordaje (36% de pérdida ponderal)
    - a) A descartar proceso neoplásico a nivel de colon

**DIAGNÓSTICOS DE EGRESO**

1. Complicaciones tardías de pancreatitis
  - a) Pancreatitis enfismatosa necrotizante Balthazar E
  - b) Trombosis venosa parcial de la confluencia espleno-portal
  - b1) Varices esofágicas pequeñas de Baveno
  - c) Absceso pararenal posterior derecho de 201 cc
  - PO drenaje percutáneo 02.07.24
  - d) Absceso pararenal izquierdo de 5.2 cc
- 2) Anemia grado II OMS ferropénica con déficit de hierro de 872 mg por Ganzoni

**FORMULARIO HOSPITALARIA**

... años con antecedente de pancreatitis y colestectomía por colestistis aguda litiasica en febrero de 2024, que ingresa referido de ... para protocolo de estudio.

Se trata de paciente cursando con complicaciones postquirúrgicas dado abscesos pararenales bilaterales, tras el antecedente de colestectomía laparoscópica realizada el 13 de febrero de 2024 en la que se coloca drenaje que permanece en cavidad abdominal durante 2 meses aproximadamente y aparentemente cursó con infección, tratada por médico particular. En estudio tomográfico indicado en consulta de control de medicina interna de esta Institución se documentan 2 colecciones intraabdominales compatibles con abscesos, de localización pararenal bilateral, de mayor volumen en lado derecho. El 02 de julio de 2024 se realizó drenaje percutáneo de absceso pararenal derecho, el cual en TAC se reportó de 201cc, en USG de rastreo previo a drenaje se reporta de 120 cc, se drenaron 70cc, el 06 de julio se reporta aislamiento de Streptococcus anginosus, Escherichia coli, Leuconostoc lactis y Bacteroides fragilis. Desde su ingreso estuvo en cubrimiento antimicrobiano empírico con levofloxacino, recibiendo 8 días, el 08 de julio de 2024 se reporta antibiograma y se escala antibioterapia a meropenem, completando esquema de 14 días

El 18 de julio se realiza tomografía contrastada de abdomen de control que reporta persiste absceso en el espacio pararenal posterior derecho con dimensiones de 9 x 4 x 7 x 2.5 para un total de 57 cc (previo de 201 cc), se asocia engrosamiento de las fascias renal posterior y transversa con disrupción hacia el músculo cuadrado lumbar ipsilateral e ilio-lumbar, con edema y disminución de la colección visualizada en estudio previo. Persiste absceso que diseña la fascia transversa izquierda mide 24 x 20 x 19 mm con volumen de 4.7 cc (previo de 5.2 cc). Estricción de la grasa per renal bilateral y de la grasa mesentérica de forma generalizada. Dado persistencia de abscesos se decide llevar tratamiento antimicrobiano 14 días en total, con vigilancia clínica de dolor abdominal, tolerancia a la vía oral, evacuaciones, afebril. En tomografía inicial se documenta con trombosis de confluencia portoesplénica, por lo que se anticoagula a dosis plena y se indica anticoagulante oral a su egreso, dicha trombosis condiciona varices pequeñas de baveno, por lo que es candidato a manejo con propranolol, sin embargo con frecuencias cardíacas en límite inferior, por lo que se decide no iniciar. Dado necrosis de 50% del páncreas se solicita abordaje y se documentan datos de insuficiencia pancreática exocrina, con deficiencia de elastasa fecal y deficiencia de vitaminas A y D, se indica suplencia. Paciente con buena evolución clínica durante su estancia, sin presentar datos de respuesta inflamatoria sistémica, con disminución de reactantes de fase aguda, sin presentar fiebre durante su estancia, por lo que se decide su egreso a domicilio por mejoría clínica, se brindan indicaciones médicas y se explican claramente datos de alarma para acudir a urgencias. Se mantiene control por consulta externa y control tomográfico.

**EXÁMENES DE LABORATORIO**

—Actuales—  
 18.07.24 HB 8.6 LEU 4.8 NEU 2.67 LINF 1.79 PLQ 319 GLU 107 BUN 13 CR 0.46 UREA 27 NA 142 K 3.9 CL 108 CA 8.6 P 4.4 MG 2.23 VSG 55 PCR 8 PROCÁ menor a 0.02

*Handwritten signatures and notes on the right margin, including 'Pre Alta' and various initials.*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> IXTAPALUCA
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha Autorización</b>	<b>de 07/2024</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 44 de 53</b>	



Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca  
 Clave Federal México Puebla 110-14  
 Población Zolcuapan 76536 Ixtapaluca, Mex.  
 Teléfono: (561) 570-5400 CLAVE: AMPC041874



Pre Alta

<b>Nombre</b>	<b>Médico</b>
<b>Expediente / CURP</b>	<b>Fecha Ingreso / Episodio</b> 2
<b>Género / Fecha Nacimiento</b>	<b>Servicio / Cama Ingreso</b> 1
<b>Servicio / Fecha Atención</b>	<b>Diagnóstico Ingreso</b>
<b>Solicitante / Especialidad</b>	

---Cultivos---  
 02.07.24 Cultivo de drenaje de absceso pararenal derecho:  
 Cultivo de aerobios con desarrollo de:  
 -Streptococcus anginosus: sensible a linezolid, cloranfenicol y tigeciclina  
 -Escherichia coli: resistente a cefalosporinas, sensible a carbapenémicos  
 -Leuconostoc faecis  
 Cultivo de anaerobios con desarrollo de Bacteroides fragilis (no puntos de corte para reportar antibiograma)

02.07.24 Tinción de gram de absceso pararenal derecho Células epiteliales: 50-99 por campo, Leucocitos: 2-5 por campo, Bacilos Gram negativos: Moderados, Cocos Gram positivos: Moderados

---Reactantes de fase aguda---  
 01.07.24 VSG 52 PCR 86 PROCA 0.17  
 08.07.24 VSG 59 PCR 56.9 PROCA menor a 0.02  
 17.07.24 VSG 50 PCR 9.8  
 18.07.24 VSG 55 PCR 8 PROCA menor a 0.02

---Especiales---  
 01.07.24 Niveles de vitaminas  
 Vitamina A 0.1  
 25-OH-Vitamina D 17  
 Vitamina E 5.7  
 Vitamina K menor a 0.2

