



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

2018 - 2021

H. AYUNTAMIENTO DE LAGOS DE MORENO, JALISCO



PALACIO MUNICIPAL, JUÁREZ
ESQ. FRANCISCO GONZÁLEZ LEÓN S/N
ZONA CENTRO C.P. 47400
LAGOS DE MORENO, JALISCO.



474 74 121 21
474 74 121 00
474 74 204 01



CUADRO DE CONTROL:

Elaboró: Sergio Humberto Guevara Ortega	
Dirección de Servicios Médicos	
Fecha de	29 de Mayo de 2020
Actualización:	Versión 01
Código:	DSM-MP-01





BITACORA DE REVISIONES:

No.	Fecha del cambio	Referencia del punto modificado	Descripción del cambio
1			
2			
3			
4			
5			





INDICE

a) CUADRO DE CONTROL.....	2
b) BITÁCORA DE REVISIONES.....	3
c) RELACIÓN SISTEMÁTICA.....	5
d) DIAGRAMA DE FLUJO.....	8
e) DESCRIPCIÓN.....	11
f) ANEXOS.....	12
g) AUTORIZACIÓN DEL DOCUMENTO.....	15





RELACIÓN SISTEMÁTICA

PROCEDIMIENTO 1: CONSULTA MÉDICA

ENTRADA	Insumos	Solicitud de consulta médica, certificados médicos, pruebas de antidoping, partes médicos, dictámenes médicos, certificaciones de análisis prenupciales, Papanicolaou y mastografías.
	Proveedor	La ciudadanía
	Procedimientos	Se toman datos del paciente y signos vitales, se otorga consulta médica y se da el documento correspondiente al servicio solicitado. se toman datos para el llenado de formatos de Papanicolaou y mastografías
SALIDA	Producto o Servicio	recetas, certificados médicos, pruebas de antidoping, dictámenes médicos y certificaciones de análisis prenupciales
	Usuario o Cliente	Área medica
	Procedimiento	Se entrega para el uso requerido



ENTRADA	 Insumos	LAGOS DE MORENO Solicitud de consulta médica, certificados médicos, pruebas de antidoping, partes médicos, dictámenes médicos, certificaciones de análisis prenupciales, Papanicolaou y mastografías.
	Proveedor	La ciudadanía
	Procedimientos	Se toman datos del paciente y signos vitales, se otorga consulta médica y se da el documento correspondiente al servicio solicitado. se toman datos para el llenado de formatos de Papanicolaou y mastografías
SALIDA	Producto o Servicio	recetas, certificados médicos, pruebas de antidoping, dictámenes médicos y certificaciones de análisis prenupciales
	Usuario o Cliente	Área medica
	Procedimiento	Se entrega para el uso requerido

RELACIÓN SISTEMÁTICA

PROCEDIMIENTO 2: NUTRICION

ENTRADA	Insumos	Consulta de Nutrición
	Proveedor	La ciudadanía
	Procedimientos	Se toman datos del paciente y signos vitales, se otorga consulta de Nutrición y se da el documento correspondiente
SALIDA	Producto o Servicio	Formatos de llenado
	Usuario o Cliente	Área medica
	Procedimiento	Se entrega para su uso
	Insumos	Consulta de Nutrición





ENTRADA	Proveedor	La ciudadanía
	Procedimientos	Se toman datos del paciente y signos vitales, se otorga consulta de Nutrición y se da el documento correspondiente
SALIDA	Producto o Servicio	Formatos de llenado
	Usuario o Cliente	Área medica
	Procedimiento	Se entrega para su uso requerido

RELACIÓN SISTEMÁTICA

PROCEDIMIENTO 3: Barandilla

ENTRADA	Insumos	Exámenes de Alcoholemia
	Proveedor	La ciudadanía
	Procedimientos	Se toman datos del paciente y signos vitales y se hace el examen de alcohol
SALIDA	Producto o Servicio	Formatos de llenado
	Usuario o Cliente	Área de Barandilla
	Procedimiento	Se entrega para su uso requerido

ENTRADA	Insumos	Examen de Alcoholemias
	Proveedor	La ciudadanía
	Procedimientos	Se toman datos del paciente y signos vitales y se hace el examen de alcohol
SALIDA	Producto o Servicio	Formatos de llenado
	Usuario o Cliente	Área de Barandilla
	Procedimiento	Se entrega para su uso requerido





