

Capítulo II
De los Beneficios de la Protección Social en Salud

ARTÍCULO 77 BIS 7. Gozarán de los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud las familias cuyos miembros en lo individual satisfagan los siguientes requisitos:

- I. Ser residentes en el territorio nacional;
- II. No ser derechohabientes de la seguridad social;
- III. Contar con Clave Única de Registro de Población;
- IV. Cubrir las cuotas familiares correspondientes, en los términos establecidos por el artículo 77 Bis 21 de esta Ley, y
- V. Cumplir con las obligaciones establecidas en este Título.



Ficha de Identificación

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Meses _____ Días _____
 Domicilio: _____ Localidad: _____
 Registro Hospitalario: _____ Fecha de Ingreso: _____ Sexo: _____ Consecutivo: _____
 Fec. de Nacimiento: _____ Hospital de Nac.: _____ Término Pre término: 0 Semanas
 Gesta: Cesárea Parto Patología
 Peso: 0.00 Perinatal:

Antecedentes

Enf. Previas Relevantes: Negados
 Internamientos: Negados
 Esquema de Vacunación: Completo Incompleto Incompleto para la edad No muestra cartilla
 Alergias: Negados

Padecimiento Actual:

Peso: _____ Talla: _____ P.C. _____

A) vía aérea: Despejada Se puede Mantener No se puede mantener B) Frec. Resp: _____ Oximetría _____ Temp. _____
 uena Respiración: Retracciones Torácicas: Subcostal Subesternal Intercostal Supraclavicular
 Esfuerzo Respiratorio: Normal Subcostal Subesternal Intercostal Supraclavicular
 Aleteo Nasal: Supraesternal Esternal Disociación Tóraco Abdominal Cabeceo
 Murmullo Vesicular: Generalizado Disminuido en: Estridor Quejido Espiratorio Roncus
 Sibilancias: Inspiratorias Espiratorias P derecho P izquierdo
 Estertores: _____

C) Circulación F.C.: 72 TA: _____ Llenado Capilar: Inmediato Pulsos: Presentes Centrales Perifericos
 Deshidratación: Grado I Grado II Grado III Piel: Palidez Piel Marmorea Cianosis
 Hemorragia activa externa: Shock hipovolémico Shock cardiogénico Shock Distributivo Shock obstructivo

Neonatos a término 0 a 28 días < 60, Lactantes (1 mes a 12 meses) < 70, Niños de 1 a 10 años < 70 + (edad x 2) Niños > 10 años < 90
 déficit Neurológico: Alerta Responde solo a la voz Responde solo al dolor Inconsciente
 Escala de Glasgow: 15 Pupilas simétricas Pupilas Reactivas Anisocoria: _____
 REMs: REMs Simétricos Asimétricos: _____
 Sensibilidad: Sensibilidad Normal Anormal: _____

Exámen Físico Complementario:

Se Pres. Esq. Hidratación Se Informo al familia sobre datos de Alarma
 Pronóstico: Bueno para la vida Bueno para la función Malo para la vida Malo para la función Reservado a Evolución

Elaboro: Nombre, Cédula Prof. y Firma _____ FIRMA: _____



Paciente: _____ Edad: 8 D Fec. Nac: _____
 Peso: 0.00 Talla: 0.00 I.M.C.: 0.00 PUNTUACION TRIAGE: _____

Signos	TA	FC	FR	Temp.	O2	Dext
Puntuación	0 0	2	0	0	0	0

WATTS

0 2 4 6 8

No Duele Duele poco Duele poco + Duele + Duele mucho El peor Dolor

Glasgow: _____
 Lienado capilar: 1

PROBLEMA ACTUAL

Antecedentes: _____
 Crónico: _____
 AGCS _____
 Alergias _____
 Med. Actuales _____
 Problema Actual _____

Diagnostico: _____
 Indicación _____
 es/Receta _____
 SOLICITACION POR CIRUGIA _____

