





**SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y
DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA
HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA**

VERSIÓN 2017


 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

CONTENIDO

Instrucciones de llenado de la Hoja Diaria de Consulta Externa (sinba-sis-01-p)	4
Instrucciones Generales	4
FECHA:	5
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD:	5
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS:	5
SERVICIO:	6
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:	6
RELACION TEMPORAL (RT) POR MOTIVO:	10
DIAGNÓSTICO:	11
PROGRAMA SEGÚN MOTIVO:	12
CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN EL AÑO:	12
SALUD REPRODUCTIVA:	13
OTROS EVENTOS:	14
SALUD DEL NIÑO:	15
PROMOCIÓN DE LA SALUD:	19
REFERIDO POR:	19
CONTRARREFERIDO:	19
UNIDAD CONSULTANTE DE TELEMEDICINA:	20
EN CONTROL Y SEGUIMIENTO:	20
IMPORTANTE:	20
Instrucciones de Llenado de la Hoja Diaria de Consulta Externa de Salud Mental	21
Instrucciones Generales	21
FECHA:	22
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD:	22
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS:	22
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:	23
RELACION TEMPORAL (RT) POR MOTIVO:	27
PROGRAMA SEGÚN MOTIVO:	28
CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN EL AÑO:	28
DERIVACION PRECONSULTA:	28
ACTIVIDAD EN LA CONSULTA:	28
ATENCIÓN POR ADICCIONES:	29
PROMOCIÓN DE LA SALUD:	29
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:	29
UNIDAD CONSULTANTE DE TELEMEDICINA:	30
IMPORTANTE:	30

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016


Instrucciones de Llenado de la Hoja Diaria de Consultas y Atenciones de Planificación Familiar (SINBA-SIS-CAPF-P)	31
Instrucciones Generales	31
FECHA:	32
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD	32
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS	32
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	33
ATENCIÓNES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	39
ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA	40
VASECTOMÍA SIN BISTURÍ:	41
ALTA CON AZOOSPERMIA POR VASECTOMÍA SIN BISTURI:	41
PROMOCION DE LA SALUD / REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	41
IMPORTANTE:	42
Instrucciones de Llenado de la Hoja Diaria de Detecciones, SINBA-SIS-DET-P	43
Instrucciones Generales	43
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD	44
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS	44
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	45
RESULTADO DE LAS DETECCIONES	49
INSUMOS UTILIZADOS	55
PROMOCION DE LA SALUD	55
UNIDAD CONSULTANTE TM:	56
IMPORTANTE:	56
Instrucciones de Llenado del Informe Mensual de Actividades Realizadas en la Unidad Médica (SINBA-SIS-CE-H)	57
Instrucciones Generales	57
INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS	60
SECCIÓN I	60
Hoja 1 de 8	60
SECCIÓN II	63
SECCIÓN III	66

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

INSTRUCCIONES DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA (SINBA-SIS-01-P)

Instrucciones Generales

- Este formato es de uso obligatorio así como su registro en toda Consulta realizada al usuario de los servicios de salud.
- El formato ha sido diseñado para que los prestadores de servicio cuenten con una herramienta de registro individual de pacientes donde se recojan las actividades realizadas durante la consulta desde el punto de vista administrativo, estadístico y de vigilancia epidemiológica.
- Este formato debe ser llenado por la persona que brinda la consulta como servicios finales a la población, es decir, cuando la atención no es en apoyo al Médico u otro profesional de la salud.
- Registre y reporte en este formato TODAS las consultas otorgadas en el día, llevadas a cabo en el área de consulta externa a excepción de las consultas odontológicas, de salud mental y de planificación familiar.
- La Hoja Diaria de Consulta Externa será considerada válida, siempre y cuando todas las consultas cuenten con fecha de atención, datos del prestador de servicio, datos de identificación del paciente y al menos un diagnóstico (el que motivó la consulta).
- Para el llenado de la Hoja Diaria de Consulta Externa, debe escribir con tinta, letra de molde, sin abreviaturas, utilizar únicamente bolígrafo, no usar plumas con tinta de gel, pluma fuente, plumón o similares, debido a que los trazos pierden claridad y este tipo de tintas tienden a desaparecer con el tiempo.
- La persona que llene la Hoja Diaria de Consulta Externa es la responsable de su contenido, por lo que se recomienda llenarlo cuidadosamente, plasmando información completa y veraz, poner atención especial en los campos que son de reporte **obligatorio**.
- En la parte inferior de cada celda tiene una referencia la cual si es gris registre “X” o anote el dato solicitado en la instrucción según corresponda a la actividad realizada.
- Para las columnas numeradas del 1 al 19, sus claves de registro correspondientes se encuentran en la parte inferior del formato.
- Para las celdas en que se requiera anotar números (fechas, peso, edad, etc.) deben usarse números arábigos (0, 1, 2, ..., 9).
- Al finalizar el día, revisar el llenado.
- En unidades donde existe la figura del estadístico, él será el responsable de la recolección diaria de las “Hojas Diarias de Consulta Externa (SINBA-SIS-01-P)” en las que el prestador de servicios haya registrado las actividades del día. En otro caso será directamente el prestador de servicio el que garantizará la custodia de las mismas.
- Si el Diagnóstico es de Vigilancia Epidemiológica o de CAUSES, el prestador de servicio deberá anotar con color rojo el código de la CIE-10 al que corresponde.
- Previo a la captura, los Diagnósticos que no cuenten con código de CIE-10, deberán ser sometidos a la asignación de códigos de CIE-10 por el personaje destinado para esta actividad, si son de vigilancia epidemiológica o de CAUSES registre con color rojo, este personaje debe garantizar la concentración de todos los formatos de las consultas realizadas durante el día y que

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

todo diagnóstico tenga un código CIE-10, evite rezago para no afectar la captura nominal en el Sistema Automatizado.

- Si la unidad cuenta con equipo de cómputo realice la captura nominal en el Sistema Automatizado de las Consultas realizadas durante el día, los códigos marcados en rojo serán señalados como SUIVE y/o CAUSES y se debe capturar el código asignado, evite el rezago.
- Posterior a la captura nominal el personal designado realizará la captura de asignación de códigos de la CIE-10 que no son de SUIVE y/o CAUSES, se sugiere sea en forma diaria para evitar rezago.
- Tenga en cuenta que el Registro en la Hoja Diaria en Consulta Externa (SINBA-SIS-01-P) es el insumo a utilizar en el llenado del SUIVE que usted deberá proporcionar la información correspondiente a las autoridades epidemiológicas. Informe oportunamente.
- La Hoja Diaria en Consulta Externa (SINBA-SIS-01-P) sólo saldrá de la unidad en aquellos casos en que las autoridades jurisdiccionales o estatales así lo soliciten, como mecanismo para captura o de comprobación al momento de la entrega del informe mensual. Posteriormente, el informe deberá quedar a resguardo en la unidad. Proporcione información completa a las visitas de supervisión del SIS y las instancias institucionales que lo soliciten.

FECHA:

En la parte superior derecha de la forma anote con números arábigos el día, mes y año de la fecha que se otorga la consulta, este dato es de registro **obligatorio**; si la hoja ha sido impresa por ambas caras siempre identifique la fecha aun cuando sea la misma que el anverso.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD:

CLUES*:

Registre la CLUES de la unidad, con base al Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud, este dato es de carácter **obligatorio**, con el objeto de que pueda ser capturado en el Sistema Automatizado; en caso de no contar con dicha clave solicitarla al área de estadística de la Jurisdicción Sanitaria de la cual depende la unidad médica, la CLUES está constituida inicialmente por dos caracteres alfanuméricos que identifican la Entidad Federativa, posteriormente tres caracteres que corresponden a la Institución, después cinco números que identifican al establecimiento y finalmente un número que es un dígito verificador; por lo que cada CLUES debe contener once caracteres en total.



NOMBRE DE LA UNIDAD:

Anote el tipo y nombre de la unidad médica con base al Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS:

CURP*:

Consigne la Clave Única de Registro de Población (CURP que está integrada por 18 caracteres), de quien otorga la atención, este dato es de carácter **obligatorio**, ya que éste será utilizado para identificar a la persona que otorga la atención. Todo personal de base, por contrato, en formación debe contar con

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

este identificador.

NOMBRE:

Anote el Nombre(s) seguido del Primer Apellido y/o Segundo Apellido (los tres datos son de carácter **obligatorio**) del personal responsable que otorga la consulta, mismo que es responsable de registrar y garantizar que los datos son completos y correctos.

TIPO DE PERSONAL:

Anote la clave de la profesión de la persona que otorga la consulta: **1.MÉDICO PASANTE, 2.MÉDICO GENERAL, 3.MÉDICO RESIDENTE, 4.MÉDICO ESPECIALISTA, 5.PASANTE DE ENFERMERÍA, 6.ENFERMERA, 7.PASANTE DE NUTRICIÓN, 8.NUTRIÓLOGO, 9.HOMEÓPATA, 10.MÉDICO TRADICIONAL, 11.TAPS, 88.OTROS**, en caso de indicar “Otros” anote la Especificación; este dato es **obligatorio**.

CÉDULA PROFESIONAL:

Anote la cédula profesional, de quien otorga el servicio, escriba con letra de molde y/o números arábigos legibles, acordes a la Cédula profesional, en caso de contar con Cédula de especialidad, y de su contrato y servicio proporcionado es de especialidad sólo anote ésta.

Este registro no aplica para los pasantes y personal no profesional, es **obligatorio** para todos los profesionales de la salud.

SERVICIO:

Anote en forma **obligatoria** la clave del servicio, especialidad o identificación del módulo al que está asignado el prestador del servicio según corresponda: **1.CONSULTA GENERAL, 2.HOMEOPATÍA, 3.SERVICIO AMIGABLE, 4.MEDICINA TRADICIONAL, 5.CIRUGÍA, 6.MEDICINA INTERNA, 7.PEDIATRÍA, 8.GINECOOBSTETRICIA, 9.OFTALMOLOGÍA, 10.OTORRINOLARINGOLOGÍA, 11.TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA, 88.OTROS**; en caso de marcar “Otros” Especifique, este dato se convierte en **obligatorio** en la captura.

No.



Anote con números arábigos, en orden sucesivo, que corresponda a la consulta en el día que informa, al exceder el número de pacientes por hoja inicie un nuevo formato anotando la misma fecha y agregando el número consecutivo para ese día.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

CURP:

Anote el código alfanumérico con los 18 elementos de la Clave Única de Registro de Población (CURP) del paciente, este dato es de carácter **obligatorio**, todo beneficiarios de Seguro Popular debe contar con él, ya que es requisito para su afiliación.

En caso de no contar con la CURP solicite al paciente indique la Entidad de Nacimiento y

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0

regístrelo en este espacio.

Nombre (Nombre(s) Primer Apellido y Segundo Apellido):

Anote el nombre completo del paciente: iniciando por el(los) Nombre(s) Primer Apellido y Segundo Apellido, si no cuenta con algún apellido anote “XX” según corresponda; cada uno de sus componentes debe contener al menos dos letras, estos datos son de carácter **obligatorio** para ser capturados en el Sistema Automatizado.

No. de Afiliación:

Si el paciente se encuentra afiliado al Seguro Popular se dará prioridad a este registro, solicite y anote el número de afiliación al Sistema de Protección Social en Salud, no olvide registrar “X” en la columna correspondiente a “Seguro Popular”, de lo contrario este dato se invalidará; en caso de contar con otra Derechohabencia registre el Número de Seguridad Social, no olvide especificar el tipo en la columna de “Derechohabencia”.

FECHA DE NACIMIENTO:

Anote con números arábigos la fecha de nacimiento del paciente, el día, mes y año, verifique la coincidencia con la CURP.

Cuando un paciente refiera que no recuerda la fecha de su nacimiento, debe indagar este dato y en caso de no conseguirlo, estime la edad que tiene el paciente y escriba 30/06/ y año aproximado de nacimiento.

EDAD y CLAVE DE LA EDAD:

En la primera celda anote con números arábigos según corresponda la edad cumplida del paciente y complémtelo con la siguiente celda anotando el código de la 1.CLAVE DE EDAD localice la referencia que se encuentra en la parte inferior del formato, para lo cual considere lo siguiente:

- Para menores de un mes anote el número de días seguido de una “D”. Ejemplo: 25 días, 25 D.
- Para mayores de un mes, pero menores de un año, anote el número de meses seguido de una “M”. Ejemplo: 8 meses, 8 M.
- Para pacientes mayores de un año anote con números arábigos la edad en años cumplidos de los pacientes a partir del primer año de edad. Ejemplo: 5 años, 5 A.


Para el Sistema Automatizado, si la fuente cuenta con la fecha de nacimiento la edad será calculada en forma automática, de lo contrario, se capturará la Edad y Clave de la Edad que se haya registrado, en este momento se convierten en **obligatorios**, por lo que si el registro no cuenta con alguno de los dos (fecha de nacimiento o edad), la consulta **no será válida**.

SEXO:

Con base a la referencia número 2.SEXO que se encuentra en la parte inferior del formato, anote la clave que corresponda al sexo según condición biológica de nacimiento del paciente: **1.HOMBRE** ó **2.MUJER**.

INDÍGENA:

Pregunte al paciente, o en caso de ser menor de edad, al acompañante, si la familia considera pertenecer

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

a un pueblo indígena; ello independientemente sea hablante de la lengua del pueblo indígena al que pertenece. De dar una respuesta positiva marque con una “X” en la columna “Indígena”, si la respuesta es negativa la celda se deja en vacío y se capturará como “2 - No” en la Aplicación Automatizada.

SEGURO POPULAR:

Marque con "X" el espacio si el paciente es afiliado al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y cerciórese de haber anotado el Número de Afiliación en el espacio correspondiente en la Identificación del Paciente, de lo contrario esta celda se invalidará.

PROSPERA:

Marque con "X" el espacio si es beneficiario de PROSPERA, Programa de Inclusión Social, sólo se llena en caso de que el paciente sea miembro de una familia PROSPERA, verifique que se encuentre registrado en el formato S1 de la unidad.

La columna SPSS y PROSPERA, no son excluyentes, por lo que si el paciente es beneficiario de ambos deberá registrarlo en las dos columnas, dando prioridad al Número de Afiliación de Seguro Popular.

DERECHOHABIENCIA:

Este espacio está destinado a registrar las consultas otorgadas a personas que tienen derecho a servicios médicos en la seguridad social. Anote en el espacio, la(s) clave(s) de la institución(es) de la(s) cual(es) es derechohabiente el paciente: **1.IMSS, 2.ISSSTE, 3.OTRAS**; este último incluye a Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y/o Instituciones Privadas, no incluya a los pacientes de población sin seguridad social.

No olvide registrar el Número de Seguridad Social en el espacio de No. de Afiliación que se encuentra en la Identificación del Paciente.

MEDICIONES:

Peso (Kg):

Anote el peso corporal del paciente, en kilogramos con tres decimales, obtenido en la consulta; en caso de no realizar la medición anotar y capturar 999.

Talla (cm):

Anote en centímetros la talla del paciente obtenida en la consulta, en caso de no realizar la medición de la talla anotar y capturar 999.

DIFICULTAD PARA: (DISCAPACIDAD)

Aplica sólo cuando la persona acuda a la consulta por primera vez en el año, sin importar el motivo ni la edad, además tenga una deficiencia permanente en estructuras o funciones corporales, es decir: Proceso patológico previamente diagnosticado; Identificación de máximo beneficio después de tratamiento incluso rehabilitación (es decir que no existan tratamientos pendientes que vayan a modificar la capacidad funcional).

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

Se define como un estado de funcionalidad que se mantiene estable durante un período de tiempo para no permitir la recuperación y no es probable que cambie, aun con nuevo tratamiento médico o quirúrgico. También pueden considerarse las siguientes orientaciones: Que requieran uso de ayudas técnicas, apoyo de otra persona o modificaciones en su entorno y/o en enfermedades crónicas recidivantes realizar el registro en periodo intercrítico.

Recuerde que un problema de salud incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión; pero también otras circunstancias como las derivadas del envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas. Las cuales pueden o no causar dificultades en las actividades señaladas.

La celda se compone de tres partes: en la primera (a) se identifica el **Tipo** de actividad donde la persona puede tener dificultad para realizar alguna actividad de la vida cotidiana (ver (aunque use lentes), escuchar (aunque use aparato auditivo), caminar, usar brazos/manos, aprender/recordar, cuidado personal, hablar/comunicarse y emocional/mental). En la segunda parte (b), se pregunta el **Grado** de la dificultad (Poca dificultad, Mucha dificultad, No puede hacerlo, Sin dificultad). Mientras que en la tercera parte (c) se pregunta el **Motivo** de la dificultad.

El prestador de servicio puede comenzar el interrogatorio con la siguiente pregunta: “Por algún problema de nacimiento o de salud, ¿tiene dificultad para...?”, anote el número del **Tipo de mayor dificultad** en el recuadro “a” con base a la respuesta del paciente: **1.Ver** (aunque use lentes), **2.Escuchar** (aunque use aparato auditivo), **3.Caminar**, **4.Usar brazos/manos**, **5.Aprender/recordar**, **6.Cuidado personal**, **7. Hablar/comunicarse**, **8.Emocional/mental**, **9.Ninguna**; Si la respuesta fue Ninguna, anote **9** en los recuadros “b” y “c”. Tenga presente que de acuerdo a la edad existen actividades que la persona aún no puede realizar.

Si la respuesta fue diferente de “9.Ninguna” identifique la **Magnitud** de la dificultad y anote en el recuadro “b” el código según corresponda: **1.Poca dificultad**, **2.Mucha dificultad**, **3.No puede hacerlo**, recuerde que “9.Sin dificultad” sólo aplica cuando en el recuadro anterior (a) fue “9”. Tomando en cuenta que el diseño del formato sólo tiene la posibilidad de anotar un código para la actividad, en caso de presentar dificultad en más de una actividad, se anotará de acuerdo al siguiente criterio:

- Reportar la actividad donde la magnitud de la dificultad sea mayor de acuerdo al recuadro “b”.
- En caso de que en más de una actividad tenga dificultad con la misma magnitud, se anotará el código de la actividad que, de acuerdo a la percepción de la persona usuaria de los servicios de salud, impacte más en su vida diaria.

Considere para la magnitud de la dificultad la siguiente escala:

1. Poca dificultad: (Dificultad ligera y moderada). Se refiere a la presencia de limitación o dificultad que le permite desarrollar la mayoría de sus actividades, comprende los porcentajes de entre 5-24%, sinónimo de “poca, leve o escasa dificultad” y de entre 25-49%, sinónimo de “dificultad media, regular”.
2. Mucha dificultad (Dificultad grave). Se considera un nivel que limita de forma importante a la persona, comprende un porcentaje de entre 50-95% y es sinónimo de “muchas o extrema dificultad”.
3. No puede hacerlo: dificultad completa que una persona puede alcanzar en una actividad y en un

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

momento dado. En porcentaje va de 96-100% y es sinónimo de “dificultad total”.

4. Sin dificultad: de entre 0-5%. Debe anotar este código en los casos en que se haya registrado 9.Ninguna en el recuadro anterior.

Identifique el **Origen** de la dificultad, anote en el recuadro “c” el código correspondiente al Motivo principal que generó la dificultad en la actividad declarada y que impacta en realizar tareas en la vida diaria de la persona, ésta puede ser por: **1.Enfermedad, 2.Edad avanzada, 3.Nació así, 4.Accidente, 5.Violencia, 6.Otra causa**, las anteriores son excluyentes de “**9.Sin dificultad**”.

Considerar como:

1. Enfermedad: Aquélla derivada por una enfermedad crónica, aguda, infecciosa, parasitaria, etcétera.
2. Edad avanzada: Aquélla derivada de los problemas ligados a los procesos de envejecimiento que deterioran el nivel de funcionalidad y autonomía de la persona.
3. Nació así: Aquélla derivada de defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas, pueden ser estructurales, pero también funcionales, pueden ser de origen genético, infeccioso o ambiental. Las anomalías congénitas más frecuentes son las malformaciones cardíacas, los defectos del tubo neural, el síndrome de Down, los trastornos metabólicos, entre otros.
4. Accidente: Aquélla derivada por situaciones de descuido como: accidentes vehiculares, envenenamiento accidental, incendios, operaciones militares, caídas, se pueden utilizar los términos heridas, traumatismo y lesión, como similares.
5. Violencia: Aquélla derivada del uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad.
6. Otra causa: Se refiere a causas que no se expresen dentro de las otras categorías pero que son conocidas por quienes reportan dificultad en la actividad, incluye factores ambientales y contextuales.
9. Sin dificultad: Anote este código cuando en los dos anteriores (tipo y grado de la discapacidad) haya anotado también el código 9.

MIGRANTE:


Si se otorgó consulta a una persona que cumple con la definición de migrante, marque con “X” en el espacio.

RELACION TEMPORAL (RT) POR MOTIVO:

Se refiere a la atención brindada de Primera vez o Subsecuente respecto a la causa que motivó la consulta, anote en el espacio en blanco, la clave que corresponda: **1.PRIMERA VEZ** ó **2.SUBSECUENTE**.

Primera Vez: Marque con “1” en la columna cuando el motivo de la consulta sea nuevo. En el caso de que el paciente se haya curado y solicite atención por haber presentado nuevamente el mismo u otro padecimiento. Es importante que lo haga, ya que esta hoja servirá como fuente para el llenado del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE).

Nota: Esta indicación no aplica para la sección Cobertura de atención.

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

Considere además lo siguiente para Primera vez:

- En caso de Atención Prenatal se considerará de primera vez la consulta en la que se confirme el embarazo.
- En caso del puerperio se tomará en cuenta la primera consulta que acuda la paciente dentro de los 42 días siguientes al parto.
- Atención otorgada a una embarazada que acude a consulta por primera vez, por otro motivo diferente a control prenatal.
- Cuando se ingrese a control y seguimiento de algún programa de salud.

Subsecuente: Marque con “2” en la columna cuando el motivo de la consulta sea de seguimiento de una enfermedad o de un estado fisiológico o de un esquema de atención.

Considere además para Subsecuente:

- Si el paciente es reingresado al programa de alguna enfermedad crónico-degenerativa.