PROCEDIMIENTO 4: Unidad Médica Móvil de Atención a la Mujer

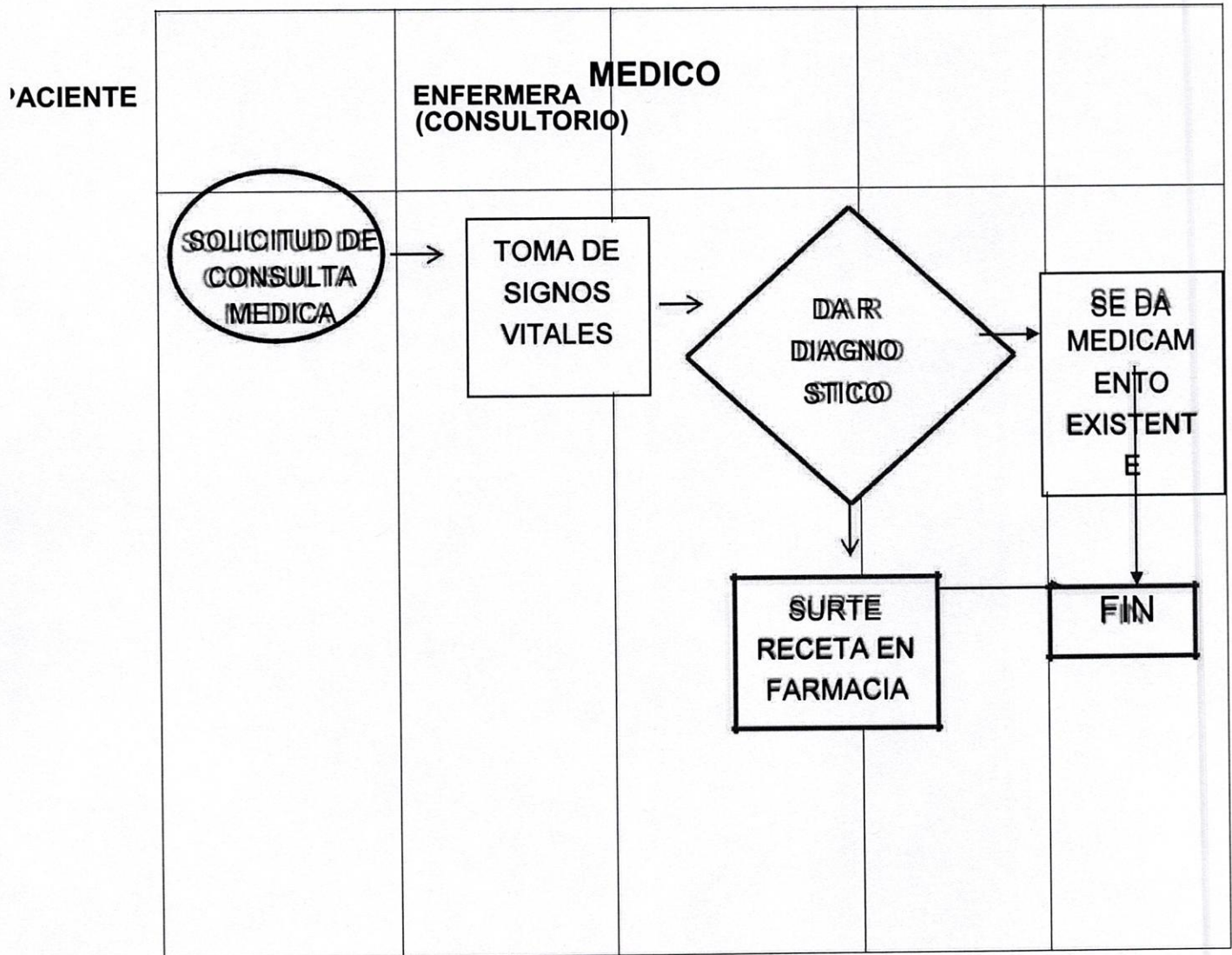
ENTRADA	Insumos	Examen de Papanicolaou y mastografía
	Proveedor	La ciudadanía
	Procedimientos	Se toman datos del paciente y signos vitales y se hace el examen de Papanicolaou y mastografía
SALIDA	Producto o Servicio	Formatos de llenado
	Usuario o Cliente	Unidad Médica (camión)
	Procedimiento	Se entrega para su uso requerido

ENTRADA	Insumos	Examen de Papanicolaou y Mastografía
	Proveedor	La ciudadanía
	Procedimientos	Se toman datos del paciente y signos vitales y se hace el examen de Papanicolaou y mastografía
SALIDA	Producto o Servicio	Formatos de llenado
	Usuario o Cliente	Unidad Médica (camión)
	Procedimiento	Se entrega para su uso requerido





