

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	1 de 673

MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DEL OPD. INSTITUTO JALISCIENSE DE CANCEROLOGÍA

TOMO I

Capítulo I, Sección única: Aspectos generales de la Institución

Capítulo II

Sección I: Despacho del Director General

Sección II: Dirección Médica

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	2 de 673

Contenido

Introducción	5
Capítulo I, Sección única: Aspectos generales del OPD. Instituto Jalisciense de Cancerología	7
1. Organigrama general del OPD. Instituto Jalisciense de Cancerología	8
Suplencias.....	9
2. Arquitectura de procesos de la Institución	10
Relación de los Procesos sustantivos y las Tecnologías de la Información y Comunicación.....	12
3. Descripción de los Macro-procesos.....	13
1. Dirección.....	13
2. Diagnóstico de Cáncer	14
3. Tratamiento integral para el cáncer.	15
4. Soporte y rehabilitación para el cáncer	16
5. Enseñanza, capacitación e investigación	17
6. Administración eficiente de los recursos.....	19
7. Asuntos Jurídicos	20
4. Indicadores de la Institución	22
Capítulo II	23
Sección I: Despacho del director general	23
1. Organigrama.....	24
2. Descripción de las unidades administrativas	26

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	3 de 673

Despacho del director general	26
3. Inventario y descripción de los procedimientos	28
Descripción de los procedimientos.....	33
<i>Procedimiento para la Implementación del Sistema Unificado de Gestión (SUG) Atención y Orientación al usuario de los servicios de salud.....</i>	67
<i>Modelado del Procedimiento para la Implementación del Sistema Unificado de Gestión (SUG) Atención y Orientación al usuario de los servicios de salud.....</i>	68
<i>Narrativa del Procedimiento para la Implementación del Sistema Unificado de Gestión (SUG) Atención y Orientación al usuario de los servicios de salud.</i>	69
<i>Procedimiento para Invitación e instalación del aval ciudadano</i>	71
<i>Modelado del Procedimiento para Invitación e instalación del aval ciudadano</i>	72
<i>Narrativa del Procedimiento para Invitación e instalación del aval ciudadano</i>	73
Procedimiento para la Participación Activa del Aval Ciudadano en el Instituto	75
<i>Procedimiento para la Implementación del Sistema INDICAS en el Instituto.....</i>	78
<i>Procedimiento para la Implementación del Sistema MECIC en el Instituto</i>	81
<i>Procedimiento para Auditorías de Cumplimiento</i>	85
<i>Procedimiento de Implementación del Sistema de Encuestas de Satisfacción de Trato Adecuado y Digno (SESTAD)</i>	89
<i>Modelado del Procedimiento para Implementación del Sistema de Encuestas de Satisfacción de Trato Adecuado y Digno (SESTAD).....</i>	90
<i>Procedimiento de Ejecución de auditoría</i>	94
<i>Procedimiento de Inconformidad</i>	101
<i>Procedimiento de Conciliación</i>	105
<i>Procedimiento de Denuncias.....</i>	108
<i>Procedimiento de Asesoramiento y Asistimiento al ciudadano</i>	112
<i>Procedimiento de Actualización de la información pública fundamental.....</i>	115

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	4 de 673

<i>Procedimiento de Solicitudes de ejercicio de derechos de ARCO</i>	118
<i>Procedimiento de Informe estadístico SIRES</i>	123
<i>Procedimiento de Solicitud de Acceso a la Información Pública</i>	126
<i>Procedimiento de Clasificación de información y protección de información confidencial</i>	130
4. Elaboración y autorización de la sección	134
Capítulo II	135
Sección II: Dirección médica	135
1. Organigrama	136
136	
2. Descripción de las unidades administrativas	138
Dirección Médica	138
3. Inventario y descripción de los procedimientos	146
Inventario de procedimientos	146
Descripción de los procedimientos	165
4. Elaboración y autorización de la sección	673

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	5 de 673

Introducción

Los Manuales de Organización y Procedimientos (MOP) son instrumentos administrativos esenciales para la gestión pública porque hacen visible la operación de las entidades gubernamentales, y porque hacen evidente la conexión de su estructura organizacional con sus usuarios internos y externos, a través de las atribuciones que generan procesos, procedimientos y actividades específicas. Estos manuales son resultado de un exhaustivo trabajo de investigación, recopilación, análisis, sistematización y validación -- individual y colectiva-- de la información que permite formalizar las prácticas administrativas de las dependencias y organismos públicos.

Desde el punto de vista organizacional, la elaboración de estos manuales supone un ejercicio de simplificación de los procesos administrativos que debe hacer más ágil y esbelta la operación de las organizaciones. Los MOP deben facilitar a los usuarios, internos y externos, entender el diario accionar de la administración pública estatal e inscriben a las entidades públicas en la ruta del aprendizaje organizacional. Desde el punto de vista legal, los MOP están destinados a llenar el vacío normativo que existe entre las definiciones que se establecen en los Reglamentos Internos y la generación de actos administrativamente válidos.

En efecto, los reglamentos internos prescriben la organización y las acciones que las distintas unidades administrativas deben de realizar para que la dependencia u organismo público cumpla con las atribuciones que establece la LOPEEJ. Esta organización y distribución de responsabilidades se hace desde el punto de vista del deber ser y no tiene en cuenta las exigencias cotidianas de coordinación y cooperación entre unidades administrativas y dependencias, para la generación de actos administrativos válidos. Los MOP no prescriben acciones, sino que describen la operación regular de las dependencias y organismos públicos. En otras palabras, los MOP describen las prácticas administrativas de los organismos y formalizan la operación de los mismos. Esta formalización permite identificar con claridad los medios que utilizan los funcionarios y servidores públicos al ejercer sus atribuciones y las responsabilidades de su cargo.

Por esta razón, los MOP son un documento administrativo resultado de un proceso de definiciones internas que establece un marco de referencia para que cada uno de los funcionarios y servidores públicos puedan entender las exigencias legales, administrativas y operativas del cargo que desempeñan. El MOP establece una distribución vertical de responsabilidades, a lo largo de la cadena de mando, y horizontal, entre las unidades administrativas para facilitar la supervisión jerárquica, así como la coordinación y la cooperación tanto entre unidades administrativas entre sí, como entre las entidades públicas. Al mismo tiempo, este manual permite a los funcionarios y servidores públicos determinar su rol y el alcance de su participación en los procedimientos de sus unidades, así como en los procesos de su institución.

En este orden de ideas, el MOP se expide con fundamento en lo dispuesto por la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Jalisco en los artículos: 5, numeral 1, fracción XII; 13, numeral 1 fracción X; 14, numeral 4; 15, numeral 1, fracción VIII y IX; y 19, numeral 1, fracción XV.

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	6 de 673

Asimismo, el MOP está compuesto de dos capítulos, el Capítulo I compuesto de una única sección que presenta las generalidades del OPD. Instituto Jalisciense de Cancerología y el Capítulo II compuesto de cinco secciones: Despacho de Dirección General, Dirección Médica, Dirección de Desarrollo Institucional, Dirección de Administración y Dirección de Asuntos Jurídicos—una por cada unidad administrativa — que cumple con una doble exigencia. Por una parte, se establecen las características y actividades que realiza la Institución tanto para garantizar el cumplimiento del Propósito para el que fue creada, como para coordinar a las distintas unidades administrativas que la conforman, estableciendo su contribución específica al cumplimiento de las atribuciones, objetivos y compromisos de la Institución. Se espera que el trabajo de organización y coordinación que llevó a la formalización de este manual contribuya a la gestión regular de los procesos y servicios de la Institución.

En particular, el presente documento integra los siguientes elementos:

- El organigrama que soporta la gestión de los procedimientos asociados a los procesos de la Institución, así como la relación entre las unidades administrativas y las instancias públicas responsables de vigilar el cumplimiento de la Ley correspondiente.
- La representación y la explicación de los Macro-Procesos de: Dirección; Diagnóstico de cáncer; Tratamiento integral para el cáncer; Soporte y rehabilitación para el cáncer; Enseñanza, capacitación e investigación; Administración eficiente de los recursos; y, Asuntos Jurídicos.
- La representación de los procesos sustantivos.
- Los modelados, y la descripción narrativa de los procedimientos, así como las fichas de los servicios que se derivan de las obligaciones establecidas en el Decreto de Creación, en el Reglamento Interno y en los Perfiles de Puesto del Instituto Jalisciense de Cancerología.
- Los indicadores que permiten medir la operación de los procesos y procedimientos, así como el cumplimiento de los objetivos establecidos en los instrumentos de planeación correspondientes.

La integración de estos elementos en el MOP debe permitir a sus usuarios tener una vista global de los macro-procesos de la Institución y, al mismo tiempo, detallar la contribución específica de cada una de sus unidades administrativas. Debe, igualmente, establecer con claridad el esquema organizativo que soporta la gestión de los macro-procesos de la Institución, y por último, facilitar la identificación de las actividades que realiza cada funcionario y servidor público para satisfacer las distintas modalidades que tiene el quehacer diario de la Organización.



Jalisco

Gobierno del Estado de Jalisco

Manual de Organización y Procedimientos
OPD. Instituto Jalisciense de Cancerología
Tomo I

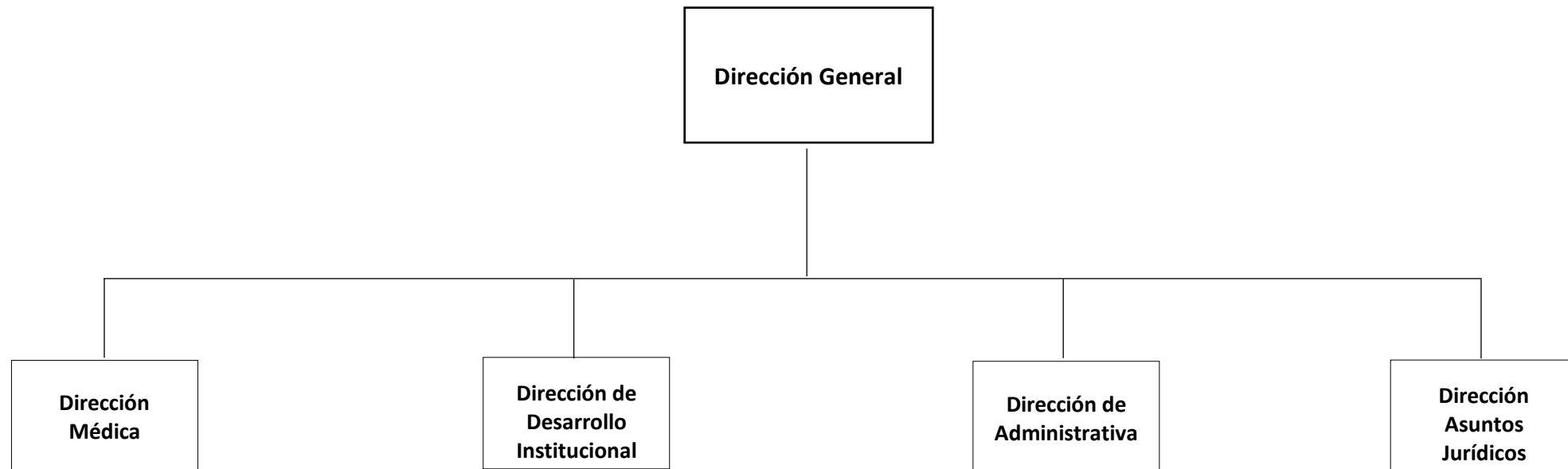
Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	7 de 673

Manual de Organización y Procedimientos

Capítulo I, Sección única: Aspectos generales del OPD. Instituto Jalisciense de Cancerología

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	8 de 673

1. Organigrama general del OPD. Instituto Jalisciense de Cancerología



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	9 de 673

El organigrama oficial del OPD. Instituto Jalisciense de Cancerología permite mostrar las relaciones jerárquicas existentes entre las áreas que intervienen en la(s) funciones principales de la organización.

El organigrama, que es una representación estática de la organización pública, se pone en marcha gracias a la ejecución de actividades específicas que forman parte de procesos y procedimientos legales, cuya consecución produce actos administrativos válidos.

Suplencias

De acuerdo a lo establecido en los artículos 41, 42, 43, 44 y 45 del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología, durante las ausencias temporales del Director General, el despacho y resolución de los asuntos correspondientes a sus funciones quedará a cargo de los Directores de las Unidades Administrativas del Organismo, en el orden siguiente; o bien, por la que designe la persona titular de la Dirección General mediante acuerdo que deberá ser publicado previamente en el Periódico Oficial “El Estado de Jalisco”:

- I. Dirección Médica;
- II. Dirección de Desarrollo Institucional;
- III. Dirección Administrativa; y
- IV. Dirección de Asuntos Jurídicos;

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	10 de 673

A continuación, se presenta la Arquitectura de Procesos, representación gráfica que integra el entorno en el que se desenvuelve la Institución, los procesos que desarrolla, las relaciones que se establecen entre éstos y sus usuarios, proveedores, así como los sistemas de información y comunicación, implementados para dar soporte a la operación diaria.

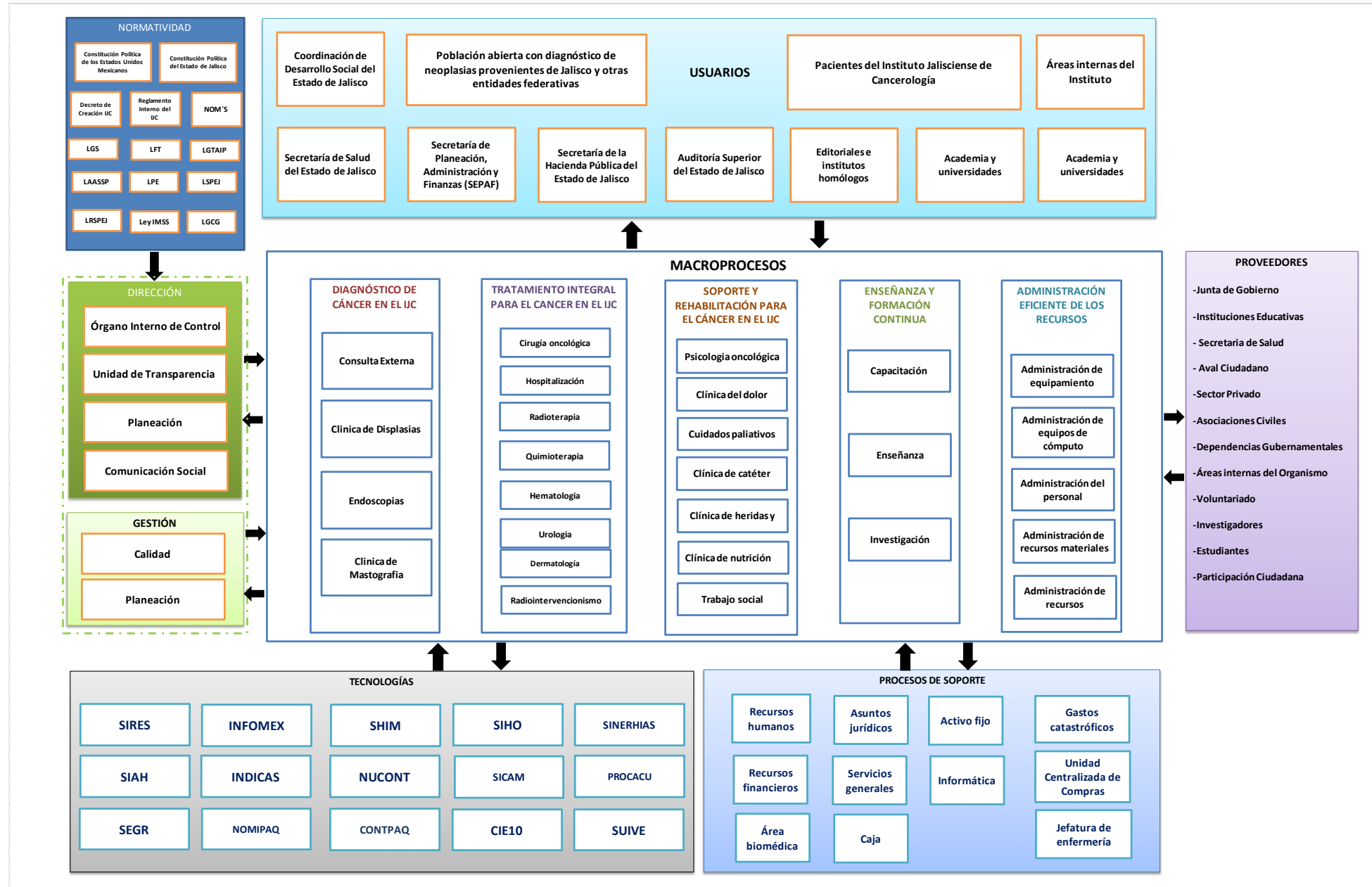
2. Arquitectura de procesos de la Institución

La arquitectura de procesos, representa una visión sistémica de la Institución con base en sus procesos sustantivos, así como los procesos directivos, de gestión y de soporte, al tiempo que hace explícita su relación con el entorno económico, social y político, con el contexto normativo y regulatorio, con asociados y colaboradores y con sus usuarios y proveedores. El propósito de esta vista consiste en mostrar los elementos que interactúan de forma dinámica, participando en los distintos trámites y servicios que día a día realiza la institución.

(Ver imagen en la página siguiente).



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	11 de 673



Relación de los Procesos sustantivos y las Tecnologías de la Información y Comunicación

Los procesos sustantivos que cuentan con alguna solución en materia de tecnología de la información y comunicación son:

Proceso Sustantivo	Solución TIC	Áreas usuarias de la TIC	
Diagnóstico de cáncer	SIHO CIE10 SAE SICAM PROCACU SUIVE SHIM	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta externa especializada • Clínica de mastografía 	<ul style="list-style-type: none"> • Endoscopias • Clínica de displasias
Tratamiento integral para el cáncer	SIHO CIE10 SAE SICAM PROCACU SUIVE SHIM	<ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia • Quimioterapia • Cirugía oncológica • Urología 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización • Hematología • Radiología intervencionista • Dermatología
Soporte y rehabilitación para el cáncer	SIHO CIE10 SAE SICAM PROCACU SUIVE SHIM	<ul style="list-style-type: none"> • Departamento de psicología oncológica • Departamento de trabajo social • Departamento de nutrición 	<ul style="list-style-type: none"> • Clínica de catéter • Clínica de heridas y estomas • Clínica del dolor • Cuidados paliativos
Enseñanza y formación continua	SINERHIAS SEGR	<ul style="list-style-type: none"> • Departamento de investigación • Departamento de enseñanza y capacitación 	
Administración eficiente de los recursos	CONTPAQ i SEGR SOS SIAH INDICAS NUCONT NOMIPAQ SIREs SINERHIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad centralizada de compras • Informática • Recursos humanos • Recursos financieros • Archivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Biomedicina • Almacén y farmacia • Servicios generales • Activo fijo

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	13 de 673

3. Descripción de los Macro-procesos

Se ha presentado el organigrama que expresa las relaciones jerárquicas de la organización desde una perspectiva estática, la arquitectura de procesos es el diseño de la estructura de un modelo de macroprocesos los cuales se componen de procesos sustantivos y sus interdependencias entre ellos, con sus usuarios y proveedores, refleja las atribuciones de la Institución y se ubica en el nivel estratégico.

A continuación, se describen los macro-procesos, se listan y representan los procesos que los conforman, así como las instancias que tiene bajo su responsabilidad el adecuado funcionamiento de éstos y de sus servicios derivados.

1. Dirección

El macro-proceso de Dirección cumple las obligaciones que se derivan de las establecidas en el Decreto de Creación del Instituto Jalisciense de Cancerología en su artículo 02, fracciones I, II, III, IX, X, X y XIV, y tiene como propósitos:

- Coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Estatal de Salud, contribuyendo al cumplimiento del derecho a la protección de la salud, en la especialidad de las neoplasias.
- Apoyar la ejecución de los programas sectoriales de salud, en el ámbito de sus atribuciones.
- Prestar servicios de salud en materia de atención médica en aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación, en el ámbito de su especialidad.
- Asesorar y rendir opiniones a la Secretaría de Salud y Bienestar Social, así como a las demás instituciones y organismos en la materia, referente a la especialidad del Instituto.
- Actuar como órgano de consulta de las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal y Municipal, en su área de especialización, y asesorar a instituciones sociales y privadas en la materia.
- Prestar los demás servicios y realizar las actividades necesarias para el cumplimiento de su objeto, conforme a este ordenamiento.

Y en el Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología, en los artículos 14, 15 y 16 fracción I, II, III, IV, VII, IX, XIV, XVIII que fundamentan lo siguiente:

- El estudio, planeación, trámite y despacho de los asuntos competencia del Organismo, así como su representación legal, corresponden originalmente a la persona titular de la Dirección General, quien, para su mejor atención y despacho, podrá delegar sus atribuciones en personal subalterno, sin perder por ello la posibilidad de su ejercicio directo, excepto aquéllas que, por disposición de ley, deba ejercer en forma directa la persona titular de la Dirección General.
- Planear, organizar, supervisar, administrar, coordinar y evaluar el desarrollo de las actividades de atención médica, de enseñanza, capacitación e investigación del Organismo.
- Coordinar la elaboración de los anteproyectos de presupuesto, el Plan Institucional, los planes de trabajo y los Programas Presupuestarios del Organismo.
- Expedir los nombramientos del personal del Organismo.

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	14 de 673

- Proponer a la Junta de Gobierno los asuntos y documentos que necesiten ser autorizados.
- Supervisar las actividades del personal médico y administrativo para verificar la calidad de la atención a la población, y tomar las acciones correspondientes para eficientizar la operación del Organismo.
- Planear, organizar, supervisar y evaluar las actividades de las Unidades Administrativas.
- Suscribir, en representación del Organismo, convenios y acuerdos con instancias federales, estatales y municipales, así como con los sectores privado y social en el ámbito de sus atribuciones.
- Aprobar la organización y funcionamiento del Organismo, así como los manuales administrativos, en coordinación con la Unidad Administrativa correspondiente.

Los procesos asociados al macro-proceso de **Dirección** son:

Proceso sustantivo	Área(s) responsable(s)
Órgano Interno de Control	Dirección General
Planeación	Dirección General
Calidad	Dirección General
Comunicación social	Dirección General
Unidad de Transparencia	Dirección General

2. Diagnóstico de Cáncer

El macro-proceso de **Diagnóstico de Cáncer** cumple las obligaciones que se derivan de las establecidas el Decreto de Creación del Instituto Jalisciense de Cancerología en su artículo 02, fracciones III, IV y XV, que al calce dice:

- Prestar servicios de salud en materia de atención médica en aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación, en el ámbito de su especialidad.
- Proporcionar consulta externa y atención hospitalaria a la población que lo requiera, de acuerdo con sus objetivos y capacidad de las instalaciones que para el objeto disponga. Dicha atención será gratuita; pero, tomando en cuenta las condiciones socio-económicas de los usuarios, se fijarán cuotas de recuperación acordes con el estudio correspondiente.
- Participar en los programas tanto federales como estatales para el establecimiento de módulos regionales y locales de atención oncológica en el país y en el Estado.

Y en el Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología artículos 19 fracción II, IV, V:

- Vigilar, y controlar la adecuada prestación de la atención médica oncológica a los pacientes del Organismo.
- Coordinar y evaluar sistémicamente los procedimientos para la prestación de servicios de atención médica oncológica bajo su responsabilidad.
- Establecer criterios para la realización de los procesos médico- estadísticos, procurando la correcta prestación de la atención médica oncológica por parte de las áreas correspondientes.

Los procesos asociados al macro-proceso de **Diagnóstico de cáncer** son:

Proceso sustantivo	Área(s) responsable(s)
Consulta externa especializada	Dirección Médica
Detección mamaria	Dirección Médica
Admisión continua	Dirección Médica
Endoscopias	Dirección Médica
Displasias	Dirección Médica
Oncología médica	Dirección Médica

3. Tratamiento integral para el cáncer.

El macro-proceso de **Tratamiento integral para el cáncer** del paciente con neoplasias cumple las obligaciones que se derivan de las establecidas en el Decreto de Creación del Instituto Jalisciense de Cancerología en su artículo 02, fracciones III, IV y XV, que al calce dice:

- Prestar servicios de salud en materia de atención médica en aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación, en el ámbito de su especialidad.
- Proporcionar consulta externa y atención hospitalaria a la población que lo requiera, de acuerdo con sus objetivos y capacidad de las instalaciones que para el objeto disponga. Dicha atención será gratuita; pero, tomando en cuenta las condiciones socio-económicas de los usuarios, se fijarán cuotas de recuperación acordes con el estudio correspondiente.
- Participar en los programas tanto federales como estatales para el establecimiento de módulos regionales y locales de atención oncológica en el país y en el Estado.

Y en el Reglamento Interior del Instituto Jalisciense de Cancerología artículos 20 fracción I y II. Y tiene por propósitos:

- Vigilar, y controlar la adecuada prestación de la atención médica oncológica a los pacientes del Organismo.
- Coordinar y evaluar sistémicamente los procedimientos para la prestación de servicios de atención médica oncológica bajo su responsabilidad.
- Establecer criterios para la realización de los procesos médico- estadísticos, procurando la correcta prestación de la atención médica oncológica por parte de las áreas correspondientes.

Los procesos asociados al macro-proceso de **Tratamiento integral para el cáncer** son:

Proceso sustantivo	Área(s) responsable(s)
Cirugía oncológica	Dirección Médica
Radioterapia	Dirección Médica
Quimioterapia	Dirección Médica
Hematología	Dirección Médica
Hospitalización	Dirección Médica
Urología	Dirección Médica
Radiología intervencionista	Dirección Médica
Dermatología	Dirección Médica

4. Soporte y rehabilitación para el cáncer

El macro-proceso de **Soporte y rehabilitación para el cáncer** cumple las obligaciones que se derivan de las establecidas en el Decreto de Creación del Instituto Jalisciense de Cancerología en su artículo 02, fracciones III, IV y XV, que al calce dice:

- Prestar servicios de salud en materia de atención médica en aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación, en el ámbito de su especialidad.
- Proporcionar consulta externa y atención hospitalaria a la población que lo requiera, de acuerdo con sus objetivos y capacidad de las instalaciones que para el objeto disponga. Dicha atención será gratuita; pero, tomando en cuenta las condiciones socio-económicas de los usuarios, se fijarán cuotas de recuperación acordes con el estudio correspondiente.
- Participar en los programas tanto federales como estatales para el establecimiento de módulos regionales y locales de atención oncológica en el país y en el Estado.

Y en el Reglamento Interior del Instituto Jalisciense de Cancerología artículos 20 fracción I y II. Y tiene por propósitos:

- Vigilar, y controlar la adecuada prestación de la atención médica oncológica a los pacientes del Organismo.
- Coordinar y evaluar sistémicamente los procedimientos para la prestación de servicios de atención médica oncológica bajo su responsabilidad.
- Establecer criterios para la realización de los procesos médico- estadísticos, procurando la correcta prestación de la atención médica oncológica por parte de las áreas correspondientes.

Los procesos asociados al macro-proceso de **Soporte y rehabilitación para el cáncer** son:

Proceso sustantivo	Área(s) responsable(s)
Clínica del dolor	Dirección Médica
Cuidados paliativos	Dirección Médica
Clínica de heridas y estomas	Dirección Médica
Trabajo social	Dirección Médica
Psicología oncológica	Dirección Médica
Nutrición oncológica	Dirección Médica
Clínica de catéter	Dirección Médica

5. Enseñanza, capacitación e investigación

El macro-proceso de **enseñanza, capacitación e investigación** cumple las obligaciones que se derivan de las establecidas el Decreto de Creación del Instituto Jalisciense de Cancerología en su artículo 02, fracciones VI, VII, VIII, XI, XII y XIV, que al calce dice:

- Realizar estudios e investigaciones clínicas y experimentales en el campo de las neoplasias, con apego a las Leyes General y Estatal de Salud, y demás disposiciones aplicables, para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- Difundir información técnica y científica sobre los avances que, en materia de su competencia se registren, siempre que dicha difusión haya sido autorizada por el Consejo Técnico Consultivo; asimismo, publicar los resultados de las investigaciones y trabajos que el personal del Instituto lleve a cabo, debiendo dichos trabajos constituir una respuesta a necesidades locales o regionales y sus resultados o aportaciones, ser patrimonio del Instituto;
- Promover y realizar reuniones y eventos de carácter científico a nivel tanto estatal como nacional; así como suscribir convenios de intercambio con instituciones afines.

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	18 de 673

- Formar recursos humanos especializados para la atención de enfermos con neoplasias, y desarrollar actividades que les sean afines de conformidad con las disposiciones aplicables y los requerimientos del Estado; para ello consignará, si sus órganos de gobierno lo autorizan, convenios con instituciones educativas, científicas o de investigación, tanto locales, nacionales e internacionales, para la realización de cursos de capacitación, de enseñanza, de investigación o especialización del personal, que la realización de sus programas demanden.
- Otorgar diplomas y reconocimientos de estudios, de conformidad con los convenios que al efecto se suscriban.
- Prestar los demás servicios y realizar las actividades necesarias para el cumplimiento de su objeto, conforme a este ordenamiento.

Y en el Reglamento Interior del Instituto Jalisciense de Cancerología en el artículo 20 fracción I, II, IV, V, VII; artículo 21; artículo 22 fracción I, III y V; y. tiene por propósitos:

- Observar, difundir y vigilar la aplicación de las normas técnicas y administrativas en materia de enseñanza, capacitación e investigación en el área oncológica, que se deriven de la legislación federal y estatal vigente.
- Elaborar anualmente un Plan General de Trabajo que contemple aspectos de enseñanza, capacitación e investigación; mismo que será presentado al director general para que lo someta a aprobación de la Junta de Gobierno, previo a su aplicación en las unidades administrativas del Organismo.
- Vigilar el cumplimiento de la normatividad para la utilización de campos clínicos al interior del Organismo.
- Promover la divulgación de trabajos científicos realizados entre el Organismo y la comunidad científica nacional e internacional.
- Realizar la planeación y programación de las actividades científicas, clínicas y culturales de las unidades administrativas del Organismo.
- Organizar cursos de actualización permanente, sobre todo en el campo médico-asistencial, dirigidos al personal del Organismo.
- La capacitación que imparta la Dirección de Desarrollo Institucional, a través del Plan general de Trabajo del Organismo, deberá abarcar las siguientes modalidades: I. Capacitación para la inducción, II. Capacitación para el desempeño, III. Capacitación para el Desarrollo.
- Promover entre los servidores públicos del Organismo, la realización de los trabajos de divulgación en el campo de la oncología.
- Establecer los mecanismos para el desarrollo de investigaciones conjuntas entre el Organismo, las diversas universidades locales, nacionales e internacionales y la Secretaría de Salud.
- Promover la colaboración con Empresas privadas en relación con la investigación científica siempre y cuando se mantenga la confidencialidad de los datos sensibles y el apego al objeto social del Organismo y a la normatividad estatal y federal aplicable.

Los procesos asociados al macro-proceso de **enseñanza, capacitación e investigación** son:

Proceso sustantivo	Área(s) responsable(s)
Investigación	Dirección de Desarrollo Institucional

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	19 de 673

Enseñanza	Dirección de Desarrollo Institucional
Capacitación	Dirección de Desarrollo Institucional

6. Administración eficiente de los recursos

El macro-proceso de **administración eficiente de los recursos** cumple las obligaciones que se derivan de las establecidas el Decreto de Creación del Instituto Jalisciense de Cancerología en su artículo 02, fracciones I, IX, X y XV, que al calce dice:

- Coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Estatal de Salud, contribuyendo al cumplimiento del derecho a la protección de la salud, en la especialidad de las neoplasias.
- Asesorar y rendir opiniones a la Secretaría de Salud y Bienestar Social, así como a las demás Instituciones y organismos en la materia, referente a la especialidad del Instituto.
- Actuar como órgano de consulta de las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal y Municipal en su área de especialización, y asesorar a Instituciones sociales y privadas en la materia.
- Prestar los demás servicios y realizar las actividades necesarias para el cumplimiento de su objeto, conforme a este ordenamiento.

Y en el Reglamento Interior del Instituto Jalisciense de Cancerología en el artículo 23 fracción III, VI, VII, VIII, IX y XI, que al calce dice:

- Proveer y administrar el recurso humano del Organismo proporcionando prestaciones, seguridad social y remuneraciones, así como coordinar las relaciones laborales de los servidores públicos y sus sindicatos, de conformidad con la normatividad aplicable.
- Organizar, dirigir y ejecutar los procedimientos para la adquisición, enajenación y contratación de bienes y servicios, y verificar su debido cumplimiento conforme a la normatividad aplicable.
- Recibir, resguardar y custodiar los bienes, fianzas, cheques o cualquier otro valor consignado a favor del Organismo, debiendo dejar constancia de ello previa validación.
- Organizar, dirigir y controlar el uso y mantenimiento de los bienes muebles, centros de servicio, así como del parque vehicular.
- Administrar el almacén de consumibles y proveer de los servicios básicos que permitan el adecuado funcionamiento y operación del Organismo.
- Formular y proponer a la Dirección General el Programa Anual de Adquisiciones, así como la actualización de precios en la celebración de contratos y convenios en beneficio del Organismo, de conformidad con los estudios de mercado proporcionados por las Unidades Administrativas requirentes y con apego a la normatividad aplicable.

Los procesos asociados al macro-proceso de **administración eficiente de los recursos** son:

Proceso sustantivo	Área(s) responsable(s)
Unidad Centralizada de Compras	Dirección Administrativa
Informática	Dirección Administrativa
Recursos Humanos	Dirección Administrativa
Recursos Financieros	Dirección Administrativa
Servicios Generales	Dirección Administrativa
Activo fijo	Dirección Administrativa
Biomédica	Dirección Administrativa
Almacén y farmacia	Dirección Administrativa

7. Asuntos Jurídicos

El macro-proceso de **Asuntos Jurídicos** cumple las obligaciones que se derivan de las establecidas el Decreto de Creación del Instituto Jalisciense de Cancerología en su artículo 02, fracciones I, IX, X y XV, que al calce dice:

- Coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Estatal de Salud, contribuyendo al cumplimiento del derecho a la protección de la salud, en la especialidad de las neoplasias.
- Asesorar y rendir opiniones a la Secretaría de Salud y Bienestar Social, así como a las demás Instituciones y organismos en la materia, referente a la especialidad del Instituto.
- Actuar como órgano de consulta de las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal y Municipal en su área de especialización, y asesorar a Instituciones sociales y privadas en la materia.
- Prestar los demás servicios y realizar las actividades necesarias para el cumplimiento de su objeto, conforme a este ordenamiento.

Y en el Reglamento Interior del Instituto Jalisciense de Cancerología en el artículo 24 fracción I, II, III, VI y X, que al calce dice:

- Proporcionar asesoría y asistencia jurídica al Organismo, al titular de la Dirección General y a las Unidades Administrativas, en los casos que les sea solicitada su opinión técnica.

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	21 de 673

- Representar legalmente al Organismo y a sus Unidades Administrativas, actuando como Apoderado General para pleitos y cobranzas de este, con todas las facultades generales y especiales que requieran cláusula especial conforme a la Ley [... fracción II].
- Formular denuncias y querellas por hechos u omisiones que puedan constituir delitos en los que el Organismo resulte afectado, así como coadyuvar en los supuestos anteriores con el Ministerio Público.
- Contribuir en la elaboración y/o formulación de anteproyectos y proyectos de leyes, reglamentos, manuales, decretos, acuerdos y circulares, para consideración de la Dirección General.
- Realizar proyectos de contratos y convenios, así como mantener actualizado su registro y cumplimiento, en los que el organismo sea parte con los insumos que aporten las Unidades Administrativas y, en su caso, la Dirección General.

Los procesos asociados al macro-proceso de **Asuntos Jurídicos** son:

Proceso sustantivo	Área(s) responsable(s)
Asesoría y consulta jurídica	Dirección de Asuntos Jurídicos
Formulación de convenios y demandas	Dirección de Asuntos Jurídicos
Contestación de demandas	Dirección de Asuntos Jurídicos

4. Indicadores de la Institución

El MOP se divide secuencialmente en tres grandes partes: en la primera, se expone el organigrama de la institución o de la unidad administrativa y una referencia de los cargos que participan en los procesos. En la segunda parte se presenta un inventario de los procesos o procedimientos, con una descripción gráfica y narrativa. En la tercera parte, se declaran los indicadores para poder medir el desempeño. Esta manera de presentar el esquema de la gestión del MOP en la Dependencia o el Organismo tiene la finalidad de asociar la estructura con las prácticas administrativas y de trabajo para así medir su desempeño.

A continuación, se presenta la tabla de indicadores que están asociados a la Institución y alineados a los resultados comprometidos en algún instrumento de la planeación como con el Plan Estatal de Gobernanza y Desarrollo de Jalisco.

Tipo de Indicador	Nombre	Responsable	Unidad de medida	Frecuencia de actualización	Sentido
Plan Estatal de Gobernanza y Desarrollo Jalisco 2018-2024. Visión 2030, 2da Edición	Porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud.	Coordinación Estratégica de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Jalisco	Porcentaje	Cada dos años	Descendente



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	23 de 673

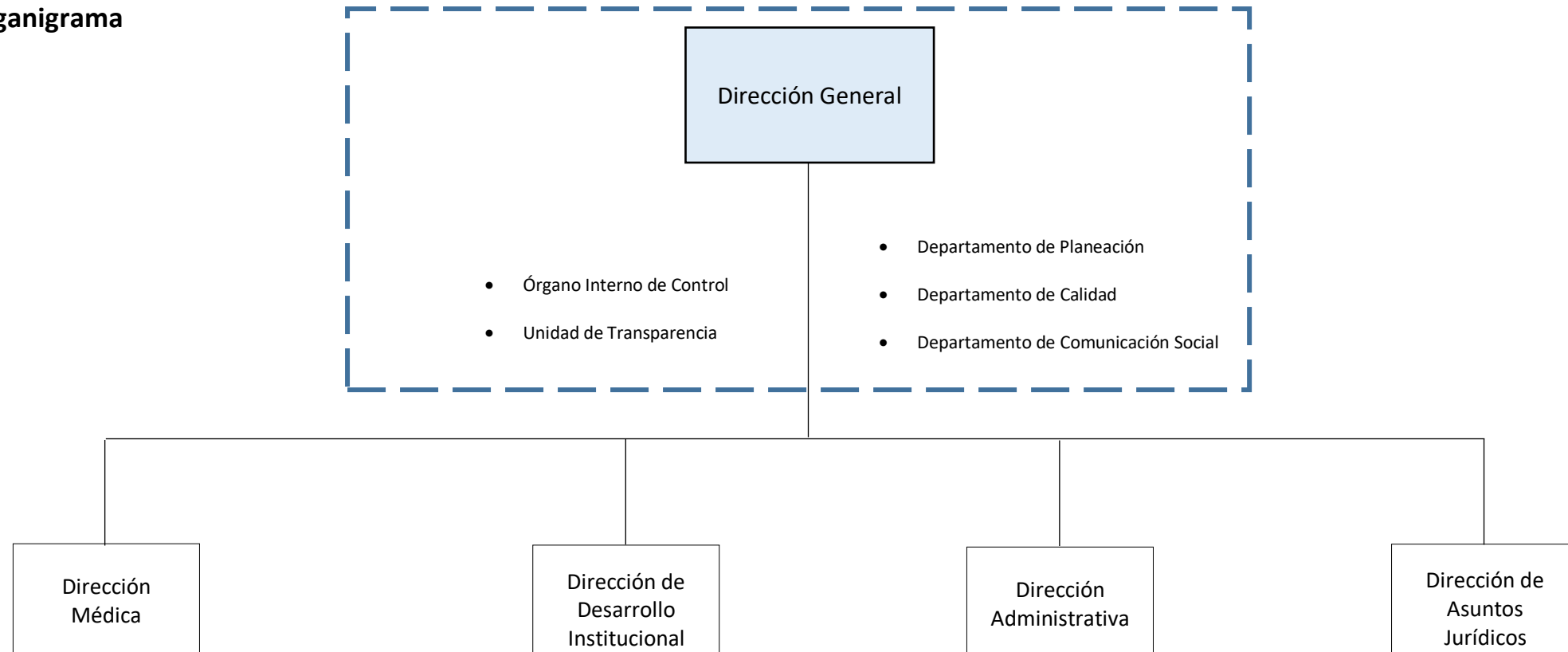
Manual de Organización y Procedimientos

Capítulo II

Sección I: Despacho del director general

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	24 de 673

1. Organigrama



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	25 de 673

El organigrama de la Dirección General permite mostrar las relaciones jerárquicas existentes entre las áreas que intervienen en la(s) funciones principales de la organización.

El organigrama, que es una representación estática de la organización pública, se pone en marcha gracias a la ejecución de actividades específicas que forman parte de procesos y procedimientos legales, cuya consecución produce actos administrativos válidos. Para identificar el alcance de la participación de los funcionarios y servidores públicos en la gestión de las funciones y resultados principales, es necesario establecer con precisión sus responsabilidades funcionales, hacer la narrativa de los procesos y, con fines pedagógicos, hacer su representación gráfica o modelado.