Nota: Si el motivo de la consulta es la revisión de alguna cirugía ya realizada, para el control de la natalidad (Vasectomía y OTB), las Vasectomías sin bisturí y el Alta por azoospermia éstas se registran en el formato Hoja Diaria de Consultas y Atenciones de Planificación Familiar, SINBA-SIS-CAPF-P y consideradas como Subsecuentes.

DIAGNÓSTICO:


Anote en el primer renglón con letra legible, el diagnóstico completo del padecimiento o enfermedad que originó o motivó la consulta.

En caso de un Segundo y/o Tercer diagnóstico, anótelos en los siguientes renglones; si estos últimos son también de primera vez, es decir, que el padecimiento no haya sido tratado con anterioridad, marque con “X” los espacios de “1ª.Vez”, anexos en cada renglón de Diagnóstico. Recuerde que estos registros servirán como fuente para el llenado del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE).

Cabe destacar que el hecho de que se determinen dos o tres diagnósticos en un mismo paciente NO CUENTA COMO DOS O TRES CONSULTAS.

Si el(los) diagnóstico(s) son de Vigilancia Epidemiológica SUIVE y/o de CAUSES, anote con color rojo el(los) código(s) CIE-10 que le corresponda(n).

Nota: Si a la persona adicionalmente se le otorga atención de Planificación Familiar NO anote el Diagnóstico en el Formato de la Hoja Diaria de Consultas y Atenciones de Planificación Familiar, SINBA-SIS-CAPF-P. Si el motivo es de Planificación Familiar sólo regístrelo en dicho Formato y NO en el de la Hoja Diaria de Consulta Externa a **excepción** de las Consultas a Púerperas que son aceptantes de algún método de Planificación familiar.

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

PROGRAMA SEGÚN MOTIVO:

Clasifique todas las consultas según “**primer diagnóstico**” de acuerdo al desglose propuesto por Programa, los cuales son excluyentes entre sí, tome en cuenta lo siguiente para el registro:

- En caso de que el diagnóstico sea identificado como **Enfermedad transmisible** regístrelo en este rubro.
- Considere **Enfermedades crónico-degenerativas** todos los diagnósticos derivados de atención a diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemias, síndrome metabólico y otras.
- **Otras enfermedades**, las enfermedades que no son transmisibles, ni crónico degenerativas.
- Las atenciones a control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño, control de embarazo y puerperio fisiológico, expedición de tarjetas de salud, certificados médicos y cuando el paciente se encuentre en buen estado de salud serán registradas con la clave **Consulta a sanos**.

Anote en el espacio, la clave del programa que le corresponde al diagnóstico que presenta el paciente: **1.** Enfermedades transmisibles, **2.** Crónico degenerativas, **3.** Otras enfermedades, **4.** A sanos.

CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN EL AÑO:

Marque con “X” en el espacio, solamente para aquéllos pacientes que hayan acudido a la consulta por primera vez en el año. Esta información es independiente de la causa que demandó la atención, debe registrar al paciente la primera vez en el año que acuda a la consulta externa. Apóyese en el expediente clínico para identificar la cobertura.


COBERTURA SEGÚN IMC 10 - 19 AÑOS:

El objetivo de esta actividad es identificar a los adolescente de 10 a 19 años de edad según su estado de nutrición al momento de llevar a cabo en la consulta realizada de primera vez en el año, obtenido mediante el cálculo de IMC.

- Obtenga el IMC mediante la siguiente fórmula: $\text{peso} \div \text{talla}^2$. El peso debe ser en kilogramos y la talla debe ser en metros.
 Por ejemplo: Talla: 120 cm = 1.2 m
 Peso: 21500 g = 21.50 kg
 - a. Eleve la talla al cuadrado: $1.2 \times 1.2 = 1.44$
 - b. Divida el peso del adolescente entre el resultado de la multiplicación anterior: $21.50 \div 1.44$
 - c. El resultado de la división anterior es el IMC del adolescente = 14.9
- Identifique en las gráficas Patrones de crecimiento infantil de la OMS el IMC para la edad según sexo, el cual es el Diagnóstico Nutricional de acuerdo al indicador ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) calculado.
- Al adolescente que se le haya calculado IMC en la consulta de primera vez en el año, registre en el espacio la clave del resultado de IMC: **1.** Obesidad, **2.** Sobrepeso, **3.** Normal, **4.** Bajo peso.

COBERTURA DE SINTOMÁTICO RESPIRATORIO TB SÓLO POR SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Registre con “X” a la persona que independientemente del motivo por el que acudió a la consulta por primera vez en el año, presente tos con expectoración o hemoptisis, de dos o más semanas de evolución. En niñas y niños, todo caso que presenta tos con o sin expectoración durante dos o más

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

semanas, fiebre, diaforesis nocturna, detención o baja de peso.

SALUD REPRODUCTIVA:

EMBARAZO

RELACION TEMPORAL POR EMBARAZO:

Anote la clave que corresponda si la consulta brindada a pacientes embarazadas es: **1.**Primera vez ó **2.**Subsecuente.

Considere:

Primera vez

- La consulta en la que se confirme embarazo y se ingresa a la Tarjeta de control de la mujer embarazada, en puerperio y periodo de lactancia (SINBA-SIS-38-P).

Subsecuente

- Cuando el motivo de la consulta sea de seguimiento del embarazo.

TRIMESTRE GESTACIONAL:

Registre en el espacio, la clave del trimestre de gestación que cursa la paciente al momento de la consulta: **1.**Primero, **2.**Segundo, **3.**Tercero; esta variable es dependiente al haber marcado Relación Temporal por Embarazo.

PRIMERA VEZ POR EMBARAZO DE ALTO RIESGO:

Marque con "X" en el espacio, si la embarazada es de alto riesgo de **primera vez**, para lo cual debe haber marcado alguna opción en Relación Temporal por Embarazo.

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO:

Registre en el espacio la(s) clave(s) del padecimiento(s) que se diagnostique(n) durante el control, que puedan alterar a la madre y/o producto(s): **1.**Diagnóstico de DM, **2.**Infección urinaria, **3.**Preeclampsia/eclampsia, **4.**Hemorragia; depende de haber marcado Relación Temporal por Embarazo.

Considere para cada clave lo siguiente:

1. Embarazada con diagnóstico establecido de Diabetes Mellitus.
2. Consulta por infección urinaria: se refiere a cada consulta a embarazadas en la cual se diagnostica infección urinaria por clínica (dolor en zona renal, molestias al orinar) o por laboratorio (alteraciones en datos del examen general de orina).
3. Si la embarazada presenta Preeclampsia o Eclampsia.
4. Si se diagnosticó Hemorragia.

OTRAS ACCIONES A EMBARAZADAS:

Registre en el espacio la(s) claves según corresponda, si durante la consulta se realizaron otras acciones en la atención a la mujer embarazada: **1.**Con análisis clínicos, **2.**Prescripción de ácido fólico, **3.**Apoyo a traslado obstétrico; para lo cual debe haber marcado alguna opción en Relación Temporal por Embarazo.

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

1. Registre si la embarazada presenta el resultado de sus análisis de laboratorio en la consulta que se está reportando.
2. Si se prescribió ácido fólico por parte del personal de salud a la mujer embarazada durante el Primer trimestre gestacional.
3. Asimismo, si le fue otorgado el apoyo de traslado obstétrico, es decir, que se proporcionó apoyo (ambulancia, taxi, económico, etc.) para trasladar de una unidad médica de consulta externa o una hospitalaria a la mujer para la atención de embarazo parto o puerperio.

PUERPERIO

RELACIÓN TEMPORAL POR PUERPERIO:

Se refiere a la atención brindada de primera vez (1) o subsecuente (2) en la consulta por Puerperio presente o no Infección o sea aceptante o no de método de Planificación familiar, anote en el espacio la clave que corresponda.

Considere de Primera vez la primera consulta a la que acuda la paciente dentro de los 42 días siguientes a la atención obstétrica ya sea por parto o por aborto.

RELACIÓN TEMPORAL POR INFECCIÓN PUERPERAL:

Anote en el espacio, la clave que corresponda: 1.Primer vez, 2.Subsecuente; si la atención brindada fue por Infección puerperal, ésta depende de haber marcado Relación Temporal en Puerperio.

PUÉRPERA ACEPTANTE DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

Registre en el espacio la clave del método otorgado: 1.Hormonal, 2.DIU, si la mujer que asiste a la unidad médica, solicita un método anticonceptivo y se le proporcionó después de haber cursado un evento obstétrico (parto o aborto), pero antes de los 42 días; para lo cual debe haber marcado alguna opción en Relación Temporal por Puerperio.

NOTA: Es importante hacer notar que toda mujer Puérpera que acuda a consulta externa de Planificación Familiar y se le haya otorgado un método antes de su egreso hospitalario, no se anotará como puérpera aceptante en este formato, debido a que ya fue registrada en el hospital y de hacerlo así, se duplica el registro.



OTROS EVENTOS:

Registre en la columna de acuerdo a la relación temporal (1.Primer vez ó 2.Subsecuente) de atención el(los) código(s) según correspondan al evento A EXCEPCIÓN DE Terapia hormonal:

TERAPIA HORMONAL (MENOPAUSIA):

Registre con "X" en el espacio, a todas las mujeres de 40 a 64 años que acudieron a la unidad de salud y que recibieron, por **PRIMERA VEZ** terapia hormonal.

1. **PERI Y POSTMENOPAUSIA:** Consulta a mujeres de 40 años y más que acude a la unidad a recibir atención integral a la salud durante la perimenopausia y la postmenopausia.
2. **ITS:** Consulta cuyo motivo sea la detección y tratamiento de alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS), y su principal vía de transmisión es la sexual, aunque también se pueden adquirir a

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

través de la vía sanguínea y de madre a hijo. Para fines del reporte de esta variable, se considerarán como ITS las siguientes: sífilis adquirida, sífilis congénita, gonorrea, chancro blando, linfogranuloma venéreo, herpes genital, hepatitis B, tricomoniasis, condilomatosis, virus del papiloma humano y Chlamydia trachomatis.

3. **APOYO PSICOEMOCIONAL:** Si la consulta es a mujeres de 15 años y más a las que se otorga sesión de apoyo psicoemocional por el psicólogo de la unidad de salud y/o del servicio especializado para la atención a la violencia familiar.
4. **PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA:** Consulta otorgada a mujeres para valoración (1a vez) y seguimiento o control (Subsecuentes) de padecimientos de la glándula mamaria, sean de tipo benigno desde su detección hasta la conclusión del tratamiento, o sospechosos de malignidad desde su detección y hasta su diagnóstico de certeza y referencia. Esta categoría **excluye** a pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama.
5. **CÁNCER MAMARIO:** Consulta otorgada a mujeres con diagnóstico de certeza de cáncer de mama para valoración (1a vez), tratamiento y seguimiento (Subsecuentes) hasta su alta y contrarreferencia. Queda **reservado para unidades hospitalarias o unidades que cuenten con servicio de oncología.**
6. **COLPOSCOPIA:** Consulta otorgada en clínicas de colposcopia a mujeres para valoración (1a vez) y seguimiento o control (Subsecuentes), como parte de las acciones de diagnóstico del cáncer y tratamiento oportuno de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino. Queda reservada para unidades hospitalarias o unidades que cuenten con clínica de colposcopia para la valoración de pacientes con patología cervical.
7. **CÁNCER CERVICOUTERINO:** Consulta otorgada a mujeres con diagnóstico de certeza de cáncer cervicouterino para valoración (1a vez), tratamiento y seguimiento (Subsecuentes) hasta su alta y contrarreferencia. Queda **reservada para unidades hospitalarias o unidades que cuenten con servicio de oncología.**

SALUD DEL NIÑO:

NIÑO SANO:



Si la consulta es otorgada a un menor de 10 años, registre la clave según corresponda a la atención 1.Primer vez ó 2.Subsecuente.

NOTA: Se considera niño sano todo aquél que se presenta a consulta libre de alguna enfermedad física o mental, y que por el indicador Peso para la Talla (P/T) sea Normal en el caso de los menores de 5 años; para los niños de 5 a 9 años se tomará el Índice de Masa Corporal Normal.

PESO PARA LA TALLA EN MENORES DE 5 AÑOS:

Evalúe el estado nutricional en el niño menor de 5 años según las gráficas de Peso para la Talla y registre al paciente de acuerdo a la clave del estado de nutrición: 1.Obesidad, 2.Sobrepeso, 3.Normal, 4.Desnutrición Leve, 5.Desnutrición Moderada, 6.Desnutrición Grave; independientemente del motivo que originó la consulta. Es importante tomar en cuenta que si el niño va a continuar atendándose y controlándose en la unidad se tendrá que abrir la tarjeta correspondiente, por lo que se debe apoyar en el expediente clínico.

IMC 5 A 19 AÑOS:

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

Evalúe el estado nutricional de las(os) niñas(os) de 5 a 9 años y adolescentes de 10 a 19 años, utilice las gráficas de Índice de Masa Corporal (IMC). Registre al paciente de acuerdo a la clave del estado de nutrición según IMC: **1.Obesidad, 2.Sobrepeso, 3.Normal, 4.Bajo peso.**

- Obtenga el IMC mediante la siguiente fórmula: $\text{peso} \div \text{talla}^2$. El peso debe ser en kilogramos y la talla debe ser en metros.

Por ejemplo: Talla: 120 cm = 1.2 m

Peso: 21500 g = 21.50 kg

- a. Eleve la talla al cuadrado: $1.2 \times 1.2 = 1.44$
 - b. Divida el peso del adolescente entre el resultado de la multiplicación anterior: $21.50 \div 1.44$
 - c. El resultado de la división anterior es el IMC del adolescente = 14.9
- Identifique en las gráficas Patrones de crecimiento infantil de la OMS el IMC para la edad según sexo, el cual es el Diagnóstico Nutricional de acuerdo al indicador **ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)** calculado.
 - Registre en el espacio la clave del resultado de IMC: **1.Obesidad, 2.Sobrepeso, 3.Normal, 4.Bajo peso.**

PRUEBA EDI EN MENORES DE 5 AÑOS:

La fuente de llenado es el Formato Único de Aplicación de la Prueba Evaluación del Desarrollo Infantil (FUA-EDI).

La Prueba “EDI” se aplica en consulta de niño sano a todos los niños de 1 a 59 meses de edad con estado de nutrición normal o con desnutrición leve, desnutrición moderada, obesidad y sobrepeso que en el momento de la consulta no presenten alguna otra enfermedad. La prueba EDI no se aplica a niños con desnutrición grave y/o anemia grave.

TIPO DE PRUEBA:

Registre en el espacio la clave correspondiente para especificar el tipo de prueba aplicada: **1.Inicial, 2.Subsecuente.**

1. Inicial: Registre “1” si es la primera aplicación de la Prueba EDI que se le hace al niño en su vida.
2. Subsecuente: Registre “2” si se aplicó una prueba subsecuente.

RESULTADO:

Si la prueba EDI aplicada fue **Inicial**, registre la clave según corresponda al resultado: **1.Verde, 2.Amarillo, 3.Rojo**

Para el caso de prueba EDI **Subsecuente** y con base en la calificación global inmediata anterior registrada en el FUA-EDI obtuvieron lo siguiente:

4. Recuperado de rezago: niño con resultado actual de la prueba EDI en desarrollo normal (verde) y que su calificación inmediata anterior fue rezago en el desarrollo (amarillo).
5. Recuperado de riesgo de retraso: Los niños recuperados de riesgo de retraso en el desarrollo, corresponden a niños que provienen de contra-referencia del segundo o tercer nivel.
6. En seguimiento: niño que no presentó mejora en su resultado global respecto a su calificación inmediata anterior en la prueba EDI, es decir, el resultado se mantuvo igual o retrocedió.

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

Registre la clave según corresponda.

RESULTADO DE LA PRUEBA BATTELLE (IDB-2ª) EN NIÑOS DE 16 MESES A 4 AÑOS:

Si durante la consulta se realiza ésta prueba registre en el espacio, la clave del resultado de la prueba Battelle aplicada, con base al puntaje global obtenido del Cociente Total de Desarrollo (CTD): **1.** Mayor o igual a 90, **2.** De 89 a 80, **3.** Menor o igual a 79.

Considere además:

- La prueba de diagnóstico Inventario de Desarrollo Battelle 2ª edición (“Prueba Battelle”) es aplicada por personal altamente capacitado y externo al núcleo básico de la unidad de salud.
- Se aplica a niños que en su último resultado en la Prueba EDI obtuvieron riesgo de retraso en el desarrollo (rojo), que tienen de 16 a 59 meses (4 años) y que no obtuvieron déficit neurológico o señales de alarma.
- La fuente de llenado es el cuadernillo para la aplicación de la prueba Battelle que será anexado al expediente.
- La prueba de diagnóstico Battelle es de única aplicación, es decir, no existen aplicaciones subsecuentes.
- El aplicador jurisdiccional debe llevar un control de la Unidad a donde corresponden los niños a quienes aplica dicha evaluación, con el propósito de enviar los resultados globales del Cociente Total de Desarrollo (CTD) y cuadernillo al médico encargado del Registro de la Unidad de Salud.

APLICACIÓN DE CÉDULA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS:

Si durante la consulta se aplica la “Cédula de Signos y Síntomas de Sospecha de Cáncer en Menores de 18 años” registre en el espacio la clave correspondiente para especificar al tipo: **1.** Primera vez en el año, **2.** Segunda vez en el año.

NOTA: La aplicación de la cédula debe ser preferentemente 2 veces al año, en un periodo entre 4 y 6 meses. Cuando la aplicación de la cédula de primera vez sea durante el último trimestre del año, la primera aplicación en el siguiente año, se registrará como primera vez en año.

CONFIRMACIÓN DE CÁNCER:

Registre confirmación diagnóstica de cáncer en menores de 18 años si se realizó durante la consulta. **Queda reservada para unidades hospitalarias o unidades que cuenten con servicio de oncología.**


ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDA's) EN MENORES DE 5 AÑOS:

Considera a todos los pacientes menores de 5 años, atendidos por diarrea, enfermedad diarreica, síndrome diarreico, infección intestinal, gastroenteritis aguda o cualquier padecimiento en el que se observe la presencia de heces líquidas, o acuosas, en número mayor de 3 en 24 horas.

RELACIÓN TEMPORAL EN EDA's:

Registre la clave según corresponda a la atención: **1.** Primera vez, **2.** Subsecuente.

PLAN DE TRATAMIENTO PARA EDA's:

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

Registre en el espacio, la clave del tipo de Plan de tratamiento otorgado al paciente: **1.A, 2.B, 3.C**; esta celda depende de haber marcado Relación Temporal por EDA's.

Considere la siguiente clasificación:

- Plan A: Tratamiento preventivo de la deshidratación. Para pacientes con enfermedad diarreaica sin deshidratación con atención en el hogar con vida suero oral (VSO).
- Plan B: Tratamiento curativo de la deshidratación. Para pacientes con diarrea y deshidratación con atención en la unidad de salud con vida suero oral.
- Plan C: Tratamiento curativo del choque. Para pacientes con choque hipovolémico por deshidratación. Iniciar inmediatamente administración de líquidos por vía intravenosa, con solución Hartmann; si no se encuentra disponible usar solución salina isotónica al 0.9%.

NOTA: Para mayor información consultar "Manual de enfermedades diarreaicas. Prevención, diagnóstico y tratamiento, 2010", Secretaría de Salud/CeNSIA.

RECUPERADO DE LA DESHIDRATACIÓN:

Marque con "X" en el espacio, a todo niño que se encuentre en consulta de primera vez por enfermedad diarreaica en Plan de tratamiento B y C y que al egresar recupera exitosamente su hidratación; para lo cual debe haber marcado Relación Temporal por EDA's.

NÚMERO DE SOBRES VSO TRATAMIENTO:

Registre en el espacio, el número de sobres entregados como plan de tratamiento de la deshidratación (A o B); esta celda depende de haber marcado Relación Temporal por EDA's.

NÚMERO DE SOBRES VSO PROMOCIÓN:

Registre en el espacio, el número de sobres que se distribuyen con fines de promoción.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA's) EN MENORES DE 5 AÑOS:

Considere en este rubro a los pacientes menores de 5 años que presentan todo tipo de infecciones respiratorias agudas, incluyendo Neumonía.

RELACIÓN TEMPORAL:

Registre la clave según corresponda a la atención: **1**.Primera vez, **2**.Subsecuente.

TIPO TRATAMIENTO:

Anote la clave del tipo de tratamiento prescrito al menor de 5 años con infección respiratoria aguda:


1.Sintomático, **2**.Antibiótico

- ✓ Sintomático.- Pacientes que recibieron exclusivamente tratamiento sintomático.
- ✓ Antibiótico.- Pacientes a los cuales se prescribe antibiótico, independientemente de que hayan recibido tratamiento sintomático.

Esta celda depende de haber marcado Relación Temporal por IRA's.

NEUMONÍA RELACIÓN TEMPORAL:

Registre la clave según corresponda a la atención: **1**. Primera vez, **2**.Subsecuente; para lo cual debe haber marcado Relación Temporal por IRA's.

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

NOTA: Para mayor información consultar “Manual de enfermedades respiratorias. Prevención, diagnóstico y tratamiento, 2011”, Secretaría de Salud/CeNSIA.

MADRE INFORMADA EN PREVENCIÓN ACCIDENTES PARA MENORES DE 10 AÑOS:

Esta acción la debe llevar a cabo el médico en todas las consultas de niño sano menor de 10 años, apoyándose con la Hoja de recomendaciones de acuerdo al grupo de edad para la prevención de accidentes. Para mayor detalle de este rubro refiérase a los Lineamientos de la Estrategia de Prevención de Accidentes en el Hogar y Atención de Urgencias Pediátricas en el Primer Nivel, emitidos por la Secretaría de Salud Federal en 2012.

- ✓ Marque con “X” en el espacio, para el caso de madres de niño o niña menor de 10 años que hayan sido informadas en la prevención de accidentes.