1. DIAGRAMA DE FLUJO

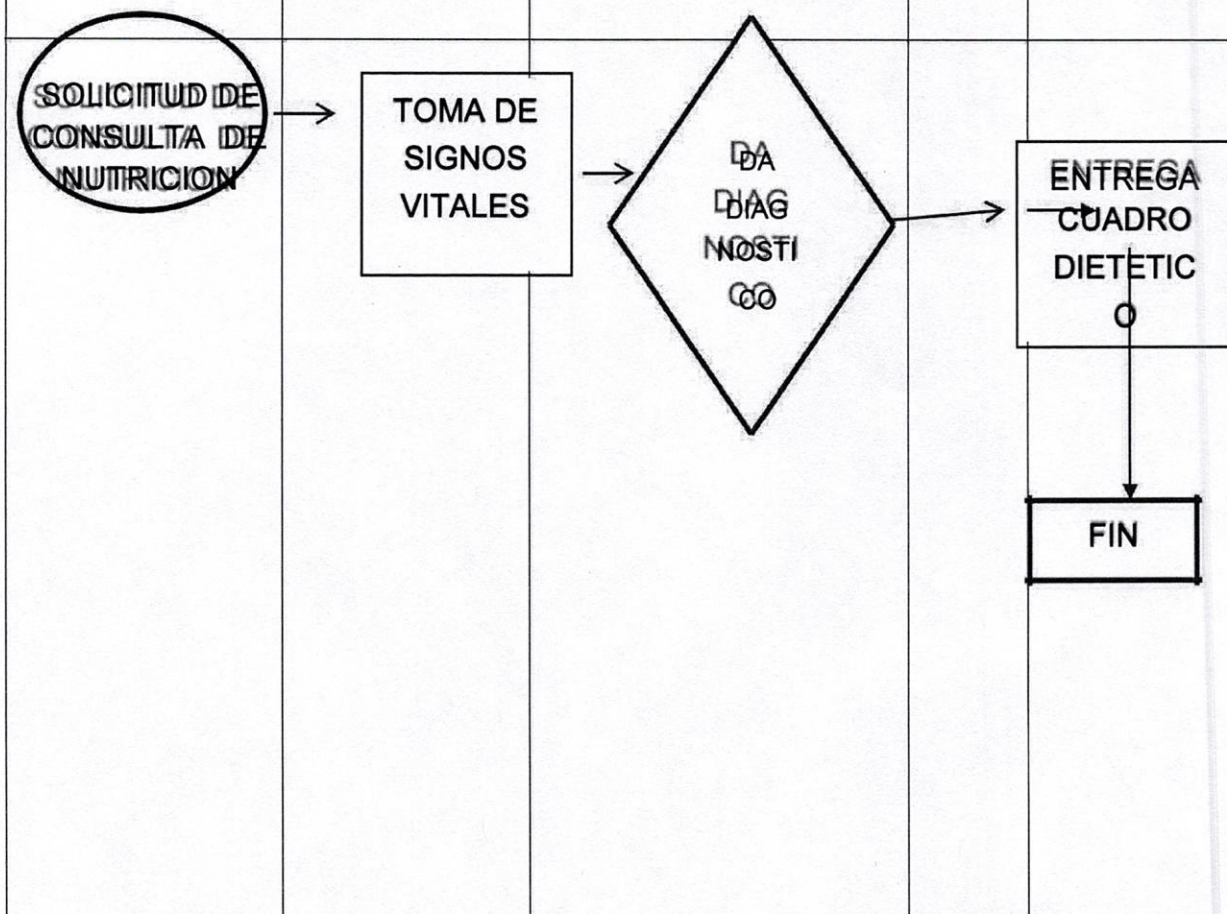


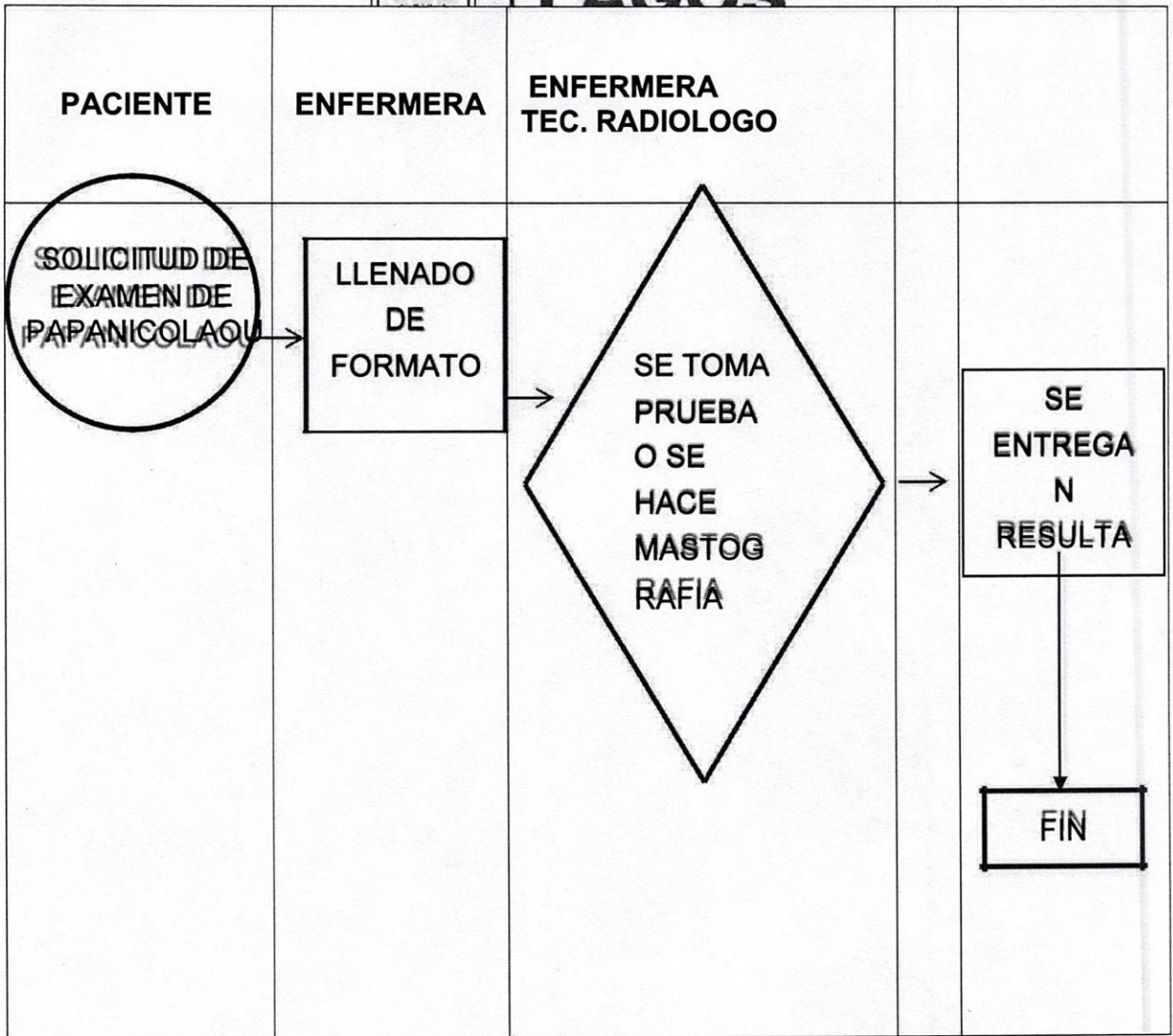


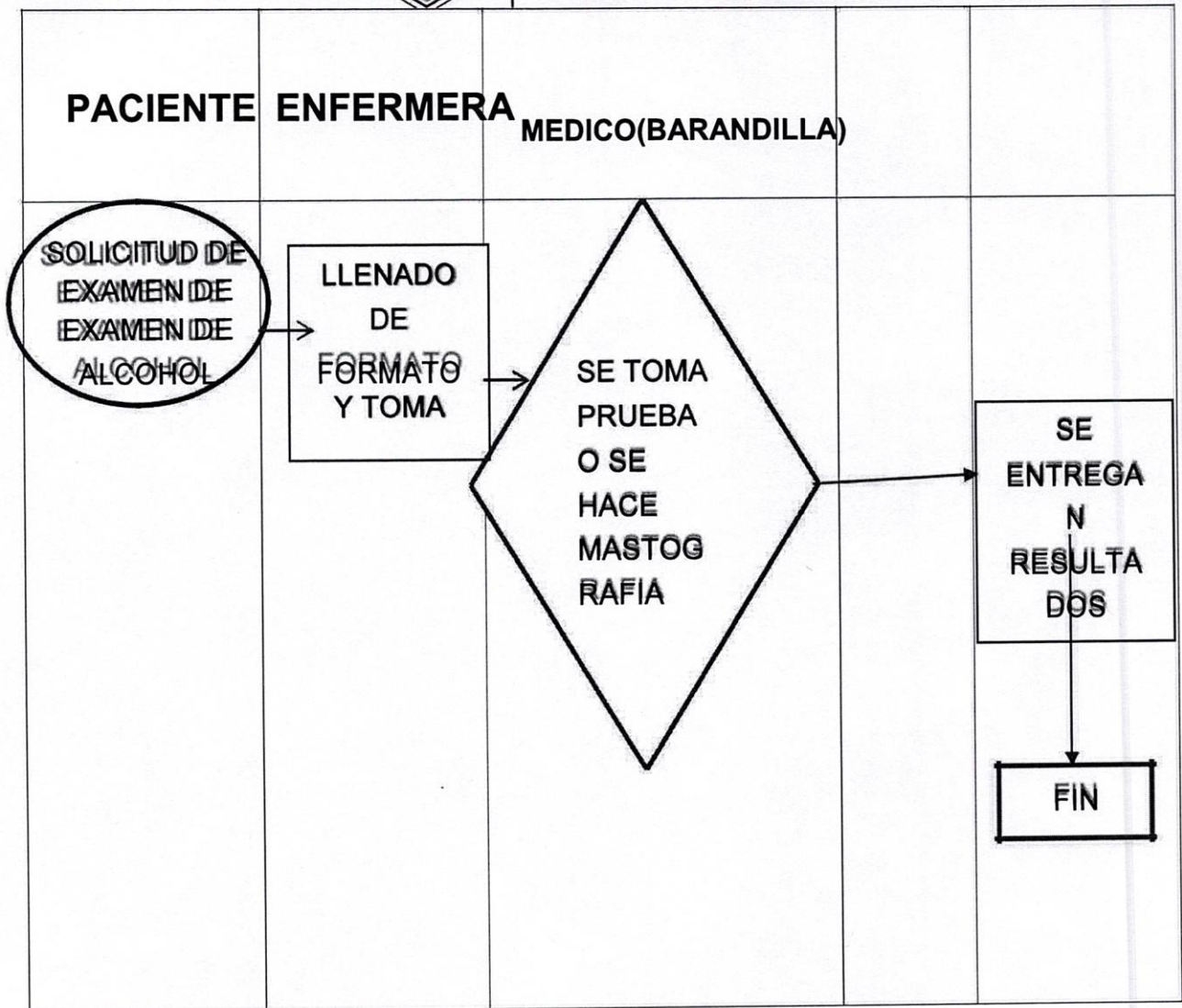
ACIENTE

ENFERMERA
(CONSULTORIO)

NUTRIOLOGA









2. DESCRIPCIÓN

Instrucciones de llenado:

- h) Registre el número consecutivo de la actividad.
- i) Registre el puesto y área del responsable de llevar a cabo la actividad.
- j) Registre las actividades sustantivas y explique Quién, Qué, Cómo, Cuándo y con Qué. Piense solo en actividades que agreguen valor.
- k) Registre el nombre del formato o documento que se utiliza para realizar la actividad.

No.	Responsable (puesto y área)	Actividad	Formato de guías y plantillas
1	Medico Municipal en la Dirección de Salud Municipal	Realiza consultas médicas, historia clínica, certificados médicos, pruebas de antidoping, reportes epidemiológicos y partes de lesiones.	Formatos y recetas medicas
2	Área de enfermería en la Dirección de salud Municipal	Encargada de checar signos vitales, curaciones, aplicación de sueros, medicamentos y determinación de glucosa.	Hoja diaria de productividad
3	Medico Municipal en el Área de Barandilla	Encargado de hacer dictámenes médicos a los detenidos	formato
4	Tec. Radiólogo y enfermera en la Unidad Médica Móvil de Atención a la Mujer	Toma de prueba para la detección de cáncer cervicouterino y mastografías.	formato
5	Radiólogo	Interpretación de mastografías	formatos
6	Citotecnólogo	Lectura de Citología	Formatos





3. ANEXOS

Aquí se anexan los formatos y demás documentos que se requieren en el desarrollo de los procedimientos. (Agregar archivos de imagen pdf, tif, jpg)

SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES
Lagos de Moreno, Jal.
CERTIFICADO MÉDICO
FOLIO N° 1351

EL QUE SUSCRIBE MÉDICO DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN HACE DE CONOCIMIENTO QUE:

C. _____

SEXO ☐ M ☐ F EDAD _____ ESTADO CIVIL _____

CON LOS SIGUIENTES HALLAZGOS

EXPLORACIÓN FÍSICA

PESO ☐ TALLA ☐ IMC ☐ T/A ☐ FC ☐ FR ☐ T ☐

AGUDEZA VISUAL _____ OD _____ OS _____

CARDIORESPIRATORIO

RUIDOS CARDIACOS	☐ RÍTMICOS	☐ ARRÍTMICOS
SOPLO CARDIACO	☐ SI	☐ NO
RUIDOS RESPIRATORIOS	☐ NORMALES	☐ ANORMALES
FOCOS DE CONDENSACIÓN	☐ SI	☐ NO
ZONAS DE DERRAME	☐ SI	☐ NO
TRANSMISIÓN, VIBRACIÓN VOCAL	☐ SI	☐ NO

ABDOMEN

DOLOROSO	☐ SI	☐ NO
VICEROMEGALIA	☐ SI	☐ NO
ASCITIS	☐ SI	☐ NO
PERISTALSIS	☐ SI	☐ NO
DATOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL	☐ SI	☐ NO





NEUROLOGICO	GLOSGOW	RM	R.V.
	MARCHA	NORMAL	ANORMAL
		☐ SI	☐ NO
	ALTERACIÓN DE PARES CRANEALES	☐ SI	☐ NO
EXTREMIDADES	ASIMETRÍA	☐ SI	☐ NO
	EDEMA	☐ SI	☐ NO
	ROTS	PRESENTES	AUSENTES
	ARTICULACIONES AFECTADAS	☐ SI	☐ NO

DURANTE LA EXPLORACIÓN FÍSICA EL PACIENTE MUESTRA RASGOS QUE ORIENTEN A UNA BUENA SALUD MENTAL POR LOS HALLAZGOS ANTERIORES SE CONCLUYE QUE EL SOLICITANTE SE CONSIDERA CLÍNICAMENTE COMO PERSONA ☒ SANA O ☐ ENFERMA Y SE CONSIDERA ☒ APTO ☐ NO APTO PARA DESEMPEÑAR ACTIVIDADES FÍSICAS Y/O INTELECTUALES SE SUGIERE QUE SEA EVALUADO POR

ATENTAMENTE DR. _____ CÉDULA _____
CALLE JUÁREZ ESQ. FRANCISCO GONZÁLEZ LEÓN S/N ZONA CENTRO C.P. 47400 LAGOS DE MORENO, JAL.
TELS. 01-474-741-21-21, 741-21-00 y 742-04-01

☐ NO	☐ SI	FOCOS DE CONDENSACIÓN
☐ NO	☐ SI	ZONAS DE DERRAME
☐ NO	☐ SI	TRANSMISIÓN VIBRACIÓN VOCAL
☐ NO	☐ SI	ABDOMEN
☐ NO	☐ SI	DEBILIDAD
☐ NO	☐ SI	VIBROMEGALIA
☐ NO	☐ SI	ASCITIS
☐ NO	☐ SI	PERISTALTIA
☐ NO	☐ SI	DATOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL





PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER
CERVICU UTERINO
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA
SALUD

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD
1. INSTITUCIÓN _____ 2. ENTIDAD/DELEGACIÓN _____ 3. JURISDICCIÓN _____
4. MUNICIPIO _____ 5. UNIDAD MÉDICA _____