12.07.24 Apolipoproteínas  
 APOLIPOPROTEINA A-1 86 mg/dL  
 APOLIPOPROTEINA B 105 mg/dL

17.07.24 Elastasa fecal 75.6

01.07.24 Abordaje de la anemia  
 HIERRO 29 ug/dL  
 CAPACIDAD DE FIJACIÓN DE TRANSFERRINA 143.1 ug/dL  
 % DE SATURACIÓN DE TRANSFERRINA 16.86 %  
 FERRITINA EN SANGRE 574.9 ng/mL  
 TRANSFERRINA 146 mg/dL  
 VITAMINA B12 339 pg/mL  
 ÁCIDO FÓLICO 8 ng/mL 3.1 - 20.5

01.07.24  
 ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO TOTAL 0.53 ug/L  
 ANTÍGENO PROSTÁTICO LIBRE 0.053 ug/L

---Previos---  
 10.02.24 TGO 233, TGP 159, FA 124, GGT 510, BT 1.9, BD 0.83, BI 1.1, AMI 2890, LIP 5430  
 14.02.24 TGO 55, TGP 57, FA 77, GGT 113, BT 0.81, BD 0.35, BI 0.46, AMI 160, LIP 43, DD 3008, PROCA 1.14,  
 16.02.24 Dímero D 1553  
 13.05.24 LEU 10.1, NEU 7.63, LINF 1.53, HB 7.5, HTO 27.1, VCM 89.4, HCM 24.8, ADE 17.4, PLAQ 518, GLUC 78, UREA 17, CR 0.51, BUN 7, AU 3.3, CT 96,  
 TG 88, PT 6.6, ALB 2.5, TGO 21, TGP 26, FA 131, GGT 62, BT 0.49, BD 0.25, BI 0.24,  
 13.05.24 T3T 0.5, T4T 6.5, TSH 3.52, T3L 1.86, T4L 0.98, HbA1C 4.9,  
 13.05.24 ANTICUERPOS ANTI HIV No Reactiva  
 13.05.24 Perfil viral de hepatitis  
 AC. ANTI - HEPATITIS A IGG Reactiva  
 AC. ANTI - HEPATITIS A IGM No Reactiva  
 HBSAG No Reactiva  
 ANTI HBS AG 16.87  
 ANTI HBC No Reactiva  
 ANTI HVC No Reactiva  
 13.05.24 SANGRE OCULTA EN HECEs Positivo

IMÁGENES  
 14.06.24 ULTRASONIDO DE HÍGADO Y VÍAS BILIARES  
 1. Hepatomegalia.  
 2. Estenosis moderada difusa.  
 3. Colección heterogénea supraumbilical de 152 cc.  
 4. Colección en hueso pélvico de 20 cc

*[Handwritten signatures and notes in blue ink on the right margin]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> IXTAPALUCA
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha Autorización</b>	<b>de 07/2024</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 45 de 53</b>	



Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca  
 Carretera Federal México Puebla Km. 34.5  
 Puerto de Zozocolapan 56530 Ixtapaluca, Mex.  
 Teléfono: (5) 5972 9800, CLLEs: MCRSA018786



Pre Alta !

<b>Nombre</b> _____	<b>Médico</b> _____
<b>Expediente / CURP</b> _____	<b>Fecha Ingreso / Episodio</b> _____
<b>Género / Fecha Nacimiento</b> _____	<b>Servicio / Cama Ingreso</b> _____
<b>Servicio / Fecha Atención</b> _____	<b>Diagnóstico Ingreso</b> _____
<b>Solicitante / Especialidad</b> _____	

- 5. Ausencia de vesícula biliar.
- 6. Estatus de catéter de drenaje en fosa cística.
- 7. Páncreas, bazo y riñones de características ecográficas conservadas

**21.06.24 TOMOGRAFÍA CONTRASTADA DE TÓRAX, ABDOMEN Y PELVIS**

- 1. Hipertensión portal con circulación colateral asociada a probable tromboisis del sistema porta a nivel de la confluencia espleno portal.
- 2. Esplenomegalia.
- 3. Proceso inflamatorio pancreático asociado a enfisema y necrosis de más del 50%.
- 4. Absceso en el espacio pararenal posterior derecho de 201 cc con irrupción a la pared muscular.
- 5. Absceso en el espacio pararenal posterior izquierdo de 5.2cc.
- 6. Líquido libre subhepático y en corredera peritostocólica derecho asociado a engrosamiento de la pared del ángulo hepático del colon probablemente de tipo reactivo.
- 7. Cambios pulmonares que sugieren neumonía intersticial inespecífica.
- 8. Crecimiento prostático de mejor evaluación por ultrasonido)

**18.07.24 TOMOGRAFÍA CONTRASTADA DE ABDOMEN**

Edema de tejidos blandos. Estructuras óseas de morfología y densidad conservada. Sin trazos de fractura. Fenómeno de vacío en espacio intersomático de L3 L4 Hepatoesplenomegalia (Hígado mide 16 cm en su eje longitudinal y bazo), se asocia hallazgos de hipertensión portal con circulación colateral. Ausencia de vesícula biliar, en su topografía se observa material hiperdenso posiblemente en relación a grasas quirúrgicas. Páncreas con pérdida de su morfología y disminución de sus dimensiones. Persiste aire adyacente a nivel del cuerpo. Persiste absceso en el espacio pararenal posterior derecho con dimensiones de 9.4 x 4.7 x 2.5 para un total de 57 cc (previo de 201 cc), se asocia engrosamiento de las fascias renal posterior y transversa con disrupción hacia el músculo cuadrado lumbar ipsilateral e ilio lumbar, con edema y disminución de la colección visualizada en estudio previo. de forma reactiva condiciona engrosamiento del músculo ilio psoas del mismo lado. Persiste absceso que diseña la fascia transversa izquierda mide 24 x 20 x 19 mm con volumen de 4.7 cc (previo de 5.2 cc). Estricción de la grasa per renal bilateral y de la grasa mesentérica de forma generalizada. Datos de insuficiencia cardíaca por paso de medio de contraste de forma retrograda a venas suprahepáticas en fase arterial. Líquido libre en espacio rectovesical. Edema escrotal derecho. Edema de los tejidos blandos pévicos.

