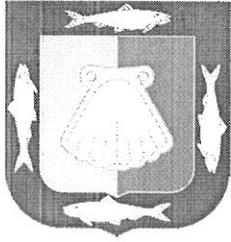


Manual de Procedimientos

Secretaría de Salud de Baja California Sur

Dirección de Servicios de Salud

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

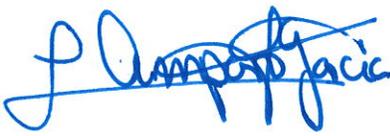
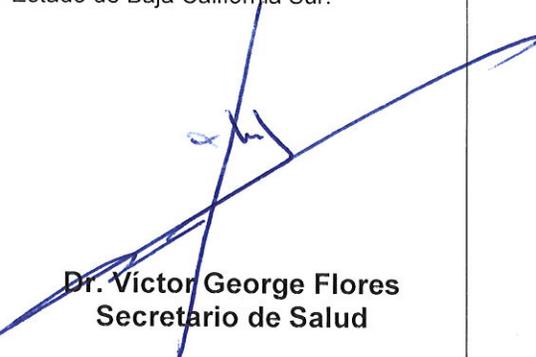


Manual de Procedimientos

Secretaría de Salud de Baja California Sur

Dirección de Servicios de Salud

Control de Emisión

Elaboró	Presentó	Aprobó
 <p>M.S.P. Lorenza Amparo García Quiroz Subdirectora de Salud a la Comunidad</p>	 <p>Dr. Heriberto Soto Haro Director de Servicios de Salud</p>	<p>Aprobado de acuerdo a lo establecido en el artículo 20 fracción V de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Baja California Sur.</p>  <p>Dr. Víctor George Flores Secretario de Salud</p>

Contenido	Página
I. Introducción	8
II. Organigrama	9
III. Objetivo del manual	10
IV. Presentación de los procedimientos	11
1. Realizar campañas de promoción y difusión de los programas de salud	12
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	
2. Operación de comités, grupos técnicos y comisiones	17
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	
3. Coordinación de la comisión estatal de enfermería	22
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	
4. Evaluación de planes y programas educativos de enfermería	26
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	
5. Peticiones ciudadanas nivel estatal	30
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	
6. Atención de peticiones ciudadanas nivel federal	34
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	

Contenido	Página
7. Vigilancia epidemiológica convencional	38
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	
8. Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles	47
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	
9. Vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles	59
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	
10. Vigilancia epidemiológica hospitalaria RHOVE	73
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	
11. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad	85
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	
12. Realizar la vinculación intersectorial para la promoción de la salud	91
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	
13. Promover la certificación de entornos favorables a la salud	98
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	

Contenido	Página
14. Coordinar la jornada nacional y de reforzamiento de vacunación antirrábica canina y felina	108
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	
15. Coordinar la esterilización quirúrgica de perros y gatos	120
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	
16. Realizar estudio de foco rábico	128
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	
17. Evaluación de resistencia y eficacia de larvicidas y adulticidas	134
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	
18. Seguimiento de casos de chagas	140
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	
19. Seguimiento de la estrategia de tamiz auditivo neonatal	148
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	
20. Seguimiento de la estrategia de búsqueda intencionada y reclasificación de muerte materna	155
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	

Contenido	Página
21. Conformación de grupos para la intervención en reeducación para víctimas y agresores	161
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	
22. Conformación de grupos para la intervención en acciones preventivas en la adolescencia	168
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	
23. Estrategia estatal de vasectomía sin bisturí	174
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	
24. Planeación de rutas de unidades médicas móviles	179
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	
25. Conformación del consejo estatal de vacunación	186
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	
26. Referencia y contrareferencia	191
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	
27. Integración de información interinstitucional de atención hospitalaria	199
Objetivo	
Alcance	
Normas de operación	
Descripción narrativa	
Diagrama de flujo	

Contenido

V. Bibliografía

Página

205

VI. Glosario

206

I. Introducción

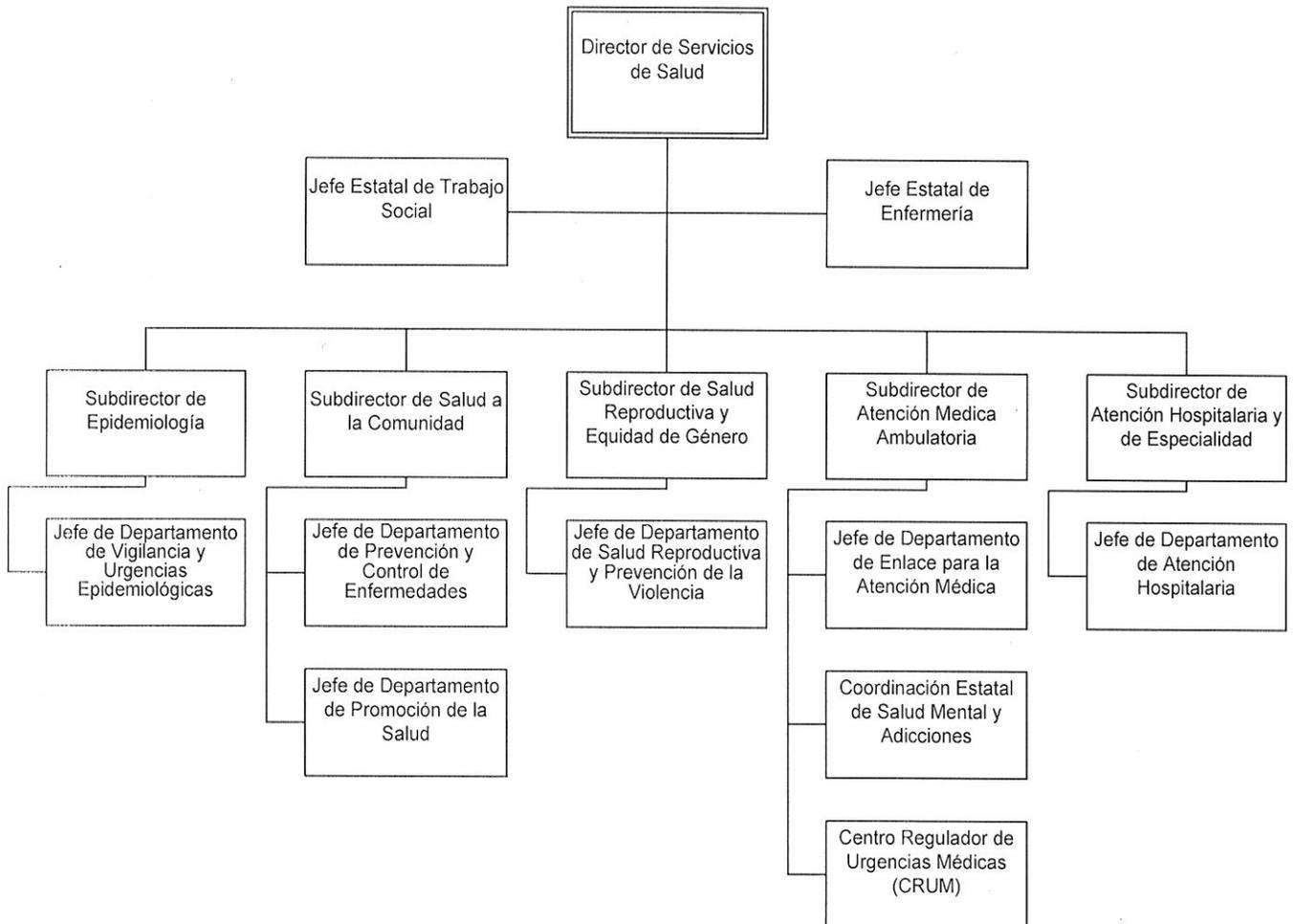
El presente manual de procedimientos contiene la descripción de los principales procedimientos que realiza el personal de la Dirección de Servicios de Salud del Instituto de Servicios de Salud de Baja California Sur, necesarios para el cumplimiento de las funciones que son de su competencia.

Este documento técnico normativo, contiene la descripción de los procedimientos, determinando en cada uno de ellos en forma ordenada, secuencial y detallada las actividades a seguir para su desarrollo, contiene su objetivo, alcance, normas de operación, la secuencia de actividades especificando las áreas que en el intervienen, diagrama de flujos y anexos.

El manual de procedimientos se constituye como un instrumento de apoyo, orientación y consulta, es de observancia general; su actualización se realizará cuando se presenten cambios en la ejecución de los procedimientos que en el documento se presentan.

En la elaboración del presente manual, han participado todas y cada una de las subdirecciones que comprende la Dirección de Planeación y Desarrollo, siendo esta la coordinadora de los trabajos realizados, así como la encargada de su supervisión y cumplimiento.

II. Organigrama

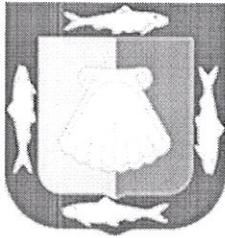


III. Objetivo del manual

Contar con un instrumento normativo de apoyo administrativo que permita conocer de manera clara y precisa las actividades a realizar en cada uno de los procesos que se desarrollan en la Dirección de Servicios de Salud estableciendo los mecanismos de coordinación, que permita a los servidores públicos la ejecución de las labores encomendadas, con la finalidad de coadyuvar al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

IV. Presentación de los procedimientos

1. Realizar campañas de promoción y difusión de los programas de salud.
2. Operación de comités, grupos técnicos y comisiones.
3. Coordinación de la comisión estatal de enfermería.
4. Evaluación de planes y programas educativos de enfermería.
5. Peticiones ciudadanas nivel estatal.
6. Atención de peticiones ciudadanas nivel federal.
7. Vigilancia epidemiológica convencional.
8. Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles.
9. Vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles.
10. Vigilancia epidemiológica hospitalaria RHOVE.
11. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad.
12. Realizar la Vinculación Intersectorial para la Promoción de la Salud.
13. Promover la Certificación de entornos favorables a la salud.
14. Coordinar las semanas nacional y de reforzamiento de vacunación antirrábica canina y felina.
15. Coordinar la esterilización quirúrgica de perros y gatos.
16. Realizar estudio de foco rábico.
17. Evaluación de resistencia y eficacia de larvicidas y adulticidas.
18. Seguimiento de casos de chagas.
19. Seguimiento de la estrategia de tamiz auditivo neonatal.
20. Seguimiento de la estrategia de búsqueda intencionada y reclasificación de muerte materna.
21. Conformación de grupos para la intervención en reeducación para víctimas y agresores.
22. Conformación de grupos para la intervención en acciones preventivas en la adolescencia.
23. Estrategia estatal de vasectomía sin bisturí.
24. Planeación de rutas de unidades médicas móviles.
25. Conformación del Consejo Estatal de Vacunación.
26. Referencia y contrarreferencia.
27. Integración de información interinstitucional de atención hospitalaria.



Dirección de Servicios de Salud

Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad

Realizar campañas de promoción y difusión de los programas de salud

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-01	
Nombre del procedimiento:	Realizar campañas de promoción y difusión de los programas de salud	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirecciones	Versión:	1.0
		Página:	2 de 5

Objetivo:	Establecer campañas de promoción y difusión de los programas de salud para promover de manera estratégica mensajes claves en beneficio de la población y de los grupos vulnerables de la entidad.
Alcance:	<p>Secretaria de Salud.</p> <p>Dirección de Servicios de Salud.</p> <p>Jefatura Estatal de Enfermería.</p> <p>Jefatura Estatal de Trabajo Social.</p> <p>Subdirección de Epidemiología.</p> <p>Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad.</p> <p>Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género.</p> <p>Subdirección de Atención Médica Ambulatoria.</p> <p>Subdirección de Atención Hospitalaria y de Especialidad.</p> <p>Departamento de Comunicación Social y de Relaciones Públicas.</p> <p>Jurisdicciones Sanitarias.</p>
Normas de operación:	<p>Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Baja California Sur.</p> <p>Manual de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.</p> <p>Normas Oficiales Mexicanas, lineamientos, Ley General de Salud, Plan de Desarrollo 2019-2024 y Reglamento interior de la Secretaria de Salud.</p> <p>Reglamento Interior de la Secretaria de Salud de Baja California Sur.</p> <p>Manual de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.</p>

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-01	
Nombre del procedimiento:	Realizar campañas de promoción y difusión de los programas de salud	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	3 de 5
		Tiempo:	Anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Secretario de Salud	Recibe lineamientos y metas establecidas para la campaña de promoción y difusión de los diferentes programas de salud por parte de la Federación y las turna al Director de Servicios de Salud.	Oficio y medios electrónicos.
2	Director de Servicios de Salud	Recibe las metas e instruye al área correspondiente para la planeación estratégica de la campaña.	Oficio y medios electrónicos.
3	Subdirectores	Recibe las metas e instruye al Programa de Salud correspondiente para la Planeación estratégica de campañas en base a las fuentes de financiamiento autorizadas.	Archivo electrónico.
4	Jefes de Departamento	Realiza la planeación y solicita la imagen de la campaña requerida.	Oficio y medios electrónicos.
5	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad	Recibe solicitud y la turna al Departamento de Promoción de la salud para su atención.	Oficio y medios electrónicos.
6	Jefe de Departamento de Promoción de la Salud	Diseña y/o adecua el material acorde a los lineamientos Federales y Estatales vigentes, los turna al Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad para su validación.	Medios electrónicos
7	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad	Revisa el material y se envía a la Unidad de Comunicación Social y Relaciones Públicas para su validación.	Oficio y medios electrónicos.
8		¿Cumple con los criterios de validación? Si: pasa a la actividad 9. No: realiza observaciones y pasa a la actividad 6.	Medios electrónicos
9	Jefe de Departamento de Promoción de la Salud	Recibe imagen de la campaña validada y se envía al Departamento correspondiente.	Medios electrónicos.

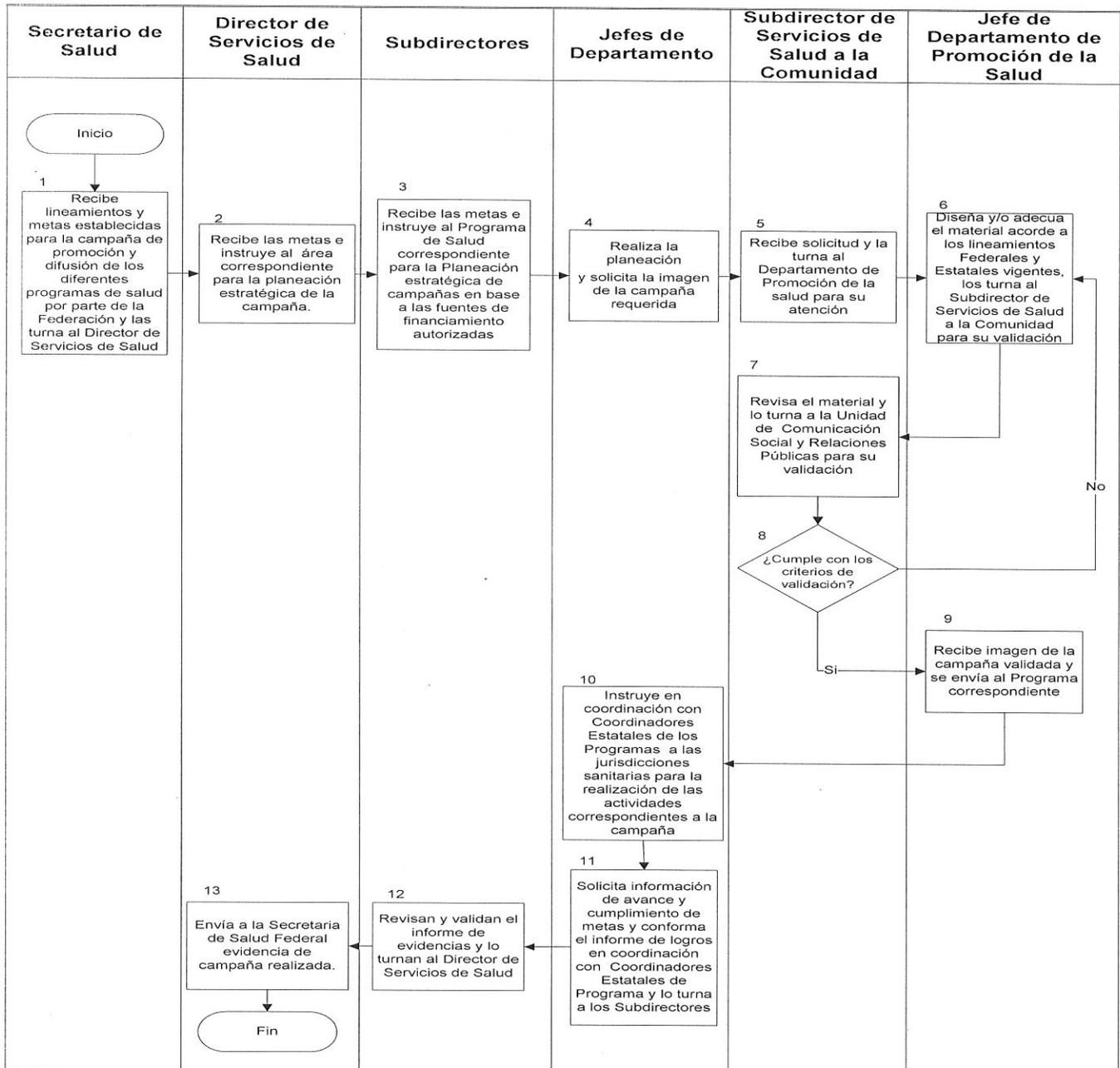
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-01	
Nombre del procedimiento:	Realizar campañas de promoción y difusión de los programas de salud	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	4 de 5
		Tiempo:	Anual

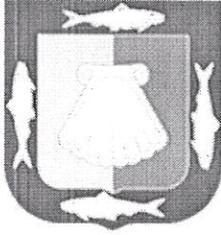
Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
10	Jefes de Departamento	Instruye en coordinación con Coordinadores Estatales de los Programas a las jurisdicciones sanitarias para la realización de las actividades correspondientes a la campaña.	Oficio y archivo electrónico.
11		Solicita información de avance y cumplimiento de metas y conforma el informe de logros en coordinación con Coordinadores Estatales de Programa y lo turna a los Subdirectores.	Oficio y archivo electrónico.
12	Subdirectores	Revisan y validan el informe de evidencias y lo turnan al Director de Servicios de Salud.	Oficio y archivo electrónico.
13	Director de Servicios de Salud	Envía a la Secretaría de Salud Federal evidencia de campaña realizada.	Oficio y medios electrónicos.
FIN			

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-01	
Nombre del procedimiento:	Realizar campañas de promoción y difusión de los programas de salud	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	5 de 5
		Tiempo:	Anual

Diagrama de Flujo





Dirección de Servicios de Salud

Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género

Operación de comités, grupos técnicos y comisiones

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-02	
Nombre del procedimiento:	Operación de comités, grupos técnicos y comisiones	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirecciones	Versión:	1.0
		Página:	2 de 5

Objetivo:	Establecer el procedimiento para la integración y coordinación interinstitucional, instancias gubernamentales y organismos de la sociedad civil con el propósito de homogenizar y racionalizar las acciones que estos desarrollen y se relacionen con la prevención y fomento a la salud, de conformidad con las disposiciones legales aplicables.
Alcance:	<p>Secretaría de Salud.</p> <p>Dirección de Servicios de Salud.</p> <p>Jefatura Estatal de Enfermería.</p> <p>Jefatura Estatal de Trabajo Social.</p> <p>Subdirección de Epidemiología.</p> <p>Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad.</p> <p>Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género.</p> <p>Subdirección de Atención Médica Ambulatoria.</p> <p>Subdirección de Atención Hospitalaria y de Especialidad.</p> <p>Instituciones del Sector Salud.</p> <p>Instituciones Gubernamentales.</p> <p>Organizaciones no Gubernamentales (ONG'S).</p>
Normas de operación:	<p>Normas Oficiales Mexicanas, en materia de salud.</p> <p>Ley General de Salud.</p> <p>Ley de Salud para el Estado de Baja California Sur.</p> <p>Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Baja California Sur.</p> <p>Manual Específico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.</p>

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-02	
Nombre del procedimiento:	Operación de comités, grupos técnicos y comisiones	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirecciones	Versión:	1.0
		Página:	3 de 5
		Tiempo:	Trimestral

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Secretario de Salud	Instruye al Director de Servicios de Salud la instalación y operación de los comités, grupos técnicos y comisiones en materia de salud.	Reunión de trabajo correo electrónico
2	Director de Servicios de Salud	Instruye a las jefaturas y subdirecciones la instalación y operación de los comités, grupos técnicos y comisiones en materia de salud en cumplimiento a la normatividad vigente aplicable.	Reunión de trabajo correo electrónico
3	Subdirectores y Jefes de Departamento Estatales	Reciben instrucción y definen los comités a conformar.	
4		Definen e instrumentan estrategia para conformar los comités, grupos técnicos y comisiones.	
5	Director de Servicios de Salud	Valida las estrategias de integración de los comités, grupos técnicos y comisiones y presenta al Secretario de Salud para su autorización.	Integrantes Calendario de sesiones
6	Secretario de Salud	Recibe estrategias de integración de Comités y las analiza ¿Emite observaciones y/o modificaciones? Si: pasa a actividad 4. No: pasa a actividad 7.	
7	Director de Servicios de Salud	Instruye a las jefaturas y subdirecciones a la instalación y seguimiento de los comités, grupos técnicos y comisiones de acuerdo a la estrategia validada.	
8	Subdirectores y Jefes de Departamento Estatales	Presenta agenda de trabajo con temas a tratar en él o los comités, grupo técnico y comisiones	

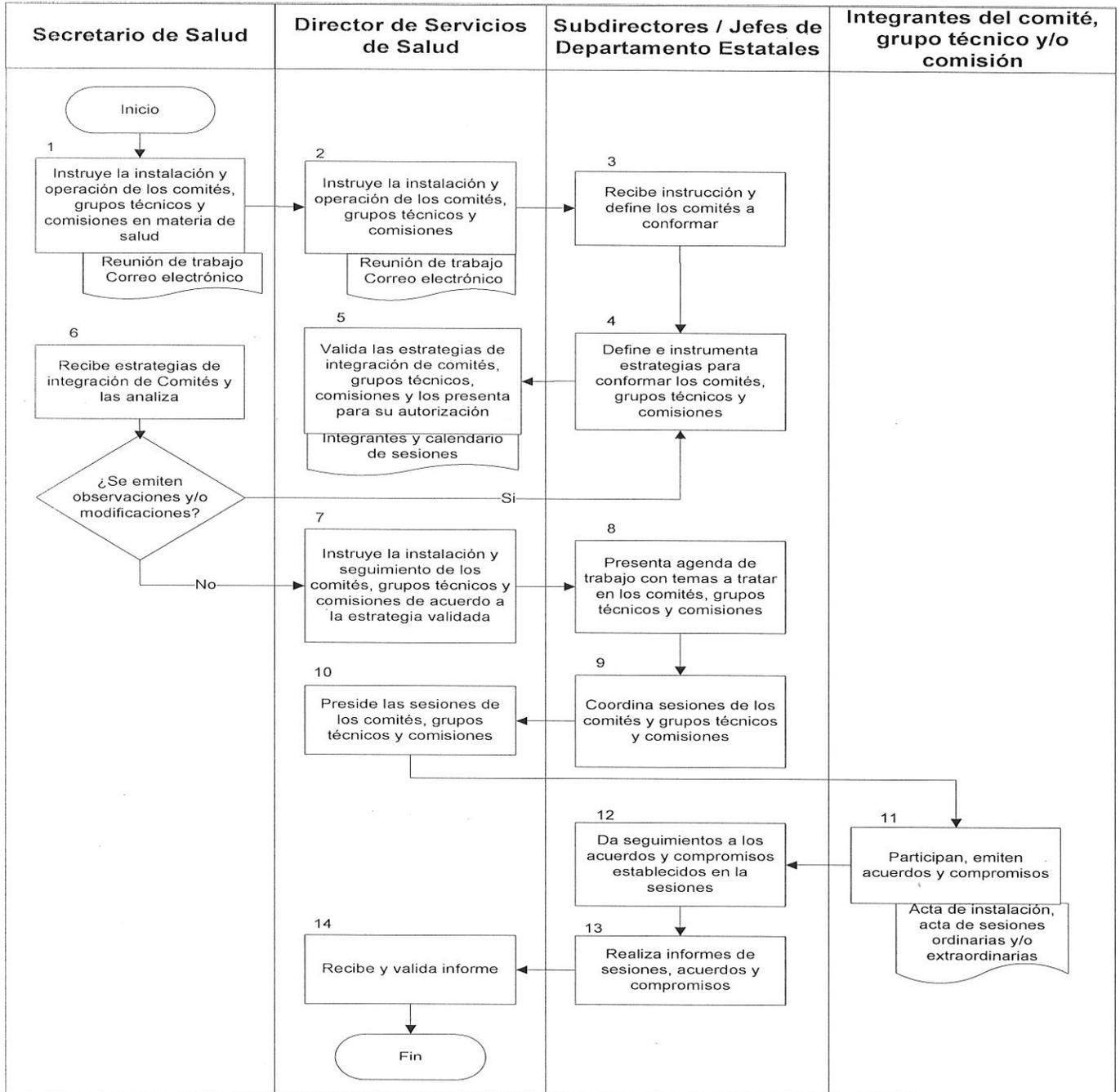
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-02	
Nombre del procedimiento:	Operación de comités, grupos técnicos y comisiones	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirecciones	Versión:	1.0
		Página:	4 de 5
		Tiempo:	Trimestral

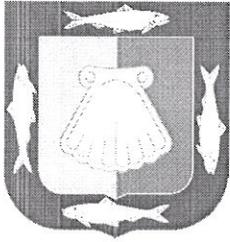
Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
9	Subdirectores y Jefes de Departamento Estatales	Coordina sesiones de los comités, grupos técnicos y comisiones.	
10	Director de Servicios de Salud	Preside las sesiones de los comités, grupos técnicos y comisiones.	
11	Integrantes del comité, grupo técnico y/o comisión	Participan, emiten acuerdos y compromisos.	Acta de instalación Acta sesiones ordinarias y/o extraordinarias
12	Subdirectores y Jefes de Departamento Estatales	Da seguimiento a los acuerdos y compromisos establecidos en las sesiones.	Acuerdos y compromisos.
13		Realiza informe de sesiones, acuerdos y compromisos.	Seguimiento de acuerdos y medios electrónicos.
14	Director de Servicios de Salud	Recibe y valida informe.	Oficio y medios electrónicos.
FIN			

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-02	
Nombre del procedimiento:	Operación de comités, grupos técnicos y comisiones	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirecciones	Versión:	1.0
		Página:	4 de 5
		Tiempo:	Trimestral

Diagrama de Flujo





Dirección de Servicios de Salud

Jefatura Estatal de Enfermería

Coordinación de la comisión estatal de enfermería

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-03	
Nombre del procedimiento:	Coordinación de la comisión estatal de enfermería	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Jefatura Estatal de Enfermería	Versión:	1.0
		Página:	2 de 4

Objetivo:	Fortalecer los esfuerzos interinstitucionales y del Sector para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud y de la formación, desarrollo y superación profesional del personal de enfermería.
Alcance:	Dirección de Servicios de Salud. Jefatura Estatal de Enfermería. Coordinaciones Estatales de Enfermería. Unidades del Instituto. Unidades del Sector Instituto Mexicano del Seguro Social; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado; Secretaria de la Defensa Nacional; Secretaria de Marina. Instituciones Educativas. Asociaciones Civiles.
Normas de operación:	ACUERDO por el que se crea la Comisión Permanente de Enfermería. Enero 2007. Manual Específico de Organización de la Secretaría de Salud. PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-038-SSA3-2016, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos en la prestación del servicio social de enfermería. Lineamientos generales para la operación del programa nacional de servicio social de enfermería en el sistema nacional de salud. Agosto 2010. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Baja California Sur. Manual Específico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.

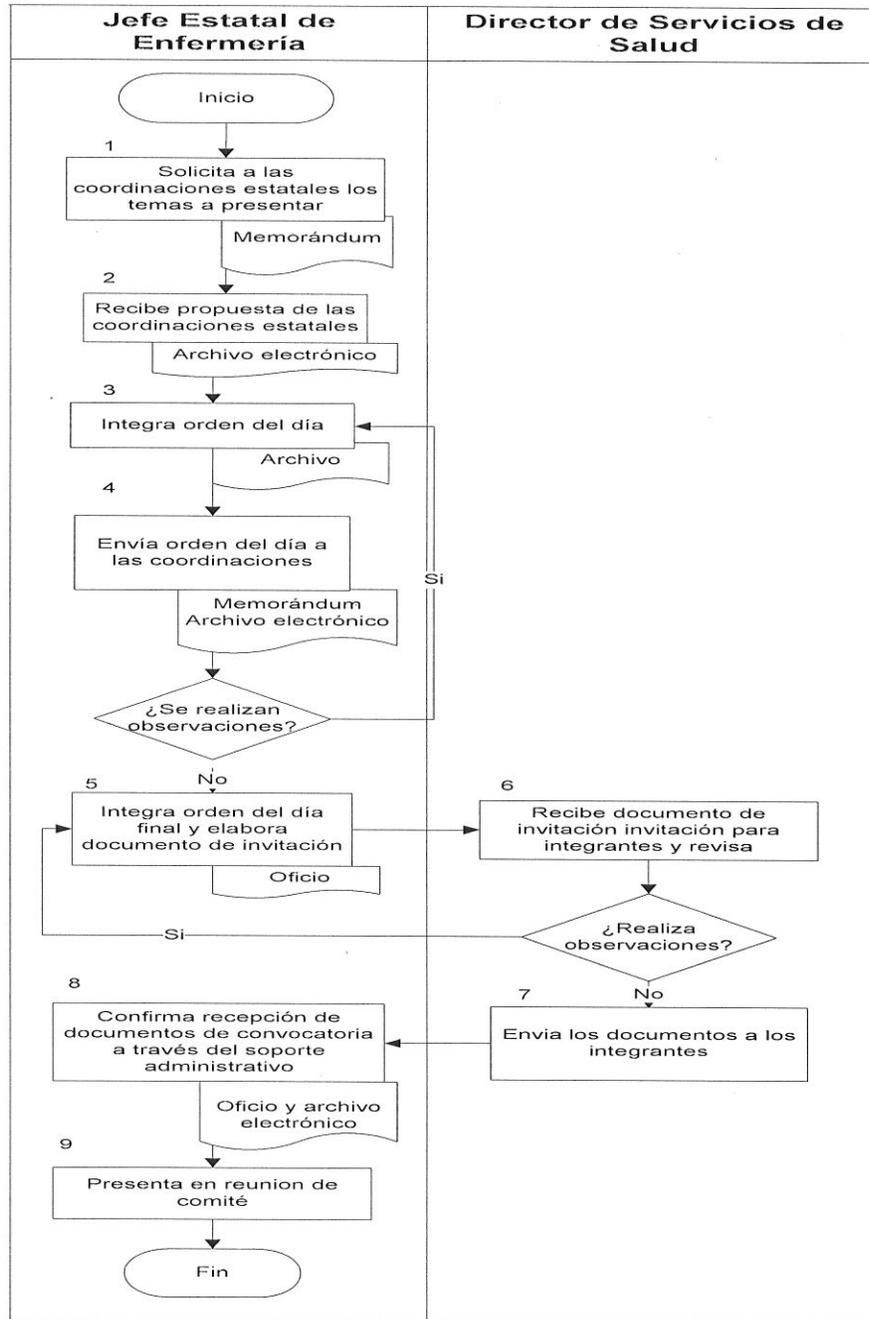
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-03	
Nombre del procedimiento:	Coordinación de la comisión estatal de enfermería	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Jefatura Estatal de Enfermería	Versión:	1.0
		Página:	3 de 4
		Tiempo:	30 días

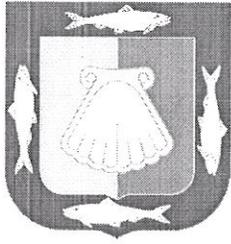
Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Jefe Estatal de Enfermería	Solicita a las coordinaciones estatales de enfermería los temas a presentar en la Comisión.	Memorándum
2		Recibe propuesta de las coordinaciones estatales de enfermería, de los temas a presentar en la Comisión.	Memorándum
3		Genera e Integra orden del día.	Archivo
4		Envía a las coordinaciones estatales de enfermería el orden del día, para revisión y validación. ¿Tienen observaciones? Si: regresa a actividad 3. No: continúa con actividad 5.	Memorándum Archivo electrónico
5		Integra orden del día final y elabora documento de invitación para integrantes y turna a firma del Director.	Memorándum Oficio
6	Director de Servicios de Salud	Recibe documento de invitación para integrantes y revisa. ¿Tiene observaciones? Si: regresa a actividad 5. No: continúa con actividad 7.	Oficio
7		Envía las convocatorias a los integrantes.	Oficio
8	Jefe Estatal de Enfermería	Confirma con los Titulares de Unidades del Sector, Instituciones Educativas y Asociaciones Civiles, a través del Soporte Administrativo, la recepción de documento de invitación a los integrantes del Comité.	Oficio Archivo electrónico
9		Presenta en Reunión del Comité.	
FIN			

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-03	
Nombre del procedimiento:	Coordinación de la comisión estatal de enfermería	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Jefatura Estatal de Enfermería	Versión:	1.0
		Página:	4 de 4
		Tiempo:	30 días

Diagrama de Flujo





Dirección de Servicios de Salud

Jefatura Estatal de Enfermería

Evaluación de planes y programas educativos de enfermería

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-04	
Nombre del procedimiento:	Evaluación de planes y programas educativos de enfermería.	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Jefatura Estatal de Enfermería	Versión:	1.0
		Página:	2 de 4

Objetivo:	Aplicar instrumentos normativos como herramienta para la estandarización del proceso de evaluación de planes y programas educativos de enfermería a fin de coadyuvar en la calidad de formación de recurso humano para la salud en materia de enfermería.
Alcance:	Dirección de Servicios de Salud. Jefatura Estatal de Enfermería. Coordinaciones Estatales de Enfermería. Unidades del Instituto. Unidades del Sector. Instituciones Educativas.
Normas de operación:	ACUERDO por el que se crea la Comisión Permanente de Enfermería. Enero 2007. Manual Específico de Organización de la Secretaría de Salud. PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-038-SSA3-2016, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos en la prestación del servicio social de enfermería. Lineamientos generales para la operación del programa nacional de servicio social de enfermería en el sistema nacional de salud. Agosto 2010. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Baja California Sur. Manual Específico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.

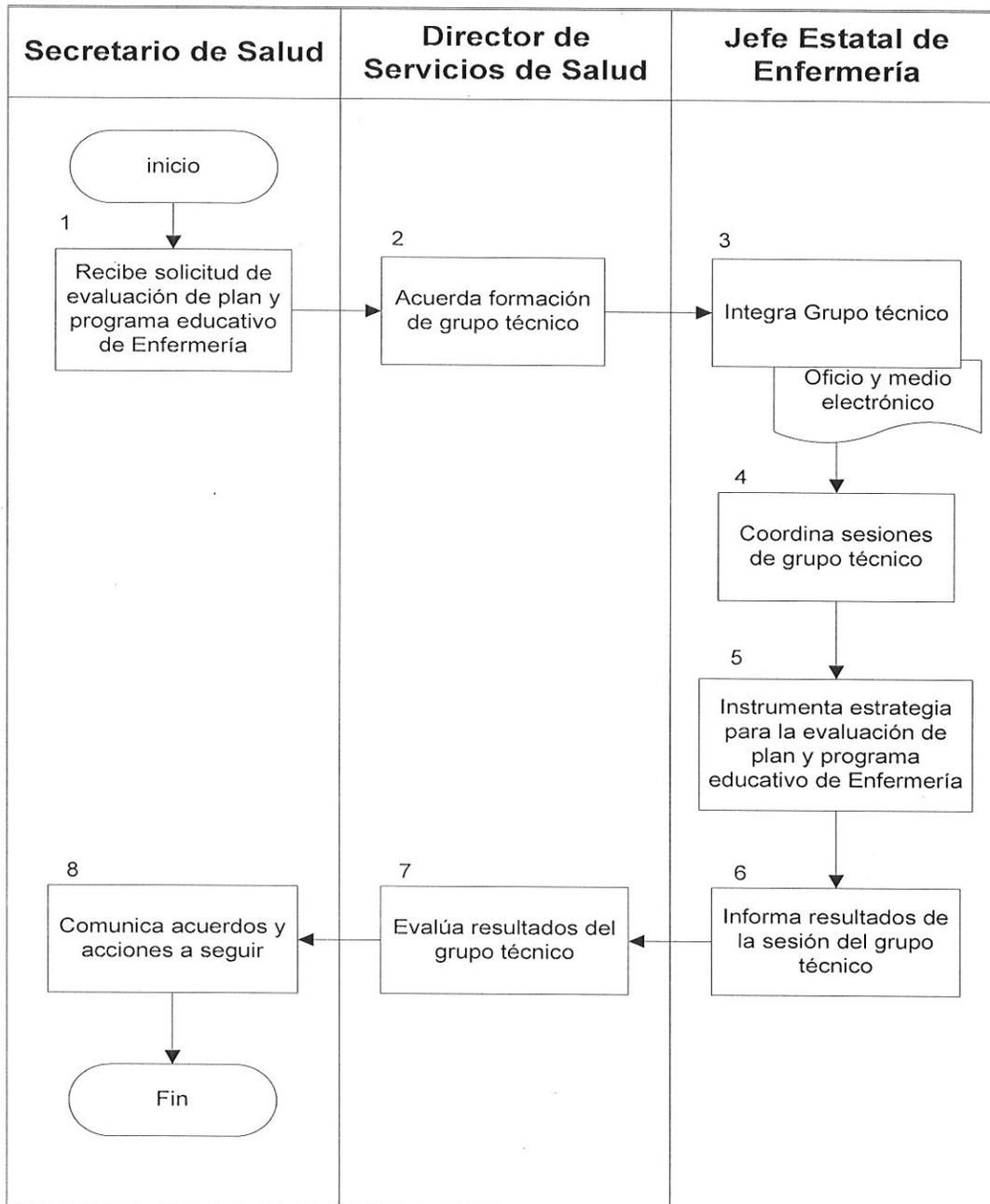
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-04	
Nombre del procedimiento:	Evaluación de planes y programas educativos de enfermería	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Jefatura Estatal de Enfermería	Versión:	1.0
		Página:	3 de 4
		Tiempo:	120 días

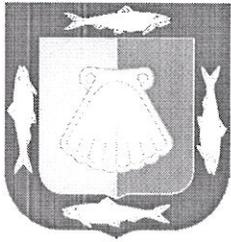
Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Secretario de Salud	Recibe solicitud de evaluación de planes y programas educativos de enfermería y lo turna al Director de Servicios de Salud.	Oficio y medios electrónicos.
2	Director de Servicios de Salud	Acuerda e instruye a la Jefa Estatal de Enfermería la integración de Grupo Técnico.	
3	Jefe Estatal de Enfermería	Integra Grupo Técnico.	
4		Coordina sesiones de Grupo Técnico.	
5		Instrumenta estrategia para la evaluación de planes y programas educativos de enfermería de acuerdo al instrumento de evaluación de la Instancia Normativa Federal.	
6		Informa resultados de sesión de Grupo Técnico, al Director de Servicios de Salud.	Acta de acuerdos y compromisos.
7	Director de Servicios de Salud	Evalúa resultados de Grupo Técnico y los envía al Secretario de Salud.	
8	Secretario de Salud	Comunica acuerdos y acciones a seguir.	Oficio y medios electrónicos.
FIN			

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-04	
Nombre del procedimiento:	Evaluación de planes y programas educativos de enfermería	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Jefatura Estatal de Enfermería	Versión:	1.0
		Página:	4 de 4
		Tiempo:	120 días

Diagrama de Flujo





Dirección de Servicios de Salud

Jefatura Estatal de Trabajo Social

Peticiones ciudadanas nivel estatal

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-05	
Nombre del procedimiento:	Atención de peticiones ciudadanas nivel estatal	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Jefatura Estatal de Trabajo Social	Versión:	1.0
		Página:	2 de 4

Objetivo:	Definir el procedimiento para la atención, gestión y canalización de las solicitudes en materia de salud que los ciudadanos y/o servidores públicos del Estado realicen a la Secretaría de Salud.
Alcance:	Ciudadano solicitante. Servidores públicos del Estado. Unidades médicas del Sector Publico.
Normas de operación:	Acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómico. Acuerdo por el que se modifican el diverso por el que emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómico. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Baja California Sur. Manual Especifico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-05	
Nombre del procedimiento:	Atención de peticiones ciudadanas nivel estatal	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Jefatura Estatal de Trabajo Social	Versión:	1.0
		Página:	3 de 4
		Tiempo:	30 días

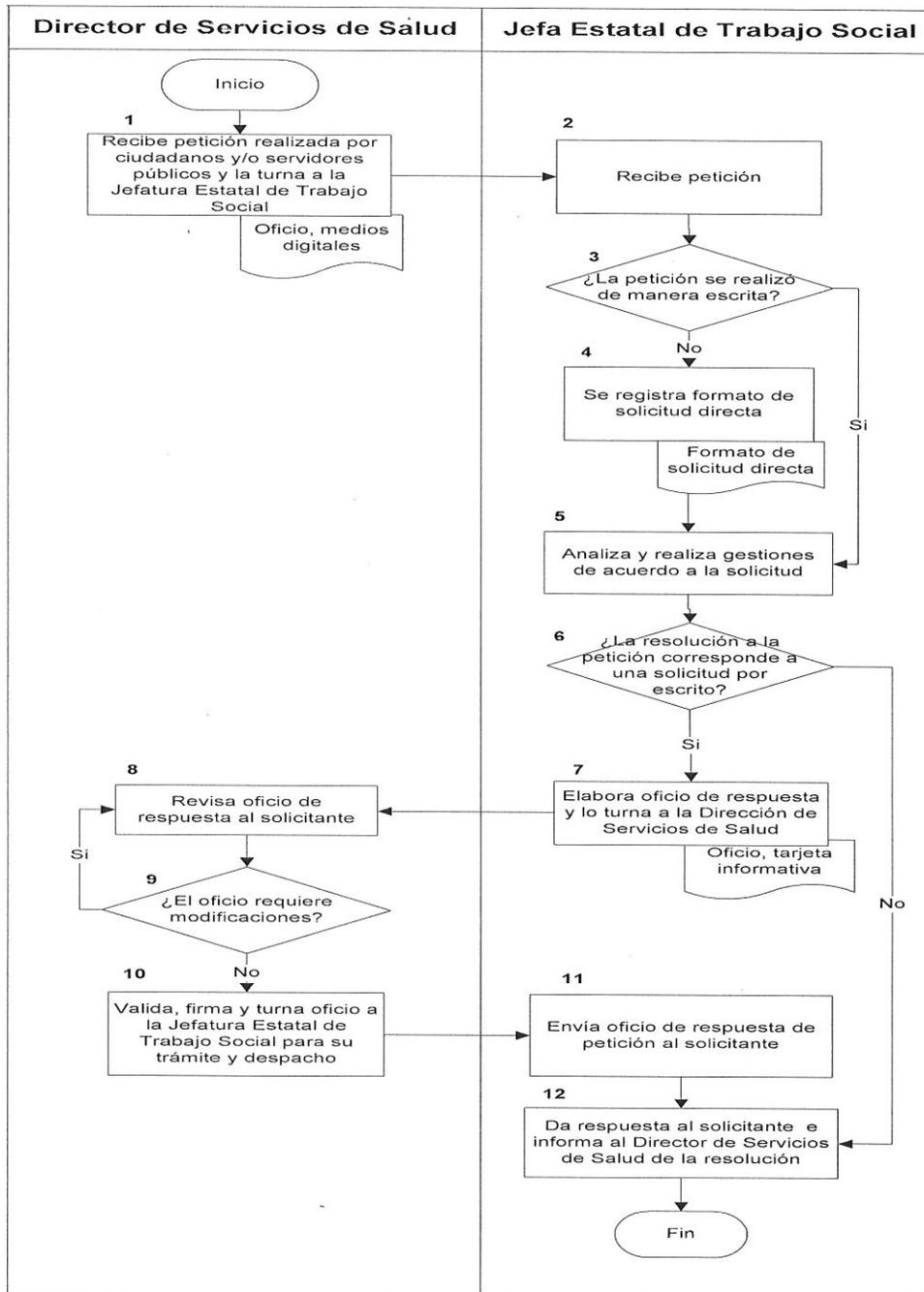
Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Director de Servicios de Salud	Recibe petición realizada ciudadanos y/o servidores públicos y la turna a la Jefatura Estatal de Trabajo Social.	Oficio, medios digitales
2	Jefe Estatal de Trabajo Social	Recibe petición.	Oficio
3		¿La petición se realizó de manera escrita? Si: pasa a actividad 5 No: pasa a actividad 4.	Oficio, Correo electrónico
4		Se registra formato de solicitud directa.	Formato de solicitud directa
5		Analiza y realiza gestiones de acuerdo a la solicitud.	Oficio, Memorándum
6		¿La resolución a la petición corresponde a una solicitud por escrito? Si: pasa a actividad 7. No: pasa a actividad 12.	Oficio Formato de Solicitud
7		Elabora oficio de respuesta y lo turna a Director de Servicios de Salud.	Oficio, tarjeta informativa
8	Director de Servicios de Salud	Revisa oficio de respuesta al solicitante.	Oficio
9	Director de Servicios de Salud	¿El oficio requiere modificaciones? Si: pasa actividad 8. No: pasa a actividad 10.	
10		Valida, firma y turna oficio a la Jefatura Estatal de Trabajo Social para su trámite y despacho.	
11	Jefe Estatal de Trabajo Social	Envía oficio de respuesta de petición al solicitante.	
12		Da respuesta al solicitante mediante llamada telefónica, mensaje de texto, correo electrónico, mensaje de whatsapp e informa al Director de Servicios de Salud de la resolución.	Correo electrónico

FIN

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-05	
Nombre del procedimiento:	Atención de peticiones ciudadanas nivel estatal	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Jefatura Estatal de Trabajo Social	Versión:	1.0
		Página:	4 de 4
		Tiempo:	30 días

Diagrama de Flujo





Dirección de Servicios de Salud

Jefatura Estatal de Trabajo Social

Atención de peticiones ciudadanas nivel federal

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-06	
Nombre del procedimiento:	Atención de peticiones ciudadanas nivel federal	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Jefatura Estatal de Trabajo Social	Versión:	1.0
		Página:	2 de 4

Objetivo:	Definir el procedimiento para la atención, gestión y canalización de las solicitudes en materia de salud que los ciudadanos a través de Presidencia de la Republica.
Alcance:	Ciudadano solicitante. Dirección de Gestión de Peticiones Ciudadanas y Promoción Social de la Secretaría de Salud Federal. Direcciones de Área de la Secretaria de Salud. Unidades médicas del Sector Publico.
Normas de operación:	Acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómico. Acuerdo por el que se modifican el diverso por el que emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómico. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Baja California Sur. Manual Especifico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.