II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE
CLAVE DE LA PACIENTE _____
6. NOMBRE _____ 7. ENTIDAD DE NACIMIENTO _____ 8. FECHA DE NACIMIENTO _____ 9. EDAD _____
10. DOMICILIO _____
11. OTRO DOMICILIO _____
DERECHO HABIENTE: 1. IMSS 2. ISSSTE 3. PEMEX 4. SEGURO POPULAR 5. SSA 6. SEDENA 7. SEDEMAR 8. IMSS OPORTUNIDADES 9. DIT 10. OTRO

III. PRUEBA DE HÍBRIDOS PAPILOMA VIRUS
PRUEBA DE HIBRIDACIÓN: 1. SI 2. NO
FECHA DE ESTUDIO ANTERIOR _____ FECHA DE TOMA _____
FECHA DE INTERPRETACIÓN _____ TIPO DE TOMA: 1. TOMA DISCIDA 2. AUTENÚA
RFC RESPONSABLE DE TOMA _____ RESULTADO DE HIBRIDACIÓN: 1. NEGATIVO 2. POSITIVO
FECHA DE ENTREGA DE RESULTADOS _____

IV. ANTECEDENTES
12. CITOLOGÍA: 1. PRIMERA VEZ EN LA VIDA 2. PRIMERA VEZ DESPUÉS DE 3 AÑOS 3. SUBSECUENTE
13. SITUACIÓN: 1. PUESTO O POSTABORTO 2. POSTMENOPAUSIA 3. USO DE HORMONALES 4. DIU 5. INTERFERENCIA 6. TRATAMIENTO PARANEOLÓGICO 7. EMBARAZO ACTUAL 8. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PREVILO 9. NINGUNO
13.1. INICIO DE VIDA SEXUAL: 1. SI 2. NO
13.2. ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN VPH: 1. SI 2. NO
14. FECHA DE ÚLTIMA REGIA: _____
15. A LA EXPLORACIÓN SE OBSERVA: 1. CUELLO APARENTEMENTE SANO 2. CUELLO ANORMAL 3. EROSIÓN DEL CUELLO
4. CERVICITIS 5. LEUCORRÉA 6. SANGRADO ANORMAL 7. NO SE OBSERVA EL CUELLO
16. ÚTILIZADO CON EL QUE TOMÓ LA MUESTRA: 1. ESPÁTULA DE AYRE MODIFICADA 2. CITOBRAZIL 3. HISSPO
4. OTRO: ESPECIFIQUE: _____
17. RESPONSABLE DE LA TOMA CITOLÓGICA: _____
18. FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA: _____
19. FACTORES DE RIESGO: 1. INICIO DE RELACIONES SEXUALES ANTES DE LOS 18 AÑOS 2. MÚLTIPLES PARNEROS SEXUALES 3. ANTECEDENTES DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 4. TABAQUISMO 5. NINGUNO
20. CUENTA CON CARTILLA NACIONAL DE SALUD DE LA MUJER: 1. SI 2. NO
21. MUESTRA RESULTA: 1. SI 2. NO 21.1. NÚMERO CITOLÓGICO ANTERIOR: _____

V. RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL
22. FECHA DE INTERPRETACIÓN _____ 23. NÚMERO CITOLÓGICO _____
24. LABORATORIO: _____ 25. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA: 1. ADECUADA 2. INADECUADA
26. DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO: 1. DENTRO DEL LÍMITE NORMAL (NEGATIVO A CÁNCER) 2. CAMBIOS REACTIVOS POR INFLAMACIÓN 3. CAMBIOS CELULARES BENIGNOS SUGERENTES DE: 1. INFECCIÓN POR TRICOMONAS 2. INFECCIÓN POR CANDIDIASIS 3. INFECCIÓN POR COCCIDIOS 4. INFECCIÓN POR ACTINOMYCELES 5. INFECCIÓN POR VIRUS DEL HERPES SIMPLE 6. CAMBIOS REACTIVOS POR INFLAMACIÓN 7. ATROFIA 8. CAMBIOS REACTIVOS POR RADICACIÓN 9. CAMBIOS REACTIVOS POR DIU 10. CELULAS ESCAMOSAS ATÍPICAS (ASC) 11. LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO (LEIB) 12. LEIB/HPV 13. LEIB/HPV 14. LEIB/HPV 15. LEIB/HPV 16. LEIB/HPV 17. LEIB/HPV 18. CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS / CÁNCER INVASOR 19. CELULAS GIGANTOFORMES 20. CELULAS ENDOMETRIALES BENIGNAS EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS 21. IN SITU 22. ENDOMETRIAL 23. ENDOCERVICAL
27. REPETIR ESTUDIO: 1. SI 2. NO
28. MOTIVO: 1. ANTIFECUNDANTES, INFLAMACIÓN Y/O INFECCIÓN EN MÁS DEL 75% DEL EXTENDIDO 2. LAMINILLA ROTA 3. FROTIS GRUESO 4. MUESTRA MAL FIJADA 5. OTROS: ESPECIFIQUE: _____
29. RFC DEL CITOTECNÓLOGO(A): _____
30. LA MUESTRA FUE REVISADA POR EL PATÓLOGO(A): 1. SI 2. NO
30.1. DIAGNÓSTICO DEL PATÓLOGO(A) (DE ACUERDO A NOMENCLATURA DEL REACTIVO NO. 26): _____
31. RFC DEL PATÓLOGO(A): _____





PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER
CERVICO UTERINO
SOLICITUD DE REPORTE DE RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL

SECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

GOBIERNO FEDERAL
SALUD

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

1. INSTITUCIÓN _____ 2. ENTIDAD/DELEGACIÓN _____ 3. JURISDICCIÓN _____
4. MUNICIPIO _____ 5. UNIDAD MÉDICA _____

II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

CLAVE DE LA PACIENTE _____

6. NOMBRE _____ 7. ENTIDAD DE NACIMIENTO _____ 8. FECHA DE NACIMIENTO _____ 9. EDAD _____
10. DOMICILIO _____ 11. OTRO DOMICILIO _____

12. DERECHOABIERENCIA: 1. IMSS 2. ISSSTE 3. PEMEX 4. SEGURO POPULAR 5. SSA 6. SEDENA 7. SEDEMAR 8. IMSS OPORTUNIDADES 9. DIF 10. OTRO

III. PRUEBA DE HÍBRIDOS PAPILOMA VIRUS

PRUEBA DE HÍBRIDACIÓN: 1. SI 2. NO
FECHA DE ESTUDIO ANTERIOR: _____
FECHA DE INTERPRETACIÓN: _____
FECHA DE TOMA: _____
FECHA DE ENTREGA DE RESULTADOS: _____

NÚMERO DE TOMA: _____
RESULTADO DE HÍBRIDACIÓN: 1. NEGATIVO 2. POSITIVO
TIPO DE TOMA: 1. TOMA DIFERIDA 2. AUTÓNOMA

RFC RESPONSABLE DE TOMA: _____

IV. ANTECEDENTES

12. CITOLOGÍA: 1. PRIMERA VEZ EN LA VIDA 2. PRIMERA VEZ DESPUÉS DE 3 AÑOS 3. SUBSECUENTE
13. SITUACIÓN GINECOESTRÓICA: 1. FUERTE O POSTORIO 2. POSTORIO 3. LIGERO O NORMAL 4. OTRO 5. NINGUNO
14. FECHA DE ÚLTIMA REGIA: _____
15. A LA EXPLORACIÓN SE OBSERVA: 1. CUELLO APARENTEMENTE SANO 2. CUELLO ANORMAL 3. EROSIÓN DEL CUELLO
16. USUARIO CON EL QUE TOMÓ LA MUESTRA: 1. ESPÁTULA DE AYRE MODIFICADA 2. CYTOBRUSH 3. HISOP
17. RESPONSABLE DE LA TOMA CITOLÓGICA: _____
18. FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA: _____
19. FACTORES DE RIESGO: 1. INICIO DE RELACIONES SEXUALES ANTES DE LOS 18 AÑOS 2. MÚLTIPLES PARTNERES SEXUALES 3. ANTECEDENTES DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 4. TABAQUISMO 5. NINGUNO
20. CUENTA CON CARTILLA NACIONAL DE SALUD DE LA MUJER: 1. SI 2. NO
21. MUESTRA REPETIDA: 1. SI 2. NO
21.1 NÚMERO CITOLÓGICO ANTERIOR: _____

V. RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL

22. FECHA DE INTERPRETACIÓN: _____ 23. NÚMERO CITOLÓGICO: _____
24. LABORATORIO: _____ 25. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA: 1. ADECUADA 2. INADECUADA

26. DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO: 1. SI 2. NO

1. DENTRO DEL LÍMITE NORMAL (NEGATIVO A CÁNCER)
2. POSITIVO POR PRUEBA INFLAMATORIA
3. CAMBIOS CELULARES REAGENTES SUGERENTES DE:
4. INFECCIÓN POR TRICOMONAS
5. INFECCIÓN POR COCCIDIOSPORIDIOSIS
6. INFECCIÓN POR ACTINOMYCETOSIS
7. CAMBIOS REACTIVOS POR INFLAMACIÓN
8. OTRO

9. CAMBIOS REACTIVOS POR RADIACIÓN
10. CAMBIOS REACTIVOS POR OCU
11. CELULAS ESCAMOSAS ATÍPICAS (ASC)
12. LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO (LSIL)
13. LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO (HSIL)
14. LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO (LSIL)
15. LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO (HSIL)
16. LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO (HSIL)

17. LEIOMYOMA IN SITU (NIC 3)
18. CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS / CÁNCER INVASOR
19. CELULAS ENDOMETRIALES BENIGNAS EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS
20. CELULAS GLANDULARES ATÍPICAS
21. IN SITU
22. ENDOMETRIAL
23. ENDOCERVICAL

27. REPETIR ESTUDIO: 1. SI 2. NO
28. MOTIVO: 1. ARTIFICIOS, HEMORRAGIA, INFLAMACIÓN Y/O BIENES EN MÁS DEL 75% DEL EXTENDIDO 2. LAMINILLA ROTA 3. MUESTRA MAL FIJADA 4. OTROS, ESPECIFIQUE: _____

29. RFC DEL CITOTECNÓLOGO(A): _____
30. LA MUESTRA FUE REVISADA POR EL PATÓLOGO(A): 1. SI 2. NO
30.1 DIAGNÓSTICO DEL PATÓLOGO(A) (DE ACUERDO A NOMENCLATURA DEL REACTIVO No. 26): _____
31. RFC DEL PATÓLOGO(A): _____





SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA
ESTUDIO DE DETECCIÓN
ANTES DE LLENAR, FAVOR DE LEER EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD FECHA: ____/____/____

1. Institución: SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
2. Entidad/Delegación/Subdelegación/Zona Militar: _____
3. Jurisdicción: REGIÓN SANITARIA NO. II
4. Municipio: _____
5. Unidad médica: _____

II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

6. Nombre: Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____
7. Entidad de nacimiento: _____ 8. CURP: _____
9. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 10. Residencia actual: _____
Domicilio: Calle y número _____ Colonia _____ Localidad _____ 10.1 Municipio o delegación _____
10.2 Entidad federativa _____ 10.3 Jurisdicción _____ Teléfono _____
11. Tiempo de residencia actual: 1) Menos de 1 año 2) De 1 a 5 años 3) Más de 5 años
10.4 _____
10.5 _____
10.6 _____
10.7 _____
10.8 _____
10.9 _____
10.10 _____
10.11 _____
10.12 _____
10.13 _____
10.14 _____
10.15 _____
10.16 _____
10.17 _____
10.18 _____
10.19 _____
10.20 _____
10.21 _____
10.22 _____
10.23 _____
10.24 _____
10.25 _____
10.26 _____
10.27 _____
10.28 _____
10.29 _____
10.30 _____
10.31 _____
10.32 _____
10.33 _____
10.34 _____
10.35 _____
10.36 _____
10.37 _____
10.38 _____
10.39 _____
10.40 _____
10.41 _____
10.42 _____
10.43 _____
10.44 _____
10.45 _____
10.46 _____
10.47 _____
10.48 _____
10.49 _____
10.50 _____
10.51 _____
10.52 _____
10.53 _____
10.54 _____
10.55 _____
10.56 _____
10.57 _____
10.58 _____
10.59 _____
10.60 _____
10.61 _____
10.62 _____
10.63 _____
10.64 _____
10.65 _____
10.66 _____
10.67 _____
10.68 _____
10.69 _____
10.70 _____
10.71 _____
10.72 _____
10.73 _____
10.74 _____
10.75 _____
10.76 _____
10.77 _____
10.78 _____
10.79 _____
10.80 _____
10.81 _____
10.82 _____
10.83 _____
10.84 _____
10.85 _____
10.86 _____
10.87 _____
10.88 _____
10.89 _____
10.90 _____
10.91 _____
10.92 _____
10.93 _____
10.94 _____
10.95 _____
10.96 _____
10.97 _____
10.98 _____
10.99 _____
10.100 _____