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	26 de 673

2. Descripción de las unidades administrativas

Despacho del director general

Esta unidad administrativa tiene por propósito planear, administrar y dirigir los proyectos y programas del Organismo, así como el presupuesto asignado, con base en la normatividad y lineamientos aplicables, a fin de cumplir con lo establecido tanto en el Decreto de Creación como en el Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología.

Este Despacho se compone de:

Departamento de Planeación

- a) Este Departamento de Planeación tendrá la obligación de apoyar directamente al director general y velar por el cumplimiento del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 15 Fracciones I, II, VI, VII, XVIII.
- b) En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de planeación; a través de la elaboración del Plan Institucional, elaboración y actualización de Manuales de Organización y Procedimientos, Diseño y monitoreo de Matrices de Indicadores para Resultados (MIR), actualización de plataformas CLUES y SINERHIAS y formulación de proyectos institucionales.

Departamento de Calidad

- a) Esta Departamento de Calidad tendrá la obligación de apoyar directamente al director general y velar por el cumplimiento del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 15 Fracciones I, II, VII, XVII y XVIII.
- b) En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de calidad; a través de la Implementación del sistema unificado de gestión (SUG) atención y orientación al usuario de los servicios de salud; Invitación e instalación del Aval Ciudadano en el Instituto; Participación Activa del Aval Ciudadano en el Instituto; Implementación del sistema INDICAS; implementación del Sistema MECIC en el Instituto; y, Auditorias de cumplimiento.

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	27 de 673

Departamento de Comunicación Social

- c) Este Departamento de Comunicación Social tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 15 Fracciones XII y XVII cuando aplique de la citada norma.
- d) En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de comunicación social; a través del proceso de Enlace interinstitucional; Redes sociales; Eventos y entrevistas; Diseño gráfico e imagen institucional; y, Credencialización.

Unidad de Transparencia

- e) Esta Unidad de Transparencia tendrá la obligación de velar por el cumplimiento del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 15 Fracciones XV y XVII cuando aplique de la citada norma.
- f) En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de transparencia y acceso a la información pública; a través del proceso de Asesoramiento y asistimiento al ciudadano; Actualización de la información pública fundamental; Solicitudes de Ejercicio de derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición); Informe estadístico SIREs; Solicitud de Acceso a la Información Pública; y, Clasificación de información y protección de información confidencial.

Órgano Interno de Control (OIC)

- g) Este Órgano Interno de Control tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 15 Fracciones V, VII, X, XVI y XVII cuando aplique de la citada norma.
- h) En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de contraloría interna; a través del proceso de Ejecución de auditoría, Inconformidad, Conciliación y Denuncias.

3. Inventario y descripción de los procedimientos

Se ha presentado el organigrama que expresa las relaciones jerárquicas y funcionales de la organización: ese organigrama se completa con las descripciones de las unidades administrativas.

A continuación, se presenta un listado detallado de los procesos que asocia, al mismo tiempo, la instancia que tiene bajo su adecuado funcionamiento y los servicios derivados de los mismos.

Referencia normativa	Macro proceso	Proceso	Procedimiento	Servicio
LOPEEJ-69-1-LGS-9-DC-2-II-RI-15-II	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Elaboración del Plan institucional	Planeación
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-15-XVIII	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Elaboración y actualización de manuales de organización y procedimientos (MOP)	Planeación
LOPEEJ-69-1-LGS-9-DC-2-II-RI-15-II	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Diseño y monitoreo de Matrices de Indicadores de Resultados	Planeación
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-VI	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Actualización de plataformas (CLUES/SINERHIAS)	Planeación
LOPEEJ-69-1-LGS-9-DC-2-II-RI-15-I	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Formulación de proyectos	Planeación

Referencia normativa	Macro proceso	Proceso	Procedimiento	Servicio
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XII	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Enlace interinstitucional	Comunicación Social
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XII	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Redes sociales	Comunicación Social
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XII	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Eventos y entrevistas	Comunicación Social
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XII	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Diseño gráfico e imagen institucional	Comunicación Social
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XVII	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Credencialización	Comunicación Social
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XVII	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Implementación del sistema unificado de gestión (SUG) atención y orientación al usuario de los servicios de salud	Calidad
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XVII	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Invitación e instalación del Aval Ciudadano en el instituto	Calidad



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	30 de 673

Referencia normativa	Macro proceso	Proceso	Procedimiento	Servicio
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XVII	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Participación Activa del Aval Ciudadano en el Instituto	Calidad
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-I	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Implementación del sistema INDICAS	Calidad
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-VI	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	implementación del Sistema MECIC en el instituto	Calidad
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-I	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Auditorias de cumplimiento	Calidad
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-VI	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Implementación del sistema de encuestas de satisfacción de trato adecuado y digno SESTAD	Calidad
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-15- VII	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Ejecución de Auditoría	Órgano Interno de Control
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-15-XVII	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Inconformidad	Órgano Interno de Control



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	31 de 673

Referencia normativa	Macro proceso	Proceso	Procedimiento	Servicio
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-15-X	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Conciliación	Órgano Interno de Control
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-15-V	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Denuncias	Órgano Interno de Control
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-X	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Asesoramiento y asistimiento al ciudadano	Unidad de Transparencia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XVII	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Actualización de la información pública fundamental	Unidad de Transparencia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XV	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Solicitudes de Ejercicio de derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición)	Unidad de Transparencia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XV	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Informe estadístico SIRES	Unidad de Transparencia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XVII	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Solicitud de Acceso a la Información Pública	Unidad de Transparencia

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	32 de 673

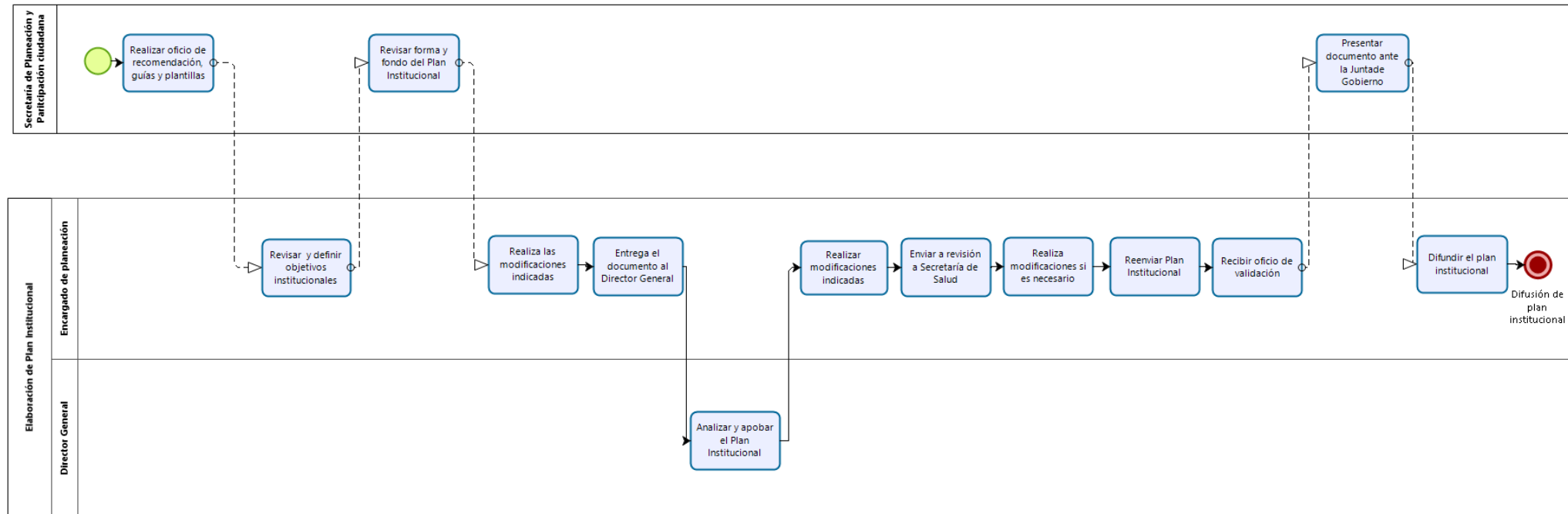
Referencia normativa	Macro proceso	Proceso	Procedimiento	Servicio
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XVII	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.	Dirección General	Clasificación de información y protección de información confidencial.	Unidad de Transparencia

Descripción de los procedimientos

Procedimiento de Elaboración del Plan Institucional

Ficha del procedimiento	
Nombre	Elaboración del plan institucional
Descripción	Definir ruta de trabajo
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-9-DC-2-II-RI-15-II
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Planeación
Políticas del procedimiento	Contar con los objetivos y metas definidas
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Oficio de recomendación de elaboración y/o modificación de Plan Institucional por parte de la Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Actualizar y fortalecer los objetivos institucionales
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Elaboración de Plan Institucional



Narrativa del procedimiento de Elaboración de Plan Institucional

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana	Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana	Realiza oficio de recomendación de elaboración y/o modificación de Plan Institucional; así como envío de guías y plantillas	Solicitud
2	Encargado de Planeación	Planeación	Revisa y define objetivos institucionales que servirán para la medición de resultados y eficiencia de los logros alcanzados	Redacción de objetivos
3	Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana	Secretaría de Planeación y Participación Ciudadana	Revisa la forma y fondo del documento Plan Institucional	Primer borrador
4	Encargado de Planeación	Planeación	Realiza las modificaciones indicadas	Modificaciones
5	Encargado de Planeación	Planeación	Entrega del documento al director general para su revisión y aprobación	Entrega para su revisión
6	Director general	Dirección general	Recibe Plan Institucional para su análisis y aprobación	Aprobación
7	Encargado de Planeación	Planeación	Realiza las modificaciones indicadas	Modificaciones
8	Encargado de Planeación	Planeación	Envía a revisión a la Secretaría de Salud en formato editable y anexa oficio de solicitud para la validación del Plan	Envío de formato editable y oficio para la validación del Plan
9	Encargado de Planeación	Planeación	Realiza modificaciones si es necesario	Modificaciones
10	Encargado de Planeación	Planeación	Reenvía Plan Institucional	Reenvío de Plan Institucional con modificaciones
11	Encargado de Planeación	Planeación	Recepción de Oficio de validación	Oficio de validación
12	Director General	Dirección General	Presentación del documento Plan Institucional en sesión ante la Junta de Gobierno del Instituto para su aprobación	Aprobación



Jalisco

Gobierno del Estado de Jalisco

Manual de Organización y Procedimientos
OPD. Instituto Jalisciense de Cancerología
Tomo I

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	36 de 673

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
13	Encargado de Planeación	Planeación	Difusión del Plan Institucional una vez publicado en el Periódico oficial del estado de Jalisco	Difusión del Plan Institucional

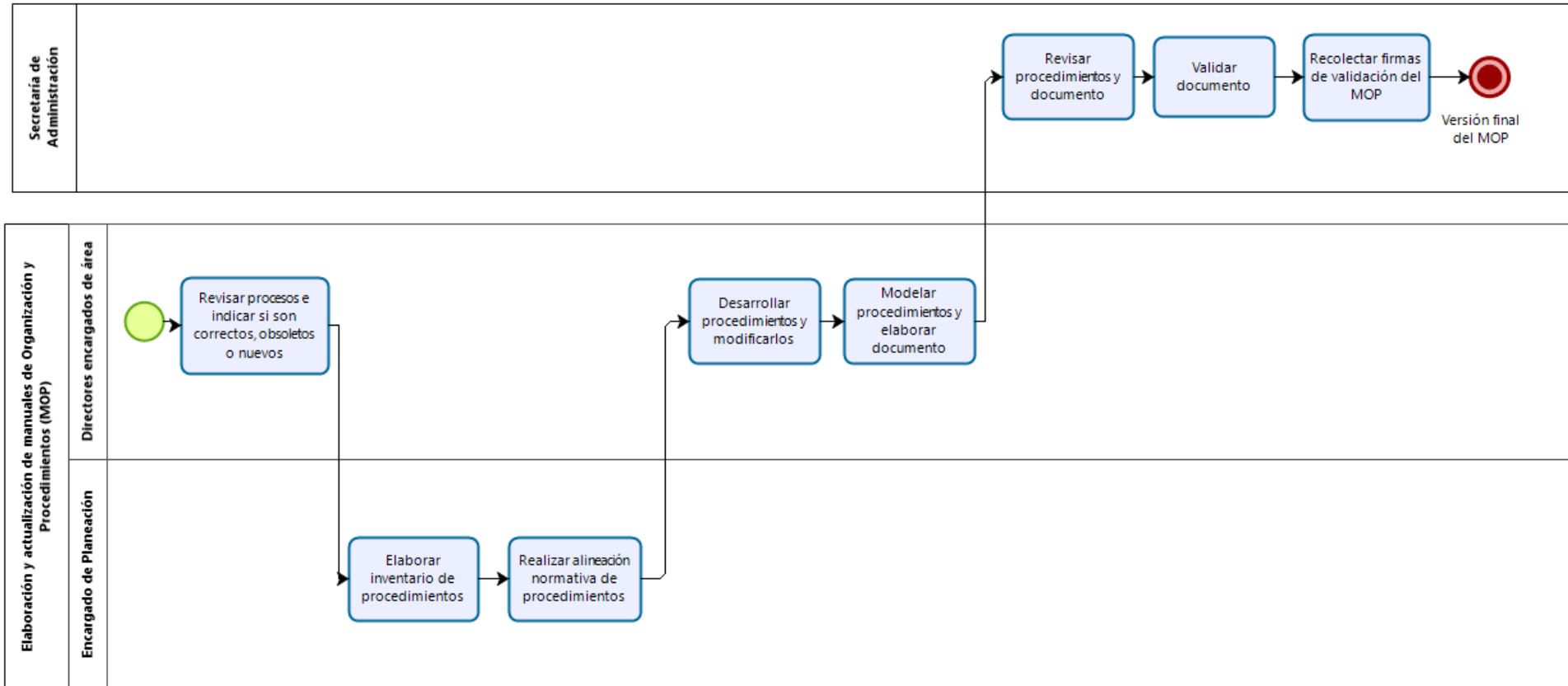
Procedimiento de Elaboración y actualización de manuales de Organización y Procedimientos (MOP)

Ficha del procedimiento	
Nombre	Elaboración y actualización de Manuales de Organización y Procedimientos (MOP)
Descripción	Redacción y actualización de los manuales de procedimientos por áreas y/o servicios
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-15-XVIII
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Planeación
Políticas del procedimiento	Reevaluación de procedimientos para su modificación
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Oficio de recomendación de actualización de MOP por parte de la Secretaría de Administración, apertura de nuevos servicios o modificación de facultades de los servicios
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Manual de procedimientos actualizado
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	38 de 673

Modelado del procedimiento de Elaboración y actualización de manuales de Organización y Procedimientos (MOP)



Narrativa del procedimiento de Elaboración y actualización de manuales de Organización y Procedimientos (MOP)

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Directores o encargados de área	Dirección general, Dirección médica, Dirección administrativa, Dirección de asuntos jurídicos y Dirección de desarrollo institucional	Revisa procesos por servicio se indican los correctos, obsoletos y procesos nuevos	Revisión de procedimientos
2	Encargada de Planeación	Planeación	Elabora inventario de procedimientos	Inventario de procedimientos
3	Encargada de Planeación	Planeación	Realiza alineación normativa de los procedimientos	Alineación normativa
4	Directores o encargados de área	Dirección general, Dirección médica, Dirección administrativa, Dirección de asuntos jurídicos y Dirección de desarrollo institucional	Desarrolla procedimientos y modifica	Procedimientos
5	Encargada de Planeación	Planeación	Modela procedimientos y elabora documento	Modelado
6	Secretaría de Administración	Secretaría de administración	Revisa los procedimientos y documento por parte de la Secretaría de Administración del Estado de Jalisco (dirección a cargo)	Revisión de procedimientos
7	Secretaría de Administración	Dirección de Control de Riesgos	Valida documento, procedimientos y modelados	Borrador de MOP
8	Secretaría de Administración	Dirección de Control de Riesgos	Recolecta firmas de validación de MOP por representantes de la Secretaría de Administración y del Instituto Jalisciense de Cancerología	Versión final de MOP

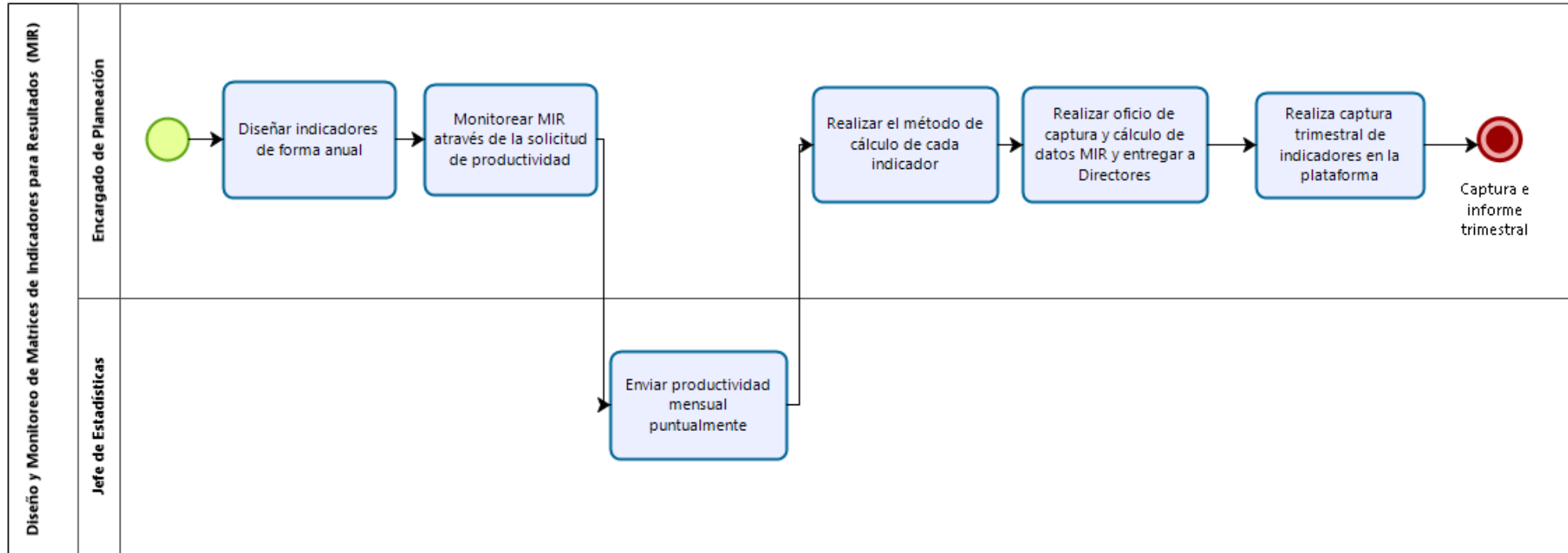
Procedimiento de Diseño y monitoreo de Matrices de Indicadores de Resultados

Ficha del procedimiento	
Nombre	Diseño y monitoreo de Matrices de Indicadores de Resultados
Descripción	Herramienta que identifica en forma resumida los objetivos de los programas presupuestarios y su medición
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-9-DC-2-II-RI-15-II
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Planeación
Políticas del procedimiento	La encargada de planeación tiene la obligación de verificar los datos para el diseño de las matrices de indicadores de resultados y una vez diseñado valorar posibles modificaciones
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Hoja de Productividad del área de Estadísticas
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	41 de 673

Modelado del procedimiento de Diseño y monitoreo de Matrices de Indicadores de Resultados



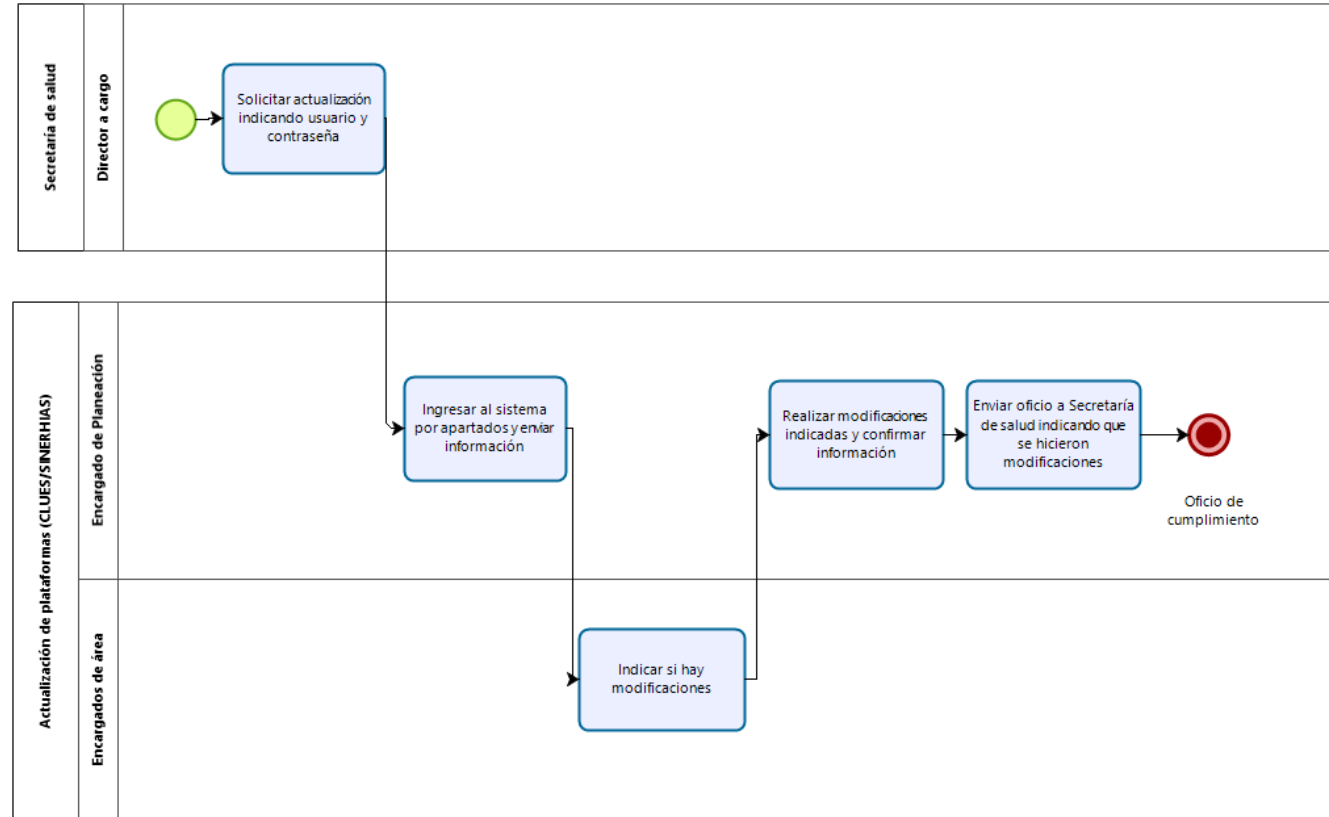
Narrativa del procedimiento de Diseño y Monitoreo de Matrices de Indicadores para Resultados (MIR)

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
	Encargada de Planeación	Planeación	Diseño de indicadores de forma anual con base en los resultados históricos obtenidos y en el presupuesto anual asignado a la Institución.	Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)
1	Encargada de Planeación	Planeación	Monitoreo de MIR, a través de la solicitud de productividad mensual al área de estadísticas de acuerdo con los indicadores que conforman la MIR autorizada.	Solicitud de productividad
2	Jefe de estadísticas	Estadísticas	Envío de la productividad mensual puntualmente	Correo con hoja de productividad
3	Encargada de Planeación	Planeación	Se inicia el vaciado de datos brindados por el área de Estadísticas en el archivo Excel de planeación y se realiza el método de cálculo de cada indicador	Captura de datos
4	Encargada de Planeación	Planeación	Se realiza oficio de cumplimiento de captura y cálculo de datos MIR y se entrega al director general y directores de área	Oficio a directores de área
5	Encargada de Planeación	Planeación	Se realiza la captura trimestral de indicadores en la Plataforma oficial indicada por la Secretaría de la Hacienda Pública del Estado de Jalisco.	Captura e informe trimestral

Procedimiento de Actualización de plataformas (CLUES/SINERHIAS)

Ficha del procedimiento	
Nombre	Actualización de plataformas (CLUES/SINERHIAS)
Descripción	Integración de información respecto al equipo médico, recursos humanos, físicos y materiales de la institución
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-VI
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Planeación
Políticas del procedimiento	Conocer el estado actual del equipo médico, plantilla de empleados, bienes físicos y materiales del IJC
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Contar con la actualización correspondiente a cada servicio
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Actualización CLUES/SINERHIAS
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Actualización de plataformas (CLUES/SINERHIAS)



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	45 de 673

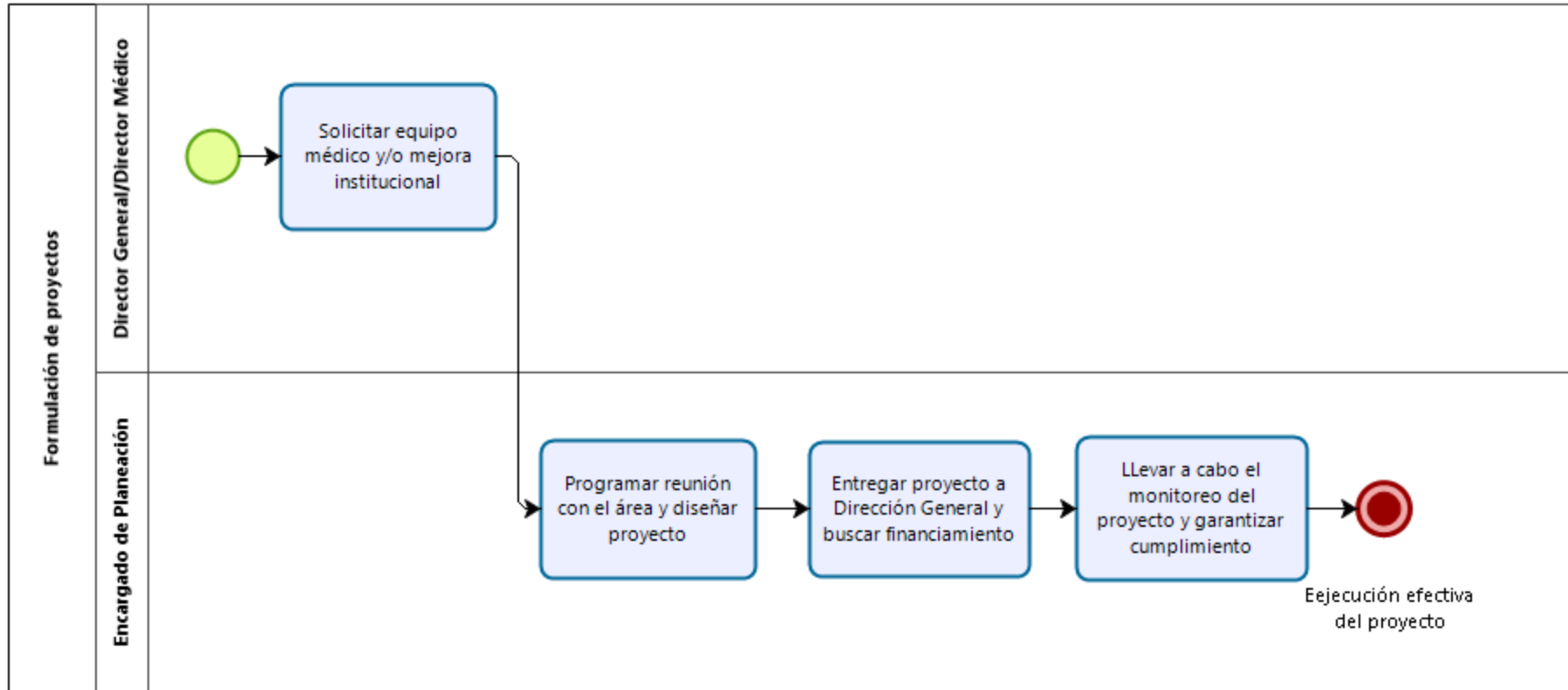
Narrativa del procedimiento de Actualización de plataformas (CLUES/SINERHIAS)

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Director a cargo	Secretaria de salud	Solicita actualización vía correo electrónico u oficio por parte de la Secretaría de Salud indicando usuario y contraseña para acceso a la plataforma	Solicitud
2	Encargada de planeación	Planeación	Ingresa al sistema por apartados y envío de la información a los servicios médicos y administrativos pertinentes	Ingreso y revisión de información existente
3	Encargados de área	Recursos humanos, servicios generales, informática, dirección de desarrollo institucional y biomédica	Indica al área de Planeación si hay modificaciones	Confirmación de información
4	Encargada de planeación	Planeación	Realiza las modificaciones indicadas y se confirma la información ya existente	Modificaciones
5	Encargada de planeación	Planeación	Envía oficio a secretaria de salud indicando que ya se realizaron las modificaciones y se envía evidencia	Oficio de cumplimiento

Procedimiento de Formulación de proyectos

Ficha del procedimiento	
Nombre	Formulación de proyectos
Descripción	Atención a peticiones de las direcciones para el diseño de proyectos en beneficio del IJC
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-9-DC-2-II-RI-15-I
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Planeación
Políticas del procedimiento	Garantizar la búsqueda de apoyo institucional o externo para así poder llevar a cabo los proyectos diseñados para la mejora de la institución
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Solicitud
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Proyectos ejecutados
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Formulación de proyectos



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	48 de 673

Narrativa del procedimiento de Formulación de proyectos

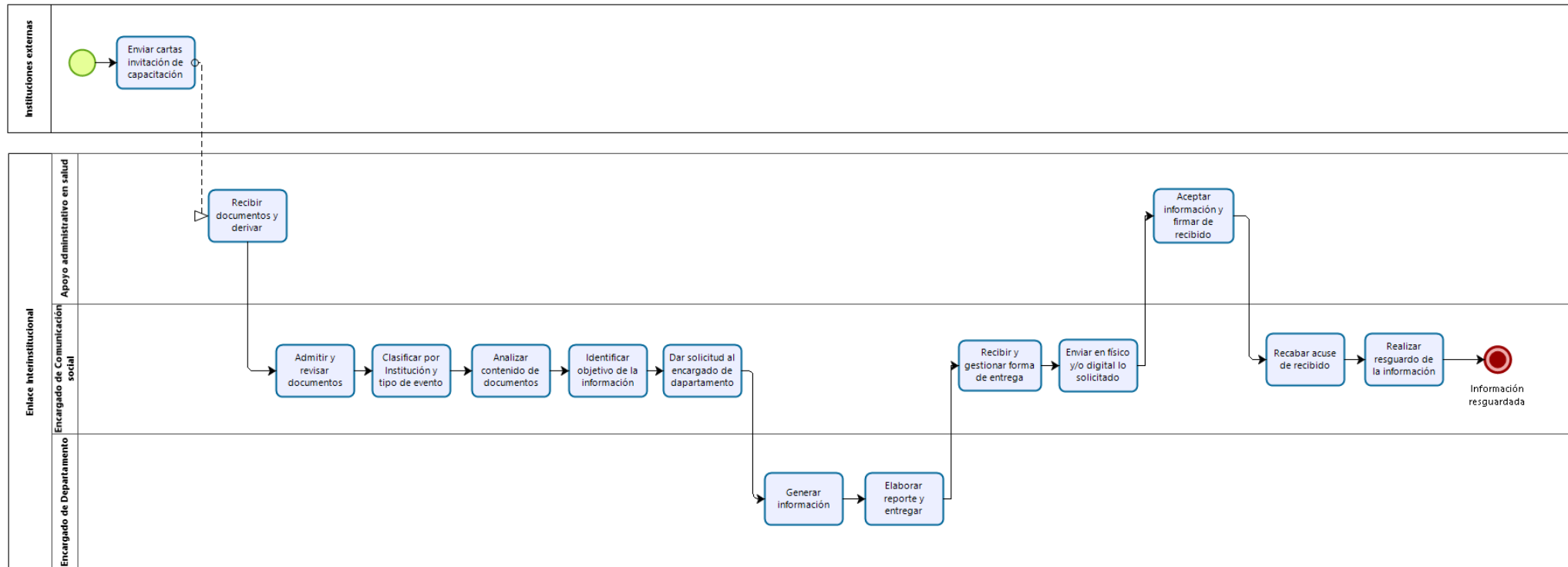
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Director general, Director médico	Dirección General, Dirección Médica	Solicita al departamento de planeación por parte de la dirección médica o dirección general para así cubrir una necesidad de equipo médico y/o mejora institucional	Solicitud
2	Encargada de Planeación	Planeación	Programa una reunión con el área involucrada y se diseña un proyecto institucional	Reunión y diseño de proyecto
3	Encargada de Planeación	Planeación	Entrega proyecto a la dirección general para su seguimiento y ejecución o en su defecto se inicia la búsqueda de financiamiento por parte de asociaciones, fundaciones, empresas etc.	Entrega de proyecto y búsqueda de apoyo para su ejecución
4	Encargada de Planeación	Planeación	Lleva a cabo el monitoreo del proyecto para así garantizar el cumplimiento de objetivos y/o indicadores establecidos para su consecución.	Ejecución efectiva del proyecto

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	49 de 673

Procedimiento de Enlace interinstitucional

Ficha del procedimiento	
Nombre	Enlace interinstitucional
Descripción	Se encarga de la gestión entre las dependencias para así contar con el beneficio de este proceso
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XII
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Comunicación social
Políticas del procedimiento	Clasificar, documentar y gestionar la información necesaria para responder peticiones
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Recibir documentos de Instituciones Federales, Instituciones Estatales, Instituciones Municipales, Organismos No Gubernamentales, Organismos Públicos Descentralizados y Organismos Varios
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Ser enlace entre las diferentes dependencias municipales, estatales y federales
Indicador	No aplica

Modelado de Enlace interinstitucional



Narrativa del procedimiento de Enlace interinstitucional

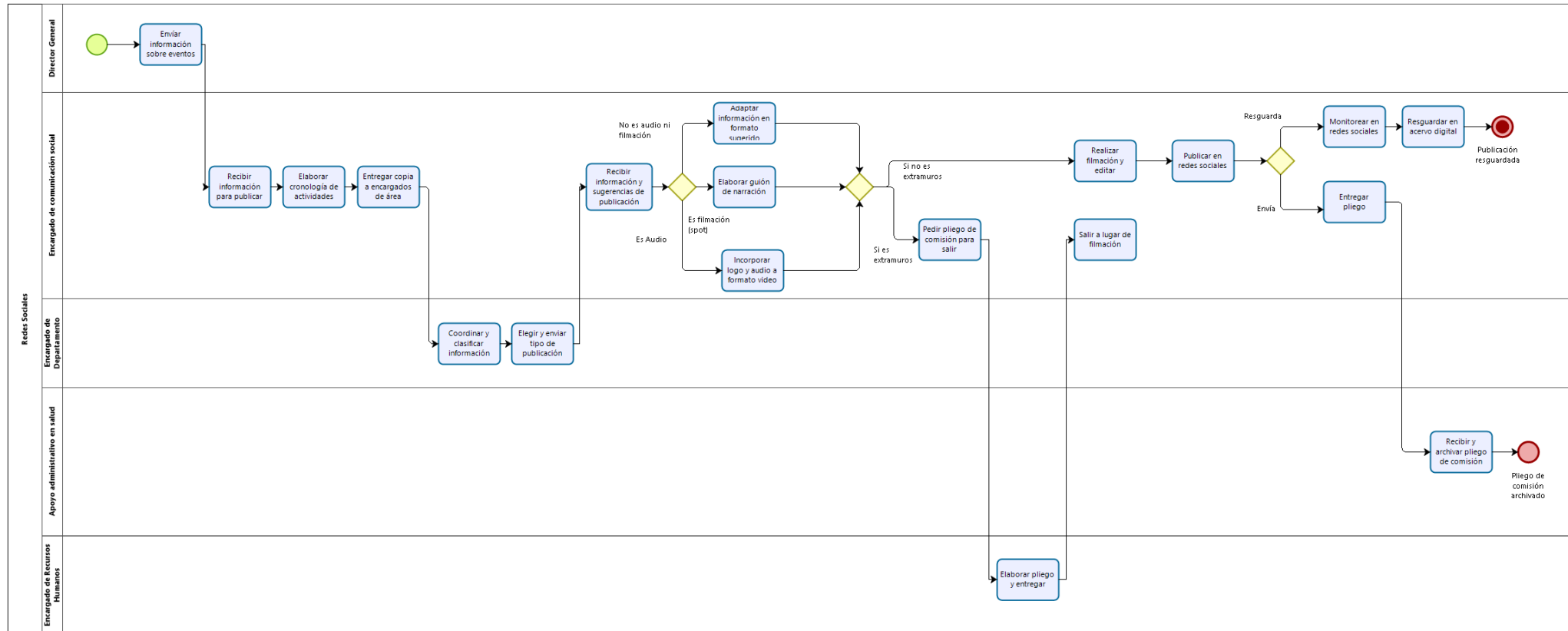
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Instituciones Externas	Externa	Enviar cartas-invitación, oficios de petición, avisos, entre otros.	Establecer comunicación con la Institución
2	Apoyo Administrativo en Salud	Dirección General	Recibir documentos de Instituciones Federales, Estatales, Municipales Organismos No Gubernamentales, Organismos Públicos Descentralizados y Organismos varios y derivar a Comunicación Social.	Inicio de procedimiento
3	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Recibir documentos, clasificar según sea, institución, aviso, invitación y/o petición; y analizar su contenido.	Identificación de solicitudes
4	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Canalizar la información a los encargados de departamento correspondiente para darle la atención que requiera, una vez establecido el objetivo de la documentación, información o cita.	Derivación de documentos
5	Encargado de Departamento	Diferentes Departamentos del Instituto	Recibir documentos y gestionar los trámites necesarios para dar respuesta a lo solicitado.	Recepción de documentos
6	Encargado de Departamento	Diferentes Departamentos del Instituto	Enviar respuestas solicitadas, en documentos físico y/o electrónico.	Envío de respuestas
7	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Recibir documentos y reenviar en físico o en electrónico a los organismos y a las instituciones solicitantes de la información.	Resolución de solicitudes realizadas
8	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Recabar acuse de recibido y realizar resguardo de la información en acervo físico y electrónico.	Cierre de procedimiento

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	52 de 673

Procedimiento de Redes sociales

Ficha del procedimiento	
Nombre	Redes sociales
Descripción	Brindar mantenimiento y actualización de las páginas oficiales y redes sociales del instituto
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XII
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Comunicación social
Políticas del procedimiento	Manejar información, colaborar en conjunto con jefes de departamento y directores
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Agendar actividades, uso y manejo de spot, cartel, boletín, esquila, grabaciones visuales y auditivas, y comunicación con medios de prensa
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Dar mantenimiento de plataforma digital
Indicador	No aplica

Modelado del proceso de Redes Sociales.