Derechohabencia del Paciente: _____
 Tipo de Urgencia: APDYD A SERVICIOS DE MEDICINA
 Motivo de Atencion: GENER MEDICA
 Prioridad de Atención Urgencias: PRIORITARIO
 Flaboro: _____
 Cédula Profesional: _____
 Referido a: _____
 Refirido por: _____
 Curp: _____
 Medico Responsable: _____

"CONSULTE NUESTRO AVISO DE PRIVACIDAD EN: www.hospitalcentral.gob.mx"



DATOS DEL PACIENTE

Nombre	Dirección	Fecha de Nacimiento:	Edad:
Registro Hospitalario:	Fecha de Ingreso:	Sexo:	Localidad: S.L.P.
			Consecutivo: 1

Antecedentes:

CRÓNICO:

AGOS:

ALERGIAS

MEDICAMENTOS ACTUALES:

TRIAGE: Puntuación: 0

Diagnóstico:

Signos Vitales FC FR TA Temp. SATO2 Peso: 0.00 Talla: 0.00 IMC: 0.00

MOTIVO DE ATENCIÓN:

a.

EXPLORACION FÍSICA: (Detallar lesiones o áreas involucradas)

DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO

Pronóstico: Bueno para la vida Bueno para la función Malo para la vida Malo para la función Reservado a Evolución

NOMBRE FIRMA Y CED. PROFESIONAL:

FIRMA:



Paciente: _____ Edad: A M 00 D Fec. Nac.: _____
 Peso: 0.00 Talla: 0.00 I.M.C.: 0.00 PUNTUACION TRIAGE:

	TA	FC	FR	Temp.	O2	Dext.	Glasgow / Llenado Capilar
Signos							
Puntuación							

0. PACIENTES DE ALTO RIESGO

DOLOR

- Inmunosuprimido
- Dolor Leve 1-2
- Dolor Severo 8-10
- Politraumatismo
- Crisis Convulsiva
- Lesion Ocular Penetrante
- Fiebre < 3 meses
- Dolor Moderado 4-6
- Usode Oxigeno
- Traumatismo Craneoencefalico
- Intoxicaciones
- Abdomen Agudo

WBFPS

No Duele Duele poc Duele poco Duele Duele much El peor Dolor
 0 2 4 6 8

APARIENCIA

ESFUERZO RESPIRATORIO

CIRCULATORIO

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tranquilo Reactivo <input type="checkbox"/> Hiporreactivo <input type="checkbox"/> Hipotonico <input type="checkbox"/> Irritable <input type="checkbox"/> Interacciona con Papas <input type="checkbox"/> Quejumbroso <input type="checkbox"/> Letargia <input type="checkbox"/> Norma i | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SILVERMAN 1-2 <input type="checkbox"/> SILVERMAN 3-5 <input type="checkbox"/> Esfuerzo Normal <input type="checkbox"/> Apnea <input type="checkbox"/> SILVERMAN > 5 | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Piel Marmórea <input type="checkbox"/> llenado cap 2 y 4 <input type="checkbox"/> Sangrado Activo con signos vitales alterados <input type="checkbox"/> Petequias Hematomas <input type="checkbox"/> Bradicardia | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rubicundez, diaforesis <input type="checkbox"/> Cianosis <input type="checkbox"/> Llenado capilar >5" <input type="checkbox"/> Sangrado Act. c. signos normales <input type="checkbox"/> Ausencia de pulsos <input type="checkbox"/> Normal |
|--|---|---|--|

Antecedentes:

Problema Act:

Exp. Física:

Diagnóstico:

Plan de Manejo:

Pronóstico: Bueno para la Vida Malo para la Vida Malo para la Función Reservado

Diagnóstico:

Derechohabencia del Paciente:
 Tipo de Urgencia:
 Motivo de Atención:
 Prioridad de Atención Urgencias:
 Elaboró:
 Cédula Profesional:
 Destino:

Referido por:
 Curp:

Médico Responsable:

Registro SSA.:

