

**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  Esternal  Disociación Tóraco Abdominal  Cabeceo   
 Aleteo Nasal  Supraesternal  Quejido Espiratorio  Roncus   
 Murmullo Vesicular: Generalizado  Disminuido en: Estridor  P derecho  P izquierdo   
 Sibilancias: Inspiratorias  Espiratorias   
 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:**

Fracturas: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_  
 Res/Receta: \_\_\_\_\_  
 AUTORIZACIÓN POR CIRUGIA \_\_\_\_\_

Derechohabencia del Paciente: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Urgencia: APDYD A SERVICIOS DE MEDICINA  
 Motivo de Atención: GENER MEDICA  
 Prioridad de Atención Urgencias: PRIORITARIO  
 Flaboro: \_\_\_\_\_  
 Cédula Profesional: \_\_\_\_\_  
 Refendido a: \_\_\_\_\_

Refirido por: \_\_\_\_\_  
 Curp: \_\_\_\_\_

Medico Responsable: \_\_\_\_\_

"CONSULTE NUESTRO AVISO DE PRIVACIDAD EN: [www.hospitalcentral.gob.mx](http://www.hospitalcentral.gob.mx)"



**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Localidad: S.L.P.  
 Registro Hospitalario: \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ 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"> <li><input type="checkbox"/> Tranquilo Reactivo</li> <li><input type="checkbox"/> Hiporreactivo</li> <li><input type="checkbox"/> Hipotonico</li> <li><input type="checkbox"/> Irritable</li> <li><input type="checkbox"/> Interacciona con Papas</li> <li><input type="checkbox"/> Quejumbroso</li> <li><input type="checkbox"/> Letargia</li> <li><input type="checkbox"/> Norma i</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> SILVERMAN 1-2</li> <li><input type="checkbox"/> SILVERMAN 3-5</li> <li><input type="checkbox"/> Esfuerzo Normal</li> <li><input type="checkbox"/> Apnea</li> <li><input type="checkbox"/> SILVERMAN &gt; 5</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Palidez</li> <li><input type="checkbox"/> Piel Marmórea</li> <li><input type="checkbox"/> llenado cap 2 y 4</li> <li><input type="checkbox"/> Sangrado Activo con signos vitales alterados</li> <li><input type="checkbox"/> Petequias Hematomas</li> <li><input type="checkbox"/> Bradicardia</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Rubicundez, diaforesis</li> <li><input type="checkbox"/> Cianosis</li> <li><input type="checkbox"/> Llenado capilar &gt;5"</li> <li><input type="checkbox"/> Sangrado Act. c. signos normales</li> <li><input type="checkbox"/> Ausencia de pulsos</li> <li><input type="checkbox"/> Normal</li> </ul> |
|--|---|---|--|

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.:



DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
FORMATO SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
HOJA DE REFERENCIA

FOLIO CONTROL:

UUID:

UNIDAD MEDICA QUE REFIERE: FECHA: HORA: No. EXP:
CURP:
NOMBRE: FECHA DE NACIMIENTO: Edad:
DOMICILIO: TELEFONO: POBLACION INDIGENA:
LOCALIDAD: MUNICIPIO:
NOMBRE RESPONSABLE DEL PACIENTE: NOMBRE MÉDICO REF:
CONTACTO DEL PACIENTE: TELEFONO:
DIAGNÓSTICO DE REFERENCIA:
URGENCIAS: Sí No CONSULTA EXTERNA: Sí No PRIORIDAD: ALTA BAJA

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE:
DOMICILIO DE LA UNIDAD:
NOMBRE DEL MEDICO QUE ACEPTA AL PACIENTE: HORA DE ENLACE:
ESPECIALIDAD A LA QUE SE REFIERE:

MOTIVO DE LA REFERENCIA:
RESUMEN CLÍNICO:

EN ESTE ESPACIO SE INTRODUCEN LOS DATOS DEL RESUMEN CLINICO

CONDICIONES DEL EGRESO DEL PACIENTE

CONDICIONES DEL PACIENTE AL MOMENTO DE LA REFERENCIA

Signos Vitales FC FR TA Temp. SAT O2 GLASGOW:
SOMATOMETRÍA: PESO: TALLA: IMC:

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD



NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE REFIERE

RECIBE Y FIRMA DE ENTERADO PACIENTE Y/O FAMILIAR



**POTOSÍ**  
PARA LOS POTOSINOS  
GOBIERNO DEL ESTADO 2021-2027

**SALUD**  
SERVICIOS DE SALUD

SECRETARIA DE SALUD  
SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ  
JURISDICCION SANITARIA  
FORMATO SISTEMA DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA  
Y TRANSFERENCIA

NOMBRE:		NOMBRE(S)		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
EDAD:	SEXO:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	No EXP.:			
MOTIVO DE EGRESO:							
DOMICILIO:							
CALLE		No.	COLONIA			ESTADO	
UNIDAD CONTRAREFIERE:							
UNIDAD QUE REFIERO:							
SERVICIO:	1.- CONSULTA EXTERNA		2.- HOSPITALIZACION		3.- URGENCIAS		
FECHA DE INGRESO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HORA DE INGRESO:	FECHA DE EGRESO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DD	MM	AA		DD	MM	AA
HORA DE EGRESO:							
DX DE INGRESO PRINCIPAL:							
DX DE INGRESO SECUNDARIO:							
DX FINAL (ES)							
REINGRESO POR MISMA AFECCION EN EL AÑO:		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	FECHA:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					DD	MM	AA
CIRUGIA Y/O PROCEDIMIENTO REALIZADO:						FECHA:	<input type="text"/>
							DD MM AA
SIGNOS VITALES:	FC:	FR:	TEMP:	TA:	SAT:	PESO:	
RESUMEN CLINICO:						TALLA:	
PRONOSTICO PARA LA VIDA Y/O FUNCION:							
TERAPEUTICA:							
MEDIDAS GENERALES Y RECOMENDACIONES:							
NOMBRE, FIRMA, CEDULA PROF. DEL MEDICO RESPONSABLE:							
NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR:							
VISITA DOMICILIARIA:	FECHA DE VISITA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SE LE ATENDIO:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
		DD	MM	AA			
OBSERVACIONES DE LA VISITA DOMICILIARIA							