Narrativa del procedimiento de Redes sociales

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Director General	Dirección General	Enviar a Comunicación Social información sobre los días representativos sobre "El Cáncer", cursos y actividades institucionales e interinstitucionales para su publicación.	Revisión de procedimientos
2	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Recibir información para publicación en redes sociales y medios de comunicación (spot, foto, cartel, Boletín o esquila, etc.)	Recepción de información
3	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Realizar un calendario anual, mensual, y/o semanal en base a los días representativos sobre "El Cáncer" y las actividades institucionales e interinstitucionales para publicación en redes sociales, (spot o foto, cartel, Boletín o esquila, etc.)	Calendario
4	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Entregar copia de agenda de actividades a los jefes de área para coordinar información y nutrir redes sociales y medios de comunicación.	Entrega de agenda de actividades
5	Encargado de Departamento	Diferentes Departamentos del Instituto	Recibir información y clasificar, después definir si la misma deberá de trabajarse en video, audio, spot, cartel, boletín o esquila y notificar al encargado de Comunicación Social.	Recepción de información
6	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Recibir información y proceder a convertir en imagen, video, audio, spot, o cartel, boletín o esquila la información para su publicación.	Recepción de información
7	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Incorporar una imagen con el logo del Instituto para poder subirse en formato video, en caso de ser audio, con duración no mayor a los 20 minutos para publicar en redes sociales.	Inicio de procedimiento

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
8	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Elaborar guion de lo que se graba, (redacción, tipo de fotografías, foro, etc.) para su publicación en redes sociales, en caso de ser spot.	Recepción de información
9	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Solicitar a Recursos Humanos la autorización de salida y el pliego de comisión, si el spot se realiza fuera de la Institución.	Agenda de actividades
10	Soporte Administrativo (Encargado de Recursos Humanos)	Recursos Humanos	Elaborar, imprimir, autorizar y entregar al Encargado de Comunicación Social el pliego de comisión solicitado.	Notificación de agenda
11	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Realizar filmación de spot y/o tomar fotografías y posteriormente editar y publicar en redes sociales.	Entrega de información clasificada.
12	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Entregar pliego de comisión a Recursos Humanos para su resguardo.	Conversión de información
13	Apoyo Administrativo en Salud	Recursos Humanos	Recibir documento y archivar en el expediente laboral del empleado.	Conversión a video para su publicación.
14	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Revisar medios de comunicación impresos, radio, televisión, páginas web, redes sociales, buscando notas de la publicación.	Elaboración de guion
15	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Realizar resguardo de información en acervo digital.	Autorización de salida

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	56 de 673

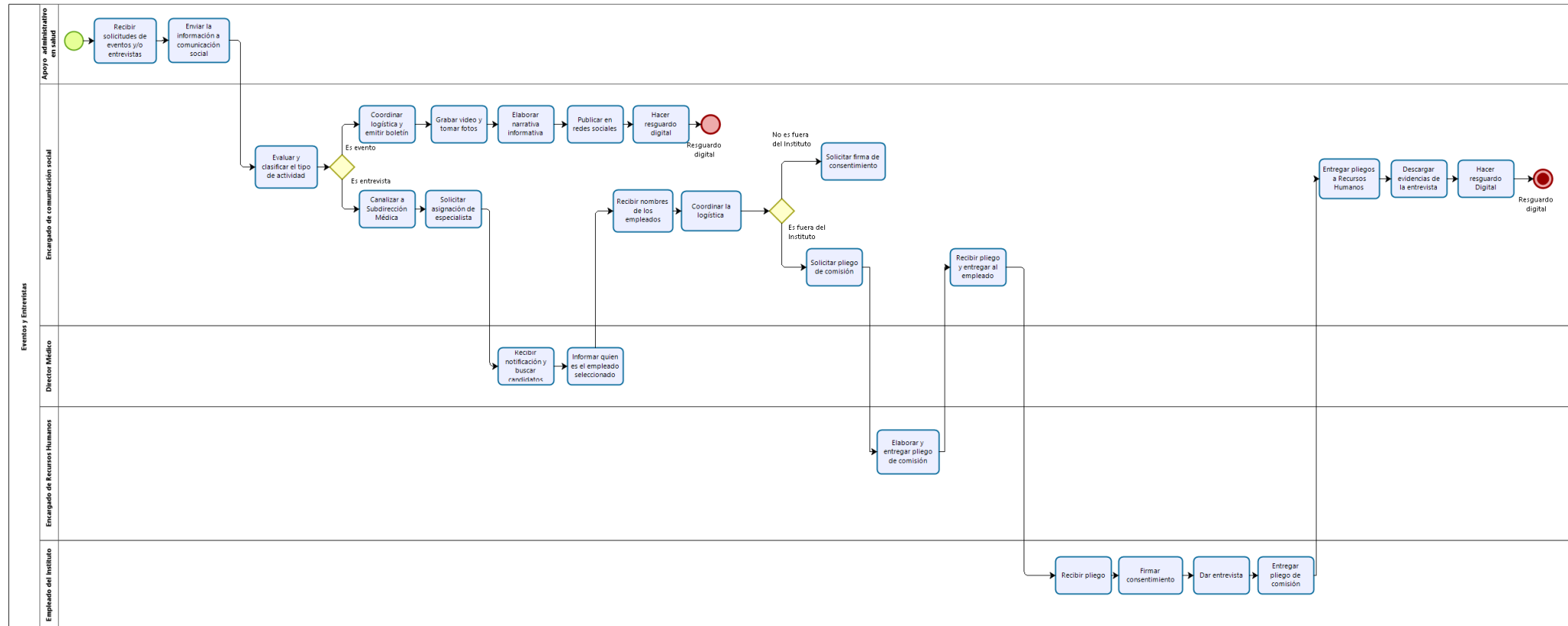
Procedimiento de Eventos y entrevistas

Ficha del procedimiento	
Nombre	Eventos y entrevistas
Descripción	Difusión y gestión de los eventos
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XII
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Comunicación social
Políticas del procedimiento	Colaborar en conjunto con jefes de departamento y directores, síntesis informativas y seguimiento de actividades institucionales e interinstitucionales
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Solicitud por parte del medio de comunicación y/o necesidad de difusión de un tema en particular por parte de la Institución.
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Difusión de actividad institucional o de temática en particular con fin de contribuir a los objetivos institucionales.
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	57 de 673

Modelado del proceso de Eventos y Entrevistas.



Narrativa del procedimiento de Eventos y entrevistas

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Apoyo Administrativo en Salud	Dirección General	Recibir solicitudes de eventos y/o entrevistas a realizarse dentro o fuera de las instalaciones del Instituto y canalizar a Comunicación Social.	Inicio de procedimiento
2	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Evaluar y clasificar los tipos de actividad para darles seguimiento y cumplimiento.	Crear agenda
3	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Coordinar, si es evento, la logística del mismo y emitir boletín informativo interno [personal del IJC] y externo [medios de prensa].	Coordinación de la actividad
4	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Tomar fotografías y realizar narrativa informativa, grabar video.	Documentación del evento
5	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Canalizar a la Dirección Médica, en caso de entrevista, para que asigne el especialista que comunicará la información requerida.	Derivación de solicitud
6	Director Médico	Dirección Médica	Informar a Comunicación Social quien es el especialista asignado para la entrevista.	Autorización de personal
7	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Coordinar tiempo, lugar, fecha y hora donde se llevará a cabo la entrevista.	Logística de entrevista
8	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Pedir a Recursos Humanos pliego de comisión del personal que saldrá, si la entrevista es extramuros de la Institución.	Autorización de salida

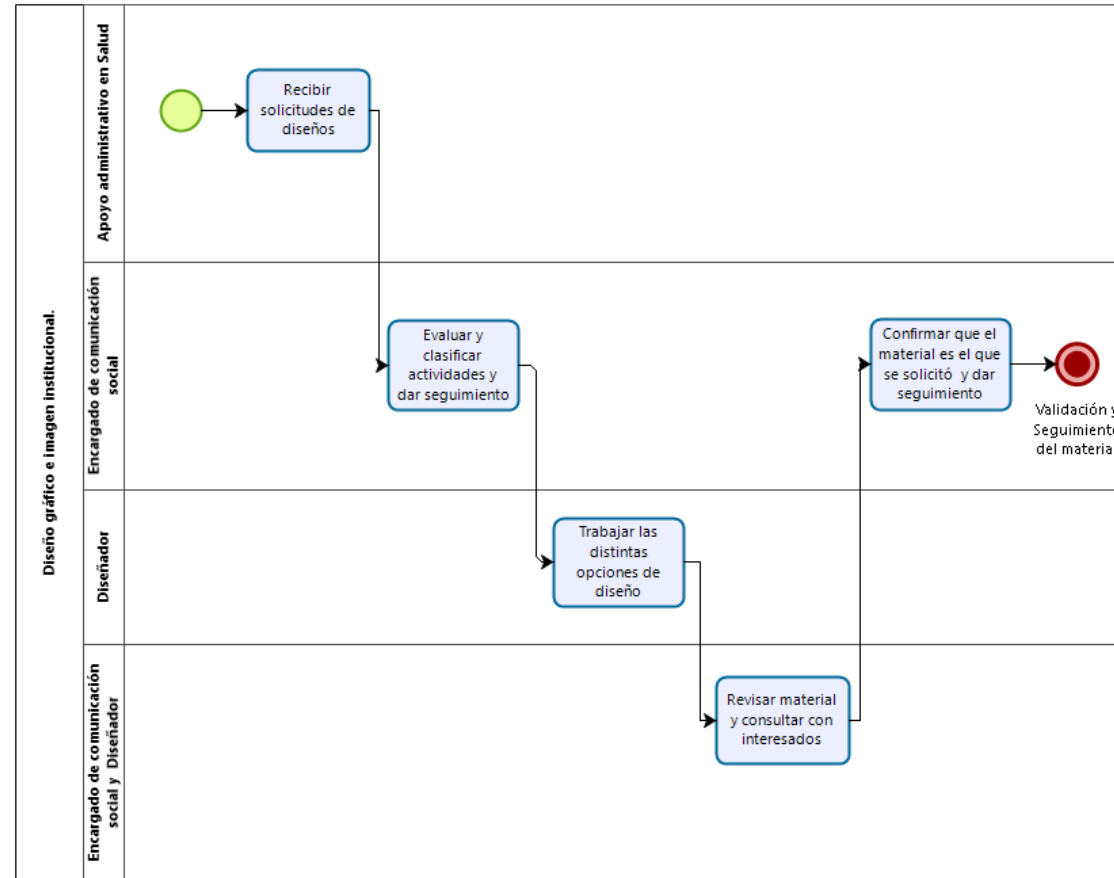
Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	59 de 673

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
9	Soporte Administrativo (Encargado de Recursos Humanos)	Recursos Humanos	Elaborar, imprimir, firmar y entregar al encargado de Comunicación Social el pliego de comisión solicitado.	Autorización de salida
10	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Elaborar carta de consentimiento para grabar y utilizar la información que el especialista compartirá con los medios de comunicación.	Carta de Consentimiento
11	Empleado del Instituto	Diferentes Departamentos del Instituto	Firmar carta de consentimiento y otorgar la entrevista.	Ejecución de la Entrevista
12	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Entregar a Recursos Humanos los pliegos de comisión.	Entrega de pliego de comisión
13	Soporte Administrativo (Encargado de Recursos Humanos)	Recursos Humanos	Recibir pliegos de comisión y archivarlos.	Resguardo de pliego de comisión
14	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Descargar documentación de entrevista [fotos, video y audio], publicar en redes sociales y hace resguardo digital.	Cierre de procedimiento

Procedimiento de Diseño gráfico e imagen institucional

Ficha del procedimiento	
Nombre	Diseño e imagen institucional
Descripción	Colaborar junto con las direcciones internas para la realización de logos institucionales y difusión interna y externa
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XII
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Comunicación social
Políticas del procedimiento	Colaborar en conjunto con jefes de departamento, subdirectores y directores, procurando generar diseños que cubran las expectativas de sus departamentos y que, además, mantengan la identidad y filosofía institucional de acuerdo a lo establecido en el Manual de Identidad vigente.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Recibir las solicitudes de las distintas áreas para la creación de diseños que acompañen las publicaciones de actividades que realizan las distintas áreas de la institución,
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Procurar una imagen armónica y hegemónica de los insumos que se utilizan en las vías de comunicación oficiales lo que permite mantener una identidad gráfica tanto en los eventos propios, como en los que coparticipa la Institución de forma colaborativa.
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Diseño gráfico e imagen institucional



Narrativa del procedimiento de Diseño gráfico e imagen institucional

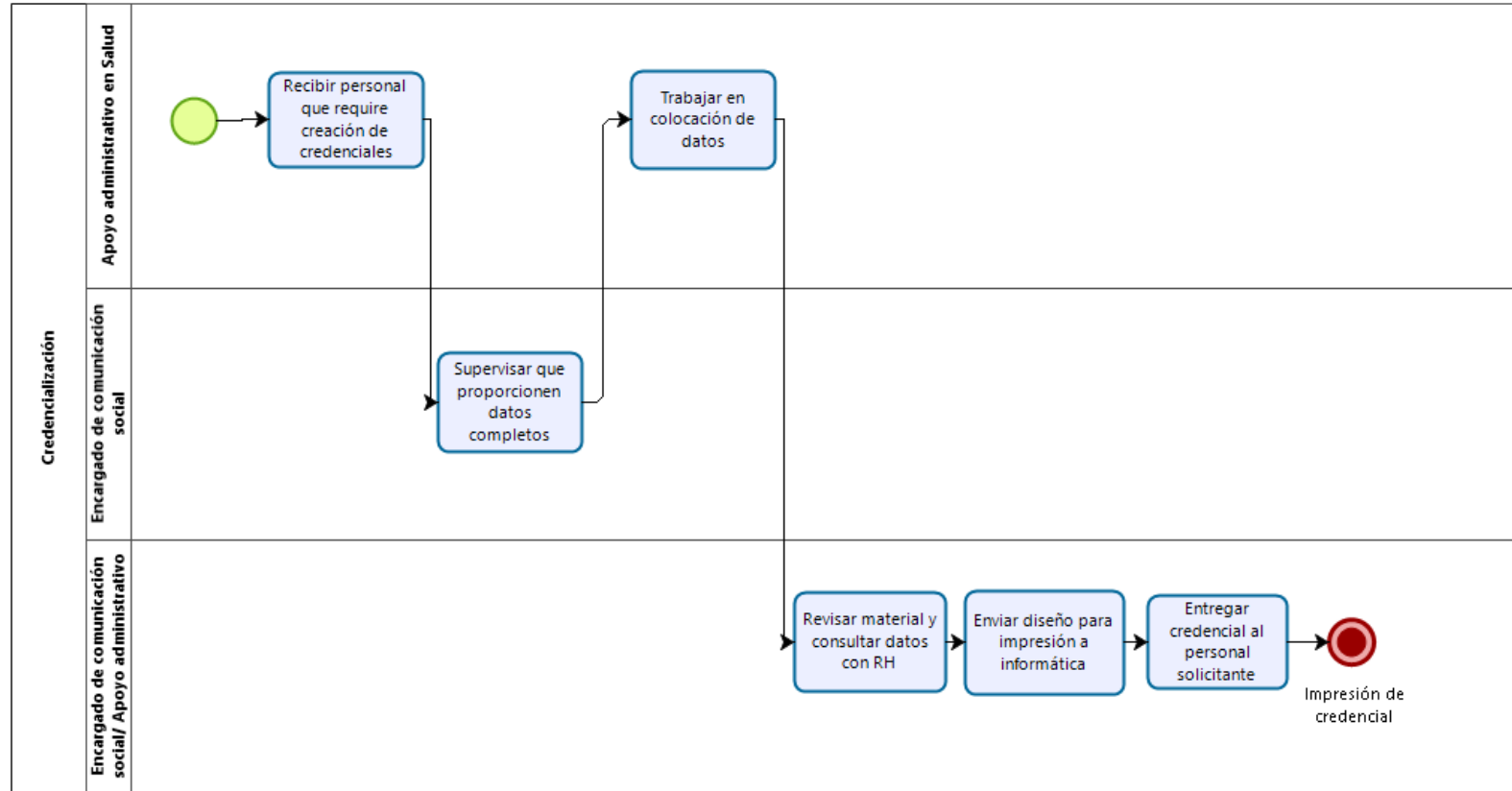
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Apoyo Administrativo en Salud	Dirección General	Recibe solicitudes de creación de diseños que acompañen las publicaciones de actividades que realizan las distintas áreas de la institución vía correo electrónico o vía oficio.	Inicio de procedimiento
2	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Evalúa y clasificar los tipos de actividad para darles seguimiento y cumplimiento.	Comisionar el trabajo al diseñador
3	Apoyo Administrativo en Salud (Diseñador)	Comunicación Social	Trabaja las distintas opciones de diseño que cubran los requerimientos del área que solicita el servicio.	Realización del diseño
4	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social) Apoyo Administrativo en Salud (Diseñador)	Comunicación Social	Revisa material y consulta con la parte interesada posibles cambios.	Cambios en diseño
5	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Confirma que sea el material es el que se requirió, dar seguimiento a la recepción del producto final y el adecuado uso de este.	Cierre de procedimiento

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	63 de 673

Procedimiento de Credencialización

Ficha del procedimiento	
Nombre	Credencialización
Descripción	Otorgar al personal del ijc credencial para identificación e ingreso al instituto
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XVII
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Comunicación social
Políticas del procedimiento	Colaborar con Recursos Humanos, Dirección de Desarrollo Institucional (credenciales de prestadores de servicio y residentes) e informática en el proceso de credencialización que permita una identificación institucional del trabajador que porte la credencial oficial de la institución.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Derivación por parte del Departamento de Recursos Humanos y la Dirección de Desarrollo Institucional de la persona que comienza a laborar o a prestar el servicio o residencia médica para la toma de fotografía y datos para iniciar su proceso.
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Credenciales oficiales Instituto Jalisciense de Cancerología.
Indicador	No aplica

Modelado del proceso de Credencialización



Narrativa del procedimiento de Credencialización

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Apoyo Administrativo en Salud	Dirección General	Recibe al personal que requiere la creación de credenciales que solicitan las distintas áreas de la institución.	Inicio de procedimiento
2	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social	Supervisa que las personas a las que se les realizan las credenciales tengan los datos completos para enviar a imprimir, incluida la fotografía y las firmas.	Datos correctos y correspondencia con el titular de la credencial
3	Apoyo Administrativo en Salud	Comunicación Social	Trabaja en la colocación de datos, fotografía y firmas que identifiquen al titular de la credencial y lo vinculen a la institución.	Realización de la credencial
4	Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social) Apoyo Administrativo en Salud	Comunicación Social/Recursos Materiales	Revisa material y consulta con Recursos humanos que la información sea correcta.	Confirmación y validación de información
5	Apoyo Administrativo en Salud/Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación Social/Informática	Envía de diseño para impresión por parte de Informática de las credenciales.	Impresión de material
6	Apoyo Administrativo en Salud/ Soporte Administrativo (Encargado de Comunicación Social)	Comunicación social	Entrega de credencial al personal al que se le realizó el proceso de credencialización.	Impresión de credencial

Ficha de servicio de Comunicación social

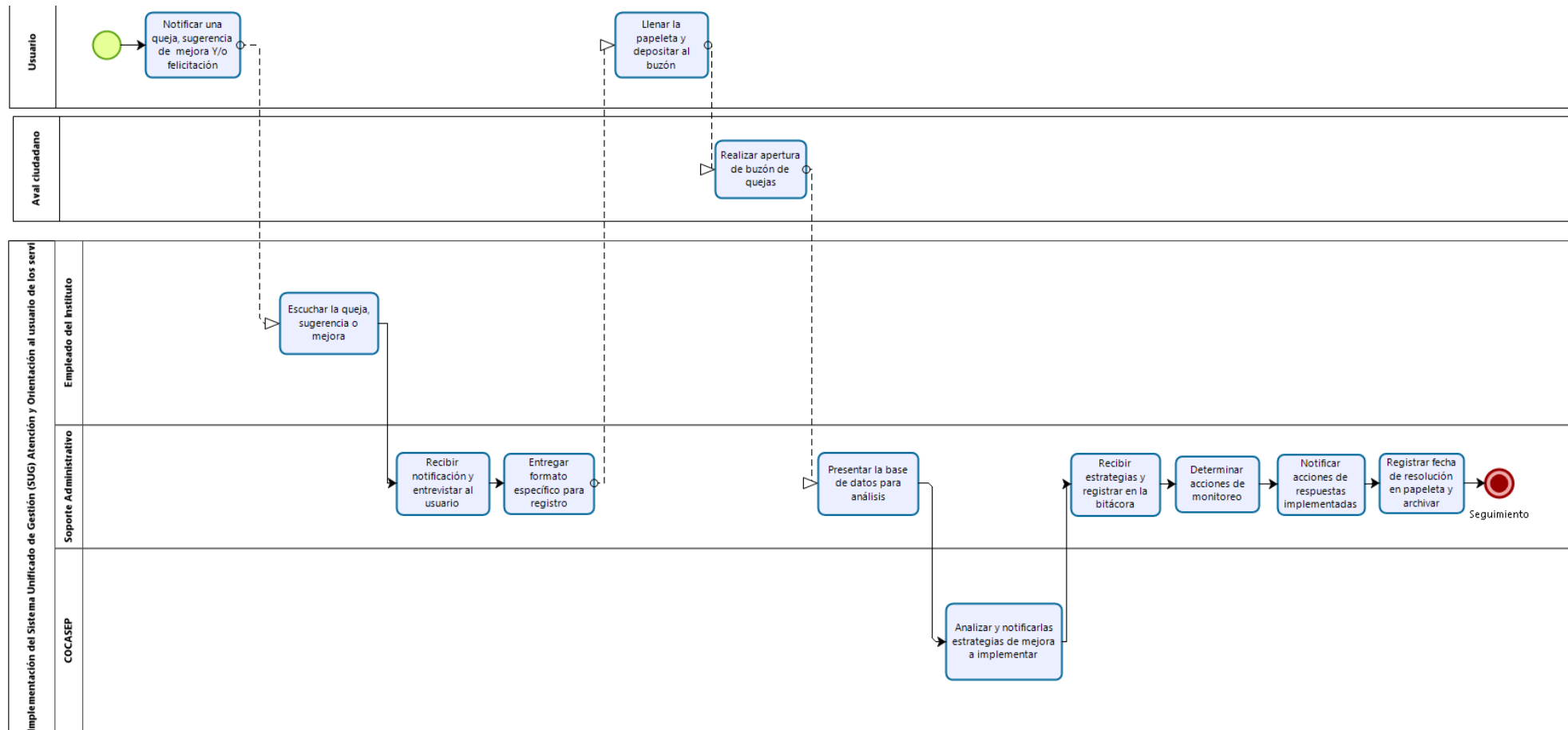
Nombre del trámite o servicio	Comunicación
Descripción del servicio	Fungir como enlace interinstitucional, manejo de redes sociales y de eventos y entrevistas y generación de documentos oficiales de identificación e identidad institucional.
Documentos que se obtienen con el trámite	Formato de “confidencialidad”, videos, fotografías, esquelas, boletines
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Variable
Usuario(s)	Pacientes e instituciones públicas y privadas con intereses comunes.
Responsable del servicio	Lic. Jorge Carlos Campos Torres
Domicilio, Ubicación y teléfono	Calle Coronel Calderón #715, Tercer Piso
Horario de atención	8:00 A.M. A 17:00 P.M.
Requisitos	No aplica
Costo, Forma y lugar de pago	No aplica
Tiempo de respuesta	No aplica
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa
Dirección de Área responsable o equivalente	Lic. Jorge Carlos Campos Torres
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	www.facebook.com/ijcsalud , twitter:@ijcoficial Correo: ijcomunicacionsocial@gmail.com ; YouTube: https://www.youtube.com/@ijcinstitutojalisciensedec4635 Instagram: https://www.instagram.com/institutocancerologiajalisco/

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	67 de 673

Procedimiento para la Implementación del Sistema Unificado de Gestión (SUG) Atención y Orientación al usuario de los servicios de salud.

Ficha del procedimiento	
Nombre	Implementación del sistema unificado de gestión (SUG) atención y orientación al usuario de los servicios de salud
Descripción	Método para la atención y seguimiento de atención y demanda de los usuarios de la Institución
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XVII
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Calidad
Políticas del procedimiento	Tener el compromiso con los usuarios para dar seguimiento y respuesta a sus quejas, sugerencias y felicitaciones, en período de ocho a quince días, facilitar estrategias de mejora a través de la papeleta de seguimiento al sistema MANDE, y codificar para evidenciar la fuente.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Atender a pacientes y/o usuarios del Instituto que interpongan una queja, felicitación o sugerencia de mejora.
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Recibir quejas, sugerencias o felicitaciones de los usuarios.
Indicador	No aplica

Modelado del Procedimiento para la Implementación del Sistema Unificado de Gestión (SUG) Atención y Orientación al usuario de los servicios de salud.



Narrativa del Procedimiento para la Implementación del Sistema Unificado de Gestión (SUG) Atención y Orientación al usuario de los servicios de salud.

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Usuario	Externa al IJC	Expresar o notificar una queja, sugerencia de mejora y/o felicitación (QSF) en cualquier departamento del Instituto.	Notificar una queja, sugerencia de mejora y/o felicitación
2	Empleado del Instituto	Diferentes Departamentos del Instituto	Escuchar la queja, sugerencia de mejora y/o felicitación y canalizar al Departamento de Calidad.	Derivar a Calidad la notificación
3	Soporte Administrativo	Calidad	Recibir la notificación y entrevistar al usuario.	Atender la notificación
4	Soporte Administrativo	Calidad	Entregar formato específico para el registro de quejas, sugerencias de mejora y/o felicitación al usuario.	Registrar por escrito notificación
5	Usuario	Externa al IJC	Llenar la papeleta y depositar al buzón de quejas, sugerencias de mejora y/o felicitación.	Validar la información de la notificación verbal
6	Aval Ciudadano	Externa al IJC	Realizar apertura de buzón de quejas, sugerencias de mejora y/o felicitación, junto con personal del departamento de Calidad.	Vigilar la atención y prontitud de respuesta a la notificación hecha
7	Soporte Administrativo	Calidad	Dar lectura a las papeletas extraídas del buzón en presencia del Aval Ciudadano y registrarlas en la base de datos de Excel para darles seguimiento.	Dar un sentido de transparencia a la atención de las quejas, felicitaciones y sugerencias de mejora
8	Soporte Administrativo	Calidad	Presenta la base de datos para su análisis al comité de calidad y seguridad del paciente.	Definir estrategias de mejora
9	COCASEP	Diferentes Departamentos del Instituto	Recibir información, analizar y notificar al personal del departamento de Calidad las estrategias de mejora a implementar.	Elaborar plan de acción
10	Soporte Administrativo	Calidad	Recibir notificación de las estrategias de mejora y registrar en la bitácora que corresponde.	Recibir plan de acción

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	70 de 673

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
11	Soporte Administrativo	Calidad	Determinar acciones de monitoreo para darle seguimiento a la implementación de las estrategias de mejora.	Comprobar la implementación del plan de acción
12	Soporte Administrativo	Calidad	Notificar al usuario las acciones de respuesta implementadas por las autoridades correspondientes para solventar su petición.	Dar seguimiento
13	Soporte Administrativo	Calidad	Registrar fecha de resolución en la papeleta del buzón y archivar.	Dar seguimiento

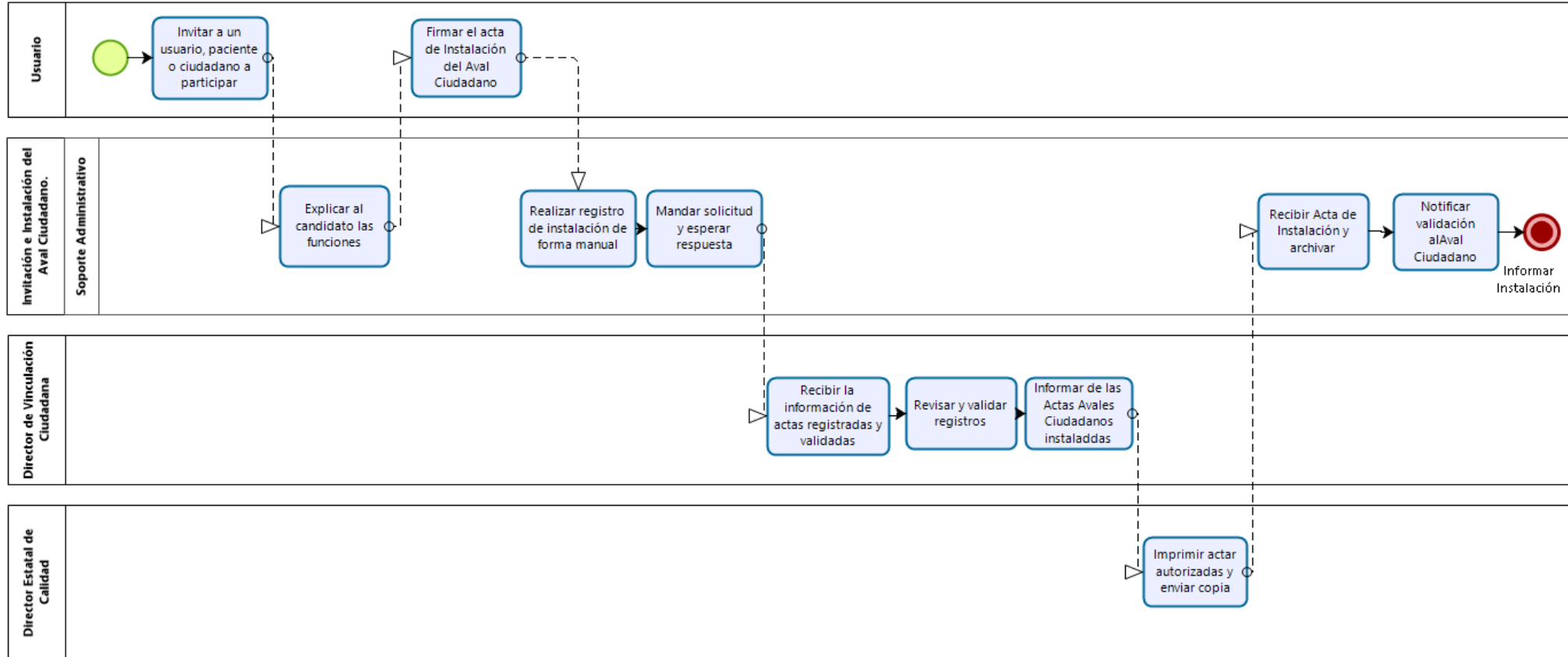
Procedimiento para Invitación e instalación del aval ciudadano

Ficha del procedimiento	
Nombre	Invitación e instalación del aval ciudadano
Descripción	Se trata de la observancia en pro de una buena praxis y trato digno a los usuarios
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XVII
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Calidad
Políticas del procedimiento	Participar como observador en el proceso de auditoría y supervisión de las visitas de unidades de salud, para avalar las acciones en favor del trato digno y garantizar que los informes emitidos por las Instituciones de Salud se apeguen a la realidad.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Recibir usuarios interesados en participar como Aval Ciudadano.
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Atender Quejas, Sugerencias o Felicitaciones de los Usuarios.
Indicador	Porcentaje de acciones para la administración eficiente de los recursos



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	72 de 673

Modelado del Procedimiento para Invitación e instalación del aval ciudadano



Narrativa del Procedimiento para Invitación e instalación del aval ciudadano

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Soporte Administrativo	Soporte Administrativo	Invitar a un usuario, paciente, vecino o cualquier ciudadano interesado en participar como AVAL del Instituto.	Invitación para Aval
2	Soporte Administrativo	Soporte Administrativo	Explicar al candidato las funciones y lo que se espera de él como Aval Ciudadano [derechos y obligaciones]. Si está de acuerdo le entrega el formato del acta de instalación para que lo firme, si no está de acuerdo, se realiza nueva búsqueda de candidato.	Explicación de la Instrucción 322/2011
3	Usuario	Usuario	Firmar el Acta de Instalación del Aval Ciudadano por Institución.	Aceptación de la propuesta
4	Soporte Administrativo	Soporte Administrativo	Realizar registro de instalación de forma manual, ya que los datos requeridos se ingresan al sistema (plataforma web). La dirección electrónica de la plataforma de acceso al SIRAVAL es: http://desdgces.salud.gob.mx/siraval/	Instalación del Aval Ciudadano
5	Soporte Administrativo	Soporte Administrativo	Mandar solicitud al director de vinculación ciudadana y quedar al pendiente de la respuesta de Instalación por parte del Nivel Federal.	Pendiente de Respuesta
6	Director de Vinculación Ciudadana (Dirección General de Calidad y Educación para la Salud, Sistema Federal)	Director de Vinculación Ciudadana (Dirección General de Calidad y Educación para la Salud, Sistema Federal)	Recibir toda la información de las actas de instalación registradas y validadas por los responsables estatales.	Autorización Federal del Aval
7	Director de Vinculación Ciudadana (Dirección General de Calidad y	Director de Vinculación Ciudadana (Dirección General de Calidad y	Revisar y validar los registros, autorizar y asignar el Número de Registro de Aval, a través del SIRAVAL.	Autorización Federal del Aval

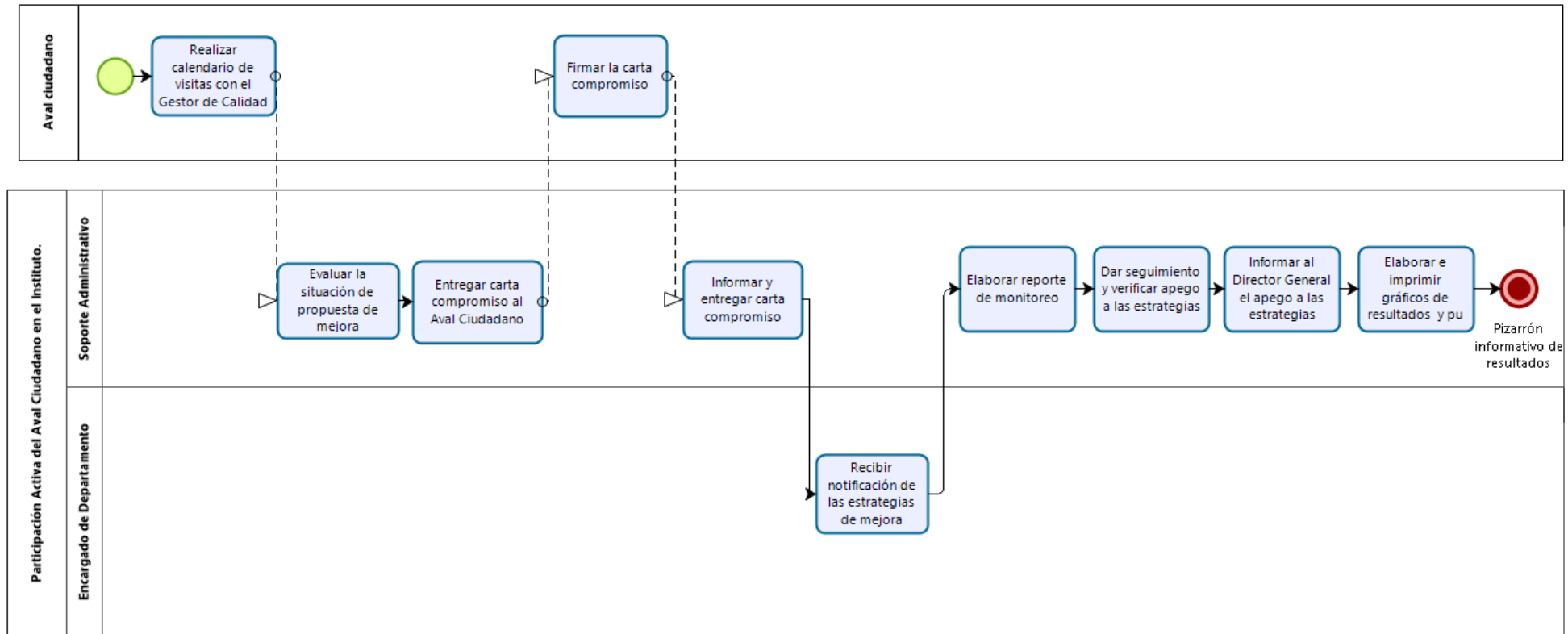
Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	74 de 673

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
	Educación para la Salud, Sistema Federal)	Educación para la Salud, Sistema Federal)		
8	Director de Vinculación Ciudadana (Dirección General de Calidad y Educación para la Salud, Sistema Federal)	Director de Vinculación Ciudadana (Dirección General de Calidad y Educación para la Salud, Sistema Federal)	Informar al Director Estatal de Calidad la autorización federal de las Actas de Avaless Ciudadanos Instaladas, con su número de registro correspondiente.	Autorización Federal del Aval
9	Director Estatal de Calidad	Director Estatal de Calidad	Recibir notificación y archivo. Imprimir actas autorizadas y mandar copia al Instituto.	Acta de Instalación
10	Soporte Administrativo	Soporte Administrativo	Recibir Acta de Instalación y archivar en su lugar correspondiente.	Archivo del Acta de Instalación
11	Soporte Administrativo	Soporte Administrativo	Notificar validación de instalación al Aval Ciudadano.	Informar Instalación

Procedimiento para la Participación Activa del Aval Ciudadano en el Instituto

Ficha del procedimiento	
Nombre	Participación activa del aval ciudadano en el instituto
Descripción	Conocer la percepción de los usuarios al recibir atención por los servidores públicos de la institución mediante el aval ciudadano y que el sondeo del mismo sea bien aplicado
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XVII
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Calidad
Políticas del procedimiento	Sondear la percepción del Usuario (por parte del Aval Ciudadano) en cuanto al trato recibido por parte de los empleados del Instituto. Calidad deberá capacitar a los Avaes Ciudadanos en las funciones que deberán de realizar en la Institución.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Generar la instalación de Avaes Ciudadanos en el Instituto Jalisciense de Cancerología.
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Atender quejas, sugerencias o felicitaciones de los usuarios.
Indicador	No aplica

Modelado Procedimiento para la Participación Activa del Aval Ciudadano en el Instituto.



Narrativa del Procedimiento para la Participación Activa del Aval Ciudadano en el Instituto.

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Aval Ciudadano	Externa al IJC	Realizar calendario de visitas en coordinación con el Gestor de Calidad, de las áreas y/o departamentos que durante sus visitas identifique como una oportunidad de mejora.	Notificación de Mejora
2	Soporte Administrativo	Calidad	Evaluar (en conjunto con el Aval Ciudadano) la situación de mejora propuesta y elaborar una Carta Compromiso.	Evaluación del Plan de Mejora
3	Soporte Administrativo	Calidad	Entregar Carta Compromiso al Aval Ciudadano y solicitar su firma.	Carta Compromiso
4	Aval Ciudadano	Externa al IJC	Firmar la Carta Compromiso y dar seguimiento.	Entrega de Carta Compromiso
5	Soporte Administrativo	Calidad	Informar y entregar Carta Compromiso al encargado del departamento donde se hará la propuesta de mejora.	Entrega de Carta Compromiso
6	Encargado de Departamento	Departamento Auditado	Recibir notificación de las estrategias de mejora para su área y transmitir a su personal las acciones a realizar para ejecutar el plan de trabajo.	Ejecución del Plan de Mejora
7	Soporte Administrativo	Calidad	Elaborar reporte de monitoreo en la plataforma digital de Salud, Aval ciudadano ESTAD.	Registro en la Plataforma INDICAS
8	Soporte Administrativo	Calidad	Dar seguimiento y verificar el apego a las estrategias de mejora en el departamento auditado.	Seguimiento a las Estrategias de Mejora
9	Soporte Administrativo	Calidad	Informar al Director General el apego a las estrategias adoptadas, por trimestre.	Presentar Resultados
10	Soporte Administrativo	Calidad	Elaborar e imprimir gráficos con los resultados de los planes de mejora y publicar los resultados en las pizarras, para conocimiento de todo el personal de salud.	Pizarrón Informativo de Resultados

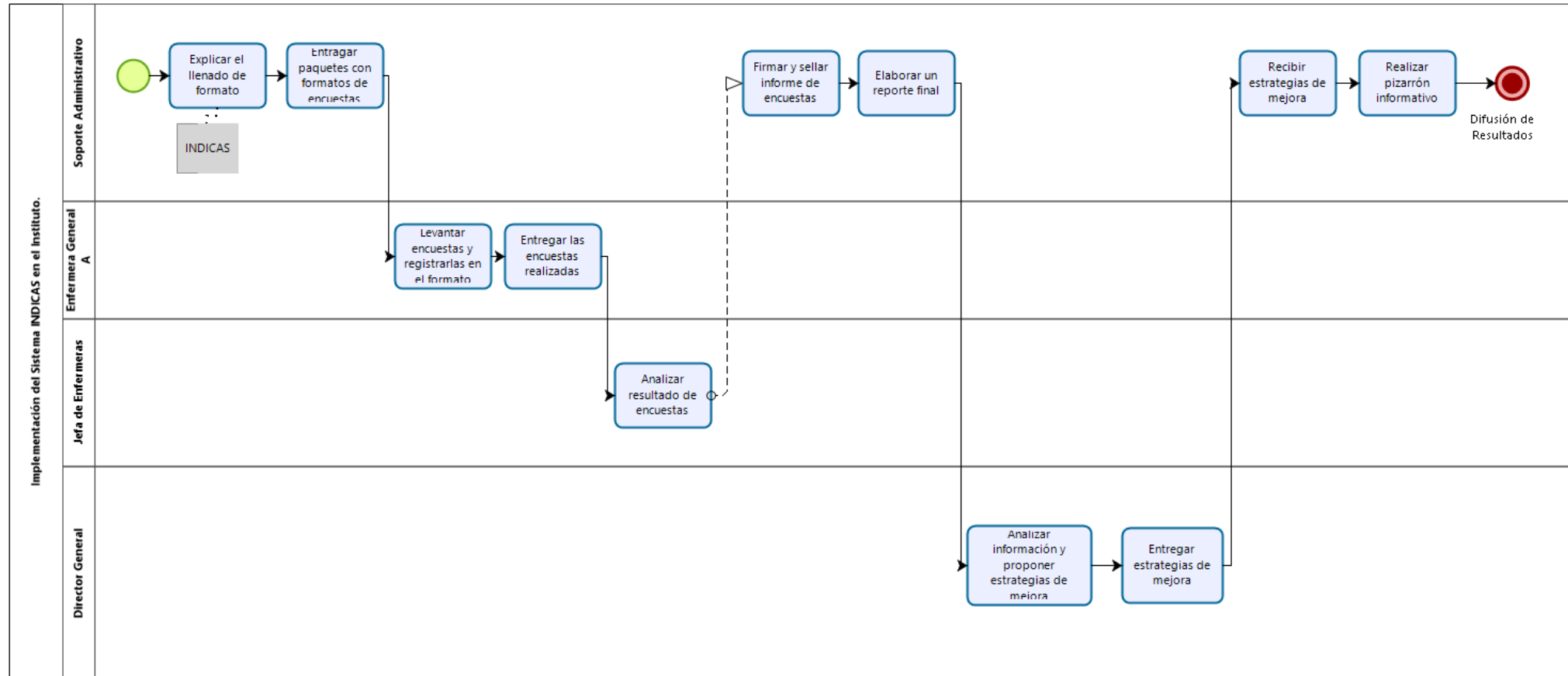
Procedimiento para la Implementación del Sistema INDICAS en el Instituto.