**PROCEDIMIENTOS**

- 25.06.24 ENDOSCOPIA**
- 1. Varices esofágicas pequeñas
  - 2. Gastropatía hipertensiva portal leve

- 25.06.24 COLONOSCOPIA**
- 1. Engrosamiento mucoso en ángulo hepático del colon
  - 2. Resto de colonoscopia sin alteraciones.
  - 3. Boston 2+2+2

**02.07.24 DRENAJE DE COLECCIÓN PARARENAL DERECHA**

Se realiza exploración ultrasonográfica de la fosa renal y flanco derechos, observando colección ovoidea bien definida con paredes gruesas de contenido heterogéneo mixto (hipoecóicas, con eco móviles y gas) con volumen aproximado de 120 cc. Con adecuada ventana para realización del procedimiento. Se posiciona paciente en decúbito prono, se realiza asepsia y antisepsia en flanco derecho, bajo guía ultrasonográfica, infiltración con lidocaína simple al 2% en piel y tejido celular subcutáneo, se realiza punción, se introduce aguja con catéter 14 G, drenando un total de 70 cc de líquido purulento espeso; se obtienen muestras (cuatro tubos de 15 cc), las cuales se entregan a médico tratante para estudio citológico, citológico y cultivo en laboratorio clínico. Se cubre con gasas y tegaderm, se da por terminado el procedimiento sin complicaciones.

**PATOLOGÍA**

- 14.07.24 BIOPSIA DE MUCOSA DE COLON**
- Diagnóstico: Referido como colon transverso (Biopsia endoscópica)
- Mucosa de colon con inflamación crónica leve
  - Negativo para microorganismos
  - Negativo para displasia o neoplasia.

**PLAN DE TRATAMIENTO AMBULATORIO**

- Recomendaciones nutricionales.
- Realizar 5 comidas al día (3 comidas principales y 2 colaciones) según la tolerancia del paciente.
  - Se recomienda que en cada tiempo de comida se incluyan alimentos de los 3 grupos (verduras y frutas, cereales, alimentos de origen animal y leguminosas).
  - Se recomienda consumo de agua natural potable como fuente principal de hidratación.
  - Se recomienda DIETA Estricta SIN GRASAS

**Medicamentos:**

- Vitaminas A+D capsulas blandas 5000 UI/400 UI tomar 1 capsula via oral cada 12 horas durante 3 meses
- Rivaroxaban tabletas 10 mg, tomar 1 tableta via oral cada 12 horas durante 21 días, luego Rivaroxaban 20mg, tomar 1 tableta via oral cada 24 horas durante 3 meses y suspender
- Sendaids tabletas 17.2 mg via oral cada 12 horas en caso de estreñimiento.
- Pancreatina capsulas 25000 UI, tomar una capsula via oral cada 8 horas, 15 minutos antes de los alimentos, sin suspender



**Estudios:**

- Se solicita BH, QS 3, ES 6 TIEMPOS DE COAGULACIÓN INR

**Imágenes:**

- Se solicita ultrasonido Doppler hepático en 4 meses

*[Handwritten signatures and notes in blue ink on the right margin]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> IXTAPALUCA
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha Autorización</b>	<b>de 07/2024</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 46 de 53</b>	



Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca  
 Calle de la Independencia No. 1000 Ixtapaluca, Méx.  
 P.O. Box 200000 Ixtapaluca, Méx.  
 Teléfono: 0152 236 0000 (Ext. 236 0000)



Pre Alta 5

<b>Nombre</b>	<b>Médico</b>
<b>Expediente / CURP</b>	<b>Fecha Ingreso / Episodio</b>
<b>Género / Fecha Nacimiento</b>	<b>Servicio / Cama Ingreso</b>
<b>Servicio / Fecha Atención</b>	<b>Diagnóstico Ingreso</b>
<b>Solicitante / Especialidad</b>	

**Consultas por programar**

- Se solicita cita control por consulta externa con residentes medicina interna a disponibilidad de agenda con resultados de laboratorio y ultrasonido Doppler hepático.
- Se solicita cita control por consulta externa con nutrición a disponibilidad de agenda
- Se solicita cita control por consulta externa con psicología a disponibilidad de agenda
- Se solicita cita control por consulta externa con gastroenterología a disponibilidad de agenda.

**Signos de alarma para acudir por urgencias**

1. Fiebre persistente
2. Dolor abdominal intenso
3. Dificultad respiratoria, coloración morada o azul de dedos y boca
4. Intolerancia a la vía oral, náuseas, vómitos, evacuaciones diarreicas
5. Vómito con sangre, evacuaciones con sangre
6. Somnolencia excesiva, desorientación, alucinaciones

Firmas		QR	
<b>Elabora</b>	mán	<b>Paciente</b>	
<b>Turno Elabora</b>		<b>Elabora</b>	
<b>Especialidad Elabora</b>		<b>Nota</b>	
<b>Firma Elabora</b>			
<b>Responsable</b>			
<b>Especialidad Responsable</b>			
<b>Firma Responsable</b>			
<b>Cadena Original</b>			
<b>Sello Digital</b>			

*[Handwritten signatures and notes in blue ink on the right side of the page]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD</b> IXTAPALUCA	
	<b>DIRECCION MEDICA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>				
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>				
	<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha de Autorización</b>		<b>07/2024</b>
	<b>Código</b>				<b>Hoja: 47 de 53</b>

Anexo 10.11 Nota de Egreso (Registro electrónico realizado en Salud Ness)



Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca  
 Calle 18 de Julio s/n - Col. de los Reyes - Ixtapaluca, Pue. C.P. 72100  
 P. (01) 228 428 2000 - 228 428 2001 - 228 428 2002  
 Sitio Web: www.hraixta.hgss.gob.mx



Egreso Hospitalario €

<b>Nombre</b>		<b>Médico</b>	
<b>Expediente / CURP</b>		<b>Fecha Ingreso / Episodio</b>	
<b>Género / Fecha Nacimiento</b>		<b>Servicio / Cama Ingreso</b>	
<b>Servicio / Fecha Atención</b>		<b>Diagnóstico Ingreso</b>	
<b>Solicitante / Especialidad</b>			

Egreso Hospitalario	
<b>Fecha Egreso</b>	
<b>Servicio</b>	Hospitalización
<b>Fecha de Ingreso a Urgencias (en su caso)</b>	
<b>Fecha de Ingreso HOSPITALARIO (a cama Censable)</b>	
<b>Procedencia del Ingreso</b>	Urgencias
<b>Tipo de Servicio Otorgado</b>	Normal
<b>Motivo Egreso</b>	Mejoría
<b>Parentesco de quien solicita</b>	
<b>Diagnósticos Ingreso</b>	OTRAS COLELITIASIS (K808), desde: 13/Feb/2024 (Activo Controlado) ... ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO (D649), desde: 28/Jun/2024 (Activo Controlado), TROMBOSIS DE LA VENA PORTA (I81X), desde: 28/Jun/2024 (Activo Controlado), VARICES ESOFAGICAS SIN HEMORRAGIA (I859), desde: 28/Jun/2024 (Activo Controlado), TROMBOSIS DE LA VENA PORTA (I81X) Presuncional, De ingreso, desde: 29/Jun/2024 (Activo Controlado), ABSCESO RENAL Y PERIRRENAL (N151) Confirmado, desde: 21/Jun/2024 (Activo Controlado) ABSCESO EN ESPACIO PARARRENAL POSTERIOR BILATERAL.
<b>Diagnósticos Egreso</b>	OTRAS COLELITIASIS (K808), desde: 13/Feb/2024 (Activo Controlado) ... ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO (D649), desde: 28/Jun/2024 (Activo Controlado), TROMBOSIS DE LA VENA PORTA (I81X), desde: 28/Jun/2024 (Activo Controlado), VARICES ESOFAGICAS SIN HEMORRAGIA (I859), desde: 28/Jun/2024 (Activo Controlado), TROMBOSIS DE LA VENA PORTA (I81X) Presuncional, De ingreso, desde: 29/Jun/2024 (Activo Controlado), ABSCESO RENAL Y PERIRRENAL (N151) Confirmado, desde: 21/Jun/2024 (Activo Controlado) ABSCESO EN ESPACIO PARARRENAL POSTERIOR BILATERAL.
<b>Diagnósticos Agregados</b>	OTRAS COLELITIASIS (K808), desde: 13/Feb/2024 (Activo Controlado) ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO (D649), desde: 28/Jun/2024 (Activo Controlado) TROMBOSIS DE LA VENA PORTA (I81X), desde: 28/Jun/2024 (Activo Controlado) VARICES ESOFAGICAS SIN HEMORRAGIA (I859), desde: 28/Jun/2024 (Activo Controlado) TROMBOSIS DE LA VENA PORTA (I81X) Presuncional, De ingreso, desde: 29/Jun/2024 (Activo Controlado) ABSCESO RENAL Y PERIRRENAL (N151) Confirmado, desde: 21/Jun/2024 (Activo Controlado) ABSCESO EN ESPACIO PARARRENAL POSTERIOR BILATERAL.
<b>Primera Vez o Subsecuente</b>	Subsecuente
<b>Signos Vitales</b>	Hora Registro: 22/Jul/2024 6:00 am Temperatura: 36 °C - Axilar Presión Arterial: 100/58 mmHg - Brazo, PAM: 72,00 Frecuencia Cardíaca: 61 bpm Frecuencia Respiratoria: 18 rpm Saturación Oxígeno: 96% Llenado Capilar: 2 seg Glucemia Capilar: 105 mg/dl
<b>Procedimientos Diagnósticos, Terapéuticos y Quirúrgicos Realizados</b>	
<b>Resumen y Actualización Cuadro Clínico</b>	NOTA DE EGRESO MEDICINA INTERNA

**DIAGNÓSTICOS DE INGRESO**  
 1. Secuelas de pancreatitis  
 a) Pancreatitis enfiameatosa necrotizante  
 b) Trombosis parcial de la confluencia espleno-portal  
 b.1) Varices esofágicas pequeñas de Baveno  
 2) Abscesos abdominales  
 a) Absceso pararrenal posterior derecho de 201 cc  
 b) Absceso pararrenal posterior derecho de 201 cc

*Handwritten signatures and notes on the right side of the page.*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> IXTAPALUCA
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha de Autorización</b>	<b>07/2024</b>	
<b>Código</b>		<b>Hoja: 48 de 53</b>		



Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca  
 Carretera Federal México-Puebla Km. 14.5  
 P.O. Box 1047 Ixtapaluca 57730 Ixtapaluca, Mex.  
 Teléfono: (55) 5422 9800 (L.L.P.) (55) 5421 1979



Egreso Hospitalario

<b>Nombre</b>	<b>Médico</b>
<b>Expediente / CURP</b>	<b>Fecha Ingreso / Episodio</b>
<b>Género / Fecha Nacimiento</b>	<b>Servicio / Cama Ingreso</b>
<b>Servicio / Fecha Atención</b>	<b>Diagnóstico Ingreso</b>
<b>Solicitante / Especialidad</b>	

- 3) Sangrado de tubo digestivo alto en abordaje
- a) Anemia normocítica hipocrómica ADE amplio grado III OMS en abordaje
- 4) Síndrome consuntivo en abordaje (36% de pérdida ponderal)
- a) A descartar proceso neoplásico a nivel de colon

**DIAGNÓSTICOS DE EGRESO**

- 1) Complicaciones tardías de pancreatitis
  - a) Pancreatitis enfisematosa necrotizante Balthazar E
  - b) Trombosis venosa parcial de la confluencia espleno-portal
  - b.1) Varices esofágicas pequeñas de Baveno
  - c) Absceso pararenal posterior derecho de 201 cc
  - PO drenaje percutáneo 02.07.24
  - d) Absceso pararenal izquierdo de 5.2 cc
- 2) Anemia grado II OMS ferropénica con déficit de hierro de 872 mg por Ganzoni

**ESTANCIA HOSPITALARIA**

Es con antecedente de pancreatitis y colecistectomía por colecistitis aguda litiasica en febrero de 2024, que ingresa referido de para protocolo de estudio.