PROMOCIÓN DE LA SALUD:

CONSULTA INTEGRADA DE LÍNEA DE VIDA:

Marque con “X” si durante la consulta la persona recibió al menos 5 acciones de prevención y/o de promoción, establecidas en la Cartilla Nacional de Salud como son consejería o capacitación de promoción de la salud; evaluación y vigilancia del estado nutricional mediante la medición de acuerdo a la edad, peso y estatura o medición del índice de masa corporal; orientación alimentaria; desparasitación intestinal; administración de algún complemento nutricional; aplicación de alguna vacuna; detección y control de enfermedades; atención de salud sexual y reproductiva mediante la orientación de planificación familiar, prevención del embarazo, prevención del VIH/SIDA e ITS, vigilancia prenatal, información de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico; prevención de accidentes y lesiones; prevención de adicciones y actividad física.

PRESENTA CARTILLA:

Marque con “X” el espacio, en toda consulta en la que la persona presenta su Cartilla Nacional de Salud.

REFERIDO POR:


Registre si el paciente durante la consulta fue enviado a una unidad de mayor complejidad para su atención.

Anote en el espacio, la clave correspondiente al motivo de la referencia: **1.**Embarazo alto riesgo, **2.**Sospecha cáncer <18 años, **3.**IRA’s, **4.**Neumonía, **5.**Otras.

- Considere referencia por sospecha de cáncer: Para a todos los menores de 18 años que hayan sido referidos por sospecha de cáncer a una unidad de mayor complejidad para la confirmación diagnóstica o tratamiento de cáncer. La fuente de llenado es la “Cédula de Signos y Síntomas de Sospecha de Cáncer en Menores de 18 años”.

CONTRARREFERIDO:

Marque con "X" el espacio, cuando el paciente es enviado a la unidad que lo refirió después de haber

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

recibido tratamiento y/o si es una unidad de mayor complejidad.

UNIDAD CONSULTANTE DE TELEMEDICINA:


Marque con “X” el espacio, si el prestador del servicio durante la consulta solicita por telemedicina interconsulta a otra unidad, independiente del motivo de consulta o el servicio interconsultado. Entiéndase por unidad consultante al establecimiento médico en el que el paciente y el personal de la salud, recibirán atención médica a distancia.

EN CONTROL Y SEGUIMIENTO:

Marque con “X” en el espacio, si el paciente está en programa de control y seguimiento, considere especialmente a aquellos casos donde la persona resida dentro del área de influencia de la unidad y/o se llevará en la unidad el control o seguimiento.

IMPORTANTE:

Previo a concluir la atención revise que se hayan registrado adecuadamente los datos relacionados a la consulta si hay omisión de datos obligatorios no será posible realizar la captura por lo que se eliminará la consulta relacionada a esa línea; para evitar retraso en el proceso al terminar cada consulta, revise los diagnósticos, si son sujetos de vigilancia epidemiológica y/o de CAUSES anote con color rojo el código de la CIE-10, si el diagnóstico no pertenece a alguno de éstos, al finalizar el día turne sus Hojas al área designada para completar la asignación de códigos CIE-10 antes de ser capturados.

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

INSTRUCCIONES DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA DE SALUD MENTAL

Instrucciones Generales

- Este formato es de uso obligatorio así como su registro en toda Consulta realizada al usuario de los servicios de salud.
- El formato ha sido diseñado para que los prestadores de servicio cuenten con una herramienta de registro individual de pacientes donde se recojan las actividades realizadas durante la consulta desde el punto de vista administrativo, estadístico y de vigilancia epidemiológica.
- Este formato debe ser llenado por la persona que brinda la consulta como servicios finales a la población, es decir, cuando la atención no es en apoyo al Psiquiatra, Psicólogo u otro profesional de la salud.
- Registre y reporte en este formato TODAS las consultas otorgadas en el día, llevadas a cabo en el área de consulta externa de salud mental.
- La Hoja Diaria de Consulta Externa de Salud Mental será considerada válida, siempre y cuando todas las consultas cuenten con fecha de atención, datos del prestador de servicio, datos de identificación del paciente y al menos un diagnóstico (el que motivó la consulta).
- Para el llenado de la Hoja Diaria de Consulta Externa de Salud Mental, debe escribir con tinta, letra de molde, sin abreviaturas, utilizar únicamente bolígrafo, no usar plumas con tinta de gel, pluma fuente, plumón o similares, debido a que los trazos pierden claridad y este tipo de tintas tienden a desaparecer con el tiempo.
- La persona que llene la Hoja Diaria de Consulta Externa de Salud Mental es la responsable de su contenido, por lo que se recomienda llenarlo cuidadosamente, plasmando información completa y veraz, poner atención especial en los campos que son de reporte **obligatorio**.
- En la parte inferior de cada celda tiene una referencia la cual si es gris registrarse “X” o anote el dato solicitado según la instrucción según corresponda a la actividad realizada.
- Para las celdas en que se requiera anotar números (fechas, peso, edad, etc.) deben usarse números arábigos (0, 1, 2, ..., 9).
- Al finalizar el día, revisar el llenado.
- En unidades donde existe la figura del estadístico, él será el responsable de la recolección diaria de las “Hojas Diarias de Consulta Externa de Salud Mental (SINBA-SIS-03-P)” en las que el prestador de servicios haya registrado las actividades del día. En otro caso será directamente el prestador de servicio el que garantizará la custodia de las mismas.
- Si el Diagnóstico es de Vigilancia Epidemiológica o de CAUSES, el prestador de servicio deberá anotar con color rojo el código de la CIE-10 al que corresponde.
- Previo a la captura, los Diagnósticos que no cuenten con código de CIE-10, deberán ser sometidos a la asignación de códigos de CIE-10 por el personaje destinado para esta actividad, si son de vigilancia epidemiológica o de CAUSES registre con color rojo, este personaje debe garantizar la concentración de todos los formatos de las consultas realizadas durante el día y que todo diagnóstico tenga un código CIE-10, evite rezago para no afectar la captura nominal en el Sistema Automatizado.

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

- Si la unidad cuenta con equipo de cómputo realice la captura nominal en el Sistema Automatizado de las Consultas realizadas durante el día, los códigos marcados en rojo serán señalados como SUIVE y/o CAUSES y se debe capturar el código asignado, evite el rezago.
- Posterior a la captura nominal el personal designado realizará la captura de asignación de códigos de la CIE-10 que no son de SUIVE y/o CAUSES, se sugiere sea en forma diaria para evitar rezago.
- Tenga en cuenta que el Registro en la Hoja Diaria en Consulta Externa de Salud Mental (SINBA-SIS-03-P) es el insumo a utilizar en el llenado del SUIVE que usted deberá proporcionar la información correspondiente a las autoridades epidemiológicas. Informe oportunamente.
- La Hoja Diaria en Consulta Externa de Salud Mental (SINBA-SIS-03-P) sólo saldrá de la unidad en aquellos casos en que las autoridades jurisdiccionales o estatales así lo soliciten, como mecanismo para captura o de comprobación al momento de la entrega del informe mensual. Posteriormente, el informe deberá quedar a resguardo en la unidad. Proporcione información completa a las visitas de supervisión del SIS y las instancias institucionales que lo soliciten.

FECHA:

En la parte superior derecha de la forma anote con números arábigos el día, mes y año de la fecha que se otorga la consulta, este dato es de registro **obligatorio**; si la hoja ha sido impresa por ambas caras siempre identifique la fecha aun cuando sea la misma que el anverso.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD:

CLUES*:

Registre la CLUES de la unidad, con base al Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud, este dato es de carácter **obligatorio**, con el objeto de que pueda ser capturado en el Sistema Automatizado; en caso de no contar con dicha clave solicitarla al área de estadística de la Jurisdicción Sanitaria de la cual depende la unidad médica, la CLUES está constituida inicialmente por dos caracteres alfanuméricos que identifican la Entidad Federativa, posteriormente tres caracteres que corresponden a la Institución, después cinco números que identifican al establecimiento y finalmente un número que es un dígito verificador; por lo que cada CLUES debe contener once caracteres en total.


NOMBRE DE LA UNIDAD:

Anote el tipo y nombre de la unidad médica con base al Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS:

CURP*:

Consigne la Clave Única de Registro de Población (CURP que está integrada por 18 caracteres), de quien otorga la atención, este dato es de carácter **obligatorio**, ya que éste será utilizado para identificar a la persona que otorga la atención. Todo personal de base, por contrato, en formación debe contar con este identificador.

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

NOMBRE:

Anote el Nombre(s) seguido del Primer Apellido y/o Segundo Apellido (los tres datos son de carácter **obligatorio**) del personal responsable que otorga la consulta, mismo que es responsable de registrar y garantizar que los datos son completos y correctos.

TIPO DE PERSONAL:

Anote la clave de la profesión de la persona que otorga la consulta: **1.PASANTE DE PSICOLOGÍA, 2.PSICÓLOGO, 3.PASANTE DE PSIQUIATRÍA, 4.PSIQUIATRA, 5.MÉDICO GENERAL HABILITADO PARA SALUD MENTAL, 88.OTROS**, en caso de indicar “Otros”, Especifique con letra legible y de molde, este dato es **obligatorio**.

CÉDULA PROFESIONAL:

Anote la cédula profesional, de quien otorga el servicio, escriba con letra de molde y/o números arábigos legibles, acordes a la Cédula profesional, en caso de contar con Cédula de especialidad, y de su contrato y servicio proporcionado es de especialidad sólo anote ésta.

Este registro no aplica para los pasantes y personal no profesional, es **obligatorio** para todos los profesionales de la salud.

SERVICIO:

Anote en forma **obligatoria** la clave del servicio, especialidad o identificación del módulo al que está asignado el prestador del servicio según corresponda: **1.PRECONSULTA, 2.PSICOLOGÍA, 3.PAIDOPSIQUIATRÍA, 4.PSIQUIATRÍA, 5.PSICOGERIATRÍA, 6.ATENCIÓN A LA VIOLENCIA, 7.ATENCIÓN A ADICCIONES, 88.OTROS**; en caso de marcar “Otros” Especifique, que se activa y convierte en **obligatorio** en la captura.

No.

Anote con números arábigos, en orden sucesivo, que corresponda a la consulta en el día que informa, al exceder el número de pacientes por hoja inicie un nuevo formato anotando la misma fecha y agregando el número consecutivo para ese día.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:



CURP:

Anote el código alfanumérico con los 18 elementos de la Clave Única de Registro de Población (CURP) del paciente, este dato es de carácter **obligatorio**, todo beneficiarios de Seguro Popular debe contar con él, ya que es requisito para su afiliación.

En caso de no contar con la CURP solicite al paciente indique la Entidad de Nacimiento y regístrelo en este espacio.

Nombre (Nombre(s) Primer Apellido y Segundo Apellido):

Anote el nombre completo del paciente: iniciando por el(los) Nombre(s) Primer Apellido y Segundo Apellido, si no cuenta con algún apellido anote “XX” según corresponda; cada uno de sus componentes

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

debe contener al menos dos letras, estos datos son de carácter **obligatorio** para ser capturados en el Sistema Automatizado.

No. de Afiliación:

Si el paciente se encuentra afiliado al Seguro Popular se dará prioridad a este registro, solicite y anote el número de afiliación al Sistema de Protección Social en Salud, no olvide registrar “X” en la columna correspondiente a “Seguro Popular”, de lo contrario este dato se invalidará; en caso de contar con otra Derechohabiciencia registre el Número de Seguridad Social, no olvide especificar el tipo en la columna de “Derechohabiciencia”.

FECHA DE NACIMIENTO:

Anote con números arábigos la fecha de nacimiento del paciente, el día, mes y año, verifique la coincidencia con la CURP.

Cuando un paciente refiera que no recuerda la fecha de su nacimiento, debe indagar este dato y en caso de no conseguirlo, estime la edad que tiene el paciente y escriba 30/06/ y año aproximado de nacimiento.

EDAD y CLAVE DE LA EDAD:

En la primera celda anote con números arábigos según corresponda la edad cumplida del paciente y complémtelo con la siguiente celda anotando el código de la 1.CLAVE DE EDAD localice la referencia que se encuentra en la parte inferior del formato, para lo cual considere lo siguiente:

- Para mayores de un mes, pero menores de un año, anote el número de meses seguido de una “M”.
Ejemplo: 8 meses, 8 M
- Para pacientes mayores de un año anote con números arábigos la edad en años cumplidos de los pacientes a partir del primer año de edad. Ejemplo: 5 años, 5.

Para el Sistema Automatizado, si la fuente cuenta con la fecha de nacimiento la edad será calculada en forma automática, de lo contrario, se capturará la Edad y Clave de la Edad que se haya registrado, en este momento se convierten en **obligatorios**, por lo que si el registro no cuenta con alguno de los dos (fecha de nacimiento o edad), la consulta **no será válida**.

SEXO:


Con base a la referencia número 2.SEXO que se encuentra en la parte inferior del formato, anote la clave que corresponda al sexo según condición biológica de nacimiento del paciente: **1.HOMBRE** ó **2.MUJER**.

INDÍGENA:

Pregunte al paciente, o en caso de ser menor de edad, al acompañante, si la familia considera pertenecer a un pueblo indígena; ello independientemente sea hablante de la lengua del pueblo indígena al que pertenece. De dar una respuesta positiva marque con una “X” en la columna “Indígena”, si la respuesta es negativa la celda se deja en vacío y se capturará como “2 - No” en la Aplicación Automatizada.

SEGURO POPULAR:

Marque con "X" el espacio si el paciente es afiliado al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

Popular) y cerciórese de haber anotado el Número de Afiliación en el espacio correspondiente en la Identificación del Paciente, de lo contrario esta celda se invalidará.

PROSPERA:

Marque con "X" el espacio si es beneficiario de PROSPERA, Programa de Inclusión Social, sólo se llena en caso de que el paciente sea miembro de una familia PROSPERA, verifique que se encuentre registrado en el formato S1 de la unidad.

La columna SPSS y PROSPERA, no son excluyentes, por lo que si el paciente es beneficiario de ambos deberá registrarlo en las dos columnas, dando prioridad al Número de Afiliación de Seguro Popular.

DERECHOHABIENCIA:

Este espacio está destinado a registrar las consultas otorgadas a personas que tienen derecho a servicios médicos en la seguridad social. Anote en el espacio, la(s) clave(s) de la institución(es) de la(s) cual(es) es derechohabiente el paciente: **1.IMSS, 2.ISSSTE, 3.OTRAS**; este último incluye a Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y/o Instituciones Privadas, no incluya a los pacientes de población sin seguridad social.

No olvide registrar el Número de Seguridad Social en el espacio de No. de Afiliación que se encuentra en la Identificación del Paciente.

MEDICIONES:

Peso (Kg):

Anote el peso corporal del paciente, en kilogramos con tres decimales, obtenido en la consulta; en caso de no realizar la medición anotar y capturar 999.

Talla (cm):

Anote en centímetros la talla del paciente obtenida en la consulta, en caso de no realizar la medición de la talla anotar y capturar 999.

DIFICULTAD PARA: (DISCAPACIDAD)

Aplica sólo cuando la persona acuda a la consulta por primera vez en el año, sin importar el motivo ni la edad, además tenga una deficiencia permanente en estructuras o funciones corporales, es decir: Proceso patológico previamente diagnosticado; Identificación de máximo beneficio después de tratamiento incluso rehabilitación (es decir que no existan tratamientos pendientes que vayan a modificar la capacidad funcional).

Se define como un estado de funcionalidad que se mantiene estable durante un período de tiempo para no permitir la recuperación y no es probable que cambie, aun con nuevo tratamiento médico o quirúrgico. También pueden considerar las siguientes orientaciones: Que requieran uso de ayudas técnicas, apoyo de otra persona o modificaciones en su entorno y/o en enfermedades crónico recidivantes realizar el registro en periodo intercrítico.

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

Recuerde que un problema de salud incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión; pero también otras circunstancias como las derivadas del envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas. Las cuales pueden o no causar dificultades en las actividades señaladas.

La celda se compone de tres partes: en la primera (**a**) se identifica el **Tipo** de actividad donde la persona puede tener dificultad para realizar alguna actividad de la vida cotidiana (ver (aunque use lentes), escuchar (aunque use aparato auditivo), caminar, usar brazos/manos, aprender/recordar, cuidado personal, hablar/comunicarse y emocional/mental). En la segunda parte (**b**), se pregunta el **Grado** de la dificultad (Poca dificultad, Mucha dificultad, No puede hacerlo, Sin dificultad). Mientras que en la tercera parte (**c**) se pregunta el **Motivo** de la dificultad.

El prestador de servicio puede comenzar el interrogatorio con la siguiente pregunta: “Por algún problema de nacimiento o de salud, ¿tiene dificultad para...?”, anote el número del **Tipo de mayor dificultad** en el recuadro “a” con base a la respuesta del paciente: **1.**Ver (aunque use lentes), **2.**Escuchar (aunque use aparato auditivo), **3.**Caminar, **4.**Usar brazos/manos, **5.**Aprender/recordar, **6.**Cuidado personal, **7.** Hablar/comunicarse, **8.**Emocional/mental, **9.**Ninguna; Si la respuesta fue Ninguna, anote **9** en los recuadros “b” y “c”. Tenga presente que de acuerdo a la edad existen actividades que la persona aún no puede realizar.



Si la respuesta fue diferente de “9.Ninguna” identifique la **Magnitud** de la dificultad y anote en el recuadro “b” el código según corresponda: **1.**Poca dificultad, **2.**Mucha dificultad, **3.**No puede hacerlo, recuerde que “9.Sin dificultad” sólo aplica cuando en el recuadro anterior (a) fue “9”. Tomando en cuenta que el diseño del formato sólo tiene la posibilidad de anotar un código para la actividad, en caso de presentar dificultad en más de una actividad, se anotará de acuerdo al siguiente criterio:

- Reportar la actividad donde la magnitud de la dificultad sea mayor de acuerdo al recuadro “b”.
- En caso de que en más de una actividad tenga dificultad con la misma magnitud, se anotará el código de la actividad que, de acuerdo a la percepción de la persona usuaria de los servicios de salud, impacte más en su vida diaria.

Considere para la magnitud de la dificultad la siguiente escala:

- 1.** Poca dificultad: (Dificultad ligera y moderada). Se refiere a la presencia de limitación o dificultad que le permite desarrollar la mayoría de sus actividades, comprende los porcentajes de entre 5-24%, sinónimo de “poca, leve o escasa dificultad” y de entre 25-49%, sinónimo de “dificultad media, regular”.
- 2.** Mucha dificultad (Dificultad grave). Se considera un nivel que limita de forma importante a la persona, comprende un porcentaje de entre 50-95% y es sinónimo de “mucha o extrema dificultad”.
- 3.** No puede hacerlo: dificultad completa que una persona puede alcanzar en una actividad y en un momento dado. En porcentaje va de 96-100% y es sinónimo de “dificultad total”.
- 4.** Sin dificultad: de entre 0-5%. Debe anotar este código en los casos en que se haya registrado 9.Ninguna en el recuadro anterior.

Identifique el **Origen** de la dificultad, anote en el recuadro “c” el código correspondiente al Motivo principal que generó la dificultad en la actividad declarada y que impacta en realizar tareas en la vida

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

diaria de la persona, ésta puede ser por: **1.**Enfermedad, **2.**Edad avanzada, **3.**Nació así, **4.**Accidente, **5.**Violencia, **6.**Otra causa, las anteriores son excluyentes de “**9.**Sin dificultad”.

Considerar como:

- 1.** Enfermedad: Aquélla derivada por una enfermedad crónica, aguda, infecciosa, parasitaria, etcétera.
- 2.** Edad avanzada: Aquélla derivada de los problemas ligados a los procesos de envejecimiento que deterioran el nivel de funcionalidad y autonomía de la persona.
- 3.** Nació así: Aquélla derivada de defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas, pueden ser estructurales, pero también funcionales, pueden ser de origen genético, infeccioso o ambiental. Las anomalías congénitas más frecuentes son las malformaciones cardíacas, los defectos del tubo neural, el síndrome de Down, los trastornos metabólicos, entre otros.
- 4.** Accidente: Aquélla derivada por situaciones de descuido como: accidentes vehiculares, envenenamiento accidental, incendios, operaciones militares, caídas, se pueden utilizar los términos heridas, traumatismo y lesión, como similares.
- 5.** Violencia: Aquélla derivada del uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad.
- 6.** Otra causa: Se refiere a causas que no se expresen dentro de las otras categorías pero que son conocidas por quienes reportan dificultad en la actividad, incluye factores ambientales y contextuales.
- 9.** Sin dificultad: Anote este código cuando en los dos anteriores (tipo y grado de la discapacidad) haya anotado también el código 9.

MIGRANTE:

Si se otorgó consulta a una persona que cumple con la definición de migrante, marque con “X” en el espacio.

RELACION TEMPORAL (RT) POR MOTIVO:


Se refiere a la atención brindada de Primera vez o Subsecuente respecto a la causa que motivó la consulta, anote en el espacio en blanco, la clave que corresponda: **1.PRIMERA VEZ** ó **2.SUBSECUENTE**.

1. Primera Vez: Marque con “1” en la columna cuando el motivo de la consulta sea nuevo. En el caso de que el paciente haya curado y solicite atención por haber presentado nuevamente el mismo u otro padecimiento, también se considerará nuevamente primera vez después de que el paciente ha sido dado de alta de forma integral o que haya dejado de asistir al servicio por más de dos años.
Nota: Esta indicación no aplica para la sección Cobertura de atención.

1. Subsecuente: Marque con “2” en la columna cuando el motivo de la consulta sea de seguimiento de una enfermedad mental o actitud conductual.

DIAGNÓSTICO:

Anote en el primer renglón con letra legible, el diagnóstico completo del padecimiento o enfermedad que originó o motivó la consulta.

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

En caso de un Segundo y/o Tercer diagnóstico, anótelos en los siguientes renglones; si estos últimos son también de primera vez, es decir, que el padecimiento no haya sido tratado con anterioridad, marque con “X” los espacios de “**1^a.Vez**”, anexos en cada renglón de Diagnóstico. Recuerde que estos registros servirán como fuente para el llenado del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE).

Cabe destacar que el hecho de que se determinen dos o tres diagnósticos en un mismo paciente **NO CUENTA COMO DOS O TRES CONSULTAS**.

Si el(los) diagnóstico(s) son de Vigilancia Epidemiológica SUIVE y/o de CAUSES, anote con color rojo el(los) código(s) CIE-10 que le corresponda(n).

PROGRAMA SEGÚN MOTIVO:

Todas las consultas registradas en este formato se catalogarán en el Programa de “Salud Mental”, por lo que no se registra en el formato como tal.

CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN EL AÑO:

Marque con “X” en el espacio, solamente para aquéllos pacientes que hayan acudido a la consulta por primera vez en el año. Esta información es independiente de la causa que demandó la atención, DEBE registrar al paciente la primera vez en el año que acuda a la consulta externa. Apóyese en el expediente clínico para identificar la cobertura.

DERIVACION PRECONSULTA:

Si la unidad cuenta con Servicio de Preconsulta anote en el espacio, la clave del destino o derivación indicada, para la atención del paciente: **1.CONSULTA EXTERNA, 2.URGENCIAS, 3.DOMICILIO, 4.OTRA UNIDAD**.

ACTIVIDAD EN LA CONSULTA:



Toda consulta registrada deberá ser clasificada en sólo uno de los rubros de actividad. Marque con una “X” la columna correspondiente.

ENTREVISTA:

Sesión destinada a determinar el tipo de tratamiento que requiere el paciente o para la valoración del grado de respuesta al tratamiento establecido.

ESTUDIO PSICOMÉTRICO:

Obtención de conocimientos específicos de la persona o valoración del grado de respuesta al tratamiento.

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL:

Aplicación de métodos o técnicas del tratamiento. Reportar en esta columna todo tratamiento no destinado a la atención por adicciones a fármacos y/o alcohol.

ATENCIÓN POR ADICCIONES:

ALCOHOL, TABACO, CANNABIS, OTRAS SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS

Marque con una "X" la columna correspondiente, si durante la consulta externa proporciona se detecta, atiende y/o rehabilita al consumidor de sustancias adictivas.

PROMOCIÓN DE LA SALUD:

CONSULTA INTEGRADA LINEA DE VIDA:

Marque con "X" si durante la consulta la persona recibió al menos 5 acciones de prevención y/o de promoción, establecidas en la Cartilla Nacional de Salud como son consejería o capacitación de promoción de la salud; evaluación y vigilancia del estado nutricional mediante la medición de acuerdo a la edad, peso y estatura o medición del índice de masa corporal; orientación alimentaria; administración de algún complemento nutricional; atención de salud sexual y reproductiva mediante la orientación de planificación familiar, prevención del embarazo, prevención del VIH/SIDA e ITS, vigilancia prenatal, información de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico; prevención de accidentes y lesiones; prevención de adicciones y actividad física.

PRESENTA CARTILLA:

Marque con "X" el espacio, en toda consulta en la que la persona presenta su Cartilla Nacional de Salud.


REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:

REFERIDO:

Marque con "X" si el paciente durante la consulta fue enviado a una unidad de mayor complejidad para su atención.

CONTRAREFERIDO:

Marque con "X" el espacio, cuando el paciente es enviado a la unidad que lo refirió después de haber recibido tratamiento, en una unidad de mayor complejidad.


 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

UNIDAD CONSULTANTE DE TELEMEDICINA:

Marque con “X” el espacio, si el prestador del servicio durante la consulta solicita por telemedicina interconsulta a otra unidad, independiente del motivo de consulta o el servicio interconsultado. Entiéndase por unidad consultante al establecimiento médico en el que el paciente y el personal de la salud, recibirán atención médica a distancia.

IMPORTANTE:



Previo a concluir la atención revise que se hayan registrado adecuadamente los datos relacionados a la consulta si hay omisión de datos obligatorios no será posible realizar la captura por lo que se eliminará la consulta relacionada a esa la línea; para evitar retraso en el proceso al terminar cada consulta, revise los diagnósticos, si son sujetos de vigilancia epidemiológica y/o de CAUSES anote con color rojo el código de la CIE-10, si el diagnóstico no pertenece a alguno de éstos, al finalizar el día turne sus Hojas al área designada para completar la asignación de códigos CIE-10 antes de ser capturados.

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

INSTRUCCIONES DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTAS Y ATENCIONES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (SINBA-SIS-CAPF-P)

Instrucciones Generales

- Este formato es de uso obligatorio así como su registro en toda Consulta realizada al usuario de los servicios de salud.
- El formato ha sido diseñado para que los prestadores de servicio cuenten con una herramienta de registro individual de pacientes donde se recojan las actividades realizadas durante la consulta desde el punto de vista administrativo y de vigilancia epidemiológica.
- Este formato debe ser llenado por la persona que brinda la consulta como servicios finales a la población, es decir, cuando la atención no es en apoyo al Médico u otro profesional de la salud.
- Registre y reporte TODAS las consultas otorgadas (con diagnóstico) en el día, llevadas a cabo en el área de consulta y atenciones (sin diagnóstico) de planificación familiar.
- La Hoja Diaria de Consultas y Atenciones de Planificación Familiar será considerada válida, siempre y cuando todas las consultas cuenten con fecha de atención, datos del prestador de servicio, datos de identificación del paciente y según corresponda al menos un diagnóstico (el que motivó la consulta).
- Para el llenado de la Hoja Diaria debe escribir con tinta, letra de molde, sin abreviaturas, utilizar únicamente bolígrafo, no usar plumas con tinta de gel, pluma fuente, plumón o similares, debido a que los trazos pierden claridad y este tipo de tintas tienden a desaparecer con el tiempo.
- La persona que llene la Hoja es la responsable de su contenido, por lo que se recomienda llenarlo cuidadosamente, plasmando información completa y veraz, poner atención especial en los campos que son de reporte **obligatorio**.
- En la parte inferior de cada celda tiene una referencia la cual si es gris registrarse “X” o anote el dato solicitado según la instrucción según corresponda a la actividad realizada.
- Para las celdas en que se requiera anotar números (fechas, peso, edad, etc.) deben usarse números arábigos (0, 1, 2, ..., 9).
- Al finalizar el día, revisar el llenado.
- En unidades donde existe la figura del estadístico, él será el responsable de la recolección diaria de las Hojas Diarias de Consulta y Atenciones de Planificación Familiar (SINBA-SIS-CAPF-P) en las que el prestador de servicios haya registrado las actividades del día. En otro caso será directamente el prestador de servicio el que garantizará la custodia de las mismas.
- Previo a la captura el formato deberá sometido a la asignación de códigos de CIE-10 de cada Diagnóstico por el personaje destinado para esta actividad, para lo cual se debe garantizar y contar con todos los formatos debidamente requisitados de las consultas realizadas durante el día, evite rezago para no afectar la captura nominal en el Sistema Automatizado.
- Si la unidad cuenta con equipo de cómputo realice la captura nominal en el Sistema Automatizado de las Consultas y Atenciones realizadas durante el día, evite el rezago.
- Posterior a la captura nominal el personal designado realizará la captura de asignación de códigos

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0

de la CIE-10, se sugiere sea en forma diaria para evitar rezago.

- Tenga en cuenta que el Registro en la Hoja Diaria de Consultas y Atenciones de Planificación Familiar (SINBA-SIS-CAPF-P) con diagnóstico es el insumo a utilizar en el llenado del SUIVE que usted deberá proporcionar a las autoridades epidemiológicas. Informe oportunamente.
- La Hoja Diaria de Consultas y Atenciones de Planificación Familiar (SINBA-SIS-CAPF-P) sólo saldrá de la unidad en aquellos casos en que las autoridades jurisdiccionales o estatales así lo soliciten, como mecanismo para captura o de comprobación al momento de la entrega del informe mensual. Posteriormente, el informe deberá quedar a resguardo en la unidad. Proporcione información completa a las visitas de supervisión del SIS.

FECHA:

En la parte superior derecha de la forma anote con números arábigos el día, mes y año de la fecha que se otorga la consulta, este dato es de registro **obligatorio**; si la hoja ha sido impresa por ambas caras siempre identifique la fecha aun cuando sea la misma que el anverso.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

CLUES*:

Registre la CLUES de la unidad, con base al Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud, este dato es de carácter **obligatorio**, con el objeto de que pueda ser capturado en el Sistema automatizado; en caso de no contar con dicha clave solicitarla al área de estadística de la Jurisdicción Sanitaria de la cual depende la unidad médica, la CLUES está constituida inicialmente por dos caracteres alfanuméricos que identifican la Entidad Federativa, posteriormente tres caracteres que corresponden a la Institución, después cinco números que identifican al establecimiento y finalmente un número que es un dígito verificador; por lo que cada CLUES debe contener once caracteres en total.

NOMBRE DE LA UNIDAD.

Anote el tipo y nombre de la unidad médica con base al Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

CURP*:

Consigne la Clave Única de Registro de Población (CURP que está integrada por 18 caracteres), de quien otorga la atención, este dato es de carácter **obligatorio**, ya que este será utilizado para identificar a la persona que otorga la atención. Todo personal de base, por contrato, en formación debe contar con este identificador.

NOMBRE:

Anote el Nombre(s) seguido del Primer Apellido y/o Segundo Apellido (datos **obligatorios**) del

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

personal responsable que otorga la consulta, mismo que es responsable de registrar y garantizar que los datos son completos y correctos.

TIPO DE PERSONAL:

Anote la clave de la profesión de la persona que otorga la consulta: **1.MÉDICO PASANTE, 2.MÉDICO GENERAL, 3.MÉDICO RESIDENTE, 4.MÉDICO ESPECIALISTA, 5.PASANTE DE ENFERMERÍA, 6.ENFERMERA, 7.PASANTE DE NUTRICIÓN, 8.NUTRIÓLOGO, 9.HOMEÓPATA, 10.MÉDICO TRADICIONAL, 11.TAPS, 88.OTROS**, en caso de indicar “Otros” anote la Especificación; este dato es **obligatorio**.

CÉDULA PROFESIONAL:

Anote la cédula profesional, de quien otorga el servicio, escriba con letra de molde y/o números arábigos legibles, acordes a la Cédula profesional, en caso de contar con Cédula de especialidad, y de su contrato y servicio proporcionado es de especialidad sólo anote ésta.

Este registro no aplica para los pasantes y personal no profesional, es **obligatorio** para todos los profesionales de la salud.

SERVICIO:

Anote en forma **obligatoria** la clave del servicio, especialidad o identificación del módulo al que está asignado el prestador del servicio según corresponda: **1.CONSULTA GENERAL, 2.HOMEOPATÍA, 3.SERVICIO AMIGABLE, 4.MEDICINA TRADICIONAL, 5.CIRUGÍA, 6.MEDICINA INTERNA, 7.PEDIATRÍA, 8.GINECOOBSTETRICIA, 9.OFTALMOLOGÍA, 10.OTORRINOLARINGOLOGÍA, 11.TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEdia, 88.OTROS**; en caso de marcar “Otros” Especifique, que se activa y convierte en obligatorio en la captura.

No.

Anote con números arábigos, en orden sucesivo, que corresponda a la consulta en el día que informa, al exceder el número de pacientes por hoja inicie un nuevo formato anotando la misma fecha y agregando el número consecutivo para ese día.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE


CURP:

Anote el código alfanumérico con los 18 elementos de la Clave Única de Registro de Población (CURP) del paciente, este dato es de carácter **obligatorio**, todo beneficiarios de Seguro Popular debe contar con él, ya que es requisito para su afiliación.

En caso de no contar con la CURP solicite al paciente indique la Entidad de Nacimiento y regístrelo en este espacio.

Nombre (Nombre(s) Primer apellido, Segundo apellido):

Anote el nombre completo del paciente: iniciando por el(los) Nombre(s) Primer apellido y/o Segundo apellido, si no cuenta con algún apellido anote “XX” según corresponda, cada uno de sus componentes

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

debe contener al menos dos letras, estos datos son de carácter **obligatorio** para ser capturados en el Sistema Automatizado.

No. de Afiliación:

Si el paciente se encuentra afiliado al Seguro Popular se dará prioridad a este registro, solicite y anote el número de afiliación al Sistema de Protección Social en Salud, no olvide registrar “X” en la columna correspondiente a “Seguro Popular”, de lo contrario este dato se invalidará; en caso de contar con otra Derechohabiciencia registre el Número de Seguridad Social, no olvide especificar el tipo en la columna de “Derechohabiciencia”.

FECHA DE NACIMIENTO:

Anote con números arábigos la fecha de nacimiento del paciente, el día, mes y año, verifique la coincidencia con la CURP; si se desconoce la fecha precisa de nacimiento, escriba 30/06/ y año aproximado de nacimiento.

EDAD y CLAVE DE LA EDAD:

En la primera celda anote con números arábigos según corresponda la edad y compléméntelo con la siguiente celda anotando el código de la 1.CLAVE DE EDAD localice la referencia que se encuentra en la parte inferior del formato, para lo cual considere lo siguiente:

- Para menores de un mes anote el número de días seguido de una “D”. Ejemplo: 25 días, 25 D.
- Para mayores de un mes, pero menores de un año, anote el número de meses seguido de una “M”. Ejemplo: 8 meses, 8 M
- Para pacientes mayores de un año anote con números arábigos la edad en años cumplidos de los pacientes a partir del primer año de edad. Ejemplo: 5 años, 5.

Cuando un paciente refiera que no recuerda la fecha de su nacimiento, debe indagar este dato y en caso de no conseguirlo, anotar la edad que estime que tiene el paciente. Anote con números arábigos la edad cumplida del paciente.



Para el Sistema automatizado, si la fuente cuenta con la fecha de nacimiento la edad será calculada en forma automática, de lo contrario, se capturará la Edad y Clave de la Edad que se haya registrado, en este momento se convierten en **obligatorios**, por lo que si el registro no cuenta con alguno de los dos (fecha de nacimiento o edad), la consulta **no será válida**.

SEXO:

Con base a la referencia número 2.SEXO que se encuentra en la parte inferior del formato anote la clave que corresponda al sexo según condición biológica de nacimiento del paciente: **1.HOMBRE** ó **2.MUJER**.

INDÍGENA:

Pregunte al paciente, o en caso de ser menor de edad, al acompañante, si la familia considera pertenecer a un pueblo indígena; ello independientemente sea hablante de la lengua del pueblo indígena al que pertenece. De dar una respuesta positiva marque con una “X” en la columna “Indígena”, si la respuesta es negativa la celda se deja en vacío y se capturará como “2 - No” en la aplicación automatizada.

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0

SEGURO POPULAR:

Marque con "X" el espacio si el paciente es afiliado al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y cerciórese de haber anotado el Número de Afiliación en el espacio correspondiente en la Identificación del Paciente, de lo contrario esta celda se invalidará.

PROSPERA:

Marque con "X" el espacio si es beneficiario de PROSPERA, Programa de Inclusión Social, sólo se llena en caso de que el paciente sea miembro de una familia PROSPERA, verifique que se encuentre registrado en el formato S1 de la unidad.

La columna SPSS y PROSPERA, no son excluyentes, por lo que si el paciente es beneficiario de ambos deberá registrarlo en las dos columnas, dando prioridad al Número de Afiliación de Seguro Popular.

DERECHOHABIENCIA:

Este espacio está destinado a registrar las consultas otorgadas a personas que tienen derecho a servicios médicos en la seguridad social. Anote en el espacio, la(s) clave(s) de la institución(es) de la(s) cual(es) es derechohabiente el paciente: **1.IMSS, 2.ISSSTE, 3.OTRAS**; "OTRAS" incluye a Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y/o Instituciones Privadas, no incluya a los pacientes de población sin seguridad social.

No olvide registrar el Número de Seguridad Social en el espacio de No. de Afiliación que se encuentra en la Identificación del Paciente.

MEDICIONES

Peso (kg):

Anote el peso corporal del paciente, en kilogramos con tres decimales, obtenido en la consulta; en caso de no realizar la medición anotar 999.


Talla (cm):

Anote en centímetros la talla del paciente obtenida en la consulta, en caso de no realizar la medición de la talla anotar 999.

DIFICULTAD PARA (DISCAPACIDAD):

Aplica sólo cuando la persona acuda a la consulta por primera vez en el año, sin importar el motivo ni la edad, además tenga una deficiencia permanente en estructuras o funciones corporales, es decir: Proceso patológico previamente diagnosticado; Identificación de máximo beneficio después de tratamiento incluso rehabilitación (es decir que no existan tratamientos pendientes que vayan a modificar la capacidad funcional).

Se define como un estado de funcionalidad que se mantiene estable durante un período de tiempo para no permitir la recuperación y no es probable que cambie, aun con nuevo tratamiento médico o quirúrgico. También pueden considerar las siguientes orientaciones: Que requieran uso de ayudas técnicas, apoyo de otra persona o modificaciones en su entorno y/o en enfermedades crónico

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

recidivantes realizar el registro en periodo intercrítico.

Recuerde que un problema de salud incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión; pero también otras circunstancias como las derivadas del envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas. Las cuales pueden o no causar dificultades en las actividades señaladas.

La celda se compone de tres partes: en la primera (**a**) se identifica el **Tipo** de actividad donde la persona puede tener dificultad para realizar alguna actividad de la vida cotidiana (ver (aunque use lentes), escuchar (aunque use aparato auditivo), caminar, usar brazos/manos, aprender/recordar, cuidado personal, hablar/comunicarse y emocional/mental). En la segunda parte (**b**), se pregunta el **Grado** de la dificultad (Poca dificultad, Mucha dificultad, No puede hacerlo, Sin dificultad). Mientras que en la tercera parte (**c**) se pregunta el **Motivo** de la dificultad.

El prestador de servicio puede comenzar el interrogatorio con la siguiente pregunta: “Por algún problema de nacimiento o de salud, ¿tiene dificultad para...?”, anote el número del **Tipo de mayor dificultad** en el recuadro “**a**” con base a la respuesta del paciente: **1.**Ver (aunque use lentes), **2.**Escuchar (aunque use aparato auditivo), **3.**Caminar, **4.**Usar brazos/manos, **5.**Aprender/recordar, **6.**Cuidado personal, **7.** Hablar/comunicarse, **8.**Emocional/mental, **9.**Ninguna; Si la respuesta fue Ninguna, anote 9 en los recuadros “**b**” y “**c**”. Tenga presente que de acuerdo a la edad existen actividades que la persona aún no puede realizar.


Si la respuesta fue diferente de “9.Ninguna” identifique la **Magnitud** de la dificultad y anote en el recuadro “**b**” el código según corresponda: **1.**Poca dificultad, **2.**Mucha dificultad, **3.**No puede hacerlo, recuerde que “9.Sin dificultad” sólo aplica cuando en el recuadro anterior fue “9”. Tomando en cuenta que el diseño del formato sólo tiene la posibilidad de anotar un código para la actividad, en caso de presentar dificultad en más de una actividad, se anotará de acuerdo al siguiente criterio:

- Reportar la actividad donde la magnitud de la dificultad sea mayor de acuerdo al recuadro “**b**”.
- En caso de que en más de una actividad tenga dificultad con la misma magnitud, se anotará el código de la actividad que, de acuerdo a la percepción de la persona usuaria de los servicios de salud, impacte más en su vida diaria.

Considere para la magnitud de la dificultad la siguiente escala:

- 1.** Poca dificultad: (Dificultad ligera y moderada). Se refiere a la presencia de limitación o dificultad que le permite desarrollar la mayoría de sus actividades, comprende los porcentajes de entre 5-24%, sinónimo de “poca, leve o escasa dificultad” y de entre 25-49%, sinónimo de “dificultad media, regular”.
- 2.** Mucha dificultad (Dificultad grave). Se considera un nivel que limita de forma importante a la persona, comprende un porcentaje de entre 50-95% y es sinónimo de “muchas o extrema dificultad”.
- 3.** No puede hacerlo: dificultad completa que una persona puede alcanzar en una actividad y en un momento dado. En porcentaje va de 96-100% y es sinónimo de “dificultad total”.
- 4.** Sin dificultad: Sin dificultad, de entre 0-5%. Debes anotar este código en los casos en que se haya registrado 9.Ninguna en el recuadro anterior.

Identifique el **Origen** de la dificultad, anote en el recuadro “**c**” el código correspondiente al Motivo

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

principal que generó la dificultad en la actividad declarada y que impacta en realizar tareas en la vida diaria de la persona, ésta puede ser por: **1.**Enfermedad, **2.**Edad avanzada, **3.**Nació así, **4.**Accidente, **5.**Violencia, **6.**Otra causa, las anteriores son excluyentes de “**9.**Sin dificultad”.

Considerar como:

1. Enfermedad: Aquélla derivada por una enfermedad crónica, aguda, infecciosa, parasitaria, etcétera.
2. Edad avanzada: Aquélla derivada de los problemas ligados a los procesos de envejecimiento que deterioran el nivel de funcionalidad y autonomía de la persona.
3. Nació así: Aquélla derivada de defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas, pueden ser estructurales, pero también funcionales, pueden ser de origen genético, infeccioso o ambiental. Las anomalías congénitas más frecuentes son las malformaciones cardíacas, los defectos del tubo neural, el síndrome de Down, los trastornos metabólicos, entre otros.
4. Accidente: Aquélla derivada por situaciones de descuido como: accidentes vehiculares, envenenamiento accidental, incendios, operaciones militares, caídas, se pueden utilizar los términos heridas, traumatismo y lesión, como similares.
5. Violencia: Aquélla derivada del uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad.
6. Otra causa: Se refiere a causas que no se expresen dentro de las otras categorías pero que son conocidas por quienes reportan dificultad en la actividad, incluye factores ambientales y contextuales.
9. Sin dificultad: Anote este código cuando en los dos anteriores (tipo y grado de la discapacidad) haya anotado también el código 9.

MIGRANTE:

Si el paciente es Migrante marque con una “X” en la columna correspondiente.

Si se otorgó consulta a una persona que cumple con la definición de migrante, marque con “X” en el espacio.



RELACION TEMPORAL (RT) POR MOTIVO:

Se refiere a la atención brindada de Primera vez o Subsecuente respecto a la causa que motivó la consulta, anote en el espacio en blanco, la clave que corresponda: **1.PRIMERA VEZ** ó **2.SUBSECUENTE**.

Primera Vez: Marque con “1” en la columna cuando el motivo de la consulta sea nuevo. Se considera de primera vez a toda persona que no tiene registro previo de Planificación Familiar en la unidad, independientemente de que la persona haya asistido a esa misma unidad por otros motivos; o la atención proporcionada a una persona cuyo registro señala baja o una cita de planificación familiar no cumplida desde hace tres meses o más.

Considere además lo siguiente para Primera vez:

- Cuando se otorga atención de planificación familiar por primera vez, en una unidad de salud u hospital de la Secretaría de Salud en la que no tiene registro previo, adopte un método y el paciente no tiene registro previo en el tarjetero del programa, o cuando haya sido dado de baja del mismo por cualquier motivo y nuevamente solicite algún método anticonceptivo.
- O cuando se otorga una consulta a quien ya había sido usuaria o usuario y regresa después de

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

tres años de inasistencia causando baja del programa.

- Si se realiza vasectomía sin bisturí se registra en el espacio la clave 1. “Primera vez, y se registra “1” en la columna de Quirúrgico” de la sección de Métodos entregados.

Subsecuente: Marque con “2” en la columna cuando la atención otorgada es a una persona que tiene registro previo de Planificación Familiar, independientemente del método anticonceptivo que se utilice para su control.

Si la mujer sólo acudió a revisión de DIU, DIU medicado o implante subdérmico y no se le entregó ningún método, registre “0” en la columna correspondiente al método atendido de la sección de Métodos entregados.

Considere además para Subsecuente:

- Atención al paciente que ya tiene registro en el tarjetero del programa de planificación familiar y que se le brinda consulta de planificación familiar si este ha sido el motivo que demandó la atención.
- Se registra como Subsecuente cuando el motivo de la consulta sea la revisión de alguna cirugía ya realizada, para el control de la natalidad (Vasectomía u OTB), las Vasectomías sin bisturí y el Alta por azoospermia.

DIAGNÓSTICO:

Anote en el primer renglón con letra legible, el diagnóstico completo del padecimiento o enfermedad que originó o motivó la consulta, **este formato es el único donde este campo es opcional, si sólo se brindó atención y no consulta queda vacío.**


En caso de un Segundo y/o Tercer diagnóstico, anótelos en los siguientes renglones; si estos últimos son también de primera vez, es decir, que el padecimiento no haya sido tratado con anterioridad, marque con “X” los espacios de “1ª.Vez”, anexos en cada renglón de Diagnóstico. Recuerde que estos registros servirán como fuente para el llenado del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE).

Cabe destacar que el hecho de que se determinen dos o tres diagnósticos en un mismo paciente **NO CUENTA COMO DOS O TRES CONSULTAS.**

Si el(los) diagnóstico(s) son de Vigilancia epidemiológica (SUIVE) o de CAUSES, anote con color rojo el(los) código(s) CIE-10 que le corresponda(n).

Nota: Si a la persona acudió a la unidad por un motivo distinto a Planificación familiar y adicionalmente se le otorga atención de Planificación Familiar **NO** anote el Diagnóstico en el Formato de la Hoja Diaria de Consultas y Atenciones de Planificación Familiar (SINBA-SIS-CAPF-P). Si el motivo es de Planificación Familiar sólo regístrelo en dicho Formato y **NO** en el de la Hoja Diaria de Consulta Externa a **excepción** de las Consultas a Púérperas que son aceptantes de algún método de Planificación familiar y sólo se registrarán en el formato SINBA-SIS-01-P.

PROGRAMA SEGÚN MOTIVO:

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

Toda consulta (con al menos con un diagnóstico) registrada en este formato se catalogará en el Programa de “Planificación familiar”, por lo que no se registra en el formato como tal.

COBERTURA

PRIMERA VEZ EN EL AÑO:

Es la primera consulta que se brinda a un paciente en el año calendario en la unidad médica, sin importar la temporalidad o causa de la consulta. Esta información es de utilidad para saber el total de población que está haciendo uso de los servicios.

- ✓ Marque con “X” en el espacio, solamente para aquéllos pacientes que hayan acudido a la consulta por *primera vez en el año*. Esta información es independiente de la causa que demandó la atención, DEBE registrar al paciente la primera vez en el año que acuda a la consulta externa. Apóyese en el expediente clínico para identificar la cobertura.

ATENCIONES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

MÉTODOS ENTREGADOS:

En este apartado se identificarán las consultas y atenciones por tipo de método, así como la cantidad de métodos anticonceptivos que se le otorgan a una persona cuando acude al servicio de planificación familiar.

Permite identificar el método anticonceptivo que usará la persona entre la consulta que se le está proporcionando y la siguiente consulta. Asimismo, permite llevar un control del consumo de anticonceptivos en la unidad médica.

Registre en la columna correspondiente, la cantidad de anticonceptivos que otorgó al usuario durante la consulta, de acuerdo con lo siguiente:

Oral: Anote el número de ciclos prescritos.

Inyectable mensual: Marque con “X” si se proporcionó inyecciones, según se trate de evitar el embarazo durante un lapso de un mes.



Inyectable bimestral: Marque con “X” si se proporcionó inyecciones, según se trate de evitar el embarazo durante un lapso de dos meses.

Implante subdérmico: Registre “1” para el implante en caso de haber sido insertado o reinsertado, registre “0” (cero), si durante la consulta sólo revisa el implante subdérmico.

Parche dérmico: Registre “1” ó “2” según el número de ciclos entregados durante la consulta, considere que un ciclo cuenta con tres parches dérmicos. Es un método anticonceptivo hormonal, de acción prolongada por siete días, consiste en la aplicación dérmica en espalda, pecho, glúteos, abdomen y en parte exterior y superior de los brazos es un parche de liberación continua y gradual de una dosis de hormonales combinados.

DIU: Registre “1” para el DIU que haya sido insertado o reinsertado durante la consulta, registre “0” (cero), si durante la consulta sólo revisa el dispositivo intrauterino.

DIU medicado: Registre “1” para el DIU medicado que haya sido insertado o reinsertado durante la consulta, registre “0” (cero), si durante la consulta sólo revisa el dispositivo medicado (Mirena). Consiste en una pequeña pieza plástica y flexible, en forma de T, en cuya base contiene un cilindro,

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

en donde se encuentra la hormona levonorgestrel la cual es liberada de forma constante, 20 mcg. cada 24 hrs. Con lo que aumenta su eficacia.

Quirúrgico: Registre “1” para el caso de realizar vasectomía sin bisturí y “0” (cero) si se trata de una revisión posterior a la intervención quirúrgica (OTB o vasectomía).

Preservativo: Registre el número de preservativos entregados al usuario durante la consulta.

Preservativo femenino: Registre el número de preservativos femeninos entregados a la usuaria en la consulta.

Otro método: Registre el número de cualquier otro método entregado al paciente y que no se encuentre en este formato.

NO registre método entregado, es decir **registre “0”** en el espacio si:

- ✓ Se extendió receta para adquirir el método en farmacia particular.
- ✓ Sólo se brindó información o consejería.
- ✓ Sólo acudió a revisión de DIU, DIU medicado o implante subdérmico.

ORIENTACIÓN-CONSEJERÍA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

Es un proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y el usuario potencial y/o el usuario activo, mediante el cual se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas que les permitan tomar decisiones voluntarias conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva.

El proceso se debe enfocar a resolver o aclarar las dudas que se pudieran tener acerca de las indicaciones, uso, seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos. *NOM 005-SSA2-1993 MODIFICADA 2004. De los servicios de planificación familiar.*

- ✓ Marcar con “X” el espacio, cuando se otorgue orientación y/o consejería.



ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Marque con “X” el espacio, si durante la consulta realiza la entrega de hormonales anticonceptivos de emergencia.

(HORMONAL POST COITO) Es un método que pueden usar las mujeres en los primeros TRES días (72 horas) siguientes a un coito no protegido con el fin de evitar un embarazo no planeado. Este método no debe usarse de manera regular.

Las mujeres en edad fértil, incluyendo las adolescentes pueden recurrir a este método para evitar un embarazo no planeado en las siguientes condiciones:

- Después de un coito practicado voluntariamente sin protección anticonceptiva.
- Después de un coito practicado involuntariamente sin protección anticonceptiva.
- Cuando se esté usando un método anticonceptivo y se presuma falla del mismo por ejemplo en caso de:
 1. Ruptura o desprendimiento del condón durante el coito.

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0

2. Falla en la ejecución del coito interrumpido (eyaculación en vagina, periné o genitales externos).
3. Falla en la toma de anticonceptivos hormonales orales por más de tres días.
4. Expulsión del DIU.

NOM 005-SSA2-1993 MODIFICADA 2004. De los Servicios de Planificación Familiar.

VASECTOMÍA SIN BISTURÍ:

Marque con “X” el espacio, si durante la consulta se realizó esta acción.

ALTA CON AZOOSPERMIA POR VASECTOMÍA SIN BISTURI:

Registre con “X” en el espacio, a todos los pacientes postvasectomizados, que después de tres espermatoconteos, el último resulta negativo y es dado de alta. La fuente de información son los controles internos de cada unidad, de acuerdo a los lineamientos establecidos por el programa.

PROMOCION DE LA SALUD / REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

CONSULTA INTEGRADA LINEA DE VIDA:

Marque con “X” si durante la consulta la persona recibió al menos 5 acciones de prevención y/o de promoción, establecidas en la Cartilla Nacional de Salud como son consejería o capacitación de promoción de la salud; evaluación y vigilancia del estado nutricional mediante la medición de acuerdo a la edad, peso y estatura o medición del índice de masa corporal; orientación alimentaria; desparasitación intestinal; administración de algún complemento nutricional; aplicación de alguna vacuna; detección y control de enfermedades; atención de salud sexual y reproductiva mediante la orientación de planificación familiar, prevención del embarazo, prevención del VIH/SIDA e ITS, vigilancia prenatal, información de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico; prevención de accidentes y lesiones; prevención de adicciones y actividad física.

PRESENTA CARTILLA:

Marque con “X” el espacio, en toda consulta en la que la persona presenta su Cartilla Nacional de Salud.

REFERIDO:

Marque con "X" si el paciente durante la consulta fue enviado a una unidad de mayor complejidad para su atención.

CONTRAREFERIDO:

Marque con "X" el espacio, cuando el paciente es enviado a la unidad que lo refirió después de haber recibido tratamiento, en una unidad de mayor complejidad.

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0


TELEMEDICINA

UNIDAD CONSULTANTE TM:

Marque con “X” el espacio, si el prestador del servicio durante la consulta solicita por telemedicina interconsulta a otra unidad, independiente del motivo de consulta o el servicio interconsultado. Entiéndase por unidad consultante al establecimiento médico en el que el paciente y el personal de la salud, recibirán atención médica a distancia.

IMPORTANTE:

Previo a concluir la atención revise que se hayan registrado adecuadamente los datos relacionados a la consulta, para evitar retrasos en la asignación de códigos de la CIE-10 de los diagnósticos y/o para la captura, si hay omisión de datos obligatorios y ésta no es posible concluir se eliminará toda la línea.


 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

INSTRUCCIONES DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE DETECCIONES, SINBA-SIS-DET-P

Instrucciones Generales

- Este formato es de uso obligatorio así como su registro en toda Detección realizada al usuario de los servicios de salud.
- El formato ha sido diseñado para que los prestadores de servicio cuenten con una herramienta de registro individual de pacientes donde se recojan los resultados de las detecciones realizadas, así como los insumos utilizados.
- Este formato debe ser llenado por la persona que realiza la detección.
- La Hoja Diaria de Detecciones, SINBA-SIS-DET-P será considerada válida, siempre y cuando cuenten con fecha de atención, datos del prestador de servicio, datos de identificación del paciente y al menos el resultado de una detección.
- La Hoja Diaria de Detecciones, SINBA-SIS-DET-P debe escribir con tinta, letra de molde, sin abreviaturas, utilizar únicamente bolígrafo, no usar plumas con tinta de gel, pluma fuente, plumón o similares, debido a que los trazos pierden claridad y este tipo de tintas tienden a desaparecer con el tiempo.
- La persona que llene la Hoja es la responsable de su contenido, por lo que se recomienda llenarlo cuidadosamente, plasmando información completa y veraz, poner atención especial en los campos que son de reporte **obligatorio**.
- En la parte inferior de cada celda tiene una referencia la cual si es gris registrarse “X” o anote el dato solicitado según la instrucción según corresponda a la actividad realizada.
- Para las columnas numeradas del 1 al 19, sus claves de registro correspondientes se encuentran en la parte superior del formato.
- Para las celdas en que se requiera anotar números (fechas, peso, edad, etc.) deben usarse números arábigos (0, 1, 2, ..., 9).
- Al finalizar la hoja, revisar el llenado.
- En unidades donde existe la figura del estadístico, él será el responsable de la recolección diaria de las “Hojas Diarias de Detecciones (SINBA-SIS-DET-P)” en las que el prestador de servicios haya registrado las actividades del día. En otro caso será directamente el prestador de servicio el que garantizará la custodia de las mismas.
- Si la unidad cuenta con equipo de cómputo realice la captura nominal en el Sistema Automatizado de las Detecciones realizadas durante el día, evite el rezago.
- La Hoja Diaria de Detecciones, SINBA-SIS-DET-P, sólo saldrá de la unidad en aquellos casos en que las autoridades jurisdiccionales o estatales así lo soliciten, como mecanismo para captura o de comprobación al momento de la entrega del informe mensual. Posteriormente, el informe deberá quedar a resguardo en la unidad. Proporcione información completa a las visitas de supervisión del SIS.

FECHA:

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0

En la parte superior derecha de la forma anote con números arábigos el día, mes y año a que corresponde la información.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

Registre la **CLUES** de la unidad, con base al Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud, este dato es de carácter **obligatorio**, con el objeto de que pueda ser capturado en el Sistema automatizado; en caso de no contar con dicha clave solicitarla al área de estadística de la Jurisdicción Sanitaria de la cual depende la unidad médica, la CLUES está constituida inicialmente por dos caracteres alfanuméricos que identifican la Entidad Federativa, posteriormente tres caracteres que corresponden a la Institución, después cinco números que identifican al establecimiento y finalmente un número que es un dígito verificador; por lo que cada CLUES debe contener once caracteres en total.

NOMBRE DE LA UNIDAD:

Anote el tipo y nombre de la unidad médica con base al Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

CURP*:

Consigne la Clave Única de Registro de Población (CURP que está integrada por 18 caracteres), de quien otorga la atención, este dato es de carácter **obligatorio**, ya que este será utilizado para identificar a la persona que otorga la atención. Todo personal de base, por contrato, en formación debe contar con este identificador.

NOMBRE:

Anote el Nombre(s) seguido del Primer Apellido y/o Segundo Apellido (datos **obligatorios**) del personal responsable que otorga la atención, mismo que es responsable de registrar y garantizar que los datos son completos y correctos.


TIPO DE PERSONAL:

Anote la clave de la profesión de la persona que otorga la atención: **1.MÉDICO PASANTE, 2.MÉDICO GENERAL, 3.MÉDICO RESIDENTE, 4.MÉDICO ESPECIALISTA, 5.PASANTE DE ENFERMERÍA, 6.ENFERMERÍA, 7.PASANTE DE NUTRICIÓN, 8.NUTRIÓLOGO, 9.HOMEÓPATA, 10.MÉDICO TRADICIONAL, 11.TAPS, 88.OTROS**, en caso de indicar "Otros" anote la especificación.

CÉDULA PROFESIONAL:

Anote la cédula profesional, de quien otorga el servicio, escriba con letra de molde y/o números arábigos legibles, acordes a la Cédula profesional, en caso de contar con Cédula de especialidad, y de su contrato y servicio proporcionado es de especialidad sólo anote ésta.

Este registro no aplica para los pasantes y personal no profesional, es **obligatorio** para todos los profesionales de la salud.

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

SERVICIO:

Anote en forma **obligatoria** la clave del servicio, especialidad o identificación del módulo al que está asignado el prestador del servicio según corresponda: **1.CONULTA GENERAL, 2.HOMEOPATÍA, 3.SERVICIO AMIGABLE, 4.MEDICINA TRADICIONAL, 5.CIRUGÍA, 6.MEDICINA INTERNA, 7.PEDIATRÍA, 8.GINECOOBSTETRICIA, 9.OFTALMOLOGÍA, 10.OTORRINOLARINGOLOGÍA, 11.TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA, 13.MEDICINA PREVENTIVA, 88.OTROS**; en caso de marcar “Otros” Especifique, que se activa y convierte en **obligatorio** en la captura.

No.

Anote con números arábigos, en orden sucesivo, que corresponda a la detección en el día que informa, al exceder el número de pacientes por hoja inicie un nuevo formato anotando la misma fecha y agregando el número consecutivo para ese día.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

CURP:

Anote el código alfanumérico con los 18 elementos de la Clave Única de Registro de Población (CURP) del paciente, este dato es de carácter **obligatorio**, todo beneficiarios de Seguro Popular debe contar con él, ya que es requisito para su afiliación.

En caso de no contar con la CURP solicite al paciente indique la Entidad de Nacimiento y regístrelo en este espacio.

Nombre (Nombre(s) Primer apellido, Segundo apellido):

Anote el nombre completo del paciente: iniciando por el(los) Nombre(s) Primer apellido y/o Segundo apellido, si no cuenta con algún apellido anote “XX” según corresponda, cada uno de sus componentes debe contener al menos dos letras, estos datos son de carácter **obligatorio** para ser capturados en el Sistema Automatizado.

No. de Afiliación:

Si el paciente se encuentra afiliado al Seguro Popular se dará prioridad a este registro, solicite y anote el número de afiliación al Sistema de Protección Social en Salud, no olvide registrar “X” en la columna correspondiente a “Seguro Popular”, de lo contrario este dato se invalidará; en caso de contar con otra Derechohabiciencia registre el Número de Seguridad Social, no olvide especificar el tipo en la columna de “Derechohabiciencia”.

FECHA DE NACIMIENTO:

Anote con números arábigos la fecha de nacimiento del paciente, el día, mes y año, verifique la coincidencia con la CURP; si se desconoce la fecha precisa de nacimiento, escriba 30/06/ y año aproximado de nacimiento.

EDAD y CLAVE DE LA EDAD:

En la primera celda anote con números arábigos según corresponda la edad y compléméntelo con la siguiente celda anotando el código de la 1.CLAVE DE EDAD localice la referencia que se encuentra

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

en la parte inferior del formato, para lo cual considere lo siguiente:

- Para menores de un mes anote el número de días seguido de una “D”. Ejemplo: 25 días, 25 D.
- Para mayores de un mes, pero menores de un año, anote el número de meses seguido de una “M”. Ejemplo: 8 meses, 8 M
- Para pacientes mayores de un año anote con números arábigos la edad en años cumplidos de los pacientes a partir del primer año de edad. Ejemplo: 5 años, 5.

Cuando un paciente refiera que no recuerda la fecha de su nacimiento, debe indagar este dato y en caso de no conseguirlo, anotar la edad que estime que tiene el paciente. Anote con números arábigos la edad cumplida del paciente.

Para el Sistema automatizado, si la fuente cuenta con la fecha de nacimiento la edad será calculada en forma automática, de lo contrario, se capturará la Edad y Clave de la Edad que se haya registrado, en este momento se convierten en **obligatorios**, por lo que si el registro no cuenta con alguno de los dos (fecha de nacimiento o edad), la atención **no será válida**.

SEXO:

Con base a la referencia número 2.SEXO que se encuentra en la parte inferior del formato anote la clave que corresponda al sexo según condición biológica de nacimiento del paciente: **1.HOMBRE** ó **2.MUJER**.

INDÍGENA:

Pregunte al paciente, o en caso de ser menor de edad, al acompañante, si la familia considera pertenecer a un pueblo indígena; ello independientemente sea hablante de la lengua del pueblo indígena al que pertenece. De dar una respuesta positiva marque con una “X” en la columna “Indígena”, si la respuesta es negativa la celda se deja en vacío y se capturará como “2 - No” en la aplicación automatizada.

SEGURO POPULAR:

Marque con "X" el espacio si el paciente es afiliado al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y cerciórese de haber anotado el Número de Afiliación en el espacio correspondiente en la Identificación del Paciente, de lo contrario esta celda se invalidará.


PROSPERA:

Marque con "X" el espacio si es beneficiario de PROSPERA, Programa de Inclusión Social, sólo se llena en caso de que el paciente sea miembro de una familia PROSPERA, verifique que se encuentre registrado en el formato S1 de la unidad.

La columna SPSS y PROSPERA, no son excluyentes, por lo que si el paciente es beneficiario de ambos deberá registrarlo en las dos columnas, dando prioridad al Número de Afiliación de Seguro Popular.

DERECHOHABIENCIA:

Este espacio está destinado a registrar las atenciones otorgadas a personas que tienen derecho a servicios médicos en la seguridad social. Anote en el espacio, la(s) clave(s) de la institución(es) de la(s)

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0

cual(es) es derechohabiente el paciente: **1.IMSS, 2.ISSSTE, 3.OTRAS**; “OTRAS” incluye a Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y/o Instituciones Privadas, no incluya a los pacientes de población sin seguridad social.

No olvide registrar el Número de Seguridad Social en el espacio de No. de Afiliación que se encuentra en la Identificación del Paciente.

MEDICIONES

Peso (kg):

Anote el peso corporal del paciente, en kilogramos con tres decimales, obtenido en la atención; en caso de no realizar la medición anotar 999.

Talla (cm):

Anote en centímetros la talla del paciente obtenida en la atención, en caso de no realizar la medición de la talla anotar 999.

DIFICULTAD PARA (DISCAPACIDAD):

Aplica sólo cuando la persona acuda a la consulta por primera vez en el año, sin importar el motivo ni la edad, además tenga una deficiencia permanente en estructuras o funciones corporales, es decir: Proceso patológico previamente diagnosticado; Identificación de máximo beneficio después de tratamiento incluso rehabilitación (es decir que no existan tratamientos pendientes que vayan a modificar la capacidad funcional).

Se define como un estado de funcionalidad que se mantiene estable durante un período de tiempo para no permitir la recuperación y no es probable que cambie, aun con nuevo tratamiento médico o quirúrgico. También pueden considerar las siguientes orientaciones: Que requieran uso de ayudas técnicas, apoyo de otra persona o modificaciones en su entorno y/o en enfermedades crónico recidivantes realizar el registro en periodo intercrítico.

Recuerde que un problema de salud incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión; pero también otras circunstancias como las derivadas del envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas. Las cuales pueden o no causar dificultades en las actividades señaladas.

La celda se compone de tres partes: en la primera (**a**) se identifica el **Tipo** de actividad donde la persona puede tener dificultad para realizar alguna actividad de la vida cotidiana (ver (aunque use lentes), escuchar (aunque use aparato auditivo), caminar, usar brazos/manos, aprender/recordar, cuidado personal, hablar/comunicarse y emocional/mental). En la segunda parte (**b**), se pregunta el **Grado** de la dificultad (Poca dificultad, Mucha dificultad, No puede hacerlo, Sin dificultad). Mientras que en la tercera parte (**c**) se pregunta el **Motivo** de la dificultad.

El prestador de servicio puede comenzar el interrogatorio con la siguiente pregunta: “Por algún problema de nacimiento o de salud, ¿tiene dificultad para...?”, anote el número del **Tipo de mayor dificultad** en el recuadro “a” con base a la respuesta del paciente: **1.Ver** (aunque use lentes),

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

2.Escuchar (aunque use aparato auditivo), 3.Caminar, 4.Usar brazos/manos, 5.Aprender/recordar, 6.Cuidado personal, 7. Hablar/comunicarse, 8.Emocional/mental, 9.Ninguna; Si la respuesta fue Ninguna, anote 9 en los recuadros “b” y “c”. Tenga presente que de acuerdo a la edad existen actividades que la persona aún no puede realizar.

Si la respuesta fue diferente de “9.Ninguna” identifique la **Magnitud** de la dificultad y anote en el recuadro “b” el código según corresponda: 1.Poca dificultad, 2.Mucha dificultad, 3.No puede hacerlo, recuerde que “9.Sin dificultad” sólo aplica cuando en el recuadro anterior fue “9”. Tomando en cuenta que el diseño del formato sólo tiene la posibilidad de anotar un código para la actividad, en caso de presentar dificultad en más de una actividad, se anotará de acuerdo al siguiente criterio:

- Reportar la actividad donde la magnitud de la dificultad sea mayor de acuerdo al recuadro “b”.
- En caso de que en más de una actividad tenga dificultad con la misma magnitud, se anotará el código de la actividad que, de acuerdo a la percepción de la persona usuaria de los servicios de salud, impacte más en su vida diaria.

Considere para la magnitud de la dificultad la siguiente escala:

1. Poca dificultad: (Dificultad ligera y moderada). Se refiere a la presencia de limitación o dificultad que le permite desarrollar la mayoría de sus actividades, comprende los porcentajes de entre 5-24%, sinónimo de “poca, leve o escasa dificultad” y de entre 25-49%, sinónimo de “dificultad media, regular”.
2. Mucha dificultad (Dificultad grave). Se considera un nivel que limita de forma importante a la persona, comprende un porcentaje de entre 50-95% y es sinónimo de “muchas o extrema dificultad”.
3. No puede hacerlo: dificultad completa que una persona puede alcanzar en una actividad y en un momento dado. En porcentaje va de 96-100% y es sinónimo de “dificultad total”.
4. Sin dificultad: Sin dificultad, de entre 0-5%. Debes anotar este código en los casos en que se haya registrado 9.Ninguna en el recuadro anterior.

Identifique el **Origen** de la dificultad, anote en el recuadro “c” el código correspondiente al Motivo principal que generó la dificultad en la actividad declarada y que impacta en realizar tareas en la vida diaria de la persona, ésta puede ser por: 1.Enfermedad, 2.Edad avanzada, 3.Nació así, 4.Accidente, 5.Violencia, 6.Otra causa, las anteriores son excluyentes de “9.Sin dificultad”.

Considerar como:

1. Enfermedad: Aquélla derivada por una enfermedad crónica, aguda, infecciosa, parasitaria, etcétera.
2. Edad avanzada: Aquélla derivada de los problemas ligados a los procesos de envejecimiento que deterioran el nivel de funcionalidad y autonomía de la persona.
3. Nació así: Aquélla derivada de defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas, pueden ser estructurales, pero también funcionales, pueden ser de origen genético, infeccioso o ambiental. Las anomalías congénitas más frecuentes son las malformaciones cardíacas, los defectos del tubo neural, el síndrome de Down, los trastornos metabólicos, entre otros.
4. Accidente: Aquélla derivada por situaciones de descuido como: accidentes vehiculares, envenenamiento accidental, incendios, operaciones militares, caídas, se pueden utilizar los términos heridas, traumatismo y lesión, como similares.
5. Violencia: Aquélla derivada del uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad.

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

6. Otra causa: Se refiere a causas que no se expresen dentro de las otras categorías pero que son conocidas por quienes reportan dificultad en la actividad, incluye factores ambientales y contextuales.
9. Sin dificultad: Anote este código cuando en los dos anteriores (tipo y grado de la discapacidad) haya anotado también el código 9.

MIGRANTE:

Si el paciente es Migrante marque con una “X” en la columna correspondiente.

- ✓ Si se otorgó atención a una persona que cumple con la definición de migrante, marque con “X” en el espacio.

RESULTADO DE LAS DETECCIONES

Registre la clave del resultado en la celda según corresponda a la detección realizada: 1.POSITIVO o 2.NEGATIVO, de todas las personas a los que se les haya realizado una búsqueda intencionada de un padecimiento a través de cuestionarios, toma de muestras, exámenes o signos que permitan su identificación temprana. Considere para la detección Sexo, Edad, factores de riesgo y/o condición específica para su realización.

El objetivo de esta actividad es la detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas, infectocontagiosas u otros trastornos con el fin de iniciar tratamiento de manera temprana en la evolución natural de la enfermedad o padecimiento, para evitar las complicaciones de éstas.

DETECCIONES DE: DIABETES MELLITUS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, OBESIDAD Y DISLIPIDEMIAS:

La detección integrada debe realizarse a las personas de 20 y más años que acudan a la unidad de salud independientemente del motivo, si la detección es negativa, solicitar nuevamente a los tres años o antes si el personal de salud lo considera conveniente. No incluir mediciones para el control y seguimiento de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles.

Con base al resultado del “Cuestionario de Factores de Riesgo”, anote el resultado en la celda correspondiente de acuerdo a lo siguiente:

- Si es Positivo a una enfermedad regístrela en el padecimiento correspondiente, el resto de las detecciones regístrelos como Negativo respecto a los padecimientos que le correspondan.
- Si es Positivo a dos enfermedades regístrelos en los padecimientos correspondientes, y el resto de las detecciones en los renglones de Negativo de acuerdo a los padecimientos.
- Si es positivo a **tres o más** de estos padecimientos Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Obesidad, Dislipidemia, regístrelos en los correspondientes.

Si la detección resultara negativa “2” para cada uno de los padecimientos, registre la clave del resultado, en cada uno de los padecimientos.

- ✓ **DIABETES MELLITUS:** Considere una prueba positiva cuando en el cuestionario de Factores de Riesgo se obtengan 10 puntos o más y se le haya realizado una glucemia capilar preferentemente en ayuno (ausencia de ingesta calórica por al menos 8 horas) y presenta glucosa igual o mayor a 100

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

mg/dl; o bien si se realiza en forma casual (a cualquier hora del día) y el resultado sea igual o mayor a 140 mg/dl.

Nota: Si se detecta una persona con probable glucosa alterada en ayuno (igual o mayor de 100 mg/dl hasta 125 mg/dl) se procederá como lo establecen los lineamientos normativos.

- ✓ **HIPERTENSIÓN ARTERIAL:** Se considera detección positiva cuando, basado en el promedio de dos mediciones realizadas en la misma atención con una diferencia de dos o más minutos, se obtienen cifras igual o mayor a 140/90 mm/Hg.
- ✓ **OBESIDAD:** Se considera detección positiva cuando se presenta un IMC mayor o igual a 30.
- ✓ **DISLIPIDEMIAS:** Considere una prueba positiva cuando en los estudios requeridos (en laboratorio o tira reactiva) las cifras de colesterol sean igual o mayor a 200 mg/dl y/o de triglicéridos igual o mayor a 150 mg/dl posterior a un ayuno de 12 horas, HDL <40 mg/dl (si tiene disponible el reactivo).

Recuerde que para Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, es necesario realizar la confirmación diagnóstica para su ingreso a tratamiento, como se establecen en los lineamientos normativos.

DETECCIONES DE: DEPRESIÓN Y ALTERACIONES DE MEMORIA

Debe realizar la detección una vez al año a las personas de 60 años y más que acudan a la unidad de salud, independientemente del motivo, aplique los dos cuestionarios en la misma detección para Depresión y Alteraciones de memoria.


- ✓ **DEPRESIÓN:** Realice la pregunta ¿Se sintió usted más triste o deprimido en el último mes, más que de costumbre?, Si la respuesta fue afirmativa aplique el Cuestionario GDS simplificado, se considera positivo cuando la calificación fue de 6 a 15, y negativo si se obtuvo menos de 6.
- ✓ **ALTERACIONES DE LA MEMORIA:** Realice la pregunta ¿En los últimos seis meses, se le olvidaron a usted más cosas que de costumbre?, Si la respuesta fue afirmativa aplique el Cuestionario de Evaluación Mínima de funciones Mentales Folstein (minimental, MMS), si se obtiene una calificación de 23 puntos o menos, considere la prueba positiva, y negativa si el puntaje fue de 24 a 30 puntos.

SINTOMÁTICO RESPIRATORIO Tb POR ESTUDIO

A la persona que presenta tos con expectoración o hemoptisis, de dos o más semanas de evolución, en la cual deben de agotarse los recursos de diagnóstico (baciloscopia, cultivo, rayos “x” o métodos moleculares) previo a iniciar el tratamiento. En niñas y niños, todo caso que presenta tos con o sin expectoración durante dos o más semanas, fiebre, diaforesis nocturna, detención o baja de peso. Si alguno de los recursos de diagnóstico resulta positivo, inclusive una sola de las tres baciloscopías, anote como detección positiva, si todos los estudios realizados resultan negativos registre como detección negativa. Es importante mencionar que sólo se deberá anotar una vez el resultado, independientemente del número de estudios realizados.

DETECCIONES DE ADICCIONES A: ALCOHOL, TABACO Y/O FÁRMACOS

Registre la información de acuerdo a los resultados obtenidos de sus respectivos cuestionarios.

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

INCONTINENCIA URINARIA 60 Y MÁS AÑOS

Realice a toda persona de 60 años y más que acude a la unidad por primera vez en el año, independientemente del motivo, el Cuestionario de Incontinencia Urinaria. La detección será positiva con uno o más puntos (“SI”); será Negativa cuando la sumatoria sea igual a cero (“NO”).

Nota: Pueden incrementarse en la 3a semana de octubre de cada año, debido a que se realizan detecciones en forma masiva durante la Semana de Salud para Gente Grande (SSGG).

- ✓ ***Incontinencia Urinaria.*** Persona de 60 años y más que presente pérdida de orina de manera involuntaria sin importar la cantidad y el tiempo de evolución. La incontinencia urinaria, es la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, que es objetivamente demostrable y cuya cantidad o frecuencia constituye un problema higiénico, social y de salud. Puede variar desde una fuga ocasional hasta la incapacidad total para retener cualquier cantidad de orina. *Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención. Incontinencia Urinaria en la Persona Adulta Mayor. Secretaría de Salud 2010. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.*

SÍNDROME DE CAÍDAS 60 Y MÁS AÑOS

Realice a toda persona de 60 años y más que acude a la unidad por primera vez en el año, independientemente del motivo, el Cuestionario de Síndrome de Caídas. La detección será positivo con respuesta “SI”; será Negativa cuando responda a “NO”.

Nota: Pueden incrementarse en la 3a semana de octubre de cada año, debido a que se realizan detecciones en forma masiva durante la Semana de Salud para Gente Grande (SSGG).

- ✓ ***Síndrome de Caídas.*** Persona de 60 años y más que haya presentado dos o más caídas en el último año. Caída se define, como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo, generalmente al piso, contra su voluntad, esta suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada o no por el paciente o un testigo. *Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención. Prevención y Atención de las Caídas en la Persona Adulta Mayor. Secretaría de Salud. 2010. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.*


RIESGO DE FRACTURA POR OSTEOPOROSIS 50 Y MÁS AÑOS

Se realizará a toda persona de 50 años y más que acuda a la unidad por primera vez en el año, independientemente del motivo, a través del cuestionario para la detección de riesgo de fracturas por osteoporosis.

De acuerdo con la tabla de riesgo de fracturas, registre como Positivo a quien obtenga riesgo alto; y como negativo, a quien obtenga riesgo bajo.

Nota: Pueden incrementarse en la 3a semana de octubre de cada año, debido a que se realizan detecciones en forma masiva durante la Semana de Salud para Gente Grande (SSGG).

VIH

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0

Por detecciones se entiende la búsqueda intencionada de casos de VIH en población aparentemente sana, de acuerdo al grupo poblacional requerido. Incluye las detecciones realizadas a las embarazadas, no olvide transcribir el resultado en la Tarjeta de control de la mujer embarazada, en puerperio y periodo de lactancia, SINBA-SIS-38-P.

Registre la detección de VIH positiva o negativa, de acuerdo a los resultados de las pruebas rápidas y de los estudios clínicos o de laboratorio realizados.

DETECCIONES DE: GONORREA, ITS (SECRETORAS, ULCERATIVAS, TUMORALES)

Se refiere a la búsqueda intencionada del algún signo o síntoma de infección de transmisión sexual (ITS), a través del interrogatorio y/o exploración física, que se realiza durante la atención por otros motivos.

Si la persona refiere o en la exploración física se presenta algún signo o síntomas de ITS, se registrará como detección positiva.

Si la persona no refiere, o en la exploración física no se presenta algún signo o síntomas de ITS, se reportará como detección negativa.

- ✓ **GONORREA:** Registre la detección de gonorrea positiva o negativa, de acuerdo a los resultados de los estudios clínicos o de laboratorio realizados.
- ✓ **ITS SECRETORAS:** Por detecciones se entiende la búsqueda intencionada de síndromes ocasionados por la candidiasis, tricomoniasis, vaginosis y *Chlamydia trachomatis*, de acuerdo al grupo poblacional requerido.

Registre la detección de síndrome positivo o negativo por ITS secretoras (candidiasis, tricomoniasis, vaginosis y *Chlamydia trachomatis*).


Los signos y síntomas a interrogar y/o explorar son:

Secretoras mujer:

- Secreción vaginal
- Prurito
- Dolor a la micción
- Dispareunia
- Olor fétido
- Dolor pélvico
- Dolor durante la relación sexual
- Secreción purulenta cervical
- Dolor a la palpación abdominal
- Dolor a la movilización del cuello uterino
- Temperatura > a 37.5 °C

Secretoras hombre:

- Secreción uretral
- Irritación en el glande/prepucio

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

- Prurito
- Estranguria (micción difícil, lenta y dolorosa)
- Polaquiuria
- Olor fétido
- ✓ ***ITS ULCERATIVAS:*** Por detecciones se refieren a la búsqueda intencionada de síndromes ocasionados por herpes genital, linfogranuloma venéreo y chancro blando, de acuerdo al grupo poblacional requerido.
 Registre la detección de síndrome positivo o negativo por ITS ulcerativas (herpes genital, chancro blando y linfogranuloma venéreo); según sexo (mujeres y hombres).
 Los signos y síntomas a interrogar y/o explorar en hombres y mujeres son:
 - Úlcera genital
 - Vesículas
 - Aumento de ganglios inguinales
- ✓ ***ITS TUMORALES: CONDILOMA ACUMINADO Y MOLUSCO CONTAGIOSO***
 Se refieren a la búsqueda intencionada de síndromes ocasionados por VPH (condilomas) y molusco contagioso, de acuerdo al grupo poblacional requerido.
 Registre la detección de síndrome positivo o negativo por ITS tumorales (condilomas y molusco contagioso).
 Los signos y síntomas a interrogar y/o explorar en hombres y mujeres son:
 - Neoformaciones en la región inguinal o genital
 - Verrugas (condilomas) en ano, pene, cérvix o boca


SÍFILIS

Por detecciones se entiende la búsqueda intencionada de casos de sífilis adquirida o congénita en población aparentemente sana, de acuerdo al grupo poblacional requerido. Incluye las detecciones realizadas a las embarazadas, no olvide transcribir el resultado en la Tarjeta de control de la mujer embarazada, en puerperio y periodo de lactancia, SINBA-SIS-38-P.

- ✓ Registre la detección de sífilis adquirida o congénita positiva o negativa, de acuerdo a los resultados de las pruebas rápidas y de los estudios clínicos o de laboratorio realizados.

DETECCIONES EXCLUSIVAS PARA MUJERES:

- ✓ ***SOSPECHA DE SÍNDROME DE TURNER***
 Debe realizarse la búsqueda intencionada de mujeres con Síndrome de Turner que acudan por primera vez a la unidad de salud y presenten manifestaciones clínicas compatibles con el síndrome, independientemente del motivo de consulta y grupo etario, esto con base a la Guía Rápida de Detección del Síndrome de Turner perteneciente a la Guía Clínica y Programa Operativo para la Detección Oportuna de las Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA). Considere una prueba positiva cuando presente dos o más características mencionadas en la guía rápida aplicada. Refiera en forma oportuna el caso a hospital de segundo o tercer nivel de atención.

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

✓ **VIOLENCIA FAMILIAR EN MUJERES DE 15 Y MÁS AÑOS**

Actividades que en materia de salud están dirigidas a identificar a las usuarias que se encuentran involucradas en situación de violencia familiar y/o de género, entre la población en general. Dichas actividades de prevención de la violencia se orientan a la aplicación de la herramienta de detección en donde se puede identificar si es de tipo física, psicológica y/o sexual. Para la detección de los casos en pacientes ambulatorias, las y los prestadores de servicios de salud realizarán el procedimiento de tamizaje en los casos probables cuando se presenten indicadores de violencia.

Registre en el espacio a toda paciente a la que se le aplique la Herramienta de Detección, de acuerdo al resultado: POSITIVA (cuando la usuaria responde afirmativamente a más de una de las preguntas de la sección 1 ó a cualquiera de las preguntas de la sección 2 y 3) y NEGATIVA (cuando la usuaria **no** responde afirmativamente a más de una de las preguntas de la sección 1 y responde **no** a todas las preguntas de la sección 2 y 3).

Detección de la violencia: A las actividades que en materia de salud están dirigidas a identificar a las usuarias que se encuentran involucradas en situación de violencia familiar y/o de género, entre la población en general. Dichas actividades de prevención de la violencia se orientan a la aplicación de la herramienta de detección en donde se puede identificar si es de tipo física, psicológica y/o sexual. Para la detección de los casos en pacientes ambulatorios, las y los prestadores de servicios de salud realizarán el procedimiento de tamizaje de manera rutinaria y en los casos probables, llevarán a cabo procedimientos necesarios para su confirmación, todo ello de conformidad con lo que establece la presente Norma aplicable. *NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.*


Herramienta de detección de violencia: Es el Instrumento que permite detectar la existencia de violencia no patente, se compone de tres secciones con reactivos para búsqueda de violencia psicológica, física y sexual. El objetivo de esta herramienta es la localización de casos, **no** el análisis de la severidad de cada uno, ya que para evaluar el riesgo existe una escala específica.

DETECCIÓN EXCLUSIVA PARA HOMBRES:

✓ **HIPERPLASIA PROSTÁTICA EN HOMBRES DE 45 Y MÁS AÑOS**

Se refiere a la **Detección Integral** de Crecimiento prostático benigno (Hiperplasia de la próstata), que está compuesta por los siguientes elementos, que son complementarios y no excluyentes entre sí: **Cuestionario Síntomas Prostáticos, Tacto Rectal y Antígeno Prostático específico cuantitativo.**

La detección Integral se debe realizar una vez al año a los hombres de 45 años y más que acudan a la unidad médica, sin considerar el motivo de atención, independientemente de que se presenten o no, síntomas del tracto urinario inferior. Cuando exista carga genética para cáncer

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

de próstata por línea directa (abuelo, padre, hermanos), se debe realizar la valoración a partir de los 40 años de edad.

Se considera **NEGATIVA** la detección integral con:

- Cuestionario Síntomas Prostáticos normal. Puntuación cero.
- Tacto Rectal Normal
- Antígeno Prostático Específico cuantitativo menor a 4ng/ml.

Con resultado **NEGATIVO “2”** se debe repetir al año y de ser negativa nuevamente en la segunda revisión, se debe realizar cada 2 años.

Se considera Detección Integral **POSITIVA “1”**, cuando al menos uno de los parámetros presente alteración:

- Cuestionario Síntomas Prostáticos con:
 - Sintomatología leve: 1-7 puntos.
 - Sintomatología moderada: 8-19 puntos.
 - Sintomatología severa: 20-35 puntos.
- y/o Antígeno Prostático Específico cuantitativo igual o mayor a 4 ng/ml.
- y/o Tacto rectal anormal (crecimiento, nodulaciones o incremento en la consistencia).

NOTA: Pueden incrementarse en la 3a semana de octubre de cada año, debido a que se realizan detecciones en forma masiva durante la Semana de Salud para Gente Grande (SSGG).

INSUMOS UTILIZADOS

✓ TIRAS EMBARAZADAS SANAS

Registre las tiras utilizadas para la detección de diabetes mellitus en embarazadas sanas (independientemente de las semanas de Gestación). **NOTA: No olvide descartar Diabetes Gestacional, si fuera el caso.**

✓ TIRAS DETECCIÓN

Registre las tiras utilizadas para determinación de glucosa durante la detección para población en general (**No considere las utilizadas en embarazadas**).

✓ TIRAS CONTROL DE PACIENTES



Registre las tiras utilizadas para determinación de glucosa durante la atención para control de pacientes (**No considere las utilizadas en embarazadas**).

✓ REACTIVOS DE ANTÍGENO PROSTÁTICO

Se deben registrar las determinaciones de antígeno prostático, que se realicen como parte de la detección integral de hiperplasia de la próstata, a hombres de edad igual o mayor de 45 años; Las pruebas registradas pueden ser capilares y venosas, de tipo cuantitativo o cualitativo.

PROMOCION DE LA SALUD

PRESENTA CARTILLA:

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0


Marque con “X” el espacio, en toda detección en la que la persona presenta su Cartilla Nacional de Salud.

UNIDAD CONSULTANTE TM:

Marque con “X” el espacio, si el prestador del servicio durante la detección solicita por telemedicina interconsulta a otra unidad. Entiéndase por unidad consultante al establecimiento médico en el que el paciente y el personal de la salud, recibirán atención médica a distancia.

IMPORTANTE:

Previo a concluir la atención revise que se hayan registrado adecuadamente los datos relacionados a la detección, para evitar retrasos y no afectar la captura, por la omisión de datos obligatorios, de lo contrario se eliminará toda la línea.

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016


INSTRUCCIONES DE LLENADO DEL INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA UNIDAD MÉDICA (SINBA-SIS-CE-H)

Instrucciones Generales

- El Informe Mensual de Actividades Realizadas en la Unidad Médica (SINBA-SIS-CE-H) debe llenarse en su totalidad, exceptuando aquellas actividades que no apliquen. Use números arábigos (0, 1, 2, ... , 9)
- Este formato es de integración donde se reflejarán todas las actividades realizadas y registradas en los diferentes servicios y de distintas fuentes.
- El proceso de concentración se debe realizar al finalizar el mes que se va a reportar, para contar con todas las actividades realizadas, y posteriormente ser capturadas en la Plantilla "SIS Unidad Médica 2ª parte".
- La dinámica u organización de las tareas de integración parcial de los informes por servicios y la integración de un informe de la unidad dependerá de la estructura interna y el proceso que más se adecue a las necesidades propias de la unidad médica. El área de estadística definirá cómo se organizará dicho proceso.
- Al finalizar el mes, el informe por servicio deberá reflejar y corresponder con la suma de todas las actividades registradas por el personal que labora para dicho servicio. Por su parte, el informe mensual de la unidad médica deberá corresponder con la suma de todas las actividades registradas por los diferentes servicios en la unidad. **En caso de auditoría por parte de la Jurisdicción Sanitaria o los Servicios Estatales este será el mecanismo a poner en práctica para verificar la consistencia interna del trabajo de integración de información de la unidad.**
- Para el llenado a mano del Informe Mensual de Actividades Realizadas en la Unidad Médica (SINBA-SIS-CE-H), debe escribir con tinta, letra de molde, utilizar únicamente bolígrafo, no usar plumas con tinta de gel, pluma fuente, plumón o similares o lápices, debido a que los trazos pierden claridad y este tipo de tintas tienden a desaparecer con el tiempo.

Sección I

- Dependiendo del servicio otorgado durante la consulta o atención, así como de las características de la actividad deberá



 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

registrar todas las variables que resumen la prestación. Es imprescindible que el registro sea completo y correcto.

- El **registro** se llevará a cabo en el espacio en blanco que aparece a la derecha de la identificación del dato. Por cuestión de uniformidad y facilidad para la integración final del informe, sugerimos se efectúe el registro de la siguiente manera: marque con "I" cada ocurrencia o evento, forme grupos de hasta 4 marcas "IIII". En la quinta ocurrencia cruce con una diagonal las 4 marcas anteriores. Ejemplo: IIII. De esta forma cada grupo representa 5 ocurrencias de la variable. Al momento del siguiente registro inicie un nuevo grupo.
- Al finalizar el mes se contabilizan los grupos y se multiplica por cinco, seguidamente sume, según sea el caso, el número de marcas que no llegaron a formar un grupo de cinco (debe ser menor o igual que cuatro). Registre el resultado en la columna "Total" del renglón correspondiente.
- En caso de que las necesidades locales de información definan reportes con frecuencia diferente a la mensual, separe el ejercicio de registro con llaves { }.
- Si la información solicitada, correspondiente a la variable admite valores mayores que uno, debe anotar el número arábigo en el renglón correspondiente. Utilice "+", comas u otro separador entre cada registro.
- Si el registro se llevó a cabo con números arábigos, súmelos y anote el resultado en la columna "Total" del renglón correspondiente.
- Cuando el espacio asignado al registro de la información durante el periodo que se reporta no sea suficiente, puede utilizar otra hoja y continuar el registro en ella. Si esto llegara a ocurrir continúe registrando la información de todas las variables de esa hoja en la nueva. Al finalizar el mes tenga en cuenta todas las hojas utilizadas durante el registro, sume cada uno de los renglones y ubique el resultado en la columna "Total" de la última hoja utilizada.
- En esta hoja se reportan todas las acciones realizadas en la Consulta externa y que pueden ser o no personales, es decir que no se realizan sólo para una persona si no que es el resultado de acciones colectivas o nominales.

Sección II

- La información para esta sección se obtiene de los tarjeteros no automatizados correspondientes a cada Programa de Salud, mediante el conteo de las tarjetas y datos solicitados. **Sólo se llevará a cabo al término del mes** que se reporta. Hemos

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

reservado un área en blanco para aquellos casos en donde usted requiera llevar a cabo registros parciales y el registro de los totales mensuales.

- Formatos que se utilizan para obtener los totales mensuales de la sección II.


TARJETA	NÚMERO
Control de Usuarias(os) de Anticonceptivos	SIS-SS-PF-P
Tarjeta de Registro y Control de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y/o Asma	SIS-SS-EPOC-ASMA-P
Registro y control de lepra	SIS-SS-19-P
Registro y control de caso de tuberculosis	SIS-SS-20-P
Registro y control de caso de brucelosis	SIS-SS-26-P
Registro e identificación del caso de taeniosis/cisticercosis	SIS-SS-37-P
Control de Usuarias(os) de Anticonceptivos	SIS-SS-PF-P
Tarjeta de Registro y Control de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y/o Asma	SIS-SS-EPOC-ASMA-P

- En las indicaciones específicas usted podrá encontrar las instrucciones para llevar a cabo el registro de los rubros de información solicitados.

Sección III

- La información se obtiene de los formatos primarios o registros propios y sólo se registran los totales de los mismos al finalizar el mes.
- El responsable de concentrar la información contará los totales de los conceptos solicitados mismos que ubicará en los formatos primarios o registros de control interno de las unidades.
- Al finalizar el mes engrape el total de hojas del informe que lo integran y entréguelo a la Jurisdicción Sanitaria de adscripción o a los Servicios Estatales de Salud, según corresponda.
- Formatos que se utilizan para obtener el total mensual de la sección III.

FORMATO	NÚMERO
Hoja diaria de salud mental	SIS-SS-03-P
Hoja diaria del servicio de rehabilitación	SIS-SS-04-P
Hoja diaria de trabajo social	SIS-SS-05-P

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

Promoción de la salud escolar	SIS-SS-07-P
Reporte de laboratorio	SIS-SS-08-P
Reporte de rayos X	SIS-SS-09-P
Reporte de anatomía patológica	SIS-SS-10-P
Reporte de otros gabinetes	SIS-SS-11-P
Reporte de atención obstétrica	SIS-SS-12-P
Hoja de hospitalización (Unidad de consulta externa)	SIS-SS-13-P
Reporte de actividades de hospitalización	SIS-SS-15-P
Control interno de sesiones	SIS-SS-SES-P
Registro de ministración de micronutrientos	SIS-SS-28-P
Salud de la Infancia. Registro de capacitación de madres	SIS-SS-29-P
Grupos adolescentes promotores de salud	SIS-SS-GAPS
Salud sexual y reproductiva para adolescentes. Cédula de registro en servicios amigables	SIS-SS-SSRA
Comunidades Saludables. Registro de capacitación de salud pública	SIS-SS-ORG-COM-CAP
Entornos y comunidades saludables. Concentrado de organización comunitaria, registro de participación social	SIS-SS-PAR-SOC
Formato PROSPERA-S1	S1
Registro de aplicación de biológicos	SIS-SS-06-P

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

SECCIÓN I



HOJA 1 DE 8

Infecciones de Transmisión Sexual

- ✓ Preservativos repartidos. Anote el número de preservativos o condones entregados para prevención de ITS y **no con fines** de Planificación Familiar.

Atención a la Violencia a Mujeres de 15 y más años

- ✓ Material impreso entregado. En la fila anote el número de personas a las que se entregó documentación que sirve para propagar o divulgar conocimientos, noticias, actitudes,

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0

prácticas, sobre una vida libre de violencia en cualquiera de sus manifestaciones por ejemplo dípticos, trípticos, folletos u otros materiales de promoción, entregados en el mes.

Vectores

Paludismo

- ✓ Para los casos de paludismo, anote si al enfermo se le realizó toma de muestras.

Enfermedad de Chagas, muestras tomadas

Registre el dato cuando se cuente con el resultado de la muestra tomada.

- ✓ Serologías.- Anote el número de personas a las que se le tomó serología para identificar a la enfermedad de Chagas, los números sumarán a las personas que son positivas y negativas.
- ✓ Parasitología.- Anote el número de personas a las que se le tomó una gota gruesa o micrométodo (casos agudos) para identificar a la enfermedad de Chagas, los números sumarán a las personas que son positivas y negativas.
- ✓ < 15 años papel filtro.- Anote el número de niños entre 1 y 15 años a los que se le tomó una prueba serológica a través del papel filtro para identificar a la enfermedad de Chagas, los números sumarán a las personas que son positivas y negativas.

Zoonosis/Rabia Personas agredidas



- ✓ Si la persona solicita atención médica por agresión o contacto con **perro intradomiciliario** (que tiene dueño y convive dentro de su domicilio), sospechoso de rabia, anótelos en este espacio.
- ✓ Si la persona solicita atención médica por agresión o contacto con **perro en vía pública**, sospechoso de rabia, anótelos en este espacio.
- ✓ Si la persona solicita atención médica por agresión o contacto con **otros animales** sospechosos de rabia, anótelos en este espacio.

SALUD BUCAL. EXTRAMUROS

Reporte el número de personas a las que se les realizó la actividad.

Alumnos atendidos de primera vez en el ciclo escolar: Se refiere al número de alumnos atendidos por primera vez, en el año escolar vigente.

Escuela atendida de primera vez en Esquema Básico de Prevención (EBP): Escuelas visitadas por primera vez, en el año escolar vigente.

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

Detección de placa bacteriana: Personas a las que se les hizo detección de placa bacteriana por medio de pastilla reveladora u otra medida.

Instrucción técnica de cepillado: Personas que realizaron la práctica de cepillado posterior a la instrucción de la técnica adecuada.

Instrucción de uso de hilo dental: Personas que realizaron la práctica en la utilización correcta del hilo dental durante la instrucción de la técnica adecuada, se realiza en población a partir de los 6 años de edad.

Enjuagues de fluoruro de sodio: Personas que realizaron autoaplicación de fluoruro a través de enjuagatorio de fluoruro de sodio al 0.2%. Se lleva a cabo en escolares entre 6 y 15 años de edad.

Revisión de higiene de prótesis: Personas a las que se les revisaron sus prótesis bucales y se les brindó información sobre el cuidado de las mismas.

Revisión de tejidos bucales: Personas a las que se realizó la actividad de observar sus tejidos intra y extrabucles.

Sesión de salud bucal: Personas a las que se les impartió una plática con el propósito de informarles, orientarles y asesorarles sobre medidas para conservar la salud

Instrucción de autoexamen de cavidad bucal: Personas a las que se les dio la información y realizaron práctica de autoexamen de los tejidos blandos y duros, intra y extra bucales.

Aplicación de barniz con flúor: Personas a las que se les realizó la aplicación de barniz con flúor.


Atención curativa: TRA (Tratamiento Restaurativo Atraumático), es la restauración de una pieza dental sin la utilización de la pieza de mano de alta velocidad y aplicando ionómero de vidrio como material restaurativo. Registre el total de piezas dentales tratadas.

Sistema de Atención Gradual (SAG)

Escuela atendida de primera vez en SAG: Escuelas visitadas por primera vez en el año escolar vigente, en las cuales fue implementado el SAG, entendiéndose éste como la atención individualizada en medidas de promoción, educación, prevención y de protección específica como en diagnóstico temprano y saneamiento básico bucal.

Detección inicial y final: Se refiere a la revisión y detección en la cavidad bucal, que se realiza a los escolares al inicio y al final del SAG. Registre según corresponda:

- ✓ Alumnos examinados: Se refiere al total de alumnos a quienes se les realizó la detección inicial o final, para

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

posteriormente clasificarlos en los rubros: libres de caries; con caries u obturados sin caries según corresponda.

- Libre de caries: Escolar que al realizar la revisión y detección en la cavidad bucal no muestra evidencia de caries dental.
- Con caries: Escolar que al realizar la detección existen signos clínicos de caries dental con cavitación o presencia de esmalte socavado.
- Obturado sin caries: Escolar que al realizar la detección en la cavidad bucal presenta dientes obturados y no existen signos clínicos de caries dental en los mismos.

SECCIÓN II

HOJA 2 DE 8


Salud Reproductiva. Planificación Familiar

- ✓ La fuente del llenado es la Tarjeta para Control de Usuarías(os) de Anticonceptivos, SIS-SS-PF-P.
- ✓ Considere "Usuario activo" a toda persona que adoptó un método anticonceptivo proporcionado por la Secretaría de Salud en unidades médicas, y que al efectuarse el corte de información de la unidad en la que recibe el servicio, tiene un registro vigente.
- ✓ Para obtener el total de usuarios activos, cuente las Tarjetas para Control de Usuarías(os) de Anticonceptivos, SIS-SS-PF-P. de la sección de citadas del tarjetero de control de usuarias, y que tengan una cita con fecha futura o incumplida no mayor de tres meses, y registre el total en la fila correspondiente, de acuerdo al grupo de edad y tipo de método.
- ✓ En el apartado usuarios activos-Indígenas, registre además a los pacientes que ya registró en usuarios activos y que cumplan con la definición de usuarios activos e *indígenas*.

HOJA 3 DE 8

Enfermedades respiratorias crónicas (Asma y EPOC)

La fuente de llenado es el formato SIS-SS-EPOC-ASMA-P. "Tarjeta de registro y control de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y/o asma".

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016



Con base en la identificación de la enfermedad crónica del paciente en el apartado "Datos basales de los diagnósticos" (EPOC y/o Asma) y registre en la fila correspondiente por grupo de edad y sexo los factores de riesgo al ingresos, los casos en tratamiento, casos controlados, casos con exacerbaciones o crisis.

Considere lo siguiente para el registro de la información solicitada:

- ✓ **Factor de riesgo (Tabaquismo positivo, biomasa positivo, Exposición laboral):** De todas las tarjetas de la sección de Ingresos, separe aquellos que durante el mes tienen en el anverso de la tarjeta marcada con una "X" la casilla en la columna "Índice tabáquico positivo y/o índice de biomasa positivo"; además de las que hayan marcado "SI" en Exposición laboral. Registre el total de acuerdo al concepto, grupo de edad y sexo.
- ✓ **Ingresos:** Cuente las tarjetas que durante el mes se encuentran en la sección ingresos del archivo activo del tarjetero por tipo de enfermedad respiratoria crónica (asma EPOC) y registre el resultado de acuerdo al grupo de edad y sexo.
- ✓ **Casos en tratamiento:** Cuente las tarjetas que durante el mes se encuentran en todas las secciones del archivo activo: Ingresos, Pacientes regulares y registre el total de acuerdo al grupo de edad y sexo.
- ✓ **Casos controlados:** De los casos en tratamiento, clasifique aquéllas tarjetas que durante el mes correspondan a pacientes que en la columna "Clasificación actual" tenga registrado "Bien controlado" en asma; y leve y moderado en EPOC. Registre el resultado de acuerdo al grupo de edad y sexo.
- ✓ **Casos exacerbados o en crisis:** De los casos en tratamiento, clasifique aquéllas tarjetas que durante el mes correspondan a pacientes que en la columna "Crisis o exacerbaciones" tenga registrado "Fecha de la crisis o exacerbación, y registre el resultado de acuerdo al grupo de edad y sexo Anótelas en el padecimiento correspondiente.

Micobacteriosis. Lepra

- ✓ La fuente de llenado es el formato SIS-SS-19-P, "Tarjeta de registro y control de lepra".
- ✓ Cuente las tarjetas de la sección Ingresos nuevos del archivo activo y regístrelas en la fila "Ingresos a control".
- ✓ Cuente las tarjetas del archivo activo que indiquen reingreso y regístrelas en la fila "Reingreso a control".
- ✓ De todas las secciones del archivo activo, cuente lo siguiente:

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0

Pacientes que asistieron a su última cita para tomar tratamiento, y registre el resultado en la fila "Casos registrados en tratamiento".

Pacientes que no presentan datos de tratamiento poli-quimioterapia y registre el resultado en la fila "Casos registrados sin tratamiento".

Pacientes que llevan vigilancia después del tratamiento y regístrelo en la fila "Casos registrados vigilancia postratamiento".

Zoonosis


Brucelosis

- ✓ La fuente de llenado es el formato SIS-SS-26-P "Tarjeta de registro y control de caso de Brucelosis".
- ✓ Tome las tarjetas de la sección de ingresos correspondiente al mes.
- ✓ **Identificación del caso:** Cuente las tarjetas de los pacientes que acuden como primera vez a la consulta con datos clínicos sugestivos de la enfermedad y/o datos epidemiológicos y tengan Rosa de Bengala positivo.
- ✓ **Es corroborado con SAT y 2-ME"** anote el número de pacientes a los que se les confirmo el diagnóstico a través del SAT y 2-ME.
- ✓ **Fuente de infección identificada:** cuente las "X" del rubro variables epidemiológicas y registre el total según corresponda, en caso de que estén marcadas ambas fuentes de infección cuente y registre sólo las relacionadas con el consumo de leche cruda o bronca y lacticinios.
- ✓ **Esquema de tratamiento:** Anote los esquemas de tratamiento según corresponda; para el caso del Tratamiento alternativo súmelos y regístrelo en el total de la fila correspondiente. La suma de los esquemas de tratamiento A,B,C con los tratamientos alternativos debe ser igual a la suma de los casos probables.

NOTA: Esquema de tratamiento: Se refiere a los medicamentos seleccionados por el médico según la **NOM-022-SSA2-2012** (cualquiera de las cinco opciones).

Taeniosis

- ✓ La fuente de llenado es el formato SIS-SS-37-P "Tarjeta de Registro e Identificación del Caso de Taeniosis/Cisticercosis".
- ✓ Tome las tarjetas de la sección de ingresos correspondiente al mes.
- ✓ Para el llenado de los renglones **Casos diagnosticados y esquema de tratamiento a partir de solicitar su consulta en la unidad médica:**

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

- Casos diagnosticados por evidencia clínica y expulsión de proglótidos. Anote el caso que sea de primera vez a través de la consulta con evidencia clínica y expulsión del proglótido.
- Tratamiento enfermos albendazol. Anote el tratamiento prescrito por albendazol por primera vez.
- Tratamiento enfermos praziquantel. Anote el tratamiento prescrito por praziquantel por primera vez.

Cisticercosis

La fuente de llenado es el formato SIS-SS-37-P "Tarjeta de Registro e Identificación del Caso de Taeniosis/Cisticercosis".

- ✓ Casos diagnosticados por laboratorio o gabinete. Anote los casos diagnosticados por laboratorio o gabinete.
- ✓ Casos referidos. Anote los casos que son referidos a un segundo o tercer nivel de atención.

SECCIÓN III

HOJA 4 DE 8

Estimulación Temprana


La fuente de llenado es el formato SIS-SS-04-P Hoja diaria del servicio de rehabilitación.

Se considera a todos los niños(as) menores de 5 años que obtuvieron calificación global de desarrollo normal (verde) y rezago en el desarrollo (amarillo) en la Prueba de tamizaje de Evaluación del Desarrollo Infantil ("EDI").

Para la concentración:

- ✓ Junte todas las hojas en las que se registraron las actividades durante el periodo que se reporta.
- ✓ **Total:** Contabilice a todos los niños(as) menores de 5 años que registren la primera acción en el año, es decir que en número de asistencia en el año sea igual a 1, de acuerdo al resultado según sea el caso, verde o amarillo.
- ✓ **PROSPERA:** Contabilice las "X" y registre a los niños(as) menores de 5 años beneficiarios de PROSPERA con resultado verde o amarillo que asistieron al taller de Estimulación Temprana por primera vez en el año, es decir que en número de asistencia en el año sea igual a 1, éste es un subconjunto del Total.

Rehabilitación

	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

La fuente de llenado es el formato SIS-SS-04-P Hoja diaria del servicio de rehabilitación. Junte todas las hojas en las que se registraron las actividades durante el periodo que se reporta.

- ✓ Sesiones de lenguaje: Cuente las "X" registradas en la columna Lenguaje, y registre el total.
- ✓ Sesiones de fisioterapia: Cuente las "X" registradas en la columna Fisioterapia, y registre el total.
- ✓ Pacientes rehabilitados: Cuente las "X" registradas en la columna Paciente rehabilitado, y registre el total.

Salud Mental

La fuente de llenado son registros propios.

- ✓ Pacientes rehabilitados, anote el total de acuerdo al sexo.

Micronutrientos

- ✓ La fuente de llenado es el formato SIS-SS-28-P, "Registro de Ministración de Micronutrientos".
- ✓ Transcriba el valor de la columna total, del concepto solicitado, a la fila correspondiente.

NOTA: Considere que se registra el sulfato ferroso y los multivitamínicos clave 2710 y 2711, según el caso, como vehículos de hierro.

PROSPERA

Para las filas "Familias en control" y "Familias registradas" la fuente de llenado es el formato PROSPERA S1.


- ✓ Para el primer concepto cuente las familias que además de estar asignadas a la unidad médica, han acudido durante el mes que se reporta a recibir cualquiera de los servicios de salud que señala el manual de procedimientos de PROSPERA.
- ✓ Para el segundo concepto anote el total de familias registradas en el formato PROSPERA S1.

Desintoxicaciones

Exclusivo para unidades que operan el programa.

De los registros que se manejen en la clínica de desintoxicaciones, anote el número de atenciones para desintoxicar de acuerdo al problema presente y al sexo del individuo.

Grupos

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

La fuente de información es el formato SIS-SS-05-P, "Hoja diaria de trabajo social". Tome la hoja en la que al final del mes que reporta se registró la información relacionada con los grupos.

- ✓ Para el renglón **Formados autoayuda violencia** obtener del apartado Formación de Grupos, en la columna TOTAL anote el número de nuevos grupos formados en el mes.
- ✓ **Ayuda Mutua EC**
 Considere que se deberá reportar los valores acumulados en el mes registrados en la Hoja Diaria de Trabajo Social y cuide de no duplicar información.
 - o Transcriba el valor de las columnas según corresponda.

Madres Capacitadas

La fuente de llenado es el formato SIS-SS-29-P, "Programa Salud de la infancia: Registro de capacitación de madres".

Clasifique los formatos empleados por tema, cuente el número de madres que fueron aprobadas. Registre el resultado en la fila correspondiente.

Grupos de adolescentes promotores de la salud, (GAPS)

La fuente de llenado es el formato SIS-SS-GAPS, "Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia. Grupos y Adolescentes Promotores de Salud".

Transcriba el valor según corresponda al concepto solicitado.

HOJA 5 DE 8

SALUD REPRODUCTIVA

La fuente de llenado es el formato SIS-SS-12-P "Hoja de atención obstétrica, Unidad de consulta externa".

Transcriba el valor del renglón Total según la información solicitada.

UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA



Atención durante el trabajo de parto

- ✓ Periodo expulsivo en posición vertical.
- ✓ Acompañamiento psico-emocional continuo.
- ✓ Manejo activo del tercer periodo.

Atención obstétrica

- ✓ Para el caso de "Seguro Popular", cuente las "X" de la columna "Seguro Popular" del apartado Derechohabiciencia. En esta fila registre sólo el total de nacimientos atendidos.

Nacidos Vivos

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

- ✓ Incluya todos los nacidos vivos independientemente de que tengan o no Derechohabiciencia y/o sean beneficiarios de PROSPERA.
- ✓ No olvide reportar los nacidos vivos que tuvieron apego inmediato.

Defunciones Fetales

- ✓ Para el registro de las "Defunciones", transcriba el valor del renglón total en la fila correspondiente según las semanas de gestación.

Nacidos Vivos PROSPERA

Del formato SIS-SS-12-P "Hoja de atención obstétrica. Unidad de consulta externa", cuente los nacidos vivos que en la columna "PROSPERA tengan registrada una "X".

Nota: Este apartado es el único en el que además de las actividades realizadas en la unidad médica que reporta, se incluirá a aquellos nacidos vivos de los cuales la atención del nacimiento ocurrió fuera de la misma (otra unidad médica, otra institución, etc.), su fuente adicional es la "TARJETA DE CONTROL DE LA EMBARAZADA Y EN LACTANCIA, SIS-SS-38-P", cuide no contabilizar en esta tarjeta a aquellos productos que nacieron en la unidad a la que corresponde el informe, para evitar que se duplique.

Tamiz Neonatal


Tamiz Metabólico Neonatal

Pruebas que se realizan a los recién nacidos para detectar enfermedades metabólicas congénitas.

- ✓ **Recién Nacidos Tamizados:** Cuente las fichas de "Muestra y registro de Tamiz Neonatal" de los recién nacidos a los que se les **realizó el tamiz.**
- ✓ **Confirmados:** Registre en el mes el resultado del laboratorio y/o clínica que confirma la enfermedad del recién nacido, según corresponda.

Auditivo

- ✓ Tamiz Auditivo Neonatal (TAN): Si a la recién nacida o recién nacido se le realizó en el área de consulta externa la prueba del tamiz auditivo, independientemente del lugar de nacimiento y del resultado de la prueba, registre en **Auditivos TAN** el total de neonatos con primera prueba de tamiz auditivo (Formato propio del Programa).
- ✓ Si el resultado de la segunda prueba de Tamiz Auditivo Neonatal es positiva, contabilice y registre el Total en **TAN con sospecha de**

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

hipoacusia (la fuente de información es el Formato propio del Programa).

NOTA. El registro de la prueba de tamiz auditivo neonatal deberá hacerse también, cuando proceda en el Certificado de Nacimiento.

Planificación familiar

Aceptantes postevento obstétrico

La fuente de llenado es el formato SIS-SS-12-P "Hoja de atención obstétrica", Unidad de Consulta Externa.


Anote las aceptantes de acuerdo a la edad de la paciente y el tipo de evento obstétrico

- ✓ **Hormonal:** Anote la suma de las marcas registradas en el recuadro Hormonal, de acuerdo a los conceptos solicitados y registre el resultado en la fila correspondiente.
- ✓ **DIU:** Anote la suma de las marcas registradas en el recuadro Inserción de DIU, de acuerdo a los conceptos solicitados y registre el resultado en la fila correspondiente.
- ✓ **OTB:** Anote la suma de las marcas registradas en el recuadro O.T.B., de acuerdo a los conceptos solicitados y registre el resultado en la fila correspondiente.

Métodos quirúrgicos

- ✓ **Vasectomía:** La fuente de llenado es el formato "Registro diario de pacientes en consulta externa", SIS-SS-01P-Bis. Si durante la consulta se realizó vasectomía, contabilice y registre en la Hoja 6 "Planificación familiar": "Consultas y atenciones"- "Quirúrgico"- "Primera vez"; además de registrarse en este apartado. Otra fuente de llenado es el formato SIS-SS-13-P, "Hoja de hospitalización" en unidades de Consulta Externa, cuente las vasectomías realizadas sin importar la técnica, registrelas de acuerdo al grupo de edad.
- ✓ **Sin bisturí dados de alta con azoospermia:** Registre a todos los pacientes postvasectomizados, que después de tres espermatoconteos, el último resulta negativo y es dado de alta. La fuente de información son los controles internos de cada unidad, de acuerdo a los lineamientos establecidos por el programa.
- ✓ **OTB:** La fuente de llenado es el formato SIS-SS-13-P, "Hoja de hospitalización en unidades de consulta externa", cuente las cirugías y registre los resultados en las filas correspondientes, de acuerdo a los grupos de edad.

Casos de intoxicación por picadura de alacrán

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016



- ✓ La fuente de llenado es el formato propio del Programa SIPE 0601005- C1 "Investigación Epidemiológica del Caso".
- ✓ Cuento y registre a las personas que solicitaron tratamiento por picadura de alacrán, de acuerdo al sitio de ocurrencia de la agresión, así como el total los frascos de fáboterápicos antialacrán aplicados y los casos en donde fueron administrados en los primeros treinta minutos.

Zoonosis. Rabia tratamiento a humanos

La fuente de llenado es la "Ficha individual de tratamiento antirrábico humano", que se utiliza por cada persona que recibe esquemas post-exposición, pre-exposición o refuerzos.

Al finalizar el mes separe los formatos de Ficha Individual de Tratamiento Antirrábico Humano de aquellas personas que recibieron tratamiento y en los cuales el médico haya anotado e indicado el **alta sanitaria de estas personas en el mes a reportar**. Separe las fichas según tratamiento: pre-exposición, refuerzos y post-exposición, estos tres tratamientos son excluyentes.

- ✓ Personas que reciben tratamiento pre-exposición (sin agresión). Cuento las fichas de las personas en las que en el inciso D) DATOS DEL TRATAMIENTO se encuentran las tres dosis de tratamiento pre-exposición.
- ✓ Personas que reciben refuerzo de tratamiento antirrábico. Cuento las fichas de las personas en las que en el inciso D) DATOS DEL TRATAMIENTO se encuentran las tres dosis de refuerzos.
- ✓ Para el caso del tratamiento post-exposición tome los formatos de estos pacientes y revise los siguientes incisos: B) DATOS SOBRE LA EXPOSICIÓN, numeral 11 que se refiere al tipo de exposición, seleccione primeramente de cada persona si es riesgo leve o riesgo grave; D) DATOS DEL TRATAMIENTO, para identificar si corresponde a tratamiento completo (**con 5 dosis**) o incompleto (**con menos de 5 dosis**), contabilice el número de dosis de vacuna antirrábica humana que fueron aplicadas, regístrelas según corresponda al tipo de riesgo y si es tratamiento completo o incompleto.
- ✓ Inmunoglobulinas (Fracos) del apartado OBSERVACIONES, inciso a), sume el número de frascos de cada ficha individual y anote el total.
- ✓ Personas que reciben tratamiento pre-exposición (sin agresión) más personas que reciben refuerzo de tratamiento antirrábico. Cuento las fichas de estas personas en las que en el inciso D) DATOS DEL TRATAMIENTO se encuentran las tres dosis de tratamiento pre-exposición más las dosis de refuerzo que se hayan aplicado.

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

Zoonosis. Rickettsiosis: Fiebre Manchada de las Montañas Rocosas (FMMR)

La fuente de llenado es el formato propio del programa: "Ficha de atención de paciente con Fiebre Manchada".

- ✓ Ingresos Casos probables. Considere la fecha en que se apertura la ficha para contarlos como Ingreso por caso probable en el mes que se reporta, cuente las fichas y registre el resultado en la fila correspondiente.
- ✓ Casos confirmados por laboratorio. Cuente las "X" del rubro "29.- Resultado de laboratorio para FMMR" correspondientes a "Positivo a FMMR" y del rubro "28" considere la fecha de resultado de laboratorio para reportarlo en el mes que corresponda.

Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (SSRA)



La fuente de información para el llenado de esta sección, es el formato SIS-SS-SSRA, Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (SSRA). Cédula de Registro en Servicios Amigables. Para tal efecto, siga las siguientes indicaciones:

- ✓ **Consultas y/o atenciones otorgadas de primera vez:** Transcriba los valores registrados en la columna correspondiente a **PRIMERA VEZ** del apartado de consultas y/o atenciones de la Sección II, de acuerdo con las siguientes categorías: Mujeres, Hombres, Menores de 15 años y De 15 a 19 años.
- ✓ **Tipo de consultas y atenciones:** Transcriba los valores registrados en la columna **TOTAL** del apartado de Tipo de consulta y/o atención de la Sección II, de acuerdo con las siguientes categorías: Orientación - Consejería, Prescripción de métodos anticonceptivos, Anticoncepción de Emergencia, Prevención y atención de ITS, Atención del embarazo, así como Otro tipo de atención.
- ✓ **Promotores y/o Brigadistas juveniles:** Transcriba los valores registrados en la Sección IV, conforme a la siguiente desagregación: Nuevos (Durante el mes), Activos (Al final del mes), Capacitados (Durante el mes) e intervenciones realizadas en el mes.

HOJA 6 DE 8

Promoción de la Salud Escolar

La fuente de llenado es el formato SIS-SS-07-P, "Promoción de la Salud Escolar".

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

- ✓ Del apartado Información Acciones Preventivas, transcribir el Total de acciones preventivas por nivel según corresponda.
- ✓ Total de alumnas y alumnos: Transcribir por nivel el total correspondiente a las variables: Reciben al menos 6 acciones preventivas; Referidos a unidad de salud; Atendidos; Con Cartilla Nacional de Salud Activa.
- ✓ De la sección Información del avance en el proceso de validación de escuelas promotoras de la salud, transcribir el número de Escuelas Incorporadas a la Promoción de la Salud, en Proceso de Validación / Bandera Blanca y Validadas como Promotoras de la Salud según nivel.

Comunidades saludables participación social

La fuente de llenado es el formato SIS-SS-ORG-COM-CAP, "Comunidades Saludables. Organización comunitaria. Registro de capacitación en temas de Salud Pública.

Recursos comunitarios formados:


- ✓ Procuradores de la salud. Registre el número de procuradores según sexo, que recibieron los diez talleres de capacitación en temas de salud pública.
- ✓ Agentes. Anote en la fila correspondiente, el número de agentes de la salud que recibieron los 10 talleres de capacitación en temas de salud pública.

Paquetes didácticos entregados. Anote en la fila correspondiente número de Paquetes didácticos entregados en los cursos de capacitación a los procuradores y agentes de la salud, correspondientes al mes que informa.

Comunidad

La fuente de llenado es el formato SIS-SS-PAR-SOC "Comunidades Saludables. Participación social.

- ✓ Comunidad iniciada en el proceso de certificación. Registre el número de comunidades que cumplieron con esta etapa, es decir, haber cumplido con todas las actividades de ésta.
- ✓ Comités locales de salud activos. Registre el número de Comités que se formaron o activaron durante el mes que se informa.
- ✓ Comunidad orientada en temas de salud pública. Registre el número de comunidades que cumplieron con esta etapa, es decir, haber cumplido con las seis actividades de la misma.
- ✓ Grupos de población con orientación alimentaria, que realizan ejercicio para el cuidado de la salud. Registre el número de grupos que se formaron durante el mes que se reporta (un grupo por cada taller de actividad física que se imparte).

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

- ✓ Comunidad activa en el manejo de los determinantes de la salud. Registre el número de comunidades que cumplieron con esta etapa, es decir, haber cumplido con todas las actividades de ésta.
- ✓ Entornos certificados como favorables a la salud. Registre el número de Entornos certificados como favorables a la salud, según corresponda (viviendas, espacios de recreación, mercados, sitios de trabajo, otros).
- ✓ Comunidad certificada como saludable. Registre el número de comunidades que cumplieron con esta etapa.
- ✓ Comunidad con bandera blanca en salud izada. Registre el número de comunidades que cumplieron con este evento.

Recuerde debe registrar sólo las actividades realizadas durante el mes que se reporta, no acumule el registro. No importa que haya meses sin registro, la actividad se anota en el mes en que se realiza y cumple con cada una de las etapas para la certificación de entornos y comunidades como saludables.

Sesiones y Talleres

La fuente de llenado es el formato SIS-SS-SES-P, "Control Interno de Sesiones".

Transcriba el valor de la fila Total, del concepto solicitado, a la fila correspondiente.

PROSPERA Talleres


- ✓ A beneficiarios, registre el total de talleres de la columna PROSPERA-Talleres a Beneficiarios.
- ✓ Nivel medio superior, registre el total de talleres la columna PROSPERA-Talleres a Nivel medio superior.

Población general. Consejería de Planificación Familiar: registre el total de personas que recibieron sesiones de Consejería de PF.

Promoción de la salud

- ✓ En las filas correspondientes a Talleres Comunitarios de Promoción de la Salud, registre el total de talleres realizados según corresponda a Población General, Alumnas y Alumnos, Docentes. Para el caso de talleres dirigidos a migrantes registrar en la columna Talleres el total de talleres realizados y en la columna Asistentes el total de migrantes que participaron en el taller.
- ✓ Sesiones educativas de lactancia materna y alimentación complementaria: Registre el total de sesiones impartidas para este tema.

CeNSIA

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

- ✓ Sesiones prevención de maltrato infantil: Registre el total de sesiones impartidas para este tema, así como el total de asistentes.
- ✓ Sesiones Informativas Prevención de Violencia para Adolescentes
 - Número de Sesiones, anote el número total de Sesiones impartidas a Adolescentes en el mes a reportar.
 - Número de Adolescentes (Asistentes), anote el número total de Adolescentes que asistieron a las Sesiones Informativas en el mes a reportar.
- ✓ Sesiones Informativas Prevención de Violencia para Madres, Padres y/o Tutores de Adolescentes
 - Número de Sesiones: Anote el número total de Sesiones impartidas a Madres, Padres y/o Tutores de adolescentes en el mes a reportar.
 - Número de Madres, Padres y/o Tutores (Asistentes): Anote el número total de Madres, Padres y/o Tutores de adolescentes que asistieron a las Sesiones Informativas en el mes a reportar.
- ✓ Intervenciones de Prevención de Violencia en Adolescentes
 - Familia: Anote el número total de intervenciones realizadas, descritas en el "Cuadernillo de Intervenciones para la Familia".
 - Comunidad: Anote el número total de intervenciones realizadas, descritas en el "Cuadernillo de Intervenciones para la Comunidad".
- ✓ Información de sospecha de cáncer: Registre el número de tutores de los menores de 18 años que fueron informados sobre signos y síntomas de sospecha de cáncer.
 - ✓ Sesión de salud bucal Intramuros: Personas a las que se les impartió una plática con el propósito de informar, orientar y asesorar sobre medidas para conservación de la salud bucal.

Enfermedad de Chagas


La fuente de llenado es el formato propio del Programa SIPE 0301005 - C1 Estudio epidemiológico de casos. Chagas.

Casos diagnosticados

- ✓ Parasitoscópicos. Anote el número de personas que resultaron positivas en alguno de los métodos parasitoscópicos
- ✓ Serológico. Anote el número de personas que resultaron positivas en alguno de los métodos serológicos para identificar a la enfermedad de Chagas.

Casos ingresados

- ✓ Agudos. Anote el número de personas que ingresaron a control y resultaron positivas en alguno de los métodos parasitológicos

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

- ✓ Crónicos asintomáticos.- Anote el número de personas que ingresaron a control y resultaron positivas a dos pruebas serológicas
- ✓ Crónicos sintomáticos.- Anote el número de personas que ingresaron a control y que resultaron positivas a dos pruebas serológicas y que presentan algún signo o síntoma a nivel de colón, esófago o cardíaco.
- ✓ Embarazadas.- Anote el número de embarazadas que ingresaron a control y tenga pruebas ya sea serológicas o parasitológicas positivas.
- ✓ Detectado por banco de sangre. Anote el número de personas que ingresaron a control y que se detectaron en bancos de sangre que tenga pruebas serológicas positivas.
- ✓ Detectado por papel filtro. Anote el número de niños que ingresaron a control y resultaron positivos a través de papel filtro.

Casos con tratamiento concluido


- ✓ Agudos. Anote el número de casos que fueron detectados en la fase aguda y que se han concluido tratamiento, comprendiendo que un tratamiento cumplido es aquel que rebasa los 55 días del mismo.
- ✓ Crónicos asintomáticos. Anote el número de casos que fueron detectados en la fase crónica y que se han concluido tratamiento, comprendiendo que un tratamiento cumplido es aquel que rebasa los 55 días del mismo.
- ✓ Crónicos sintomáticos. Anote el número de casos que fueron detectados en la fase crónica con síntomas pero que el medico determino el tratamiento y que este haya concluido tratamiento, comprendiendo que un tratamiento cumplido es aquel que rebasa los 55 días del mismo.
- ✓ Con tratamiento supervisado. Anote el número de personas que cumplieron mínimo con 4 visitas de seguimiento.

Casos

- ✓ Curados. Anote cuántas personas que presentaron una prueba serológica convencional positiva cumplieron su tratamiento, y al año de éste se vuelve negativa.

Capacitación

- ✓ Al personal de salud para Enfermedad de chagas. Anote el número de capacitaciones que se realizan dentro de la unidad médica a personal de salud sobre la enfermedad de Chagas.

 SECRETARÍA DE SALUD	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

HOJA 7 DE 8

Auxiliares de diagnóstico

Laboratorio: La fuente de llenado es el formato SIS-SS-08-P, "Reporte de laboratorio, primera, segunda y tercera parte".

Rayos X: La fuente de llenado es el formato SIS-SS-09-P, "Reporte de Rayos X".

Anatomía patológica: La fuente de información es el formato SIS-SS-10-P, "Reporte de anatomía patológica".

Electrocardiograma, electroencefalograma, ultrasonido y Tomografía: La fuente de llenado es el formato SIS-SS-11-P, "Reporte de otros gabinetes".

En todas las secciones transcriba el valor del renglón Total, de acuerdo a la información solicitada, en la fila correspondiente.

Potenciales evocados auditivos del tallo cerebral

- ✓ A los recién nacidos con sospecha de hipoacusia, se les debe efectuar potenciales evocados auditivos del tallo cerebral, con el propósito de confirmar su diagnóstico. Independientemente del resultado de los estudios de potenciales evocados, registre la prueba realizada en el rubro de **Estudios en menores de un año**. La fuente de llenado es el formato propio del Programa.
- ✓ Registre los casos confirmados con diagnóstico de hipoacusia o sordera a través del estudio de potenciales evocados, en rubro de **Menores de un año con hipoacusia confirmada**, su fuente de llenado es el formato propio del Programa.



Resultados de Espirometrías (VEF1/CVF) realizada con broncodilatador
 La fuente de llenado son los registros propios de la unidad, Anote el total de espirometrías realizadas con broncodilatador según resultado: ≥ 80 ; $< 80 - \geq 50$; $< 50 - \geq 30$; < 30 .

HOSPITALIZACIÓN

Unidades de Consulta Externa

La fuente de llenado es el formato SIS-SS-13-P, "Hoja de Hospitalización. Unidad de consulta externa".

- ✓ Para las filas Ingresos, Días paciente y Días estancia, transcriba el valor del renglón Total en la fila correspondiente al concepto solicitado.

 	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA VERSIÓN 2017		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: SINBA-SIS-01-P	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 1.0	FECHA DEL DOCUMENTO: 13 de octubre de 2016

- ✓ Para las filas Egresos Población general y Días estancia población general, considere a todos los pacientes independientemente de la Derechohabiencia y de PROSPERA.
- ✓ Para las filas Egresos Seguro Popular y Días estancia Seguro Popular, considere a los pacientes que en Derechohabiencia-Seguro Popular tienen registrada "X".
- ✓ Para el renglón "cirugías", transcriba el valor del renglón Total de Intervención quirúrgica.
- ✓ Para la fila Defunciones de recién nacido, la fuente de llenado es el formato SIS-SS-12-P, "Hoja de atención obstétrica". Cuento los casos de nacido vivo en los que se marcó defunción, antes de salir de la unidad.
- ✓ Para Defunciones hospitalarias "Otras", cuente los casos cuyo motivo de egreso fue defunción la fuente de llenado es en el formato SIS-SS-13-P

Unidades Hospitalarias

Este apartado queda reservado para unidades hospitalarias.

La fuente de llenado es el formato SIS-SS-15-P, "Hoja de Hospitalización".

- ✓ Para el registro de los "días paciente", transcriba el valor de la columna Total a la fila y columna correspondientes. En el caso de especialidades no contempladas en este formato regístrelas en la fila "Otros".
- ✓ Para las defunciones Estudiadas por comité, cuente las actas de defunciones maternas y de recién nacidos vivos analizadas por el comité.

HOJA 8 DE 8

Aplicación de biológicos

- ✓ La fuente de llenado es el formato SIS-SS-06-P, "Registro de Aplicación de Biológicos".
- ✓ Transcriba el valor de la columna Total, de acuerdo al biológico, la dosis y grupo de edad poblacional en la fila correspondiente de acuerdo a como se solicita.
- ✓ Recuerde que las **fases intensivas sí se incluyen** en este informe.