III. FACTORES DE RIESGO

12. Edad de presentación de la menarca: _____
13. Nullipara: ☐ Sí ☐ No
14. Edad del primer embarazo: _____
15. Presencia menopausia: _____
16. Edad de presentación de la menopausia: _____
17. Antecedente de detección: 1) Autoexploración 2) Examen clínico 3) Mamografía 4) Otra _____ 5) Ninguna
18. Antecedente de Terapia de reemplazo hormonal: _____
19. Tiempo de utilización: _____
20. En que familiares tiene antecedentes de cáncer mamario: 1) Madre 2) Hermana 3) Hija 4) 1 y 2 5) 1 y 3 6) 2 y 3 7) Otro _____ 8) Ninguno
21. Antecedente personal de cáncer mamario: _____
22. Antecedente personal de hiperplasia atípica: _____
23. Otros factores de riesgo: _____

IV. DATOS CLÍNICOS

24. Signos clínicos: 1) Tumefacción palpable 2) Ulcera y/o escoriación del pezón 3) Secreción por el pezón 4) Retracción o fijación del pezón 5) Otros de Mamma 6) Ganglios axilares y/o supraclav. Palpables 7) Cambios en la coloración de la piel 8) Asimetría en las mamas 9) Retracción cutánea 10) Ninguno
25. Localización: AXILA: 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
26. Nombre, firma y RFC del responsable de la Inspección Clínica: _____
27. Fecha de inspección: ____/____/____
28. Lugar de inspección: _____
29. Nombre y cargo del responsable: _____
30. Firma y sello del responsable: _____





PROGRAMA DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD
ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD
1. INSTITUCIÓN SECRETARÍA DE SALUD JALISCO 7. ENTIDAD JALISCO
3. CLUES JCSSA9004645 4. JURISDICCIÓN LAGOS DE MORENO JALISCO, II, ALTOS NORTE
5. MUNICIPIO 6. UNIDAD MÉDICA UNIDAD MÓVIL DE MASTOGRAFÍA

II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE
7. CLAVE INSTITUCIONAL 8. CURP
9. NOMBRE APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE 10. EDAD
11. ENTIDAD DE NACIMIENTO 12. FECHA DE NACIMIENTO
13. DIRECCIÓN CALLE MUNICIPIO COORDENADAS C.P.
14. DERECHO HABIENTE ☐ LABORATORIAL 2556 JIMES ALBERTO SANCHEZ CASPERA 7, 14 DE MARIL RUCOS DIVERSOS 9. DERECHO

III. ANTECEDENTES
15. DE MASTOGRAFÍA ☐ 1. SI 2. NO 16. FECHA DE ÚLTIMA MASTOGRAFÍA DIA MES AÑO 17. RESULTADO BIOPSIA ☐

IV. MASTOGRAFÍA
18. MODALIDAD DE MASTOGRAFÍA
I. TAMIZAJE ☒ II
11. INVITACIÓN ORGANIZADA
12. DERIVADA POR PATRÓN DE SALUD
13. EMERGENCIA (DE LA MUJER)
II. DIAGNÓSTICA ☐
21. POR SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA
22. CONTROL PATOLOGÍA BENIGNA
23. CONTROL PATOLOGÍA MALIGNA

19. FECHA DE TOMA DE LA MASTOGRAFÍA DIA MES AÑO 20. MASTOGRAFÍA TÉCNICAMENTE ADECUADA ☐ 3. SI 2. NO
1. IMAGEN INCOMPLETA DE LA MAMA ☐ 2. BAO CENTRISTE ☐ 3. BAO RESOLUCIÓN ☐ 4. ANTICTASIS ☐ 5. MAL POSICIONAMIENTO ☐ 6. OTRO

21. FECHA DE INTERPRETACIÓN DE LA MASTOGRAFÍA DIA MES AÑO 22. RESULTADO Y HALLAZGOS DE LA MASTOGRAFÍA

HALLAZGOS	DET.	IZD.
1. TUMOR		
2. ASIMETRÍA		
3. DEFORMIDAD		
4. CALCIFICACIÓN		
5. DENSIDAD ASIMÉTRICA		
6. OTROS		
7. OBSERVACIONES:		

23. BIOPSIA
[0] ESTUDIO NO CONCLUYENTE
[1] MAMA NORMAL
[2] HALLAZGOS BENIGNOS
[3] PROBABLEMENTE BENIGNO
[4] PROBABLEMENTE MALIGNO
[5] MALIGNO

24. FECHA DE INFORME DE RESULTADOS A LA MUJER DIA MES AÑO

V. CONDUCTA A SEGUIR
25. REPETIR POR ESTUDIO INADECUADO ☐ 26. PROGRAMAR DETECCIÓN POR MASTOGRAFÍA EN 2 AÑOS ☐
27. REFERENCIA A GINECOLOGÍA PARA TRATAMIENTO DE PATOLOGÍA BENIGNA ☐ 28. REFERENCIA A EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA A UNIDAD

LECTOR RESULTADO RFC
Uno
Dos
Decisión
SAPJ 710929587





LAGOS DE MORENO
M. AYUNTAMIENTO 2018-2021

**CONSULTA EXTERNA
HISTORIA CLÍNICA**



FECHA _____
HORA DE ATENCIÓN _____

FICHA CLÍNICA

Nombre _____ Edad _____ Sexo: M F
Fecha de Nacimiento _____
Domicilio _____ Colonia _____
Teléfono _____ Derechohabiente a _____
Lugar de Origen _____ Lugar de Residencia _____

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

Menarca _____ Ritmo menstrual (f/d/c) _____ FUM _____ FPR _____
IVSA _____ FPP _____ FUP _____ Gesta _____ Para _____
Abortos _____ Cesáreas _____ Método anticonceptivo _____

PRINCIPIO Y EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO ACTUAL

EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso _____ Kg. Talla _____ cm TA _____ mmHg FC _____ x' FR _____ x'
Temp. _____ °C





NOMBRE Y FIRMA QUIEN RECIBE LAS LAMINILLAS

NOMBRE Y FIRMA QUIEN RECIBE LAS LAMINILLAS

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL 2012-2015



UNIDAD MÓVIL DE ATENCIÓN A LA MUJER
LAGOS DE MORENO, JAL
RELACIÓN DE CITOLOGÍAS (DOC)