Se trata de paciente cursando con complicaciones postquirúrgicas dado abscesos pararenales bilaterales, tras el antecedente de colecistectomía laparoscópica realizada el 13 de febrero de 2024 en la que se coloca drenaje que permanece en cavidad abdominal durante 2 meses aproximadamente y aparentemente cursó con infección, tratada por médico particular. En estudio tomográfico indicado en consulta de control de medicina interna de esta institución se documentan 2 colecciones intraabdominales compatibles con abscesos, de localización pararenal bilateral, de mayor volumen en lado derecho. El 02 de julio de 2024 se realizó drenaje percutáneo de absceso pararenal derecho, el cual en TAC se reportó de 201cc, en USG de rastreo previo a drenaje se reporta de 120 cc, se drenaron 70cc, el 06 de julio se reporta aislamiento de Streptococcus anginosus, Escherichia coli, Leuconostoc lactis y Bacteroides fragilis. Desde su ingreso estuvo en cubrimiento antimicrobiano empírico con levofloxacino, recibiendo 8 días, el 08 de julio de 2024 se reporta antibiograma y se escala antibioterapia a meropenem, completando esquema de 14 días

El 18 de julio se realiza tomografía contrastada de abdomen de control que reporta persiste absceso en el espacio pararenal posterior derecho con dimensiones de 9.4 x 4.7 x 2.5 para un total de 57 cc (previo de 201 cc), se asocia engrosamiento de las fascias renal posterior y transversa con disrupción hacia el músculo cuadrado lumbar ipsilateral e ilio-lumbar, con edema y disminución de la colección visualizada en estudio previo. Persiste absceso que diseña la fascia transversa izquierda mide 24 x 20 x 19 mm con volumen de 4.7 cc (previo de 5.2 cc). Estricción de la grasa peri renal bilateral y de la grasa mesentérica de forma generalizada. Dado persistencia de abscesos se decide llevar tratamiento antimicrobiano 14 días en total, con vigilancia clínica de dolor abdominal, tolerancia a la vía oral, evacuaciones, afebril. En tomografía inicial se documenta con trombosis de confluencia portoesplénica, por lo que se anticoagula a dosis plena y se indica anticoagulante oral a su egreso, dicha trombosis condiciona varices pequeñas de baveno, por lo que es candidato a manejo con propranolol, sin embargo con frecuencias cardiacas en limite inferior, por lo que se decide no iniciar. Dado necrosis de 50% del páncreas se solicita abordaje y se documentan datos de insuficiencia pancreática exocrina, con deficiencia de elastasa fecal y deficiencia de vitaminas A y D, se indica suplencia. Paciente con buena evolución clínica durante su estancia, sin presentar datos de respuesta inflamatoria sistémica, con disminución de reactantes de fase aguda, sin presentar fiebre durante su estancia, por lo que se decide su egreso a domicilio por mejoría clínica, se brindan indicaciones médicas y se explican claramente datos de alarma para acudir a urgencias. Se mantiene control por consulta externa y control tomográfico.

**EXÁMENES DE LABORATORIO**

—Actuales—  
 18.07.24 HB 8.6 LEU 8 NEU 2.67 LINF 1.79 PLQ 319 GLU 107 BUN 13 CR 0.46 UREA 27 NA 142 K 3.9 CL 108 CA 8.6 P 4.4 MG 2.23 VSG 55 PCR 8 PROCA menor a 0.02

—Cultivos—  
 02.07.24 Cultivo de drenaje de absceso pararenal derecho.  
 Cultivo de aerobios con desarrollo de:  
 -Streptococcus anginosus: sensible a linezolid, cloranfenicol y tigeciclina  
 -Escherichia coli resistente a cefalosporinas, sensible a carbapenémicos  
 -Leuconostoc lactis  
 Cultivo de anaerobios con desarrollo de Bacteroides fragilis (no puntos de corte para reportar antibiograma)

02.07.24 Tinción de gram de absceso pararenal derecho Células epiteliales: 50-99 por campo, Leucocitos: 2-5 por campo, Bacilos Gram negativos: Moderados, Cocos Gram positivos: Moderados

—Reactantes de fase aguda—  
 01.07.24 VSG 52 PCR 86 PROCA 0.17  
 08.07.24 VSG 59 PCR 56.9 PROCA menor a 0.02  
 17.07.24 VSG 50 PCR 9.8  
 18.07.24 VSG 55 PCR 8 PROCA menor a 0.02

—Especiales—  
 01.07.24 Niveles de vitaminas  
 Vitamina A 0.1  
 25-OH-Vitamina D 17  
 Vitamina E 5.7  
 Vitamina K menor a 0.2

12.07.24 Apolipoproteínas  
 APOLIPOPROTEINA A-1 86 mg/dL  
 APOLIPOPROTEINA B 105 mg/dL

*[Handwritten signatures and notes in blue ink on the right margin]*



 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
	<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha de Autorización</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 49 de 53</b>	



Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca  
 Carretera Federal México Puebla Km. 34.5  
 Puesto de Zouquapan 56530, Ixtapaluca, Méx.  
 Teléfono: (56) 5972 9800. CLUS: MC95A01878c



Egreso Hospitalario

<b>Nombre</b>	<b>Médico</b>
<b>Expediente / CURP</b>	<b>Fecha Ingreso / Episodio</b>
<b>Género / Fecha Nacimiento</b>	<b>Servicio / Cama Ingreso</b>
<b>Servicio / Fecha Atención</b>	<b>Diagnóstico Ingreso</b>
<b>Solicitante / Especialidad</b>	

17.07.24 Elastasa fecal 75.6

01.07.24 Aboraje de la anemia  
 HIERRO 29 ug/dL  
 CAPACIDAD DE FIJACIÓN DE TRANSFERRINA 143.1 ug/dL  
 % DE SATURACIÓN DE TRANSFERRINA 16.86 %  
 FERRITINA EN SANGRE 574.9 ng/mL  
 TRANSFERRINA 146 mg/dL  
 VITAMINA B12 339 pg/mL  
 ÁCIDO FÓLICO 8 ng/mL 3.1 - 20.5

01.07.24  
 ANTIGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO TOTAL 0.53 ug/L  
 ANTIGENO PROSTÁTICO LIBRE 0.053 ug/L

—Previos—

10.02.24 TGO 233, TGP 159, FA 124, GGT 510, BT 1.9, BD 0.83, BI 1.1, AMI 2890, LIP 5430

14.02.24 TGO 55, TGP 57, FA 77, GGT 113, BT 0.81, BD 0.35, BI 0.46, AMI 160, LIP 43, DD 3008, PROCA 1.14,

16.02.24 Dímero D 1553

13.05.24 LEU 10, 1.NEU 7.63, LINF 1.53, HB 7.5, HTO 27.1, VCM 89.4, HCM 24.8, ADE 17.4, PLAQ 518, GLUC 78, UREA 17, CR 0.51, BUN 7AU 3.3, CT 96, TG 88, PT 6.6, ALB 2.5, TGO 21, TGP 26, FA 131, GGT 62, BT 0.49, BD 0.25, BI 0.24,

13.05.24 T3T 0.5, T4T 6.5, TSH 3.52, T3L 1.86, T4L 0.98, HbA1C 4.9,

13.05.24 ANTICUERPOS ANTI HIV No Reactiva

13.05.24 Perfil viral de hepatitis  
 AC. ANTI - HEPATITIS A IGG Reactiva  
 AC. ANTI - HEPATITIS A IGM No Reactiva  
 HBSAG No Reactiva  
 ANTI HBS AG 16.87  
 ANTI HBC No Reactiva  
 ANTI HVC No Reactiva

13.05.24 SANGRE OCULTA EN HECES Positivo

**IMÁGENES**

14.06.24 ULTRASONIDO DE HIGADO Y VÍAS BILIARES

- Hepatomegalia.
- Esteatosis moderada difusa.
- Colección heterogénea supraumbilical de 152 cc.
- Colección en hueco pélvico de 20 cc.
- Ausencia de vesícula biliar.
- Estatus de catéter de drenaje en fosa cística.
- Páncreas, bazo y riñones de características ecográficas conservadas

21.06.24 TOMOGRAFÍA CONTRASTADA DE TÓRAX, ABDOMEN Y PELVIS

- Hipertensión portal con circulación colateral asociada a probable trombosis del sistema porta a nivel de la confluencia espleno portal.
- Esplenomegalia.
- Proceso inflamatorio pancreático asociado a enfisema y necrosis de más del 50%.
- Absceso en el espacio pararenal posterior derecho de 201cc con irrupción a la pared muscular.
- Absceso en el espacio pararenal posterior izquierdo de 5.2cc. 6. Líquido libre subhepático y en corredera peritocólica derecho asociado a engrosamiento de la pared del ángulo hepático del colon probablemente de tipo reactivo.
- Cambios pulmonares que sugieren neumonía intersticial inespecífica.
- Crecimiento prostático de mejor evaluación por ultrasonido)



18.07.24 TOMOGRAFÍA CONTRASTADA DE ABDOMEN

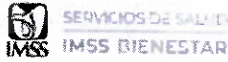
Edema de tejidos blandos. Estructuras óseas de morfología y densidad conservada. Sin trazos de fractura. Fenómeno de vacío en espacio interaortico de L3-L4 Hepatoesplenomegalia (Hígado mide 16 cm en su eje longitudinal y bazo), se asocia hallazgos de hipertensión portal con circulación colateral. Ausencia de vesícula biliar, en su topografía se observa material hiperdenso posiblemente en relación a grasas quirúrgicas. Páncreas con pérdida de su morfología y disminución de sus dimensiones. Persiste aire adyacente a nivel del cuerpo. Persiste absceso en el espacio pararenal posterior derecho con dimensiones de 9.4 x 4.7 x 2.5 para un total de 57 cc (previo de 201 cc), se asocia engrosamiento de las fascias renal posterior y transversa con disrupción hacia el músculo cuadrado lumbar ipsilateral e ilioabdominal, con edema y disminución de la colección visualizada en estudio previo. de forma reactiva condiciona engrosamiento del músculo ilioabdominal del mismo lado. Persiste absceso que diseña la fascia transversa izquierda mide 24 x 20 x 19 mm con volumen de 4.7 cc (previo de 5.2 cc). Estricción de la grasa peri renal bilateral y de la grasa mesentérica de forma generalizada. Datos de insuficiencia cardíaca por paso de medio de contraste de forma retrograda a venas suprahepáticas en fase arterial. Líquido libre en espacio rectovesical. Edema escrotal derecho. Edema de los tejidos blandos pélvicos.

**PROCEDIMIENTOS**

25.06.24 ENDOSCOPIA

*Plan. Ruf*  
*[Handwritten signatures and notes]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> IXTAPALUCA
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha de Autorización</b>	<b>07/2024</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 50 de 53</b>	



Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca  
 Carretera Federal México Puebla Km. 38.5  
 Puebla de Zaragoza, Pue 730 Ixtapaluca, Mex.  
 Teléfono: (551) 5572 9800 CLUES: MESSAD, 876c



Egreso Hospitalario

<b>Nombre</b>	<b>Médico</b>
<b>Expediente / CURP</b>	<b>Fecha Ingreso / Egreso</b>
<b>Género / Fecha Nacimiento</b>	<b>Servicio / Cama Ingreso</b>
<b>Servicio / Fecha Atención</b>	<b>Diagnóstico Ingreso</b>
<b>Solicitante / Especialidad</b>	

- Varices esofágicas pequeñas
- Gastropatía hipertensiva portal leve

**25.06.24 COLONOSCOPIA**

- Engrosamiento mucoso en angulo hepático del colon
- Resto de colonoscopia sin alteraciones
- Boston 2+2+2

**02.07.24 DRENAJE DE COLECCIÓN PARARENAL DERECHA**

Se realiza exploración ultrasonográfica de la fosa renal y flanco derechos, observando colección ovoidea bien definida con paredes gruesas de contenido heterogéneo mixto (hipoecoicas, con eco móviles y gas) con volumen aproximado de 120 cc. Con adecuada ventana para realización del procedimiento. Se posiciona paciente en decúbito prono, se realiza asepsia y antisepsia en flanco derecho, bajo guía ultrasonográfica, infiltración con lidocaína simple al 2% en piel y tejido celular subcutáneo, se realiza punción, se introduce aguja con catéter 14 G, drenando un total de 70 cc de líquido purulento espeso; se obtienen muestras (cuatro tubos de 15 cc), las cuales se entregan a médico tratante para estudio citológico, citoquímico y cultivo en laboratorio clínico. Se cubre con gasas y tegaderm, se da por terminado el procedimiento sin complicaciones.

**PATOLOGÍA**

**14.07.24 BIOPSIA DE MUCOSA DE COLÓN**

Diagnóstico: Referido como colon transverso (Biopsia endoscópica)

- Mucosa de colon con inflamación crónica leve
- Negativo para microorganismos
- Negativo para displasia o neoplasia.

R3M1 Arias | R2M1 Palacios | R1M1 Marín

<b>Problemas Clínicos Pendientes</b>	<b>Estudios:</b> - Se solicita BH, QS 3, ES 6 TIEMPOS DE COAGULACIÓN INR  <b>Imágenes:</b> - Se solicita ultrasonido Doppler hepático en 4 meses
--------------------------------------	--

<b>Consultas por programar:</b>	- Se solicita cita control por consulta externa con residentes medicina interna a disponibilidad de agenda con resultados de laboratorio y ultrasonido Doppler hepático - Se solicita cita control por consulta externa con nutrición a disponibilidad de agenda. - Se solicita cita control por consulta externa con psicología a disponibilidad de agenda. - Se solicita cita control por consulta externa con gastroenterología a disponibilidad de agenda.
---------------------------------	---

<b>Plan, Manejo y Tratamiento Ambulatorio</b>	<b>Recomendaciones nutricionales:</b> - Realizar 5 comidas al día (3 comidas principales y 2 colaciones) según la tolerancia del paciente. - Se recomienda que en cada tiempo de comida se incluyan alimentos de los 3 grupos (verduras y frutas, cereales, alimentos de origen animal y leguminosas). - Se recomienda consumo de agua natural potable como fuente principal de hidratación. - Se recomienda DIETA ESTRICTA SIN GRASAS
---	--

<b>Medicamentos:</b>	- Vitamina A+D capsulas blandas 5000 UI/400 UI tomar 1 capsula vía oral cada 12 horas durante 3 meses - Rivaroxaban tabletas 10 mg, tomar 1 tableta vía oral cada 12 horas durante 21 días, luego Rivaroxaban 20mg, tomar 1 tableta vía oral cada 24 horas durante 3 meses y suspender - Senósidos tabletas 17.2 mg vía oral cada 12 horas en caso de estreñimiento. - Pancreatina cápsulas 25000 UI, tomar una capsula vía oral cada 8 horas, 15 minutos antes de los alimentos, sin suspender
----------------------	--

<b>Signos de alarma para acudir por urgencias</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Fiebre persistente</li> <li>Dolor abdominal intenso</li> <li>Dificultad respiratoria, coloración morada o azul de dedos y boca</li> <li>Intolerancia a la vía oral, náuseas, vómitos, evacuaciones diarreicas</li> <li>Vómito con sangre, evacuaciones con sangre</li> <li>Somnolencia excesiva, desorientación, alucinaciones</li> </ol>
---	--

<b>Manejo Durante Estancia</b>	
<b>Pronóstico</b>	ite
<b>Días de Estancia Hospitalaria</b>	
<b>Se Notificó al Ministerio Público</b>	
<b>Tiene/Tuvo Lesiones</b>	
<b>Condición del Egreso</b>	

Solicitudes Pendientes

*[Handwritten signatures and notes in blue ink on the right margin]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>IXTAPALUCA</small>
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCION DE SERVICIOS CLINICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACION.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha de Autorización</b>	<b>07/2024</b>	
<b>Código</b>		<b>Hoja: 51 de 53</b>		



Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca  
 Carretera Federal Mexico Puebla Km. 34.5  
 Pueblo de Zoquitipan 56730 Ixtapaluca, Méx.  
 Teléfono: (55) 5972 9800, CLUES: MCO5A018786



Egreso Hospitalario €

<b>Nombre</b>	<b>Médico</b>
<b>Expediente / CURP</b>	<b>Fecha Ingreso / Episodio</b>
<b>Género / Fecha Nacimiento</b>	<b>Servicio / Cama Ingreso</b>
<b>Servicio / Fecha Atención</b>	<b>Diagnóstico Ingreso</b>
<b>Solicitante / Especialidad</b>	