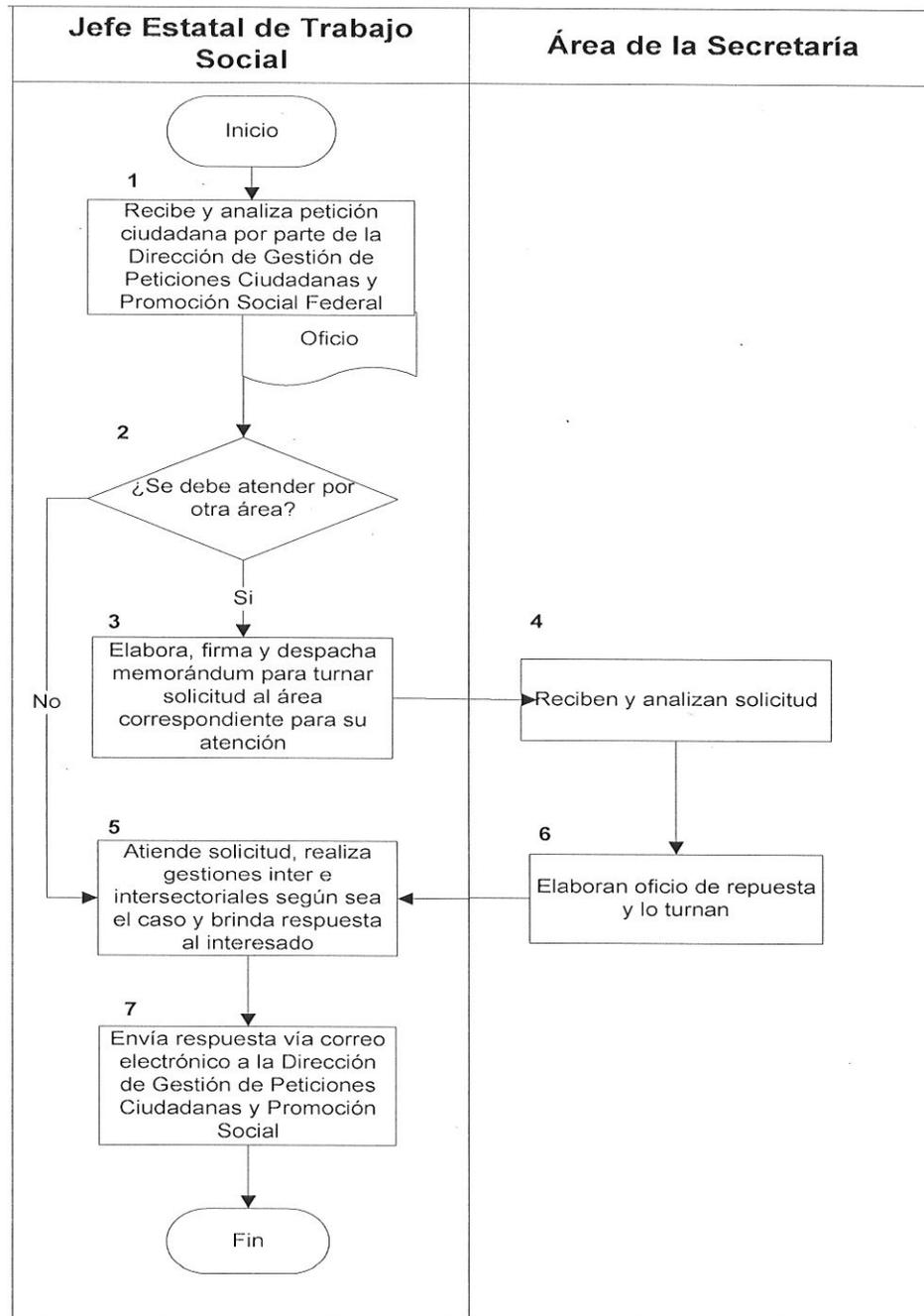
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-06	
Nombre del procedimiento:	Atención de peticiones ciudadanas nivel federal	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Jefatura Estatal de Trabajo Social	Versión:	1.0
		Página:	3 de 4
		Tiempo:	30 días

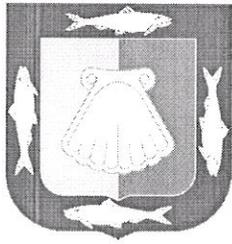
Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Jefe Estatal de Trabajo Social	Recibe y analiza petición ciudadana por parte de la Dirección de Gestión de Peticiones Ciudadanas y Promoción Social Federal.	Oficio, Archivo electrónico
2		¿Se debe atender por otra área? Si: pasa a actividad 3. No: pasa a actividad 6.	Archivo electrónico
3		Elabora, firma y despacha memorándum para turnar solicitud al área correspondiente para su atención.	Oficio / Memorándum
4	Áreas de la Secretaría	Reciben y analizan solicitud.	Oficio
5		Elaboran oficio de repuesta y turnan a la Jefatura Estatal de Trabajo Social.	
6	Jefe Estatal de Trabajo Social	Atiende solicitud, realiza gestiones inter e intersectoriales según sea el caso y brinda respuesta al interesado	
7		Envía respuesta vía correo electrónico a la Dirección de Gestión de Peticiones Ciudadanas y Promoción Social	
FIN			

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-06	
Nombre del procedimiento:	Atención de peticiones ciudadanas nivel federal	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Jefatura Estatal de Trabajo Social	Versión:	1.0
		Página:	4 de 4
		Tiempo:	30 días

Diagrama de Flujo





Dirección de Servicios de Salud

Subdirección de Epidemiología

Vigilancia epidemiológica convencional

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-07	
Nombre del procedimiento:	Vigilancia convencional	epidemiológica	Fecha: Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Epidemiología	Versión:	1.0
		Página:	2 de 5

Objetivo:	Establecer el procedimiento para la operación del sistema de la notificación convencional de los padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica en los tiempos y formatos establecidos en la normatividad oficial vigente.
Alcance:	Dirección General de Epidemiología. Dirección de Servicios de Salud. Subdirección de Epidemiología. Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas. Jurisdicciones Sanitarias.
Normas de operación:	Ley General de Salud. Título octavo hace referencia a la prevención y control de enfermedades y accidentes conformado en cuatro capítulos: Disposiciones comunes, Enfermedades transmisibles, Enfermedades no transmisibles y Accidentes. NOM-017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Baja California Sur. Manual Especifico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-07	
Nombre del procedimiento:	Vigilancia epidemiológica convencional	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Epidemiología	Versión:	1.0
		Página:	3 de 5
		Tiempo:	Mensual / anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Director de Servicios de Salud	Recibe lineamientos de la Dirección General de Epidemiología para la vigilancia epidemiológica convencional en el Estado; instruye al Subdirector de Epidemiología su ejecución y seguimiento.	Oficio Correo electrónico
2	Subdirector de Epidemiología	Recibe y revisa lineamientos de la Dirección General de Epidemiología y coordina su ejecución y seguimiento.	
3		Instruye al Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas realizar la supervisión en las Jurisdicciones Sanitarias de la vigilancia epidemiológica para la identificación y notificación de casos sujetos a vigilancia epidemiológica, de forma semanal y mensual.	
4	Jefe de Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas	Realiza en conjunto con las Jurisdicciones Sanitarias la supervisión de la vigilancia epidemiológica para la identificación y notificación de casos sujetos a vigilancia epidemiológica de forma semanal y mensual.	
5	Jurisdicción Sanitaria	Coordina el llenado de formato SUIVE-1 en la plataforma nacional, así como el formato de estudio de casos correspondientes a la patología en estudio de forma semanal en las unidades médicas.	Formato SUIVE-1
6	Jefe de Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas	Revisa la información la Plataforma Nacional SUAVE con el seguimiento de diagnósticos sujetos a vigilancia epidemiológica.	

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-07	
Nombre del procedimiento:	Vigilancia epidemiológica convencional	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Epidemiología	Versión:	1.0
		Página:	4 de 5
		Tiempo:	Mensual / anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
7	Jefe de Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas	¿La información cumple con los requerimientos? Si: pasa a la actividad 8. No: notifica a la Jurisdicción Sanitaria, pasa a la actividad 5.	
8		Valida la información en la Plataforma Nacional SUAVE semanal y mensualmente.	
9		Realiza informe mensual de vigilancia epidemiológica convencional y turna al Subdirector de Epidemiología para su revisión.	
10	Subdirector de Epidemiología	Recibe y revisa informe mensual de vigilancia epidemiológica.	
11		¿Se realizan observaciones al informe? Si: pasa a la actividad 9. No: pasa a la actividad 12.	
12		Instruye al Jefe de Departamento realizar la publicación del informe en el boletín epidemiológico, así como enviar la notificación del cierre de mes a la Dirección General de Epidemiología.	
13	Jefe de Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas	Realiza publicación del informe en el boletín epidemiológico y notifica el cierre de mes a la Dirección General de Epidemiología.	
FIN			

Anexo



SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO

SUIVE-2-2020

VI. ESTUDIO DE CONTACTOS NOMBRE Y DOMICILIO	EDAD	SEXO	CONTACTO**		CASO		VII. ACCIONES Y MEDIDAS DE CONTROL
			I	E	SI	No	

VIII. EVOLUCIÓN	Si	No	X. COMENTARIOS Y CONCLUSIONES										
¿Se estableció integralmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
¿Quedó con secuelas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
¿Quedó como portador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
¿Se perdió?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
¿Falleció?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Fecha de la defunción:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Día</td><td> </td><td>Mes</td><td> </td><td>Año</td> </tr> </table>							Día		Mes		Año	
Día		Mes		Año									

IX. PREVENCIÓN Y CONTROL	Si	No	Núm.
En caso afirmativo, anote cuántas acciones			
Pláticas de fomento para la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vacunación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tratamientos individuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tratamientos familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cloración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Letrinización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otras actividades	_____		_____

Nombre y cargo de quien elaboró	Vo. Bo. del Director	Vo. Bo. del Epidemiólogo	Fecha de envío al nivel inmediato superior										
			<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Día</td><td> </td><td>Mes</td><td> </td><td>Año</td> </tr> </table>						Día		Mes		Año
Día		Mes		Año									

EDAD EN AÑOS O MESES CUMPLIDOS. LOS MESES SERÁN INDICADOS CON UNA "m"
 ** I= INTRADOMICILIARIO, E= EXTRADOMICILIARIO
 ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO POR EL EPIDEMIÓLOGO O PERSONAL DESIGNADO

Anexo



SISTEMA NACIONAL DE SALUD
NOTIFICACIÓN DE BROTE

SUIVE-3-2020

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD											
UNIDAD NOTIFICANTE:			CLAVE SUAVE DE LA UNIDAD:				LOCALIDAD:				
MUNICIPIO:			JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE:				ENTIDAD O DELEGACIÓN:				
INSTITUCIÓN:			CLAVE CLUES DE LA UNIDAD:								
II. ANTECEDENTES											
DX. PROBABLE:					DX. FINAL:						
FECHA DE NOTIFICACIÓN:			Día	Mes	Año	FECHA DE INICIO DEL BROTE:			Día	Mes	Año
CASOS PROBABLES:			CASOS CONFIRMADOS:			HOSPITALIZADOS:			DEFUNCIONES:		

III. DISTRIBUCIÓN POR PERSONA
LLENAR LOS ESPACIOS COMO SE INDICA

GRUPO DE EDAD	NÚMERO DE CASOS			NÚMERO DE DEFUNCIONES			POBLACIÓN EXPUESTA		
	MASCULINO (A)	FEMENINO (B)	TOTAL (C)	MASCULINO (D)	FEMENINO (E)	TOTAL (F)	MASCULINO (G)	FEMENINO (H)	TOTAL (I)
< 1									
1 - 4									
5 - 9									
10 - 14									
15 - 19									
20 - 24									
25 - 44									
45 - 49									
50 - 59									
60 - 64									
65 Y MAS									
SE IGNORA									
TOTAL									

PARA OBTENER LAS TASAS DE ATAQUE Y LETALIDAD, EN CADA COLUMNA SE SEÑALA LA OPERACIÓN A REALIZAR, CON BASE EN LAS LETRAS INDICADAS EN CADA COLUMNA DEL CUADRO ANTERIOR

FRECUENCIA DE
SIGNOS Y SÍNTOMAS

GRUPO DE EDAD	TASA DE ATAQUE*			TASA DE LETALIDAD*			SIGNOS Y SÍNTOMAS	CASOS	
	MASCULINO (A/G)	FEMENINO (B/H)	TOTAL (C/I)	MASCULINO (D/A)	FEMENINO (E/B)	TOTAL (F/C)		No.	%
< 1									
1 - 4									
5 - 9									
10 - 14									
15 - 19									
20 - 24									
25 - 44									
45 - 49									
50 - 59									
60 - 64									
65 Y MAS									
SE IGNORA									
TOTAL									

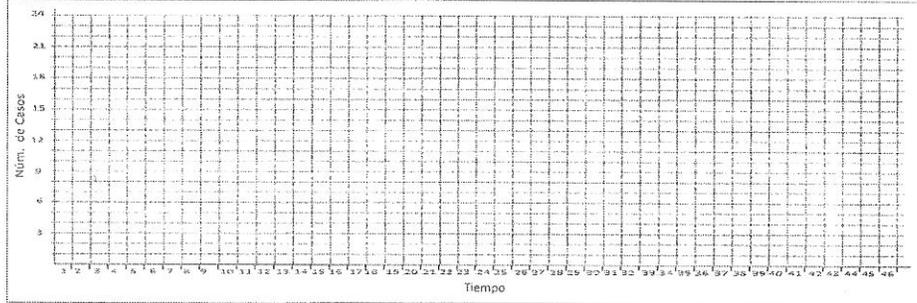
*Tasas por 100

Anexo



IV. DISTRIBUCIÓN EN EL TIEMPO

GRAFICAR EN EL EJE HORIZONTAL EL TIEMPO (HORAS, DÍAS, SEMANAS, ETC.) EN QUE OCURRE EL BROTE
EN EL EJE VERTICAL LA ESCALA MAS ADECUADA DEL NÚMERO DE CASOS Y DEFUNCIONES QUE SE PRESENTAN
EN CASO NECESARIO GRAFICAR EN HOJAS ADICIONALES



V. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

ANEXAR CROQUIS CON LA UBICACIÓN DE CASOS Y/O DEFUNCIONES POR FECHA DE INICIO
EN CASO NECESARIO AGREGAR MÁS DE UN CROQUIS. SELECCIONAR SÓLO EL AGREGADO O CATEGORÍA QUE MEJOR REPRESENTE
LA DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS EN DONDE OCURRE EL BROTE

ÁREA, MANZANA, COLONIA LOCALIDAD, ESCUELA, GUARDERÍA O VIVIENDA	CASOS		DEFUNCIONES	
	Núm.	%	Núm.	%

VI. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

1. Antecedentes epidemiológicos del brote

2. Probables fuentes del brote

3. Probables mecanismos de transmisión

VII. ACCIONES DE CONTROL

Acciones de prevención y control realizadas (Anotar fecha de inicio)

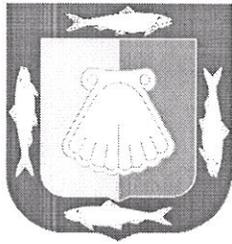
Nombre y cargo de quien elaboró

Vo.Bo. del Director

Vo.Bo. del Epidemiólogo

El formato debe ser llenado por el epidemiólogo o personal asignado

El llenado de este formato no sustituye su notificación en los sistemas de Vigilancia Epidemiológica, ni la elaboración del informe final del brote



Dirección de Servicios de Salud

Subdirección de Epidemiología

Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-08	
Nombre del procedimiento:	Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Epidemiología	Versión:	1.0
		Página:	2 de 7

Objetivo:	Proporcionar los criterios de la operación del sistema de la notificación de las 17 enfermedades transmisibles sujetas a vigilancia epidemiológica, estableciendo los procedimientos específicos en cada nivel del Sector Salud, así como los tiempos y formatos establecidos en la normatividad oficial vigente.
Alcance:	Dirección General de Epidemiología. Dirección de Servicios de Salud. Subdirección de Epidemiología. Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas. Jurisdicciones Sanitarias.
Normas de operación:	Ley General de Salud. Título octavo hace referencia a la prevención y control de enfermedades y accidentes conformado en cuatro capítulos: Disposiciones comunes, Enfermedades transmisibles, Enfermedades no transmisibles y Accidentes. NOM-017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Baja California Sur. Manual Específico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-08	
Nombre del procedimiento:	Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Epidemiología	Versión:	1.0
		Página:	3 de 7
		Tiempo:	Mensual / anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Director de Servicios de Salud	Recibe lineamientos de la Dirección General de Epidemiología para la vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles en el Estado; instruye al Subdirector de Epidemiología su ejecución y seguimiento.	
2	Subdirector de Epidemiología	Recibe y revisa lineamientos de la Dirección General de Epidemiología y coordina su ejecución y seguimiento.	
3		Instruye al Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas realizar la supervisión en las Jurisdicciones Sanitarias de la vigilancia epidemiológica para la identificación y notificación de casos sujetos a vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles de forma semanal y mensual.	
4	Jefe de Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas	Realiza en conjunto con las Jurisdicciones Sanitarias la supervisión de la vigilancia epidemiológica para la identificación y notificación de casos sujetos a vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles de forma semanal y mensual.	
5	Jurisdicción Sanitaria	Realiza la supervisión de la vigilancia epidemiológica con los médicos operativos para identificación de casos sujetos a vigilancia epidemiológica, quienes realizan llenado de estudios epidemiológicos. Apoya a los médicos tratantes para asegurar el estudio epidemiológico de enfermedades transmisibles de acuerdo a la NOM 017. Captura información validada por el coordinador de epidemiología jurisdicción sanitaria ingresando dicha información a la plataforma correspondiente.	

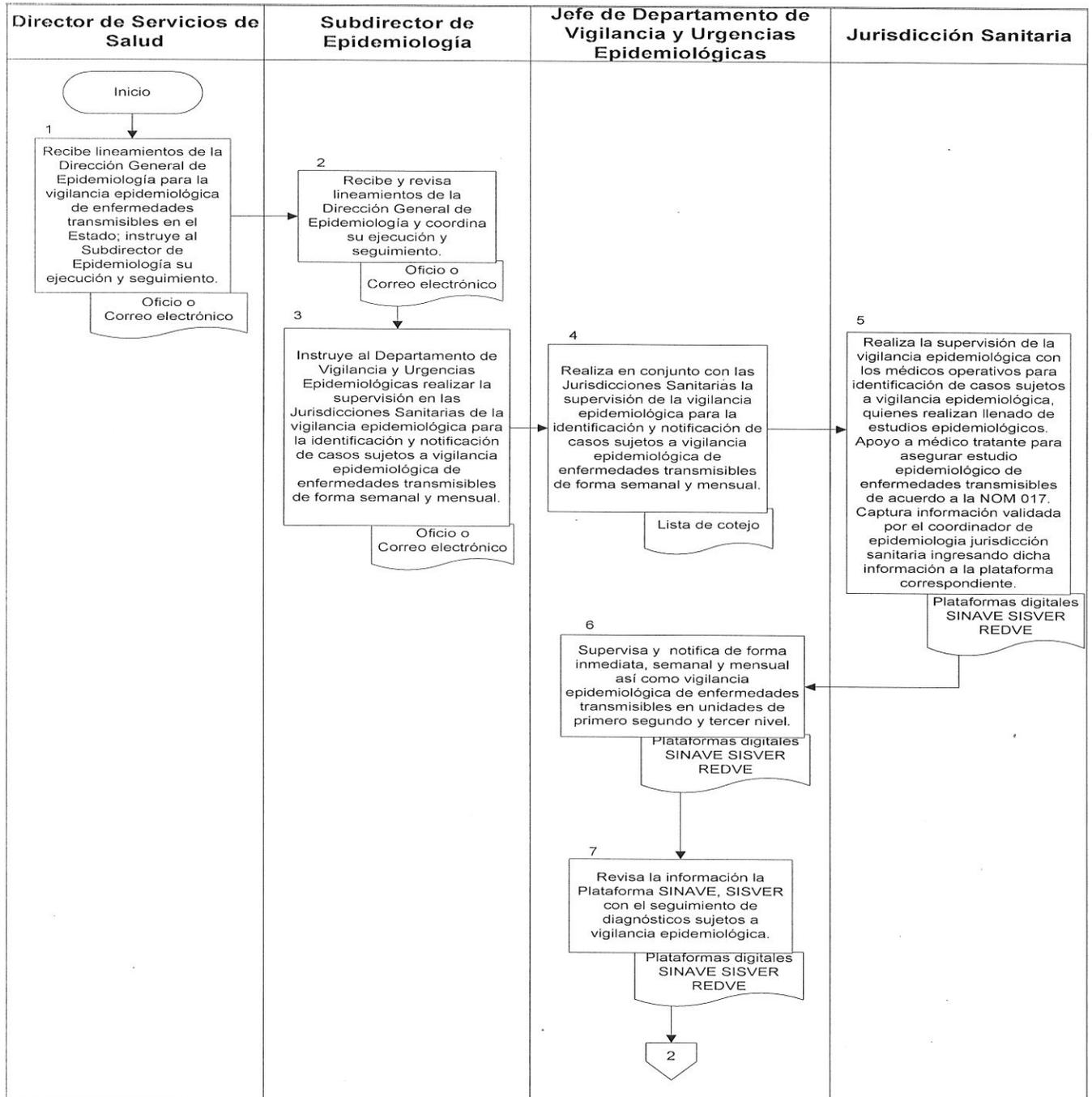
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-08	
Nombre del procedimiento:	Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Epidemiología	Versión:	1.0
		Página:	4 de 7
		Tiempo:	Mensual / anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
6	Jefe de Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas	Supervisa y notifica de forma inmediata, semanal y mensual así como vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles en unidades de primer y segundo nivel.	
7	Jefe de Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas	Revisa la información la plataforma SINAVE, SISVER con el seguimiento de diagnósticos sujetos a vigilancia epidemiológica.	
8		¿La información cumple con los requerimientos? Si: pasa a la actividad 9. No: notifica a la Jurisdicción Sanitaria, pasa a la actividad 5.	
9		Realiza informe mensual de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles y turna al Subdirector de Epidemiología para su revisión.	
10	Subdirector de Epidemiología	Recibe y revisa el informe mensual de vigilancia epidemiológica.	
11		¿Se realizan observaciones al informe? Si: pasa a la actividad 9. No: pasa a la actividad 12.	
12		Instruye al Jefe de Departamento realizar la publicación del informe en el boletín epidemiológico, así como enviar la notificación del cierre de mes a la Dirección General de Epidemiología.	
13	Jefe de Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas	Realiza publicación del informe en el boletín epidemiológico y notifica el cierre de mes a la Dirección General de Epidemiología.	
FIN			

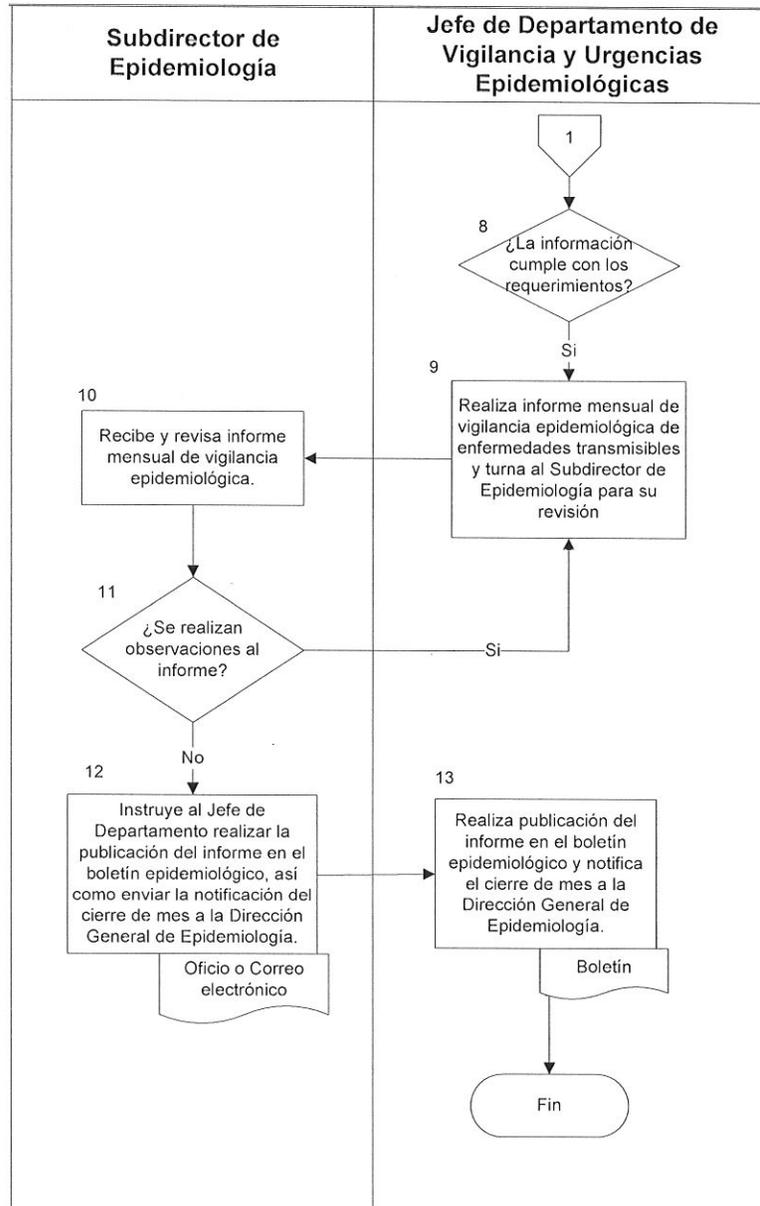
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-08	
Nombre del procedimiento:	Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Epidemiología	Versión:	1.0
		Página:	6 de 7
		Tiempo:	Mensual / anual

Diagrama de Flujo



Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-06	
Nombre del procedimiento:	Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Epidemiología	Versión:	1.0
		Página:	7 de 7
		Tiempo:	Mensual / anual

Diagrama de Flujo



Anexo



Estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral

Nombre de la unidad:

Fecha de notificación en plataforma: dd/mm/aaaa Folio plataforma:

Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre (s):

Fecha de Nacimiento: Día: Mes: Año: CURP:

Sexo: Hombre: ¿Está embarazada? Si No Meses de embarazo: Se encuentra en periodo de puerperio Si No Días de puerperio

Nacionalidad: Mexicana: Extranjera: ¿Es migrante? Si No País de nacionalidad: País de origen:

Países en tránsito en los últimos tres meses: 1 2 3 Otro: Fecha de ingreso a México:

País de nacimiento: Entidad federativa de nacimiento:

Entidad de Residencia: Municipio de residencia:

Localidad:

Calle: Número:

Entre qué calles: y

Colonia: C.P.: Teléfono:

¿Se reconoce cómo indígena? Si No ¿Habla alguna lengua indígena? Si No

Ocupación:

¿Pertenece a alguna institución educativa?

Servicio de ingreso: Tipo de paciente: 1=Ambulatorio 2=Hospitalizado

Fecha de ingreso a la unidad: dd/mm/aaaa Fecha de inicio de síntomas: dd/mm/aaaa

A partir de la fecha de inicio de síntomas:

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes signos y síntomas?

	Si	No
Inicio súbito de los síntomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor torácico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odinofagia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mialgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artralgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque al estado general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polipnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cianosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Co-morbilidad

	Si	No
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inmunosupresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra condición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

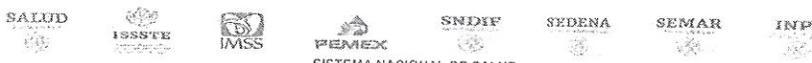
Especifique otros:

Diagnostico probable: 1=Enfermedad tipo influenza (ETI) 2=Infección respiratoria aguda grave (IRAG)

Anexo

PREGUNTAS	
¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antipiréticos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antivirales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta fue afirmativa: Seleccione el antiviral:	<input type="text"/> 1=Amantadina 2=Rimantadina 3=Oseltamivir <input type="text"/> 4=Zanamivir 5=Otro, Especifique otro: <input type="text"/>
¿Cuándo se inició el tratamiento con ese antiviral?	<input type="text"/> dd/mm/aaaa
En la unidad médica:	
¿Se inicia tratamiento con antimicrobianos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se inicia tratamiento con antivirales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Seleccione el antiviral:	<input type="text"/> 1=Amantadina 2=Rimantadina 3=Oseltamivir <input type="text"/> 4=Zanamivir 5=Otro, Especifique otro: <input type="text"/>
PREGUNTAS	
¿Tuvo contacto con otros casos de influenza o COVID-19 en las últimas dos semanas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Durante las semanas previas al inicio de los síntomas tuvo contacto con:	
Aves <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro animal <input type="text"/>
Cerdos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Realizó algún viaje 7 días antes del inicio de signos y síntomas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pais: <input type="text"/>	Ciudad: <input type="text"/>
¿Recibió la vacuna contra influenza en último año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de vacunación:	<input type="text"/> dd/mm/aaaa
PREGUNTAS	
¿Se le tomó muestra al paciente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Laboratorio que procesará la muestra:	<input type="text"/>
Tipo de muestra:	<input type="text"/> 1=Exudado faríngeo 2=Exudado Nasofaríngeo <input type="text"/> 3=Lavado bronquial 4=Biopsia de pulmón
Fecha de toma de muestra:	<input type="text"/> dd/mm/aaaa
Resultado:	<input type="text"/>
PREGUNTAS	
Evolución:	<input type="text"/> 1=Alta 2=En tratamiento/Referencia/Seguimiento domiciliario/Seguimiento terminado <input type="text"/> 3=Caso grave 4=Caso no grave 5=Defunción
Si el caso se da de alta. Especifique la evolución:	<input type="text"/> 1=Mejoría 2=Curación <input type="text"/> 3=Voluntaria 4=Traslado
¿El caso está o estuvo ingresado en la UCI durante la enfermedad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonía durante la enfermedad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de egreso:	<input type="text"/> dd/mm/aaaa
Defunción:	<input type="text"/> Fecha de defunción: <input type="text"/> dd/mm/aaaa
Folio de certificado de defunción <input type="text"/>	*Defunción por Influenza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*Anexar copia de certificado de defunción si cumple con definición operacional de defunción por influenza o defunción con influenza	
Nombre y cargo de quien elaboró <input type="text"/>	Nombre y cargo de quien autorizó <input type="text"/>
	Fecha de elaboración: <input type="text"/> dd/mm/aaaa

Anexo



SISTEMA NACIONAL DE SALUD
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.			
No. de folio de expediente: _____ Folio de Caso: _____			
Nombre: _____ Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Inicial: _____ RFC: _____ CURP: _____			
DATOS DEL NACIMIENTO			
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Estado de nacimiento: _____ Municipio de nacimiento: _____			
RESIDENCIA ACTUAL: Estado: _____ Jurisdicción: _____ Municipio: _____			
Localidad: _____ Colonia: _____ Caba: _____ Num. Ext: _____ Num. Int: _____			
Teléfono: _____ Empl.: _____ Calle: _____ y calle: _____ C.P.: _____			
LUGAR LABORAL			
Domicilio: _____			
Municipio: _____ Ciudad y Núm.: _____ Localidad: _____ Colonia: _____ Teléfono: _____ Estado: _____			
Ocupación: _____			
¿Habla lengua indígena? <input type="checkbox"/> ¿Cuztil? <input type="checkbox"/> ¿Es indígena? <input type="checkbox"/>			
Es migrante: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> País de nacionalidad: _____ País de origen: _____			
Países de tránsito en los últimos tres meses: 1. _____ 2. _____ 3. _____			
Otro: _____ Fecha de ingreso al país: ____/____/____			
II. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE			
Nombre de la Unidad: _____ Estado: _____ Jurisdicción: _____			
Clave de la Unidad: _____ Municipio: _____ Localidad: _____			
Institución: _____ Delegación: _____			
FECHA DE SOLICITUD DE ATENCIÓN: ____/____/____ FECHA DE PRIMER CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD COMO CASO PROBABLE DE DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA O GRAVE: ____/____/____			
FECHA DE INICIO DE ESTUDIO: ____/____/____ FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN: ____/____/____			
FECHA DE NOTIFICACIÓN AL ESTADO: ____/____/____ FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA EDG: ____/____/____ FECHA DE TERMINACIÓN DEL ESTUDIO: ____/____/____			
DIAGNÓSTICO PROBABLE: _____ DIAGNÓSTICO FINAL: _____			
III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS			
HA SALIDO DE SU LUGAR DE RESIDENCIA EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso de respuesta afirmativa, especifique a dónde: _____			
País: _____ Estado/Provincia: _____ Jurisdicción: _____ Ciudad/Municipio: _____			
País: _____ Estado/Provincia: _____ Jurisdicción: _____ Ciudad/Municipio: _____			
Procedencia: De la Jurisdicción: <input type="checkbox"/> Otra jurisdicción dentro del estado: <input type="checkbox"/> De otro estado: <input type="checkbox"/> De otro País: <input type="checkbox"/>			
Clasificación: Autóctono <input type="checkbox"/> Foráneo <input type="checkbox"/> Importado <input type="checkbox"/>			
CONTACTO CON ANIMALES: MOSCO <input type="checkbox"/> CHINCHE <input type="checkbox"/> GARRAPATA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS ENFERMAS DE ZIKA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
EXISTEN ENFERMOS SIMILARES EN LA LOCALIDAD: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> HA RECIBIDO TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS, ÚLTIMOS SEIS MESES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
ANTECEDENTES DE MUERTES INUSUALES DE ANIMALES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EQUINO <input type="checkbox"/> AVE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN: Fiebre amarilla: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Dengue: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Dosis: 1a <input type="checkbox"/> 2a <input type="checkbox"/> 3a <input type="checkbox"/> Esquema completo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿Tiene acceso a agua potable permanente?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Tiene cobertura de eliminación de basura (no menos una vez por semana): SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
HA PADOcido PALUDISMO (ÚLTIMOS TRES AÑOS): SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Subclasificación de caso de Paludismo: Indógeno <input type="checkbox"/> Introducido <input type="checkbox"/> Reintroducido <input type="checkbox"/>			
IV. CUADRO CLÍNICO (SI = 1, NO = 2, Ignorados = 9)			
Fecha de inicio de síntomas y signos: ____/____/____	Fecha de inicio de signos de dengue grave: ____/____/____	Dolor de espalda: <input type="checkbox"/>	Urticaria: <input type="checkbox"/>
Fiebre: <input type="checkbox"/>	Escapa importante de plasma con punto de BUN o incolectable: <input type="checkbox"/>	Prurito: <input type="checkbox"/>	Lesión de membranas mucosas: <input type="checkbox"/>
Fecha de inicio de fiebre: ____/____/____	Taquicardia: <input type="checkbox"/>	Diarreas: <input type="checkbox"/>	otérica: <input type="checkbox"/>
Temperatura: _____ °C	Extremidades frías: <input type="checkbox"/>	Escalofrío: <input type="checkbox"/>	Rigidez de nuca: <input type="checkbox"/>
Edad: _____ años	Líbrado capilar <3seg: <input type="checkbox"/>	Fatiga: <input type="checkbox"/>	Esofago: <input type="checkbox"/>
Antropo: _____	Prurito difusivo convergente o 20mmHg: <input type="checkbox"/>	Dolor abdominal: <input type="checkbox"/>	Desorientación: <input type="checkbox"/>
Antropo: _____	Hipotensión arterial en fase tardía: <input type="checkbox"/>	Lecitina: <input type="checkbox"/>	Tumor: <input type="checkbox"/>
Antropo: _____	Insuficiencia respiratoria: <input type="checkbox"/>	Dama: <input type="checkbox"/>	Convulsiones: <input type="checkbox"/>
Antropo: _____	Hematemesis: <input type="checkbox"/>	Cervicivitis: <input type="checkbox"/>	Defecidad mucosa: <input type="checkbox"/>
Antropo: _____	Intoxicación de líquidos: <input type="checkbox"/>	Congestión nasal: <input type="checkbox"/>	Parálisis: <input type="checkbox"/>
Antropo: _____	Sangrado de mucosas: <input type="checkbox"/>	Tos: <input type="checkbox"/>	Otitis: <input type="checkbox"/>
Antropo: _____	Letargo: <input type="checkbox"/>	Faringitis: <input type="checkbox"/>	Choque: <input type="checkbox"/>
Antropo: _____	Letargo: <input type="checkbox"/>	Ergonomiografía: <input type="checkbox"/>	Equimosis: <input type="checkbox"/>
Antropo: _____	Hipotensión presural: <input type="checkbox"/>	Abrusiones del gusto: <input type="checkbox"/>	Hematomas: <input type="checkbox"/>
Antropo: _____	Hepatomegalia >2cm: <input type="checkbox"/>	Adenomegalias: <input type="checkbox"/>	Ascido: <input type="checkbox"/>
Antropo: _____	Aumento hematocrito: <input type="checkbox"/>	Intoxicación: <input type="checkbox"/>	Distensión pleural: <input type="checkbox"/>
Antropo: _____	Alteraciones de la conciencia: <input type="checkbox"/>	Inflamación de páncreo: <input type="checkbox"/>	Edema: <input type="checkbox"/>
Antropo: _____	Mucositas: <input type="checkbox"/>	Diarrea: <input type="checkbox"/>	Piel moteada: <input type="checkbox"/>
Antropo: _____	Compromiso grave de otros órganos: <input type="checkbox"/>	Alteraciones cardiacas: <input type="checkbox"/>	Gingivorragia: <input type="checkbox"/>
Antropo: _____		Ritidos: <input type="checkbox"/>	Eritema: <input type="checkbox"/>
MANEJO: AMBULATORIO <input type="checkbox"/> HOSPITALARIO <input type="checkbox"/> FECHA DE INGRESO: ____/____/____		CLAVE: _____	
NOMBRE DE LA UNIDAD TRATANTE: _____		Servicio de atención: <input type="checkbox"/> Medicina médica <input type="checkbox"/> Terapia intensiva <input type="checkbox"/>	
Clave de la Unidad: _____		<input type="checkbox"/> Medicina interna <input type="checkbox"/> Gineco Ginecología <input type="checkbox"/>	
Institución: _____		<input type="checkbox"/> Pediatría <input type="checkbox"/> Otra, especifique: _____	
Disponibilidad en el hospital: _____		Terapia intermedia <input type="checkbox"/>	
COMORBILIDAD U OTRAS CONDICIONES:		Ent. ulcero péptica: <input type="checkbox"/> Enf. Renal: <input type="checkbox"/>	
Inmunosupresión: <input type="checkbox"/> Trastornos hematológicos: <input type="checkbox"/> Diabetes: <input type="checkbox"/> Hipertensión: <input type="checkbox"/>		Fecha última regla: ____/____/____	
Otras: <input type="checkbox"/> Espécimen: _____		Embarazo: <input type="checkbox"/> Semanas de gestación: _____	