Ficha del procedimiento	
Nombre	Implementación del sistema INDICAS en el instituto
Descripción	Compendio de evidencias para la mejora de calidad en la atención hacia los usuarios de esta institución
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-VI
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Calidad
Políticas del procedimiento	Integrar evidencias de mejora de la calidad técnica, calidad percibida y calidad en la gestión en la plataforma del INDICAS, que es un instrumento de apoyo en la toma de decisiones para mejora de los servicios de salud dentro de cada unidad médica.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Levantar registro de Encuestas en los Formatos del sistema INDICAS.
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Monitorear los procesos de atención a los usuarios mediante el uso de indicadores para facilitar la toma de decisiones encaminadas a la mejora en el Instituto.
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	79 de 673

Modelado del Procedimiento para la implementación del Sistema INDICAS en el Instituto.



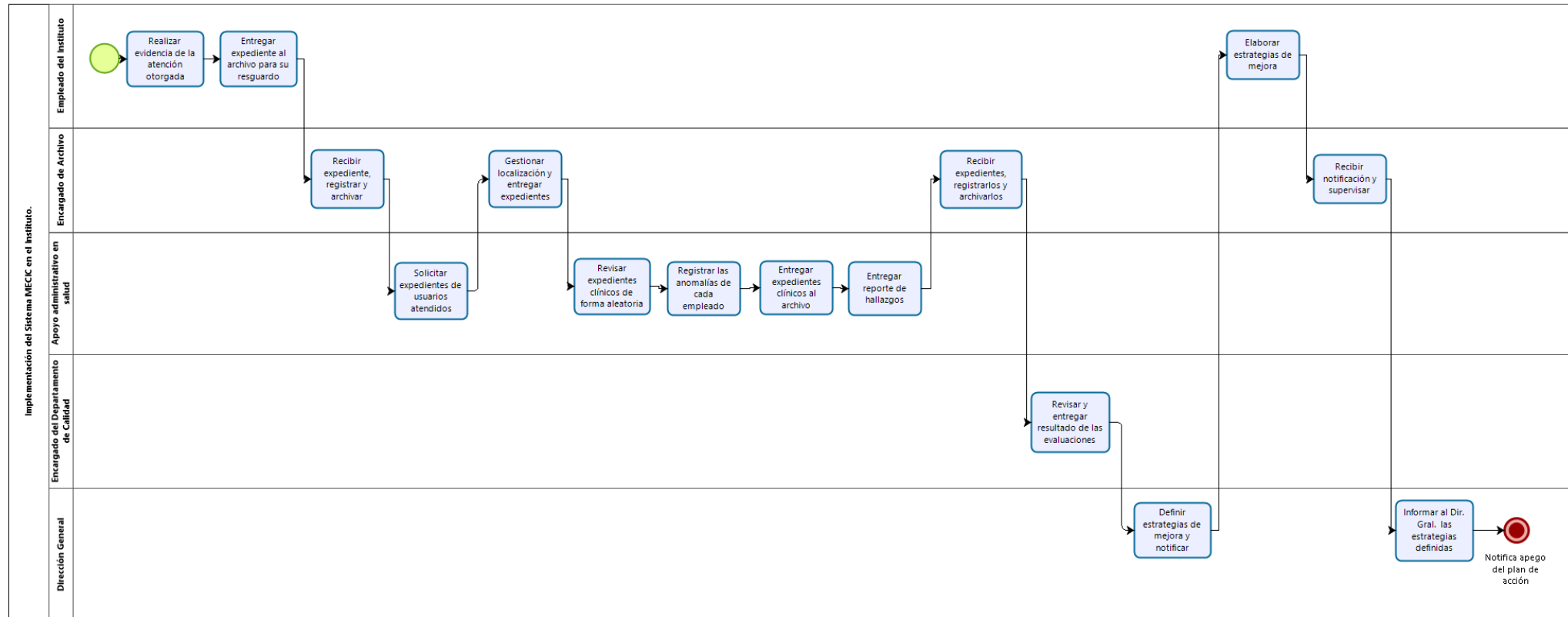
Narrativa del Procedimiento para la Implementación del Sistema INDICAS en el Instituto.

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Soporte Administrativo	Calidad	Explicar cómo deberá de ser llenado los formatos del Sistema Indicas, al personal de Enfermería.	Capacitación sobre las Encuestas de Trato Digno
2	Soporte Administrativo	Calidad	Entregar paquetes con los formatos de encuestas del sistema INDICAS a las Jefaturas de Piso.	Entrega de Formatos
3	Enfermera General A	Enfermería	Levantar encuestas y registrarlas en el formato correspondiente.	Levantamiento de Encuestas del sistema Indicas.
4	Enfermera General A	Enfermería	Entregar las encuestas realizadas a la Jefatura de Enfermería.	Entrega de encuestas
5	Jefa de Enfermeras	Enfermería	Analizar resultado de las encuestas y entregar copia al Departamento de Calidad.	Revisión de resultados de las encuestas
6	Soporte Administrativo	Calidad	Recibir, firmar y sellar informe de encuestas, tanto de los Avals Ciudadanos como de la Jefatura de Enfermería (Encuestas del Sistema Indicas).	Recepción de Encuestas
7	Soporte Administrativo	Calidad	Elaborar un reporte final para entregarlo al Director General.	Reporte Final
8	Director General	Dirección General.	Recibir reporte de los Indicadores de Calidad, analizar información y proponer estrategias de mejora.	Elabora plan de mejora
9	Director General.	Dirección General	Entregar estrategias de mejora al departamento de calidad y da seguimiento.	Entrega plan de mejora
10	Soporte Administrativo	Calidad	Recibir estrategias de mejora y realizar cierre de los indicadores de INDICAS en la plataforma electrónica del sistema INDICAS.	Registro en la plataforma de INDICAS
11	Soporte Administrativo	Calidad	Realizar pizarrón informativo de los Indicadores de Calidad.	Difusión de Resultados

Procedimiento para la Implementación del Sistema MECIC en el Instituto

Ficha del procedimiento	
Nombre	Implementación del sistema MECIC en el instituto
Descripción	Instrumento diseñado para identificar áreas críticas que pueden afectar la calidad en el servicio brindado, esto con la finalidad de implementar acciones de mejora
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-VI
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Calidad
Políticas del procedimiento	Elaborar expediente clínico del usuario, el cual será usado como medio de comunicación entre profesionales de la salud y como fuente primaria de observación, vigilancia, seguimiento y evidencia tangible de la atención médica y paramédica que el propio usuario reciba.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Generar evidencia de la atención médica al paciente a través del expediente clínico.
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Promover ciclo de gestión para la calidad del expediente clínico a través de evaluación, la cual consiste en: revisar cumplimiento normativo y medicina basada en evidencia.
Indicador	Porcentaje de acciones para la administración eficiente de los recursos

Modelado Procedimiento para la Implementación del Sistema MECIC en el Instituto.



Narrativa del Procedimiento para la Implementación del Sistema MECIC en el Instituto

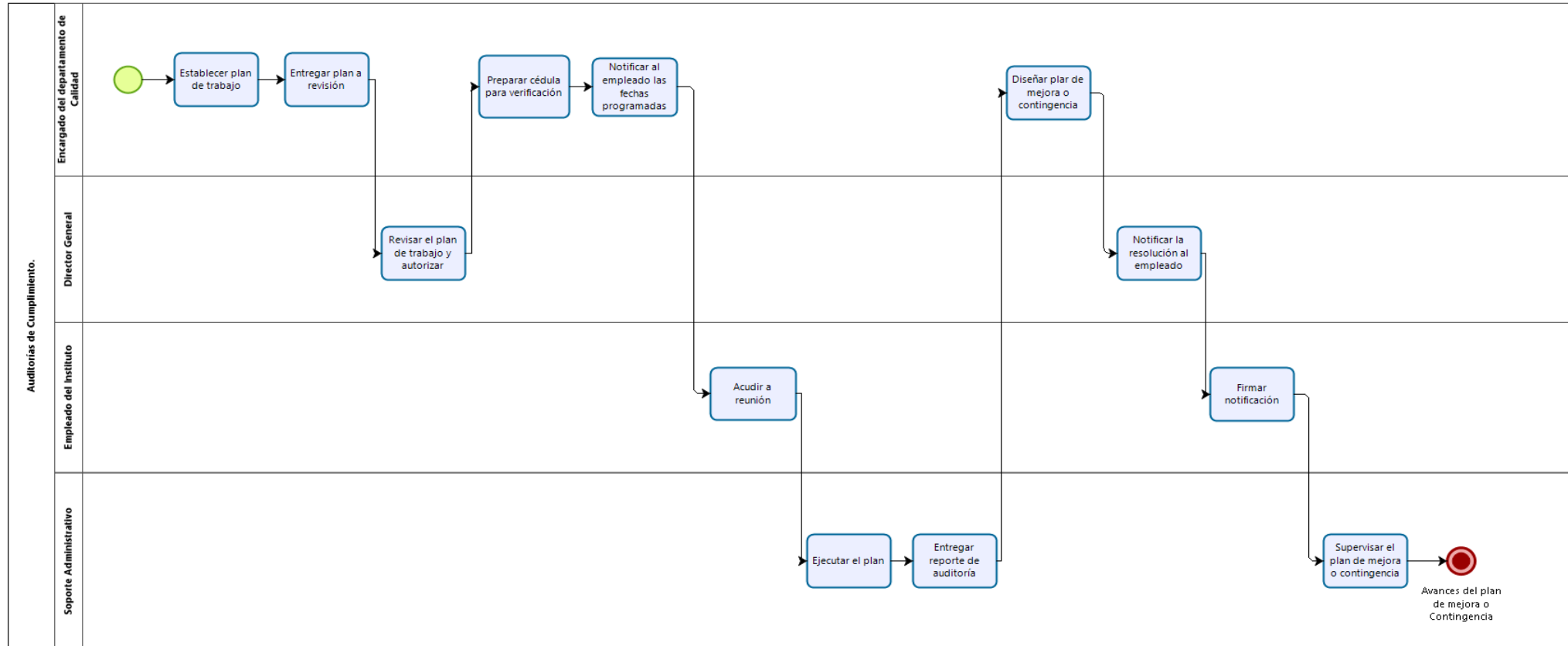
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Empleado del Instituto	Departamento del IJC	Realiza evidencia de la atención otorgada al paciente conforme a la Normativa vigente del mismo.	Genera documento y lo anexa al Expediente Clínico
2	Empleado del Instituto	Departamento del IJC	Entrega expediente al Archivo para su resguardo.	Entrega de expediente clínico
3	Soporte Administrativo (Encargado de Archivo)	Archivo	Recibe expediente, registrar y archivar. Informar a Calidad lista de usuarios atendidos en el día.	Resguardo de expediente clínico
4	Apoyo Administrativo en Salud	Calidad	Solicita expedientes de los usuarios atendidos al encargado de archivo en el formato correspondiente, recoger y firmar de recibidos.	Préstamo de expedientes
5	Soporte Administrativo (Encargado de Archivo)	Archivo	Recibe solicitud, gestionar localización y entregar expedientes solicitados.	Préstamo de expedientes
6	Apoyo Administrativo en Salud	Calidad	Revisa expedientes clínicos de forma aleatoria, dando prioridad a pacientes con estancias prolongadas o que hayan requerido de la intervención de varios servicios preferentemente. Evaluarlos según normativa y realizar registro de hallazgos.	Evaluación Aleatoria de los Expedientes Clínicos
7	Apoyo Administrativo en Salud	Calidad	Registra las anomalías de cada Empleado del Instituto involucrado en el proceso, de los hallazgos de la evaluación aleatoria.	Evaluación Focalizada de los Expedientes Clínicos
8	Apoyo Administrativo en Salud	Calidad	Entrega expedientes clínicos al Archivo.	Entrega de expediente clínico
9	Apoyo Administrativo en Salud	Calidad	Entrega reporte de hallazgos al encargado del departamento de Calidad.	Reporte de Hallazgos
10	Soporte Administrativo (Encargado de Archivo)	Archivo	Recibe expedientes, registrarlos y archivarlos.	Resguardo de expediente clínico

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
11	Soporte Administrativo (Encargado del departamento de Calidad)	Calidad	Revisa y entrega resultado de las evaluaciones del expediente clínico al Director General.	Evaluación de Expediente Clínico
12	Director General	Dirección General	Define estrategias de mejora y notificar al encargado del departamento de calidad y al Empleado del Instituto involucrado en este proceso.	Definición de estrategias de mejora
13	Empleado del Instituto	Departamento del IJC	Recibe notificación y elaborar estrategias de mejora.	Cumplimiento de normativa para expediente clínico
14	Soporte Administrativo	Calidad	Recibe notificación y supervisar la aplicación de las estrategias de mejora.	Verificación de apego a las estrategias de mejora
15	Soporte Administrativo (Encargado del Departamento de Calidad)	Calidad	Informa al Director General la aplicación de las estrategias definidas.	Notifica apego del plan de acción

Procedimiento para Auditorías de Cumplimiento

Ficha del procedimiento	
Nombre	Auditorías de cumplimiento
Descripción	Instrumentos para la evaluación de las distintas áreas del Instituto
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-I
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Calidad
Políticas del procedimiento	Realizar auditorías internas a los diferentes departamentos del Instituto para verificar que el sistema de calidad se cumpla, al igual que las cédulas de acreditación para el programa de Gastos Catastróficos en las patologías aplicables al Instituto, verificación de las estrategias de mejora y medir avances en el cumplimiento de las metas u objetivos planteados.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Programar auditorías internas, establecidas y autorizadas por el director general de la Institución, en conjunto con el director Médico.
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Hacer listado de verificación con el porcentaje de apego a la cédula de acreditación y/o normativa aplicable, según se trate del caso específico.
Indicador	Porcentaje de acciones para la administración eficiente de los recursos

Modelado del Procedimiento para Auditorías de Cumplimiento.



Narrativa del Procedimiento para Auditorías de Cumplimiento.

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Soporte Administrativo (Encargado del departamento de Calidad)	Calidad	Establece plan de trabajo anual y definir auditorías internas.	Elabora plan de trabajo
2	Soporte Administrativo (Encargado del departamento de Calidad)	Calidad	Entrega al Director General el plan de trabajo de Calidad para su revisión.	Solicita revisión del plan de trabajo
3	Director General	Dirección Médica	Revisa el plan de trabajo y su caso autoriza. Regresar documento a Calidad.	Validación del Plan de Trabajo
4	Soporte Administrativo (Encargado del departamento de Calidad)	Calidad	Recibe autorización y preparar cédula para la verificación correspondiente.	Preparación de la Cedula de Verificación
5	Soporte Administrativo (Encargado del departamento de Calidad)	Calidad	Notifica al Empleado del Instituto involucrado en el proceso de auditoría fechas programadas para su ejecución.	Notificación del calendario de auditorías al personal de los servicios involucrados
6	Empleado del Instituto	Departamento Auditado	Recibe notificación y acudir a la reunión, en la hora y fecha señalada.	Proceso de auditoría
7	Soporte Administrativo	Calidad	Ejecuta el plan de acción para la auditoría y llenar la cédula de verificación correspondiente.	Proceso de auditoría
8	Soporte Administrativo	Calidad	Entrega reporte de auditoría al encargado del departamento de Calidad.	Entrega de Cédula de Verificación
9	Soporte Administrativo (Encargado del	Dirección Médica	Recibe reporte y diseñar plan de mejora o contingencia, según sea el caso. Entregar plan de mejora a la Dirección General.	Diseño de estrategias de mejora o contingencia

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	88 de 673

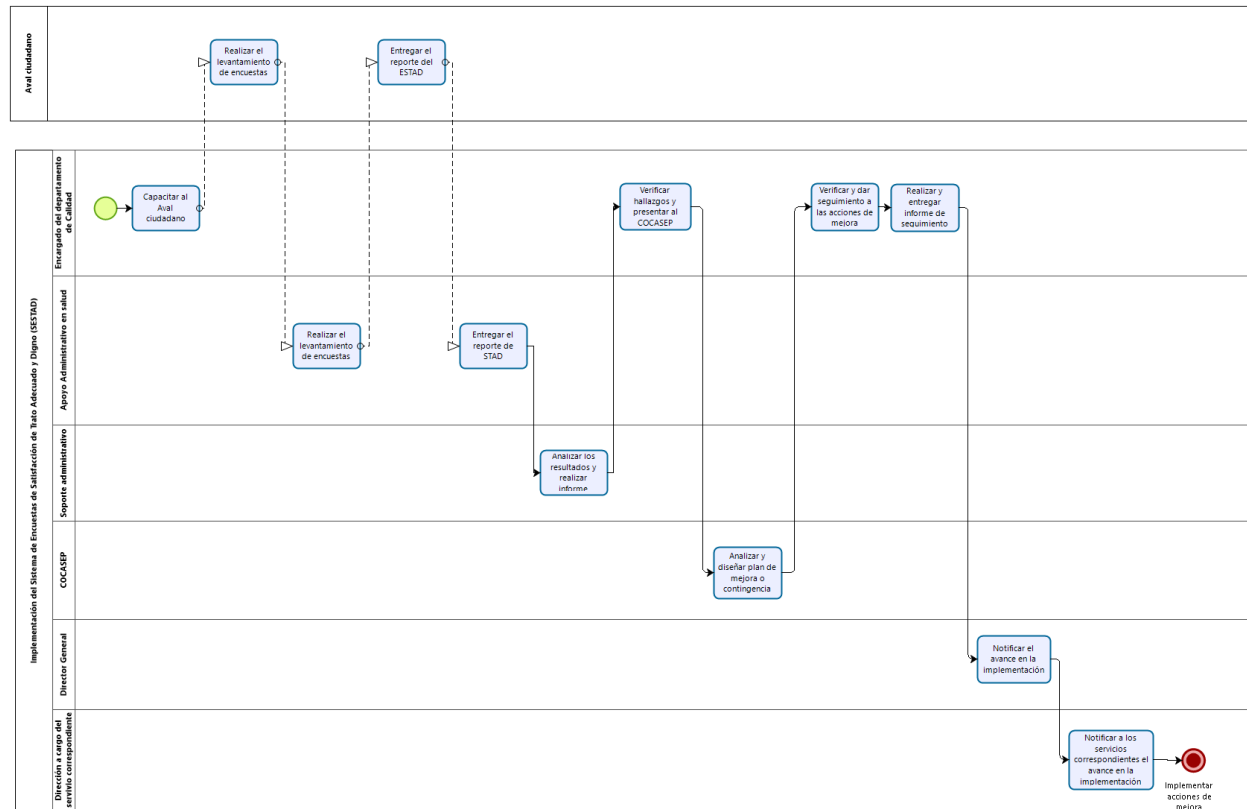
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
	departamento de Calidad)			
10	Dirección General	Calidad	Recibe plan de mejora y notificar al Empleado del Instituto la resolución y dar seguimiento a la implementación.	Notificación de estrategias de mejora o contingencia
11	Empleado del Instituto	Departamento Auditado	Firma notificación y ejecutar estrategias de mejora o contingencia, según sea el caso específico.	Dar solución a lo solicitado
12	Soporte Administrativo	Calidad	Supervisa el Plan de Mejora o Contingencia, según sea el caso específico. Elaborar reporte de avances y entregar a los Directivos involucrados en el proceso.	Entrega avances del Plan de Mejora o Contingencia

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	89 de 673

Procedimiento de Implementación del Sistema de Encuestas de Satisfacción de Trato Adecuado y Digno (SESTAD)

Ficha del procedimiento	
Nombre	Implementación del sistema de encuestas de satisfacción de trato adecuado y digno SESTAD
Descripción	Instrumentos para conocer la percepción de los usuarios respecto a los aspectos relacionados con satisfacción y trato digno recibidos en la Institución
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-16-I
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Calidad
Políticas del procedimiento	Sondear la percepción del Usuario (por parte del Aval Ciudadano) en cuanto al trato recibido por parte de los empleados del Instituto. Calidad deberá capacitar a los Avaes Ciudadanos en las funciones que deberán de realizar en la Institución.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Generar la participación de Avaes Ciudadanos en el Instituto Jalisciense de Cancerología.
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Atender quejas, sugerencias o felicitaciones de los usuarios.
Indicador	Porcentaje de acciones para la administración eficiente de los recursos

Modelado del Procedimiento para Implementación del Sistema de Encuestas de Satisfacción de Trato Adecuado y Digno (SESTAD)



Narrativa del Procedimiento Implementación del Sistema de Encuestas de Satisfacción de Trato Adecuado y Digno (SESTAD)

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Soporte Administrativo (Encargado del departamento de Calidad)	Dirección Médica	Capacita al Aval ciudadano y al apoyo administrativo del departamento de calidad para el levantamiento de encuestas del ESTAD	Diseño de estrategias de mejora o contingencia
2	Aval Ciudadano	Externo IJC	Realiza el levantamiento de encuestas en los servicios de Hospitalización y Consulta externa a los usuarios del instituto.	Transparencia en la percepción de la atención a los usuarios
3	Apoyo Administrativo en Salud	Calidad	Realiza el levantamiento de encuestas en los servicios de Hospitalización y Consulta externa a los usuarios del instituto.	Reporte de Hallazgos
4	Aval Ciudadano	Externo IJC	Entrega el reporte del ESTAD al personal del departamento de calidad y notifica hallazgos del monitoreo del Aval Ciudadano	Transparencia en la percepción de la atención a los usuarios
5	Apoyo Administrativo en Salud	Calidad	Entrega el reporte del ESTAD al personal del departamento de calidad y notifica hallazgos del Monitoreo como Monitor Institucional	Transparencia en la percepción de la atención a los usuarios
6	Soporte Administrativo		Analiza los resultados entregados por el Aval ciudadano y el Monitor Institucional y realiza informe para el encargado del departamento de calidad	
7	Soporte Administrativo (Encargado del departamento de Calidad)	Calidad	Verifica hallazgos y presenta al COCASEP	Presentar los hallazgos encontrados.
8	COCASEP	Calidad	Analizan y diseñar plan de mejora o contingencia, según sea el caso. Entregar plan de mejora a los servicios correspondientes.	Definir las estrategias de mejora pertinentes
9	Soporte Administrativo (Encargado del	Calidad	Verifica y da seguimiento a la implementación de las acciones de mejora.	Mejorar la percepción de los usuarios

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	92 de 673

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
	departamento de Calidad)			
10	Soporte Administrativo (Encargado del departamento de Calidad)	Calidad	Realiza y entrega informe de seguimiento a la Dirección General	Evidenciar las mejoras implementadas o las acciones que sea necesario volver a analizar.
11	Dirección General.	Dirección General	Notifica a las Direcciones correspondientes el avance en la implementación de las acciones de mejora y definen plan de trabajo.	Evidenciar las mejoras implementadas o las acciones que sea necesario volver a analizar.
12	Dirección a cargo del servicio correspondiente	Direcciones.	Notifica a los servicios correspondientes el avance en la implementación de las acciones de mejora y definen plan de trabajo.	Implementar las acciones de mejora.

Ficha del servicio de Calidad

Nombre del trámite o servicio	Calidad
Descripción del servicio	Implementar los sistemas SUG, Indicas, Estad y MECIC; Invitar e Instalar al Aval Ciudadano, promover la participación activa del Aval Ciudadano y realiza Auditorías de Cumplimiento.
Documentos que se obtienen con el trámite	Identificar, notificar y dar seguimiento a quejas, sugerencias y felicitaciones de los pacientes y empleados, evidenciar la práctica médica y paramédica a través del monitoreo y corrección de las prácticas de redacción y acomodo del expediente clínico; supervisión del apego a las cédulas de acreditación y Certificación Hospitalaria y de las normativas vigentes en el Instituto, elaboración de planes de mejora, del pizarrón informativo y de cartas-compromiso, así como la correcta alimentación de datos de la plataforma de INDICAS.
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Variable
Usuario(s)	Pacientes, Empleados y Dependencias Estatales, Municipales y Federales
Responsable del servicio	Francia Pamela Hernández Rodríguez
Domicilio, Ubicación y teléfono	Tercer piso de la Calle Coronel Calderón # 715, de la Colonia El Retiro, en el Municipio de Guadalajara, Jalisco. C.P. 44280.
Horario de atención	7:00 A.M. A 1:30 P.M.
Requisitos	Recibir papeleta de felicitación, queja, sugerencia, oficio de petición, de invitación o indicación verbal del Director General, del Director Médico o de algún Encargado de Departamento
Costo, forma y lugar de pago	No aplica
Tiempo de respuesta	Variable, según tipo de evento.
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa, Dirección General
Dirección de Área responsable o equivalente	Francia Pamela Hernández Rodríguez
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	No aplica

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	94 de 673

Procedimiento de Ejecución de auditoría

Ficha del procedimiento	
Nombre	Ejecución de Auditoría
Descripción	Recolección de datos para la evaluación efectiva
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-15-VII
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Órgano interno de control
Políticas del procedimiento	Este procedimiento se realiza de conformidad con: programa anual de trabajo, guía de auditoría, lineamientos para la revisión de fondos y programas federalizados y con las normas profesionales de Auditoría.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Programa Anual de Trabajo (PAT); Establecer criterios para la Elaboración del Programa Anual de Trabajo, Antecedentes de auditorías, Estructura orgánica, Rubros del Programa que se verificará, Alcance de la revisión, quejas, denuncias ciudadanas o medios de comunicación, Mesas de trabajo para definir la documentación e información necesaria para estar en posibilidades de solventar las observaciones determinadas en las Auditorías practicadas.
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Informe de Resultados de Auditoría, Cédulas de Observaciones, Oficio de Conclusión y Dictamen de presunta responsabilidad administrativa.
Indicador	Porcentaje de acciones para la administración eficiente de los recursos

Narrativa del Procedimiento Ejecución de auditoría

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Titular del Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Instruye para la elaboración de la planeación del Programa Anual de Trabajo	Instrucción asignada de Planeación del programa anual de trabajo.
2	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Elabora la Planeación del Programa Anual de Trabajo.	Planeación del programa anual de trabajo elaborada
3	Titular del Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Designa a los responsables para la ejecución de auditorías especificando tiempos, y derivado de ello, quienes llevarán a cabo una investigación preliminar que le permita conocer los antecedentes del sujeto auditado y sus objetivos legales plasmados.	Cronograma de Actividades elaborado
4	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Elabora proyecto Orden de Auditoría y/o Complementaria y Oficio de Comisión, para firma del Titular del OIC	Proyecto de oficio de Orden de Auditoría y Oficio de Comisión elaborados
5	Titular del Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Realiza el análisis del proyecto de Orden de Auditoría y Oficio de Comisión, para su firma.	Oficio de Orden de Auditoría y Oficio de Comisión firmado
6	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Elabora el proyecto de Acta de Inicio y/o Complementaria, Oficio de Comisión, para firma del Titular del Órgano Interno de Control	Acta de Inicio y/o complementaria y oficio de comisión, elaborados
7	Titular del Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Autoriza y firma el Acta de Inicio	Acta de Inicio firmada por el Titular del OIC.

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
8	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Concreta cita con la Entidad Auditada para el Inicio de la Auditoría.	Cita concertada con Entidad auditada
9	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Acude a la Entidad Auditada para el Acto Protocolario de Inicio de Auditoría y Entrega de la Orden de Auditoría, Comisión, lectura de Acta de Inicio o Complementaria y presentación de los Servidores Públicos (Equipo de Auditoría)	Acto protocolario de inicio de auditoría realizado
10	Entidad Auditada	Entidad Auditada.	Presenta al Enlace para atender la Auditoría	Enlace de auditoría presentado y lugar de trabajo asignado
11	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Notifica y firma Orden de Auditoría y el Acta de Inicio.	Orden de Auditoría firmada y Acta de inicio notificadas
12	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Elabora y aplica a la Entidad Auditada, el Cuestionario de Control Interno y remite al Enlace del Ente para firma y sello	Cuestionario de Control Interno aplicado y remitido a firma
13	Entidad Auditada	Entidad Auditada.	Recibe, firma y sella el cuestionario de Control Interno.	Cuestionario de Control Interno firmado y sellado por el Enlace
14	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Recibe, firma y revisa la información y documentación del Cuestionario de Control Interno y determinar la muestra selectiva de acuerdo al universo	Cuestionario de Control Interno firmado por el Abogado adscrito al OIC y muestra selectiva determinada
15	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Elabora Solicitud de Información y Documentación para la Auditoría, estableciendo el término que regule el marco normativo aplicable para tal efecto, a fin de que sea firmado por el Titular del OIC	Documentos de trabajo solicitados y con fecha de término

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
16	Titular del Órgano Interno de Control	Órgano Interno de Control.	Realiza el análisis de la Solicitud de Información y Documentación, realizando su firma	Documentos de trabajo solicitados y con fecha de término firmados
17	Enlace de la Entidad Auditada	Órgano Interno de Control.	Entrega información requerida.	Oficio de entrega de información
18	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Recopila, registra, analiza y evalúa la información de una manera lógica y sistemática.	Información analizada y evaluada
19	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Elabora Papeles de Trabajo, Genera Observaciones por irregularidades e inconsistencias, o en su caso, indica no haber encontrado, conforme a Normas, Procedimientos y Técnicas de Auditoría Gubernamental y remitir al Titular del OIC de para su revisión	Documentos de trabajo elaborados
20	Titular del Órgano Interno de Control	Órgano Interno de Control.	Revisa Papeles de Trabajo, Corrige e indica se elaboren las Cédulas de Observaciones o Seguimiento, el Informe de Resultados Preliminares de Auditoría en borrador e incorporen el anexo de Cédula de Observaciones	Supervisión de Documentos de trabajo
21	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Elabora Cédulas de Observaciones o Seguimiento, Informe de Resultados preliminares de Auditoría en borrador, incorporando anexo de Cédula de Observaciones y remite al Titular del OIC para correcciones	Informe elaborado de Resultados Preliminares de Auditoría
22	Titular del Órgano Interno de Control	Órgano Interno de Control.	Autoriza y firma el Informe de Resultados Preliminares de Auditoría y dar Vo. Bo.	Informe de Resultados Preliminares de Auditoría autorizado por Dirección General
23	Enlace de la Entidad Auditada	Entidad Auditada.	Recibe la notificación donde se proporcionan 15 días hábiles a partir del día siguiente de la notificación, para ser subsanadas las observaciones	Acuse de recibido de oficio de Informe de resultados preliminares



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	99 de 673

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
24	Enlace de la Entidad Auditada	Entidad Auditada.	Solicita una ampliación de tiempo para contestar las observaciones por única vez	Solicitud de Prórroga entregada
25	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Elabora Oficio de ampliación de contestación por 10 días del Informe de Resultados Preliminares de Auditoría y Cédulas de Observaciones.	Oficio de ampliación de prórroga elaborado
26	Titular del Órgano Interno de Control	Órgano Interno de Control.	Realiza el análisis del oficio de ampliación y procede con su firma	Oficio de ampliación de prórroga firmado
27	Enlace de la Entidad Auditada	Órgano Interno de Control.	Solicita una mesa de trabajo, por escrito, verbal o vía telefónica	Mesa de Trabajo solicitada
28	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Realizan la mesa de trabajo.	Minuta de mesa de trabajo elaborada y firmada
29	Enlace de la Entidad Auditada	Órgano Interno de Control.	Remite posterior al periodo de la ampliación de prórroga, anexo al Informe de Auditoría, la documentación en la que obre evidencia de las acciones realizadas a efecto de atender y solventar las observaciones.	Respuesta con evidencias a Observaciones, enviada
30	Titular del Órgano Interno de Control	Órgano Interno de Control.	Recibe respuesta de la Entidad para su análisis y seguimiento correspondiente.	Respuesta con evidencia a Observaciones recibida
31	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Elabora el Oficio de Seguimiento y Conclusión	Oficio de Seguimiento y Conclusión elaborado
32	Titular del Órgano Interno de Control	Órgano Interno de Control.	Firma el Oficio de Seguimiento y Conclusión	Oficio de Seguimiento y Conclusión firmado el Titular del OIC



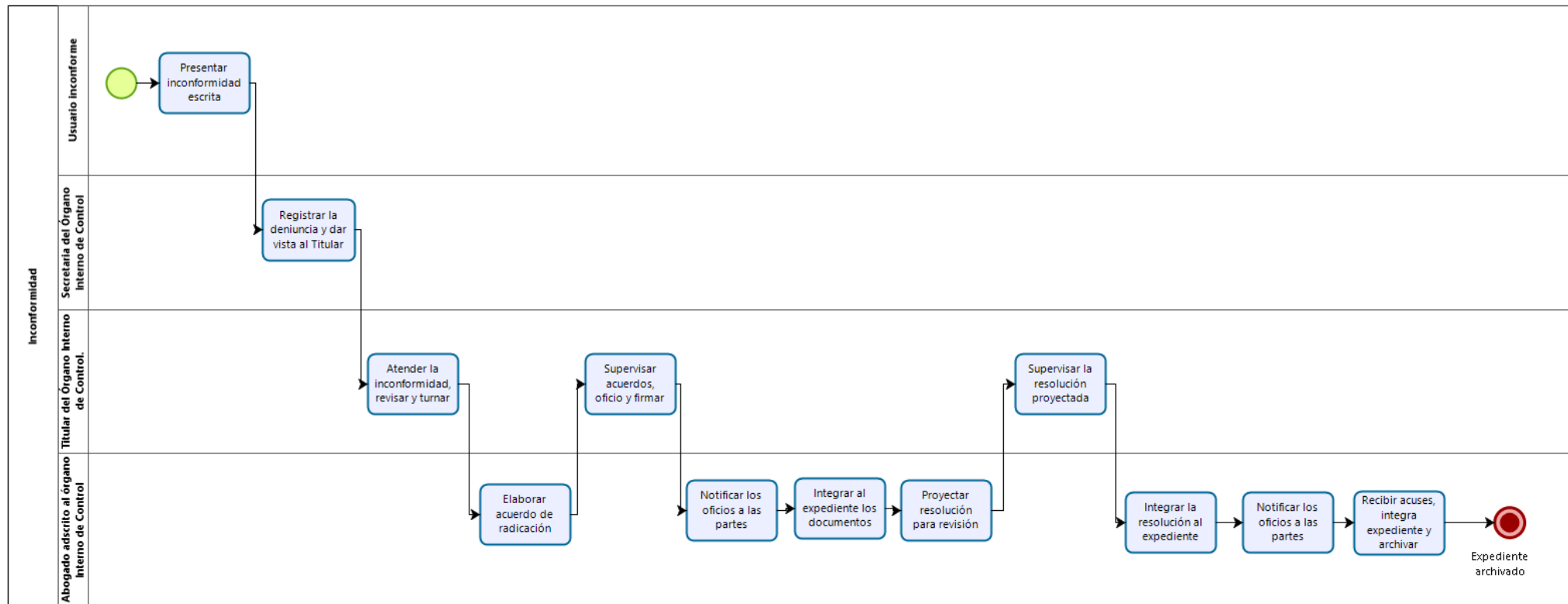
Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	100 de 673

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
33	Enlace de la Entidad Auditada	Órgano Interno de Control.	En caso de no ser subsanadas las observaciones en los plazos otorgados o bien se consta de las anomalías reportadas son de magnitud de negligencia de algún Servidor Público o un quebranto patrimonial a la Entidad auditada, se realiza el Informe de Presunta Responsabilidad Administrativa, a fin de que sea remitida a la Autoridad Substanciadora.	Dictamen de Posible Responsabilidad Administrativa elaborado

Procedimiento de Inconformidad

Ficha del procedimiento	
Nombre	Inconformidad
Descripción	Recepción y seguimiento del escrito de inconformidad
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XVII
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Órgano interno de control
Políticas del procedimiento	En caso de que algún escrito de inconformidad no sea competencia del Órgano Interno de Control, deberá ser remitido a la autoridad correspondiente de forma inmediata en cumplimiento al artículo 50, de la Ley del Procedimiento Administrativo del Estado de Jalisco. Si la instancia de inconformidad es admitida, el Abogado deberá actuar de conformidad a los principios de economía y celeridad procesal establecida en el Capítulo IV, de la Ley de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Estado de Jalisco y sus Municipios.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Escrito de Inconformidad presentado por licitantes
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Resolución Administrativa
Indicador	Porcentaje de acciones para la administración eficiente de los recursos

Modelado del Procedimiento *Inconformidad*



Narrativa del Procedimiento de Inconformidad

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Usuario inconforme	Órgano Interno de Control.	Presentar manifestación de inconformidad escrita.	Inconformidad emitida.
2	Secretaria del Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Registrar la denuncia y dar vista al Titular del Órgano Interno de Control.	Inconformidad recibida.
3	Titular del Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Atiende la inconformidad, la revisa y turna a Abogado solicitando su atención.	Inconformidad Turnada.
4	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Elabora acuerdo de radicación del escrito de inconformidad.	Proyectos de Acuerdos y oficios remitidos al Titular del OIC.
5	Titular del Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Supervisa acuerdos, oficios y firma.	Acuerdos y oficios firmados por el Titular del OIC
6	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Notifica los oficios a las partes, recaba los acuses y los entrega	Acuses de recibo
7	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Integra al expediente todos los documentos y acuses.	Expediente integrado
8	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Proyecta resolución para revisión	Resolución proyectada.
9	Titular del Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Supervisa la resolución proyectada y firma	Resolución firmada.



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	104 de 673

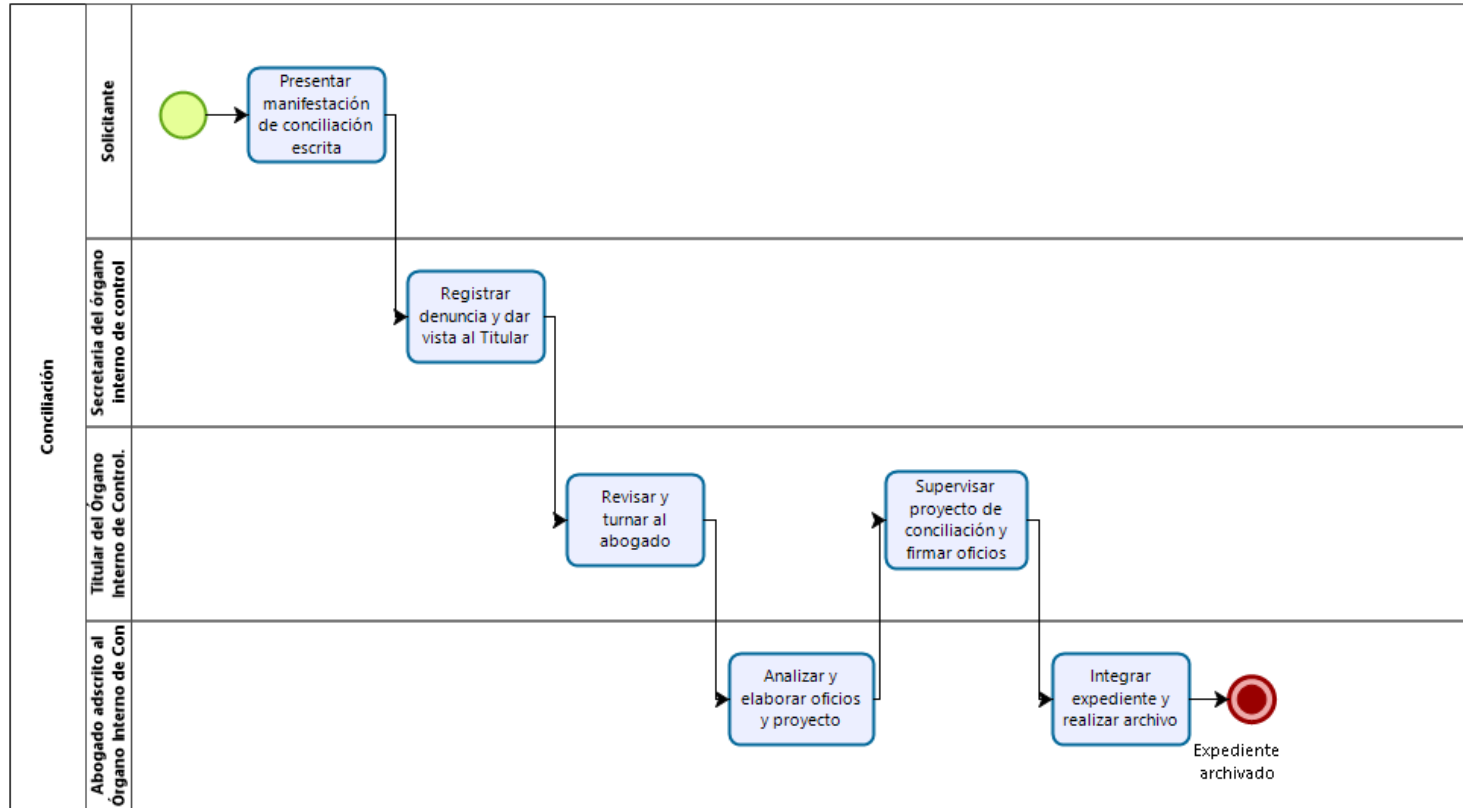
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
10	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Integra la resolución al expediente y remite oficios con anexos para notificación.	Oficios para notifica
11	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Notifica los oficios a las partes.	Acuses de notificación.
12	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Recibe acuses, integra expediente y realiza archivo	Expediente archivado.