Solicitud	Estatus	Momento	Acción
Banco de Sangre: Tipo Sanguíneo y Cruce (000-04) Hemocomponentes a Solicitar: Componente Sanguíneo Solicitado: Concentrado Eritrocitario Cantidad de paquetes: 3	Nuevo	Programado	Cancelar
Banco de Sangre: Tipo Sanguíneo y Cruce (000-04) Hemocomponentes a Solicitar: Componente Sanguíneo Solicitado: Plasma Cantidad de paquetes: 3	Nuevo	Programado	Cancelar
Material o Insumo: EQUIPO PRIMARIO DE INFUSIÓN PLUM SET. (PARA PLUM A+) CON CLAVE Y SITIO EN Y, SIN DEHP LIBRE DE LATEX, PUNZON CONVERTIBLE 103 PULGADAS CON DOS PUERTOS CLAVE Y OPTION LOK, SIN DEHP. (HRAEI-MA4287)	Nuevo	Programado	Cancelar
Banco de Sangre: Tipo Sanguíneo y Cruce (000-04) Hemocomponentes a Solicitar: Componente Sanguíneo Solicitado: Concentrado Eritrocitario Cantidad de paquetes: 3	Nuevo	Programado	Cancelar
Banco de Sangre: Tipo Sanguíneo y Cruce (000-04) Hemocomponentes a Solicitar: Componente Sanguíneo Solicitado: Plasma Cantidad de paquetes: 3	Nuevo	Programado	Cancelar
Interconsulta: Servicio Interconsultante: Medicina Interna Médico Interconsultante Servicio Interconsultado	Nuevo	Programado	Cancelar
<b>RADIOINTERVENCIÓN</b> Hoy 27 de junio de 2024 acude a cita de control en consulta de medicina interna con resultados de laboratorios y estudios de gabinete con hallazgo de: varices esofágicas pequeñas y gastropatía portal hipertensiva leve en endoscopia, engrosamiento mucoso en ángulo hepático del colon en colonoscopia y probable trombosis del sistema porta, necrosis pancreática 50% y 2 abscesos pararenales de 201cc: derecho y 5.2 izquierdo, por lo que es referido a urgencias para su ingreso a cargo del servicio de medicina interna para su abordaje y manejo integral. 21.06.24 TOMOGRAFÍA CONTRASTADA DE TÓRAX, ABDOMEN Y PELVIS 1. Hipertensión portal con circulación colateral asociada a probable trombosis del sistema porta a nivel de la confluencia espleno portal 2. Esplenomegalia. 3. Proceso inflamatorio pancreático asociado a enfisema y necrosis de más del 50%. 4. Absceso en el espacio pararenal posterior derecho de 201cc con irrupción a la pared muscular. 5. Absceso en el espacio pararenal posterior izquierdo de 5.2cc. 6. Líquido libre subhepático y en corredora parietocólica derecho asociado a engrosamiento de la pared del ángulo hepático del colon probablemente de tipo reactivo. 7. Cambios pulmonares que sugieren neumonía intersticial inespecífica. 8. Crecimiento prostático de mejor evaluación por ultrasonido 14.06.24 ULTRASONIDO DE HÍGADO Y VÍAS BILIARES 1. HEPATOMEGALIA. 2. ESTEATOSIS MODERADA DIFUSA. 3. COLECCIÓN HETEROGÉNEA SUPRAUMBILICAL DE 152 CC. 4. COLECCIÓN EN HUECO PÉLVICO DE 20 CC. 5. AUSENCIA DE VESÍCULA BILIAR. 6. ESTATUS DE CATÉTER DE DRENAJE EN FOSA CÍSTICA. 7. PÁNCREAS, BAZO Y RIÑONES DE CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS CONSERVADAS	Nuevo	Programado	Cancelar
Imagenología: Radiografía portátil (para hospitalización y admisión continua) (013-52) Radiografía de tórax	Nuevo	Programado	Cancelar
Imagenología: Tomografía 1 región simple (017-04) TOMOGRAFÍA SIMPLE DE ABDOMEN Se trata de Miguel Ángel de 44 años cursando con los siguientes diagnósticos: 1. Complicaciones tardías de pancreatitis a) Pancreatitis enfisematosa necrotizante Balthazar E b) Trombosis venosa parcial de la confluencia espleno-portal b.1) Varices esofágicas pequeñas de Baveno c) Absceso pararenal posterior derecho de 201 cc -PO drenaje percutáneo 02.07.24 d) Absceso pararenal izquierdo de 5.2 cc 2) Anemia grado II OMS ferropénica con déficit de hierro de 872 mg por Ganzoni S. asintomático 14.07.24 HB 8.9 LEU 4.5 NEU 2.73 LINF 1.3 PLQ 357 GLU 116 BUN 16.1 CR 0.5 UREA 35 NA 141 K 3.8 CL 105 21.06.24 TOMOGRAFÍA CONTRASTADA DE TÓRAX, ABDOMEN Y PELVIS 4. Absceso en el espacio pararenal posterior derecho de 201cc con irrupción a la pared muscular. 5. Absceso en el espacio pararenal posterior izquierdo de 5.2cc. Continúa en cubrimiento con meropenem en su día 7 dado abscesos pararenales bilaterales, con aislamiento de Streptococcus anginosus, Escherichia coli, Leuconostoc lectis y Bacteroides fragilis, con buena respuesta clínica, sin datos de respuesta inflamatoria sistémica, sin presentar fiebre durante su estancia. Se planea realizar tomografía simple de abdomen el 18 de julio (día 10 de antibiótico). Enoxaparina 40 mg SC cada 12 horas Meropenem 1 gr IV cada 8 horas FI 08.07.24 07/14	Nuevo	Programado	Cancelar
Material o Insumo: SUTURAS. SINTÉTICAS NO ABSORBIBLES MONOFILAMENTO DE NYLON CON AGUJA. LONGITUD DE LA HEBRA: 45 CM CALIBRE DE LA SUTURA: 4-0 CARACTERÍSTICAS DE LA AGUJA: 3/8 DE CÍRCULO REVERSO CORTANTE (12-13 MM) (GC-HRAEI-MA0526)	Nuevo	Programado	Cancelar

Firmas	
Elabora	
Turno Elabora	
Especialidad Elabora	
Firma Elabora	

QR	
Paciente	
Elabora	

*[Handwritten signatures and notes in blue ink along the right margin]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> IXTAPALUCA
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
<b>No. de Revisión</b>	<b>Rev. 00</b>	<b>Fecha Autorización de</b>	<b>07/2024</b>	
<b>Código</b>				<b>Hoja: 52 de 53</b>



Hosp. Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca  
 Carretera Federal México-Fofohá km. 74.5  
 Pueblito de Zinacapan 44500 Ixtapaluca, Mex.  
 Teléfono: (01) 5572 9800 LÍNEAS ASESORÍA 0188



Egreso Hospitalario

<b>Nombre</b>	<b>Médico</b>
<b>Expediente / CURP</b>	<b>Fecha Ingreso / Episodio</b>
<b>Género / Fecha Nacimiento</b>	<b>Servicio / Cama Ingreso</b>
<b>Servicio / Fecha Atención</b>	<b>Diagnóstico Ingreso</b>
<b>Solicitante / Especialidad</b>	
<b>Responsable</b>	
<b>Especialidad Responsable</b>	
<b>Firma Responsable</b>	
<b>Cadena Original</b>	
	adafajara, Afo
<b>Sello Digital</b>	



*[Handwritten signatures and notes in blue ink, including a large signature at the top and several smaller ones below.]*

 <b>SERVICIOS DE SALUD</b> <b>IMSS-BIENESTAR</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA</b>			 <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>ALTA ESPECIALIDAD</b> IXTAPALUCA
	<b>DIRECCION MEDICA</b>			
	<b>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>			
	<b>No. de Revisión</b>	Rev. 00	<b>Fecha de Autorización</b>	
<b>Código</b>			<b>Hoja: 53 de 53</b>	

Anexo 10.12 Pase de Permanencia



**Dirección de Operaciones**  
Subdirección de Atención al Usuario  
**TRABAJO SOCIAL**

**PASE DE PERMANENCIA**

Ixtapaluca, Estado de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Se autoriza la estancia de un familiar del paciente \_\_\_\_\_




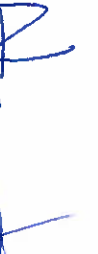
con número de expediente \_\_\_\_\_ quien se encuentra hospitalizado en la cama \_\_\_\_\_ del servicio de \_\_\_\_\_ durante \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE**

1. ESTE PASE ES VÁLIDO PARA QUE PERMANEZCA UNA PERSONA DURANTE 24 HRS.
2. NO SE PERMITE LA ENTRADA Y PERMANENCIA A MENORES DE 18 AÑOS
3. QUEDA PROHIBIDO PASAR ALIMENTOS, BEBIDAS, ARREGLOS FLORALES Y COBIJAS
4. ESTE PASE NO SERÁ UTILIZADO DURANTE EL HORARIO DE VISITA
5. ESTE PASE PODRÁ SER CANCELADO POR TRABAJO SOCIAL EN CASO DE MAL USO

**INDICACIONES ESPECIALES:** \_\_\_\_\_

Nombre, Firma y Cédula Profesional del Trabajador Social

**SINTEXTO**