Anexo

V. EVOLUCIÓN EN EL HOSPITAL

ESTABLE GRAVE MEJORA

SEGUIMIENTO HEMATOLOGICO

En caso de haber datos de escape de líquidos o hemorragias, realizar:

Fecha: Hta: % Hb: gr x 100ml. Plaquetas: x10³ Albumina: g/dl Leucocitos: x10³ Linfocitos: x10³

Fecha: Hta: % Hb: gr x 100ml. Plaquetas: x10³ Albumina: g/dl Leucocitos: x10³ Linfocitos: x10³

Líquido cefalorraquídeo con aspecto de agua de roca: SI No Biorubina directa mg/dL Bilirobina total mg/dL

DHL U/L ALT U/L AST U/L

ESTUDIOS DE GABINETE:

Fecha de ultrasonido: Fecha de radiografía:

Líquido perivisceral y/o en cavidad abdominal Líquido en cavidad torácica Megacolon Megacofago

DATOS DE EGRESO Fecha de egreso: Día Mes Año Alta por mejoría: Alta voluntaria: Defunción: Fecha de defunción: Día Mes Año

Folio de certificado de defunción: Fecha de dictaminación: Día Mes Año Dictamen:

VI. ESTUDIO DE LABORATORIO:

Arbovirosis

Se tomó muestra para laboratorio: SI No

Fecha de toma: Fecha de recepción:

FASE ANTICIPA (0-8 días de evolución)	FASE COVALENIENTE (8-12 días)	FASE COVALENIENTE (14 días en UO y 5-30 días en ZONA ENBARAZADAS)	Referencia s/ORE
RT-PCR Triplex Zika + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Genotipo: <input type="text"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Genotipo: <input type="text"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Serotipo: <input type="text"/>	ELISA IgM Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Genotipo: <input type="text"/>	IFI IgM Zika + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	MAC-ELISA Zika + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>

Fechas de resultado:

Muestra rechazada: Causa: Lipémica Hemolizada Muestra insuficiente: Días de tránsito: Otra:

Fiebre amarilla

Fecha de toma: Fecha de recepción:

PCR-Tiempo Real

Fecha de resultado: Resultado: + - Genotipo: MAC-ELISA: + - Fecha de resultado:

Muestra rechazada: Causa: Lipémica Hemolizada Muestra insuficiente: Días de tránsito: Otra:

Paludismo: Cita gruesa: Fechas: Toma Recepción Lectura Resultado + -

Especie: Paludismo por: *P. vivax* *P. falciparum* Otra: Densidad Parasitaria: EAS ESS

Fechas de toma de seguimiento: EAS ESS EAS ESS

Muestra rechazada: Causa: Cantidad insuficiente de sangre Lamina destruida Fijada Clave de la lamina:

Leishmaniasis: Impronta: Fechas: Toma Resultado + -

Serología: Fechas: Toma Resultado + -

Muestra rechazada: Causa: Lipémica Hemolizada Muestra insuficiente: Días de tránsito:

Tripanosomiasis: Dx parasitológico: Fechas: Toma Resultado + -

Serología: Fechas: Toma Resultado + -

Muestra rechazada: Causa: Lipémica Hemolizada Muestra insuficiente: Días de tránsito:

Rickettsiosis: Serología: Fechas: Toma Resultado + -

Edificación:

Muestra rechazada: Causa: Lipémica Hemolizada Muestra insuficiente: Días de tránsito:

Virus del O. Nilo

RT-PCR: Fechas: Toma Resultado + - Genotipo: + -

Sero: Fechas: Toma Resultado + - Genotipo: + -

IQR: Fechas: Toma Resultado + - Genotipo: + -

Bloque: Fechas: Toma Resultado + - Genotipo: + -

Muestra rechazada: Causa: Lipémica Hemolizada Muestra insuficiente: Días de tránsito: Otra:

Otro padecimiento: Fecha resultado

Laboratorio donde se procesó la muestra:

VII. TRATAMIENTO

¿Recibió Tratamiento? Paludismo SI No Rickettsiosis SI No

Fecha de inicio: Fecha de término: Medicamento:

VI. ESTUDIO DE CASOS SIMILARES

NOMBRE	DOMICILIO	EDAD	SEXO		CASO
			M	F	

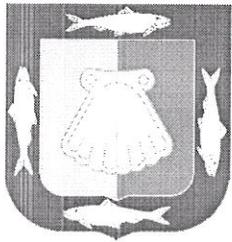
VIII. OBSERVACIONES

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN LLENÓ EL FORMATO NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZÓ

Nota: Las fechas se pondrán en el siguiente orden día/mes/año

Anexo

       																												
SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE TUBERCULOSIS																												
I. DATOS DE IDENTIFICACION DE LA PERSONA. No. de afiliación o expediente: _____ Folio de Caso: _____ Nombre: _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____ RFC: _____ CURP: _____																												
DATOS DEL NACIMIENTO Estado de nacimiento: _____ Municipio de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: Años ____ Meses ____ Días ____ Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> ¿Habla lengua indígena? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual: _____ ¿Es indígena? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																												
RESIDENCIA ACTUAL Estado: _____ Jurisdicción: _____ Municipio: _____ Localidad: _____ Colonia: _____ Calle: _____ N° Ext: _____ N° Int: _____ Teléfono: _____ Referencia o Entre qué calles: _____ C.P.: _____ ¿Es Persona en situación de calle? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																												
ESCOLARIDAD Sin escolaridad <input type="checkbox"/> Sabe leer y escribir <input type="checkbox"/> Menos de 3 años de primaria <input type="checkbox"/> De 3 a 5 años de primaria <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria o equivalente <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Carrera técnica <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> No especificado <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>																												
OCUPACION _____																												
DOMICILIO LABORAL Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____ Colonia: _____ Calle: _____ N° Ext: _____ N° Int: _____ Teléfono: _____ Referencia o Entre qué calles: _____ C.P.: _____ Es migrante: Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> País de nacionalidad: _____ País de origen: _____ Países de tránsito en los últimos tres meses: 1.- _____ 2.- _____ 3.- _____ Otros: _____ Fecha de ingreso al país: ____/____/____																												
II. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE Nombre de la Unidad: _____ Estado: _____ Jurisdicción: _____ Clave de la Unidad: _____ Municipio: _____ Localidad: _____ Delegación: _____ Institución: _____ Nivel de atención: <input type="checkbox"/> 1er <input type="checkbox"/> 2do <input type="checkbox"/> 3er Fecha de Solicitud de la Atención: ____/____/____ Fecha de Notificación a la JS: ____/____/____ Fecha de Notificación a la DGE: ____/____/____ Fecha de inicio del Estudio: ____/____/____ Fecha de Notificación al Estado: ____/____/____ Fecha de Término del Estudio: ____/____/____																												
TIPO DE BÚSQUEDA BÚSQUEDA PASIVA <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Examen de contactos <input type="checkbox"/> BÚSQUEDA ACTIVA <input type="checkbox"/> CERESO <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Feria de salud <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____																												
III. CUADRO CLÍNICO Fecha de inicio de signos y síntomas: ____/____/____ Peso: _____ Kg. Talla: _____ cm. IMC: _____ (Si=1, No=2, Ignorados=3) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tos productiva</td> <td><input type="checkbox"/> Astenia</td> <td><input type="checkbox"/> Cefalea</td> <td><input type="checkbox"/> Adenopatía</td> <td><input type="checkbox"/> Pérdida de peso</td> <td><input type="checkbox"/> Somnolencia</td> <td><input type="checkbox"/> Detención del crecimiento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tos seca</td> <td><input type="checkbox"/> Adinamia</td> <td><input type="checkbox"/> Hiporexia</td> <td><input type="checkbox"/> Vómito</td> <td><input type="checkbox"/> Desorientación</td> <td><input type="checkbox"/> Convulsiones</td> <td><input type="checkbox"/> Sx. Derrame pleural</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Estupor</td> <td><input type="checkbox"/> Temblor</td> <td><input type="checkbox"/> Debilidad</td> <td><input type="checkbox"/> Hemoptisis</td> <td><input type="checkbox"/> Rigidez de nuca</td> <td><input type="checkbox"/> Debilidad muscular</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fiebre</td> <td><input type="checkbox"/> Diaforesis</td> <td><input type="checkbox"/> Náuseas</td> <td><input type="checkbox"/> Lejargo</td> <td><input type="checkbox"/> Parálisis</td> <td><input type="checkbox"/> Otro. Especifique: _____</td> <td></td> </tr> </table> Localización de la enfermedad: <input type="checkbox"/> 1. Pulmonar, 2. Meningea/SNC, 3. Intestinal/Peritoneo, 4. Ósea, 5. Renal, 6. Genitourinario, 7. Piel, 8. Ojo, 9. Oído, 10. Glándula tiroidea, 11. Glándula suprarrenal, 12. Ganglionar, 13. Miliar, 14. Pleural, 15. Otras. Especifique: _____ En caso de ser MIXTA, indique las localizaciones: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tos productiva	<input type="checkbox"/> Astenia	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Adenopatía	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Somnolencia	<input type="checkbox"/> Detención del crecimiento	<input type="checkbox"/> Tos seca	<input type="checkbox"/> Adinamia	<input type="checkbox"/> Hiporexia	<input type="checkbox"/> Vómito	<input type="checkbox"/> Desorientación	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sx. Derrame pleural	<input type="checkbox"/> Estupor	<input type="checkbox"/> Temblor	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> Hemoptisis	<input type="checkbox"/> Rigidez de nuca	<input type="checkbox"/> Debilidad muscular		<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Diaforesis	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Lejargo	<input type="checkbox"/> Parálisis	<input type="checkbox"/> Otro. Especifique: _____	
<input type="checkbox"/> Tos productiva	<input type="checkbox"/> Astenia	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Adenopatía	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Somnolencia	<input type="checkbox"/> Detención del crecimiento																						
<input type="checkbox"/> Tos seca	<input type="checkbox"/> Adinamia	<input type="checkbox"/> Hiporexia	<input type="checkbox"/> Vómito	<input type="checkbox"/> Desorientación	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sx. Derrame pleural																						
<input type="checkbox"/> Estupor	<input type="checkbox"/> Temblor	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> Hemoptisis	<input type="checkbox"/> Rigidez de nuca	<input type="checkbox"/> Debilidad muscular																							
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Diaforesis	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Lejargo	<input type="checkbox"/> Parálisis	<input type="checkbox"/> Otro. Especifique: _____																							
IV. ENFERMEDADES ASOCIADAS (Si=1, No=2) <input type="checkbox"/> VIH/Sida <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Neoplasias <input type="checkbox"/> Inmunosupresión <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Tabaquismo <input type="checkbox"/> Usuario de drogas <input type="checkbox"/> Otra. Especifique: _____																												
V. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS Antecedente vacunal con BCG: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de vacunación: ____/____/____ ¿Se aplicó PPD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de aplicación: ____/____/____ Resultado: <input type="checkbox"/> 1. Reactor, 2. No reactor ¿Padece tuberculosis anteriormente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique el año de diagnóstico: _____ ¿Tuvo contacto con alguna persona que padezca o padeciera tuberculosis? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique el año: _____ ¿Se ofreció a la persona prueba para detección de Diabetes Mellitus? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de realización: ____/____/____ Resultado: <input type="checkbox"/> 1. Positivo, 2. Negativo ¿Se aceptó la prueba para detección de Diabetes Mellitus? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Se ofreció a la persona prueba para detección de VIH? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de realización: ____/____/____ Resultado: <input type="checkbox"/> 1. Positivo, 2. Negativo ¿Se aceptó la prueba para detección de VIH? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Es un caso binacional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique el documento de referencia <input type="checkbox"/> 1. Hoja de referencia, 2. Otro, 3. Ninguno																												



Dirección de Servicios de Salud

Subdirección de Epidemiología

Vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-09	
Nombre del procedimiento:	Vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Epidemiología	Versión:	1.0
		Página:	2 de 6

Objetivo:	Obtener información epidemiológica complementaria, oportuna y confiable que se requiere para la caracterización integral, clasificación clínico-epidemiológica, seguimiento, prevención y control, eliminación y/o erradicación de los eventos señalados en la NOM 017 SSA2 2012 para enfermedades no transmisibles sujetas a vigilancia epidemiológica.
Alcance:	Dirección General de Epidemiología. Dirección de Servicios de Salud. Subdirección de Epidemiología. Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas. Jurisdicciones Sanitarias.
Normas de operación:	Ley General de Salud. Título octavo hace referencia a la prevención y control de enfermedades y accidentes conformado en cuatro capítulos: Disposiciones comunes, Enfermedades transmisibles, Enfermedades no transmisibles y Accidentes. NOM-017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Baja California Sur. Manual Especifico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-09	
Nombre del procedimiento:	Vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Epidemiología	Versión:	1.0
		Página:	3 de 6
		Tiempo:	Mensual / anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Director de Servicios de Salud	Recibe lineamientos de la Dirección General de Epidemiología para la vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles en el Estado; instruye al Subdirector de Epidemiología su ejecución y seguimiento.	
2	Subdirector de Epidemiología	Recibe y revisa lineamientos de la Dirección General de Epidemiología y coordina su ejecución y seguimiento.	
3		Instruye al Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas realizar la supervisión en las Jurisdicciones Sanitarias de la vigilancia epidemiológica para la identificación y notificación de casos sujetos a vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles, de forma semanal y mensual.	
4	Jefe de Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas	Realiza en conjunto con las Jurisdicciones Sanitarias la supervisión de la vigilancia epidemiológica para la identificación y notificación de casos sujetos a vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles, de forma semanal y mensual.	
5	Jurisdicción Sanitaria	Realiza supervisión de la vigilancia epidemiológica con los médicos operativos para identificación de casos sujetos a vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles, realiza llenado de estudios epidemiológicos. Captura información validada por el coordinador de epidemiología de la Jurisdicción Sanitaria ingresando dicha información a la plataforma correspondiente.	
6	Jefe de Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas	Supervisa la notificación inmediata, semanal y mensual así como vigilancia epidemiológica en unidades de primer y segundo nivel.	

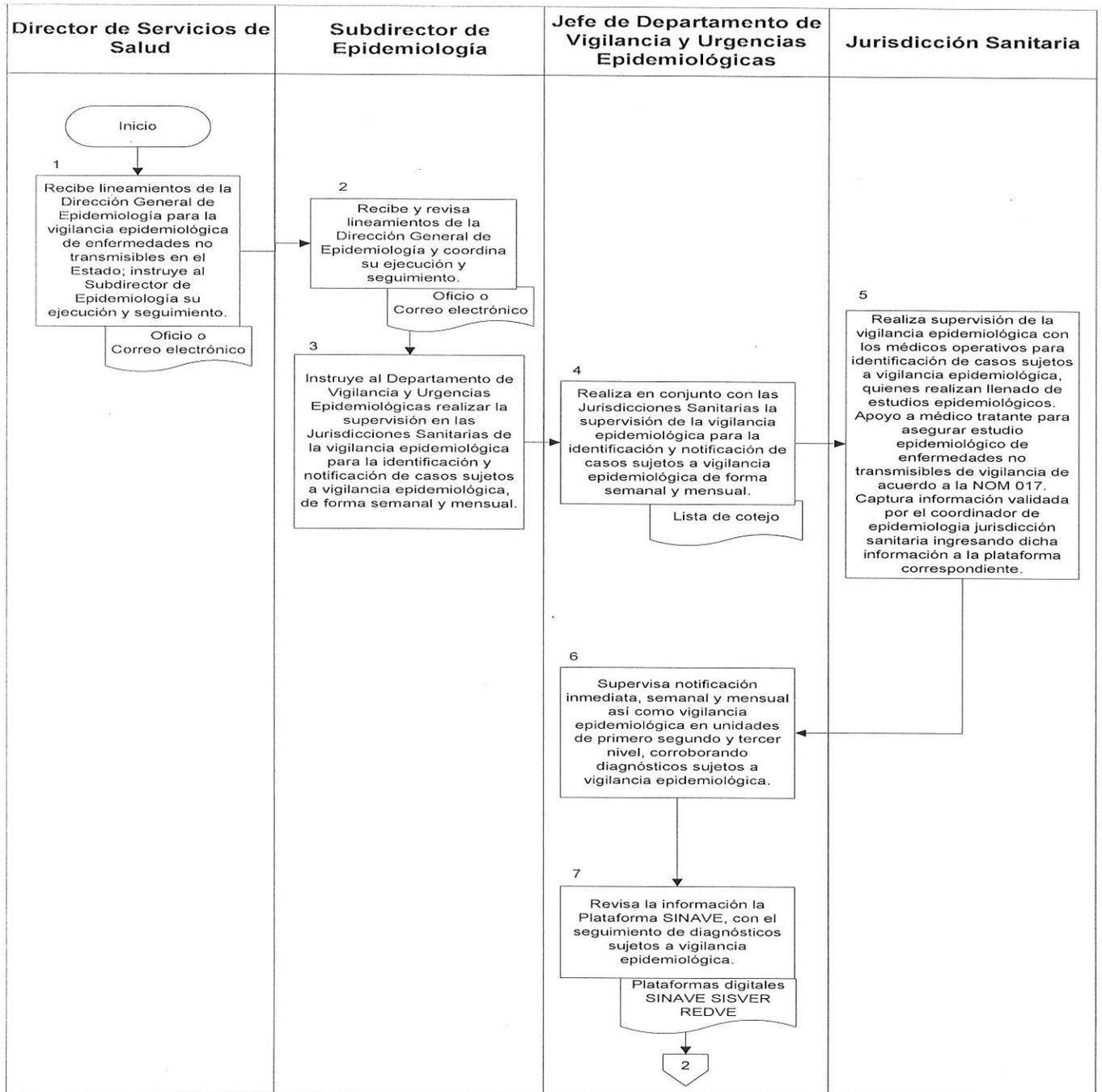
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-09	
Nombre del procedimiento:	Vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Epidemiología	Versión:	1.0
		Página:	3 de 6
		Tiempo:	Mensual / anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
7		Revisa la información la Plataforma SINAVE, con el seguimiento de diagnósticos sujetos a vigilancia epidemiológica.	SINAVE
8		¿La información cumple con los requerimientos? Si: pasa a la actividad 9. No: notifica a la Jurisdicción Sanitaria, pasa a la actividad 5.	
9		Realiza informe mensual de vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles y turna al Subdirector de Epidemiología para su revisión.	
10	Subdirector de Epidemiología	Recibe y revisa informe mensual de vigilancia epidemiológica.	
11		¿Se realizan observaciones al informe? Si: pasa a la actividad 9. No: pasa a la actividad 12.	
12		Instruye al Jefe de Departamento realizar la publicación del informe en el boletín epidemiológico, así como enviar la notificación del cierre de mes a la Dirección General de Epidemiología.	
13	Jefe de Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas	Realiza publicación del informe en el boletín epidemiológico y notifica el cierre de mes a la Dirección General de Epidemiología.	Boletín
FIN			

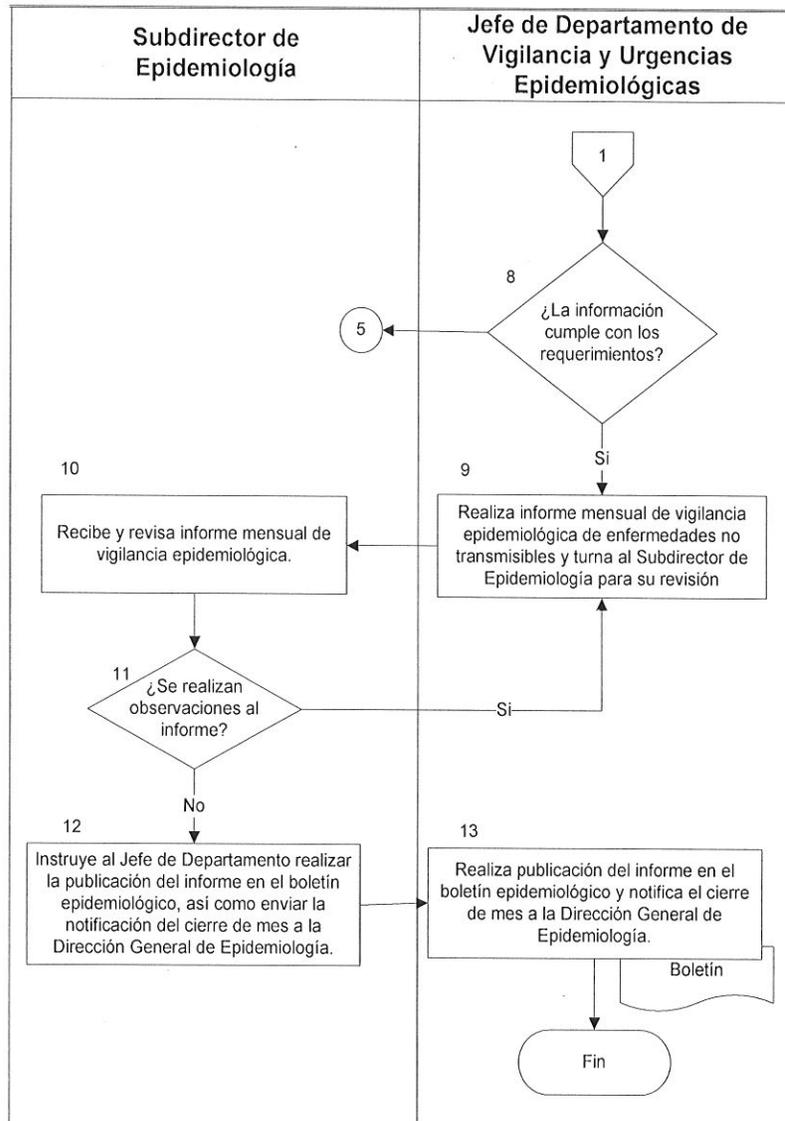
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-09	
Nombre del procedimiento:	Vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Epidemiología	Versión:	1.0
		Página:	3 de 6
		Tiempo:	Mensual / anual

Diagrama de Flujo



Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-09	
Nombre del procedimiento:	Vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Epidemiología	Versión:	1.0
		Página:	6 de 6
		Tiempo:	Mensual / anual

Diagrama de Flujo



Anexo



FORMATO DE ESTUDIO DE CASO DE DIABETES TIPO 2 HOSPITALIZADOS

CASO PREVALENTE

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

FOLIO PLATAFORMA: _____

NOBRE: _____

RFC: _____ CURP: _____

II. ANTECEDENTES

REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: Si No CON QUE FRECUENCIA: Menos de 30 minutos por día Entre 30 y 60 minutos por día Al menos 60 minutos por día

ACTUALMENTE CONSUME TABACO: Diario: más de 3 veces Diario: de 2 a 3 veces Diario: una vez De 2 a 3 veces por semana Una vez a la semana De 2 a 3 veces por mes Una vez al mes Menos de un cigarro al mes Ya no lo usa Solo lo uso una vez Nunca ha fumado

DESDE QUE EDAD COMENZÓ A FUMAR _____ años HA RECIBIDO TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR Si No

PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

Tuberculosis Cáncer Obesidad Hipercalcemia Hipertensión arterial Otra _____

VIH/SIDA Depresión Dislipidemias Ent. Cardiovasculares Enfermedades Hepáticas ¿Cuál? _____

HA RECIBIDO CONSULTA POR UN NUTRIÓLOGO: Al menos una consulta en el último mes Al menos una consulta en el último año Hace más de un año Nunca

HA RECIBIDO CONSULTA POR UN OFTALMOLOGO: Al menos una consulta en el último mes Al menos una consulta en el último año Hace más de un año Nunca

LES HAN REALIZADO REVISIÓN DE LOS PIES: Al menos una vez en el último mes Al menos una vez en el último año Hace más de un año Nunca

LE HAN REALIZADO EXAMEN DE ORINA: Al menos una vez en el último mes Al menos una vez en el último año Hace más de un año Nunca

TIENE CONOCIMIENTO DE QUE PADECE DIABETES Si No HACE CUÁNTO TIEMPO SE CONOCE CON DIABETES Días Meses Años

HA RECIBIDO PLÁTICAS SOBRE EL CUIDADO DE LA DIABETES: Al menos una vez en el último mes Al menos una vez en el último año Hace más de un año Nunca

HA ASISTIDO A UN GRUPO DE AYUDA MUTUA: Desde hace un mes Desde hace un año Desde hace más de un año Nunca

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD POR DIABETES: Si No

CUAL ES LA DISCAPACIDAD QUE PRESENTA: Auditiva Motora Visual Mental Odontológica Para comunicarse Aprendizaje Autocuidado

COMO PARTE DE SU TRATAMIENTO LE HAN INDICADO Ejercicio Si No Dieta Si No

ACTUALMENTE USA ALGÚN MEDICAMENTO PARA EL MANEJO DE LA DIABETES Si No

QUE TIPO DE MEDICAMENTO:

HIPOGLUCEMIANTES ORALES Glíbenclámda Combinados Metformina Otro Cuál: _____

HACE CUÁNTO INICIÓ EL USO DE HIPOGLUCEMIANTES: _____ (meses/años)

INSULINA Regular Lispro Humana (NPH) Detemir Aspart Glulisina Glargina

HACE CUÁNTO INICIÓ EL USO DE INSULINA: _____ (meses/años)

OTROS MEDICAMENTOS: Ácido acetil salicílico Complejo b

III. REINGRESO AL HOSPITAL

FECHA DE REINGRESO AL HOSPITAL: ____/____/____ EL PACIENTE LLEGÓ AL HOSPITAL: Reflado Por su cuenta

PESO _____ Kg TALLA _____ Mts CIRCUNFERENCIA DE CINTURA _____ cms PRESIÓN SISTÓLICA _____ mmHg PRESIÓN DIASTÓLICA _____ mmHg

SERVICIO DE INGRESO: Urgencias Consulta externa Hospitalización

EL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE INGRESO ESTA RELACIONADO DIRECTAMENTE CON LA DIABETES Si No

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE INGRESO

Hipoglucemia Deshidratación IRC con diálisis Neuropatía diabética Tuberculosis Procesos infecciosos

Celocidosis Necrobiosis IRC con hemodiálisis Cardiopatía isquémica VIH/SIDA Quirúrgicas

Esclero Hipertrofia Insuficiencia renal Retinopatía diabética Evento Cerebrovascular Atención Obstétrica Otro _____

AREA DE ATENCIÓN MÉDICA Medicina Interna Cirugía Terapia intensiva Ginecobstetricia Urgencias Otro _____

DURANTE SU INTERNAMIENTO SE LE REALIZO

Interconsulta por nutriólogo Si No Revisión de pies Si No

Valoración por oftalmología Si No Evaluación del funcionamiento renal Si No

PRESENTO INFECCIÓN HOSOCOMIAL Si No

QUE TIPO DE INFECCIÓN HOSOCOMIAL PRESENTO Neumonía BVI Flebitis Diarrea Bacteremia Infección herida quirúrgica

TRATAMIENTO UTILIZADO PARA EL CONTROL DE LA GLUCOSA DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA

HIPOGLUCEMIANTES ORALES: Glíbenclámda Combinados Metformina Otro Cuál: _____

HACE CUÁNTO INICIÓ EL USO DE HIPOGLUCEMIANTES: _____ (meses/años)

INSULINA: Regular Lispro Humana (NPH) Detemir Aspart Glulisina Glargina

HACE CUÁNTO INICIÓ EL USO DE INSULINA: _____ (meses/años)

OTROS MEDICAMENTOS: Ácido acetil salicílico Complejo b

Anexo

IV. ESTUDIOS DE LABORATORIO
Nota: la primera medición deberá corresponder al ingreso hospitalario y la quinta medición deberá corresponder al egreso hospitalario

FECHA	Día	Mes	Año	Glucosa mg/dL	Colesterol LDL mg/dL	Colesterol HDL mg/dL	Triglicéridos mg/dL	Urea sérica mg/dL	Creatinina sérica mg/dL
FECHA	<input type="text"/>								
FECHA	<input type="text"/>								
FECHA	<input type="text"/>								
FECHA	<input type="text"/>								
FECHA	<input type="text"/>								

HEMOGLOBINA GLUCOSILADA %

FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA Día Mes Año

SE REALIZARON PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO RENAL SI NO

FECHA Día Mes Año

Albumina en orina mg/dL

Creatinina en orina mg/dL

V. EGRESO DEL HOSPITAL

ESTATUS DE SEGUIMIENTO: En seguimiento Egresado

FECHA DE EGRESO HOSPITALARIO: Día Mes Año

MOTIVO DE EGRESO Baja Alta voluntaria Traslado a otra unidad Defunción

FECHA DE DEFUNCIÓN Día Mes Año

CAUSAS DE DEFUNCIÓN

Parte I A <input type="text"/> B <input type="text"/> C <input type="text"/> D <input type="text"/> Parte II <input type="text"/>	Clasificación CIE-10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--

DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE EGRESO

<input type="checkbox"/> Descompensación Corregida	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal sin diálisis	<input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Proceso infeccioso remitido
<input type="checkbox"/> Retorción sin amputación	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal con diálisis	<input type="checkbox"/> HAS controlada	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Postquimico relacionado a diabetes
<input type="checkbox"/> Necrosis con amputación	<input type="checkbox"/> IEC con hemodilisis	<input type="checkbox"/> Secuelas de EVC	<input type="checkbox"/> Atención obstétrica	<input type="checkbox"/> Postquimico no relacionado a diabetes
<input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/>				

Especifique

QUAL ES EL TRATAMIENTO A SEGUIR Farmacológico Dieta y ejercicio Ambos

MANEJO FARMACOLÓGICO AL EGRESO

HIPÓGLUCEMIANTES ORALES: Glimeclanida Combinaidos Metformina Otro: Cuál:

HACE CUÁNTO INICIÓ EL USO DE HPOGLUCEMIANTES: (meses/años)

INSULINA: Regular Lispro Humana (NPH) Determir Aspart Glisaine Glargina

HACE CUÁNTO INICIÓ EL USO DE INSULINA: (meses/años)

OTROS MEDICAMENTOS: Acido acetil salicílico Complejo b

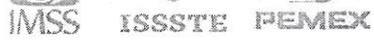
EL PACIENTE FUE REFERIDO A: Tercer Nivel de atención Control de Especialidad Otra Unidad Otra Institución

Nombre de quien recibió la información: Nombre de quien valida la información:

Anexo

FORMATO DE ESTUDIO DE CASO DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMADAMENTE GRAVE			
1-20/ reverso			
V.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN			
ENFERMEDAD ESPECÍFICA Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Preclampsia Severa	<input type="checkbox"/> Eclampsia	<input type="checkbox"/> Choque Hipovolémico	<input type="checkbox"/> Choque Séptico
FALLA ORGÁNICA Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Cardíaca	<input type="checkbox"/> Vascular	<input type="checkbox"/> Coagulación	<input type="checkbox"/> Hepática
<input type="checkbox"/> Neuro/ Cerebral	<input type="checkbox"/> Renal	<input type="checkbox"/> Respiratorio	<input type="checkbox"/> Metabólica
MANEJO ESPECÍFICO Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Ingreso a UCI Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Cirugía de Emergencia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Histerectomía	<input type="checkbox"/> Laparatomía	<input type="checkbox"/> Legrado
<input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál? _____			
Transfusión de más de 3 unidades Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Glóbulos rojos	<input type="checkbox"/> Plaquetas	<input type="checkbox"/> Plasma fresco	<input type="checkbox"/> Plasma congelado
<input type="checkbox"/> Crioprecipitados	<input type="checkbox"/> Sangre Total	<input type="checkbox"/> Factores de coagulación	
VI.- ANTECEDENTES COMORBILIDAD			
Enfermedad Asociada Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Sx. Metabólico	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Desnutrición
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Hepatitis B ó C	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> ITS
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Nefropatía	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Neumopatía
<input type="checkbox"/> Enfermedad Hematológica	<input type="checkbox"/> Lupus Eritematoso Sistémico	<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> Enfermedad transmitida por vector
La paciente tiene antecedente de:			
<input type="checkbox"/> Tabaquismo	<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Uso de Drogas	<input type="checkbox"/> Ninguno
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS			
Escriba el número del embarazo actual o el que terminó en los 41 días anteriores. En las opciones que la respuesta sea negativa registrar '0'. Si cursa el primer embarazo No Aplica			
<input type="checkbox"/> Número de embarazos	<input type="checkbox"/> Número de Partos	<input type="checkbox"/> Número de Cesáreas	<input type="checkbox"/> Número de abortos
<input type="checkbox"/> Embarazo Molar	<input type="checkbox"/> Productos nacidos vivos	<input type="checkbox"/> Productos nacidos muertos	<input type="checkbox"/> Embarazos ectópicos
Complicaciones en embarazos anteriores Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál? Hipertensión			<input type="checkbox"/> D Gestacional
			<input type="checkbox"/> Hemorragia
			<input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> En que embarazo se presentó <input type="checkbox"/>
VII.- EMBARAZO ACTUAL			
EMBARAZO MULTIPLE Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> CONTROL PRENATAL Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SEMANAS DE GESTACIÓN DE INICIO DE CONTROL PRENATAL <input type="text"/>			
NÚMERO DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL <input type="text"/>		SEMANAS DE GESTACIÓN AL INGRESO HOSPITALARIO <input type="text"/>	
MOMENTO DE LA COMPLICACIÓN <input type="checkbox"/> Anteparto <input type="checkbox"/> Intraparto <input type="checkbox"/> Postparto			
EL EMBARAZO SE CONCLUYO EN ESTE INGRESO Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> MENCIONE COMO CONCLUYO EL EMBARAZO			
SEMANAS DE GESTACIÓN DE CONCLUSIÓN DE EMBARAZO <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Aborto legrado	<input type="checkbox"/> Parto Instrumentado (forcops)
		<input type="checkbox"/> Parto	<input type="checkbox"/> Cesárea
ESTADO DE RECIEN NACIDO 1 <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Muerto		PRODUCTO CON MALFORMACIONES 1 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Peso <input type="text"/> gr
ESTADO DE RECIEN NACIDO 2 <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Muerto		PRODUCTO CON MALFORMACIONES 2 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Peso <input type="text"/> gr
VIII.- DATOS DEL EGRESO			
FECHA DE EGRESO HOSPITALARIO _____ / _____ / _____		DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA <input type="text"/>	DIAS DE ESTANCIA EN UCI <input type="text"/>
MOTIVO DE EGRESO HOSPITALARIO EN CASO DE EGRESO POR TRASLADO			
<input type="checkbox"/> Alta por mejoría	<input type="checkbox"/> Alta voluntaria	Unidad de Referencia _____	
<input type="checkbox"/> Traslado por complicación	<input type="checkbox"/> Defunción	Institución de Referencia _____	
LA PACIENTE EGRESO CON MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica			
¿CUAL MÉTODO? <input type="checkbox"/> Hormonal Oral <input type="checkbox"/> Inyección Hormonal <input type="checkbox"/> Preservativo <input type="checkbox"/> Ninguno			
<input type="checkbox"/> Depósito (Parche / Implante) <input type="checkbox"/> Dispositivo Intrauterino (DIU) <input type="checkbox"/> Definitivo (OTB)			
DIAGNOSTICO DE EGRESO			
Causa _____		Causa _____	
Causa _____		Causa _____	
DERIVADO DE LA MORBILIDAD SEVERA QUEDO CON ALGUNA DISCAPACIDAD Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
TIPO DE DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Motora <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Reproductiva <input type="checkbox"/> Lenguaje y comunicación			
<input type="checkbox"/> Aprendizaje <input type="checkbox"/> Autocuidado			
EL CASO SE REVISO EN COMITÉ DE PREVENCIÓN Y ESTUDIO DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
IX.- OBSERVACIONES			
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LLENADO _____		FECHA DE ELABORACIÓN _____ / _____ / _____	

Anexo



FORMATO DE ESTUDIO DE CASO DE DEFECTOS DEL TUBO NEURAL Y CRANEOFACIAL
DTN/CF-1-19/ anverso

I. DATOS DE IDENTIFICACION DE LA MADRE

NO. DE AFILIACION: _____ NO. DE EXPEDIENTE _____ FOLIO _____

NOMBRE: _____

Apellido paterno
Apellido materno
Nombre (s)

DATOS DEL NACIMIENTO DE LA MADRE

FECHA DE NACIMIENTO: / / EDAD: Años Estado Civil _____ CURP _____

DIA MES AÑO

ESTADO DE NACIMIENTO: _____ MUNICIPIO DE NACIMIENTO: _____

RESIDENCIA MATERNA

ESTADO: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____

DOMICILIO: _____

Colonia o localidad
Calle y Núm.

ENTRE: Calle: _____ y calle: _____ C.P.: _____

RESIDENCIA MATERNA PREVIA (PRIMEROS TRES MESES DEL EMBARAZO)

ESTADO: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____

DOMICILIO: _____

Colonia o localidad
Calle y Núm.

ES INDIGENA: SI No Se desconoce HABLA LENGUA INDIGENA SI No Se desconoce Cual _____

ES MIGRANTE: SI No PAIS DE NACIONALIDAD _____ PAIS DE ORIGEN: _____

PAISES DE TRANSITO EN LOS ULTIMOS TRES MESES 1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- OTRO _____

FECHA DE INGRESO A MEXICO: / /

DIA MES AÑO

II. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE

ESTADO: _____ JURISDICCION: _____

MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____ INSTITUCION: _____

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ CLUES: _____

III. DATOS DE LA NOTIFICACION

FECHA DE NOTIFICACION: / / FUENTE DE NOTIFICACION Registro Hospitalario Certificado de defunción Folio _____

DIA MES AÑO

Certificado de Nacimiento Certificado de Muerte fetal Folio _____

Otro Especifique otra fuente _____

IV. ANTECEDENTES DE LOS PADRES		MADRE	PADRE	
EDAD		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ESCOLARIDAD		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
1.- NINGUNA	6.- LICENCIATURA			
2.- PRIMARIA	7.- POSGRADO			
3.- SECUNDARIA	8.- OTRA _____			
4.- PREPARATORIA				
5.- CARRERA TECNICA				
DERECHOHABENCIA		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
1.- SSA	7.- PEMEX			
2.- IMSS	8.- PRIVADO			
3.- ISSSTE	9.- OTRO _____			
4.- IMSS BIENESTAR				
5.- SEDENA				
6.- SEMAR				

V. ANTECEDENTES DE LA MADRE

¿EXISTE PARENTESCO CON SU PAREJA?.....

1.- TIO - SOBRINA 5.- NINGUNO

2.- PRIMOS - HERMANOS 6.- OTROS _____

3.- PRIMOS SEGUNDOS

4.- HERMANOS

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

1.- NÚMERO DE EMBARAZO 4.- NÚMERO DE ABORTOS

INCLUYENDO ACTUAL

2.- NÚMERO DE PARTOS 5.- NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS

3.- NÚMERO DE CESAREAS 6.- NÚMERO DE HIJOS VIVOS ACTUALMENTE

¿EN EL EMBARAZO ACTUAL USO TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA?.....

Anexo

FORMATO DE ESTUDIO DE CASO DE DEFECTOS DEL TUBO NEURAL Y CRANEOFACIAL DTN/CF-1-19/ reverso			
IV. ANTECEDENTES DE LOS PADRES		V. ANTECEDENTES DE LA MADRE	
OCUPACION..... 1.- CAMPESINO 6.- ESTUDIANTE 2.- OBRERO 7.- EMPLEADO 3.- COMERCIANTE 8.- OTRO _____ 4.- HOGAR 5.- PROFESIONISTA	MADRE PADRE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NUMERO DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL DURANTES TODO EL EMBARAZO <input type="checkbox"/>	
ANTIGUEDAD EN LA OCUPACION (ANOS)..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NUMERO DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO..... <input type="checkbox"/>	
ADICCIONES..... 1.- NINGUNA 5.- TODAS 2.- TABACO 6.- OTRO _____ 3.- ALCOHOL 4.- INHALABLES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	FECHA DEL NACIMIENTO ANTERIOR <div style="text-align: center;"> / / DIA MES AÑO </div>	
PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA..... 1.- DIABETES 5.- LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO 2.- HIPERTENSION ARTERIAL 6.- CRISIS CONVULSIVA 3.- OBESIDAD 7.- OTRO _____ 4.- CANCER	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿PRESENTO HIPERTERMIA DURANTE EL EMBARAZO?..... <input type="checkbox"/> 1.- PRIMER TRIMESTRE 2.- DESPUES DE PRIMER TRIMESTRE 3.- NO TUVO	
¿PRESENTA ALGUN DEFECTO AL NACIMIENTO?..... 1.- SI CUAL _____ 2.- NO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿DURANTE EL EMBARAZO PRESENTO HIPERGLUCEMIA O DIABETES GESTACIONAL?..... <input type="checkbox"/> 1.- PRIMER TRIMESTRE 4.- NO PRESENTO 2.- SEMANA 20 DEL EMBARAZO 3.- TERCER TRIMESTRE	
¿HA TENIDO HIJOS CON ALGUN DEFECTO AL NACIMIENTO? 1.- SI CUAL _____ 2.- NO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿VIVE LA MADRE? 1.- SI 2.- NO <input type="checkbox"/>	
¿TIENE FAMILIARES CON ALGUN DEFECTO AL NACIMIENTO? 1.- SI CUAL _____ 2.- NO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DURANTE EL EMBARAZO CURSO CON INFECCION POR..... <input type="checkbox"/> 1.- DENGUE 6.- VIH/SIDA 11.- MAYARO 2.- CHIKUNGUNYA 7.- HEPATITIS 12.- NINGUNO 3.- ZIKA 8.- CITOMEGALOVIRUS 13.- OTRA _____ 4.- RUBÉOLA 9.- SIFILIS 5.- TOXOPLASMA 10.- PARVOVIRUS	
¿HUBO EXPOSICION A PLAGUICIDAD, TOXICOS O MEDICAMENTOS?..... 1.- UN AÑO PREVIO AL EMBARAZO 4.- NINGUNO 2.- TRES MESES PREVIO AL EMBARAZO 3.- ENCASO DE 1, 2 ESPECIFIQUE _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MOMENTO DEL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION..... <input type="checkbox"/> 1.- PRIMER TRIMESTRE 4.- ANTES DEL EMBARAZO 2.- SEGUNDO TRIMESTRE (Especificar cuantos meses antes del embarazo) _____ 3.- TERCER TRIMESTRE	
¿TOMO ACIDO FOLICO? 1.- UN AÑO PREVIO AL EMBARAZO 4.- DESPUES DEL PRIMER TRIMESTRE 2.- TRES MESES PREVIO AL EMBARAZO 5.- NO TOMO 3.- PRIMER TRIMESTRE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EL DIAGNOSTICO DE INFECCION SE ESTABLECIO MEDIANTE..... <input type="checkbox"/> 1.- CRITERIOS CLINICOS 2.- PRUEBAS DE LABORATORIO ESPECIFIQUE TIPO DE PRUEBA DIAGNOSTICA _____ LABORATORIO QUE EMITIO EL DIAGNOSTICO _____	
VI.- DATOS DEL RECIEN NACIDO		CUENTA CON ULTRASONIDO PRENATAL QUE INDIQUE LA MALFORACION <input type="checkbox"/> 1.- SI 2.- NO	
NOMBRE: _____			
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)		VIA DE NACIMIENTO 1.- VAGINAL 2.- CESAREA <input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO: DIA / / AÑO		SEXO 1.- MASCULINO 2.- FEMENINO 3.- INDIFERENCIADO <input type="checkbox"/>	
CONDICION AL NACIMIENTO 1.- VIVO 2.- MUERTO <input type="checkbox"/>		TALLA cm PERIMETRO CEFALICO cm	
SEMANAS DE GESTACION PESO gr		FECHA DE NACIMIENTO: / / AÑO	
ESTADO ACTUAL 1.- VIVO 2.- MUERTO <input type="checkbox"/>		VII.- DATOS DEL DIAGNOSTICO	
DIAGNOSTICO FINAL <input type="checkbox"/>		ESPECIFIQUE OTRAS MALFORMACIONES CRANEOFACIALES <input type="checkbox"/>	
1.- ANENCEFALIA 5.- MICROCEFALIA 2.- ENCEFALOCELE 6.- OTRAS ESPINAS BIFIDAS 3.- MIELOMENINGOCELE 7.- OTRAS MALFORMACIONES CRANEOFACIALES 4.- MENINGOCELE		1.- ANOTIA 6.- HIDROCEFALIA AL NACIMIENTO 11.- MICROFALMIA 2.- ANOFTALMIA 7.- HIPOTELORISMO 12.- MICROTIA 3.- ATRESIA DE COANAS 8.- HOLOPROSENFALIA 13.- VENTRICULOMEGALIA 4.- CATARATA CONGENITA 9.- LABIO Y PALADAR HENDIDO 5.- CRANEOSINOSTOSIS 10.- MACROCEFALIA	
EL DIAGNOSTICO SE ESTABLECIO 1.- CRITERIOS CLINICOS 2.- CRITERIOS ANATOMOPALOGICOS 3.- PRUEBAS DE GABINETE <input type="checkbox"/>		REVISADO POR GRUPO DE EXPERTOS 1.- SI 2.- NO <input type="checkbox"/>	
SE CONCLUYO INFECCION DURANTE EL EMBARAZO 1.- SI 2.- NO <input type="checkbox"/>		TRIMESTRE EN QUE SE REALIZO EL ULTRASONIDO <input type="checkbox"/> 1.- PRIMERO 2.- SEGUNDO 3.- TERCERO	

Anexo



FORMATO ÚNICO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ASOCIADOS CON LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI)
VERSIÓN PRELIMINAR 19 DE SEPTIEMBRE DE 2019

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA

Nombre: _____ Folio: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: 1. Masc. 2. Fem.
Día Mes Año Años Meses Días

Domicilio: _____
Calle Número exterior Número interior Colonia o Barrio

Localidad: _____ Municipio/Alicaldía: _____ Entidad Federativa: _____
C.P. Teléfono:

Nombre del responsable del menor: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Es migrante: 1= Sí, 2= No País de Nacionalidad: _____ País de Origen: _____

Países de tránsito en los últimos tres meses: 1. _____ 2. _____ 3. _____
4. Otro: _____ Fecha de Ingreso al País: _____

II. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE

Nombre de la Unidad: _____ Clave CLUES: _____

Fecha de notificación a la Jurisdicción: _____ Fecha de notificación a nivel estatal: _____ Fecha de notificación a nivel Nacional: _____
Día Mes Año Día Mes Año Día Mes Año

Fecha de inicio del estudio: _____ Fecha de terminación del estudio: _____ Número de Semana Epidemiológica: _____
Día Mes Año Día Mes Año

III. DATOS DE LA UNIDAD VACUNADORA

Nombre de la Unidad: _____ Clave CLUES: _____

Nombre del Vacunador (a): _____ Escolaridad: _____

IV. ANTECEDENTES PREVIOS A LA VACUNACIÓN

¿Se trata de una mujer embarazada? 1= Sí, 2= No Semanas de Gestación: _____

¿Se encontraba aparentemente sano antes de la vacunación? 1= Sí, 2= No ¿Padece o ha presentado alguna enfermedad en los últimos 15 días previos a la vacunación? 1= Sí, 2= No

¿Cuál o cuáles? _____

* Si la respuesta anterior es afirmativa, indique el tratamiento _____

V. DATOS DE LA VACUNACIÓN

Marque con una X la dosis que corresponda, anote la fecha y hora de aplicación, y los datos correspondientes de la(s) última(s) vacuna(s) supuestamente relacionada(s) con el ESAVI.

	Dosis						Fecha de Aplicación			Laboratorio productor	Número de lote de la vacuna	Fecha de caducidad de la vacuna	Número de lote del diluyente	Fecha de caducidad del diluyente	Vía de aplicación: 1. I.M., 2. I.V., 3. Subcutánea, 4. Intradérmica, 5. Oral	Sitio aplicación: 1. Brazo derecho, 2. Brazo izquierdo, 3. Muslo derecho, 4. Muslo izquierdo, 5. Otro.
	1a	2a	3a	4a	Referencia	Adicionales	DD	MM	AAAA							
1 BCG																
2 Hepatitis B																
3 Pentavalente acetal (DPaT+VPI+Hib)																
4 Hexavalente																
5 Rotavirus																
6 Neumococo conjugada 13 Valente																
7 Neumococo 23 Valente																
8 Influenza estacional																
9 SRP																
10 Sabin																
11 SR																
12 VPH																
13 Td																
14 Tdpa																
15 DPT																
16 Influenza pandémica																
17 Varicela																
18 Hepatitis A																
19 Dengue																
20 Antirrábica																
21 Fiebre Amarilla																
22 Meningococo																
23 Otras (Especifique):																

Sitio vacunación: 1= Intramus, 2= Exátramuro Presentación de la vacuna: 1= Unidosis, 2= Multidosis

Fecha de apertura del frasco multidosis: _____ Número de personas vacunadas con el mismo lote, día la(s) vacuna(s) aplicada(s): _____
Día Mes Año

Número de personas vacunadas con el mismo frasco: _____

¿Hubo error en la aplicación de la vacuna? 1= Sí, 2= No ¿Qué tipo de error?: 1= Programático 2= Técnico

Anexo



SECRETARÍA DE SALUD
 SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

NOTIFICACIÓN DE CASOS Y DEFUNCIONES ASOCIADAS A TEMPERATURAS EXTREMAS

REGISTRO NOMINAL DE CASOS Y DEFUNCIONES

Entidad que reporta:
 Semana epidemiológica:

1.0 DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Nº	Efecto de la lesión	Evento	Causa básica de la lesión o defunción	Nombre	Edad	Sexo	LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL		MIGRANTE	PAIS DE ORIGEN
							Entidad	Municipio		
1										
2										
3										
4										
5										

En caso de ser Migrante
 Paises de tránsito en los últimos 3 meses
 Fecha de ingreso al país

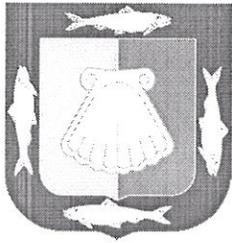
a) _____ b) _____ c) _____ Otro) _____

1.1 DATOS DEL EVENTO

Nº	LUGAR DE OCURRENCIA		FECHA		Lugar de atención	persona que notifica el caso o defunción	Sitio	Temperatura ambiental
	Entidad	Municipio	Localidad	Occurencia				
1								
2								
3								
4								
5								

1.2 OBSERVACIONES:

Nombre y Firma del responsable de la información _____ Vo Bo. Del Epidemiológico Estatal _____
 Lugar _____ Por cada defunción se debe registrar su caso



Dirección de Servicios de Salud

Subdirección de Epidemiología

Vigilancia epidemiológica hospitalaria: RHOVE

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-10	
Nombre del procedimiento:	Vigilancia epidemiológica hospitalaria: RHOVE	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Epidemiología	Versión:	1.0
		Página:	2 de 6

Objetivo:	Recopilar la información en materia de vigilancia epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) generada por cada unidad de atención médica hospitalaria afiliada a la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE) en Baja California Sur que aseguren el monitoreo efectivo del comportamiento de las IAAS y sus principales agentes causales, a través de un sistema integrado que aporte información útil para la toma de decisiones.
Alcance:	Dirección General de Epidemiología. Dirección de Servicios de Salud. Subdirección de Epidemiología. Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas. Jurisdicciones Sanitarias. Unidades hospitalarias.
Normas de operación:	Ley General de Salud. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Baja California Sur. Manual Especifico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-10	
Nombre del procedimiento:	Vigilancia epidemiológica hospitalaria: RHOVE	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Epidemiología	Versión:	1.0
		Página:	3 de 6
		Tiempo:	Mensual / anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Director de Servicios de Salud	Recibe lineamientos de la Dirección General de Epidemiología para la vigilancia epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) en el Estado; instruye al Subdirector de Epidemiología su ejecución y seguimiento.	
2	Subdirector de Epidemiología	Recibe y revisa lineamientos de la Dirección General de Epidemiología y coordina su ejecución y seguimiento.	
3		Instruye al Jefe de Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas realizar la supervisión en las Jurisdicciones Sanitarias de la vigilancia epidemiológica para la identificación y notificación de casos con los médicos operativos para identificación de IAAS quienes realizan llenado de formatos de hoja diaria de consulta, notificando a la Jurisdicción Sanitaria en menos de 24 horas.	
4	Jefe de Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas	Realiza la supervisión de la vigilancia epidemiológica para la identificación y notificación IAAS y de brotes hospitalarios de forma semanal y mensual.	
5	Jurisdicción Sanitaria	Realiza la notificación inmediata, semanal y mensual, así como vigilancia epidemiológica en unidades hospitalarias, corroborando posibles brotes hospitalarios y apoya en la investigación de los mismos.	Hoja de estudio de IAAS Nota médica y RHOVE
6	Jefe de Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas	Supervisa la notificación inmediata, semanal y mensual, así como vigilancia epidemiológica en unidades de segundo nivel, corroborando diagnósticos sujetos a vigilancia epidemiológica.	

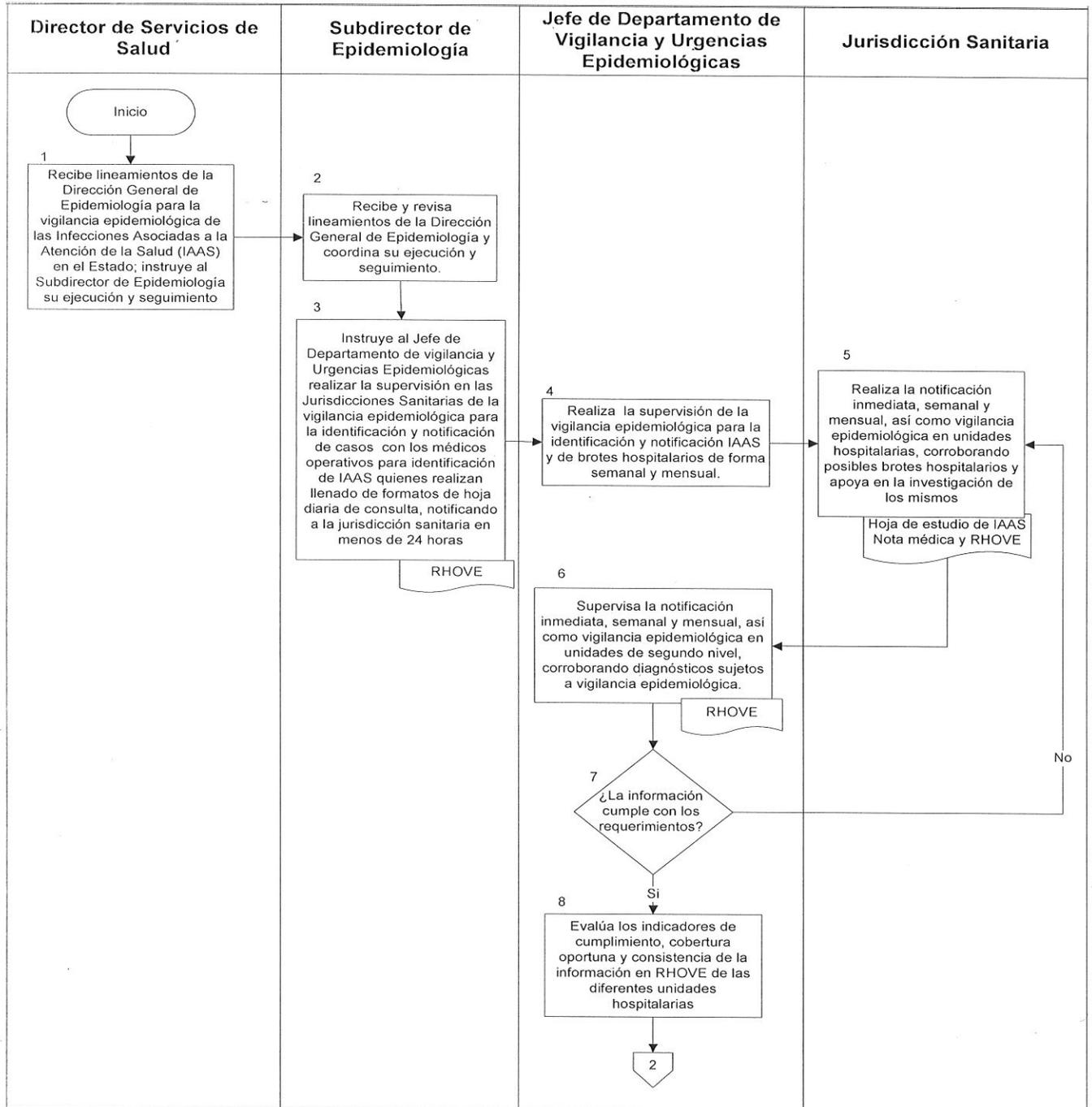
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-10	
Nombre del procedimiento:	Vigilancia epidemiológica hospitalaria: RHOVE	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Epidemiología	Versión:	1.0
		Página:	4 de 6
		Tiempo:	Mensual / anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
7	Jefe de Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas	¿La información cumple con los requerimientos? Si: pasa a la actividad 8 No: notifica a la Jurisdicción Sanitaria, pasa a la actividad 5.	
8		Evalúa los indicadores de cumplimiento, cobertura oportuna y consistencia de la información en RHOVE de las diferentes unidades hospitalarias.	
9		Realiza informe mensual de vigilancia epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) y turna al Subdirector de Epidemiología para su revisión.	RHOVE
10	Subdirector de Epidemiología	Recibe y revisa informe mensual de la RHOVE.	RHOVE
11		¿Se realizan observaciones al informe? Si: pasa a la actividad 9. No: pasa a la actividad 12.	Oficio o Correo electrónico
12		Instruye al Jefe de Departamento realizar la publicación del informe en el boletín epidemiológico, así como enviar la notificación del cierre de mes a la Dirección General de Epidemiología.	Oficio Correo electrónico boletín
13	Jefe de Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas	Realiza publicación del informe en el boletín epidemiológico y notifica el cierre de mes a la Dirección General de Epidemiología.	Boletín
FIN			

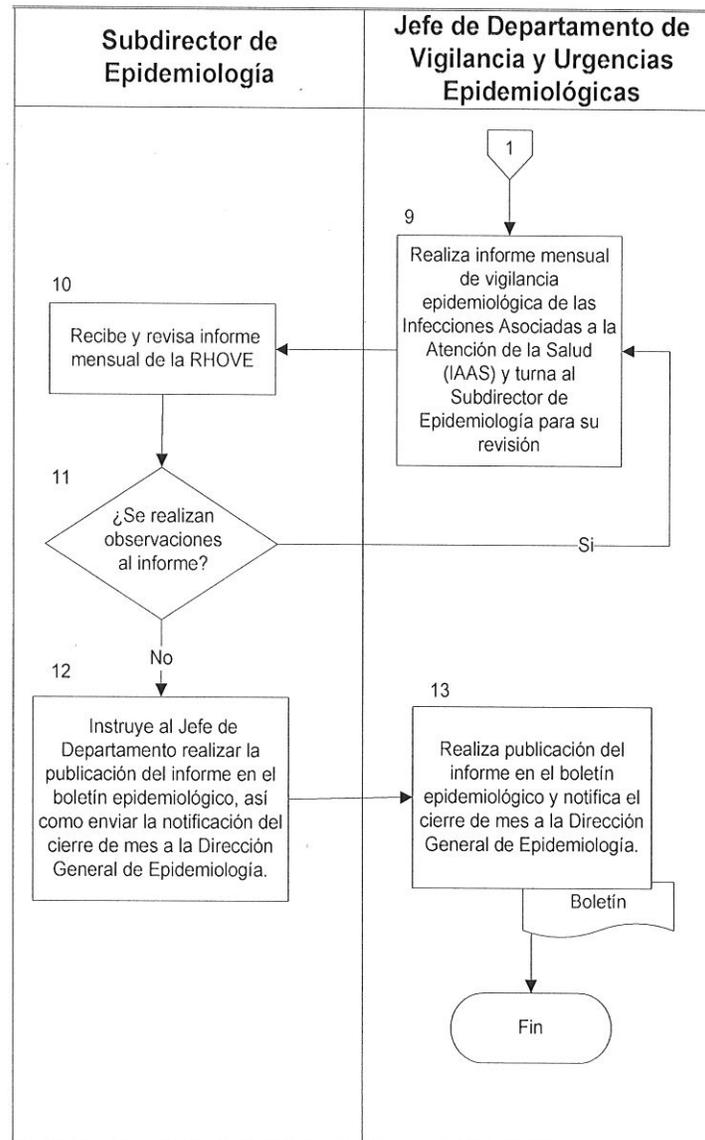
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-10	
Nombre del procedimiento:	Vigilancia epidemiológica hospitalaria: RHOVE	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Epidemiología	Versión:	1.0
		Página:	5 de 6
		Tiempo:	Mensual / anual

Diagrama de Flujo



Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-10	
Nombre del procedimiento:	Vigilancia epidemiológica hospitalaria: RHOVE	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Epidemiología	Versión:	1.0
		Página:	6 de 6
		Tiempo:	Mensual / anual

Diagrama de Flujo



Anexo

SALUD
HOSPITAL DE SALUD



DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

¿SE TOMO MUESTRA PARA CULTIVO O PCR? SI NO

Nº DE CULTIVO	CULTIVO 1
Sitio de toma de muestra	
Fecha de toma	
Microorganismo aislado	
Tipo	<input type="checkbox"/> VIRUS <input type="checkbox"/> BACTERIA <input type="checkbox"/> HONGO <input type="checkbox"/> MICOBACTERIA <input type="checkbox"/> OTRO
GRAM (solo en caso de bacterias)	<input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO

Técnica utilizada

¿SE REALIZARON PRUEBAS DE SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA? SI NO

TÉCNICA UTILIZADA DIFUSION EN DISCO/SENSIDISCO CMI* BIOLOGIA MOLECULAR OTRA TÉCNICA

En caso de haber seleccionado CMI* especifique:

CMI MICRODILUCION EN CALDO DILUCION EN AGAR E-TEST METODOS AUTOMATIZADOS

RESULTADOS DEL ANTIBIOGRAMA			
	ANTIMICROBIANO	SIGNO (p=c)	CMI
Resistencia 1			
Resistencia 2			
Resistencia 3			
Resistencia 4			
Resistencia 5			
Intermedio 1			
Intermedio 2			
Intermedio 3			
Intermedio 4			
Intermedio 5			
Sensibilidad 1			
Sensibilidad 2			
Sensibilidad 3			
Sensibilidad 4			
Sensibilidad 5			

Anexo

SALUD
SERVICIOS DE SALUD



¿SE IDENTIFICÓ ALGUN MECANISMO DE RESISTENCIA? () SI () NO

¿CUÁL? _____

TRATAMIENTO (Instaurado para la infección)

Medicamento	INICIO Día / Mes / Año	FINAL Día / Mes / Año	DÍAS DE TRATAMIENTO
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	

RESPONSABLE DE LA DETECCIÓN: _____

RESPONSABLE DE LA CAPTURA: _____

RESPONSABLE DE LA UEVH: _____

*CMI=Concentración Mínima Inhibitoria

Anexo

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



INFORMACIÓN MÍNIMA REQUERIDA PARA LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE BROTES	
Estado notificante	
Jurisdicción	
Municipio	
Unidad Notificante	
Servicio	
Diagnóstico probable	
Fecha de inicio del brote	
Fecha de detección	
Fecha de notificación	
No. De casos probables	
No. Casos confirmados	
Signos y síntomas	
Población expuesta	
Rango de edad	
Sexo de los casos (No. hombres, No. mujeres)	
No. De defunciones	
Tasa de ataque	
Tasa de letalidad	
Folios de plataforma RHOVE	
Probable fuente del brote	
Probable mecanismo de transmisión	
Laboratorio (tipo de cultivo y microorganismo aislado)	
Acciones de control	
Observaciones	

Nota: Enviar como información inicial estas variables y a la brevedad el estudio epidemiológico de brote SUIVE-3-2000

Anexo

SISTEMA NACIONAL DE SALUD NOTIFICACIÓN DE BROTE

SUIVE-3-2000
RHOVE-2015

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

UNIDAD NOTIFICANTE:	CLAVE DE LA UNIDAD	LOCALIDAD:
MUNICIPIO O DELEGACIÓN::	JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE:	ENTIDAD FEDERATIVA:
INSTITUCIÓN:	SERVICIO MEDICO:	

II. ANTECEDENTES

DX. PROBABLE:	DX. FINAL:
FECHA DE INICIO DEL BROTE: FECHA DE NOTIFICACIÓN:	Día: Mes: Año: Día: Mes: Año:
CASOS PROBABLES:	CASOS CONFIRMADOS: DEFUNCIONES:

III. DISTRIBUCIÓN POR PERSONA

Folios RHOVE:

LLENE LOS ESPACIOS COMO SE INDICA.

GRUPO DE EDAD	NÚMERO DE CASOS*			NÚMERO DE DEFUNCIONES			POBLACION EXPUESTA		
	MASCULINO (A)	FEMENINO (B)	TOTAL (C)	MASCULINO (D)	FEMENINO (E)	TOTAL (F)	MASCULINO (G)	FEMENINO (H)	TOTAL (I)
< 1 mes			0			0			0
<1 año			0			0			0
1 - 4 años			0			0			0
5 - 14 años			0			0			0
15 - 24 años			0			0			0
25 - 44 años			0			0			0
45 - 64 años			0			0			0
65 y más años			0			0			0
SE IGNORA			0			0			0
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0

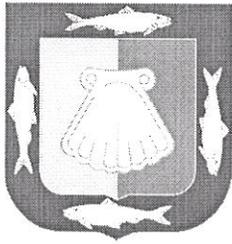
* CASOS PROBABLES

PARA OBTENER LAS TASAS DE ATAQUE Y LETALIDAD, SE INDICA EN CADA COLUMNA (CON LETRAS), LA OPERACION A REALIZAR CON BASE EN LAS LETRAS INDICADAS EN EL CUADRO ANTERIOR.

FRECUENCIAS DE SÍNTOMAS Y SIGNOS

GRUPO DE EDAD	TASA DE ATAQUE *			TASA DE LETALIDAD *			SÍNTOMAS Y SIGNOS	CASOS:	0
	MASCULINO (A/G)	FEMENINO (B/H)	TOTAL (C/I)	MASCULINO (D/A)	FEMENINO (E/B)	TOTAL (F/C)		No.	%
< 1 mes	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!			#1DIV/0!
<1 año	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!			#1DIV/0!
1 - 4 años	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!			#1DIV/0!
5 - 14 años	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!			#1DIV/0!
15 - 24 años	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!			#1DIV/0!
25 - 44 años	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!			#1DIV/0!
45 - 64 años	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!			#1DIV/0!
65 y más años	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!			#1DIV/0!
SE IGNORA	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!			#1DIV/0!
TOTAL	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!	#1DIV/0!			#1DIV/0!

* TASAS POR 100



Dirección de Servicios de Salud

Subdirección de Epidemiología

Vigilancia epidemiológica de la mortalidad

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-11	
Nombre del procedimiento:	Vigilancia epidemiológica de la mortalidad	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Epidemiología	Versión:	1.0
		Página:	2 de 5

Objetivo:	Realizar la vigilancia correspondiente a la mortalidad, comprobando en primer término, la presencia de padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica para efectuar su notificación, estudio y seguimiento.
Alcance:	Dirección General de Epidemiología. Dirección de Servicios de Salud. Subdirección de Epidemiología. Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas. Jurisdicciones Sanitarias.
Normas de operación:	Ley General de Salud Manual de Procedimientos Estandarizados para el Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED). Versión 2017.1. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Baja California Sur. Manual Específico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-11	
Nombre del procedimiento:	Vigilancia epidemiológica de la mortalidad	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Epidemiología	Versión:	1.0
		Página:	3 de 5
		Tiempo:	Mensual / anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Director de Servicios de Salud	Recibe lineamientos de la Dirección General de Epidemiología para la vigilancia epidemiológica de mortalidad; instruye al Subdirector de Epidemiología su ejecución y seguimiento.	
2	Subdirector de Epidemiología	Recibe y revisa lineamientos de la Dirección General de Epidemiología y coordina su ejecución y seguimiento.	
3		Instruye al Jefe de Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas realizar la supervisión en las Jurisdicciones Sanitarias de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad quienes realizan llenado de formatos de hoja diaria de consulta, notificando a la jurisdicción sanitaria en menos de 24 horas.	
4	Jefe de Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas	Realiza en conjunto con las Jurisdicciones Sanitarias la supervisión de la vigilancia epidemiológica para mortalidad de forma semanal y mensual.	
5	Jurisdicción Sanitaria	Realiza la notificación de forma inmediata, semanal y mensual de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad.	
6	Jefe de Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas	Supervisa la notificación inmediata, de defunciones de forma semanal y mensual vigilancia epidemiológica de la mortalidad corroborando diagnósticos sujetos a vigilancia epidemiológica.	
7		¿La información cumple con los requerimientos? Si: pasa a la actividad 8. No: notifica a la Jurisdicción Sanitaria, pasa a la actividad 4.	

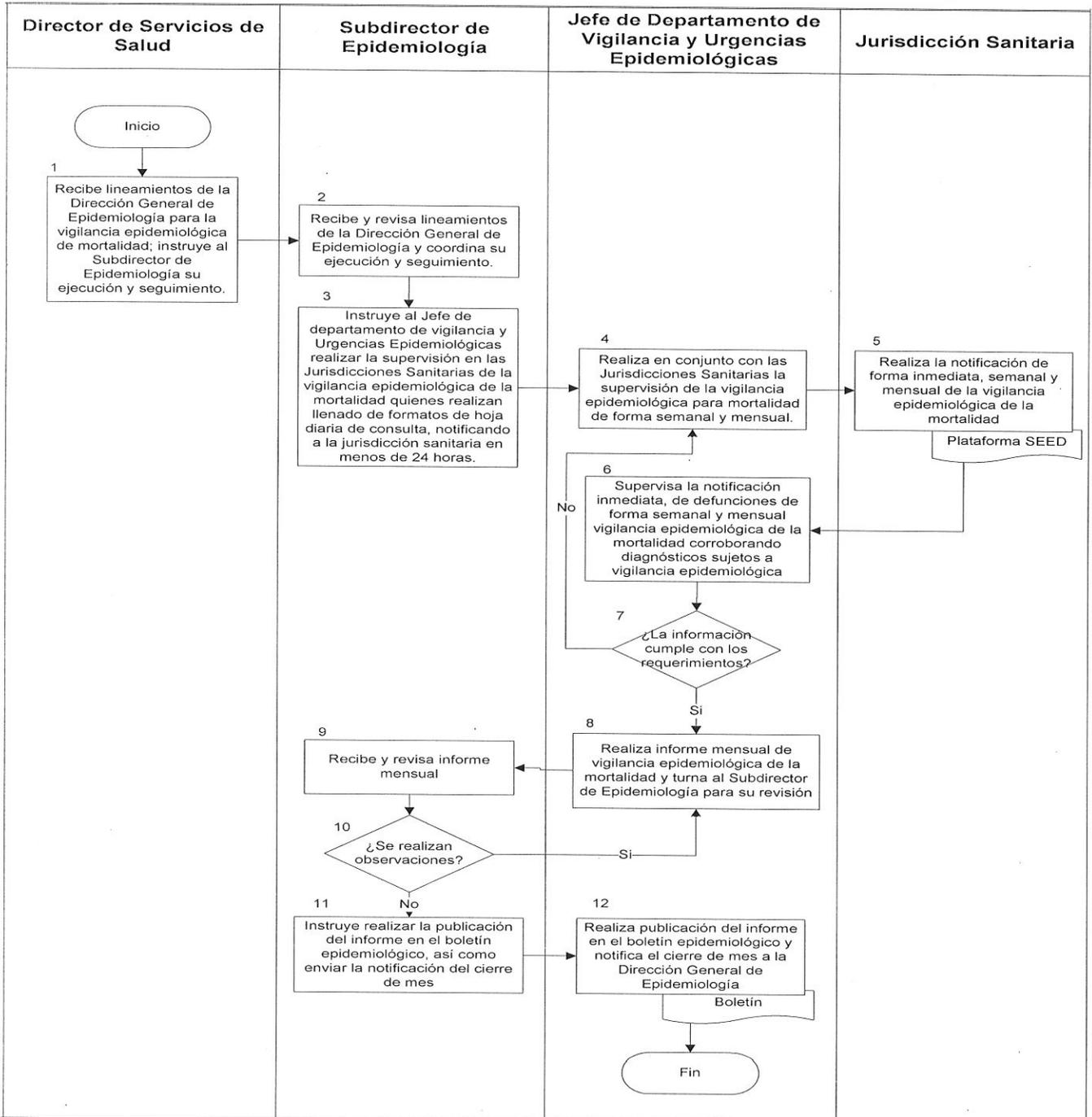
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-11	
Nombre del procedimiento:	Vigilancia epidemiológica de la mortalidad	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Epidemiología	Versión:	1.0
		Página:	4 de 5
		Tiempo:	Mensual / anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
8	Jefe de Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas	Realiza informe mensual de vigilancia epidemiológica de la mortalidad y turna al Subdirector de Epidemiología para su revisión.	
9	Subdirector de Epidemiología	Recibe y revisa informe mensual.	
10		¿Se realizan observaciones al informe? Si: pasa a la actividad 8. No: pasa a la actividad 11.	
11		Instruye al Jefe de Departamento realizar la publicación del informe en el boletín epidemiológico, así como enviar la notificación del cierre de mes a la Dirección General de Epidemiología.	Oficio Correo electrónico boletín
12	Jefe de Departamento de Vigilancia y Urgencias Epidemiológicas	Realiza publicación del informe en el boletín epidemiológico y notifica el cierre de mes a la Dirección General de Epidemiología.	Boletín
FIN			

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-11	
Nombre del procedimiento:	Vigilancia epidemiológica de la mortalidad	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Epidemiología	Página:	5 de 5
		Tiempo:	Mensual / anual

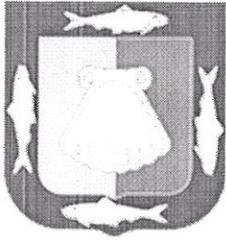
Diagrama de Flujo



Anexo

	
FORMATO DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE MUERTE MATERNA	
I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE	
NO. DE AFILIACIÓN O EXPEDIENTE _____ FOLIO PLATAFORMA: _____	
NOMBRE: _____ RFC: _____ CURP: _____	
<small>Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)</small>	
DATOS DEL NACIMIENTO	
FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO DE NACIMIENTO: _____ JURISDICCIÓN DE NACIMIENTO: _____	
<small>DÍA MES AÑO</small>	
MUNICIPIO DE NACIMIENTO: _____ Edad: _____ Años: <input type="text"/> Meses: <input type="text"/>	
RESIDENCIA	
DOMICILIO: _____	
<small>Calle y Núm. Colonia o localidad</small>	
LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____	
ENTRE CALLE: _____ Y CALLE: _____ C.P.: _____	
HABLA LENGUA INDÍGENA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE DESCONOCE <input type="checkbox"/> CUAL: _____ ES INDÍGENA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE DESCONOCE <input type="checkbox"/>	
ES MIGRANTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PAÍS DE NACIONALIDAD: _____ PAÍS DE ORIGEN: _____	
PAÍSES DE TRÁNSITO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. OTRO: _____	
FECHA DE INGRESO AL PAÍS: _____	
<small>DÍA MES AÑO</small>	
II. DATOS DE LA DEFUNCIÓN:	
FECHA DE DEFUNCIÓN: _____ FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: _____	
<small>DÍA MES AÑO</small>	
FECHA DE TERMINACIÓN DEL ÚLTIMO EMBARAZO: _____	
<small>DÍA MES AÑO</small>	
CAUSAS DE DEFUNCIÓN: _____ CODIFICACIÓN CIE-10: _____	
PARTE I	
A _____	
B _____	
C _____	
D _____	
PARTE II	

PERÍODO EN EL QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: _____ MARQUE CON UNA "X":	
EMBARAZO <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> PUERPERIO <input type="checkbox"/> MUERTE MATERNA TARDÍA <input type="checkbox"/> MUERTE MATERNA POR SECUELAS <input type="checkbox"/>	
NÚMERO DE GESTAS: _____ SEMANAS DE GESTACIÓN DEL ÚLTIMO EMBARAZO: _____	
PROBABLE CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN:	
1 ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO <input type="checkbox"/> 5 ABORTO <input type="checkbox"/> 2 HEMORRAGIA DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO <input type="checkbox"/> 6 OTRAS CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRECTAS <input type="checkbox"/> 3 INFECCIÓN PUERPERAL <input type="checkbox"/> 7 CAUSAS OBSTÉTRICAS INDIRECTAS <input type="checkbox"/> 4 PARTO OBSTRUÍDO <input type="checkbox"/> 8 OTRAS CAUSAS <input type="checkbox"/>	
III. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: _____ MARQUE CON UNA "X":	
LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN: A) UNIDAD MÉDICA <input type="checkbox"/> B) OTRO SITIO <input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN DERECHOHABIENTE: _____	
A) EN CASO DE QUE EL SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN SEA UNIDAD MÉDICA, DESCRIBA:	
LA UNIDAD MÉDICA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: _____ ES PRIVADA <input type="checkbox"/> PERTENECE A UNA INSTITUCIÓN <input type="checkbox"/>	
CLAVE DE LA UNIDAD: _____ NOMBRE: _____ INSTITUCIÓN: _____	
ESTADO: _____ MUNICIPIO: _____ JURISDICCIÓN: _____	
LOCALIDAD: _____ DOMICILIO: _____	
B) EN CASO DE QUE EL SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN SEA OTRO, DESCRIBA:	
NOMBRE DEL SITIO: _____ ESTADO: _____ JURISDICCIÓN: _____	
LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____	
DOMICILIO: _____	
<small>Calle y Núm. Colonia o localidad</small>	
IV. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN	
DEFUNCIÓN IDENTIFICADA POR LA BIRMA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA DE NOTIFICACIÓN: _____	
<small>DÍA MES AÑO</small>	
NOMBRE DEL NOTIFICANTE: _____ CARGO: _____	
INSTITUCIÓN NOTIFICANTE: _____ VIA DE NOTIFICACIÓN: _____	
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN LLENÓ EL FORMATO _____	
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZO _____	



Dirección de Servicios de Salud

Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad

Realizar vinculación intersectorial para la promoción de la salud

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-12	
Nombre del procedimiento:	Realizar vinculación intersectorial para la promoción de la salud	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	2 de 5

Objetivo:	Coordinar la vinculación de distintos actores públicos, de la sociedad civil y privados, con la finalidad de impactar de manera positiva en los determinantes favorables de la salud, para conseguir la equidad en la entrega de los servicios de Salud y reducir las brechas en la misma.
Alcance:	Dirección de Servicios de Salud. Subdirecciones y Jefaturas Estatales. Jefaturas de Departamento Estatales. Jurisdicciones Sanitarias.
Normas de operación:	Ley General de Salud. Reglamento interior de la Secretaria de Salud. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Baja California Sur. Manual de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-12	
Nombre del procedimiento:	Realizar vinculación intersectorial para la promoción de la salud	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Página:	3 de 5
		Tiempo:	Anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Director de Servicios de Salud	Instruye la implementación de las estrategias integrales de Promoción de la salud para afrontar los problemas prioritarios de salud de la población marcados en el programa de acción específico (PAE).	
2	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad	Recibe e indica implementación de las estrategias integrales de Promoción de la salud al área correspondiente.	
3	Jefe de Departamento de Promoción de la Salud	Instruye a los programas de promoción de la salud y las jurisdicciones sanitarias para la detección de necesidades de vinculación con otros sectores de sus comunidades.	
4	Jurisdicción Sanitaria	Recibe y realizan diversas estrategias con la comunidad para la detección de necesidades de vinculación con otros sectores en las comunidades correspondientes.	Informe de detecciones
5	Jefe de Departamento de Promoción de la Salud	Recibe información de necesidades de vinculación en las comunidades y lo informa a la Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad.	
6	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad	Recibe información y convoca los programas de salud para hacer extensiva la información surgida de las comunidades y plantear estrategias.	
7	Jefe de Departamento de Promoción de la Salud	Recibe observaciones e indica a los programas y jurisdicciones sanitarias la aplicación de estrategias consensuadas en reunión en base a las necesidades trabajadas y apoyos de los programas de salud para el cumplimiento de las metas.	
8	Jurisdicciones Sanitarias	Elabora planes de trabajo y envía al Departamento de promoción de la Salud.	Planes de trabajo

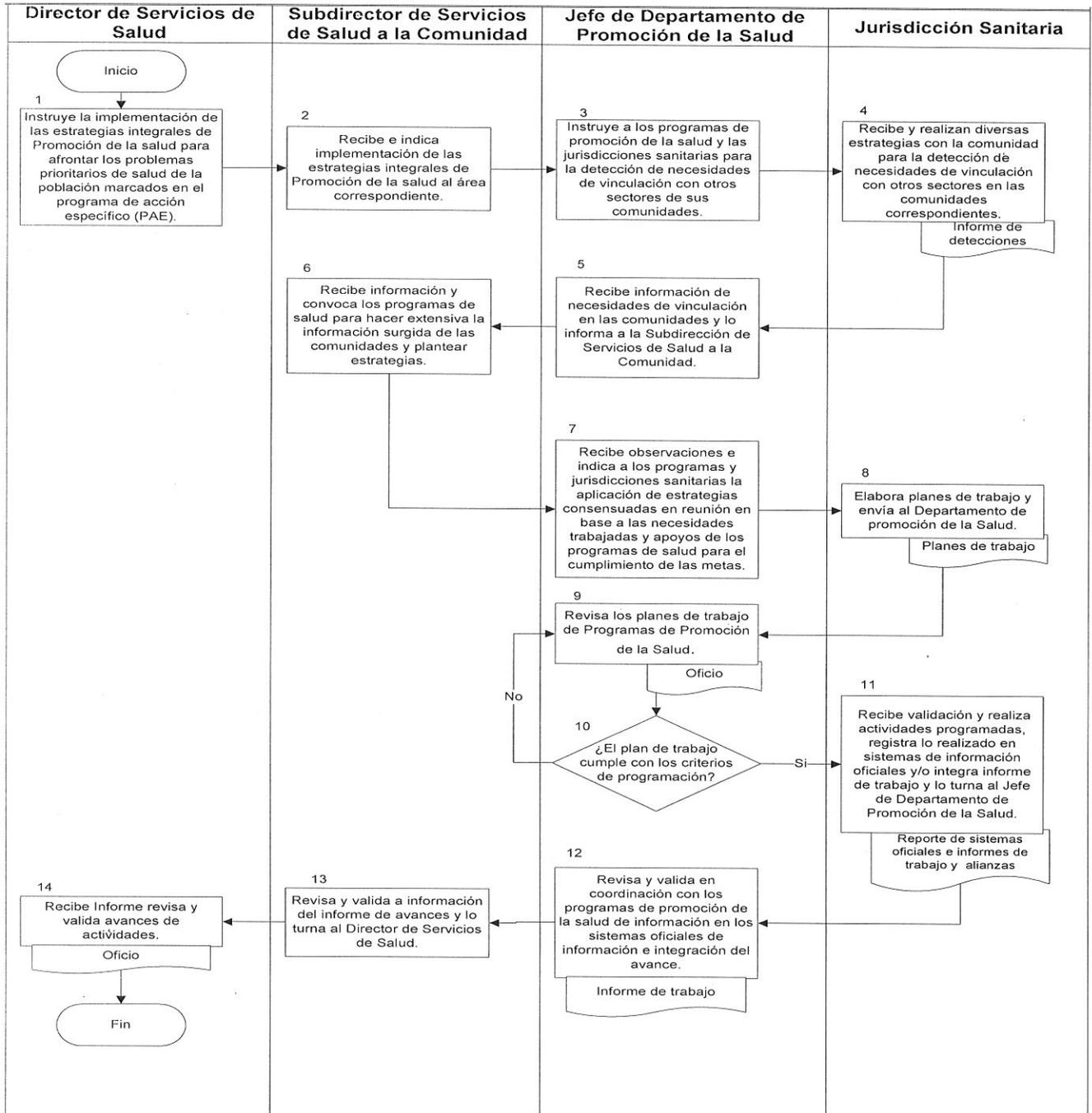
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-12	
Nombre del procedimiento:	Realizar vinculación intersectorial para la promoción de la salud	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	4 de 5
		Tiempo:	Anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
9	Jefe de Departamento de Promoción de la Salud	Revisa los planes de trabajo de Programas de Promoción de la Salud	
10		¿El plan de trabajo cumple con los criterios de programación? Si: pasa a la actividad 10. No: pasa a la actividad 8.	
11	Jurisdicciones Sanitarias	Recibe validación y realiza actividades programadas, registra lo realizado en sistemas de información oficiales y/o integra informe de trabajo y lo turna al Jefe de Departamento de Promoción de la Salud.	Reporte de sistemas oficiales e informes de trabajo y alianzas
12	Jefe de Departamento de Promoción de la Salud	Revisa y valida en coordinación con los programas de promoción de la salud de información en los sistemas oficiales de información e integración del avance.	Informe de trabajo
13	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad	Revisa y valida a información del informe de avances y lo turna al Director de Servicios de Salud.	
14	Director de Servicios de Salud	Recibe Informe revisa y valida avances de actividades.	
FIN			

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-12	
Nombre del procedimiento:	Realizar vinculación intersectorial para la promoción de la salud	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Página:	5 de 5
		Tiempo:	Anual

Diagrama de Flujo



Anexo



Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Dirección General de Promoción de la Salud

Plan de Trabajo Participativo

Datos de identificación				
Estado	Jurisdicción Sanitaria	Municipio	Localidad	Unidad de Salud
Clave del estado	No. de la Jurisdicción Sanitaria	Código del Municipio	Clave de la Localidad	CLUES

Problema Priorizado	Objetivo	Actividad	Responsable	Fecha		Metas
				Inicio	Termino	
Nombre y firma del Presidente del CLS			Nombre y firma del Responsable de la Unidad de Salud			
Nombre y firma del Coordinador de Promoción de la Salud en la Jurisdicción Sanitaria						

2 - Puntaje para la priorización de problemas de salud local			
Aspecto	Puntaje		
Frecuencia	Muy frecuente 2 puntos	Medianamente frecuente 1 punto	Poco frecuente 0 puntos
Gravedad	Muy Grave 2 puntos	Medianamente Grave 1 punto	Poco grave 0 puntos
Posibilidad de solución	Fácil 2 puntos	Medianamente Fácil 1 punto	difícil 0 puntos
Recursos para su solución	Existen recursos en la localidad 2 puntos	Posibilidad de obtener recursos en la localidad 1 punto	Recursos no existentes a nivel local 0 puntos
Disposición de los participantes para su solución	Buena 2 puntos	Poca 1 punto	Nula 0 puntos

Anexo



Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Dirección General de Promoción de la Salud

Priorización de Problemas de Salud Local

Datos de identificación				
Estado	Jurisdicción Sanitaria	Municipio	Localidad	Unidad de Salud
Clave del estado	No. de la Jurisdicción Sanitaria	Código del Municipio	Clave de la Localidad	CLUES

I Tabla de priorización para los problemas de salud local							
Nº.	Problema	Frecuencia	Gravedad	Posibilidad de solución	Recursos para su solución	Disposición de los participantes para su solución	Total
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Presidente del Comité Local	Responsable de la Unidad de Salud
Coordinador de Promoción de la Salud	





Dirección de Servicios de Salud

Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad

Promover la certificación de entornos favorables a la salud

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-13	
Nombre del procedimiento:	Promover la certificación de entornos saludables a la salud	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	2 de 7

Objetivo:	Coadyuvar a la mejora de la calidad de vida personal, familiar y de la población en general que se beneficiará de vivir, crecer y desenvolverse en entornos y comunidades favorables para su salud.
Alcance:	Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS). Dirección de Servicios de Salud. Subdirecciones y Jefaturas Estatales. Jefaturas de Departamento Estatales. Jurisdicciones Sanitarias.
Normas de operación:	NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la Salud Escolar. NOM-SSA-SSA2-043-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Reglamento Interior de la Secretaria de Salud de Baja California Sur. Manual Especifico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-13	
Nombre del procedimiento:	Promover la certificación de entornos saludables a la salud	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	3 de 7
		Tiempo:	Anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Director de Servicios de Salud	Recibe de la Dirección General de Promoción de la Salud lineamientos para establecer las metas de entornos a certificar y los turna al Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad.	
2	Jefe de Departamento de Promoción de la Salud	Recibe, elabora y envía en conjunto con responsable de programa la base de cálculo trabajada a la DGPS para validación de metas.	
3	Director de Servicios de Salud	Recibe metas validadas de la Dirección General de Promoción de la Salud y refiere las indicaciones al siguiente nivel.	Oficio
4	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad	Recibe metas y refiere las indicaciones al siguiente nivel.	Memorándum
5	Jefe de Departamento de Promoción de la Salud	Determina en conjunto con el responsable de programa de las Jurisdicciones Sanitarias el universo de trabajo (Comunidades, entornos; sitios de trabajo, escuelas, viviendas, espacios de recreación, Unidades de Salud con Mecanismos Incluyentes, etc.).	Programa Anual de trabajo (PAT).
6	Jurisdicción Sanitaria	Recibe indicaciones y envía propuestas de entornos a certificar.	
7	Jefe de Departamento de Promoción de la Salud	Valida en conjunto con el responsable de programa las metas propuestas por las jurisdicciones e instruye la realización de los procesos de certificación a las jurisdicciones sanitarias.	
8	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad	Recibe Plan de Trabajo, lo revisa y valida y lo turna al Jefe de la Jurisdicción Sanitaria.	

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-13	
Nombre del procedimiento:	Promover la certificación de entornos saludables a la salud	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	4 de 7
		Tiempo:	Anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
9	Jurisdicción Sanitaria	Recibe validación y realiza actividades marcadas en los procesos de certificación de entornos y envía avances al departamento y programas de promoción.	Carpeta de Evidencias
10	Jefe de Departamento de Promoción de la Salud	Supervisa y analiza en conjunto con el responsable del programa los avances en el proceso de certificación en todas las etapas realizadas en las Jurisdicciones Sanitarias.	Formatos del proceso de certificación
11		¿Cumple con el proceso de certificación? Si: pasa a la actividad 13. No: pasa a la actividad 10.	
12		Envía a la Dirección General de Promoción de la Salud la información de los procesos y sus avances solicitando validación para registro en sistemas oficiales.	
13		Recibe validación de avances y los replica a las jurisdicciones sanitarias; para que procedan a su registro en sistemas oficiales de información.	
14	Jurisdicción Sanitaria	Recibe validación de avances y registra información validada en sistemas oficiales de información y la turna al Jefe de Departamento de Promoción de la Salud.	Reporte de sistemas oficiales de información
15	Jefe de Departamento de Promoción de la Salud	Recibe la documentación que avala la validación de los avances del proceso de certificación realizado por las Jurisdicciones Sanitarias.	Cédula de validación de entornos
16		Informa a la subdirección de servicios de salud a la comunidad sobre el cumplimiento de criterios.	

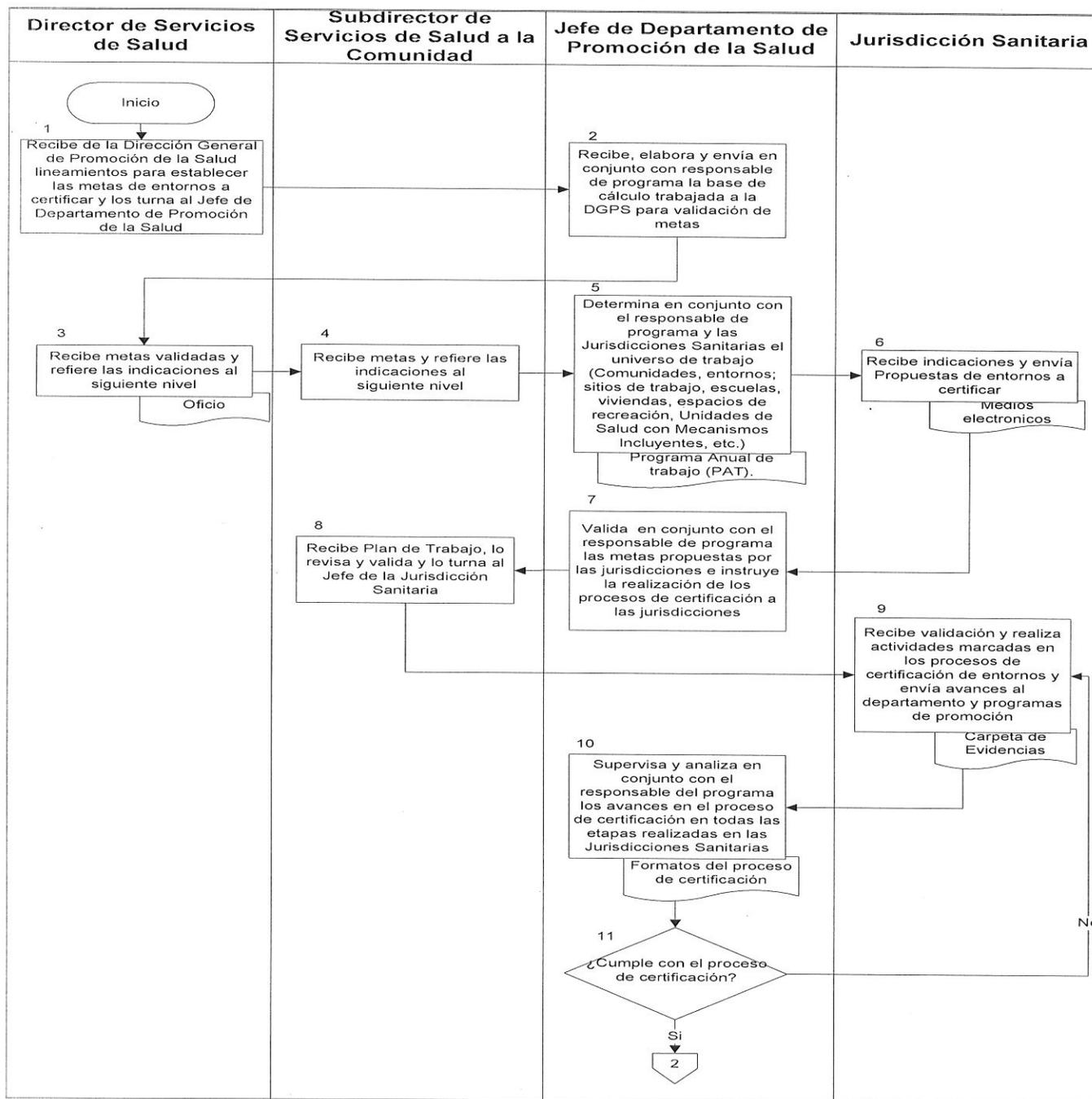
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-13	
Nombre del procedimiento:	Promover la certificación de entornos saludables a la salud	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	5 de 7
		Tiempo:	Anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
17	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad	Recibe, analiza e informa a la Dirección de Servicios sobre el cumplimiento de metas.	
18	Director de Servicios de Salud	Recibe e instruye en el caso de comunidades la realización de un acto protocolario para la entrega de la placa de certificación.	
19	Jefe de Departamento de Promoción de la Salud	Organiza en coordinación con jurisdicción sanitaria acto protocolario.	Oficios
20	Jurisdicción Sanitaria	Organiza en coordinación con nivel estatal y define el lugar y logística para la realizar del acto protocolario y entrega de placa de certificación a la comunidad.	
FIN			

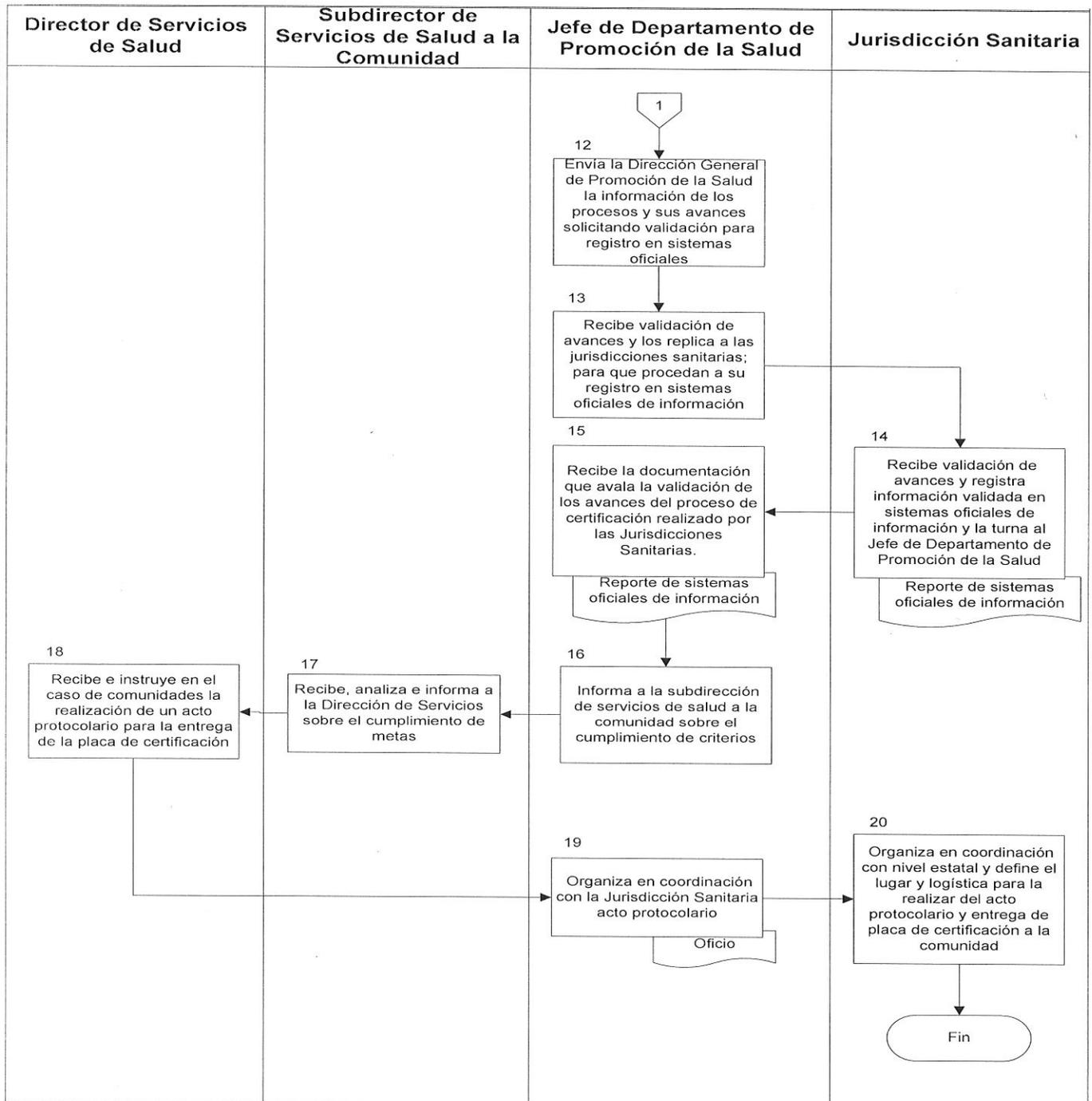
Nombre del procedimiento:	Promover la Certificación de Entornos Saludables a la Salud	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Página:	6 de 7
		Tiempo:	Anual

Diagrama de Flujo



Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-12	
Nombre del procedimiento:	Promover la Certificación de Entornos Saludables a la Salud	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Página:	7 de 7
		Tiempo:	Anual

Diagrama de Flujo



ANEXO



Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Dirección General de Promoción de la Salud

Cédula para la certificación de una comunidad Promotora de la Salud

Entidad Federativa:	Municipio/Delegación:	Jurisdicción Sanitaria:
Localidad:	Clave INEGI:	Población:
Unidad de Salud:	No. CLUES:	Fecha:

Etapa	Intervención	Evidencia	Puntaje Establecido	Puntaje de cumplimiento
Iniciada en el proceso de certificación	1. Instalación del Comité Local de Salud (CLS)	Acta de conformación del Comité Local de Salud	5	
	2. Elaboración del Diagnóstico Local de Salud con la priorización de la problemática encontrada	Diagnóstico Local de Salud	5	
	3. Elaboración del Plan del Trabajo Participativo	Plan de Trabajo Participativo	5	
Total			15	

Etapa	Intervención	Evidencia	Puntaje Establecido	Puntaje de cumplimiento
Orientada en temas de Salud Pública	4. Capacitación al personal de la Unidad de Salud	Formato SIS-SS-ORG-COM-CAP	4	
	5. Capacitación a los integrantes del Comité Local de Salud	Formato SIS-SS-ORG-COM-CAP	4	
	6. Capacitación de Agentes de Salud	Evaluación final satisfactoria Formato SIS-SS-ORG-COM-CAP	10	
	7. Capacitación a Procuradoras (es) de Salud	Evaluación final satisfactoria Formato SIS-SS-ORG-COM-CAP	7	
Total			25	

Etapa	Intervención	Evidencia	Puntaje Establecido	Puntaje de cumplimiento
Activa en el manejo de los determinantes de la salud	8. Realización de sesiones del Comité Local de Salud para dar seguimiento al Plan de Trabajo Participativo en ejecución	Minutas de las sesiones del Comité Local de Salud	6	
	9. Modificación Favorable de los Entornos	Cédulas de certificación de los entornos presentes en la comunidad a. Vivienda Total de Viviendas existentes Total de Viviendas certificadas como saludables % de cobertura >= 80 %	6	

ANEXO



Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Dirección General de Promoción de la Salud

Cédula para la certificación de una comunidad Promotora de la Salud

Etapa	Intervención	Evidencia	Puntaje Establecido	Puntaje de cumplimiento																			
		b. Escuela																					
		Total de escuelas de nivel básico-existentes	Total de escuelas certificadas como saludables	% de cobertura 100 %	4																		
		c. Sitios de Trabajo																					
		Total de sitios de trabajo existentes	Total de sitios de trabajo certificados	% de cobertura 100 %	4																		
		d. Espacios de recreación																					
		Total de espacios de recreación	Total de espacios de recreación certificados	% de cobertura 100 %	4																		
	10. Manejo adecuado de los determinantes de salud cruciales en la comunidad:	Grupos de población con orientación alimentaria y que realiza ejercicios para el cuidado de su salud	Nombre del Grupo	No. de integrantes	Frecuencia con la que sesiona	5																	
		Cobertura de la red de agua entubada y/o con agua con calidad bacteriológica para consumo humano	Total de viviendas existentes	Total de viviendas con agua	% de cobertura	5																	
		Cobertura de recolección de basura	Total de viviendas existentes	Total de viviendas con recolección de basura	% de cobertura	5																	
		Cobertura de drenaje y/o manejo adecuado de excretas	Total de viviendas existentes	Total de viviendas con drenaje y/o manejo adecuado de excretas	% de cobertura	5																	
		11. Cooperar activamente con los diferentes Programas de Acción de Salud Pública																					
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="width: 15%;">Unidad/Órgano descentrado</th> <th style="width: 15%;">Programa</th> <th style="width: 35%;">Indicador</th> <th style="width: 10%;">Puntaje establecido</th> <th style="width: 10%;">Puntaje de cumplimiento</th> <th style="width: 15%;">Aval del programa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Centro Nacional para la Infancia y la Adolescencia</td> <td>Vacunación Universal</td> <td>Cobertura de vacunación con esquema completo en niños de 1 año de edad. Valor esperado: 90 %</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva</td> <td>Salud Materna y Perinatal</td> <td>Ratio de Mortalidad Materna. Valor esperado: 35</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Unidad/Órgano descentrado	Programa	Indicador	Puntaje establecido	Puntaje de cumplimiento	Aval del programa	Centro Nacional para la Infancia y la Adolescencia	Vacunación Universal	Cobertura de vacunación con esquema completo en niños de 1 año de edad. Valor esperado: 90 %	3			Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Salud Materna y Perinatal	Ratio de Mortalidad Materna. Valor esperado: 35	3	
Unidad/Órgano descentrado	Programa	Indicador	Puntaje establecido	Puntaje de cumplimiento	Aval del programa																		
Centro Nacional para la Infancia y la Adolescencia	Vacunación Universal	Cobertura de vacunación con esquema completo en niños de 1 año de edad. Valor esperado: 90 %	3																				
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Salud Materna y Perinatal	Ratio de Mortalidad Materna. Valor esperado: 35	3																				

ANEXO



Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Dirección General de Promoción de la Salud

Cédula para la certificación de una comunidad Promotora de la Salud

Unidad/Órgano descentrado	Programa	Indicador	Puntaje establecido	Puntaje de cumplimiento	Aval del programa
Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades	Dengue, Paludismo, Chikungunya, Zika	Eliminación de criaderos y hábitats del vector. Valor esperado: 100%	2		
	Enfermedades Crónicas	Formación de Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas en el SNS. Valor esperado: 1 grupo	2		
Dirección General de Promoción de la Salud	Promoción de la Salud y Determinantes Sociales	Porcentaje de consultas otorgadas en los SESSA en las que la población usuaria presenta la CNS. Valor esperado: 57.2%	2		
Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental	Salud Mental	Porcentaje de unidades de primer nivel que implementaron acciones continuas y permanentes de promoción de la salud. Valor esperado: 100%	2		
Secretaría Técnica del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes	Prevención de Accidentes	Porcentaje de (Procuradorías, les) de Salud que recibió información sobre prevención de accidentes en la comunidad. Valor esperado: 80 %	2		
Total				60	

	Etapa	Puntaje Establecido	Puntaje de cumplimiento
Certificada como saludable	Iniciada en el proceso de certificación	15	
	Orientada en temas de Salud Pública	25	
	Activa en el manejo de los determinantes de la salud	60	
	Total	100	

A los ____ días del mes _____ del año _____, firman al margen y al calce la presente los representantes de los Servicios de Salud y de los Comités que participan en dicho proceso de Certificación que ha alcanzado como mínimo el 95 % de los requisitos señalados.

Titular de Promoción de la Salud

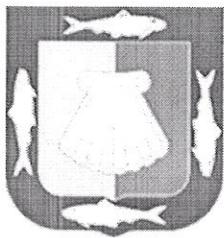
Presidente del Comité Estatal de Comunidades Saludables

Jefe de la Jurisdicción Sanitaria

Presidente del Comité Municipal de Salud

Coordinador Jurisdiccional de Promoción de la Salud

Presidente del Comité Local de Salud



Dirección de Servicios de Salud

Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad

Coordinar la jornada nacional y de reforzamiento de vacunación antirrábica canina y felina

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-14	
Nombre del procedimiento:	Coordinar la jornada nacional y de reforzamiento de vacunación antirrábica canina y felina	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	2 de 6

Objetivo:	Establecer el procedimiento para la coordinación de la esterilización de perros y gatos de acuerdo a los lineamientos emitidos por la normatividad de la Secretaría de Salud Federal.
Alcance:	Dirección de Servicios de Salud. Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad. Departamento de Prevención y Control de Enfermedades. Subdirección de Recursos Materiales. Almacén Central Estatal. Jurisdicciones Sanitarias.
Normas de operación:	Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011, Para la prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos; DOF 8-12-2011. Lineamientos Generales para la esterilización quirúrgica de perros y gatos, Programa Nacional de Zoonosis. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Baja California Sur. Manual Especifico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-14	
Nombre del procedimiento:	Coordinar la jornada nacional y de reforzamiento de vacunación antirrábica canina y felina	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	3 de 6
		Tiempo:	Trimestral

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Director de Servicios de Salud	Recibe del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades lineamientos y solicitud de metas y requiere al Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad.	
2	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad	Recibe la solicitud y la turna al Jefe de Departamento de Prevención y Control de Enfermedades.	
3	Jefe de Departamento de Prevención y Control de Enfermedades	Recibe y solicita la propuesta de metas a las jurisdicciones sanitarias.	
4	Jurisdicción Sanitaria	Reciben solicitud y elaboran las propuestas de metas y las envían para validación al Jefe de Departamento de Prevención y Control de Enfermedades.	
5	Jefe de Departamento de Prevención y Control de Enfermedades	Recibe propuestas y las revisa. ¿Se realizan observaciones? Si: pasa a la actividad 4. No: pasa a la actividad 6.	
6	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad	Recibe, revisa, valida y envía metas a CENAPRECE. Instruye al Jefe de Departamento de Prevención y Control de Enfermedades iniciar el trámite para la adquisición de insumos.	
7	Director de Servicios de Salud	Recibe formatos de planeación e instrucción de la atención de la Jornada por CENAPRECE y turna al Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad.	

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-14	
Nombre del procedimiento:	Coordinar la jornada nacional y de reforzamiento de vacunación antirrábica canina y felina	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	4 de 6
		Tiempo:	Trimestral

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
8	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad	Recibe e indica formular los formatos de planeación de acuerdo a lineamientos emitidos por el CENAPRECE así como la adquisición de insumos.	
9	Jefe de Departamento de Prevención y Control de Enfermedades	Elabora los formatos de planeación con las Jurisdicciones Sanitarias y realiza la solicitud de adquisición de los insumos correspondientes a la Subdirección de Recursos materiales.	
10	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad	Verifica los trámites para el proceso de adquisición de insumos.	
11	Director de Servicios de Salud	Autoriza la adquisición y la distribución de insumos.	
12	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad	Supervisa los procesos de distribución, implementación y ejecución de la SNVACyF y envía metas y fechas de semana nacional a las jurisdicciones sanitarias.	
13	Jefe de Departamento de Prevención y Control de Enfermedades	Da seguimiento a la Ejecución de la Jornada en cada una de las Jurisdicciones Sanitarias e instruye que la información sea plasmada en los sistemas oficiales de información correspondientes (SIS).	
14	Jurisdicción Sanitaria	Ejecuta la jornada, envía avances y registra la información en sistemas oficiales.	
15	Jefe de Departamento de Prevención y Control de Enfermedades	Recibe avances y verifica captura de información en sistemas oficiales. Analiza avances y envía logros a la Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad.	

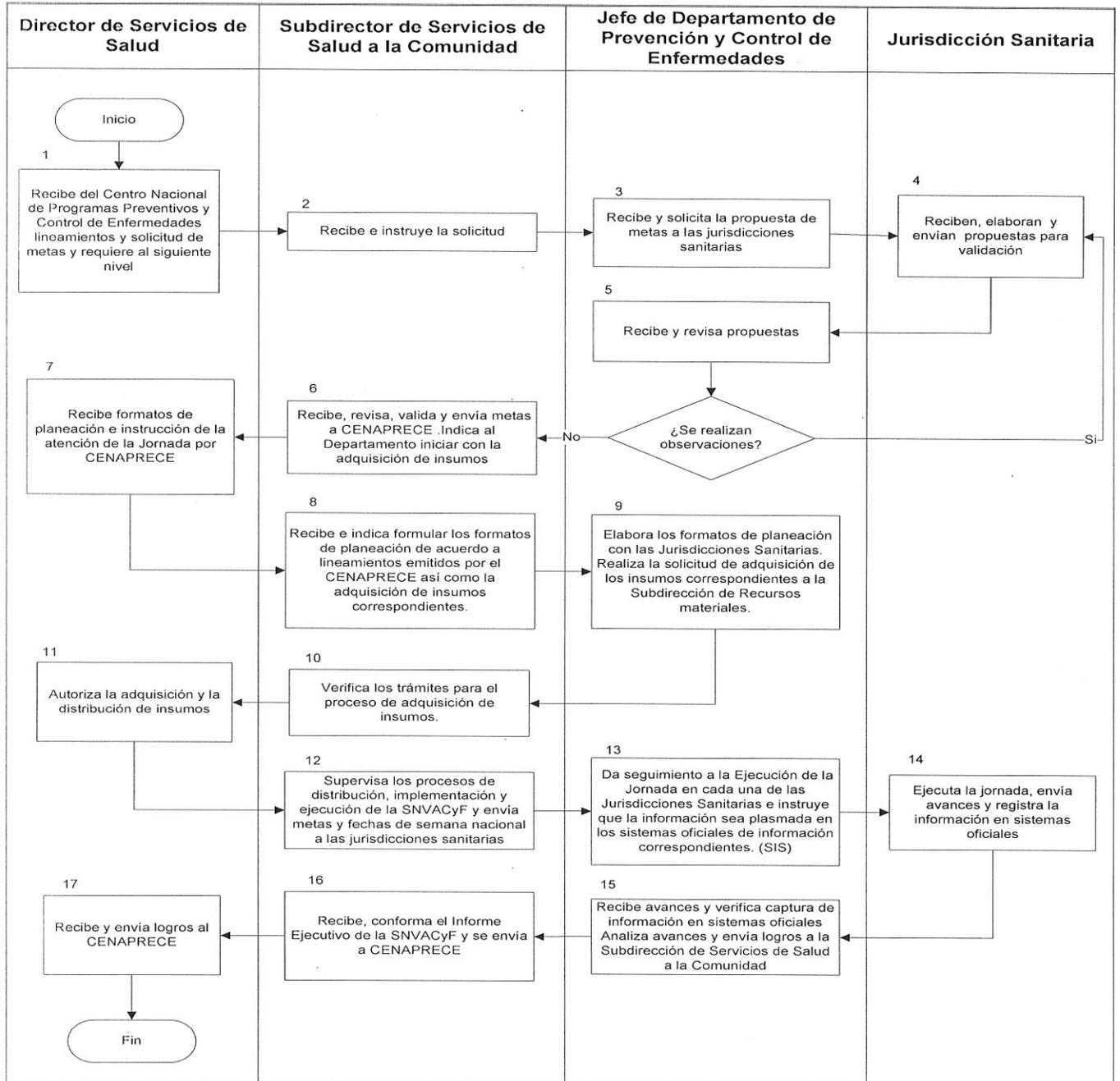
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-14	
Nombre del procedimiento:	Coordinar la jornada nacional y de reforzamiento de vacunación antirrábica canina y felina	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	5 de 6
		Tiempo:	Trimestral

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
16	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad	Recibe, conforma el Informe Ejecutivo de la SNVACyF y lo turna al Director de Servicios de Salud.	
17	Director de Servicios de Salud	Recibe informe ejecutivo y envía logros al CENAPRECE	
FIN			

Nombre del procedimiento:	Coordinar la jornada nacional y de reforzamiento de vacunación antirrábica canina y felina	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	6 de 6
		Tiempo:	Trimestral

Diagrama de Flujo



ANEXO



SECRETARÍA DE SALUD
 SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES
 SUBDIRECCIÓN DE RABIA Y OTRAS ZOOZOSIS

PLANEACIÓN: JORNADA NACIONAL DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA CANINA Y FELINA
 FECHA DE REALIZACIÓN DE LA JORNADA DE 20__

Anexo 7. Universo de perros y gatos a vacunarse y equipos de campo durante la JNVaCyF
 * EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES RESPONSABILIDAD DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

ESTADO / JURISDICCIÓN	META ANUAL TOTAL DE PERROS Y GATOS A VACUNARSE EN 20__			A VACUNARSE EN LA JNVaCyF						EQUIPOS DE CAMPO PARA LA VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA				
	PERROS	GATOS	TOTAL	PERROS	GATOS	SUB TOTAL	PERROS	GATOS	IMSS - BIENESTAR	SUB TOTAL	TOTAL	BRIGADAS	PUESTOS FIJOS Y/O SEMIFIJOS	NÚMERO DE DÍAS POR TRABAJAR
1. BAJA CALIFORNIA SUR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2. COMONDÚ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3. MULEGE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4. LA PAZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5. LOS CABOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ANEXO



SECRETARÍA DE SALUD
 SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES
 SUBDIRECCIÓN DE RABIA Y OTRAS ZOOZOSIS

PLANEACIÓN: JORNADA NACIONAL DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA CANINA Y FELINA
 FECHA DE REALIZACIÓN DE LA JORNADA DE 20__

Anexo 8. Personal participante de diversas instituciones
 * EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES RESPONSABILIDAD DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

ESTADO / JURISDICCIÓN	NÚMERO DE PERSONAS POR DÍA E INSTITUCIÓN QUE PARTICIPARÁN EN LOS EQUIPOS DE CAMPO PARA LA VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA										TOTAL
	SESA	ESTADOS Y MUNICIPIOS	SEDENA / SEMAR	SADER	ESCUELAS DE VETERINARIA Y/O PECUARIAS	GRUPOS DE LA COMUNIDAD Y SOCIEDAD CIVIL	VOLUNTARIOS	OTROS	IMSS BIENESTAR		
BAJA CALIFORNIA SUR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1. COMONDU											0
2. MULEGE											0
3. LA PAZ											0
4. LOS CABOS											0
5.											0
6.											0
7.											0
8.											0
9.											0
10.											0
11.											0
12.											0
13.											0
14.											0
15.											0
16.											0
17.											0
18.											0
19.											0

ANEXO



SECRETARÍA DE SALUD
 SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES
 SUBDIRECCIÓN DE RABIA Y OTRAS ZOOZOSIS

PLANEACIÓN: JORNADA NACIONAL DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA CANINA Y FELINA
 FECHA DE REALIZACIÓN DE LA JORNADA DE 20__

Anexo 9. Insumos críticos disponibles para la instrumentación de la JNVACyF
 * EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES RESPONSABILIDAD DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

ESTADO / JURISDICCIÓN	NÚMERO DE DOSIS (VACUNA)	COMPROBANTES, CERTIFICADOS o CARTILLAS	AGUJAS PARA JERINGA	JERINGAS 3 ml	TERMINOS PARA VACUNA
1. BAJA CALIFORNIA SUR	0	0	0	0	0
2. COMONDU					
3. MULEGE					
4. LA PAZ					
5. LOS CABOS					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					

ANEXO



SECRETARÍA DE SALUD
 SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES
 SUBDIRECCIÓN DE RABIA Y OTRAS ZOOZOSIS

PLANEACIÓN: JORNADA NACIONAL DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA CANINA Y FELINA
 FECHA DE REALIZACIÓN DE LA JORNADA DE 20__

Anexo 10. Medios para la difusión local de la JNVACyF
 * EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES RESPONSABILIDAD DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

ESTADO / JURISDICCIÓNES	TOTAL DE PERSONAS QUE PARTICIPAN EN LA DIFUSIÓN DE LA JNVACyF 2020	NÚMERO DE MEDIOS IMPRESOS						NÚMERO DE MENSAJES MASIVOS						OTROS							
		VOLANTES		FOLLETOS		TRIPTICOS		SPOTS		ENTREVISTAS		PLÁTICAS		HORAS DE PERIFONEO		CUIÑAS PERIODÍSTICAS		PINTA DE BARDAS	PUBLICACIONES EN REDES SOCIALES		MANTAS
		CARTELES						IMPACTOS T.V.	IMPACTOS RADIO	T.V.	RADIO										
1. BAJA CALIFORNIA SUR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2. COMONDÚ																					
3. MULEGE																					
4. LA PAZ																					
5. LOS CABOS																					
6.																					
7.																					
8.																					
9.																					
10.																					
11.																					
12.																					
13.																					
14.																					
15.																					
16.																					
17.																					
18.																					
19.																					

ANEXO

CEDULA TIPO ANEXO N° 2
CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS
Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DIRECCION GENERAL ADJUNTA DE PROGRAMAS PREVENTIVOS
SUBDIRECCION DE ZOONOSIS



Semana Nacional de Vacunación Antirrábica Canina y Felina 2017

Informe Diario de la Brigada o Puesto

Datos de la Brigada

Fecha que se reporta: ___/___/___ N° de Brigada: [][][][] Tipo: () Puesto de Vacunación (fijo)
 () Casa a Casa
 Horario: () Matutino ___ () Vespertino ___ () Puesto de Vacunación (semifijo)

Datos del área trabajada

Estado: [][][] _____ Jur: [][][] _____
 Mpo: [][][] _____ Loc: [][][][] _____

Rendimiento Alcanzado

Perros y Gatos Vacunados:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10									19
20									29
30									39
40									49
50									59
60									69
70									79
80									89
90									99

100	1	2	3	4	5	6	7	8	9
110									119
120									129
130									139
140									149
150									159
160									169
170									179
180									189
190									199
									200

Anotar una "X" en cada cuadro

N° de animales vacunados:

Perros: [] [] [] [] []

Gatos: [] [] [] [] []

TOTAL: [] [] [] [] []

Control de Biológico

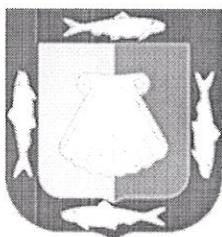
Dosis de Vacuna Antirrábica Canina		
Proporcionadas	Aplicadas	Desperdicio

Personal de Brigada Participante

Personal	Número
SALUD	
IMSS Oportunidades	
GRUPOS DE LA COMUNIDAD	
SAGARPA	
SEDENA	
Marina	
Instituciones Educativas	
Otras Instituciones	
Voluntarios	
Total:	

Datos del Responsable de la Brigada

Nombre: _____
 Adscripción: _____
 Firma: _____



Dirección de Servicios de Salud

Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad

Coordinar la esterilización quirúrgica de perros y gatos

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-15	
Nombre del procedimiento:	Coordinar la esterilización quirúrgica de perros y gatos	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	2 de 6

Objetivo:	Establecer el procedimiento para la coordinación de la esterilización de perros y gatos de acuerdo a los lineamientos emitidos por la normatividad de la Secretaría de Salud Federal.
Alcance:	<p>Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE).</p> <p>Dirección de Servicios de Salud.</p> <p>Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad.</p> <p>Departamento de Prevención y Control de Enfermedades.</p> <p>Subdirección de Recursos Materiales.</p> <p>Almacén Central Estatal.</p> <p>Jurisdicciones Sanitarias.</p>
Normas de operación:	<p>Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011, Para la prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos; DOF 8-12-2011.</p> <p>Lineamientos Generales para la esterilización quirúrgica de perros y gatos, Programa Nacional de Zoonosis.</p> <p>Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Baja California Sur.</p> <p>Manual Especifico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.</p>

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-15	
Nombre del procedimiento:	Coordinar la esterilización quirúrgica de perros y gatos	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Página:	3 de 6
		Tiempo:	Trimestral

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Director de Servicios de Salud	Recibe la solicitud de programación de metas anuales y lineamientos de esterilización quirúrgica de perros y gatos del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades y remite al siguiente nivel.	Correo electrónico
2	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad	Recibe solicitud de programación de metas anuales de esterilización quirúrgica de perros y gatos e instruye al Departamento de Prevención y Control de Enfermedades atender solicitud	Correo electrónico
3	Jefe de Departamento de Prevención y Control de Enfermedades	Recibe y realiza solicitud de programación de sus metas anuales a las Jurisdicciones Sanitarias en su área de responsabilidad.	Oficio y/o Correo electrónico
4	Jefes de las Jurisdicciones Sanitarias	Reciben y realizan propuesta de programación de metas anuales y las turnan al Departamento de Prevención y Control de Enfermedades.	Correo electrónico
5	Jefe de Departamento de Prevención y Control de Enfermedades	Recibe, revisa y analiza programación de metas anuales.	Correo electrónico
6		¿La programación de metas cumple con los requerimientos? Si: pasa a actividad 7 No: realiza observaciones y turna para su modificación, pasa a actividad 4.	Correo electrónico
7		Integra programación de metas anuales y las turna a la Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad para su validación.	Correo electrónico

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-15	
Nombre del procedimiento:	Coordinar la esterilización quirúrgica de perros y gatos	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	4 de 6
		Tiempo:	Trimestral

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
8	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad	Valida la programación de metas anuales e instruye al Departamento de Prevención y Control de Enfermedades su envío a CENAPRECE.	Correo electrónico
9	Jefe de Departamento de Prevención y Control de Enfermedades	Envía programación de metas por correo electrónico al CENAPRECE.	Correo electrónico
10	Director de Servicios de Salud	Recibe metas anuales validadas por CENAPRECE y lo turna a la Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad para su atención.	Oficio /memorándum
11	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad	Realiza la planeación de insumos requeridos para el cumplimiento de las metas anuales en coordinación con el Departamento de Prevención y Control de Enfermedades con base en las fuentes de financiamiento autorizadas.	Correo electrónico
12	Jefe de Departamento de Prevención y Control de Enfermedades	Realiza revisión de plataforma SIAFFASPE componente zoonosis, para la validación de los insumos en especie que se otorgaran por CENAPRECE.	Plataforma SIAFFASPE
13	Departamento de Prevención y Control de Enfermedades	Realiza la solicitud de adquisición de insumos complementarios a la Subdirección de Recursos Materiales.	Memorándum
14	Subdirección de Recursos Materiales	Realiza el procedimiento de adquisición de insumos y su distribución a través del Almacén Central Estatal la entrega de insumos a las Jurisdicciones Sanitarias con base en la distribución otorgada por la Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad.	Memorándum

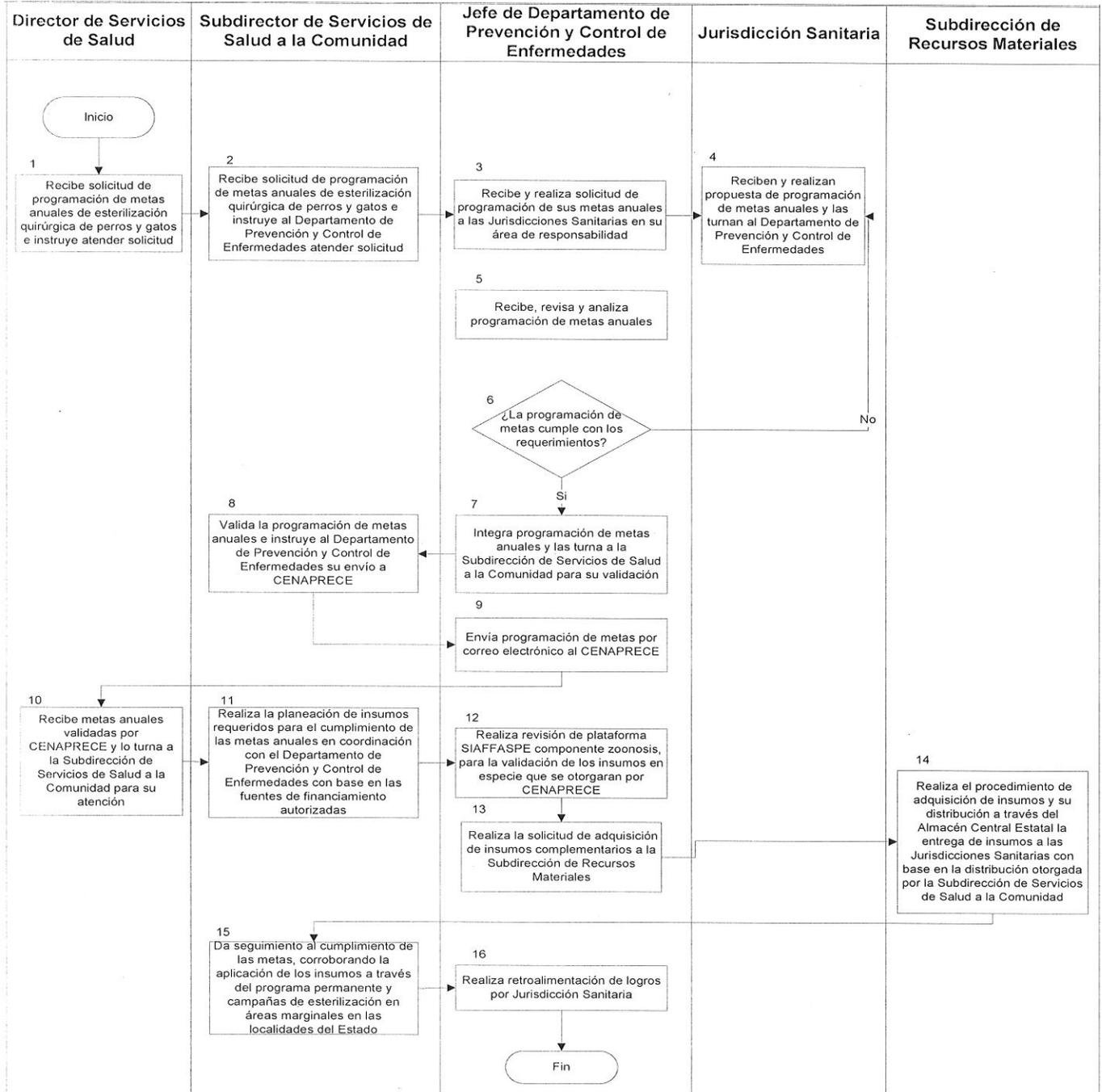
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-15	
Nombre del procedimiento:	Coordinar la esterilización quirúrgica de perros y gatos	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Página:	5 de 6
		Tiempo:	Trimestral

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
15	Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Da seguimiento al cumplimiento de las metas, corroborando la aplicación de los insumos a través del programa permanente y campañas de esterilización en áreas marginales en las localidades del Estado.	Correo Electrónico
16	Departamento de Prevención y Control de Enfermedades	Realiza retroalimentación de logros por Jurisdicción Sanitaria.	Correo Electrónico
FIN			

Nombre del procedimiento:	Coordinar la esterilización quirúrgica de perros y gatos	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Página:	6 de 6
		Tiempo:	Trimestral

Diagrama de Flujo



ANEXO



Guía para organizar jornadas intensivas y permanentes de esterilización quirúrgica de perros y gatos durante la contingencia por COVID-19

IX. ANEXOS

Anexo I. Cédula de consentimiento

COVID-19

CAMPAÑA GRATUITA DE ESTERILIZACIÓN DE PERROS Y GATOS

CÉDULA DE CONSENTIMIENTO

FOLIO _____

Fecha (día mes año) _____

Evidad _____ Municipio _____
 Jurisdicción sanitaria: _____

Datos del propietario (Solo mayores de 18 años)

Nombre: _____ Identificación: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____

Datos del animal:

Especie: _____ Sexo: Macho Hembra

Nombre: _____ Edad: _____ Raza: _____

Vacunado con vacuna(s) siguiente(s): Sí No

Acreditación del Médico Veterinario que realizó la cirugía:

NNA: _____ Autoridad local: _____ Grupos de la comunidad: _____
 Estado: Municipio: Organización de la Soc. Civil:
 Jurisdicción: Consejo Asesor en Ciencias: Institución educativa:
 Voluntarios o cuerpos colegiados:

Medicamentos ministrados:

Analgesia: ml Biotina/Zalazepam: ml Tetratona/Zalazepam: ml
 Antibiótico: ml Otro:

Conclusión del proceso de esterilización:

Sin complicaciones: Con complicaciones: Deseo:
 ¿Cuáles?: _____ ¿Cuáles?: _____

¿Por qué medio se enteró de esta campaña?

Verifico que los datos anteriores son reales y que comparto plenamente a los Médicos Veterinarios participantes en esta campaña a realizar la esterilización quirúrgica del animal que se describe, conociendo conscientemente los riesgos que implica la esterilización de animales pequeños, así como de la práctica misma de la cirugía asumiendo que se hace una valoración general previa del animal liberando de cualquier responsabilidad a los médicos veterinarios y a la institución a la que están adscritos.

Así mismo, asumo la responsabilidad de los cuidados postoperatorios indicados puntualmente por el médico veterinario participante para la adecuada recuperación de mi perro/gato, así como que entiendo de que al NO SER RECLAMADA MI MANEJA después del proceso quirúrgico, será considerada abandonada y quedará a disposición de la autoridad competente, quien aplicará la legislación que en la materia proceda liberándola de cualquier tipo de responsabilidad y comprometiéndose a no ejercer ningún tipo de acción en su contra.

MÉDICO VETERINARIO RESPONSABLE

CÉDULA PROFESIONAL: _____

PROPIETARIO
DE PERRO / GATO
O REPRESENTANTE

Identificación: N.º _____

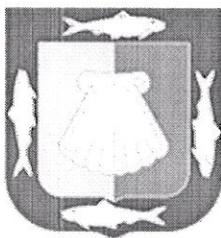
ANEXO



Guía para organizar jornadas intensivas y permanentes de esterilización quirúrgica de perros y gatos durante la contingencia por COVID-19

Anexo 2. Certificado de esterilización

		LOGO ESTABLE
CAMPAÑA GRATUITA DE ESTERILIZACIÓN DE PERROS Y GATOS		
CERTIFICADO DE ESTERILIZACIÓN		FOLIO _____
Entidad: _____	Municipio: _____	Fecha (día/mes/año): _____
Jurisdicción sanitaria: _____		
Datos del propietario (Solo mayores de 18 años)		
Nombre: _____	Edad (años): _____	
Dirección: _____		
Teléfono: _____		
Datos del animal:	Especie: Perro <input type="checkbox"/>	Gato <input type="checkbox"/>
	Sexo: Macho <input type="checkbox"/>	Hembra <input type="checkbox"/>
Nombre: _____	Edad (meses/años): _____	Raza: _____
Adscripción del Médico Veterinario que realizó la cirugía:		
SSA: Estatal <input type="checkbox"/>	Autoridad local: Municipio <input type="checkbox"/>	Grupos de la comunidad: Organización de la Soc. Civil <input type="checkbox"/>
Jurisdiccional <input type="checkbox"/>	Centro de Atención Canina <input type="checkbox"/>	Institución educativa <input type="checkbox"/>
		Voluntarios o cuerpos colegiados <input type="checkbox"/>
Se certifica la realización de la Esterilización por medio quirúrgico del animal que se describe en el presente documento		
MÉDICO VETERINARIO RESPONSABLE (Nombre y apellido) Cédula Profesional: _____		PROPIETARIO DE LEEDO Y AUTORIZADO (Nombre y apellido) Identificación No. _____



Dirección de Servicios de Salud

Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad

Realizar el estudio de foco rábico

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-16	
Nombre del procedimiento:	Realizar el estudio de foco rábico	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	2 de 5

Objetivo:	Establecer el procedimiento para recabar información de algunas características epidemiológicas de los casos de rabia canina y felina notificados, y documentar las actividades de prevención y control que se llevan a cabo, para evitar se continúe registrando más casos en esa u otras áreas vecinas.
Alcance:	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE). Dirección de Servicios de Salud. Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad. Departamento de Prevención y Control de Enfermedades. Jurisdicciones Sanitarias.
Normas de operación:	Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011, Para la prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos; DOF 8-12-2011. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Baja California Sur. Manual Especifico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-16	
Nombre del procedimiento:	Realizar el estudio de foco rábico	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	3 de 5
		Tiempo:	Anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Director de Servicios de Salud	Recibe e instruye que se atiendan los focos rábicos en base a lineamientos emitidos por el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.	
2	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad	Instruye la realización de estudio de foco rábico en casos positivos de rabia que se presenten.	
3	Jefe de Departamento de Prevención y Control de Enfermedades	Instruye a las jurisdicciones sanitarias que todo caso sospechoso tenga un diagnóstico de laboratorio.	
4	Jurisdicción Sanitaria	Reporta al Departamento presencia de casos y envía muestras al Laboratorio Estatal de Salud Pública.	
5	Laboratorio Estatal de Salud Pública	Recibe y emite resultado al Departamento Positivo: pasa a la actividad 6. Negativo: pasa a la actividad 12.	
6	Jefe de Departamento de Prevención y Control de Enfermedades	Recibe notificación y una vez confirmado el caso por laboratorio acude o contacta vía telefónica a la Jurisdicción Sanitaria que reporta, para corroborar que ocurrió en caso de personas, perros o gatos, e informa al Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad.	Nota informativa, correos electrónicos y oficios.
7	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad	Recibe información e instruye al Jefe de Departamento de Prevención y Control de Enfermedades de seguimiento del foco rábico.	
8	Jefe de Departamento de Prevención y Control de Enfermedades	Coordina con la Jurisdicción Sanitaria el plan de trabajo la detección de necesidades para llevarlo a cabo y la visita para promover las medidas de control de foco rábico.	Nota informativa, correos electrónicos y oficios

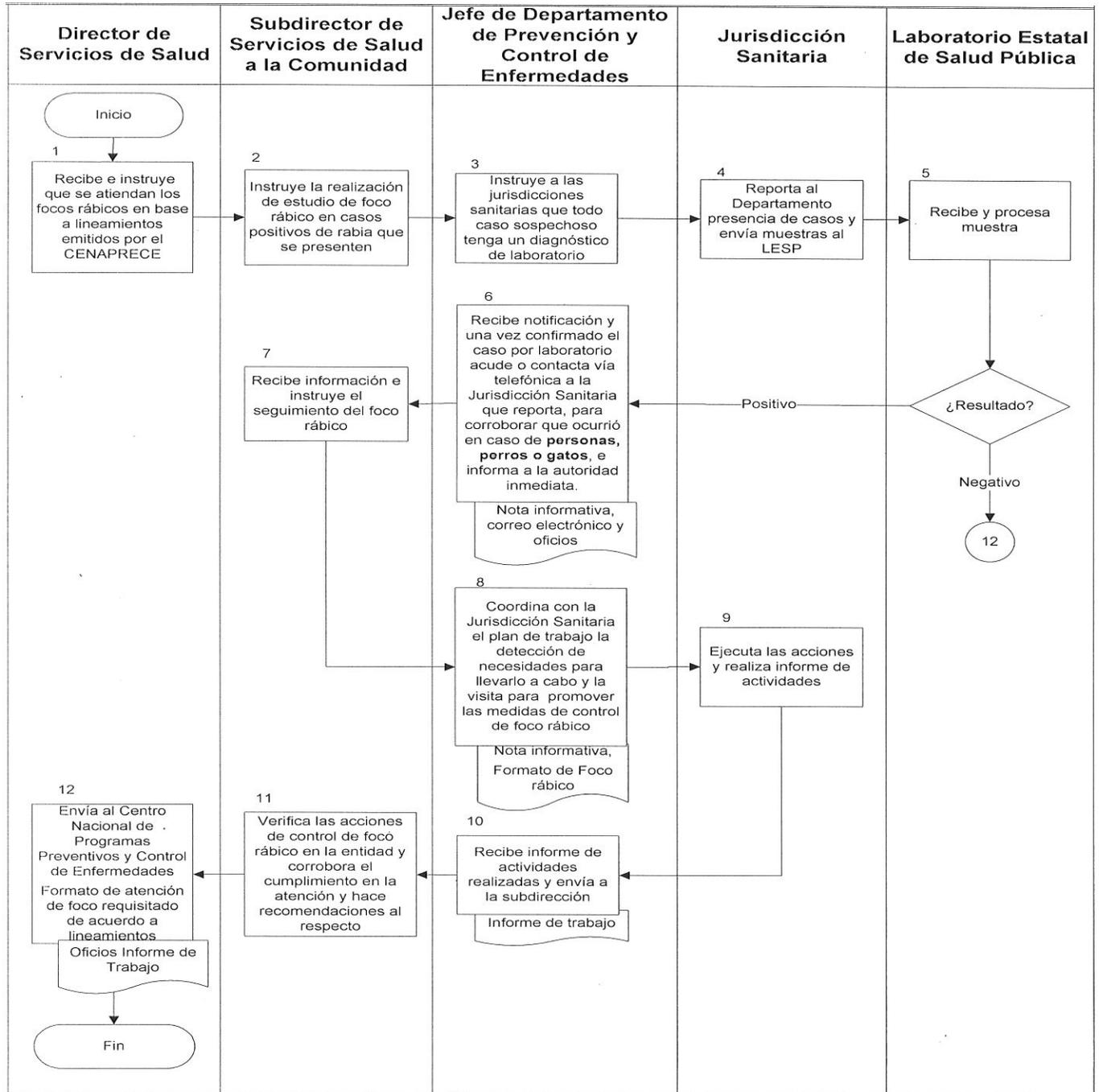
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-16	
Nombre del procedimiento:	Realizar el estudio de foco rábico	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	4 de 5
		Tiempo:	Anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
9	Jurisdicción Sanitaria	Ejecuta las acciones y envía informe de actividades al Jefe de Departamento de Prevención y Control de Enfermedades.	Oficio
10	Jefe de Departamento de Prevención y Control de Enfermedades	Recibe informe de actividades realizadas y envía a la subdirección.	Informe de trabajo
11	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad	Verifica las acciones de control de foco rábico en la entidad y corrobora el cumplimiento en la atención y hace recomendaciones al respecto.	Nota Informativa Oficios
12	Director de Servicios de Salud	Envía al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades EL Formato de atención de foco requisitado de acuerdo a lineamientos.	Oficios Informe de Trabajo
FIN			

Nombre del procedimiento:	Realizar el estudio de foco rábico	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	5 de 5
		Tiempo:	Anual

Diagrama de Flujo



ANEXO

ANEXO 1. FORMULARIO DE DATOS (GOLDO APPELLUS Y GATOS)

PROGRAMA DE ZOONOSIS
REPORTE DEL FOLIO RABIOSO

Semana Nº _____ Del _____ Al _____ De 20__ Nº de Caso _____

Formulario de captación primaria (a ser llenado durante la investigación de campo que hace la Unidad de Salud al obtener la notificación del caso de rabia en perro o gato, para ser enviado a los niveles Jurisdiccional, Estatal y Nacional)

1.- UBICACION GEOGRAFICA:
 ESTADO: _____ JURIS. SANIT.: _____
 MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____
 DOMICILIO: _____ BARRIO O COLONIA: _____
 MEDIO: URBANO RURAL MARCIAL UNIDAD DE SALUD: _____

2.- ANTECEDENTES DEL ANIMAL RABIOSO:
2.1 INFORMACION GENERAL
 ESPECIE: _____ EDAD Y SEXO: M H
 RAZA: _____
 TIENE PROPIETARIO: NO SI NOMBRE: _____
 RESIDENTE HABITUAL EN EL AREA: IMPORTADO: DE DONDE: _____
 FECHA: _____

2.2 CONDICIONES DEL ANIMAL
 a- VACUNADO RABIA: SI FECHA: _____ QUIERO LO VACUNO: NO
 b- LOCALIZADO: SI FECHA: _____ LUGAR: _____
 c- OBSERVADO: SI FECHA: _____ LUGAR: _____
 d- ¿DÓNDE LO HIZO? CENTRO DE ATENCIÓN SANITA EN EL DOMICILIO: CONSULTORIO VETERINARIO:
 OTRO: ¿CUAL? _____

2.3 SI ANIMAL FUE:
 a- SACRIFICADO: SI FECHA: _____ METODO APLICADO: _____
 b- FALLECÍO: SI FECHA: _____ DESTINO DEL CADAVER: _____
 c- ESTÁ DESAPARECIDO: SI FECHA: _____ UBICADO POR ÚLTIMA VEZ: _____

2.4 DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO
 a- NOMBRE DEL LABORATORIO: _____
 b- FECHAS DE (SIEMPRE 2): ENVIÓ DE MUESTRA: _____ SE NOTIFICA RESULTADO: _____
 c- TÉCNICA (S) UTILIZADA (S): IFO PBA BIOLÓGICA OTRA: ¿CUAL? _____
 d- NÚMEROS DE REGISTRO: INGRESO EN EL LAB.: _____ SE NOTIFICA RESULTADO: _____

3. IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN MÉDICA - ANTRÁFICA DE PERSONAS AGREDIDAS Y CONTACTOS:

3.1 NÚMERO DE PERSONAS QUE FUERON AGREDIDAS QUE ESTUVIERON EN CONTACTO:

	EN LA CASA:	EN LA CALLE:	SUMA DE AMBOS:
SUMA DE AMBAS	[]	[]	[]

3.2 PERSONAS QUE SE LES APLICA ESQUEMA:

	AGREDIDOS	CONTACTOS	SUMA DE AMBOS
VACUNA E INMUNOGLOBULINA	[]	[]	[]
SÓLO VACUNA	[]	[]	[]
SUMA DE AMBAS	[]	[]	[]

3.3 IDENTIFICACIÓN DE OTROS PERROS Y/O GATOS AGREDIDOS O EN CONTACTO CON EL ANIMAL RABIOSO:

3.4 NÚMERO DE ANIMALES:

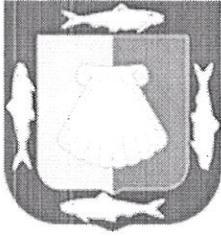
	AGREDIDOS	CONTACTOS	SUMA DE AMBOS
PERROS	[]	[]	[]
GATOS	[]	[]	[]
OTRA ESPECIE _____	[]	[]	[]
SUMA	[]	[]	[]

3.5 CONDICIÓN VACUNAL ANTRÁFICA EN ESTOS ANIMALES:

	VIVIENTE	NO VIVIENTE	SIN VACUNAR	SUMA
PERROS	[]	[]	[]	[]
GATOS	[]	[]	[]	[]
OTRA ESPECIE _____	[]	[]	[]	[]
SUMA	[]	[]	[]	[]

Nota: Este formulario denominado también como índice, corresponde a la notificación que hace la unidad de salud de un caso de rabia en un perro o de un animal de compañía (perro o gato), que ha confirmado por laboratorio o existen evidencias clínico-epidemiológicas para sospecharlo, a la Jurisdicción Sanitaria donde a su vez lo reporta al nivel estatal como parte del informe mensual de personas agredidas y casos de rabia humana y animal.

PERSONA QUE REGISTRA LA INFORMACIÓN:
 NOMBRE: _____ E-MAIL: _____
 CARGO: _____ FECHA: _____



Dirección de Servicios de Salud

Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad

Evaluación de resistencia y eficacia de larvicidas y adulticidas

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-17	
Nombre del procedimiento:	Evaluación de resistencia y eficacia de larvicidas y adulticidas	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	2 de 5

Objetivo:	Establecer el procedimiento para evaluar la efectividad biológica de los insecticidas empleados en las acciones de control del programa.
Alcance:	<p>Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE).</p> <p>Dirección de Servicios de Salud.</p> <p>Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad.</p> <p>Departamento de Prevención y Control de Enfermedades.</p> <p>Unidad de Investigación Entomológica y Bioensayo (UIEBs).</p> <p>Jurisdicciones Sanitarias.</p>
Normas de operación:	<p>NOM-032-SSA2-2014 Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.</p> <p>Guía Metodológica para estudios entomológicos en fase larvaria y pupal 2020.</p> <p>Guía para la determinación de la susceptibilidad, resistencia y eficacia biológica a insecticidas 2020.</p> <p>Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Baja California Sur.</p> <p>Manual Especifico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.</p>

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-17	
Nombre del procedimiento:	Evaluación de resistencia y eficacia de larvicidas y adulticidas	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Página:	3 de 5
		Tiempo:	Anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Director de Servicios de Salud	Recibe los lineamientos e instruye iniciar proceso de lo estudios de resistencia y eficacia de larvicidas y adulticidas solicitados por el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades y los turna al Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad.	Oficio
2	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad	Recibe y revisa el material y procedimiento de la solicitud con la Jefatura de Departamento.	Oficio y correo electrónico
3	Jefe de Departamento de Prevención y Control de Enfermedades	Recibe insumos y solicita a la Unidad de Investigación Entomológica y Bioensayo (UIEB) realice evaluación de larvicidas y adulticidas acorde a la Guía Operativa emitida por CENAPRECE.	Oficio, Guía Operativa emitidas por CENAPRECE
4		Solicita a través del responsable de la Unidad de Investigación Entomológica y Bioensayo, material biológico a las Jurisdicciones Sanitarias.	Oficio
5	Jurisdicción Sanitaria	Envían material biológico a la Unidad de Investigación Entomológica y Bioensayo (UIEB).	Oficio
6	Unidad de Investigación Entomológica y Bioensayo	Realiza los estudios y registro de la información obtenida en la Plataforma de Evaluación de Eficacia Biológica y Resistencia y elabora reporte técnico y envía al Jefe de Departamento de Prevención y Control de Enfermedades.	Reporte Técnico, Oficio

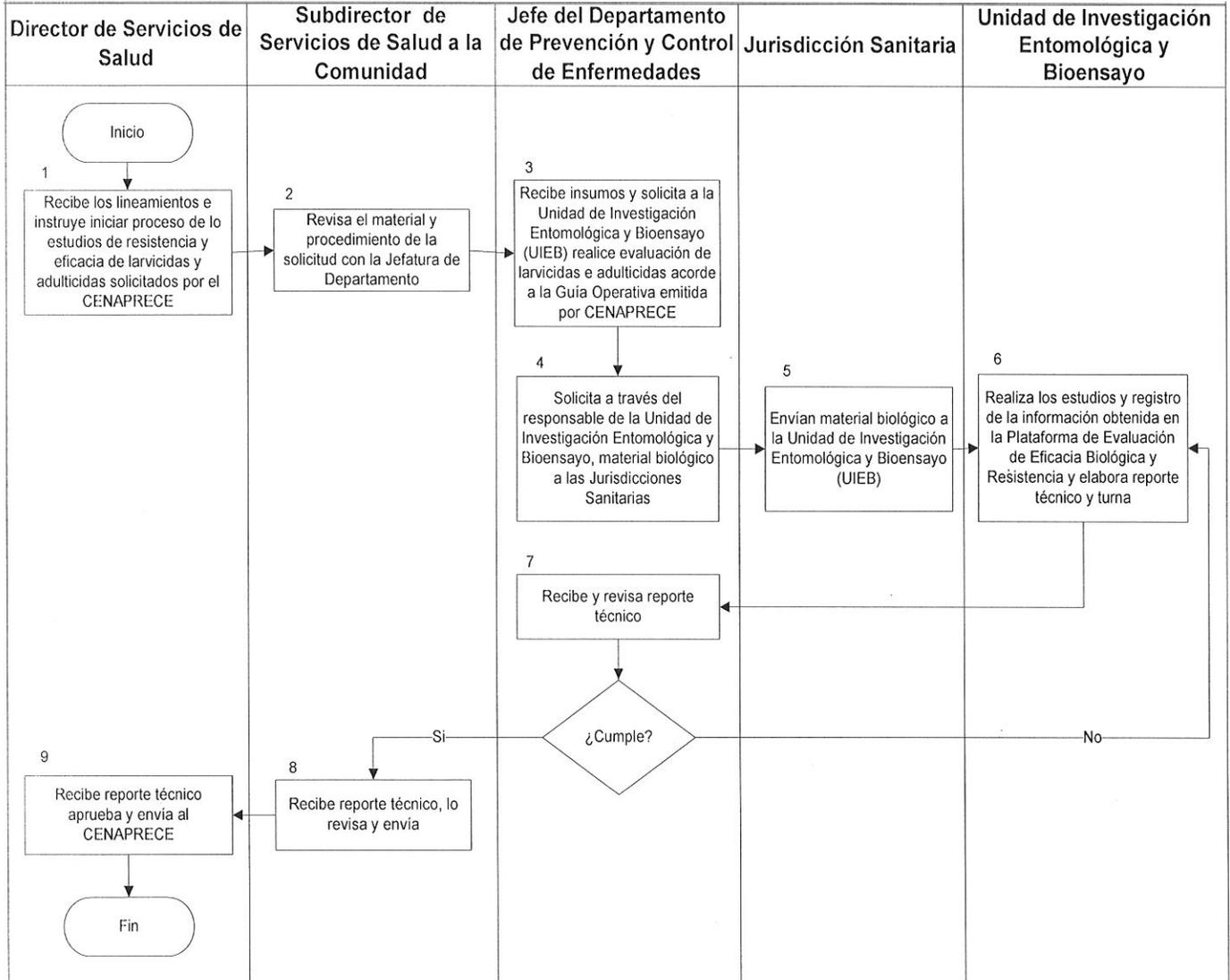
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-17	
Nombre del procedimiento:	Evaluación de resistencia y eficacia de larvicidas y adulticidas	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Página:	4 de 5
		Tiempo:	Anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
7	Jefe de Departamento de Prevención y Control de Enfermedades	Recibe reporte técnico y lo analiza. ¿Cumple? Si: pasa a la actividad 8. No: pasa a la actividad 6.	
8	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad	Recibe reporte técnico, lo revisa y envía al Director de Servicios de Salud	Reporte Técnico, Oficio
9	Director de Servicios de Salud	Recibe reporte técnico aprueba y envía al CENAPRECE.	Reporte Técnico, Oficio
FIN			

Nombre del procedimiento:	Evaluación de resistencia y eficacia de larvicidas y adulticidas	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Página:	5 de 5
		Tiempo:	Anual

Diagrama de Flujo



ANEXO



SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES
PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECOR
COORDINACIÓN DE UNIDADES DE INVESTIGACIÓN ENTOMOLÓGICA Y BIOLÓGICA
PROGRAMAS LINEALES



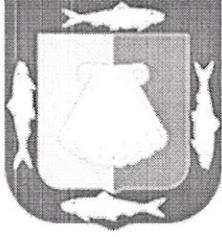
ESTADO		MUNICIPIO		LOCALIDAD		FECHA	
DUGAR DE LA PRUEBA		ALTITUD DEL LUGAR		SE		Nº DE PRUEBA	
EDAD MOSQUITOS		ALIMENTACION SANGUIFERO		PARENTAL/FILIAL		GLAVE INSECTICIDA	
MARCA DE LA MAQUINA		DESCARGA DEL PRODUCTO		RPM		TAMANO DE GOTTA	
INCLINACION BOQUILLA		HR. INICIO		HR. TERMINO		Tº INICIAL	
TEMPERATURA:		HR. INICIO		HR. TERMINO		Tº FINAL	
HORA INICIO		30 MINUTOS		HORA INICIO		30 MINUTOS	
VELOCIDAD DEL VIENTO:		HORA INICIO		HORA INICIO		HORA FINAL	
HORA INICIO		30 MINUTOS		HORA INICIO		HORA FINAL	

RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS PRUEBAS DE PENETRACION DE LA NEBULIZACION

NÚMERO DE PRUEBA	VELOCIDAD DEL VIENTO						Nº DE MOSQUITOS EXISTENTES		CANTIDAD DE MOSQUITOS		ELECTRIFICACION		OBSERVACIONES	
	ESTADO	MUNICIPIO	LOCALIDAD	SE <th rowspan="2">ALTITUD</th> <th rowspan="2">DESCARGA</th> <th rowspan="2">RPM</th> <th rowspan="2">TAMANO</th> <th rowspan="2">VELOCIDAD</th> <th rowspan="2">INICIAL</th> <th rowspan="2">FINAL</th> <th rowspan="2">ELECTRIFICACION</th>	ALTITUD	DESCARGA	RPM	TAMANO	VELOCIDAD	INICIAL	FINAL	ELECTRIFICACION		
														INICIAL
J1	10 m						30'	10						
J2	20 m						30'	10						
J3	30 m						30'	10						
J4	40 m						30'	10						
J5	50 m						30'	10						
J6	60 m						30'	10						
J7	70 m						30'	10						
J8	80 m						30'	10						
J9	90 m						30'	10						
J10	100 m						30'	10						
TOTAL								100						
JUELA TESTEADO								10						

NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR Y TECNICO DE LA PRUEBA	NOMBRE Y FIRMA DEL OBSERVADOR DEL CAMPO
_____	_____
_____	_____
_____	_____

HORA INICIO: Cuando la maquina inicia su recorrido de los 100 mts
HORA 30 MIN: Cuando después de los 30 minutos que paso la maquina se hace el control de calidad
HORA FINAL: Cuando la maquina cierra la salida del insecticida (después de los 100 mts)



Dirección de Servicios de Salud

Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad

Seguimiento casos Chagas

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-18	
Nombre del procedimiento:	Seguimiento de casos de Chagas	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	2 de 6

Objetivo:	Otorgar tratamiento específico donado por la OPS y seguimiento de los pacientes con esta enfermedad de carácter endémico en México.
Alcance:	Organización Panamericana de Salud (OPS). Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE). Centro Estatal de Transfusión Sanguínea. Laboratorio Estatal de Salud Pública. Jurisdicciones Sanitarias.
Normas de operación:	NOM-032-SSA2-2014 Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores. Manual de Procedimientos de la Enfermedad de Chagas. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Baja California Sur. Manual Especifico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-18	
Nombre del procedimiento:	Seguimiento de casos de Chagas	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	3 de 6
		Tiempo:	Anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Director de Servicios de Salud	Solicita atención y seguimiento de casos de Chagas con base a los lineamientos de atención de los pacientes de Chagas y gestiona los tratamientos a través de la Organización Panamericana de Salud (OPS).	Memorándum
2	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad.	Revisa y asigna a la Jefatura del Departamento de Prevención y Control de Enfermedades.	Memorándum
3	Jefe de Departamento de Prevención y Control de Enfermedades	Revisa y en conjunto con la Coordinación Estatal del Programa Otras Enfermedades Transmitidas por Vector (CEPOETV) recibe indicación y solicita al Centro Estatal de Transfusión Sanguínea informe de los casos probables.	Memorándum
4	Centro Estatal de Transfusión Sanguínea	Concentra información de Bancos de Sangre en la entidad y notifica los Casos Probables a nivel estatal y en las Jurisdicciones Sanitarias.	Oficio
5	Subdirector de Epidemiología	Recibe la información interinstitucional y da seguimiento con Epidemiología de la Jurisdicción Sanitaria en el Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE).	Oficio SUIVE
6	Epidemiólogos de las Jurisdicciones Sanitarias	Recibe información, localiza al paciente, toma muestra y envía para su análisis al Laboratorio Estatal de Salud Pública (LESP).	Oficio
7	Laboratorio Estatal de Salud Pública (LESP)	Analiza la muestra y envía resultado a la Jurisdicción Sanitaria.	Oficio

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-18	
Nombre del procedimiento:	Seguimiento de casos de Chagas	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	4 de 6
		Tiempo:	Anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
8	Jurisdicción Sanitaria	Recibe resultado. ¿Caso confirmado? Si: caso confirmado positivo pasa a la actividad 9. No: caso descartado negativo pasa a la actividad 18. Fin de la pesquisa.	Oficio y Manual de Procedimientos de la Enfermedad de Chagas
9	Jurisdicción Sanitaria	Recibe resultado, refiere a primer y segundo nivel y elabora expediente para solicitud de tratamiento al programa estatal.	
10	Jefe de Departamento de Prevención y Control de Enfermedades	Recibe expediente y elabora solicitud de medicamento a través de la coordinación estatal del programa otras enfermedades transmitidas por vector (CEPOETV).	Oficio, Archivo Electrónico
11	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad y	Recibe información, supervisa y verifica solicitud.	Oficio
12	Director de Servicios de Salud	Recibe y valida la solicitud.	Oficio
13		Recibe y otorga medicamento enviado por CENAPRECE.	Oficio
14	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad	Verifica el seguimiento de entrega de medicamento.	Oficio
15	Jefe de Departamento de Prevención y Control de Enfermedades	Recibe medicamento y entrega al área de epidemiología que lo solicito a través de la coordinación estatal del programa otras enfermedades transmitidas por vector (CEPOETV).	Oficio

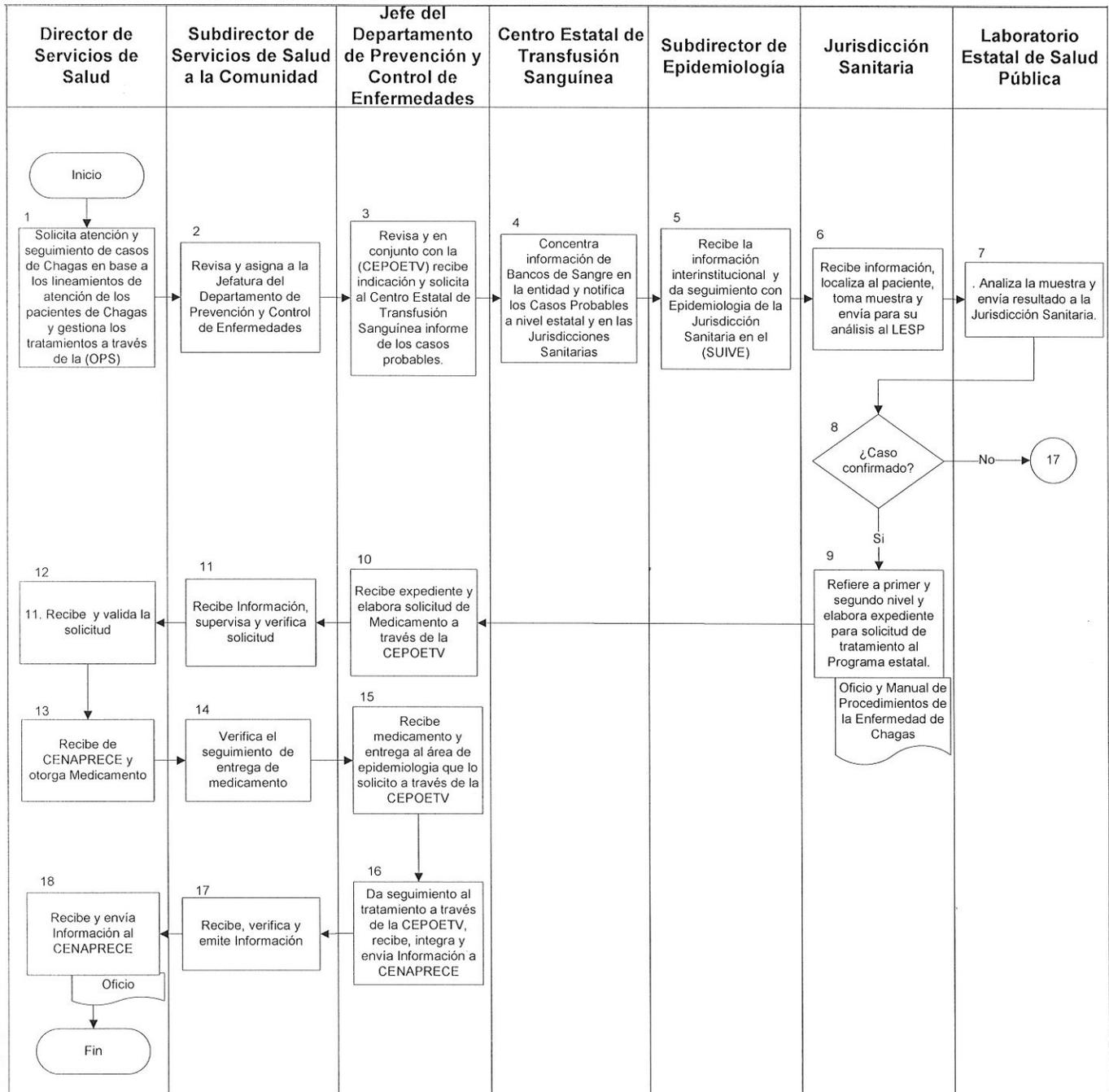
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-18	
Nombre del procedimiento:	Seguimiento de casos de Chagas	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Versión:	1.0
		Página:	5 de 6
		Tiempo:	Anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
16		Da seguimiento al tratamiento, a través de la Coordinación Estatal del Programa Otras Enfermedades Transmitidas por Vector (CEPOETV), Recibe, Integra y Envía Información al Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad.	Oficio y Manual de Procedimientos de la Enfermedad de Chagas
17	Subdirector de Servicios de Salud a la Comunidad.	Recibe, verifica y emite información al Director de Servicios de Salud.	Oficio
18	Director de Servicios de Salud	Recibe y envía información al CENAPRECE.	Oficio
FIN			

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-18	
Nombre del procedimiento:	Seguimiento de casos de Chagas	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Servicios de Salud a la Comunidad	Página:	6 de 6
		Tiempo:	Anual

Diagrama de Flujo



ANEXO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



C1 - Estudio epidemiológico de caso

Secretaría de Salud
Enfermedades Transmisibles por Vectores
Enfermedad de Chagas

Fecha: _____ Hora: _____
Servicio de origen: Programa Operativo Proyecto
Nombre del servicio de origen: _____

FOLIO C1:
FOLIO NI CASO:

Persona que realiza el estudio epidemiológico

Brigada, unidad o adscripción: _____
Nombre de la persona: _____

Datos del paciente Seguro Popular: Sí No Número de afiliación: _____
Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino Peso: _____ kgs. No. convivientes: _____

Domicilio del paciente
Número CNEP: _____ Estado: _____
Municipio: _____ Localidad/Colonia: _____
Calle: _____
No. exterior: _____ No. interior: _____ Sector: _____ Manzana: _____ Código Postal: _____

<p>Ocupación: Ama de casa <input type="radio"/> Desempleado <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Obrero <input type="radio"/> Comerciante <input type="radio"/> Profesionista <input type="radio"/></p>	<p>Actividades de riesgo: Trabajador del campo <input type="radio"/> Trabajador de laboratorio <input type="radio"/> Militar <input type="radio"/> Otro: _____ <input type="radio"/></p>
---	---

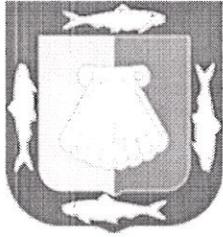
Domicilio de referencia del paciente
Laboral Escolar Número CNEP: _____
País: _____ Estado: _____
Municipio: _____ Localidad/Colonia: _____
Calle: _____ Fraccionamiento: _____
No. exterior: _____ No. interior: _____ Sector: _____ Manzana: _____ Código Postal: _____ Edificio: _____ Piso: _____

Antecedentes relevantes
Está embarazada: Sí No FUR: _____ FPP: _____
Ha donado sangre: Sí No Fecha de la donación: _____ Nombre de la institución (banco de sangre): _____
Ha recibido transfusión de sangre: Sí No Fecha de última transfusión: _____ Nombre de la institución (banco de sangre): _____
Número CNEP, exterior o interior: _____ Estado: _____
Municipio: _____ Localidad/Colonia: _____
Ha recibido trasplante de órganos: Sí No Fecha de la donación: _____
Número CNEP, exterior o interior: _____ Estado: _____
Municipio: _____ Localidad/Colonia: _____
Conoce personas portadoras de chagas en su casa o localidad: Sí No Especifique: _____
Número CNEP, exterior o interior: _____ Estado: _____
Municipio: _____ Localidad/Colonia: _____
Ha visto en la casa o localidad triatomas: Sí No Otro: _____
Había recibido tratamiento para la enfermedad de Chagas: Sí No Año: _____
¿Tratamiento completo?: Sí No

Traslados dentro y fuera del país con factores de riesgo
Viaja con frecuencia: Sí No
País: _____ Estado: _____
Municipio: _____ Localidad/Colonia: _____
Fecha de llegada: _____ Fecha de salida: _____ Supo si había personas con sus mismos signos y síntomas: Sí
Ha visto en la casa o localidad triatomas: Sí No Otro: _____

ANEXO

Signos y síntomas: Presentes <input type="radio"/> Ausentes <input type="radio"/>												Datos patognomónicos: Presentes <input type="radio"/> Ausentes <input type="radio"/> Fecha de aparición _____ Hinchazón bipalpebral (Signo de Román) _____ Chagoma de inoculación _____											
Fiebre actual <input type="checkbox"/> Fiebre recurrente (30 días) <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Erupción cutánea <input type="checkbox"/> Puntiformes <input type="checkbox"/> Miliarial <input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia <input type="checkbox"/> Ictericidad <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Linfadenopatía <input type="checkbox"/> Bajo peso al nacer <input type="checkbox"/> Letarjía <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Dismatía <input type="checkbox"/> Prurito <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Vómito Ostríco <input type="checkbox"/> Constipación <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>																							
Diagnóstico _____ Fecha de Diagnóstico _____																							
Detectado por: Consulta externa <input type="checkbox"/> Banco de sangre <input type="checkbox"/> Búsqueda activa <input type="checkbox"/> Asociación epidemiológica <input type="checkbox"/> Ruta inversa(papel filtro) <input type="checkbox"/>																							
Datos de la muestra																							
Fecha toma de muestra _____		Fecha de resultados _____		Serológicos HAI <input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/>			Molecular PCR <input type="checkbox"/>			Parasitológica Gota gruesa <input type="checkbox"/> Strent <input type="checkbox"/> Triaxina <input type="checkbox"/>													
_____ _____ _____		_____ _____ _____		_____ _____ _____			_____ _____ _____			_____ _____ _____													
Clasificación de la enfermedad: Fase aguda <input type="checkbox"/> Crónica asintomática <input type="checkbox"/> Crónica sintomática <input type="checkbox"/> Cardíaca <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/>																							
Estudios realizados																							
EGO			BH			QS																	
Eritrocitos			Leucocitos			Elementos			Enzimas														
Color	PH	Nitritos	Eritrocitos	Glóbulos blancos	Neutrófilos	Linfocitos	Eosinófilos	Chuvosa	Líes	Cuantitas	Bilirrubina directa	Bilirrubina indirecta	Enzimas alcalina	Colestrol	TGO o AST	TGP o ALT	Amilasa	Lipasa					
Estudios Laboratorio: _____ / _____ / _____ <i>Antez</i> _____ / _____ / _____ <i>Med</i> _____ / _____ / _____ <i>Final</i>																							
Electrocardiograma: _____ / _____ / _____ <i>Única</i>																							
Rx. torax: _____ / _____ / _____ <i>Única</i>																							
Serie esofagogastrodudenal: _____ / _____ / _____ <i>Única</i>																							
Infección por: Vector <input type="checkbox"/> Transmisión <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Contacto con material biológico <input type="checkbox"/> Transplante <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/>			Lugar probable de infección: Localidad de residencia <input type="checkbox"/> Localidad con factores de riesgo <input type="checkbox"/> Localidad de referencia <input type="checkbox"/>			Clasificación del caso: Autóctono <input type="checkbox"/> Importado <input type="checkbox"/>																	
Tratamiento																							
Medicamento: Nifurtimox <input type="checkbox"/> Benznidazol <input type="checkbox"/> Benznidazol pediátrico <input type="checkbox"/> Dosis mg/kg: _____ Días de tratamiento: +e0 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/>																							
Fecha de inicio: _____ Fecha de término: _____ Esquema: Completo <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/>																							
Reacciones adversas: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Náusea/vómito <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Temblor <input type="checkbox"/> Parestesia <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Otra: _____ Lote del medicamento: _____																							
Suspensión del medicamento: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de suspensión: _____																							
Causa de suspensión: Fin de esquema <input type="checkbox"/> Reacción adversa <input type="checkbox"/> Remucencia <input type="checkbox"/> Migración <input type="checkbox"/> Defunción <input type="checkbox"/> Otro: _____																							
Seguimiento del caso																							
Fecha de control _____		Resultado de laboratorio						Estudios de gabinete															
HAI		IFI		ELISA		Electrocardiograma			Rx. torax		Serie esofagogastrodudenal												
_____ _____ _____ _____ _____		_____ _____ _____ _____ _____		_____ _____ _____ _____ _____		_____ _____ _____ _____ _____			_____ _____ _____ _____ _____		_____ _____ _____ _____ _____												



Dirección de Servicios de Salud

Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género

Seguimiento de la estrategia de tamiz auditivo neonatal

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-19	
Nombre del procedimiento:	Seguimiento de la estrategia de tamiz auditivo neonatal	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género	Versión:	1.0
		Página:	2 de 6

Objetivo:	Establecer el procedimiento para el seguimiento de la estrategia de tamiz auditivo neonatal, para la persona recién nacida que lo requiera a fin de diagnosticar de manera oportuna la hipoacusia o sordera.
Alcance:	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género. Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia. Unidades hospitalarias y Jurisdicciones Sanitarias de la Secretaría de Salud de Baja California Sur.
Normas de operación:	Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, para la prevención y control de los defectos al nacimiento. Reglamento Interior de la Secretaria de Salud de Baja California Sur. Manual de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-19	
Nombre del procedimiento:	Seguimiento de la estrategia de tamiz auditivo neonatal	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género	Versión:	1.0
		Página:	3 de 6
		Tiempo:	Trimestral

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Secretario de Salud	Recibe lineamientos del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y los turna al Director de Servicios de Salud.	Oficio
2	Director de Servicios de Salud	Recibe lineamientos y los turna al Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género para su seguimiento.	Oficio
3	Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género.	Recibe lineamientos, los revisa, analiza y turna al Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia para su atención y seguimiento.	Oficio
4	Jefe de Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia	Recibe y revisa lineamientos y emite propuesta plan de trabajo de la estrategia de tamiz auditivo neonatal. Lo remite al Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género para su validación.	Memorándum
5	Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género.	Recibe y revisa plan de trabajo de la estrategia de tamiz auditivo neonatal. ¿Cumple con los lineamientos? Si: pasa a la actividad 6 No: se turna para su corrección, pasa a la actividad 4.	Correo electrónico
6		Valida el plan de trabajo e instruye realizar el envío de los lineamientos y metas a las unidades de salud.	
7	Jefe de Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia	Envía a las unidades de salud los lineamientos y metas.	Oficio
8	Unidades hospitalarias / Jurisdicciones Sanitarias	Envía informe nominal mensual de tamiz auditivo al Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia y al responsable estatal del programa de salud materna y perinatal.	Documento

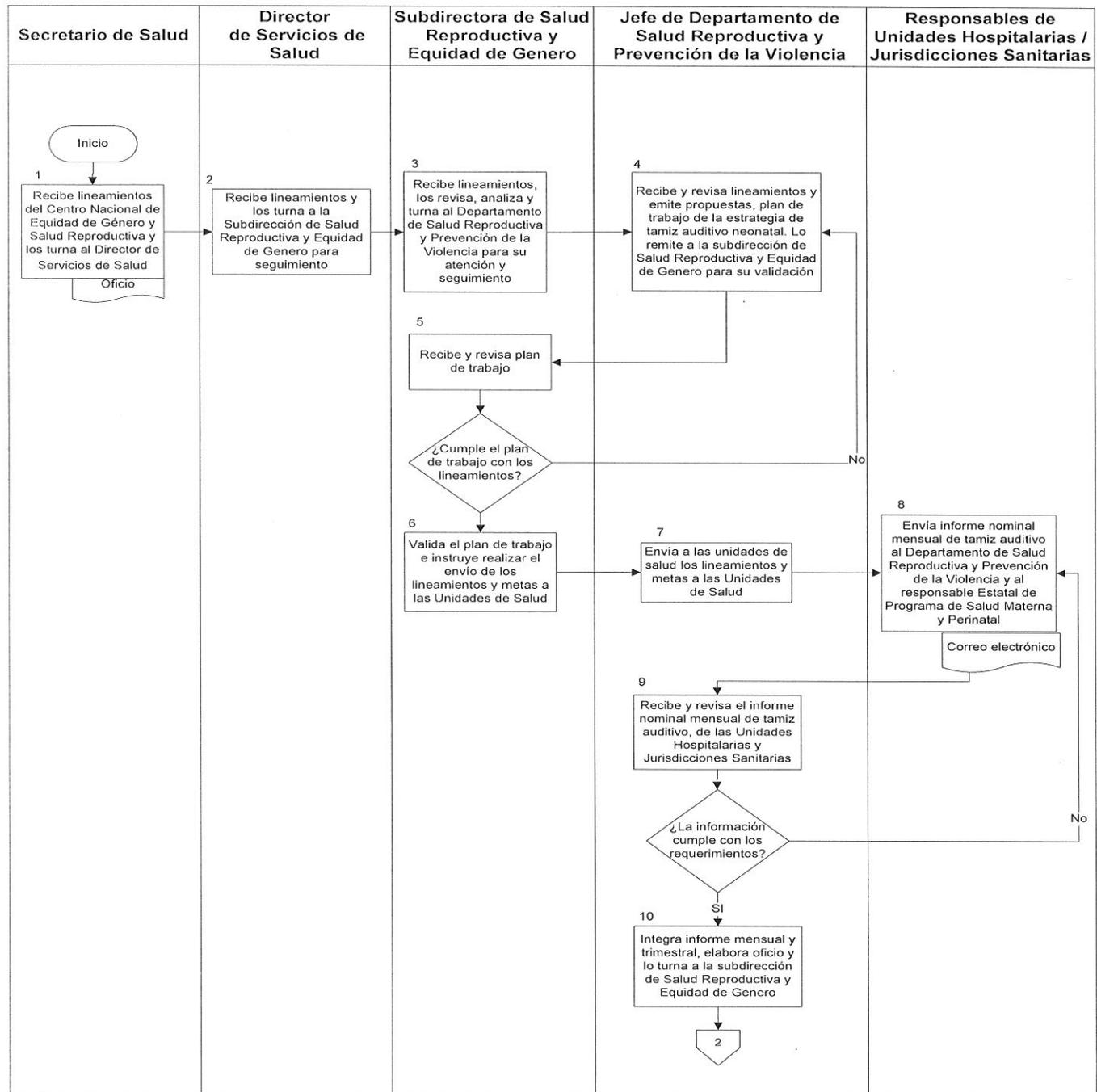
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-19	
Nombre del procedimiento:	Seguimiento de la estrategia de tamiz auditivo neonatal	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género	Página:	4 de 6
		Tiempo:	Trimestral

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
9	Jefe de Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia	<p>Recibe y revisa el Informe nominal mensual de tamiz auditivo, de las unidades hospitalarias y jurisdicciones sanitarias.</p> <p>¿La información cumple con los requerimientos?</p> <p>Si: pasa a la actividad 10.</p> <p>No: notifica a la unidad y solicita la modificación de la información, pasa a la actividad 8.</p>	
10		Integra informe trimestral de la estrategia de tamiz auditivo neonatal, elabora oficio y lo turna al Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género para su validación.	
11		Verifica que los pacientes recién nacidos con diagnóstico positivo hipoacusia o sordera, reciban tratamiento con el médico especialista.	
12	Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género.	Valida informe e instruye su envío.	
13	Jefe de Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia	Envía Informe trimestral de la estrategia tamiz auditivo neonatal al CNEGSR para su validación.	
FIN			

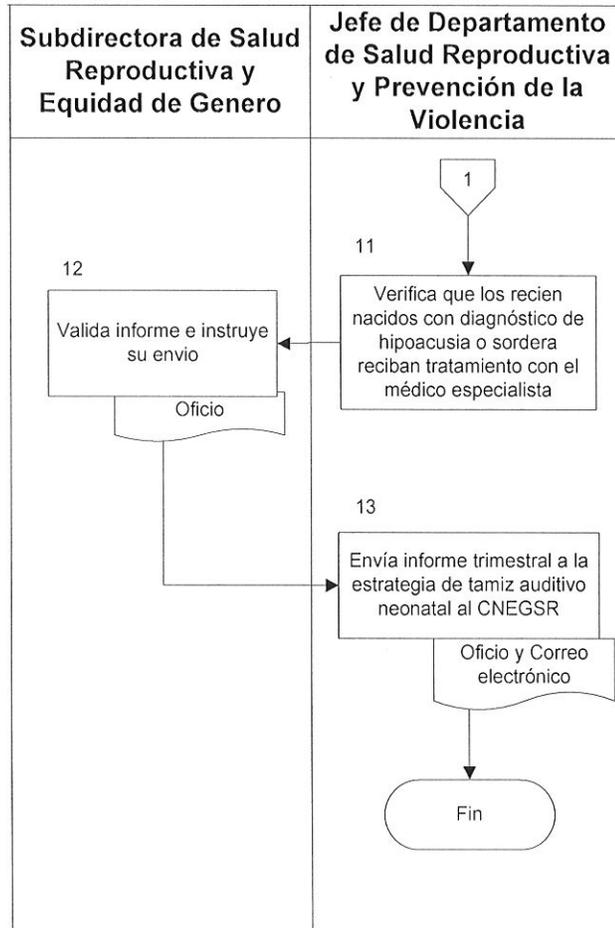
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-19	
Nombre del procedimiento:	Seguimiento de la estrategia de tamiz auditivo neonatal	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género	Página:	5 de 6
		Tiempo:	Trimestral

Diagrama de Flujo



Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-19	
Nombre del procedimiento:	Seguimiento de la estrategia de tamiz auditivo neonatal	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género	Página:	6 de 6
		Tiempo:	Trimestral

Diagrama de Flujo



ANEXO



PROGRAMA DE TAMIZ AUDITIVO NEONATAL E INTERVENCIÓN TEMPRANA
 Conocimiento de Pruebas de Tamiz Auditivo Neonatal
 PROGRAMA SALUD MATERNA Y PERINATAL



Entidad Federativa:

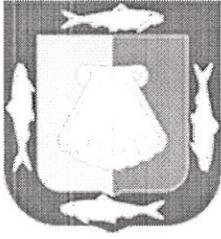
Mes y año:

UNIDAD	TOTAL DE NACIDOS VIVOS EN ESTA UNIDAD/MEDICA SINAC	TOTAL DE RECIEN NACIDOS TAMIZADOS POR PRIMERA OCASION			TOTAL DE RECIEN NACIDOS TAMIZADOS POR SEGUNDA OCASION			% RECIEN NACIDOS TAMIZADOS
		DE LA UNIDAD	NACIDOS EN OTRA UNIDAD OTRA INSTITUCION	CON SOSPECHA DE HPOA CUSIA	TOTAL	CON SOSPECHA DE HPOA CUSIA	REFERIDOS A SERVICIO DE AUDIOLOGIA	
	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!

TOTAL DE RECIEN NACIDOS TAMIZADOS POR PRIMERA OCASION	0
TOTAL DE RECIEN NACIDOS TAMIZADOS DE OTRAS UNIDADES DE SSA Y OTRAS INSTITUCIONES	0
TOTAL DE NACIDOS VIVOS (SINAC)	0
TAMIZADOS NACIDOS EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS SSA.	0
% DE TAMIZADOS NACIDOS EN LAS UNIDADES SSA.	#DIV/0!

ANALISIS	#DIV/0!
% DE TAMIZADOS NACIDOS EN OTRA INST.	#DIV/0!
% DE TAMIZADOS CON SOS.P. 1A PRUEBA.	#DIV/0!
% DE TAMIZADOS CON SOS.P. 2A PRUEBA.	#DIV/0!
% REFERIDOS A AUDIOLOGIA EXCEDENTE	#DIV/0!

Para más información consultar manual de la unidades 2023.



Dirección de Servicios de Salud

Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género

**Seguimiento de la estrategia de búsqueda intencionada y
reclasificación de muerte materna**

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-20	
Nombre del procedimiento:	Seguimiento de la estrategia de búsqueda intencionada y reclasificación de muerte materna	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género	Versión:	1.0
		Página:	2 de 5

Objetivo:	Establecer el procedimiento para el seguimiento de la estrategia de búsqueda intencionada y reclasificación de muerte materna, ocurridas en el sector salud, para asegurar la calidad de las estadísticas de mortalidad.
Alcance:	Dirección General de Información en Salud (DGIS). Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género. Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia. Unidades Hospitalarias del Sector Salud.
Normas de operación:	Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. Manual de Procedimientos para la Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas. Reglamento Interior de la Secretaria de Salud de Baja California Sur. Manual Especifico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-20	
Nombre del procedimiento:	Seguimiento de la estrategia de búsqueda intencionada y reclasificación de muerte materna	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género	Versión:	1.0
		Página:	3 de 5
		Tiempo:	Anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Secretario de Salud	Recibe lineamientos e información de casos sospechosos de muerte materna de la Dirección General de Información en Salud y los turna al Director de Servicios de Salud.	Oficio y Base de datos
2	Director de Servicios de Salud	Recibe lineamientos e información y los turna al Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género para su seguimiento.	Oficio y Base de datos
3	Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género	Recibe lineamientos, los revisa, analiza y turna al Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia para su atención y seguimiento.	Oficio y Base de datos
4	Jefe de Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia	Recibe y revisa lineamientos e información de casos y emite propuesta de comunicado para enviar información al Sector Salud y lo remite al Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género para su validación.	Base de datos y oficio
5	Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género.	Recibe y revisa propuesta de comunicado de la búsqueda intencionada y reclasificación de muerte materna. ¿Cumple con los lineamientos? Si: pasa a la actividad 7. No: se turna para su corrección, pasa a la actividad 4.	Documento
6		Valida el comunicado e instruye realizar el envío de los lineamientos e información de casos al Sector Salud.	Oficio y Base de datos
7	Jefe de Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia	Envía al Sector Salud el comunicado y listado de los casos para la búsqueda intencionada y reclasificación de muerte materna.	Oficio

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-20	
Nombre del procedimiento:	Seguimiento de la estrategia de búsqueda intencionada y reclasificación de muerte materna	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género	Versión:	1.0
		Página:	4 de 5
		Tiempo:	Anual

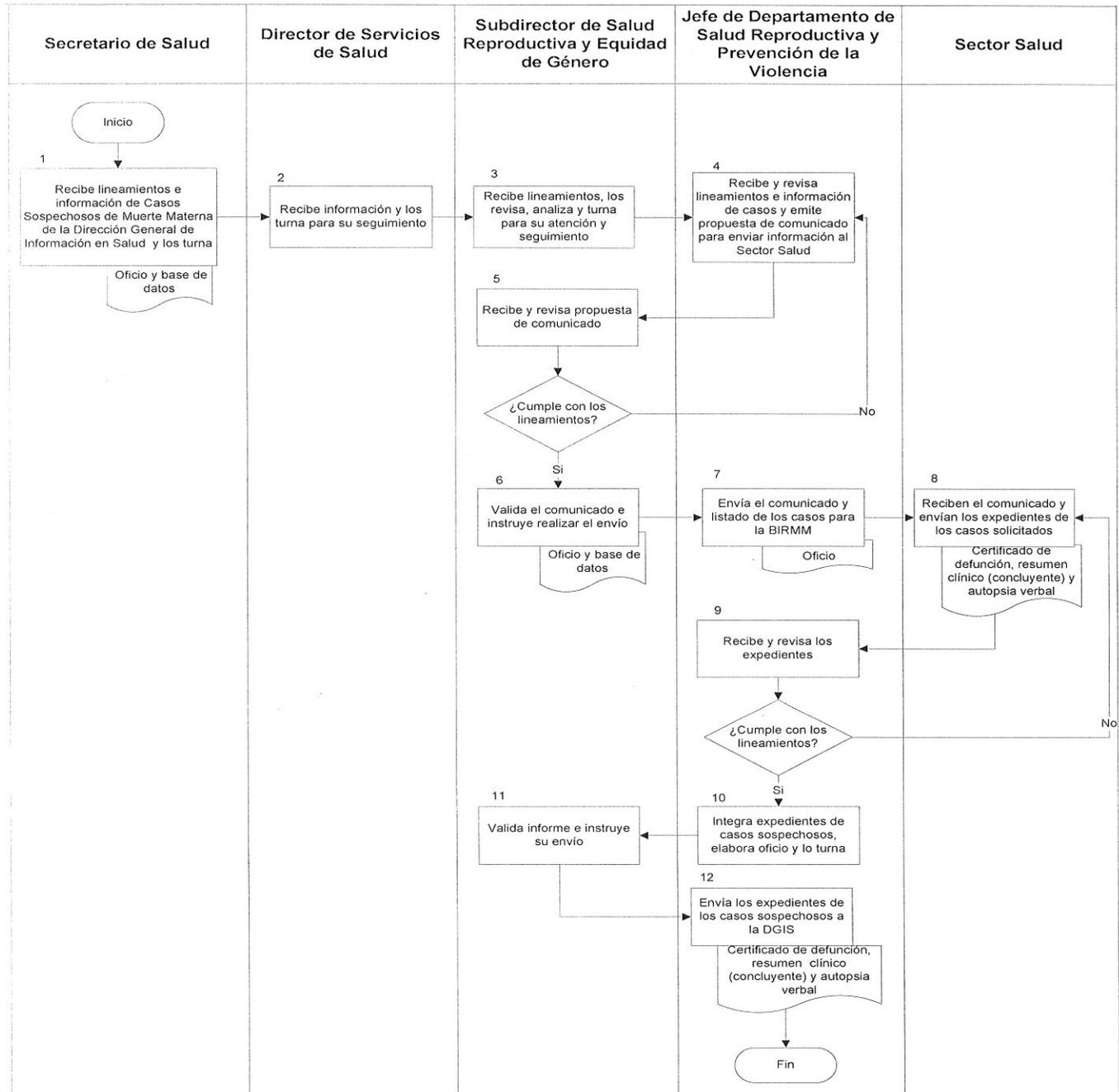
Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
8	Jefes de las Unidades hospitalarias / Jurisdicciones Sanitarias	Envían los certificados de defunción y resúmenes clínicos (concluyentes) de los casos solicitados al Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia y al responsable estatal del programa de salud materna y perinatal.	Certificado de defunción, resumen clínico y autopsia verbal
9	Jefe de Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia	Recibe y revisa los expedientes del Sector Salud. ¿Cumple con los requerimientos? Si: pasa a la actividad 10. No: notifica a la unidad y solicita la modificación de la información, pasa a la actividad 8.	Certificado de defunción, resumen clínico y autopsia verbal
10		Integra expedientes de casos sospechosos, elabora oficio y lo turna a la Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género para su validación.	Certificado de defunción, resumen clínico y autopsia verbal
11	Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género.	Valida informe e instruye su envío.	Certificado de defunción, resumen clínico y autopsia verbal
12	Jefe de Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia	Envía los expedientes de los casos sospechosos de muerte materna a la DGIS para su validación.	Certificado de defunción, resumen clínico y autopsia verbal

FIN

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-20	
Nombre del procedimiento:	Seguimiento de la estrategia de búsqueda intencionada y reclasificación de muerte materna	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género	Página:	5 de 5
		Tiempo:	Anual

Diagrama de Flujo





Dirección de Servicios de Salud

Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género

**Conformación de grupos para la intervención en reeducación
para víctimas y agresores**

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-21	
Nombre del procedimiento:	Conformación de grupos para la intervención en reeducación para víctimas y agresores	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género	Versión:	1.0
		Página:	2 de 5

Objetivo:	Establecer el procedimiento para la conformación de los grupos de reeducación para víctimas y agresores de violencia de pareja, para mujeres y hombres Juniores de 18 años que requieran desarrollar nuevos comportamientos y establecer relaciones de pareja en un plano de igualdad.
Alcance:	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género. Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia.
Normas de operación:	Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer, durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida. Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Reglamento Interior de la Secretaria de Salud de Baja California Sur. Manual Especifico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-21	
Nombre del procedimiento:	Conformación de grupos para la intervención en reeducación para víctimas y agresores	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género	Versión:	1.0
		Página:	3 de 5
		Tiempo:	Semestral

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Secretario de Salud	Recibe del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR) lineamientos y metas del programa violencia de género, los envía al Director de Servicios de Salud.	Medio electrónico
2	Director de Servicios de Salud	Recibe lineamientos y los turna al Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género para su seguimiento.	Memorándum
3	Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género.	Recibe lineamientos, los revisa, analiza y turna al Jefe de Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia para su atención y seguimiento.	Memorándum
4	Jefe de Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia	Recibe y revisa lineamientos y emite propuesta plan de trabajo de la intervención en reeducación. Lo remite al Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género para su validación.	Plan de trabajo
5	Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género.	Recibe y revisa plan de trabajo de la intervención de reeducación. ¿Cumple con los lineamientos? Si: pasa a la actividad 6. No: se turna para su corrección, pasa a la actividad 4.	
6		Valida el plan de trabajo e instruye realizar él envió de los lineamientos y metas al equipo de facilitadoras y facilitadores de la intervención en reeducación.	Memorándum
7	Jefe de Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia	Envía al equipo de facilitadoras y facilitadores de la intervención en reeducación los lineamientos y metas.	

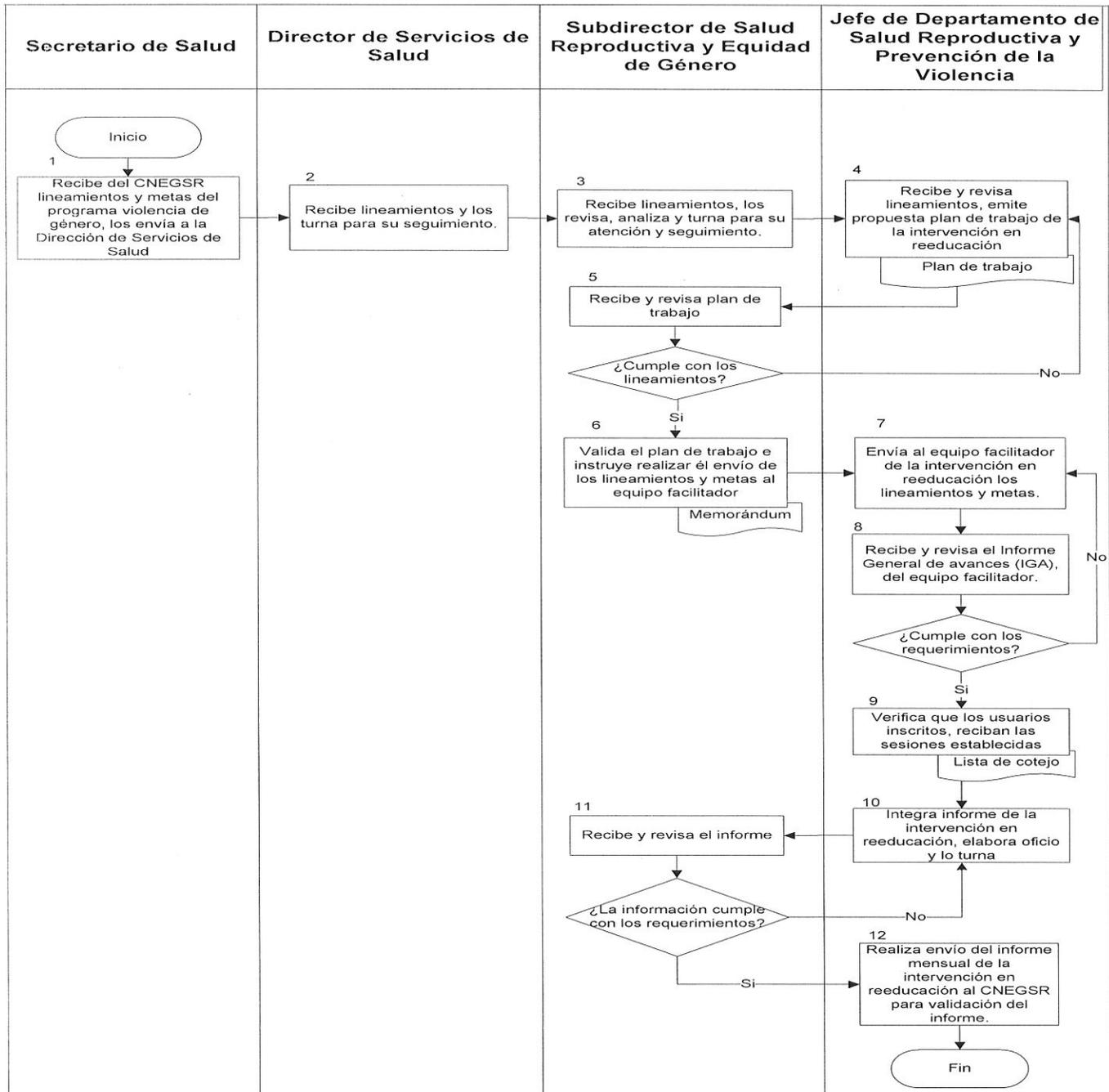
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-21	
Nombre del procedimiento:	Conformación de grupos para la intervención en reeducación para víctimas y agresores	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género	Versión:	1.0
		Página:	4 de 5
		Tiempo:	Semestral

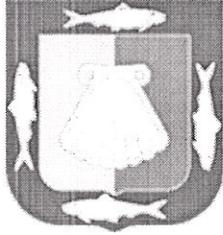
Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
8	Jefe de Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia	Recibe y revisa el informe general de avances (IGA), del equipo facilitador. ¿Cumple con los requerimientos? Si: pasa a la actividad 9. No: notifica y solicita la modificación de la información. Pasa a actividad 7.	
9		Verifica que las y los usuarios inscritos en los grupos de reeducación, reciban las sesiones establecidas.	Lista de cotejo
10		Integra informe de la intervención reeducación, elabora oficio y lo turna al Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género para su validación.	Oficio y Correo electrónico
11	Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género.	Recibe y revisa el informe de la intervención reeducación. ¿La información cumple con los requerimientos? Si: pasa a la actividad 12. No: notifica al Departamento y solicita la modificación de la información, pasa a la actividad 10.	Correo electrónico
12	Jefe de Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia	Envía el informe mensual de la intervención en reeducación al CNEGSR para su validación.	Correo electrónico
FIN			

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-21	
Nombre del procedimiento:	Conformación de grupos para la intervención en reeducación para víctimas y agresores	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género	Página:	5 de 5
		Tiempo:	Semestral

Diagrama de Flujo





Dirección de Servicios de Salud

Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género

Conformación de grupos para la intervención en acciones preventivas en la adolescencia

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-22	
Nombre del procedimiento:	Conformación de grupos para la intervención en acciones preventivas en la adolescencia	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género	Versión:	1.0
		Página:	2 de 5

Objetivo:	Establecer el procedimiento para la conformación de los grupos de acciones preventivas en la adolescencia, de 12 a 18 años que requieran desarrollar nuevos comportamientos y establecer relaciones de pareja en un plano de igualdad.
Alcance:	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género. Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia.
Normas de operación:	Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer, durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida. Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Baja California Sur. Manual Especifico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-22	
Nombre del procedimiento:	Conformación de grupos para la intervención en acciones preventivas en la adolescencia	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género	Versión:	1.0
		Página:	3 de 5
		Tiempo:	Semestral

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Secretario de Salud	Recibe del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR) lineamientos y metas del programa violencia de género, los envía al Director de Servicios de Salud.	Medios electrónicos
2	Director de Servicios de Salud	Recibe lineamientos y los turna al Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género para su seguimiento.	Memorándum
3	Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género.	Recibe lineamientos, los revisa, analiza y turna al Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia para su atención y seguimiento.	Memorándum
4	Jefe de Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia	Recibe y revisa lineamientos y emite propuesta plan de trabajo de la intervención en acciones preventivas en los adolescentes. Lo remite al Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género para su validación.	Plan de trabajo
5	Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género.	Recibe y revisa plan de trabajo de la intervención de reeducación. ¿Cumple con los lineamientos? Si: pasa a la actividad 6 No: se turna para su corrección, pasa a la actividad 4	
6		Valida el plan de trabajo e instruye realizar él envió de los lineamientos y metas al equipo de facilitadoras y facilitadores de la intervención en acciones preventivas.	Memorándum

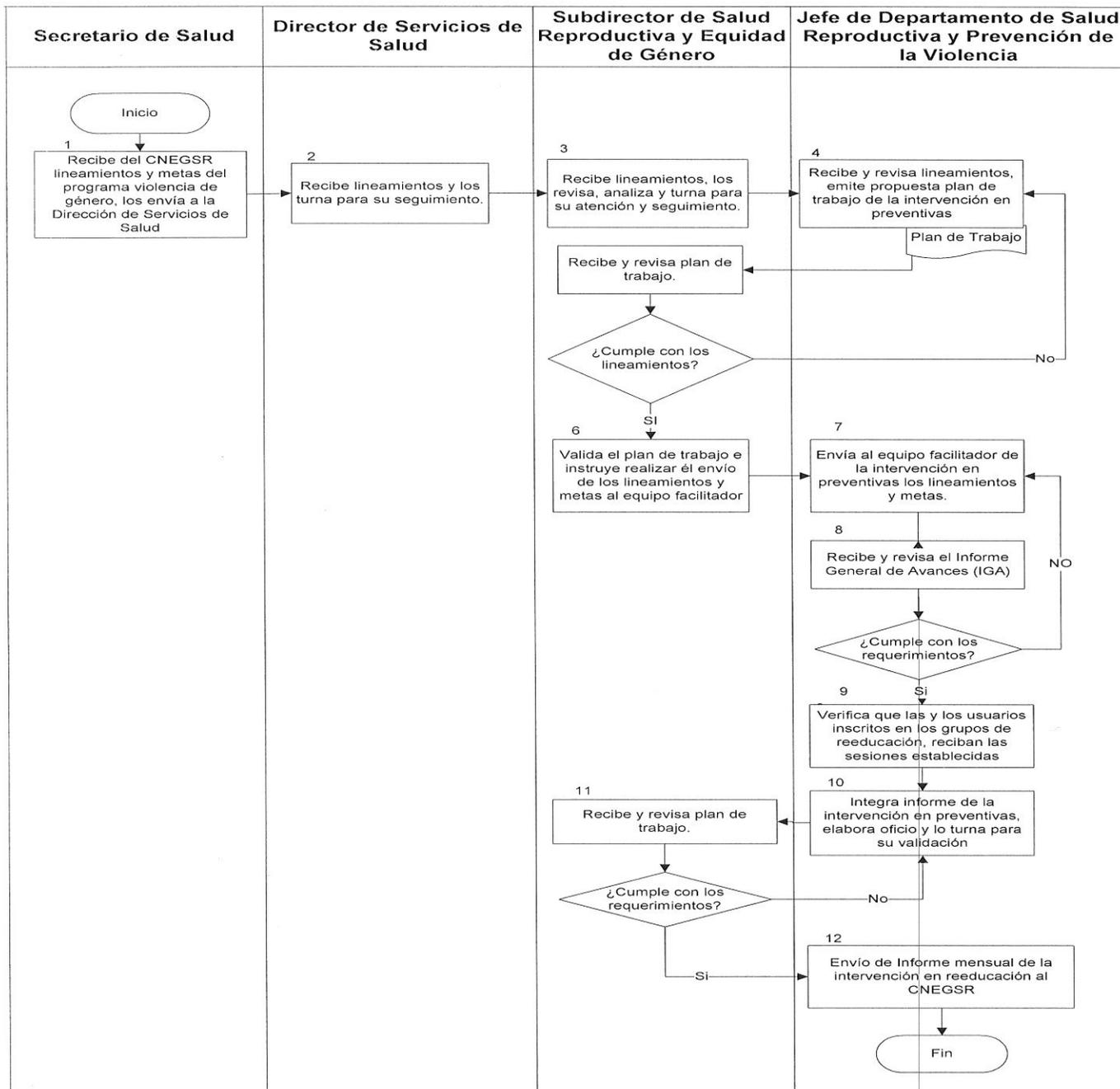
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-22	
Nombre del procedimiento:	Conformación de grupos para la intervención en acciones preventivas en la adolescencia	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género	Versión:	1.0
		Página:	4 de 5
		Tiempo:	Semestral

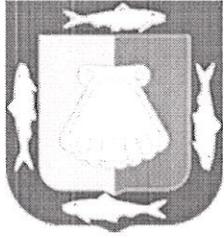
Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
7	Jefe de Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia	Envía al equipo de facilitadoras y facilitadores de la intervención en acciones preventivas los lineamientos y metas.	Memorándum Correo electrónico
8		Recibe y revisa el Informe General de avances (IGA), del equipo facilitador. ¿Cumple con los requerimientos? Si: pasa a la actividad 9. No: notifica y solicita la modificación de la información. Pasa a la actividad 7.	
9		Verifica que las y los usuarios inscritos en los grupos de reeducación, reciban las sesiones establecidas.	Lista de cotejo
10		Integra informe de la intervención reeducación, elabora oficio y lo turna al Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género para su validación.	Oficio y Correo electrónico
11	Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género.	Recibe y revisa el informe de la intervención reeducación. ¿La información cumple con los requerimientos? Si: pasa a la actividad 12. No: notifica al Departamento y solicita la modificación de la información, pasa a la actividad 12.	Correo electrónico
12	Jefe de Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia	Envía el Informe mensual de la intervención en reeducación al CNEGSR para su validación	Correo electrónico
FIN			

Nombre del procedimiento:	Conformación de grupos para la intervención en acciones preventivas en la adolescencia	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género	Página:	5 de 5
		Tiempo:	Semestral

Diagrama de Flujo





Dirección de Servicios de Salud

Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género

Estrategia estatal de vasectomía sin bisturí

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-23	
Nombre del procedimiento:	Estrategia estatal de vasectomía sin bisturí	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género	Versión:	1.0
		Página:	2 de 5

Objetivo:	Establecer el procedimiento de la estrategia estatal de vasectomía sin Bisturí para los hombres que no desean tener hijos a fin de incrementar la participación del hombre en la anticoncepción.
Alcance:	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género. Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia. Jurisdicciones Sanitarias de la Secretaría de Salud de Baja California Sur.
Normas de operación:	NOM-005-SSA2-1993 De los servicios de Planificación Familiar Modificada 2004. Manual Federal de Procedimientos de Vasectomía Sin Bisturí. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico. Reglamento Interior de la Secretaria de Salud de Baja California Sur. Manual Especifico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-23	
Nombre del procedimiento:	Estrategia estatal de vasectomía sin bisturí	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género	Página:	3 de 5
		Tiempo:	Trimestral

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Secretario de Salud	Recibe del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR) lineamientos y metas del programa de Planificación Familiar y Anticoncepción y los envía al Director de Servicios de Salud.	Medios electrónicos y oficio
2	Director de Servicios de Salud	Recibe lineamientos y los turna al Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género para su seguimiento.	
3	Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género.	Recibe lineamientos, los revisa, analiza y turna al Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia para su atención y seguimiento.	
4	Jefe de Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia	Recibe y revisa lineamientos y emite propuesta del plan de trabajo de la Estrategia de Vasectomía sin Bisturí y lo remite a la Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género para su validación.	Plan anual de trabajo
5	Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género.	Recibe y revisa Plan de Trabajo de la estrategia de vasectomía sin Bisturí. ¿Cumple el plan de trabajo con los lineamientos? Si: pasa a la actividad 6. No: se turna para su corrección, pasa a la actividad 4.	Correo electrónico
6		Valida el plan de trabajo e instruye envío de los lineamientos y metas a las unidades de salud.	
7	Jefe de Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia	Envía a las unidades de salud los lineamientos y metas.	Oficio y medios electrónicos

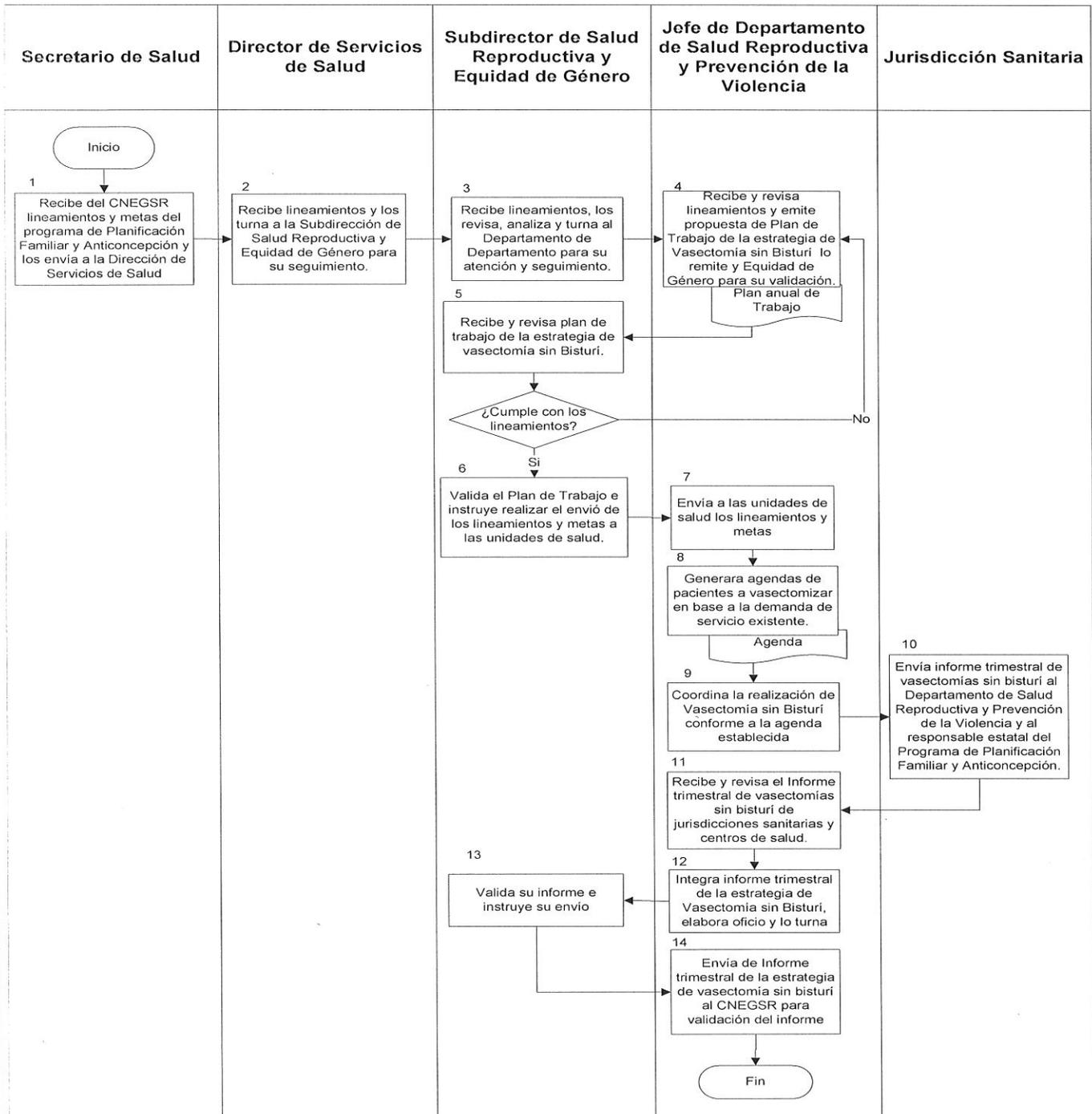
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-23	
Nombre del procedimiento:	Estrategia estatal de vasectomía sin bisturí	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género	Página:	4 de 5
		Tiempo:	Trimestral

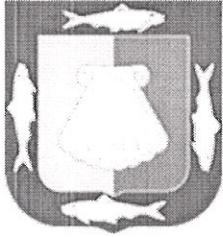
Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
8	Jefe de Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia	Genera agendas de pacientes a vasectomía en base a la demanda de servicio existente.	Agenda
9		Coordina la realización de vasectomías sin bisturí (VSB) conforme a agenda establecida.	Agenda /o Presencial
10	Jurisdicción Sanitaria	Envían informe trimestral de VSB Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia y al responsable estatal del Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción.	Informe de actividades y medios electrónicos
11	Jefe de Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia	Recibe y revisa el Informe trimestral de vasectomías sin bisturí de jurisdicciones sanitarias y centros de salud.	Informe de actividades
12		Integra informe trimestral de la estrategia de Vasectomía sin Bisturí, elabora oficio y lo turna a la Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género para su validación.	Oficio
13	Subdirector de Salud Reproductiva y Equidad de Género.	Valida informe e instruye al Jefe de Departamento de Salud Reproductiva para que se envíe al CNEGSR.	Informe de actividades
14	Jefe de Departamento de Salud Reproductiva y Prevención de la Violencia	Recibe y envía Informe trimestral de la estrategia de vasectomía sin bisturí al CNEGSR para validación.	Oficio y medios electrónicos
FIN			

Nombre del procedimiento:	Estrategia estatal de vasectomía sin bisturí	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Salud Reproductiva y Equidad de Género	Página:	5 de 5
		Tiempo:	Trimestral

Diagrama de Flujo





Dirección de Servicios de Salud

Subdirección de Atención Médica Ambulatoria

Planeación de rutas de unidades médicas móviles

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-24	
Nombre del procedimiento:	Planeación de rutas de unidades médicas móviles	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Atención Médica Ambulatoria	Versión:	1.0
		Página:	2 de 7

Objetivo:	Establecer el procedimiento para definición de las rutas de operación de las Unidades Médicas Móviles para fortalecer la atención médica en las localidades de difícil acceso del Estado.
Alcance:	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud de la Secretaría de Salud Federal (DGPLADES). Dirección de Servicios de Salud. Dirección de Planeación y Desarrollo. Subdirección de Atención Médica Ambulatoria. Jurisdicciones Sanitarias de la Secretaría.
Normas de operación:	Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, vigente. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Manual Especifico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.

Secretaría de Salud

**Clave del procedimiento
PROC-DSS-24**

Nombre del procedimiento:	Planeación de rutas de unidades médicas móviles	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Atención Médica Ambulatoria	Página:	3 de 7
		Tiempo:	Anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Secretario de Salud	Recibe oficio con solicitud de proceso de planeación de rutas de unidades médicas móviles emitido por la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) y turna a la Dirección de Servicios de Salud para su atención.	
2	Director de Servicios de Salud	Recibe oficio, revisa e instruye a la Subdirección de Atención Médica Ambulatoria iniciar el proceso de planeación de rutas de unidades médicas móviles.	
3	Subdirector de Atención Médica Ambulatoria	Recibe oficio e instrucción y revisa situación actual.	
4		Solicita mediante oficio a las Jurisdicciones Sanitarias para realizar análisis de las rutas de las unidades médicas móviles en su área de cobertura.	
5	Jurisdicciones Sanitarias	Reciben oficio, realiza análisis y elabora propuesta y la remiten a la Subdirección de Atención Médica Ambulatoria.	
6	Subdirector de Atención Médica Ambulatoria	Recibe y revisa las propuestas de las Jurisdicciones Sanitarias. ¿Cumple con los requerimientos? Si: pasa a la actividad 7. No: regresa a la actividad 5.	
7		Concentra las propuestas por jurisdicción sanitaria, elabora oficio para convocar a la reunión de planeación de rutas y lo turna a firma del Director de Servicios de Salud.	

Secretaría de Salud

**Clave del procedimiento
PROC-DSS-24**

Nombre del procedimiento:	Planeación de rutas de unidades médicas móviles	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Atención Médica Ambulatoria	Página:	4 de 7
		Tiempo:	Anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
8	Director de Servicios de Salud	Recibe, revisa y firma oficio y lo turna al Subdirector de Atención Médica Ambulatoria	
9	Subdirector de Atención Médica Ambulatoria	Recibe y envía oficios de invitación a los titulares de la Dirección de Servicios de Salud, Dirección de Planeación y Desarrollo, Jurisdicciones Sanitarias a reunión de planeación de rutas.	Oficio
10	Titulares convocados	Reciben oficio invitación y acuden a la reunión en la fecha establecida.	
11		Revisan, analizan y validan las propuestas de rutas presentadas por las Jurisdicciones Sanitarias.	
12	Subdirector de Atención Médica Ambulatoria	Realiza minuta de trabajo con acuerdos y compromisos y tramita firma de los titulares.	Minuta de trabajo
13		Integra formato de planeación de rutas y tramita firma de los titulares.	
14		Elabora oficio para el envío de formato de planeación de rutas.	
15	Director de Servicios de Salud	Recibe, revisa, valida y antefirma el oficio.	
16	Secretario de Salud	Recibe y firma el oficio.	
17	Subdirector de Atención Médica Ambulatoria	Envía oficio, minuta de trabajo y formato de planeación de rutas a la DGPLADES.	Oficio Formato de planeación de rutas
18	Dirección de Servicios de Salud	¿Recibe observaciones de la documentación por parte de DGPLADES? Si: pasa a actividad 19. No: pasa a actividad 20.	

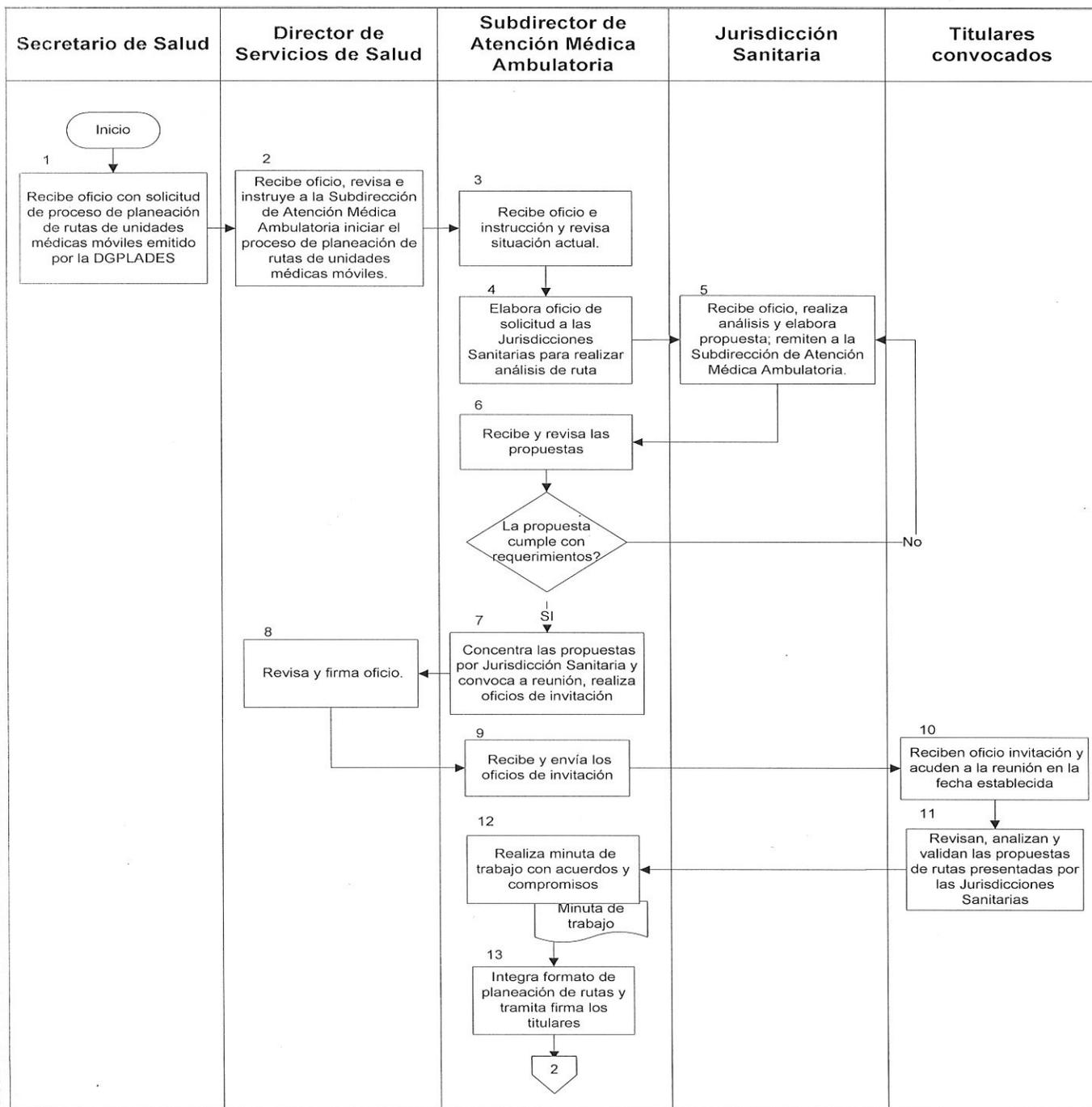
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-24	
Nombre del procedimiento:	Planeación de rutas de unidades médicas móviles	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Atención Médica Ambulatoria	Página:	5 de 7
		Tiempo:	Anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
19	Dirección de Servicios de Salud	Notifica a la Subdirección de Atención Médica Ambulatoria e instruye su atención. Pasa a actividad 11.	
20		Recibe oficio de validación de planeación de rutas.	Oficio
FIN			

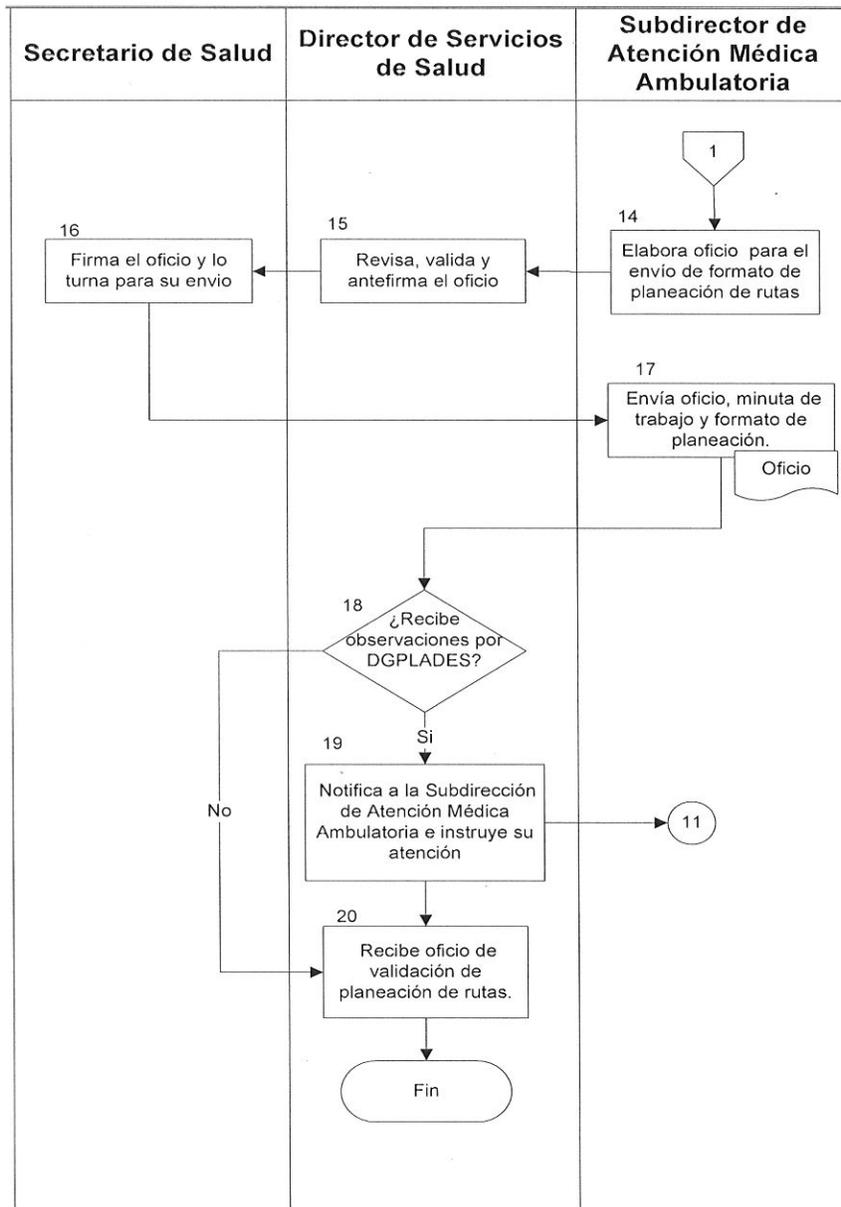
Nombre del procedimiento:	Planeación de rutas de unidades médicas móviles	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Atención Médica Ambulatoria	Página:	6 de 7
		Tiempo:	Anual

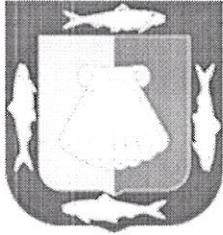
Diagrama de Flujo



Nombre del procedimiento:	Planeación de rutas de unidades médicas móviles	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Atención Médica Ambulatoria	Página:	7 de 7
		Tiempo:	Anual

Diagrama de Flujo





Dirección de Servicios de Salud

Subdirección de Atención Médica Ambulatoria

Conformación del Consejo Estatal de Vacunación

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-25	
Nombre del procedimiento:	Conformación del Consejo Estatal de Vacunación	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Atención Médica Ambulatoria	Versión:	1.0
		Página:	2 de 5

Objetivo:	Establecer el procedimiento para definición de las actividades y cumplimientos de la política nacional en materia de vacunación a la población.
Alcance:	Dirección de Servicios de Salud. Subdirección de Atención Médica Ambulatoria. Instituto Mexicano del Seguro Social. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Secretaría de la Defensa Nacional. Secretaría de Marina.
Normas de operación:	Norma Oficial Mexicana (NOM-036-SSA2-2012), Prevención y Control de Enfermedades. Aplicación de Vacunas, toxoides, faboterápicas (sueros) e inmunoglobulinas en el humano, Lineamientos Generales del Programa de Vacunación Universal. Ley General de Salud. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Manual Especifico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-25	
Nombre del procedimiento:	Conformación del Consejo Estatal de Vacunación	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Atención Médica Ambulatoria	Página:	3 de 5
		Tiempo:	Anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Secretario de Salud	Convoca a las instituciones de salud para la constitución, actualización y operación del Consejo Estatal de Vacunación (COEVA).	
2	Director de Servicios de Salud	Proporciona las directrices para la operación del COEVA.	Lineamientos del Programa de Vacunación Universal (PVU).
3		Brinda asesoría técnica para la instalación de los consejos municipales de vacunación (COMUVAS).	
4	Subdirector de Atención Médica Ambulatoria.	Elabora el oficio de invitación a la reunión del COEVA y se envía a la Dirección de Servicios de Salud para su firma.	
5	Director de Servicios de Salud	Recibe oficio y firma y envía oficio a los participantes.	
6		Preside la sesión y verifica que exista quórum legal para reunión de consejo.	
7		Propone minuta y orden del día para la reunión del COEVA.	
8		Dirige y lleva a cabo reunión del consejo, desahoga los temas de la orden del día aprobada.	
9	Subdirector de Atención Médica Ambulatoria.	Toma acuerdos derivados de la reunión del consejo para su aplicación	
10		Recaba firma de los convocantes para la aprobación de la minuta de acuerdos tomados.	

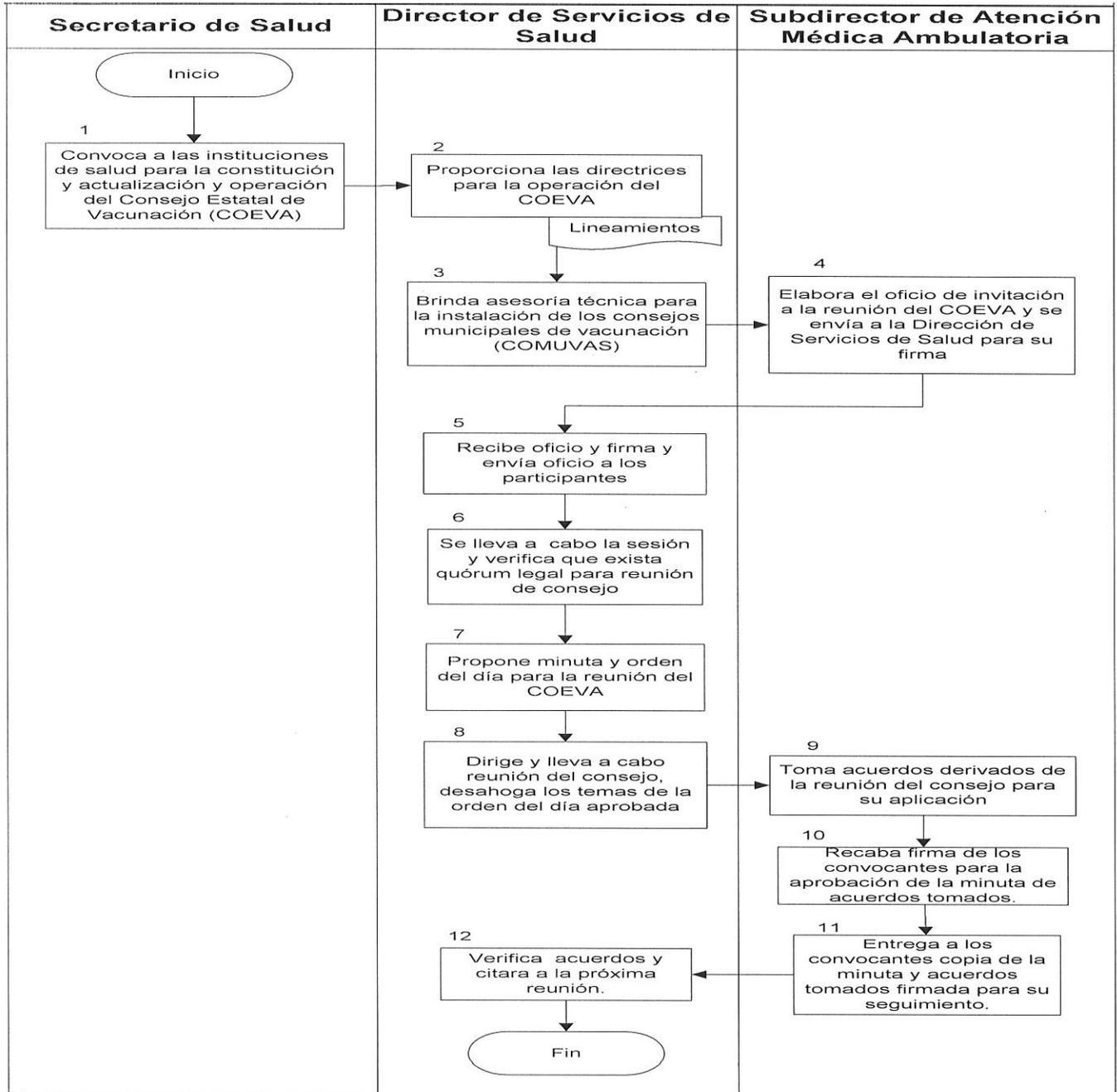
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-25	
Nombre del procedimiento:	Conformación del Consejo Estatal de Vacunación	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Atención Médica Ambulatoria	Página:	4 de 5
		Tiempo:	Anual

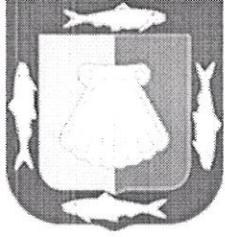
Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
11	Subdirector de Atención Médica Ambulatoria.	Entrega a los convocantes copia de la minuta y acuerdos tomados firmada para su seguimiento.	Minuta
12	Director de Servicios de Salud	Verifica que los acuerdos sean entregados	
FIN			

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-25	
Nombre del procedimiento:	Conformación del Consejo Estatal de Vacunación	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa:	Área responsable:	Versión:	1.0
Dirección de Servicios de Salud	Subdirección de Atención Médica Ambulatoria	Página:	5 de 5
		Tiempo:	Anual

Diagrama de Flujo





Dirección de Servicios de Salud

Subdirección de Atención Hospitalaria y de Especialidad

Referencia y contrarreferencia

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-26	
Nombre del procedimiento:	Referencia y contrarreferencia	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Atención Hospitalaria y de Especialidad	Versión:	1.0
		Página:	2 de 5

Objetivo:	Establecer el procedimiento para mantener un control en la regulación del sistema de referencia y contrarreferencia para favorecer la atención médica oportuna y de calidad, mediante el adecuado y ágil flujo de pacientes referidos y contrarreferidos entre los niveles de atención así también identificar las actividades de los Servicios de Salud,
Alcance:	Dirección de Servicios de Salud de Baja California Sur. Subdirección Atención Hospitalaria y Especialidad. Subdirección de Atención Médica Ambulatoria. Departamento de Atención Médica Hospitalaria. Jurisdicciones Sanitarias. Unidades de Salud de la Secretaría.
Normas de operación:	Ley General de Salud. Ley Estatal de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia. DOF: 11/04/2000. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. DOF: 16/11/1995. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico. DOF: 30/09/1999. Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. DOF: 24/10/2001. Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica. DOF: 15/10/2004. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Baja California Sur. Manual Específico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-26	
Nombre del procedimiento:	Referencia y contrarreferencia	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Atención Hospitalaria y de Especialidad	Versión:	1.0
		Página:	3 de 5
		Tiempo:	Anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Director de Servicios de Salud	Recibe lineamientos e instruye a la Subdirección de Atención Hospitalaria y Especialidad conformar un sistema de referencia y contrarreferencia conforme a la normatividad vigente.	Memorándum
2	Subdirector de Atención Hospitalaria y de Especialidad	Recibe lineamientos de referencia y contrarreferencia y los turna al Departamento de Atención Hospitalaria.	Memorándum
3	Jefe de Departamento de Atención Hospitalaria	Recibe y revisa lineamientos, emite propuesta plan de trabajo, lo remite a la Subdirección de Atención Hospitalaria y Especialidad para seguimiento, revisión y validación.	Plan de trabajo
4	Subdirector de Atención Hospitalaria y de Especialidad	Recibe y revisa manual de procedimientos. ¿Se autoriza para difusión y aplicación? Si: pasa a la actividad 5. No: pasa a la actividad 3.	Oficio
5	Jefe de Departamento de Atención Hospitalaria	Envía manual de procedimientos a responsables de jurisdicciones sanitarias y directores de unidades hospitalarias para su aplicación.	Oficio
6	Responsables Jurisdiccionales y Directores de unidades hospitalarias	Reciben manual de procedimientos y aplican directrices a traslados de referencia y contrarreferencia.	Oficio
7	Subdirector de Atención Hospitalaria y de Especialidad	Convoca a responsables jurisdiccionales y directores de unidades hospitalarias al comité de referencia y contrarreferencia	Memorándum
8	Responsables Jurisdiccionales y Directores de Unidades Hospitalarias	Reciben memorándum y asisten a comité de referencia y contrarreferencia	Medios Electrónicos

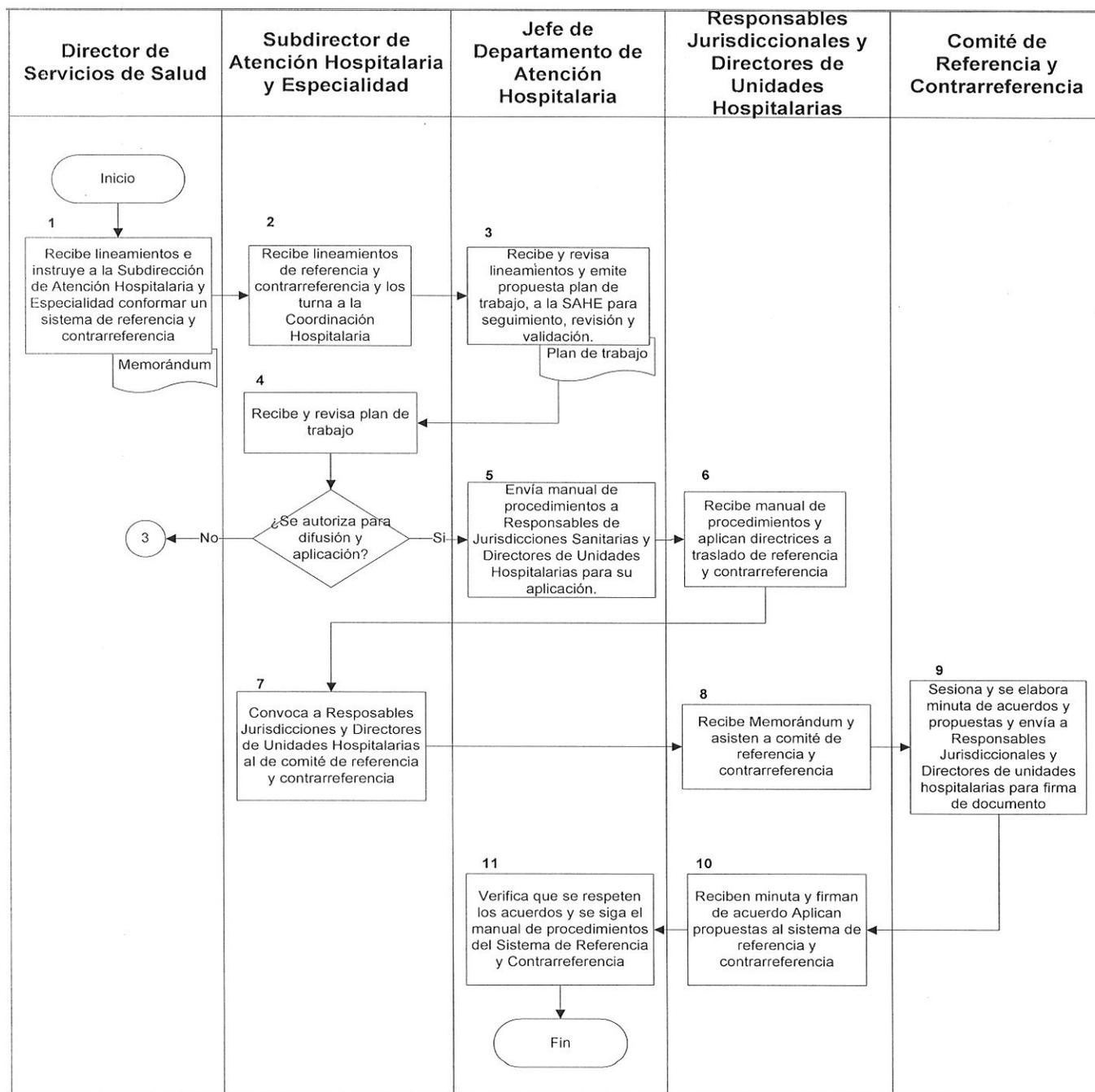
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-26	
Nombre del procedimiento:	Referencia y contrarreferencia	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Atención Hospitalaria y de Especialidad	Versión:	1.0
		Página:	4 de 5
		Tiempo:	Anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
8	Responsables Jurisdiccionales y Directores de Unidades Hospitalarias	Reciben memorándum y asisten a comité de referencia y contrarreferencia	Medios Electrónicos
9	Comité de referencia y contrarreferencia	Sesiona y se elabora minuta de acuerdos y propuestas y envía a responsables jurisdiccionales y directores de unidades hospitalarias para firma de documento.	Minuta
10	Responsables Jurisdiccionales y Directores de Unidades Hospitalarias	Reciben minuta y firman de acuerdo. Aplican propuestas al sistema de referencia y contrarreferencia	Oficio y Medios Electrónicos
11	Jefe de Departamento de Atención Hospitalaria	Verifica que se respeten los acuerdos y se siga el manual de procedimientos del sistema de referencia y contrarreferencia.	Medios Electrónicos
FIN			

Nombre del procedimiento:	Referencia y contrarreferencia	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Atención Hospitalaria y de Especialidad	Versión:	1.0
		Página:	5 de 5
		Tiempo:	Anual

Diagrama de Flujo



ANEXO



UNIDAD MÉDICA: _____



SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

BAJA CALIFORNIA SUR
SECRETARÍA DE SALUD

HOJA DE REFERENCIA

CURP: _____

URGENTE: []

FOLIO: _____

Datos de las Unidades:

UNIDAD QUE REFIERE: _____
UNIDAD A LA QUE REFIERE: _____
SERVICIO AL QUE SE ENVÍA: _____
FECHA DE REFERENCIA: _____

Datos personales del Paciente:

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
EDAD: _____ SEXO: _____ OCUPACIÓN: _____ ESTADO CIVIL: _____
DOMICILIO: _____
DERECHOHABIENCIA: _____ FOLIO: _____ ESCOLARIDAD: _____

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

MOTIVO DE REFERENCIA:

RESUMEN CLÍNICO:

ANEXO

TRATAMIENTO:

--

SOMATOMETRÍA:

--

RESULTADOS DE LABORATORIO:

--

RESULTADOS DE IMAGENOLÓGÍA:

--

Datos del Médico:

NOMBRE: _____ FIRMA: _____

A NEXO



UNIDAD MÉDICA: _____

CONTRARREFERENCIA



BAJA CALIFORNIA SUR
SECRETARÍA DE SALUD

FOLIO: _____ FECHA: _____

Nombre: _____ Sexo: _____ Derechohabencia: _____ Folio: _____
Domicilio: _____
Municipio: _____ Estado: _____
Unidad de Referencia: _____

Datos Clínicos:

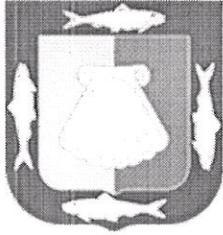
Servicio: _____ Área: _____
Fecha de ingreso: _____

Resumen Clínico

Diagnósticos de egreso

Instrucciones y recomendaciones

Firma: _____



Dirección de Servicios de Salud

Subdirección de Atención Hospitalaria y de Especialidad

Integración de información interinstitucional de atención hospitalaria

La Paz, Baja California Sur, junio de 2021

Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-27	
Nombre del procedimiento:	Integración de información interinstitucional de atención hospitalaria	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Atención Hospitalaria y de Especialidad	Versión:	1.0
		Página:	2 de 4

Objetivo:	Contar con información para el seguimiento oportuno de emergencias sanitarias, programas de salud pública e intercambio de servicios.
Alcance:	Dirección de Servicios de Salud. Subdirección de Atención Hospitalaria y Especialidad. Subdirección de Epidemiología.
Normas de operación:	Ley General de Salud, DOF: 07/02/1984. Ley de Salud del estado de Baja California Sur, BOGE: 31/08/2019. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. DOF: 05/10/2010. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. DOF: 30/11/2012. Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica. DOF: 15/10/2004. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Baja California Sur. Manual Especifico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.

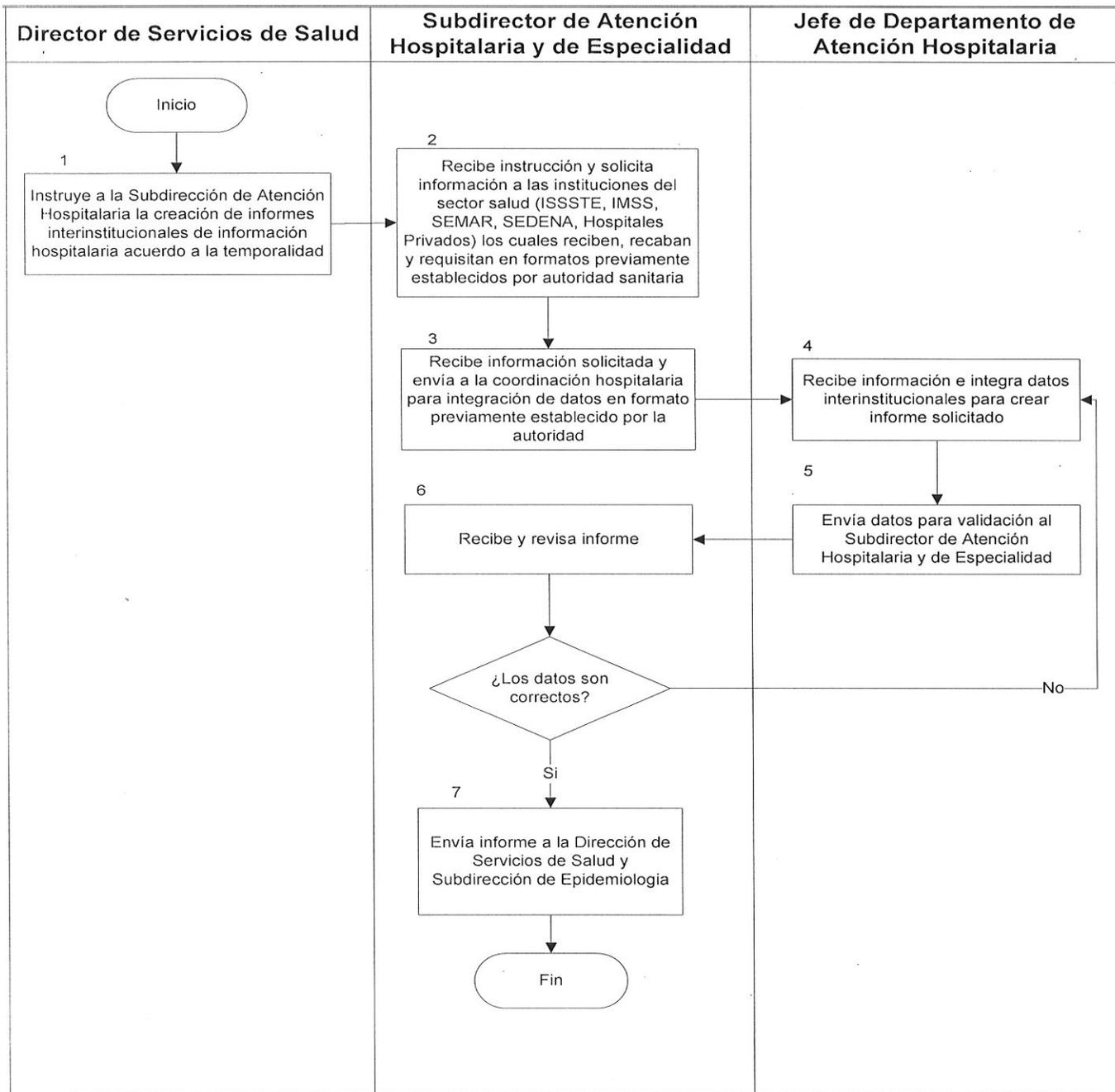
Secretaría de Salud		Clave del procedimiento PROC-DSS-27	
Nombre del procedimiento:	Integración de información interinstitucional de atención hospitalaria	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Atención Hospitalaria y de Especialidad	Versión:	1.0
		Página:	3 de 4
		Tiempo:	Anual

Descripción de Actividades

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Director de Servicios de Salud	Instruye a la Subdirección de Atención Hospitalaria la creación de informes interinstitucionales de información hospitalaria de acuerdo a la temporalidad.	
2	Subdirector de Atención Hospitalaria y de Especialidad	Recibe instrucción y solicita información a las instituciones del sector salud (ISSSTE, IMSS, SEMAR, SEDENA, Hospitales Privados) los cuales reciben, recaban y requisitan en formatos previamente establecidos por autoridad sanitaria.	
3		Recibe información solicitada y envía al Departamento de Atención Hospitalaria para integración de datos en formato previamente establecido por la autoridad.	
4	Jefe de Departamento de Atención Hospitalaria	Recibe información e integra datos interinstitucionales para crear informe solicitado.	
5		Envía datos para validación al Subdirector de Atención Hospitalaria y especialidad.	
6	Subdirector de Atención Hospitalaria y de Especialidad	Recibe informe y revisa. ¿Los datos son correctos? Si: pasa a la actividad 7. No: pasa a la actividad 4.	
7		Envía informe a la Dirección de Servicios de Salud y Subdirección de Epidemiología.	
FIN			

Nombre del procedimiento:	Integración de información interinstitucional de atención hospitalaria	Fecha:	Junio 2021
Unidad administrativa: Dirección de Servicios de Salud	Área responsable: Subdirección de Atención Hospitalaria y de Especialidad	Versión:	1.0
		Página:	4 de 4
		Tiempo:	Anual

Diagrama de Flujo



ANEXO



GOBIERNO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR

SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD



INFORME CONCENTRADO OCUPACION HOSPITALARIA EN EL SECTOR

FECHA:

HORA:

RESPONSABLE QUE REPORTA:

BAJA CALIFORNIA SUR	Camas censables				Total
	Municipio	SSA	IMSS	ISSSTE	
Los Cabos	0	0	0	#¡DIV/0!	0
	0	0	0		0
La Paz	0	0	0	#¡DIV/0!	0
	0	0	0		0
Comondú	0	0	0	#¡DIV/0!	0
	0	0	0		0
Loreto	0	0	0	#¡DIV/0!	0
	0	0	0		0
Mulege	0	0	0	#¡DIV/0!	0
	0	0	0		0
Total	0	0	0	#¡DIV/0!	0
	0	0	0		0

Censables

V. Bibliografía

- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Baja California Sur (B.O.G.E. No. 34 del 31/08/2017).
- Manual General de Organización de la Secretaría de Salud.
- Manual Especifico de Organización de la Dirección de Servicios de Salud.
- Guía para la Elaboración de los Manuales de Procedimientos de la Contraloría General (B.O.G.E. No. 17 19/04/2019).

VI. Glosario

Acuerdo por el que se crea la Comisión Permanente de Enfermería.- Documento oficial emitido por Acuerdo Secretarial con fundamento en lo dispuesto en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Análisis: Método que consiste en separar las diversas partes integrantes de un todo, con el fin de estudiar en forma independiente cada una de ellas, así como las diversas elaciones que existen entre las mismas.

Calidad: Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa o servicio, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. Conjunto de características, atributos y especificaciones que poseen los bienes o servicios que permiten su clasificación en categorías relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas del cliente/usuario. En salud, se refiere al grado en que se logran los máximos beneficios, con los mínimos riesgos y costos de acuerdo con los recursos disponibles y criterios aceptables para la comunidad.

Capacitación: Es una serie de actividades de enseñanza – aprendizaje, determinadas para aplicar los Lineamiento Operativos del Sistema de Monitoreo.

CENAPRECE: Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.

CETS: Centro Estatal de Transfusión sanguínea.

CEVE: Comité Estatal para la Vigilancia Epidemiológica.

CNEGSR: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

COJUVE: Comité Jurisdiccional para la Vigilancia Epidemiológica.

Comisiones/Comités: Cuerpos colegiados creados con el propósito de formalizar las interrelaciones entre las distintas unidades, entre las distintas instituciones y entre dependencias e instituciones que las integran, para el desahogo de temas de carácter permanente y común entre ellas y para la adecuada toma de decisiones en la materia de su competencia.

CoNaVE: Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica.

Control: Proceso cuyo objetivo es la detección de logros y desviaciones para evaluar la ejecución de programas y acciones y aplicar las medidas correctivas necesarias.

Coordinación: Proceso de interacción ordenada, armónica y funcional, entre dos o más elementos de un sistema para el logro de un objetivo común con un máximo de eficiencia.

Grupos Técnico: conjunto de personas con experiencia y preparación alineada para la revisión y análisis de la propuesta de labores.

DGIS: Dirección General de Información en Salud.

Enfermedades no transmisibles: Morbilidad materna Severa (SIVEMMS), Defectos del Tubo Neural (DTN), Temperaturas Naturales Extremas (TNE), Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación (ESAVI).

Enfermedades transmisibles: Enfermedad Febril Exantemática (EFE), Parálisis Flácida Aguda (PFA), Síndrome Coqueluchoide/Tos Ferina, Tétanos y Tétanos Neonatal (TT/TNN), Enfermedades Inflamatorias del Sistema Nervioso Central, Influenza (SISVER), Dengue, Fiebre de Chikungunya, Enfermedad por Virus del Zika, Paludismo, Rickettsiosis, Infección Asintomática por Virus de la Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (VIH/ SIDA), Cólera, Enfermedad Diarreica Aguda (NUTRAVE/ Cólera), Brucelosis, Sífilis Congénita, Tuberculosis.

Equipo interdisciplinario: Grupo de profesionales expertos en los temas a tratar de diferentes instituciones involucradas en temas específicos.

Equipo Multidisciplinario: Grupo de profesionales expertos en los temas a tratar de diferentes disciplinas y profesiones.

Formato Suive 1: Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades.

Formato Suive 2: Estudio Epidemiológico.

Formato Suive 3: Estudio de brote

Grupos Técnico: conjunto de personas con experiencia y preparación alineada

Institución educativa: Es la organización perteneciente al Sistema Educativo Nacional que cuente con programas y planes de estudio en enfermería

Información: Hechos o ideas adquiridos por un individuo o grupo de individuos de cualquier modo como la observación, la experimentación, la lectura, la instrucción y que consta de una cantidad determinada de datos, noticias, documentos y hechos científicos de cuyo análisis y comprensión se forma un criterio a seguir.

Informe: Documentar el análisis de mediciones realizadas así como las conclusiones y acuerdos a los que se llegaron.

Instrumento Normativo: Documento de carácter legal que puede ser de aplicación y observancia voluntaria u obligatoria como norma oficial mexicana, reglamento, manual, lineamiento.

LESP: Laboratorio Estatal de Salud Pública.

Mejora Continua de la Calidad de la Atención de Enfermería: Conjunto de estrategias realizadas en forma constante, sistemática y procesal, con el propósito de incrementar la calidad y la eficiencia en la prestación de la atención de enfermería.

Minuta de la Sesión. Relatoría escrita de los asuntos acuerdos y compromisos de una reunión de trabajo.

Norma Oficial Mexicana (NOM): Documento legal de aplicación y observancia obligatoria a nivel federal, por las partes que en ella se incluye.

OPS: Organización Panamericana de la Salud

Plan de estudio: Es el documento que describe la estructura y organización del conjunto de contenidos identificados como necesarios y suficientes para lograr determinados objetivos curriculares agrupados en asignaturas, seminarios, módulos, prácticas, actividades de enseñanza y de aprendizaje de una profesión e incluye la fundamentación filosófico-política de la profesión, objetivos, contenido, duración, dedicación, lineamientos de evaluación, método teórico, acreditación y requisitos de graduación.

Programa educativo: Es el conjunto estructurado de elementos que interactúan entre sí con el objetivo de formar profesionales con el perfil establecido. Consiste en: profesores, alumnos, infraestructura, plan de estudio, actividades académicas, resultados y procesos administrativos, entre otros; de manera que implica el sistema y distribución de las materias de un curso o asignatura como proyecto ordenado de actividades de enseñanza y aprendizaje, que forman y publican los profesores encargados de explicarlas.

Sesión: Actividad que se realiza de manera conjunta y programada por el cuerpo colegiado para desahogo de temas de carácter permanente desarrollar anteproyectos y proyectos de instrumentos normativos.

Servicios de Atención Médica: el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

SIS: Sistema de Información en Salud.

Sistema de información: Conjunto de componentes informáticos que permiten a los usuarios, capturar y procesar información mediante pantallas de computadora de fácil acceso por Internet y con una forma de uso sencilla e intuitiva.

SNVACyF Semana Nacional de Vacunación Antirrábica Canina y Felina.

SUAVE: Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica.

SUIVE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica.

UIEBs: Unidad de Investigación Entomológica y Bioensayo.

Validación: Demostración experimental de que la versión final de un documento o programa, logra sus objetivos.

DOCUMENTO ELABORADO Y VALIDADO POR:



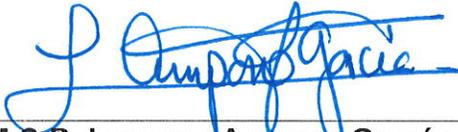
Mtra. Reyna Margarita Aguilar Covarrubias
Jefa Estatal de Enfermería



T.S. María Elena Salgado Jiménez
Jefa Estatal de Trabajo Social



Dr. Manuel Miguel Romero Calderón
Subdirector de Epidemiología



M.S.P. Lorenza Amparo García Quiroz
Subdirectora de Servicios de Salud a la
Comunidad



Dra. Ángela Alonso Cano
Subdirectora de Salud Reproductiva y Equidad
de Género



Dr. Arturo Puppo Castro
Subdirector de Atención Médica Ambulatoria



Dr. Juan José Molina Barraza
Subdirector de Atención Hospitalaria y de
Especialidad