LAGOS DE MORENO
AYUNTAMIENTO 2012-2015

CANTIDAD TOTAL DE CITOLOGÍAS: _____
FECHA _____

CITOLOGÍAS DE 35 A 64 AÑOS PV _____

No. DE CONTROL	NOMBRE	EDAD	CITOLOGIA DE CONTROL	FECHA DE LA TOMA	ULTIMA CITOLOGIA

NOMBRE Y FIRMA QUIEN ENTRE LAS LAMINILLAS

NOMBRE Y FIRMA QUIEN RECIBE LAS LAMINILLAS





DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES
H. AYUNTAMIENTO 2012 - 2015



LAGOS DE MORENO
RECONSTRUYENDO LA CIUDAD

Sección Médicos Dictaminadores

FOLIO
Nº 6914

Datos de la detención: Fecha _____ Hora _____
Patrulla No. _____ Agentes _____ Lugar _____
Nombre del Detenido _____
Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
Ocupación _____ Originario de _____
Padece de alguna enfermedad: (NO) (SI) Cuál? _____ Toma
medicamentos (NO) (SI) Cuál Medicamento: _____
Horario _____
Usa Lentes (NO) (SI) Agudeza Visual; Ojo Derecho _____
Ojo Izquierdo _____
Durmió la Noche Anterior (SI) (NO) Ha Consumido Alimentos (NO) (SI)
¿A qué hora el más reciente?: _____
Ha Ingerido Bebidas Alcohólicas (NO) (SI) ¿A qué hora las consumió? _____
Ha Utilizado: Marihuana (NO) (SI) La Última vez _____ Ha Utilizado: Cocaína (NO) (SI)
La Última vez _____ Ha Utilizado: Anfetaminas (NO) (SI) La Última vez _____
Ha Utilizado Otros _____ (NO) (SI) La Última vez _____
EXPLORACIÓN FÍSICA: Signos Vitales: T.A. _____ Pulso _____ Respiración _____
Paciente Conciente: _____ Inconciente: _____
Lenguaje (locución) Coherente: Congruente (NL X XX XXX) Disartria (NL X XX XXX)
Orientación: Tiempo _____ Espacio _____ Lugar _____ Persona _____
Confusión _____ Delirio _____ Somnolencia _____ Estupor _____
Semicoma _____ Coma _____ Pupilas Tamaño O.D. _____ O.I. _____
Reflejos Foto Motor (NL X XX XXX) Consensual (NL X XX XXX) Conjuntivas: _____
Cara: Normal Pálida Pletórica
Equilibrio en pie: (NL X XX XXX) sentarse (NL X XX XXX) Romberg: (NL X XX XXX)
Caída _____ Marcha Lineal Recta (NL X XX XXX) Vuelta (NL X XX XXX) Punta
Talón (NL X XX XXX)
Nariz-Dedo-Nariz (O.A.) (NL X XX XXX) (O.C.) (NL X XX XXX)
Conducta: Cooperativo _____ Obediente _____
Cortés _____ Agresivo _____
Otros: _____
Aliento: Alcohólico (NO) (SI) Suave, Moderado, Intenso.
Prueba de alcohol Respiración, Sangre, Orina _____
Alcoholemia Clínica _____
Conclusiones _____
Lesiones: _____
Nombre del Médico _____ Cédula _____
Recibió _____

**LAGOS DE
MORENO**
H. AYUNTAMIENTO 2012 - 2015
DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL



[illegible]



FOUHO-14-025

SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES

LAGOS DE MORENO, JAL.
Av. Pedro Moreno Local 11-12, Col. Laureles del Campanario, Fracc. Casas del Sol.

NOTIFICACIÓN DE CASO MÉDICO-LEGAL

C. AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO,

Por este conducto me permito hacer de su conocimiento que siendo las: _____
horas del día _____ del mes de _____ del año _____ acudo a esta unidad
médica para dictamen de lesiones:

el (la) C. _____

De _____ años de edad, del sexo _____, estado civil _____ con
domicilio en:

Discada _____ No. _____ Correo _____ con

Municipio _____ Entidad Federativa _____
teléfono _____ quien se identifica con _____
(se anexa copia para archivo).

Descripción de lesiones:

LAGOS DE MORENO, JALISCO, A _____

Atentamente:

Nombre del médico _____ Cargo del médico _____

Firma _____ Fecha _____





LAGOS



LAGOS DE MORENO

Parte de Lesiones
Servicios Médicos Municipales
Ayuntamiento de Lagos de Moreno, Jalisco



Fecha _____ Hora _____ Nº 0453

Parte de Lesiones del C. _____ Edad _____ Sexo _____

Estado Civil _____ Ocupación _____ Estado de Ebriedad _____

Descripción de Lesiones

Lesiones que por su situación y naturaleza _____ ponen en peligro la vida y tardan _____ de quince días en sanar. SE IGNORAN SECUELAS.

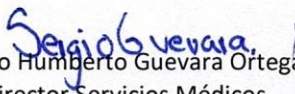
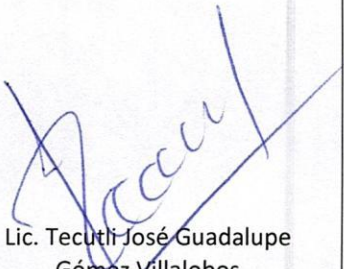
Nombre: _____ Cédula: _____

Hora de elaboración: _____





Autorización del documento:

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
 Sergio Humberto Guevara Ortega Director Servicios Médicos Municipales	 Martín Cedillo Facio Coordinador General de Administración e Innovación Gubernamental 	 Lic. Tecutli José Guadalupe Gómez Villalobos Presidente Constitucional de Lagos de Moreno Jalisco. 

C. DE ADMINISTRACIÓN
H. AYUNTAMIENTO
2018 - 2021
LAGOS DE MORENO, JAL.

LAGOS DE MORENO
RECONSTRUYENDO LA CIUDAD
H. AYUNTAMIENTO 2018-2021



PALACIO MUNICIPAL, JUÁREZ
ESQ. FRANCISCO GONZÁLEZ LEÓN S/N
ZONA CENTRO C.P. 47400
LAGOS DE MORENO, JALISCO.
www.lagosdemoreno.gob.mx



474 74 121 21
474 74 121 00
474 74 204 01



**LAGOS DE
MORENO**
PUEBLO MÁGICO