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	105 de 673

Procedimiento de Conciliación

Ficha del procedimiento	
Nombre	Conciliación
Descripción	Solución de conflictos y gestión de diferencias
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-15-X
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Órgano interno de control
Políticas del procedimiento	El Abogado deberá actuar de conformidad a la normatividad aplicable.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Conciliación
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Conciliaciones celebradas
Indicador	Porcentaje de acciones para la administración eficiente de los recursos

Modelado del Procedimiento Conciliación



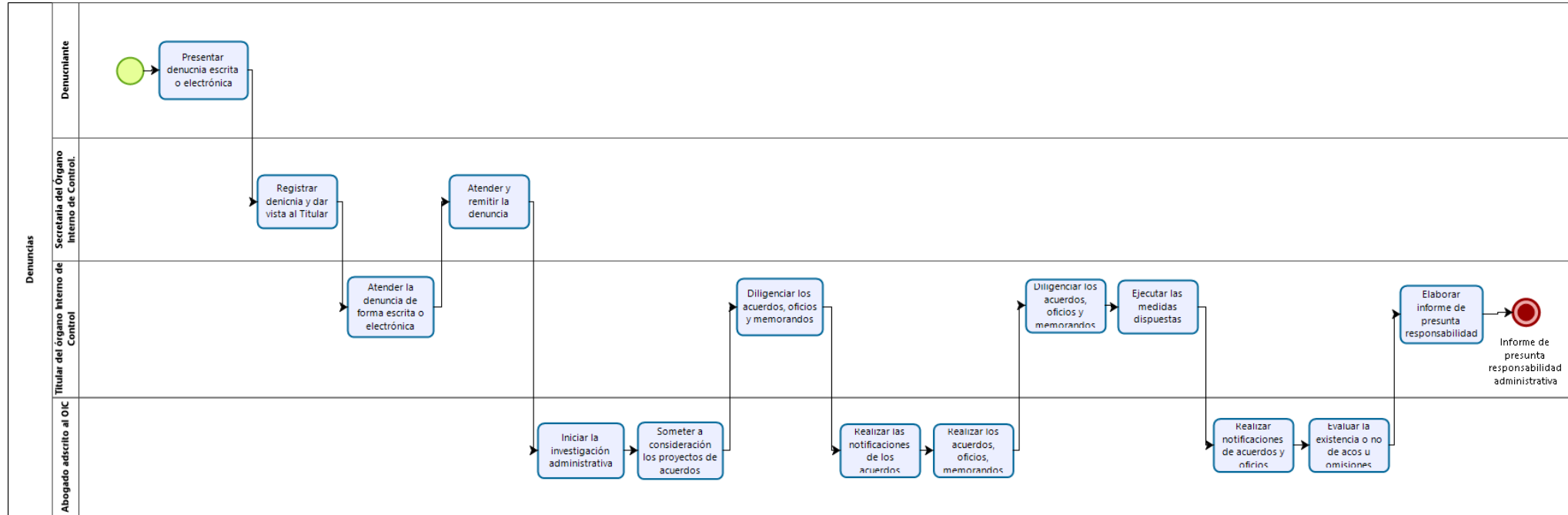
Narrativa del Procedimiento de Conciliación

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Solicitante.	Órgano Interno de Control.	Presentar manifestación de conciliación escrita.	Conciliación emitida
2	Secretaria del Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Registrar la denuncia y dar vista al Titular del Órgano Interno de Control.	Conciliación recibida.
3	Titular del Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Revisa y turna al Abogado el oficio y anexo de la propuesta de conciliación para su análisis.	Propuesta de conciliación turnada.
4	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Analiza y elabora los oficios y proyecto para la conciliación y remite los oficios para revisión.	Proyecto y oficios elaborados
5	Titular del Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Supervisa proyecto de conciliación y firma los oficios.	Proyecto supervisado y oficios firmados por el Titular del OIC.
6	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Recibe acuerdos, integra expediente y realiza archivo	Expediente archivado.

Procedimiento de Denuncias

Ficha del procedimiento	
Nombre	Denuncias
Descripción	Recepción y atención de denuncias
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-15-V
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Órgano interno de control
Políticas del procedimiento	<p>En caso de que algún documento, oficio y/o término de cualquier índole no sea competencia del Órgano Interno de Control, deberá de ser remitido a la autoridad correspondiente de forma inmediata.</p> <p>Los responsables deberán actuar de conformidad a la normatividad aplicable.</p> <p>Los responsables deberán actuar de conformidad a los principios de economía y celeridad procesal.</p>
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Presentación de Denuncias.
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Denuncia atendida.
Indicador	Porcentaje de acciones para la administración eficiente de los recursos

Modelado del Procedimiento de Denuncias



Narrativa del Procedimiento Denuncias

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Denunciante.	Órgano Interno de Control.	Presenta manifestación de denuncia escrita o electrónicamente mediante el sistema SIDEN.	Denuncia emitida.
2	Secretaria del Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Registra la denuncia y dar vista al Titular del Órgano Interno de Control.	Denuncia recibida.
3	Titular del Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Atiende la denuncia de forma escrita o electrónica, la revisa y turna solicitando su atención.	Denuncia turnada.
4	Secretaria del Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Atiende y remite la denuncia (con número de expediente) al Abogado adscrito OIC, donde se asigna internamente en el proceso de recepción de la denuncia para su adecuado seguimiento y control.	Expediente con número asignado turnado al Abogado adscrito al OIC.
5	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Inicia la Investigación Administrativa.	Acuerdo de Avocamiento, oficios y/o memorandos iniciados
6	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Somete a consideración del Titular del Órgano Interno de Control los proyectos de acuerdos, oficios y/o memorandos, para validación y firma.	Acuerdos y oficios turnados a revisión y firma
7	Titular del Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Diligencia los acuerdos, oficios y/o memorandos para su firma.	Acuerdos y oficios firmados por el Titular del Órgano Interno de Control.
8	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Realiza las notificaciones correspondientes de los acuerdos, oficios y/o memorandos emitidos por el Titular del Órgano Interno de Control.	Notificación de acuerdos y oficios.

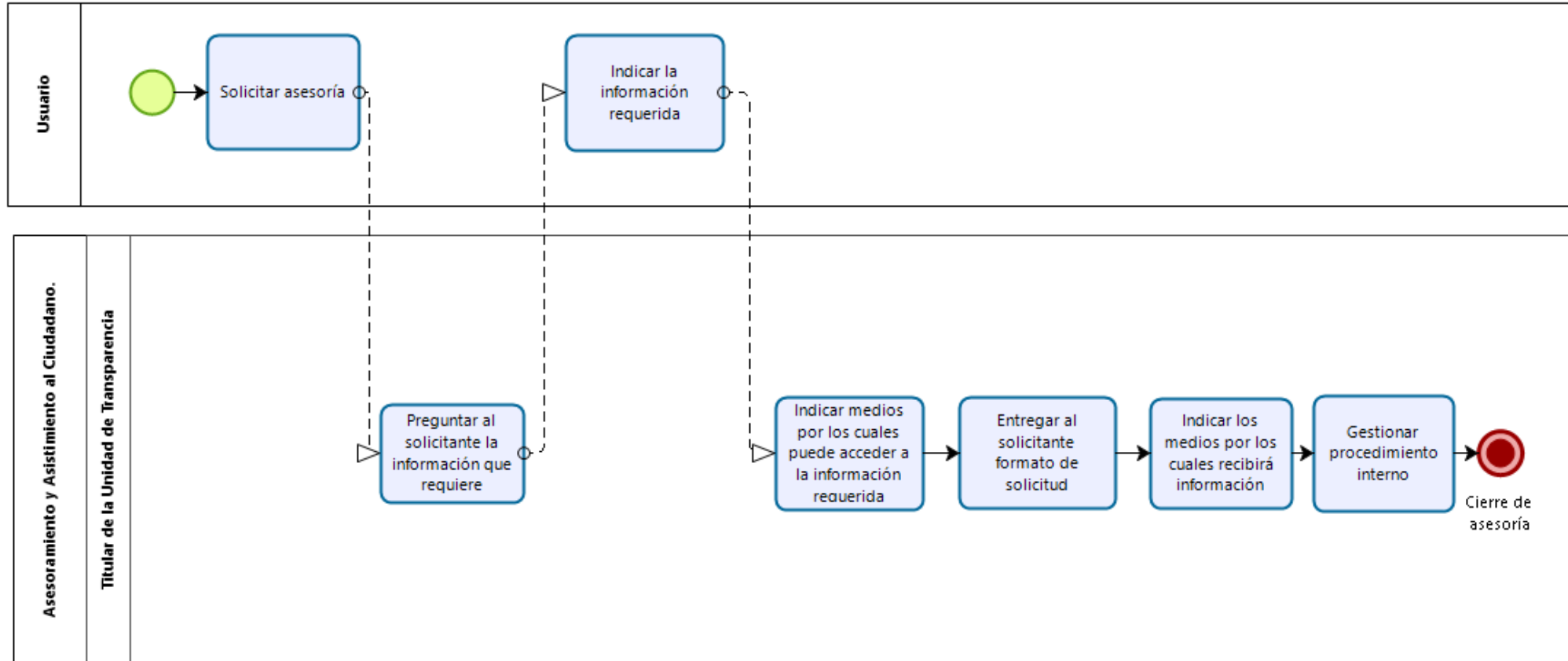
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
9	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Realiza los acuerdos, oficios, memorandos, así como diversas diligencias con el objeto de allegar elementos para esclarecer los hechos relacionados con la comisión de presuntas faltas administrativas, y sometiénolos a consideración del Titular del Órgano Interno de Control, para su validación y firma.	Documentos oficiales y elementos de investigación reunidos
10	Titular del Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Diligencia los acuerdos, oficios y/o memorandos para su firma.	Acuerdos y oficios firmados por el Titular del Órgano Interno de Control.
11	Titular del Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Ejecuta las medidas dispuestas por el artículo 97 de la L.G.R.A.	Medidas ejecutadas y Acuerdo emitido
12	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Realiza notificaciones de acuerdos y oficios.	Acuerdos y oficios correspondientes notificados.
13	Abogado adscrito al Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Evalúa la existencia o no de actos u omisiones, realizar el proyecto de conclusión y archivo o en su caso realizar la calificación como grave o no grave, para anexarlo en el Informe de Presunta Responsabilidad Administrativa (IPRA)	Acuerdo de Conclusión y Archivo, o en su caso realización de Acuerdo de Calificación de Falta y elaboración del Informe de Presunta Responsabilidad Administrativa (IPRA)
14	Titular del Órgano Interno de Control.	Órgano Interno de Control.	Evalúa la existencia o no de actos u omisiones conforme a la Ley de conformidad al proyecto realizado, y en su caso calificarlos como graves o no graves y firmar el respectivo Informe de Presunta Responsabilidad Administrativa (IPRA). Ordenar el archivo del expediente, ya sea por no existir elementos jurídicos para presumir una responsabilidad administrativa, o por remitirlo a la Autoridad Sustanciadora.	Informe de Presunta Responsabilidad Administrativa (IPRA) elaborado o archivo del expediente ordenado

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	112 de 673

Procedimiento de Asesoramiento y Asistimiento al ciudadano

Ficha del procedimiento	
Nombre	Asesoramiento y asistimiento al ciudadano
Descripción	Asistimiento para la solicitud de información pública y trámites relacionados
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-X
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Unidad de transparencia
Políticas del procedimiento	Asesorar y asistir gratuitamente a los solicitantes para elaborar una solicitud de acceso a la información pública y en los trámites para acceder a la información pública.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Entregar solicitud de acceso a la información pública.
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Asistimiento y asesoría a personas ciudadanas.
Indicador	No aplica

Modelado del proceso de Asesoramiento y Asistimiento al ciudadano



Narrativa del procedimiento de Asesoramiento y asistimiento al ciudadano

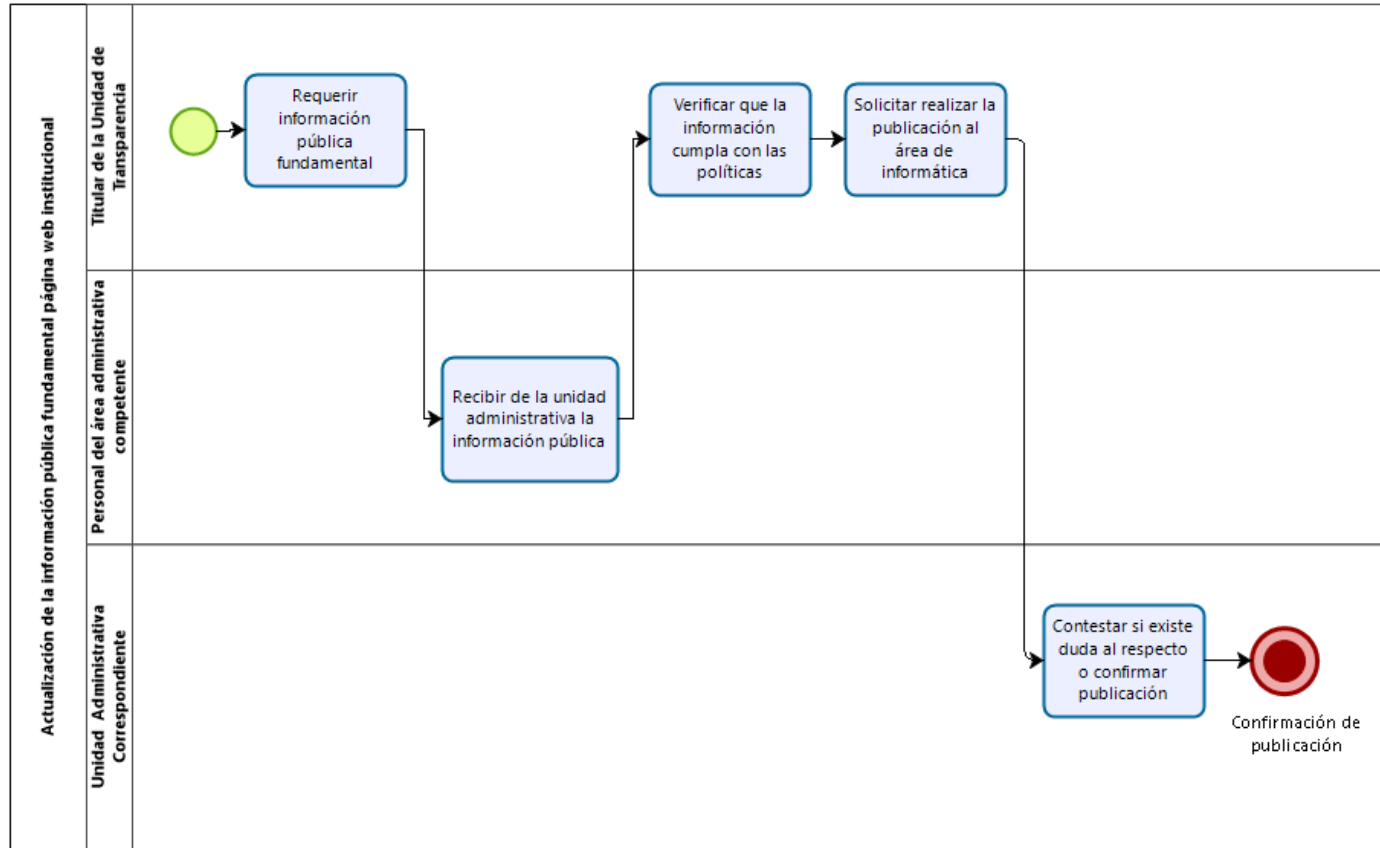
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Usuario	Externa	Pedir verbalmente asesoría.	Inicio de procedimiento.
2	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Preguntar a la persona ciudadana, cuál es su requerimiento o que información requiere del sujeto obligado.	Inicia asesoría.
3	Usuario	Externa	Indica a la persona de la Unidad de Transparencia, cual es la información que requiere.	Indica información requerida
4	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Indica medios por los cuales puede acceder a la información requerida.	Asesorar al ciudadano.
5	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Entrega a la persona ciudadana el formato físico de solicitud de acceso a la información pública o asiste a presentarla vía Plataforma Nacional de Transparencia, para su debido llenado y presentación formal.	Asesorar al ciudadano.
6	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Indica los medios por los cuales recibirá la información.	Asesorar al ciudadano.
7	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Recibir solicitud de acceso a la información pública y gestiona el procedimiento interno.	Cierre de asesoría.

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	115 de 673

Procedimiento de Actualización de la información pública fundamental

Ficha del procedimiento	
Nombre	Actualización de la información pública fundamental
Descripción	Mantener la información al público actualizada
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XVII
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Unidad de transparencia
Políticas del procedimiento	Mantener actualizada la información pública fundamental en la página web institucional.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Página web.
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Página web institucional actualizada.
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento Actualización de la información pública fundamental



Narrativa del proceso de Actualización de la información pública fundamental

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Requiere por medio de oficio o correo oficial electrónico la información pública fundamental de las áreas administrativas competentes para actualizar la página oficial web institucional.	Inicio de actualización de página web.
2	Personal del área administrativa competente	Unidad Administrativa	Recibe de la unidad administrativa competente la información pública fundamental que sea de su competencia.	Recibir información.
3	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Verifica que la información proporcionada por las áreas administrativas correspondientes, cumpla con las políticas de publicación de información fundamental.	Verificación de información.
4	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Solicita vía correo electrónico u oficio al personal de Informática, realice la publicación de la información pública fundamental, en la página oficial institucional, en el apartado de transparencia, artículo 8, y fracción e inciso el correspondiente.	Envía información para publicación.
5	Unidad administrativa de Informática	Personal de Informática	Contesta vía correo electrónico u oficio, informando a la Unidad de Transparencia si existiese duda respecto la petición de publicación de información, o en su caso confirma la publicación de la información peticionada.	Confirmación de publicación de información pública fundamental.

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	118 de 673

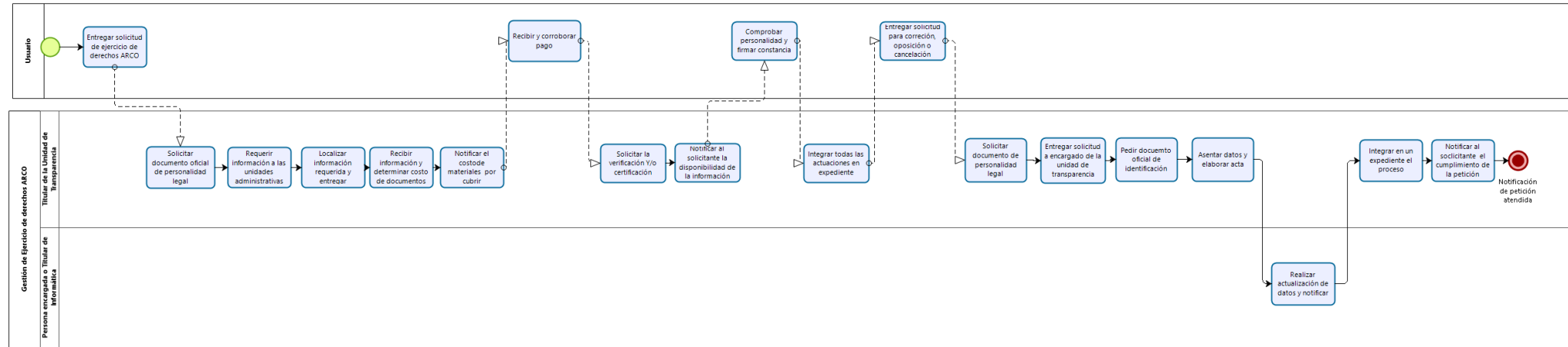
Procedimiento de Solicitudes de ejercicio de derechos de ARCO

Ficha del procedimiento	
Nombre	Solicitudes de ejercicio de derechos de ARCO
Descripción	Atender las solicitudes de modificación de datos personales
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XV
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Unidad de transparencia
Políticas del procedimiento	En todo momento el titular o su representante podrán solicitar al responsable el acceso, rectificación, cancelación u oposición al tratamiento de los datos personales.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Recibir solicitud de ejercicio de derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición) por parte del titular o su representante, así como la documentación necesaria para comprobar personalidad.
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Acceder a los datos personales que obren en posesión de este Instituto, así como conocer la información relacionada con las condiciones, particularidades y generalidades de su tratamiento; realizando rectificación o corrección de datos personales cuando éstos resulten ser inexactos, incompletos o no se encuentren actualizados; dar acceso a la información personal debiendo señalar la modalidad en la que prefiere que éstos se reproduzcan; realizar la cancelación de datos personales de los archivos, registros, expedientes y sistemas del Instituto, a fin de que los mismos ya no estén en su posesión y dejen de ser tratados por este último; garantizar la oposición y cese al tratamiento de datos personales.
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	119 de 673

Modelado del proceso de Solicitudes de ejercicio de derechos de ARCO



Narrativa del procedimiento de Solicitudes de ejercicio de derechos de ARCO

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Usuario	Externa	Entrega solicitud de ejercicio de derechos ARCO a la persona encargada de la unidad de transparencia.	Inicio de procedimiento de acceso.
2	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Solicita documento oficial con el cual ostenta personalidad o representación legal, sobre el trámite que requiere ejercer.	Recabar copia simple de INE, pasaporte, acta de nacimiento, acta de defunción, carta poder.
3	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Al requerir copia simple o certificada de su información personal en posesión de este Instituto, en el caso específico, requiere la información a los encargados de las Unidades Administrativas correspondientes o al archivo clínico de este Instituto, esto con el fin de realizar el cálculo de la información solicitada de acuerdo a la modalidad solicitada y de conformidad con la Ley de Ingresos del Estado de Jalisco para el Ejercicio Fiscal Vigente.	Obtener información solicitada por la persona titular o persona apoderada.
4	Titular de la Unidad Administrativa correspondiente	Unidad Administrativa correspondiente	Localiza información requerida por parte del titular de ésta, entrega de información a la Unidad de Transparencia.	Obtener información requerida por parte del Titular o persona apoderada.
5	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Recibe información requerida y determinar el costo por la reproducción de documentos solicitados a cada caso en específico.	Estimar costo por la reproducción de la información requerida, de conformidad con la Ley de Ingresos del Estado de Jalisco, vigente en su momento.
6	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Notifica por le medio indicado a la persona solicitante el costo a cubrir por la información requerida y los materiales utilizados.	Notificación de costos en su caso.
7	Usuario	Externa	Recibe pago y corroborarlo en el área de recursos financieros.	Recibir y corroborar pago en su caso.

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
8	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Solicita la verificación y/o certificación al Titular de la Unidad Administrativa correspondiente.	Autenticar información.
9	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Notifica por el medio indicado al titular o apoderado de la información, para la obtención de la información solicitada.	Notificación de disponibilidad
10	Usuario	Externa	Compueba personalidad, recibir información solicitada en el medio requerido y firmar constancia de recibido.	Entrega de información.
11	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Integra todas las actuaciones del proceso en un expediente.	Cierre de procedimiento.
12	Usuario	Externa	Entrega solicitud de ejercicio de derechos ARCO a la persona encargada de la unidad de transparencia para ejercicio de corrección, cancelación u oposición.	Inicio de procedimiento de corrección, oposición o cancelación.
13	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Solicita documento oficial con el cual ostenta personalidad o representación legal, sobre el trámite que requiere ejercer.	Recabar copia simple de INE, pasaporte, acta de nacimiento, acta de defunción, carta poder.
14	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	En el caso de ejercicio de derechos de corrección, cancelación u oposición, entrega solicitud a la persona encargada de la unidad de transparencia.	Inicio de procedimiento.
15	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Pide documento oficial de identificación como titular o apoderado de la información personal, sobre el trámite que requiere ejercer.	Copia simple de INE, pasaporte, acta de nacimiento, acta de defunción, carta poder.
16	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Asienta datos sobre los cuales se vaya ejercer la corrección, cancelación y oposición, una vez identificados éstos.	Elaborar acta de corrección, cancelación u oposición de datos confidenciales.
17	Persona Encargada o Titular de Informática.	Unidad Administrativa de Informática	Realiza la corrección, cancelación y oposición de los datos personales en el sistema que éstos se encuentren asentados y notificar al titular de la unidad de transparencia.	Actualización de datos en el medio en que se encuentren establecidos.



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	122 de 673

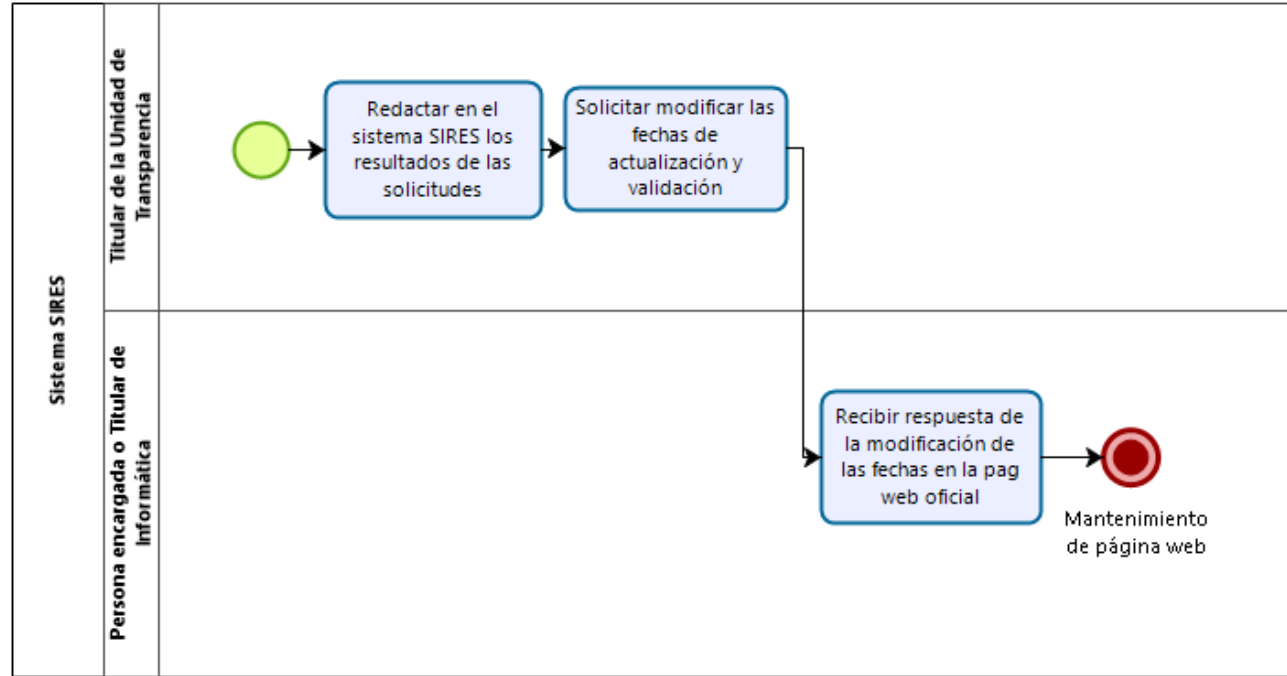
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
18	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Integra en un expediente del proceso de corrección, cancelación y oposición de datos	Integración de expediente
19	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Notifica a la persona titular o apoderado en su caso, por el cumplimiento de la petición.	Notificación de petición atendida

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	123 de 673

Procedimiento de Informe estadístico SIREs

Ficha del procedimiento	
Nombre	Informe estadístico sires
Descripción	Envío de informe estadístico al instituto de transparencia
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XV
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Unidad de transparencia
Políticas del procedimiento	Elaborar, publicar y enviar al Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales del Estado de Jalisco, de forma electrónica, un informe mensual de las solicitudes de información recibidas, atendidas y resueltas.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Solicitudes de acceso a la información pública y de ejercicio de derechos ARCO.
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Cumplir con lo establecido en el artículo 8, fracción I, inciso ñ) de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Jalisco y sus Municipios.
Indicador	No aplica

Modelado del proceso de Informe estadístico SIRES.



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	125 de 673

Narrativa del procedimiento de Informe estadístico SIRES.

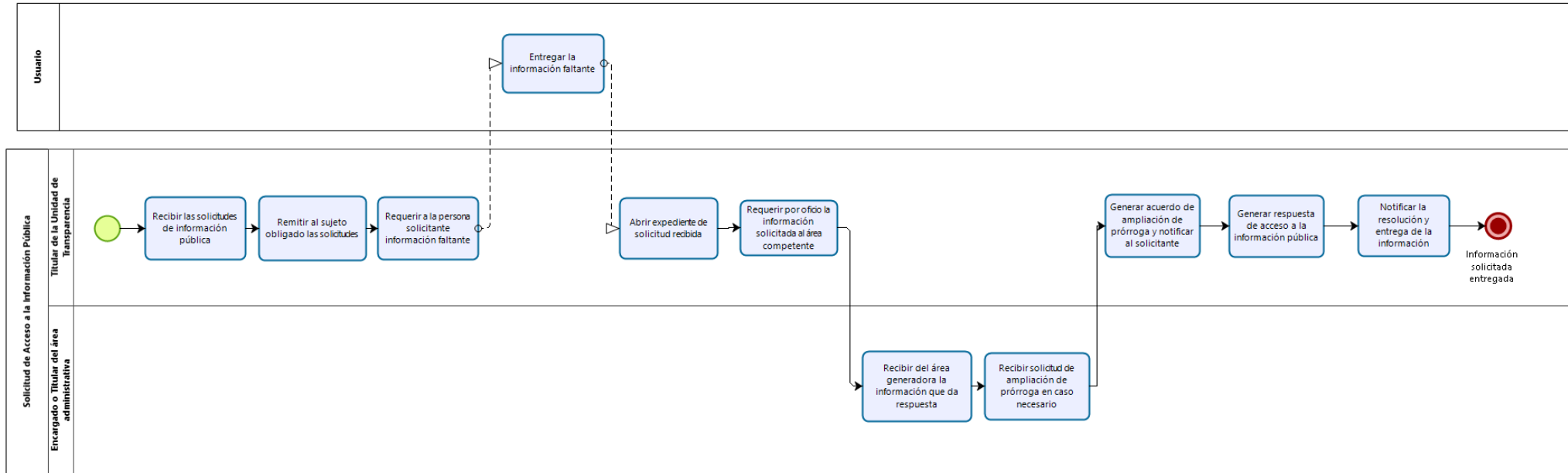
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Redacta en el espacio electrónico del sistema SIRES, en los primeros 10 días hábiles de cada mes, con los resultados de las solicitudes de acceso a la información y ejercicio de derechos ARCO.	Inicio de procedimiento.
2	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Solicita vía correo electrónico al área de informática, modifique las fechas de actualización y validación en la página oficial institucional.	Actualización página web oficial.
3	Persona Encargada o Titular de Informática.	Unidad Administrativa de Informática	Recibe respuesta vía correo electrónico por parte de informática la modificación a las fechas en la página web institucional.	Mantenimiento de página web

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	126 de 673

Procedimiento de Solicitud de Acceso a la Información Pública

Ficha del procedimiento	
Nombre	Solicitud de acceso a la información publica
Descripción	Atender la solicitud del derecho al acceso de la información publica
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XVII
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Unidad de transparencia
Políticas del procedimiento	Derecho humano de acceso a la información comprende la libertad de solicitar, investigar, difundir, buscar y recibir información pública.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Contar con solicitud de acceso a la información pública, tener acceso a la Plataforma Nacional de Transparencia y diálogo abierto con las unidades administrativas generadoras de la información.
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Entrega de información solicitada.
Indicador	No aplica

Modelado del proceso de Solicitud de Acceso a la Información Pública



Narrativa del proceso de Solicitud de Acceso a la Información Pública

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Recibir las solicitudes de información pública vía Plataforma Nacional de Transparencia, correo electrónico, telefónica, correo, telegrama, por escrito o comparecencia.	Inicio de procedimiento
2	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Remitir al sujeto obligado competente o al ITEI, todas aquellas solicitudes de acceso a la información pública que por cuestión de ausencia de facultades no corresponda atender.	Acuerdo de Incompetencia
3	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	En su caso, requerir a la persona solicitante, para que subsane alguna deficiencia que contenga la solicitud de acceso a la información pública.	Notificación de prevención
4	Persona solicitante	Externo	Entregar la información que subsana y da respuesta a la prevención que se le realizó.	Recibir información complementaría
5	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Abrir un expediente por solicitud recibida.	Se abre expediente
6	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Requerir por oficio la información solicitada al área administrativa competente.	Requerimiento área administrativa
7	Encargado o Titular del área administrativa	Unidad Administrativa Correspondiente	Recibir del área administrativa generadora de información, la información que da respuesta a la solicitud de acceso a la información pública.	Proporcionar respuesta
8	Encargado o Titular del área administrativa	Unidad Administrativa Correspondiente	Recibir del área administrativa generadora de información, solicitud de ampliación de prórroga, en caso de que la información que dará respuesta a la solicitud, sea amplia o compleja de procesar.	Solicitud de prórroga
9	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Generar acuerdo de ampliación de prórroga y notificar al solicitante, por la vía correspondiente, sea el caso.	Notificación de ampliación de término
10	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Generar respuesta del acceso a la información pública.	Elaboración de resolución

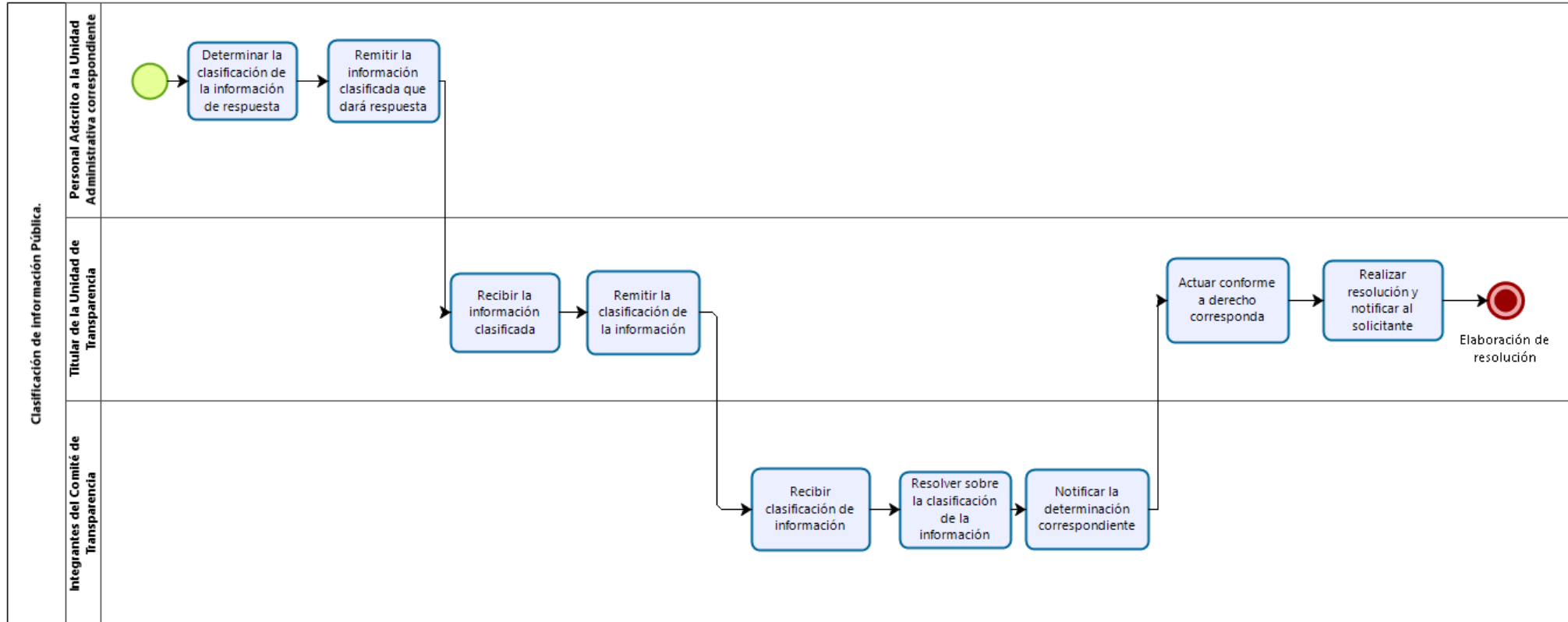
Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	129 de 673

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
11	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Notificación de la resolución y entrega de información.	Entrega de información solicitada

Procedimiento de *Clasificación de información y protección de información confidencial*

Ficha del procedimiento	
Nombre	Clasificación de información y protección de información confidencial
Descripción	Seguimiento de oficio para brindar el acceso a la atención pública
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-15-XVII
Macro-proceso rector	Administración eficiente de los recursos realizada para la atención de las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Unidad de transparencia
Políticas del procedimiento	Realizar solicitud de oficio o por procedimiento de acceso a la información pública, el inicio del procedimiento de clasificación de la información o por mandato del ITEI posterior a una revisión de verificación o recurso de revisión.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Solicitudes de acceso a la información pública, recursos de revisión o proceso de verificación de clasificación del ITEI
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Clasificación de información pública.
Indicador	No aplica

Modelado del proceso de Clasificación de información y protección de información confidencial



Narrativa del procedimiento de Clasificación de información y protección de información confidencial.

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Personal Adscrito a la Unidad Administrativa correspondiente	Área Administrativa correspondiente	Derivado de la atención a solicitud de acceso a la información pública, el área correspondiente, determina de manera fundada y motivada la clasificación de la información que dará respuesta a la solicitud de acceso a la información pública.	Inicio de procedimiento de clasificación de información
2	Personal Adscrito a la Unidad Administrativa correspondiente	Área Administrativa correspondiente	Remite a la unidad de transparencia la información clasificada que dará respuesta a la solicitud de acceso a la información pública.	Elaboración de respuesta y clasificación de información
3	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Recibe del área administrativa la respuesta con información clasificada, misma que dará respuesta a solicitud de acceso a la información pública.	Recepción de respuesta con información clasificada
4	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Remite al Comité de Transparencia la clasificación de la información con el fin de que se determine la legalidad de clasificación.	Notificación al Comité de Transparencia
5	Integrantes del Comité de Transparencia	Comité de Transparencia	El comité de Transparencia recibe la respuesta de la unidad administrativa generadora con clasificación de información	Inicio de sesión del Comité de Transparencia
6	Integrantes del Comité de Transparencia	Comité de Transparencia	El comité de transparencia resuelve sobre la clasificación de la información que deberá de proporcionarse como respuesta a la solicitud de acceso a la información pública, confirmando, modificando o revocando la clasificación de la información.	Sesión del Comité
7	Integrantes del Comité de Transparencia	Comité de Transparencia	Notifica a la Unidad de Transparencia la determinación correspondiente a cada caso en particular, para su debido proceso de acceso a la información pública.	Sesión del Comité
8	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Recibe determinación del Comité de Transparencia y actúa conforme a derecho corresponda en el caso en concreto.	Recibe respuesta del Comité de Transparencia
9	Titular de la Unidad de Transparencia	Unidad de Transparencia	Realiza la resolución correspondiente y notifica a la persona solicitante.	Elaboración de resolución

Ficha del servicio de Unidad de Transparencia

Nombre del trámite o servicio	Unidad de Transparencia
Descripción del servicio	Atención ciudadana a través de la Unidad de Transparencia.
Documentos que se obtienen con el trámite	Solicitudes de acceso a la información pública y ejercicio de derechos ARCO.
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Variable
Usuario(s)	Cualquier ciudadano o titular de la información personal.
Responsable del servicio	C. Betsy Paola Rivera López.
Domicilio, Ubicación y teléfono	Tercer piso de la Calle Coronel Calderón # 715, de la Colonia El Retiro, en el Municipio de Guadalajara, Jalisco. C.P. 44280.
Horario de atención	09:00 a 15:00 horas.
Requisitos	Solicitud elaborada, original y copia de documentos de identificación.
Costo, forma y lugar de pago	Copias, reproducción de algún documento simple o certificado.
Tiempo de respuesta	Los establecidos en la Ley de la Materia.
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa, Dirección General
Dirección de Área responsable o equivalente	Lic. Martin Flores Navarro, Dirección de Asuntos Jurídicos,
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	www.ijc.gob.mx



Jalisco

Gobierno del Estado de Jalisco

Manual de Organización y Procedimientos
OPD. Instituto Jalisciense de Cancerología
Tomo I

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	134 de 673

4. Elaboración y autorización de la sección



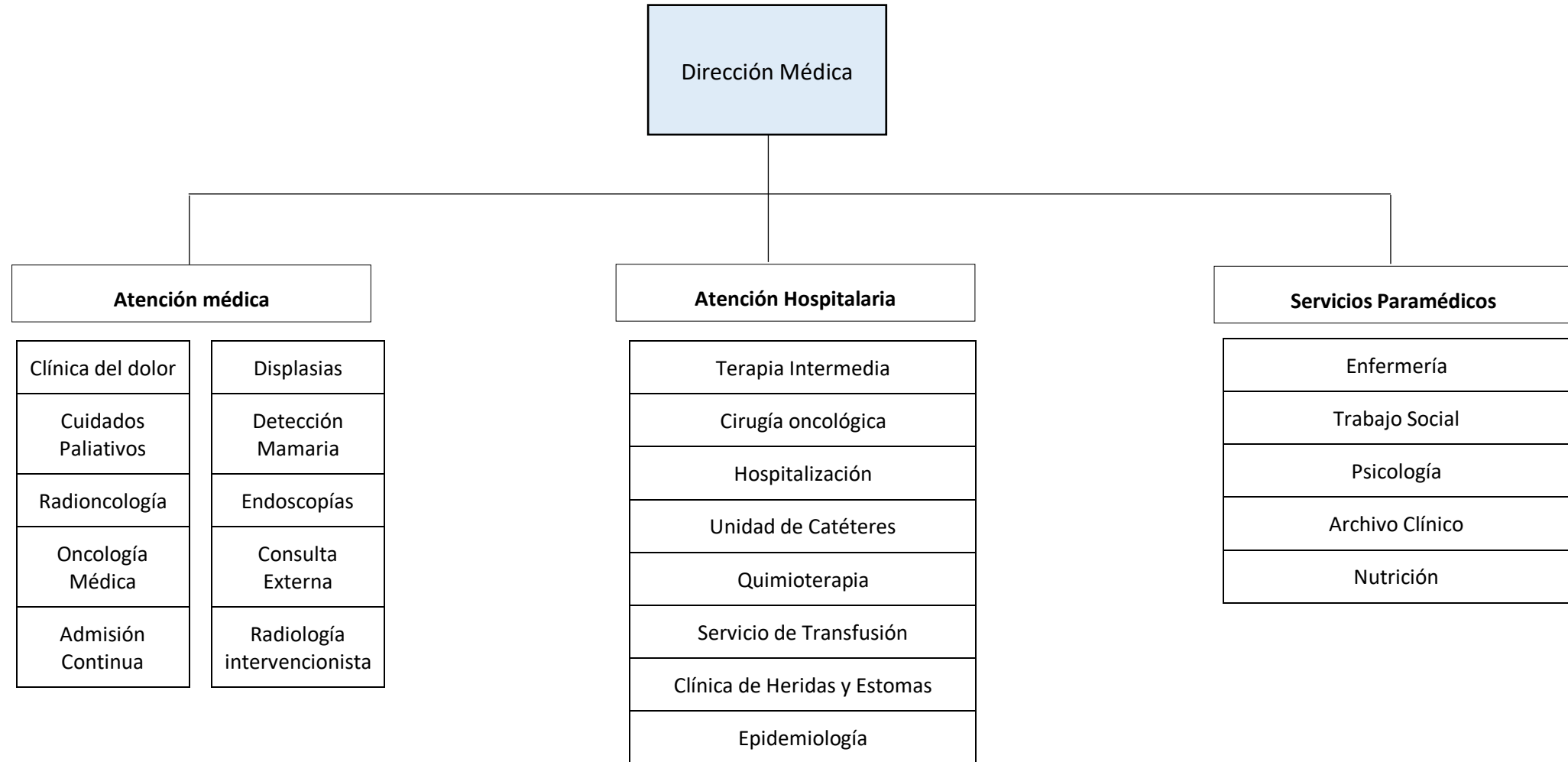
Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	135 de 673

Manual de Organización y Procedimientos

Capítulo II

Sección II: Dirección médica

1. Organigrama



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	137 de 673

El organigrama de la Dirección Médica permite mostrar las relaciones jerárquicas existentes entre las áreas que intervienen en la(s) funciones principales de la organización.

El organigrama, que es una representación estática de la organización pública, se pone en marcha gracias a la ejecución de actividades específicas que forman parte de procesos y procedimientos legales, cuya consecución produce actos administrativos válidos. Para identificar el alcance de la participación de los funcionarios y servidores públicos en la gestión de las funciones y resultados principales, es necesario establecer con precisión sus responsabilidades funcionales, hacer la narrativa de los procesos y, con fines pedagógicos, hacer su representación gráfica o modelado.

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	138 de 673

2. Descripción de las unidades administrativas

Dirección Médica

Esta unidad administrativa tiene por propósito vigilar y controlar la adecuada prestación de la atención médica oncológica a los pacientes del Organismo, con base en la normatividad y lineamientos aplicables, a fin de cumplir con lo establecido tanto en el Decreto de Creación como en el Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología.

Este Despacho se compone de:

Departamento de Consulta Externa

- i) Este Departamento de Consulta Externa tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 19 Fracciones II cuando aplique de la citada norma.
- j) En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de consulta externa especializada a pacientes del IJC; a través del proceso de Consulta externa de primera vez y subsecuente; Programación de citas; Interconsultas; Solicitud de exámenes auxiliares de diagnóstico; Consulta de curación; Priorización de la atención en consulta externa; y, Priorización de la atención médica en fines de semana, turno nocturno y días festivos.

Departamento de Clínica del Dolor

- k) Este Departamento de Clínica del dolor tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 19 Fracciones II cuando aplique de la citada norma.
- l) En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de manejo del dolor en pacientes del IJC; a través del proceso de Atención de clínica del dolor en consulta externa; Atención de clínica del dolor en pacientes hospitalizados; e, Intervencionismo.

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	139 de 673

Departamento de Curaciones

- m) Este Departamento de Curaciones tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 19 Fracciones II cuando aplique de la citada norma.
- n) En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de curación de heridas a pacientes del IJC; a través del proceso de Atención en consulta externa a los pacientes que asisten a curaciones.

Departamento de Detección Mamaria

- o) Este Departamento de Detección Mamaria tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 19 Fracciones II cuando aplique de la citada norma.
- p) En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de detección mamaria a pacientes del IJC; a través del proceso de Clínica de Mastografía; Intervenciones quirúrgicas; y, Aplicación anestésica.

Departamento de Braquiterapia de baja tasa

- q) Este Departamento de Braquiterapia de baja tasa tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 19 Fracciones II cuando aplique de la citada norma.
- r) En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de otorgamiento de tratamiento de braquiterapia de baja tasa; a través del proceso de Aplicación de braquiterapia; y, retiro de fuentes radioactivas no programado (urgencia); Aplicación de material radioactivo en braquiterapia; Atención de enfermería en quirófano durante la braquiterapia; y, Programación del tratamiento en braquiterapia.

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	140 de 673

Departamento de Cuidados Paliativos

- s) Este Departamento de Cuidados Paliativos tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 19 Fracciones II cuando aplique de la citada norma.
- t) En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de cuidados paliativos a pacientes del IJC en etapa terminal de su enfermedad; a través del proceso de Atención de Cuidados Paliativos en Consulta Externa; Atención a pacientes hospitalizados; Manejo del dolor; Sedación paliativa; Urgencias paliativas; Atención cuidados paliativos domiciliarios; Plan Integral paciente-familiar en los diferentes niveles de atención; Voluntad anticipada; y, Procedimiento para la atención de Enfermería en la visita a domicilio.

Departamento de Radioterapia

- u) Este Departamento de Radioterapia tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 19 Fracciones II cuando aplique de la citada norma.
- v) En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de otorgamiento de tratamiento de radioterapia a pacientes del IJC; a través del proceso de Otorgar citas de primera vez; Levantamiento de radiación alrededor de la sala de hospitalización y almacén de material radioactivo; Planeación/simulación del paciente en radioterapia; Consulta de radioterapia; Aplicación del tratamiento de teleterapia; Planificación/dosimétrica del tratamiento de teleterapia; Consulta durante el tratamiento en el área de radioterapia; Programación del horario del tratamiento de teleterapia; Aplicación del tratamiento de radioterapia en el acelerador lineal o en la bomba de cobalto; y, Localización de desertores del tratamiento de teleterapia.

Departamento de Oncología médica

- w) Este Departamento de Oncología Médica tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 19 Fracciones II cuando aplique de la citada norma.
- x) En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de consulta especializada de oncología médica a pacientes del IJC; a través del proceso de Atención de consulta externa a pacientes de primera vez para apertura de expediente; Consulta externa a pacientes de primera vez al servicio

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	141 de 673

de Oncología médica; Ingresar a pacientes de consulta externa a hospitalización; Consulta subsecuente; y, Atención de pacientes oncológicos en el programa de cuidados paliativos domiciliarios.

Departamento de Gastroendoscopia

- y) Este Departamento de Gastroendoscopia tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 19 Fracciones II cuando aplique de la citada norma.
- z) En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de intervenciones de gastroendoscopia a pacientes del IJC; a través del proceso de consulta de endoscopias; intervención endoscópica; e, intervenciones endoscópicas gastrointestinales en paciente ambulatorio y hospitalizado.

Departamento de Displasias

- aa) Este Departamento de Displasias tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 19 Fracciones II cuando aplique de la citada norma.
- bb) En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de diagnóstico y tratamiento a través de displasias a pacientes del IJC; a través del proceso de atención de primera vez; realización de tratamientos; seguimiento y/o tratamiento de pacientes con cáncer invasor I, II, y III; y, programación de insumos para la clínica de displasias.

Departamento de Cuidados intensivos

- cc) Este Departamento de Cuidados Paliativos tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 19 Fracciones II cuando aplique de la citada norma.
- dd) En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de cuidados intensivos a pacientes del IJC que lo requieran; a través del proceso ingreso del paciente; y, egreso del paciente de la unidad de cuidados intensivos a la sala de hospitalización.

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	142 de 673

Departamento Cirugía

- ee) Este Departamento de Cirugía tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 19 Fracciones II cuando aplique de la citada norma.
- ff) En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de cirugía oncológica como tratamiento para el cáncer en pacientes del IJC; a través del proceso de Paciente de cirugía electiva hospitalaria, electiva operatoria, de cirugía de urgencia; y, recuperación quirúrgica.

Unidad de Hospitalización

- gg) Esta Unidad de Hospitalización tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 19 Fracciones II cuando aplique de la citada norma.
- hh) En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de hospitalización; a través del proceso de Atención multidisciplinaria del paciente en hospitalización; pase de visita; Manejo, resguardo y confidencialidad del expediente clínico físico del paciente hospitalizado; Atención al paciente que ingresa por cirugía electiva; Planeación y otorgamiento del alta; Traslados de paciente; Interconsultas en hospitalización; Procedimiento para la solicitud de hemoderivados; Reanimación en hospitalización (código azul); Sujeción de pacientes; y, Código morado.

Departamento de Clínica de Catéter

- ee) Este Departamento de Clínica de Catéter tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 19 Fracciones II cuando aplique de la citada norma.
- ff) En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de colocación de catéter a pacientes del IJC; a través del proceso de Manejo y mantenimiento de los accesos vasculares; Aplicación de implantes intramuscular y subcutáneo; y, realización de Electrocardiograma.

Departamento de Quimioterapia

- ii) Este Departamento de Quimioterapia tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 19 Fracciones II cuando aplique de la citada norma.

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	143 de 673

jj) En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de aplicación de quimioterapia como tratamiento para pacientes del IJC; a través del proceso de ingreso del paciente al programa; preparación de mezclas en campana de flujo laminar; aplicación de quimioterapia; Manejo de pacientes con port a cath; Notificación de sospecha de reacciones adversas a los medicamentos; Inactivación de quimioterapia en campana de flujo laminar; Egreso del paciente del servicio de quimioterapia ambulatoria; y, consulta externa.

Departamento de Epidemiología

ee)Este Departamento de Epidemiología tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 19 Fracciones XI cuando aplique de la citada norma.

ff)En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios vigilancia epidemiológica del IJC; a través del proceso de infecciones nosocomiales y sus factores de riesgo, de accidentes punzocortantes, de mortalidad, de esterilización y desinfección; promoción de la vacuna al personal de salud; separación de RPBI; cuidados de áreas físicas y mobiliarios.

Departamento de Clínica de Heridas y Estomas

ee)Este Departamento de Clínica de Heridas y Estomas tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 19 Fracciones II cuando aplique de la citada norma.

ff)En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de heridas y estomas a pacientes del IJC; a través del proceso de Manejo estandarizado del paciente con estoma y de las úlceras por presión y/o tumores expuestos.

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	144 de 673

Departamento de Trabajo Social

ee)Este Departamento de Trabajo Social tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 19 Fracciones II cuando aplique de la citada norma.

ff)En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de trabajo social a pacientes del IJC; a través del proceso de clasificación socioeconómica; canalización interinstitucional; autorización de apoyos y pagos de cuotas de recuperación; gestión de servicios de insumos; referencia y contrarreferencia de pacientes; atención del paciente vulnerable; y, atención del paciente en cuidados paliativos.

Departamento de Clínica de Psicología

ee)Este Departamento de Psicología oncológica tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 19 Fracciones II cuando aplique de la citada norma.

ff)En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de psicología oncológica a pacientes del IJC que lo requieran; a través del proceso de valoración psicológica en consulta externa; atención psicológica en hospitalización; cuidado paliativo domiciliario; psicoterapia para el personal del IJC.

Departamento de Clínica de Nutrición

ee)Este Departamento de Nutrición oncológica tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 19 Fracciones II cuando aplique de la citada norma.

ff)En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de intervenciones nutricionales a pacientes del IJC que lo requieran; a través del proceso de atención de pacientes en consulta externa y hospitalizados.

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	145 de 673

Departamento de Radiología Intervencionista

ee)Este Departamento de Radiología intervencionista tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 19 Fracciones II cuando aplique de la citada norma.

ff)En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de radiología intervencionista; a través del proceso de atención de pacientes para valoración y proceso de atención en procedimiento de radio intervención (subsecuentes).

Departamento de Archivo clínico

ee)Este Departamento de Archivo Clínico tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 19 Fracciones II cuando aplique de la citada norma.

ff)En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de archivo clínico; a través del proceso de Atención en archivo clínico y entrega y recepción de expedientes.

Departamento de Banco de Sangre

ee)Este Departamento de Banco de Sangre tendrá la obligación de velar por el del Reglamento Interno del Instituto Jalisciense de Cancerología en lo general y en lo particular, dicho de manera enunciativa y no limitativa, la observancia del artículo 19 Fracciones II cuando aplique de la citada norma.

ff) En cumplimiento de estas responsabilidades esta unidad administrativa brindará los servicios de Banco de sangre; a través del proceso de transfusión sanguínea

3. Inventario y descripción de los procedimientos

Se ha presentado el organigrama que expresa las relaciones jerárquicas y funcionales de la organización: ese organigrama se completa con las descripciones de las unidades administrativas.

A continuación, se presenta un listado detallado de los procesos que asocia, al mismo tiempo, la instancia que tiene bajo su adecuado funcionamiento y los servicios derivados de los mismos.

Inventario de procedimientos

Referencia normativa	Macro proceso	Proceso	Procedimiento	Servicio
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias	Dirección médica	Consulta externa de primera vez y subsecuente	Consulta externa
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias	Dirección médica	Programación de citas	Consulta externa
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias	Dirección médica	Interconsulta	Consulta externa
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias	Dirección médica	Solicitud de exámenes auxiliares de diagnóstico	Consulta externa

Referencia normativa	Macro proceso	Proceso	Procedimiento	Servicio
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias	Dirección médica	Consulta de curación	Consulta externa
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias	Dirección médica	Priorización de la atención en consulta externa	Consulta externa
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias	Dirección médica	Priorización de la atención en consulta externa médica en fines de semana, turno nocturno y días festivos	Consulta externa
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias	Dirección médica	Atención en consulta de endoscopias	Gastroendoscopia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias	Dirección médica	Intervención endoscópica	Gastroendoscopía
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias	Dirección médica	Solicitud de intervenciones endoscópicas gastrointestinales en paciente ambulatorio y hospitalizado	Gastroendoscopia

Referencia normativa	Macro proceso	Proceso	Procedimiento	Servicio
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias	Dirección médica	Preparación, lavado y desinfección del material endoscópico	Gastroendoscopia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias	Dirección médica	Atención de primera vez en la clínica de displasia	Displasias
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias	Dirección médica	Atención de pacientes subsecuentes en la clínica de displasia	Displasias
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias	Dirección médica	Realización de tratamientos en displasias	Displasias
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias	Dirección médica	Seguimiento y/o tratamiento de pacientes con cáncer invasor (I)	Displasias
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias	Dirección médica	Seguimiento y/o tratamiento de pacientes con cáncer invasor (II)	Displasias
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias	Dirección médica	Seguimiento y/o tratamiento de pacientes con cáncer microinvasor o invasor (III)	Displasias

Referencia normativa	Macro proceso	Proceso	Procedimiento	Servicio
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias	Dirección médica	Procedimiento para la programación de insumos para la clínica de displasia	Displasias
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias	Dirección médica	Proceso de atención de cita de primera vez (valoración)	Radiología intervencionista
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias	Dirección médica	Proceso de atención en procedimiento de radio intervención (subsecuentes)	Radiología intervencionista
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Atención en consulta externa a los pacientes que asisten a curaciones	Curaciones
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Aplicación de braquiterapia	Braquiterapia de baja tasa
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Retiro de fuentes radioactivas no programado (urgencia)	Braquiterapia de baja tasa
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Aplicación de material radioactivo en braquiterapia	Braquiterapia de baja tasa

Referencia normativa	Macro proceso	Proceso	Procedimiento	Servicio
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Atención de enfermería en quirófano durante la braquiteria	Braquiterapia de baja tasa
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Programación del tratamiento en braquiterapia	Braquiterapia de baja tasa
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Otorgar citas de primera vez y subsecuente	Radioterapia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Levantamiento de radiación alrededor de la sala de hospitalización y almacén de material radioactivo	Radioterapia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Planeación/simulación del paciente en radioterapia	Radioterapia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Consulta de radioterapia	Radioterapia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Aplicación del tratamiento de teleterapia	Radioterapia

Referencia normativa	Macro proceso	Proceso	Procedimiento	Servicio
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Planificación/dosimétrica del tratamiento de teleterapia	Radioterapia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Consulta durante el tratamiento en el área de radioterapia	Radioterapia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Programación del horario del tratamiento de teleterapia	Radioterapia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Aplicación del tratamiento de radioterapia en el acelerador lineal o en la bomba de cobalto	Radioterapia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Localización de desertores del tratamiento de teleterapia	Radioterapia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Atención de consulta externa a pacientes de primera vez para apertura de expediente	Oncología médica
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Consulta externa a pacientes de primera vez al servicio de Oncología médica	Oncología médica

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	152 de 673

Referencia normativa	Macro proceso	Proceso	Procedimiento	Servicio
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Ingresar a pacientes de consulta externa a hospitalización	Oncología médica
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Consulta subsecuente	Oncología médica
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Atención de pacientes oncológicos en el programa de cuidados paliativos domiciliarios	Oncología médica
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Ingreso del paciente a la unidad de cuidados intensivos	Unidad de cuidados intensivos
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Egreso del paciente de la unidad de cuidados intensivos a sala de hospitalización	Unidad de cuidados intensivos
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Paciente de cirugía electiva hospitalaria	Sala de cirugía
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Paciente de cirugía electiva ambulatoria	Sala de cirugía

Referencia normativa	Macro proceso	Proceso	Procedimiento	Servicio
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Paciente de cirugía urgencia	Sala de cirugía
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Recuperación quirúrgica	Sala de cirugía
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Atención multidisciplinaria del paciente en hospitalización	Hospitalización
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Pase de visita	Hospitalización
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Manejo, resguardo y confidencialidad del expediente clínico físico del paciente hospitalizado	Hospitalización
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Atención al paciente que ingresa por cirugía electiva	Hospitalización
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Planeación y otorgamiento del alta	Hospitalización

Referencia normativa	Macro proceso	Proceso	Procedimiento	Servicio
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Traslados de paciente	Hospitalización
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Interconsultas en hospitalización	Hospitalización
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Procedimiento para la solicitud de hemoderivados	Hospitalización
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Reanimación en hospitalización (código azul)	Hospitalización
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Sujeción de pacientes	Hospitalización
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Código morado	Hospitalización
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Manejo y mantenimiento de los accesos vasculares	Clínica de catéter

Referencia normativa	Macro proceso	Proceso	Procedimiento	Servicio
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Aplicación de implantes intramuscular y subcutáneo	Clínica de catéter
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Electrocardiograma	Clínica de catéter
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Valoración y colocación de catéter venoso central (CVC) y catéter venoso central de inserción periférica (PICC) y catéter de inserción central (CICC) guiado con ultrasonido	Clínica de catéter
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Ingreso del paciente al servicio de quimioterapia ambulatoria	Clínica de catéter
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Ingresar al programa de quimioterapia ambulatoria (cita)	Clínica de catéter
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Preparación de mezclas en campana de flujo laminar	Clínica de catéter
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Aplicación de quimioterapia	Clínica de catéter

Referencia normativa	Macro proceso	Proceso	Procedimiento	Servicio
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Manejo de pacientes con port a cath	Clínica de catéter
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Notificación de sospecha de reacciones adversas a los medicamentos	Clínica de catéter
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Inactivación de quimioterapia en campana de flujo laminar	Clínica de catéter
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Egreso del paciente del servicio de quimioterapia ambulatoria	Clínica de catéter
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Ingreso del paciente al servicio de quimioterapia ambulatoria	Quimioterapia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Ingresar al programa de quimioterapia ambulatoria (cita)	Quimioterapia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Preparación de mezclas en campana de flujo laminar	Quimioterapia

Referencia normativa	Macro proceso	Proceso	Procedimiento	Servicio
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Aplicación de quimioterapia	Quimioterapia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Manejo de pacientes con port a cath	Quimioterapia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Notificación de sospecha de reacciones adversas a los medicamentos	Quimioterapia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Inactivación de quimioterapia en campana de flujo laminar	Quimioterapia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Egreso del paciente del servicio de quimioterapia ambulatoria	Quimioterapia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Consulta de quimioterapia	Quimioterapia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Atención de clínica del dolor en consulta externa	Clínica del dolor
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Atención de clínica del dolor en pacientes hospitalizados	Clínica del dolor
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Intervencionismo	Clínica del dolor

Referencia normativa	Macro proceso	Proceso	Procedimiento	Servicio
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Detección de pacientes terminales según los criterios de terminalidad oncológica y factores pronósticos	Cuidados paliativos
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Atención de cuidados paliativos en consulta externa	Cuidados paliativos
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Atención a pacientes hospitalizados	Cuidados paliativos
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Manejo del dolor	Cuidados paliativos
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Sedación paliativa	Cuidados paliativos
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Urgencias paliativas	Cuidados paliativos
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Atención cuidados paliativos domiciliarios	Cuidados paliativos
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Plan integral paciente-familiar en los diferentes niveles de atención	Cuidados paliativos
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Voluntad anticipada	Cuidados paliativos
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Procedimiento para la atención de Enfermería en la visita a domicilio	Cuidados paliativos

Referencia normativa	Macro proceso	Proceso	Procedimiento	Servicio
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Vigilancia epidemiológica	Epidemiología
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Técnicas de barrera	Epidemiología
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Vigilancia de infecciones nosocomiales y sus factores de riesgo	Epidemiología
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Detección de brotes	Epidemiología
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Vigilancia de accidentes punzocortantes	Epidemiología
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Vigilancia de mortalidad	Epidemiología
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Vigilancia esterilización y desinfección	Epidemiología
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Promoción de la vacuna a personal de salud	Epidemiología
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Controles ambientales	Epidemiología
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Cultivos microbiológicos	Epidemiología

Referencia normativa	Macro proceso	Proceso	Procedimiento	Servicio
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Programación y realización de la capacitación al personal	Epidemiología
LOPEEJ-69-1-LGS-2IX-DC-2-1-RI-19-XI	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Envío de informes a Secretaría de Salud	Epidemiología
LOPEEJ-69-1-LGS-9-DC-2-II-RI-19-XI	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Generación de Estadística	Epidemiología
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Cuidados de áreas físicas y mobiliarios	Epidemiología
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Separación de RPBI	Epidemiología
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Manejo estandarizado del paciente con estoma	Clínica de heridas y estomas
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Manejo estandarizado de las úlceras por presión y/o tumores expuestos	Clínica de heridas y estomas
LOPEEJ-69-1-LGS-167VII-DC-2-V-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Clasificación socioeconómica	Trabajo social
LOPEEJ-69-1-LGS-167VII-DC-2-V-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Canalización interinstitucional	Trabajo social
LOPEEJ-69-1-LGS-167VII-DC-2-V-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Autorización de apoyos y pagos de cuotas de recuperación	Trabajo social

Referencia normativa	Macro proceso	Proceso	Procedimiento	Servicio
LOPEEJ-69-1-LGS-167VII-DC-2-V-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Gestión de servicios de insumos	Trabajo social
LOPEEJ-69-1-LGS-167VII-DC-2-V-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Programa de reconquista de pacientes desertores	Trabajo social
LOPEEJ-69-1-LGS-167VII-DC-2-V-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Atención social individualizada al ingreso de hospitalización	Trabajo social
LOPEEJ-69-1-LGS-167VII-DC-2-V-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Referencia y contrarreferencia de pacientes	Trabajo social
LOPEEJ-69-1-LGS-167VII-DC-2-V-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Atención del paciente vulnerable	Trabajo social
LOPEEJ-69-1-LGS-167VII-DC-2-V-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Atención del paciente en cuidados paliativos	Trabajo social
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Valoración psicológica en consulta externa	Psicología
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Atención de psicología en hospitalización	Psicología
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Psicoterapia para pacientes y/o familiar	Psicología
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Intervención en crisis	Psicología

Referencia normativa	Macro proceso	Proceso	Procedimiento	Servicio
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Realización de actividades de promoción y divulgación psicológica	Psicología
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Cuidado paliativo domiciliarios	Psicología
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Psicoterapia para el personal del IJC	Psicología
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Solicitar citas a nutriología	Nutrición
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Atención de pacientes en consulta externa de nutrición	Nutrición
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Atención en ingreso de pacientes hospitalizados	Nutrición
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Atención en interconsulta de pacientes hospitalizados	Nutrición
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Atención de pacientes hospitalizado	Nutrición
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Atención del alta de pacientes en cuidados paliativos	Nutrición
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Atención de pacientes en cuidados paliativos	Nutrición

Referencia normativa	Macro proceso	Proceso	Procedimiento	Servicio
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Atención de trabajadores del IJC	Nutrición
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Oxigenoterapia	Inhaloterapia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Ventilación médica invasiva	Inhaloterapia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Ventilación médica no invasiva	
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Traslado de pacientes	Inhaloterapia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Lavado y desinfección de equipo reusable	Inhaloterapia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Control y limpieza en los almacenes de terapia respiratoria	Inhaloterapia
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Atención de enfermería en la visita a domicilio	Jefatura de enfermería
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Apoyo de enfermería en procedimientos médicos	Jefatura de enfermería
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Procedimiento para la programación de pacientes	Jefatura de enfermería



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	164 de 673

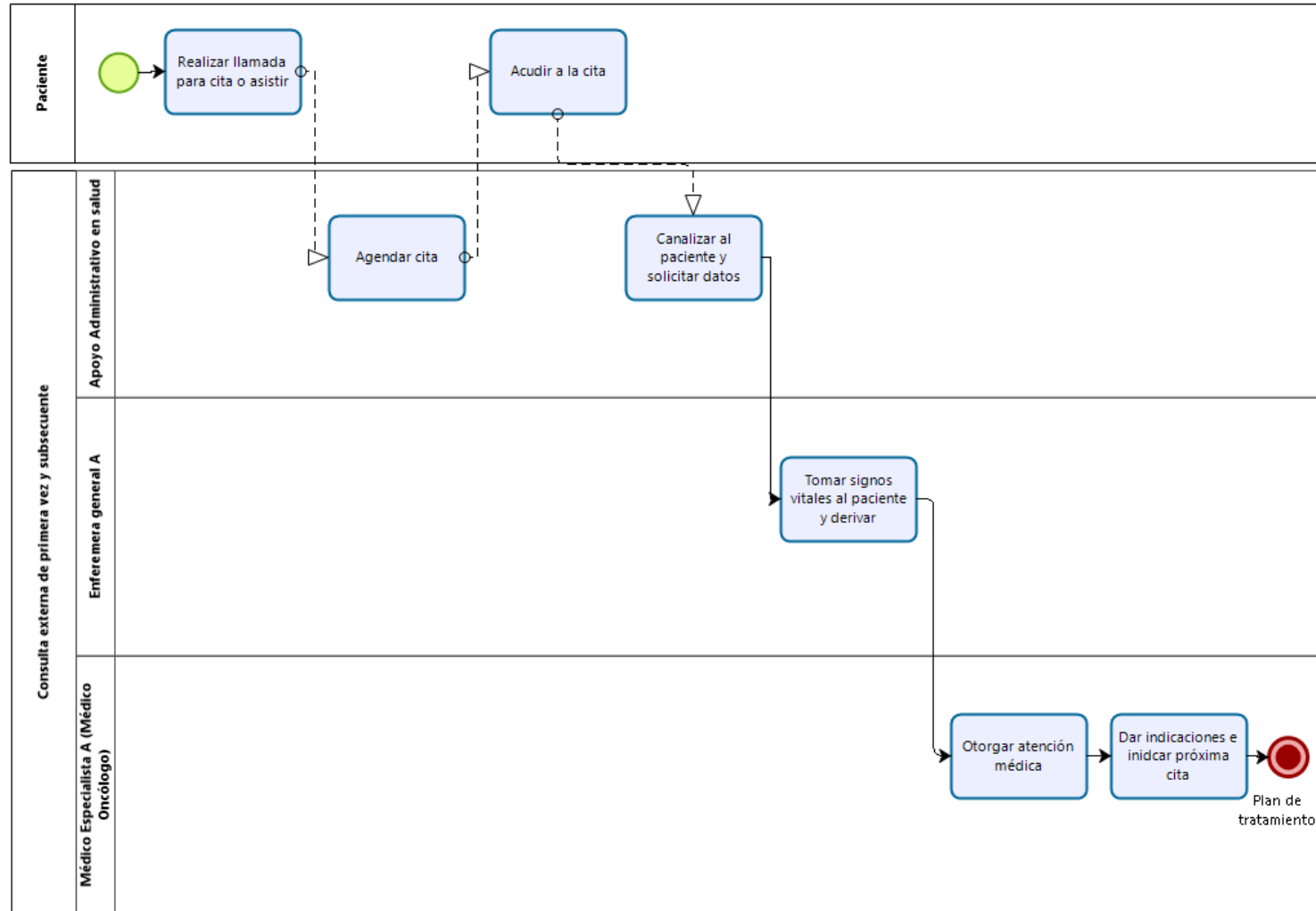
Referencia normativa	Macro proceso	Proceso	Procedimiento	Servicio
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Transfusión sanguínea	Banco de sangre
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Atención en archivo clínico	Archivo clínico
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.	Dirección médica	Entrega y recepción de expedientes	Archivo clínico
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Reconstrucción mamaria realizada para mejorar la calidad de vida de las y los pacientes con cáncer de mama.	Dirección médica	Clínica de Mastografía	Detección mamaria
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Reconstrucción mamaria realizada para mejorar la calidad de vida de las y los pacientes con cáncer de mama.	Dirección médica	Intervenciones quirúrgicas	Detección mamaria
LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II	Reconstrucción mamaria realizada para mejorar la calidad de vida de las y los pacientes con cáncer de mama.	Dirección médica	Aplicación anestésica	Detección mamaria

Descripción de los procedimientos

Procedimiento de Consulta externa de primera vez y subsecuente

Ficha del procedimiento	
Nombre	Consulta externa de primera vez y subsecuente
Descripción	Consulta externa de primera vez y subsecuente
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias
Trámite o servicio asociado	Consulta externa
Políticas del procedimiento	Brindar atención médica oncológica, para la detección y diagnóstico oportuno en patologías oncológicas, a la población abierta con calidad, calidez y humanismo.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Apertura de expediente, tarjetón, ticket de pago, expediente, estudios anexos, resumen médico.
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Consulta
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Consulta externa de primera vez y subsecuente



Narrativa del procedimiento de Consulta externa de primera vez y subsecuente

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Paciente	Consulta externa	Realiza llamada telefónica, solicitar cita. Personalmente: Solicitar al apoyo administrativo.	Solicitud de cita
2	Apoyo Administrativo en Salud	Consulta externa	Agenda cita.	Cita
3	Paciente	Consulta externa	Acude a la cita.	Asistir a cita programada
4	Apoyo Administrativo en Salud	Consulta externa	Canaliza al paciente con la enfermera general. Solicitar sus datos para realizar la ficha clínica.	Ficha clínica
5	Enfermera general A	Consulta externa	Toma de signos vitales y derivar al médico especialista A.	Toma de signos vitales al paciente y derivación al médico especialista.
6	Médico Especialista A (Médico Oncólogo)	Consulta externa	Otorga atención médica al paciente. Realizar la nota de evolución e historia clínica e integrar al expediente clínico del paciente.	Atención médica al paciente
7	Médico Especialista A (Médico Oncólogo)	Consulta externa	Da indicaciones y plan de tratamiento. Informar al paciente sobre la fecha en la cual deberá de solicitar su próxima cita.	Plan de tratamiento

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	168 de 673

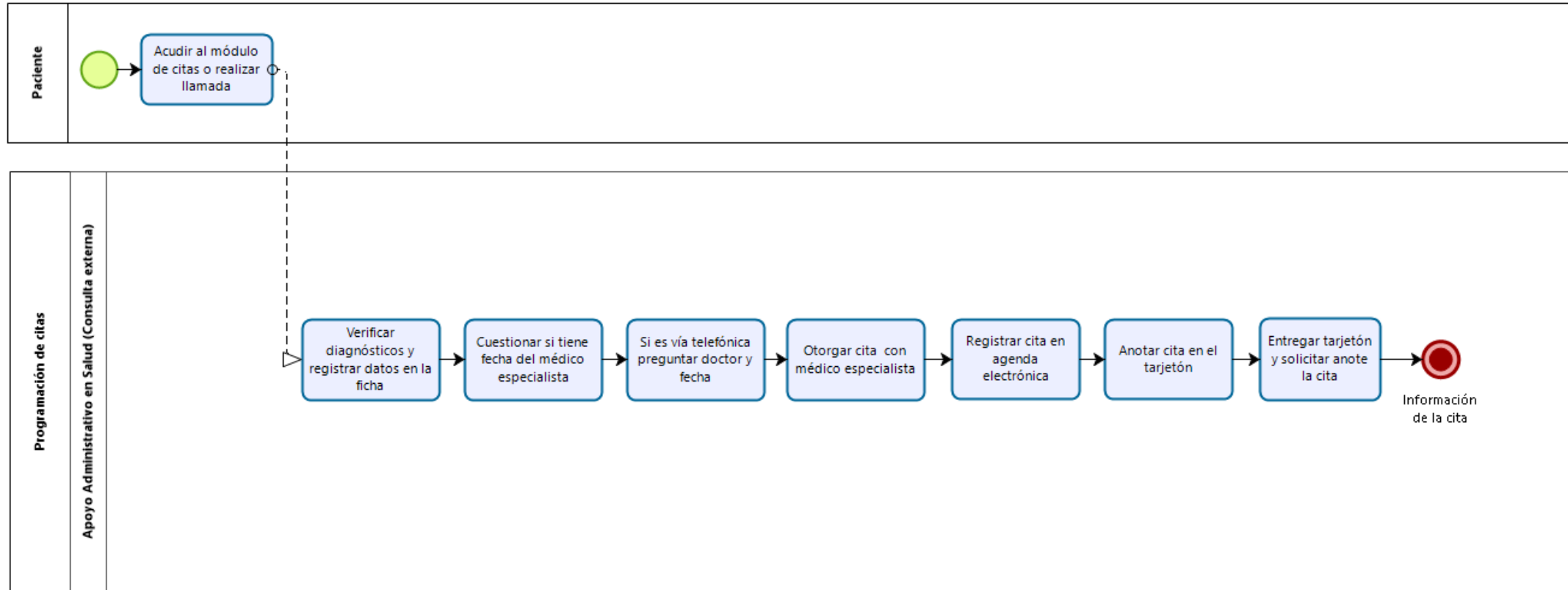
Procedimiento de Programación de citas

Ficha del procedimiento	
Nombre	Programación de citas
Descripción	Agendar cita
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias
Trámite o servicio asociado	Consulta externa
Políticas del procedimiento	Se otorgarán citas a los pacientes del Instituto Jalisciense de Cancerología en el tiempo requerido y dentro de las posibilidades de la agenda, para cada caso particular cubriendo sus necesidades, y dando respuesta oportuna las citas se otorgarán independientemente del turno de atención del paciente.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Información sobre la cita
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	169 de 673

Modelado del procedimiento de Programación de citas



Narrativa del procedimiento de Programación de citas

N°	Puesto responsable	Actividad	Resultado	Área
1	Paciente	Acude al módulo de citas o solicitar vía telefónica	Solicitud de Cita	Consulta Externa.
2	Apoyo Administrativo en Salud (consulta externa)	Verifica (en el caso de paciente de primera vez) que cuente con la referencia y/o exámenes diagnósticos o con sospecha de cáncer. Realizar ficha clínica. Entregar hoja de ficha clínica al paciente, para que registre sus datos, si es vía telefónica se le solicitaran sus datos y la asistente registrará los datos en la ficha.	Ficha Clínica del Paciente	Consulta Externa
3	Apoyo Administrativo en Salud (consulta externa)	Cuestiona (paciente subsecuente) si se le dio fecha probable por parte del médico especialista A.	Fecha probable para la Cita	Consulta Externa
4	Apoyo Administrativo en Salud (consulta externa)	Si es vía telefónica (paciente subsecuente) sólo se pregunta con cuál doctor y la fecha en que requiere la atención.	Fecha probable para la Cita	Consulta Externa.
5	Apoyo Administrativo en Salud (consulta externa)	Otorga cita con médico especialista, según clínica (a pacientes de primera vez), después de preguntar patología o motivo de referencia para asignar la consulta con el médico que corresponda según tumoración o sospecha de tumoración que presente el paciente.	Cita	Consulta Externa
6	Apoyo Administrativo en Salud (consulta externa)	Registra la cita en la agenda electrónica con el médico especialista, y horario que se determine. Se deberá de buscar fecha más próxima a la fecha que indicó el médico especialista.	Cita en la Agenda electrónica	Consulta Externa.
7	Apoyo Administrativo en Salud (consulta externa)	Anota la cita con fecha y hora en el tarjetón de citas del paciente.	Cita en Tarjetón de Citas	Consulta Externa.



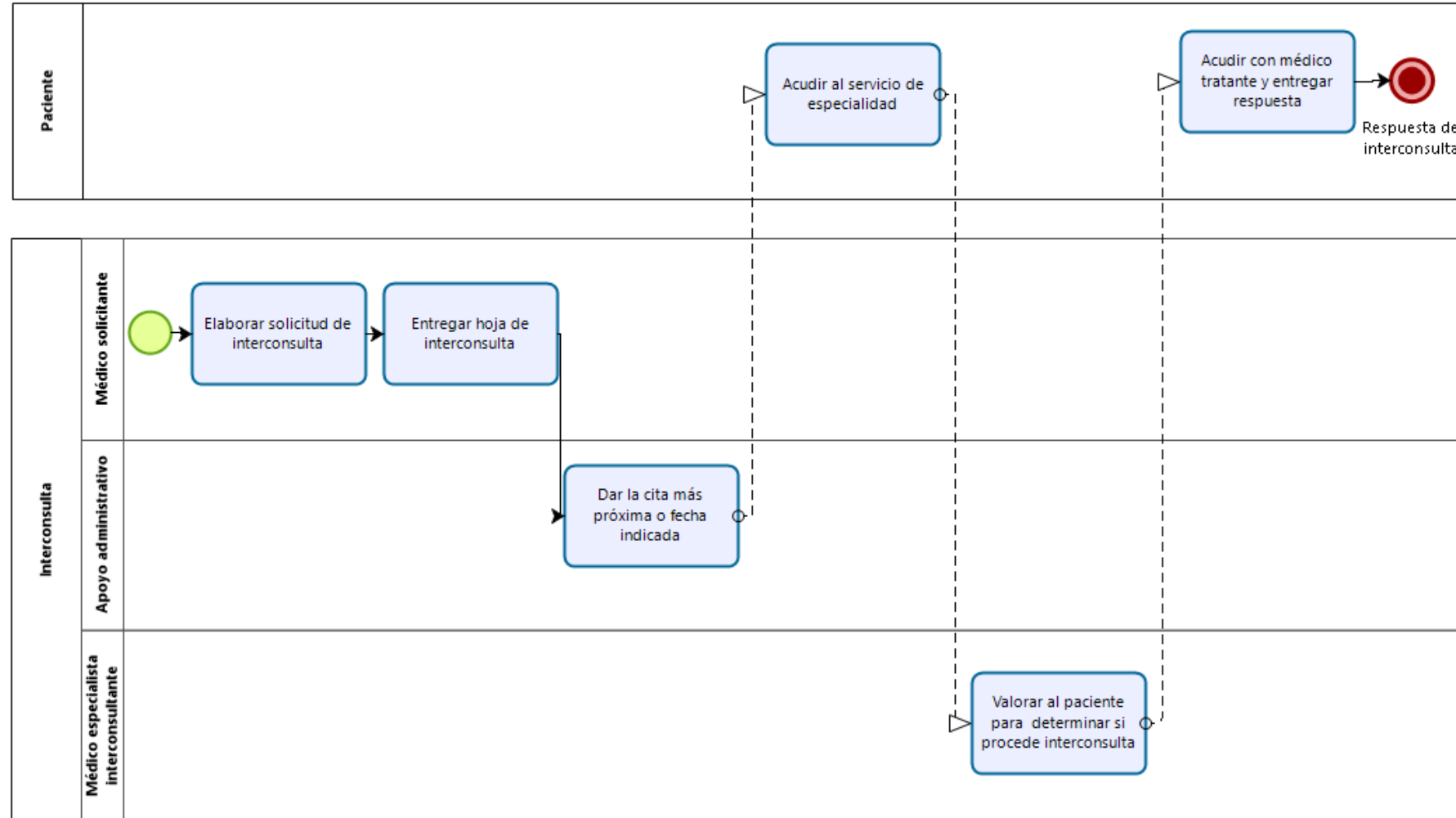
Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	171 de 673

N°	Puesto responsable	Actividad	Resultado	Área
8	Apoyo Administrativo en Salud (consulta externa)	Entregar el tarjetón al paciente y mencionarle la fecha y hora de su cita, si es vía telefónica se le pide al paciente o familiar que registre la cita en su tarjetón verificando los datos fecha, médico y hora de la cita. Y solicitar al paciente o familiar presentarse en sala de espera de la consulta solo 15 min antes de su cita. Fin de procedimiento	Información sobre la Cita	Consulta Externa.

Procedimiento de Interconsulta

Ficha del procedimiento	
Nombre	Interconsulta
Descripción	Consulta de interconsulta
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias
Trámite o servicio asociado	Consulta externa
Políticas del procedimiento	Toda interconsulta que se solicite a otra especialidad deberá ser a través de una solicitud escrita y autorizada por el área correspondiente, en el formato establecido para este fin.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón, solicitud de interconsulta, estudios anexos, remen médico
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Respuesta de Interconsulta
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Interconsulta



Narrativa del procedimiento de Interconsulta

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico solicitante	Consulta externa/hospitalización	Elabora solicitud de interconsultas a la especialidad correspondiente para la valoración y/o manejo de algún paciente	Formato de interconsulta
2	Médico solicitante	Consulta externa/hospitalización	Entrega de la hoja de interconsulta y pide al paciente o familiar vaya al servicio donde se le dio la interconsulta a solicitar cita	Valoración por médico especialista
3	Apoyo administrativo	Consulta externa/hospitalización	Da la cita más próxima o en la fecha requerida por el médico	Cita
4	Paciente	Consulta externa/hospitalización	Acude al servicio de la especialidad y entrega la hoja al médico interconsultante	Formato de interconsulta
5	Médico especialista interconsultante	Consulta externa/hospitalización	Valora al paciente y determina si procede o no la interconsulta	Valoración
6	Paciente	Consulta externa/hospitalización	Acude con su médico tratante y le entrega la contestación de la interconsulta	Entrega de respuesta de interconsulta

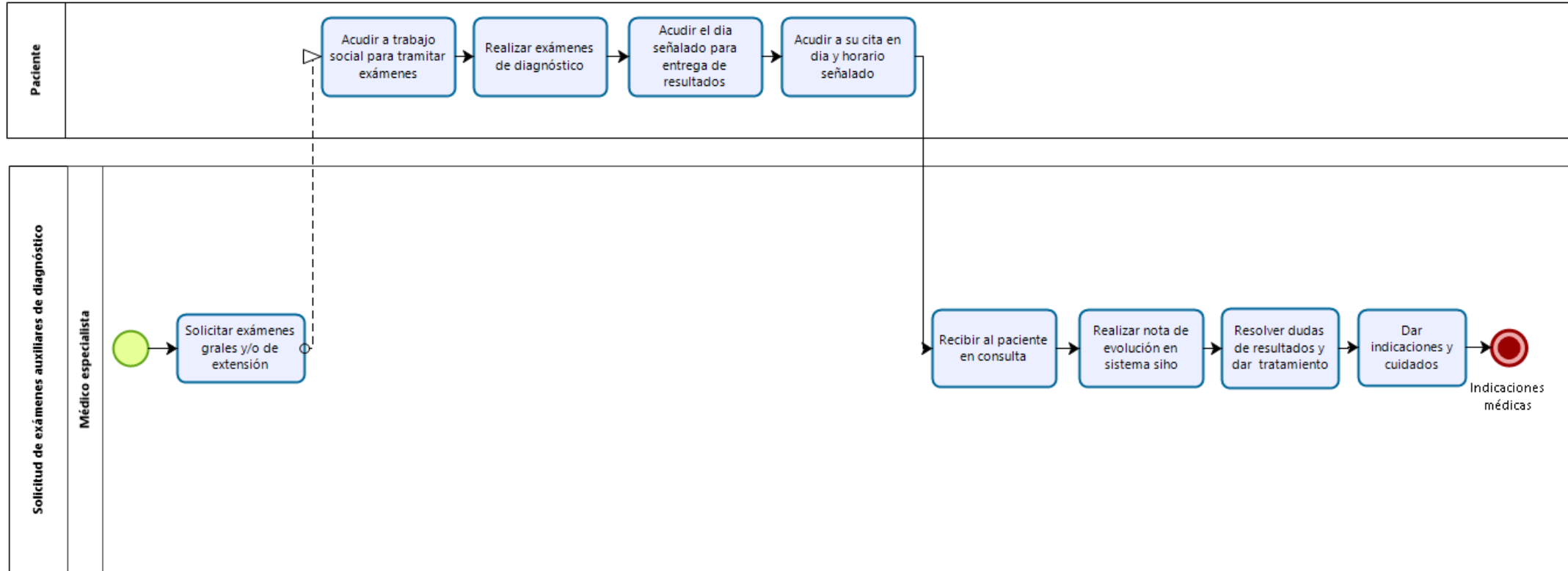
Solicitud de exámenes auxiliares de diagnóstico

Ficha del procedimiento	
Nombre	Solicitud de exámenes auxiliares de diagnostico
Descripción	Personal especializado realiza solicitud para exámenes auxiliares
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias
Trámite o servicio asociado	Consulta externa
Políticas del procedimiento	El O.P.D. Instituto Jalisciense de Cancerología tiene el objetivo de brindar atención médica oncológica a los pacientes con detección o diagnóstico de población abierta recibiendo atención médica de calidad con calidez y humanismo respetando y haciendo valer sus derechos durante la atención médica
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Solicitud, tarjetón para registrar cita a estudios auxiliares
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Exámenes auxiliares
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	176 de 673

Modelado del procedimiento de Solicitud de exámenes auxiliares de diagnóstico



Narrativa del procedimiento de Solicitud de exámenes auxiliares de diagnostico

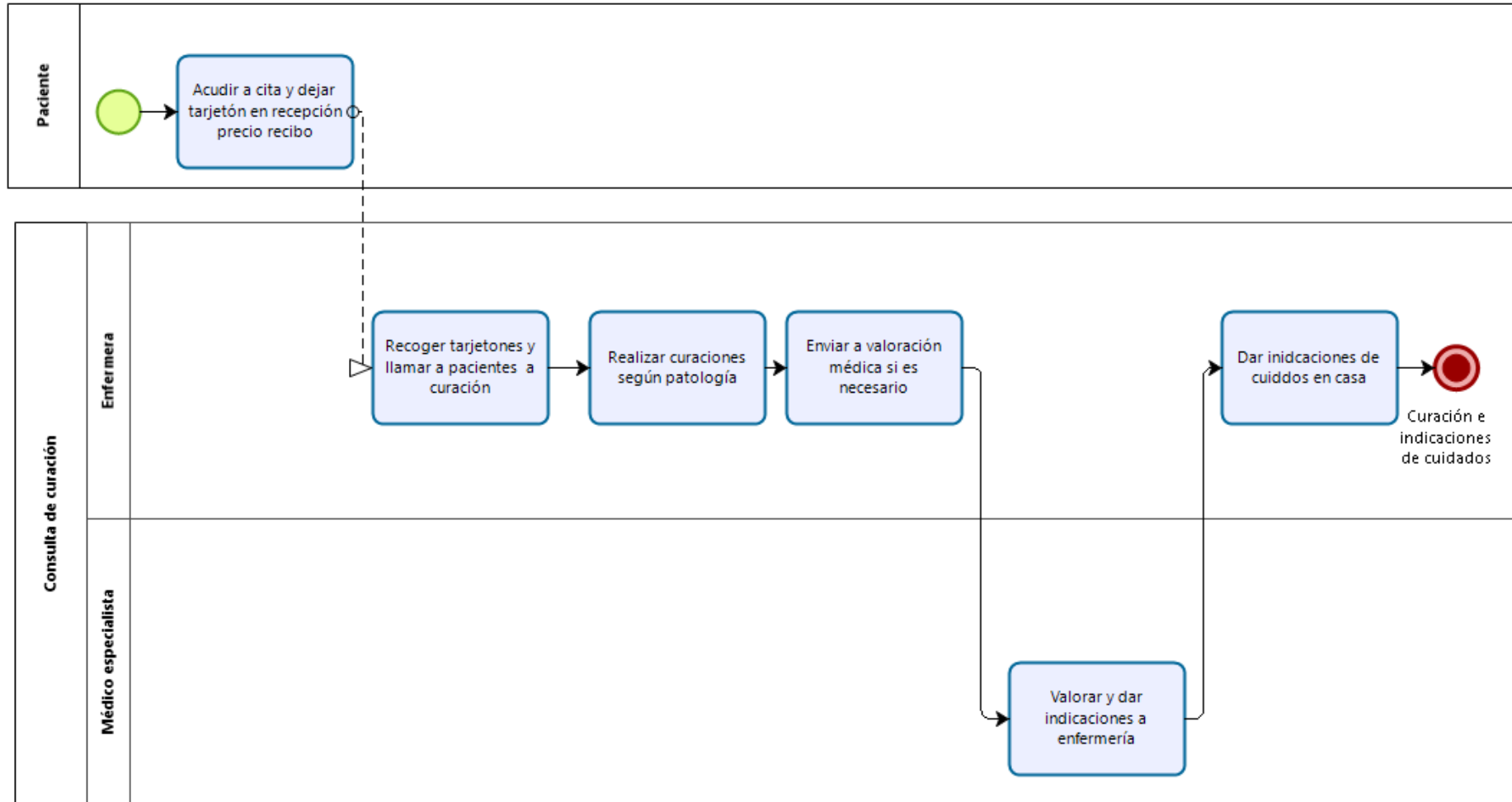
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico especialista	Consulta externa/hospitalización	Solicita al paciente los exámenes generales y/o de extensión para la determinación del diagnóstico.	Solicitud
2	Paciente	Trabajo social	Acude a trabajo social para tramitar sus exámenes	Tramitar solicitud
3	Paciente	Servicio correspondiente a los exámenes	Se realiza los exámenes de diagnóstico o extensión, y se le da fecha de entrega de resultados.	Ticket de pago
4	Paciente	Entrega de resultados	Acude el día señalado para la entrega de resultados de sus exámenes. Y solicita cita con su médico tratante para la revisión de los mismos.	Examen realizado
5	Paciente	Entrega de resultados	Acude a su cita el día y la hora señalados en su tarjeta de consultas.	Resultados de exámenes auxiliares
6	Médico especialista	Consulta externa/hospitalización	Recibe al paciente en consulta, y le pide los estudios. Los revisa y le explica de manera clara y concisa al paciente cuál es su estado de salud y si debe ser admitido en el IJC, o debe ser derivado a otra unidad de atención médica o en su caso que tratamiento continuara.	Evaluación de resultados y valoración
7	Médico especialista	Consulta externa/hospitalización	Realiza nota de evolución en el sistema SIHO	Nota de evolución
8	Médico especialista	Consulta externa/hospitalización	Resuelve dudas acerca de sus resultados y sobre lo que proseguirá en su tratamiento	Resolución de dudas
9	Médico especialista	Consulta externa/hospitalización	Da indicaciones, resuelve dudas, cuidados que deba de tener el paciente, le menciona en qué periodo debe de solicitar su próxima cita o pasos a seguir en su tratamiento Una vez resueltas sus dudas y dada la información general, se despide del paciente de manera cordial. Fin del procedimiento.	Indicaciones medicas

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	178 de 673

Procedimiento de Consulta de curación

Ficha del procedimiento	
Nombre	Consulta de curación
Descripción	Curaciones
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias
Trámite o servicio asociado	Consulta externa
Políticas del procedimiento	El O.P.D. Instituto Jalisciense de Cancerología tiene el objetivo de brindar atención médica oncológica, a los pacientes con detección o diagnóstico de cáncer de población abierta recibiendo atención médica de calidad, con calidez y humanismo, respetando y haciendo valer sus derechos durante la atención medica
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón con cita programada, ticket de pago
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Curación e indicaciones de cuidados
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Consulta de curación



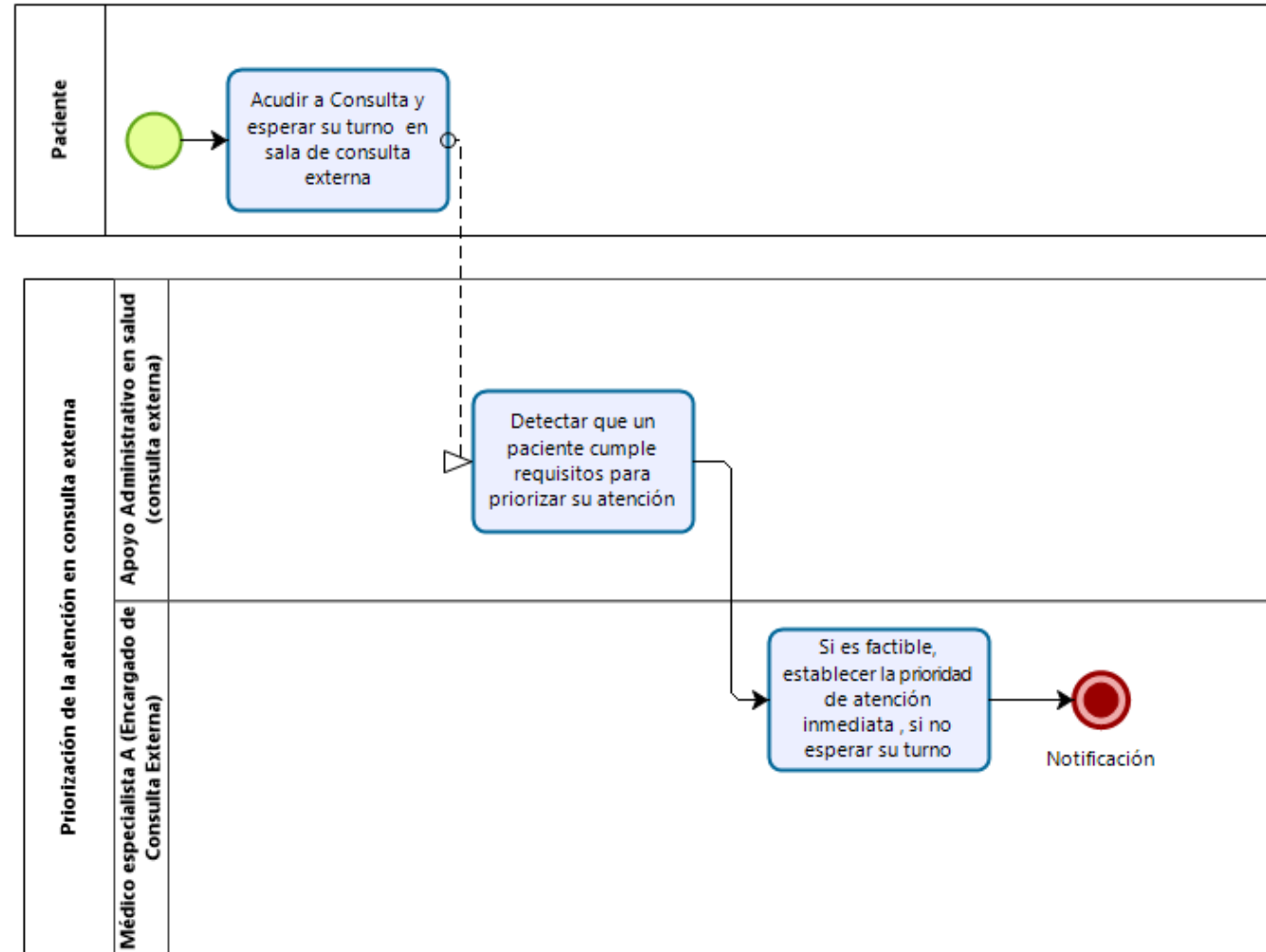
Narrativa del procedimiento de Consulta de curación

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Paciente	Curaciones	Acude a su cita para curaciones, deja su tarjetón de Citas en recepción. Antes de dejar el tarjetón se debe enviar al paciente a caja para trámite del recibo.	Cita programada
2	Enfermera	Curaciones	Recoge los tarjetones y llama a los pacientes para que pasen a curaciones	Curaciones
3	Enfermera	Curaciones	Realiza las curaciones requeridas siguiendo los protocolos y guías de práctica clínica según patología vigentes.	Curaciones
4	Enfermera	Curaciones	Si es necesario enviar a valoración médica	Envío a valoración
5	Médico especialista	Consulta externa	Valora y da indicaciones a enfermería	Indicaciones
6	Enfermera	Curaciones	Da indicaciones de cuidados al paciente para realizar en casa Fin del procedimiento	Curación e Indicaciones de cuidados

Procedimiento de Priorización de la atención en consulta externa

Ficha del procedimiento	
Nombre	Priorización de la atención en consulta externa
Descripción	Atención a pacientes de manera prioritaria en el servicio de consulta externa
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias
Trámite o servicio asociado	Consulta externa
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del Personal de Instituto respetar y hacer valer las políticas Institucionales para la priorización de la atención médica, derivado de las necesidades del paciente y las necesidades Institucionales.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón con cita programa, ticket de pago
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Consulta
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Priorización de la atención en consulta externa



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	183 de 673

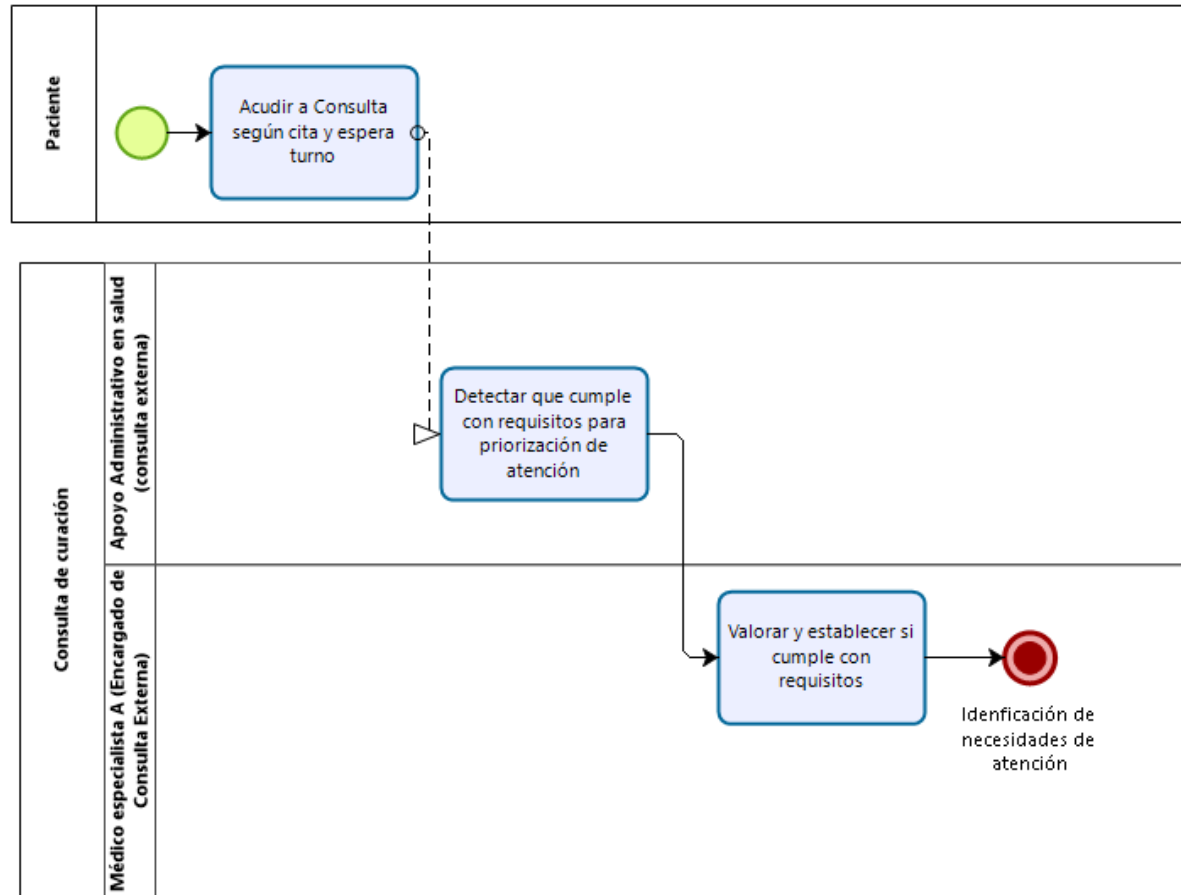
Narrativa del procedimiento de Priorización de la atención en consulta externa

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Paciente	Consulta externa	Acude a consulta el día y la hora señalada espera en sala de consulta externa su turno de atención	Identificación de necesidades de atención
2	Apoyo Administrativo en Salud (consulta externa)	Consulta externa	El asistente médico y/o personal del Instituto detectan que un paciente cumple con los requisitos para priorizar su atención (pacientes en camillas o sillas de ruedas)	Identificaciones de necesidades de atención
3	Médico Especialista A (Encargado de Consulta Externa)	Consulta externa	Deberá de establecer si es factible establecer la prioridad de atención, si así lo establece la asistente medica notificará al médico para dar prioridad inmediata al siguiente turno de consulta, si no establece la prioridad el paciente esperará su turno de atención	Notificación

Procedimiento Priorización de la atención en consulta externa, fines de semana, turno nocturno y días festivos.

Ficha del procedimiento	
Nombre	Priorización de la atención en consulta externa, fines de semana, turno nocturno y días festivos.
Descripción	Atención a pacientes de manera prioritaria en el servicio de consulta externa
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias
Trámite o servicio asociado	Consulta externa
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del Personal de Instituto respetar y hacer valer las políticas Institucionales para la priorización de la atención médica, derivado de las necesidades del paciente y las necesidades Institucionales.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón con cita programa, ticket de pago
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Consulta
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Priorización de la atención en consulta externa en fines de semana, turno nocturno y días festivos



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	186 de 673

Narrativa del procedimiento de Priorización de la atención en consulta externa en fines de semana, turno nocturno y días festivos

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Paciente	Consulta externa	Acude a consulta el día y la hora señalada espera en sala de consulta externa su turno de atención	Identificación de necesidades de atención
2	Apoyo Administrativo en Salud (consulta externa)	Consulta externa	El asistente médico y/o personal del Instituto detectan que un paciente cumple con los requisitos para priorizar su atención (pacientes en camillas o sillas de ruedas)	Notificación
3	Médico Especialista A (Encargado de Consulta Externa)	Consulta externa	Valorar y establecer si es el paciente cumple con los requisitos para priorizar su atención	Identificaciones de necesidades de atención

Ficha del servicio de Consulta externa

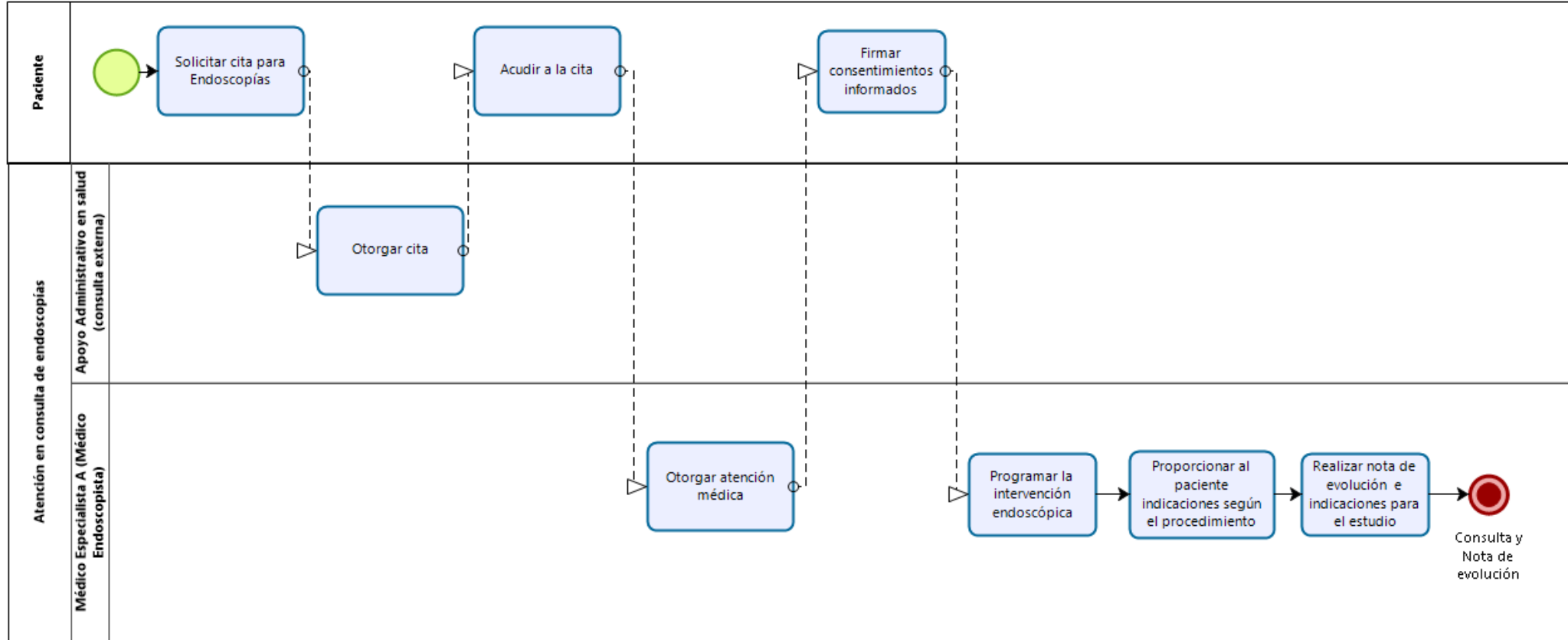
Nombre del trámite o servicio	Consulta externa
Descripción del servicio	Proporcionar consulta externa especializada a los pacientes con el objetivo de diagnosticar neoplasias malignas.
Documentos que se obtienen con el trámite	Registro hospitalario, tarjetón de citas
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Permanente
Usuario(s)	Pacientes con registro
Responsable del servicio	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Domicilio, Ubicación y teléfono	Coronel Calderón No. 715 S.N. Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44280. El área de Consulta Externa, se ubica en planta baja, al ingreso del Instituto.
Horario de atención	Lunes a Viernes de 8:00 am a 9:00 pm.
Requisitos	Cita previa
Costo, Forma y lugar de pago	Variable
Tiempo de respuesta	De acuerdo a la disponibilidad de espacios disponibles en la agenda.
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa
Dirección de Área responsable o equivalente	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	No aplica

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	188 de 673

Procedimiento Atención en consulta de endoscopias

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención en consulta de endoscopias
Descripción	Atención a pacientes en el área de endoscopias
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias
Trámite o servicio asociado	Gastroendoscopia
Políticas del procedimiento	Dar atención integral al paciente oncológico que requiere de abordaje endoscópico, de las vías digestivas y respiratorias.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón con cita programa, ticket de pago, interconsulta
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Consulta de endoscopia y nota de evolución
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Atención en consulta de endoscopías



Narrativa del procedimiento de Atención en consulta de endoscopías

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Paciente	Consulta externa	Solicitar cita para el servicio de Endoscopías.	Cita
2	Apoyo Administrativo en Salud (consulta externa)	Consulta externa	Otorgar cita al servicio de Endoscopías.	Cita
3	Paciente	Endoscopías	Acudir a la Cita.	Cita
4	Médico Especialista A (Médico Endoscopista)	Endoscopías	Otorgar atención médica. Valorar la necesidad de realizar el procedimiento endoscópico. Si la respuesta es No, entonces realizar nota de evolución, enviar al paciente con su médico especialista tratante y dar manejo inicial gastroenterológico cuando proceda. Si la respuesta es Si, entonces se explican los riesgos y los beneficios del procedimiento endoscópico propuesto y se entrega el consentimiento informado al paciente.	Valoración Endoscópica
5	Paciente	Endoscopías	Firmar consentimientos informados.	Consentimiento Informado
6	Médico Especialista A (Médico Endoscopista)	Endoscopías	Programar la intervención endoscópica.	Programación para el procedimiento endoscópico

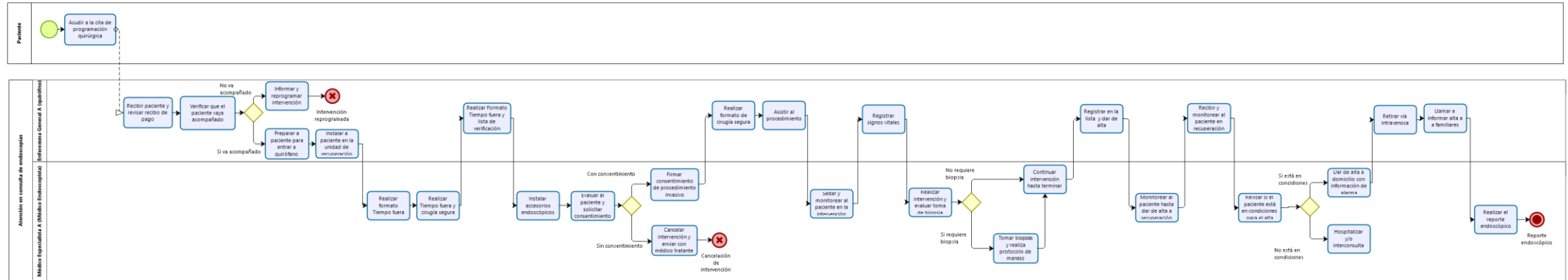
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
7	Médico Especialista A (Médico Endoscopista)	Endoscopias	Proporcionar al paciente indicaciones e instructivo de preparación según el procedimiento propuesto.	Instrucciones para la preparación para el estudio endoscópico
8	Médico Especialista A (Médico Endoscopista)	Endoscopias	Realizar nota de evolución e informar al paciente sobre cómo presentarse para la realización del estudio endoscópico.	Nota de Evolución

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	192 de 673

Procedimiento Intervención endoscópica

Ficha del procedimiento	
Nombre	Intervención endoscópica
Descripción	Brindar a los pacientes un abordaje endoscópico para mejorar la calidad de vida y obtener diagnósticos más certeros
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias
Trámite o servicio asociado	Gastroendoscopia
Políticas del procedimiento	Dar atención integral al paciente oncológico que requiere de abordaje endoscópico, de las vías digestivas y respiratorias.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón con cita programada, ticket de pago, estudios anexos
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Interpretación de resultado obtenido en el procedimiento
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Intervención endoscópica



Narrativa del procedimiento de Intervención endoscópica

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Paciente	Quirófano	Acude el día de la programación quirúrgica.	Procedimiento Endoscópico.
2	Enfermera General A (quirófano)	Quirófano	Recibir paciente y corroborar que presente el recibo de pago del procedimiento endoscópico.	Verificar recibo de pago
3	Enfermera General A (quirófano)	Quirófano	Verifica que el paciente cuente con Acompañante para poderlo pasar al procedimiento Endoscópico.	Bitácora de Programación de Quirúrgica
4	Enfermera General A (quirófano)	Quirófano	No - Informar y reprogramar la intervención. Fin de procedimiento.	Reprogramación de la Intervención.
5	Enfermera General A (quirófano)	Quirófano	Si - Proporciona bata, gorro y botas para ingresar paciente a quirófano. Viste, instala, canaliza vía intravenosa y monitoriza al paciente.	Ingresar paciente a quirófano.
6	Enfermera General A (quirófano)	Quirófano	Instala a paciente en la unidad de recuperación, monitoriza signos vitales y canaliza vía venosa.	Instalación del paciente en la unidad de recuperación
7	Médico Especialista A (Médico Endoscopista)	Quirófano	Realiza, Formato Tiempo fuera en el apartado de Verificación del Sitio correcto, paciente correcto y Procedimiento correcto.	Formato de tiempo fuera/ Lista de verificación de seguridad de la cirugía.

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
8	Médico Especialista A (Médico Endoscopista)	Quirófano	Realizar Tiempo Fuera (correspondiente al anestesiólogo), y cirugía segura (Entrada).	Formato de tiempo fuera/ Lista de verificación de seguridad de la cirugía.
9	Enfermera General A (quirófano)	Quirófano	Realizar, Formato de tiempo fuera/ Lista de verificación de seguridad de la cirugía.	Formato de tiempo fuera/ Lista de verificación de seguridad de la cirugía.
10	Médico Especialista A (Médico Endoscopista)	Quirófano	Instalar en la sala, el equipo y la mesa de accesorios endoscópicos. (Esta actividad se realizará las veces que sea necesario).	Preparación de la Sala.
11	Médico Especialista A (Médico Endoscopista)	Quirófano	Evaluar al paciente, explica riesgos beneficios de la sedación y da a firmar consentimiento informado de Anestesiología.	Consentimiento Informado para Anestesia
12	Médico Especialista A (Médico Endoscopista)	Quirófano	No- Informar al Medico Endoscopista de la negativa para la suspensión de la Intervención. Fin de procedimiento.	Consentimiento Informado para Anestesia. No Acepta Paciente
13	Médico Especialista A (Médico Endoscopista)	Quirófano	Si- Firmar consentimiento informado de Anestesiología y 2 testigos. Instalar y monitorizar pulso oximetría al paciente.	Consentimiento Informado para Anestesia Si Acepta Paciente
14	Médico Especialista A (Médico Endoscopista)	Quirófano	Evaluar al paciente, y dar a firmar consentimiento informado de <u>Procedimiento invasivo</u> . En Caso de que el paciente no se encuentre en condiciones de salud para la realización de la Intervención esta se suspenderá.	Consentimiento Informado para procedimiento invasivo



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	196 de 673

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
15	Médico Especialista A (Médico Endoscopista)	Quirófano	No- Cancelar la Intervención y enviar al paciente con el médico Tratante. Fin de procedimiento.	Consentimiento Informado para procedimiento invasivo No Acepta Paciente
16	Médico Especialista A (Médico Endoscopista)	Quirófano	Si, Firmar consentimiento informado de procedimiento invasivo	Consentimiento Informado para procedimiento invasivo Si Acepta Paciente
17	Enfermera General A (quirófano)	Quirófano	Realizar, formato de cirugía Segura en el apartado (PAUSA QUIRURGICA) y realizar el tiempo fuera verbal. Firmar y sellar formato de tiempo fuera/ Lista de verificación de seguridad de la cirugía.	Formato de tiempo fuera/ Lista de verificación de seguridad de la cirugía.
18	Enfermera General A (quirófano)	Quirófano	Asistir en el procedimiento con instrumentación de accesorios endoscópicos.	Asistencia medica Hoja de enfermería en quirófano.
19	Médico Especialista A (Médico Endoscopista)	Quirófano	Sedar y monitorizar al paciente durante la intervención endoscópica.	Sedación del paciente
20	Enfermera General A (quirófano)	Quirófano	Registrar en Hoja de enfermería en quirófano signos vitales del paciente.	Hoja de enfermería en quirófano.
21	Médico Especialista A (Médico Endoscopista)	Quirófano	Realizar intervención endoscópica, y evaluar sí se requiere tomar Biopsia.	Intervención Endoscópica.

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
22	Médico Especialista A (Médico Endoscopista)	Quirófano	Si- Tomar biopsias y proceder protocolo de manejo y transporte de especímenes de Anatomía Patológica.	Toma de Biopsia.
23	Médico Especialista A (Médico Endoscopista)	Quirófano	No- Continuar intervención endoscópica, hasta la terminación de la misma.	Intervención Endoscópica.
24	Enfermera General A (quirófano)	Quirófano	Registrar en la Lista de verificación de seguridad de la cirugía el apartado de SALIDA. Continuar la monitorización del paciente hasta cese de sedación y dar de alta a sala de recuperación.	Formato de tiempo fuera/ Lista de verificación de seguridad de la cirugía.
25	Médico Especialista A (Médico Endoscopista)	Quirófano	Monitorizar al paciente hasta cese de sedación y da de alta a sala de recuperación.	Monitorización del paciente hasta cese de sedación
26	Enfermera General A (quirófano)	Quirófano	Recibir y Monitorear al paciente en la sala de recuperación	Monitorización del paciente en sala de recuperación
27	Médico Especialista A (Médico Endoscopista)	Quirófano	El paciente está en condiciones para el Alta de Recuperación. No- Hospitalizar y/o interconsulta al área médica o quirúrgica según corresponda. Si se hospitaliza el médico endoscopista deberá de realizar el ingreso y ponerlo a cargo del médico Interconsultante.	Ingreso del Paciente a Terapia Intermedia.
28	Médico Especialista A (Médico Endoscopista)	Quirófano	Si- Dar de alta a domicilio con información de signos de alarma para acudir a atención urgente y entregar receta con indicaciones médicas cuando se requieran.	Alta del Paciente.

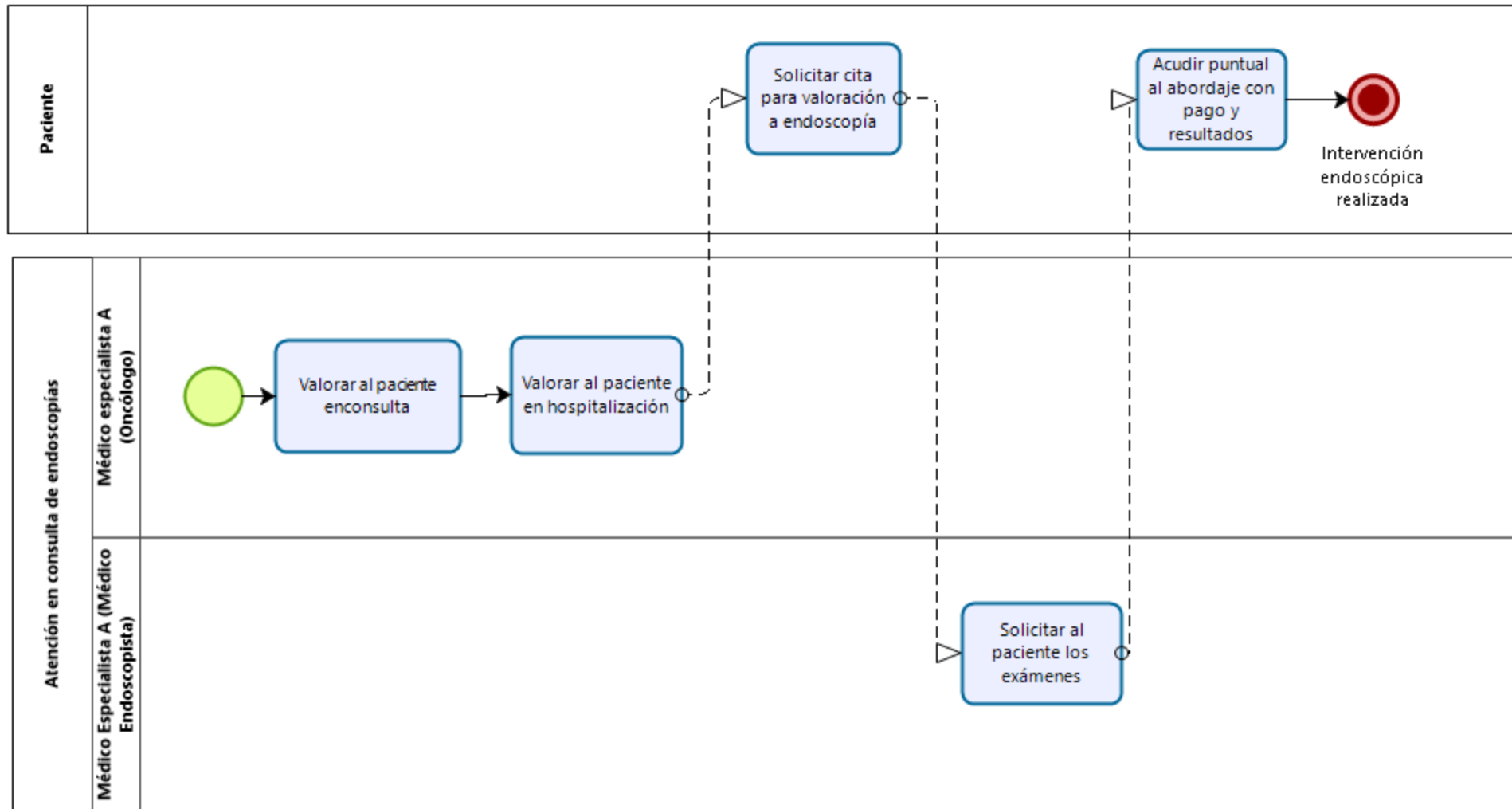
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
29	Enfermera General A (quirófano)	Quirófano	Retirar vía intravenosa.	Retiro de vía intravenosa
30	Enfermera General A (quirófano)	Quirófano	Llamar e informar a familiares que el paciente está listo, apoya a egresar de quirófano.	Informa a familiares
31	Médico Especialista A (Médico Endoscopista)	Quirófano	Realizar reporte endoscópico. FIN DEL PROCEDIMIENTO.	Reporte Endoscópico

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	199 de 673

Procedimiento Solicitud de intervenciones endoscópicas gastrointestinales en paciente ambulatorio y hospitalizado

Ficha del procedimiento	
Nombre	Solicitud de intervenciones endoscópicas gastrointestinales en paciente ambulatorio y hospitalizado
Descripción	Solicitar abordaje endoscópico a pacientes que lo requiera
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias
Trámite o servicio asociado	Gastroendoscopia
Políticas del procedimiento	El paciente debe de cumplir con los criterios para ser abordado endoscópicamente
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Interconsulta, ticket de pago, estudios anexos
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Otorgamiento de cita programada para procedimiento endoscópico
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Solicitud de intervenciones endoscópicas gastrointestinales en paciente ambulatorio y hospitalizado



Narrativa del procedimiento de Solicitud de intervenciones endoscópicas gastrointestinales en paciente ambulatorio y hospitalizado

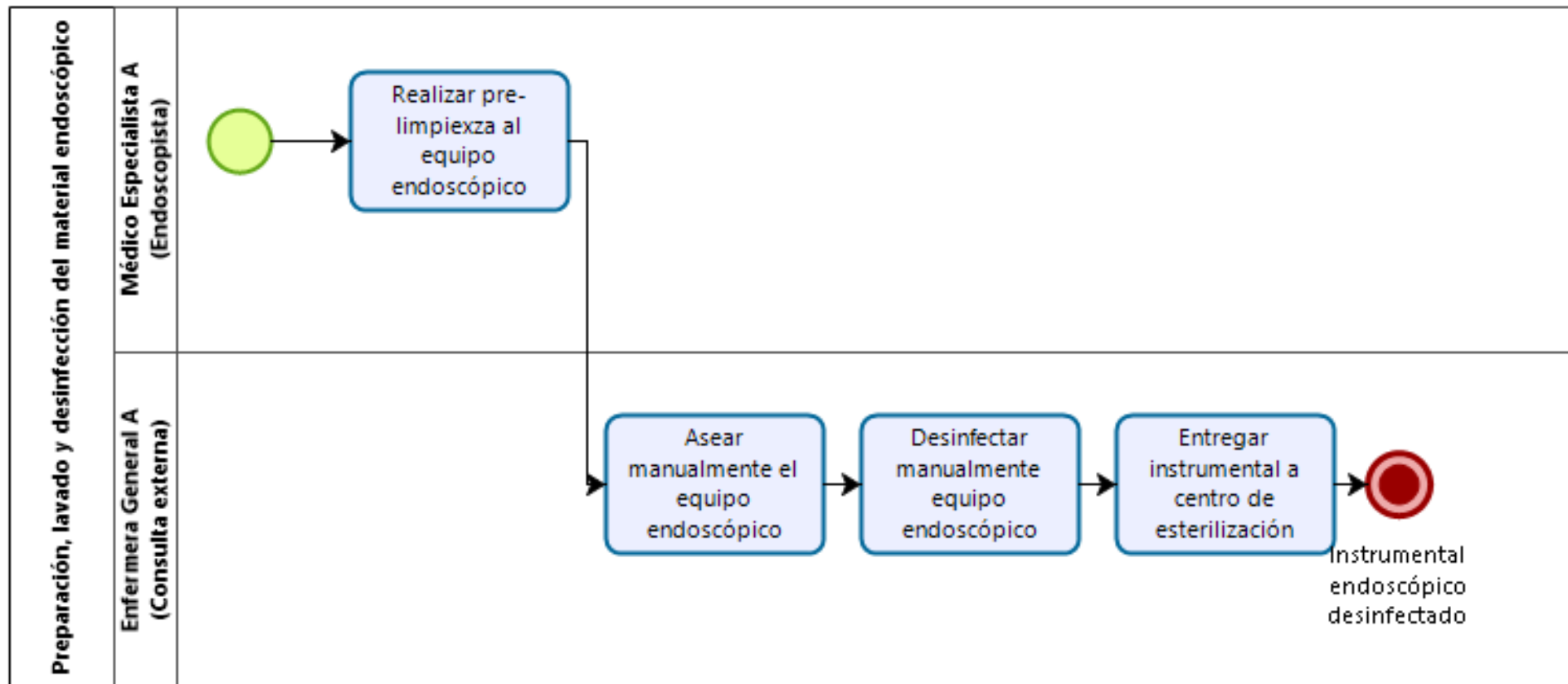
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico especialista A (oncólogo)	Consulta externa	Valora al paciente en consulta, analizar exámenes anexos y definir la necesidad de un abordaje endoscópico	Interconsulta al servicio de endoscopia
2	Médico especialista A (médico oncólogo)	Hospitalización	Valora al paciente en hospitalización, analizar exámenes anexos y definir la necesidad de un abordaje endoscópico	Interconsulta al servicio de endoscopia
3	Paciente	Servicio de endoscopia	Solicita cita para valoración al servicio de endoscopia	Cita programada para intervención
4	Médico especialista A (médico endoscopista)	Servicio de endoscopia	Solicita al paciente exámenes anexos a su cita programada	Solicitud de exámenes anexos
5	Paciente	Servicio de endoscopia	Se Presenta puntualmente al abordaje con ticket de pago, resultados de exámenes anexos	Intervención endoscópica realizada

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	202 de 673

Procedimiento Preparación, lavado y desinfección del material endoscópico

Ficha del procedimiento	
Nombre	Preparación, lavado y desinfección del material endoscópico
Descripción	Desinfección de material endoscópico para así evitar infecciones nosocomiales
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias
Trámite o servicio asociado	Gastroendoscopia
Políticas del procedimiento	
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Bitácora, cepillo, desinfectantes
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Material endoscópico desinfectado
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Preparación, lavado y desinfección del material endoscópico



Narrativa del procedimiento de Preparación, lavado y desinfección del material endoscópico

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico Especialista A (Médico Endoscopista)	Endoscopias	Realizar la pre-limpieza al equipo endoscópico inmediatamente después de cada procedimiento	Pre limpieza
2	Enfermera General A (consulta externa)	Endoscopias	Asear manualmente el equipo endoscópico en el detergente enzimático.	Aseo del endoscopio
3	Enfermera General A (consulta externa)	Endoscopias	Desinfectar manualmente el equipo endoscópico en solución desinfectante.	Desinfección del endoscopio
4	Enfermera General A (consulta externa)	Endoscopias	Entregar el instrumental al centro de esterilización de instrumental endoscópico.	Entrega del instrumental endoscópico desinfectado

Ficha del servicio de Endoscopia

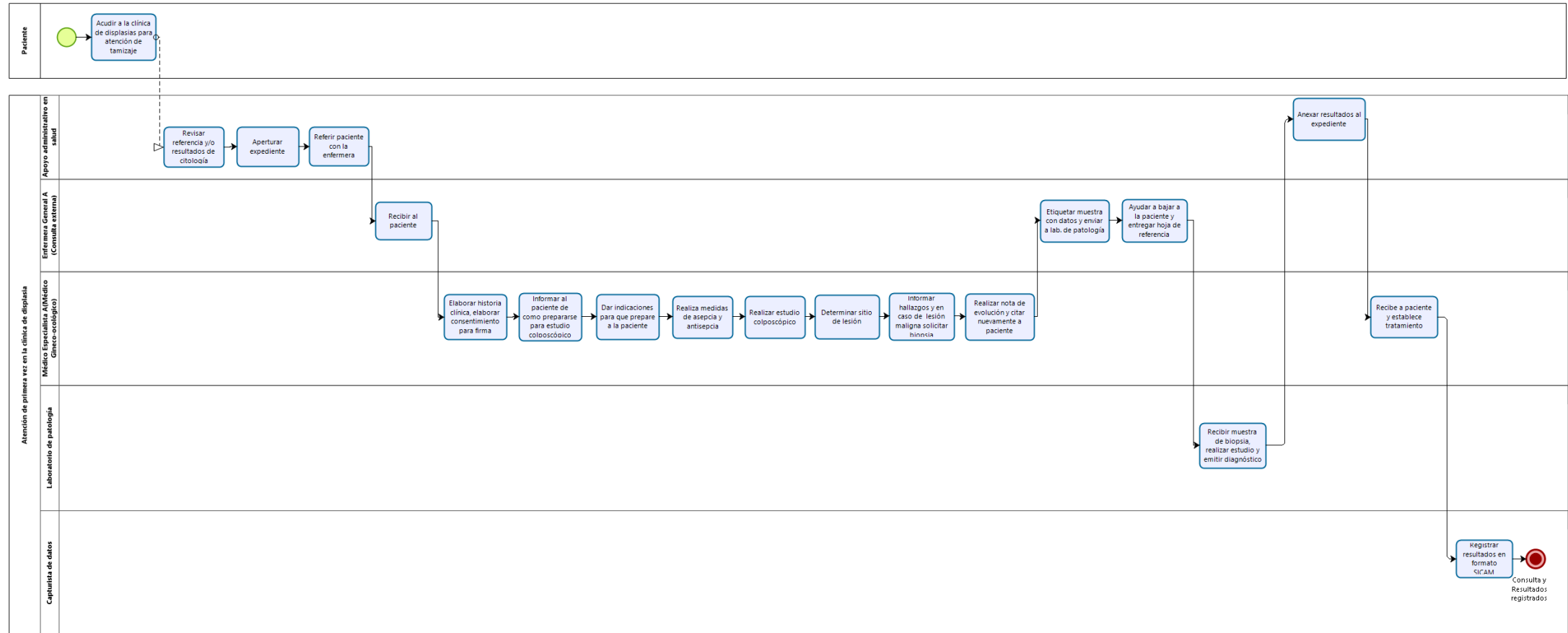
Nombre del trámite o servicio	Gastroendoscopía
Descripción del servicio	Intervenciones endoscópicas
Documentos que se obtienen con el trámite	Interpretación y resultado obtenidos mediante intervención endoscópica gastrointestinal
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Permanente
Usuario(s)	Pacientes programados
Responsable del servicio	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Domicilio, Ubicación y teléfono	Coronel Calderón No. 715 S.H. Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44280. El área de Consulta Externa, se ubica en planta baja, al ingreso del Instituto.
Horario de atención	Lunes a Viernes de 8:00 am a 9:00 pm.
Requisitos	Interconsulta
Costo, Forma y lugar de pago	Variable, piso 3 caja
Tiempo de respuesta	De acuerdo a la disponibilidad de espacios disponibles en la agenda.
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa
Dirección de Área responsable o equivalente	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	No aplica

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	206 de 673

Procedimiento de Atención de pacientes de primera vez en la clínica de displasias

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención de pacientes de primera vez en la clínica de displasias
Descripción	Brindar atención y tratamiento en Clínica de displasias
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias
Trámite o servicio asociado	Displasias
Políticas del procedimiento	Brindar atención de manera oportuna, de calidad y con respeto. En caso de requerir una interconsulta a una de las clínicas del Instituto se enviará al paciente a solicitar cita y se consignará una nota en el expediente que justifique la interconsulta.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón, tarjetón con cita programada, ticket de pago
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Consulta
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Atención de pacientes de primera vez en la clínica de displasias



Narrativa del procedimiento de Atención de pacientes de primera vez en la clínica de displasias

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Paciente.	Consulta Externa	Acude a la clínica de displasias con resultado citológico de infección del virus del papiloma o displasia, por procedimientos de inspección visual o por cualquier otra técnica nueva de tamizaje para su atención.	Solicitud de Cita
2	Apoyo Administrativo en Salud	Consulta Externa	Recibe paciente y revisa referencia y/o resultados de la citología	Cita
3	Apoyo Administrativo en Salud	Consulta externa	Realiza apertura de expediente de la paciente, anexa formato de referencia	Apertura de expediente
4	Apoyo Administrativo en Salud (consulta externa)	Consulta Externa	Refiere a la paciente con la enfermera	Referencia
5	Enfermera General A (consulta externa)	Displasias	Recibe a la paciente	Signos vitales
6	Médico Especialista A (Médico Gineco-oncólogo)	Displasias	Elabora historia clínica, llena el expediente envía resultados de citología y datos clínicos de clínica de displasias. Elabora consentimiento informado para que lo firme la paciente	Historia clínica
7	Enfermera	Displasias	Informa a la paciente como debe prepararse para estudio colposcópico (vestidor que garantice privacidad e intimidad)	Entregar indicaciones
8	Médico Especialista A (Médico Gineco-oncólogo)	Displasias	Da indicaciones a la enfermera para que ayude y prepare a la paciente en mesa de exploración, previamente acondicionada con material limpio	Indicaciones

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
9	Médico Especialista A (Médico Gineco-oncólogo)	Displasias	Realiza medidas de asepsia y antisepsia para procedimiento	Asepsia y antisepsia
10	Médico Especialista A (Médico Gineco-oncólogo)	Displasias	Realiza estudio colposcópico	Colposcopia
11	Médico Especialista A (Médico Gineco-oncólogo)	Displasias	Determina sitio de lesión	Colposcopia
12	Médico Especialista A (Médico Gineco-oncólogo)	Displasias	Informa a la paciente hallazgos y solicita autorización en caso de probable lesión maligna para la realización de biopsia.	Reporte
13	Médico Especialista A (Médico Gineco-oncólogo)	Displasias	Nota de evolución en electrónico y lo integra en fisco, contesta la referencia (si la paciente fue referida), cita a la paciente en un mes para resultados.	Nota de evolución
14	Enfermera	Displasias	Etiqueta la muestra con nombre, edad, número de expediente, fecha y lo envía a laboratorio de patología correspondiente.	Recepción de muestra
15	Enfermera	Displasias	Ayuda a la paciente a bajar de la mesa de exploración y se le entrega la hoja de referencia (si la trajo) para que la entregue a la unidad que la refirió y da instrucciones para su salida.	Egreso de área de displasias
16	Laboratorio de patología	Laboratorio	Recibe muestra de biopsia, coteja los datos con el formato y procede a su estudio Realiza estudio de la muestra y emite diagnostico por escrito en el formato de referencia y de estudio nominal. Envía resultados del estudio histopatológico a la clínica de displasias que refirió la muestra.	Recepción de muestra, interpretación y envío de resultados

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
17	Apoyo Administrativo en Salud	Displasias	Recibe resultados y los anexa al expediente	Recepción de resultados
18	Médico Especialista A (Médico Gineco-oncólogo)	Displasias	Recibe paciente en nueva cita, revisa expediente y establece tratamiento médico y/o quirúrgico. Realiza Nota de evolución en el Sistema SIHO. Se entrega la muestra de la biopsia a la enfermera para su identificación y envió a laboratorio de patología	Nueva Cita y muestra de biopsia
19	Capturista de datos	Displasias	Registra los resultados en el formato del SICAM	Consulta y resultados registrados

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	211 de 673

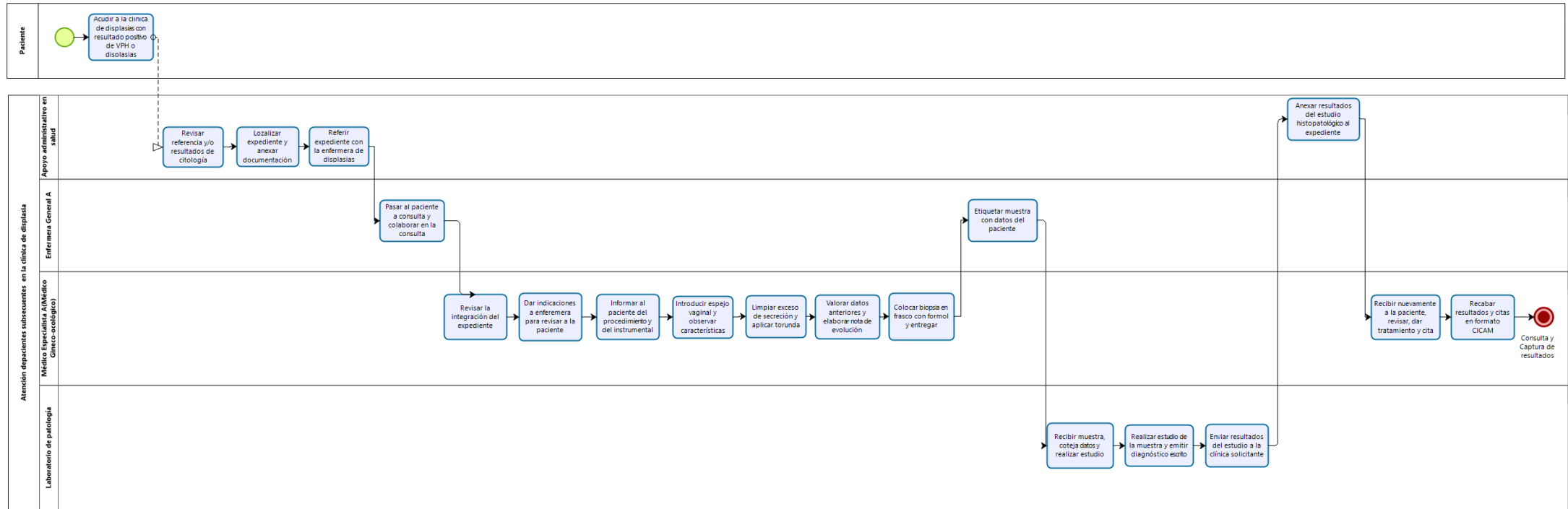
Procedimiento Atención de pacientes subsecuentes en la clínica de displasia

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención de pacientes subsecuentes en la clínica de displasia
Descripción	Brindar atención y tratamiento en Clínica de displasias
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias
Trámite o servicio asociado	Displasias
Políticas del procedimiento	Brindar atención de manera oportuna, de calidad y con respeto. En caso de que se diagnostique un carcinoma invasor mediante biopsia se solicitara interconsulta a la clínica de tumores pélvicos para su evaluación y manejo y se consignara nota en el expediente
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón, tarjetón con cita programada, ticket de pago
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Consulta
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	212 de 673

Modelado del procedimiento de Atención de pacientes subsecuentes en la clínica de displasia



Narrativa del procedimiento de Atención de pacientes primera vez en la clínica de displasia

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Paciente	Displasias	Acude a la Clínica de displasias con resultado previo positivo a infección por VPH o displasias, (colposcopia o citología exfoliativa) y aquellos elaborados como resultados de los estudios realizados en primera consulta y exploración.	Cita subsecuente
2	Apoyo Administrativo en Salud	Displasias	Recibe paciente y revisa su referencia y/o resultados de citología previa o resultado de patología biopsia cervical dirigida por colposcopia	Recepción
3	Apoyo Administrativo en Salud	Displasias	Localiza el expediente y anexa documentación	Archivar documentación
4	Apoyo Administrativo en Salud	Displasias	Refiere el expediente con la enfermera de la clínica de displasias	Entrega de expediente médico físico
5	Enfermera General A	Displasias	Recibe expediente, llama a la paciente, la pasa con el médico especialista y colabora en la consulta y exploración	Recepción de paciente
6	Médico Especialista A (Médico Gineco-oncólogo)	Displasias	Revisa cuidadosamente la integración del expediente: historia clínica completa, resultado de la colposcopia anterior, revisa resultados de la biopsia, citología o datos clínicos.	Confirma expediente médico físico
7	Médico Especialista A (Médico Gineco-oncólogo)	Displasias	Da indicaciones a la enfermera para que ayude a colocar a la paciente en posición ginecológica	Apoyo a paciente
8	Médico Especialista A (Médico Gineco-oncólogo)	Displasias	Informa a la paciente del procedimiento que se le va a realizar, asegura que la paciente tenga la confianza de que se usa instrumental estéril.	Brindar información de procedimiento

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
9	Médico Especialista A (Médico Gineco-oncólogo)	Displasias	Introduce el espejo vaginal con todo cuidado y observa las características del epitelio a través del colposcopio	Inicio de procedimiento
10	Médico Especialista A (Médico Gineco-oncólogo)	Displasias	Procede a la limpieza del exceso de secreción del epitelio con solución salina; enseguida se aplica sobre el cuello uterino, una torunda impregnada de ácido acético al 5% por tres minutos. Si detecta anomalías colposcópicas procede a tomar biopsia	Procedimiento
11	Médico Especialista A (Médico Gineco-oncólogo)	Displasias	Valora todos los datos anteriores, cita a la paciente para el siguiente mes si tomo estudio biopsia, o la cita en seis meses para su valoración y control si él así lo considera. Elabora Nota de evolución en el sistema SIHO. Despide al paciente hasta su próxima cita.	Valoración de estudios previos
12	Médico Especialista A (Médico Gineco-oncólogo)	Displasias	Coloca la biopsia en un frasco con formol al 100% y lo entrega a enfermera	Biopsia
13	Enfermera	Displasias	Etiqueta la muestra con los datos del paciente	Identificación muestra
14	Laboratorio de patología	Laboratorio	Recibe muestra, coteja los datos y procede al estudio	Recepción de muestra
15	Laboratorio de patología	Laboratorio	Realiza estudio de la muestra y emite un diagnóstico por escrito	Diagnostico escrito
16	Laboratorio de patología	Laboratorio	Envía resultados del estudio a la clínica de displasias que refirió la muestra	Envío de resultados
17	Apoyo Administrativo en Salud o enfermera	Displasias	Recibe los resultados del estudio histopatológico y los anexa al expediente	Recepción de resultados
18	Médico especialista	Displasias	Cita subsecuente. Recibe nuevamente a la paciente, revisa cuidadosamente el expediente, establece tratamiento médico y/o quirúrgico y da cita periódica cada seis meses. Elabora Nota de evolución en el sistema SIHO	Seguimiento



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	215 de 673

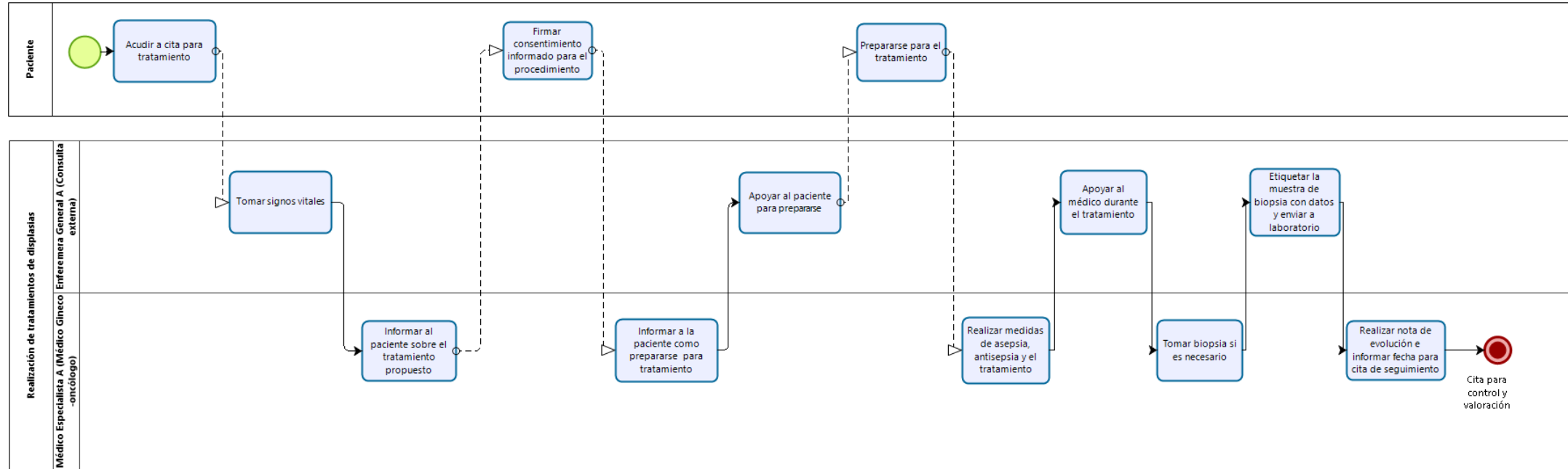
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
19	Médico especialista	Displasias	Recaba los resultados y citas subsecuentes en el formato CICAM para su seguimiento	Consulta y Captura de resultados

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	216 de 673

Procedimiento de Realización de tratamientos en displasias

Ficha del procedimiento	
Nombre	Realización de tratamientos en displasias
Descripción	Brindar tratamiento especializado para mejorar la calidad de las pacientes
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias
Trámite o servicio asociado	Displasias
Políticas del procedimiento	Otorgar atención médica para la detección y diagnóstico oportuno en patologías oncológicas a la población abierta.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón con cita programada, preparación previa, insumos o medicamentos solicitados, equipo necesario
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Tratamientos aplicados
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Realización de tratamientos de displasias



Narrativa del procedimiento de Realización de tratamientos de displasias

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Paciente	Displasias	Acudir a cita según programación para realizar el tratamiento.	Asistencia a la Cita
2	Enfermera General A (consulta externa)	Displasias	Tomar signos vitales. Canalizar al paciente con el médico especialista.	Toma de Signos Vitales
3	Médico Especialista A (Médico Gineco-oncólogo)	Displasias	Informar al paciente sobre el tratamiento propuesto, (colposcopias, papanicolaou, biopsias, electro fulguración y conos). Entregar el consentimiento informado para firmar al paciente.	Información sobre el Tratamiento propuesto
4	Paciente	Displasias	Firmar consentimiento informado para la realización del procedimiento (colposcopias, papanicolaou, biopsias, electro fulguración y conos).	Consentimiento Informado
5	Médico Especialista A (Médico Gineco-oncólogo)	Displasias	Informar a la paciente como debe prepararse para el tratamiento.	Información para la Preparación del tratamiento
6	Enfermera General A (consulta externa)	Displasias	Apoyar al paciente para prepararse para la toma del tratamiento.	Preparación para la realización del tratamiento
7	Paciente	Displasias	Preparar para el tratamiento según indicaciones médicas.	Preparación para la realización del tratamiento
8	Médico Especialista A (Médico Gineco-oncólogo)	Displasias	Realizar medidas de asepsia y antisepsia para realizar el tratamiento. Llevar a cabo tratamiento propuesto.	Realización del Estudio
9	Enfermera General A (consulta externa)	Displasias	Apoyar al médico durante el tratamiento.	Asistencia Médica

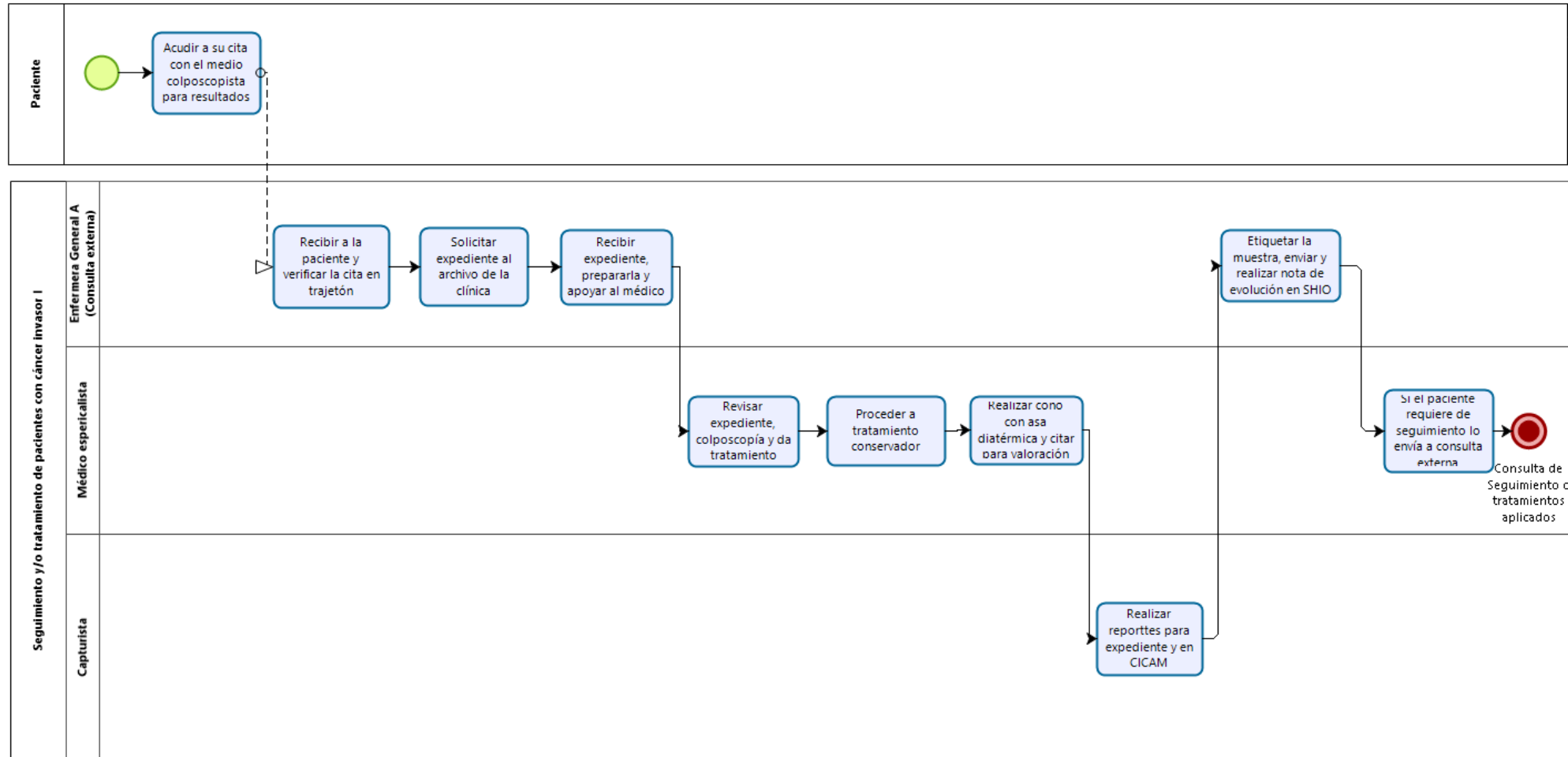
Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	219 de 673

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
10	Médico Especialista A (Médico Gineco-oncólogo)	Displasias	Tomar biopsia (en caso de ser necesario), y entregar la muestra de la biopsia a la enfermera operativa para su identificación y envié a laboratorio de patología.	Toma de Biopsia
11	Enfermera General A (consulta externa)	Displasias	Etiquetar la muestra con nombre, edad, número de expediente, fecha y enviar a laboratorio de patología correspondiente.	Identificación de la Muestra (Biopsia)
12	Médico Especialista A (Médico Gineco-oncólogo)	Displasias	Realizar nota de evolución, informar sobre la fecha para que solicite su próxima cita, para la entrega de resultados y/o seguimiento. Fin de Procedimiento.	Cita para Control y valoración

Procedimiento de Seguimiento y/o tratamiento de pacientes con cáncer invasor I, II, y microinvasor o invasor III

Ficha del procedimiento	
Nombre	Seguimiento y/o tratamiento de pacientes con cáncer invasor I, II, y microinvasor o invasor III
Descripción	Brindar consulta de seguimiento y tratamiento a pacientes que cumplan los requisitos para ser atendidos en la Clínica de displasias
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias
Trámite o servicio asociado	Displasias
Políticas del procedimiento	La paciente que acude a la clínica de displasias del Instituto Jalisciense de Cancerología será informada oportunamente del orden de atención, mismo que será conforme a la hora de llegada; de igual forma se le informará de alguna eventualidad o retraso en su atención o aplicación de tratamiento. Los pacientes con capacidades diferentes serán atendido y apoyados por el personal de la clínica de displasia con respeto y calidad. En caso de requerir una interconsulta a una de las clínicas del Instituto se enviará al paciente a solicitar cita y se consignará una nota en el expediente que justifique la interconsulta. En caso de que se diagnostique un carcinoma invasor mediante biopsia se solicitara interconsulta a la clínica de tumores pélvicos para su evaluación y manejo y se consignara nota en el expediente El médico adscrito a la clínica de displasia deberá de orientar al paciente y a su familia a cerca del significado del diagnóstico que se le estableció, acerca de las características del tratamiento prescrito y de la importancia del seguimiento hasta su alta. Las pacientes que sean sometidas a algún tratamiento electro quirúrgico en la clínica de displasia recibirán hoja de indicaciones por escrito que contenga medicamentos que deberá tomar, recomendaciones higiénicas dietéticas, así como acciones que deberá tomar en caso de emergencia Todo paciente que sea sometido a un tratamiento de tipo terapéutico deberá de firmar hoja de consentimiento informado bajo previa información del contenido del mismo.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón con cita programada, ticket de pago, estudios anexos
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Consulta de seguimiento o tratamientos aplicados, Observaciones en SICAM, Nota de Evolución
Indicador	No aplica

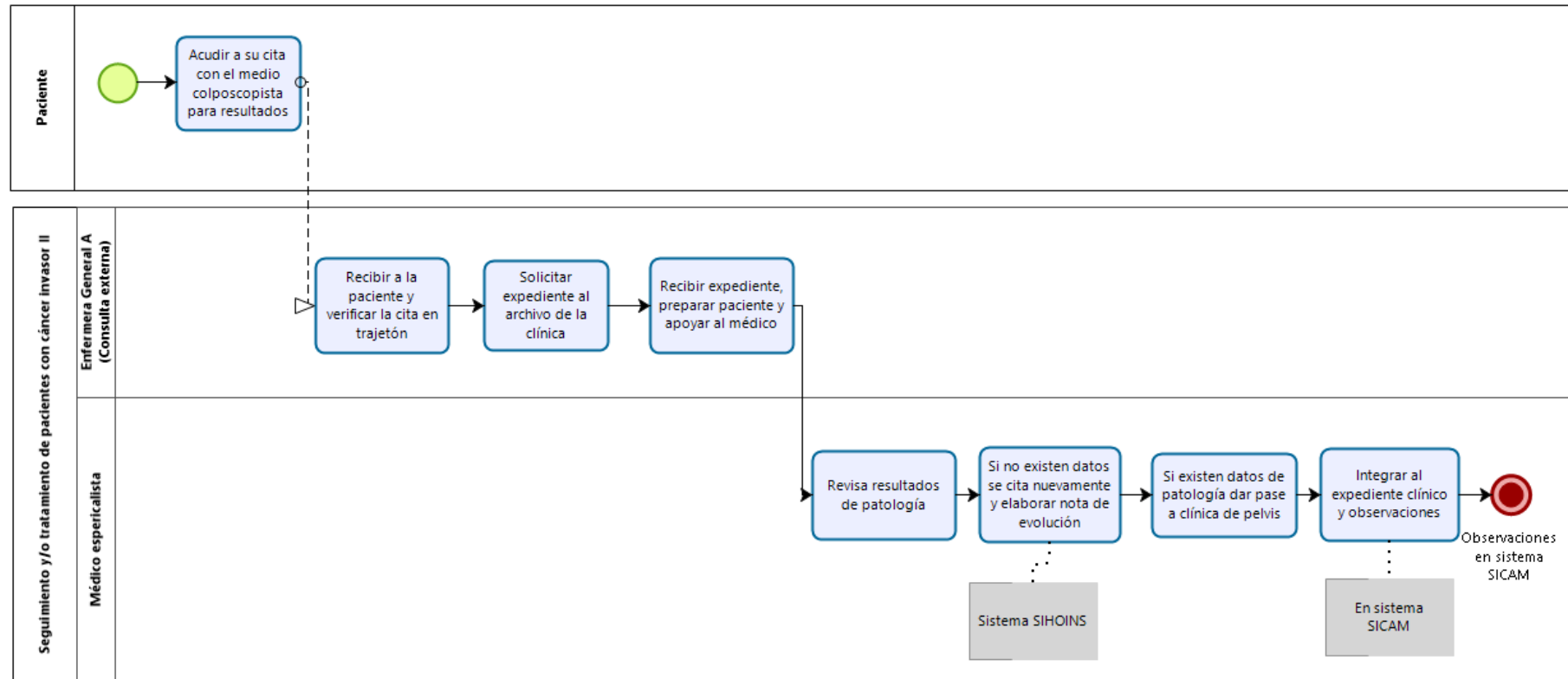
Modelado del procedimiento de Seguimiento y/o tratamiento de pacientes con cáncer invasor I



Narrativa del procedimiento de Seguimiento y/o tratamiento de pacientes con cáncer invasor I

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Paciente	Displasias	Acude a su cita con el medio colposcopista para saber los resultados de la biopsia.	Cita programada
2	Enfermera General A (consulta externa)	Displasias	Recibe a la usuaria y verifica la cita en el Tarjetón.	Recepción de tarjetón
3	Enfermera General A (consulta externa)	Displasias	Solicita expediente al archivo de la clínica	Solicitud expediente físico
4	Enfermera General A (consulta externa)	Displasias	Recibe expediente, llama a la paciente, la prepara y apoya al médico en la consulta	Recepción de expediente
5	Médico especialista	Displasias	Recibe expediente, revisa resultados de patología, corrobora lo datos, realiza colposcopia, y decide tratamiento conservador o tratamiento oncológico	Corrobora datos y realiza colposcopia
6	Médico especialista	Displasias	Procede a tratamiento conservador	Tratamiento
7	Médico especialista	Displasias	Se realiza cono con asa diatérmica, y se cita a la paciente para valorar márgenes y profundidad de la invasión en 1 mes	Procedimiento
8	Capturista	Displasias	Hace los reportes que correspondan en el expediente clínico y en SICAM	Reporte
9	Enfermera General A (consulta externa)	Displasias	Se etiqueta la muestra y la envía a patología. Realiza Nota de Evolución en el sistema SHIO.	Identificación de muestra
10	Médico especialista	Displasias	Si el paciente requiere de seguimiento envía a la paciente a Consulta Externa a Solicitar Cita. Despide a la paciente	Seguimiento

Modelado del procedimiento de Seguimiento y/o tratamiento de pacientes con cáncer invasor II



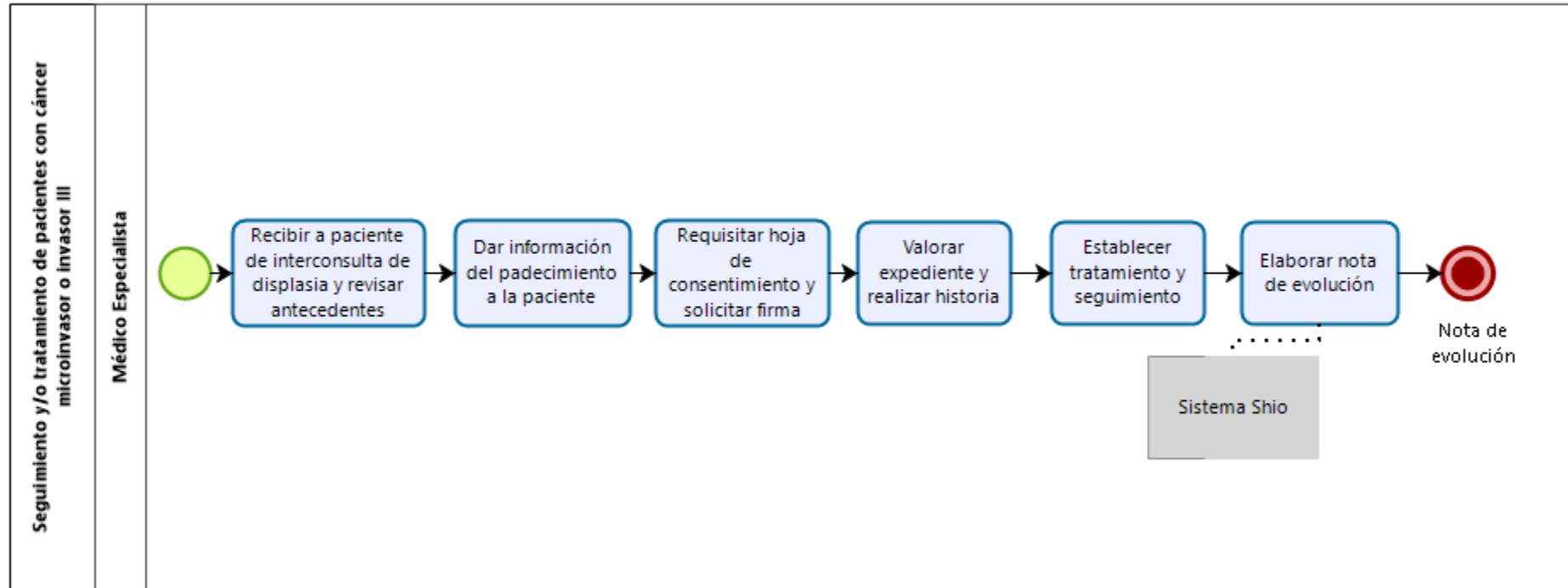
Narrativa del procedimiento de Seguimiento y/o tratamiento de pacientes con cáncer invasor II



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	224 de 673

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Paciente	Displasias	Acude a su cita con el médico colposcopista para saber los resultados del procedimiento conservador para su cáncer micro invasor, invasor o in situ	Cita programada
2	Enfermera General A (consulta externa)	Displasias	Recibe a la usuaria y verifica la cita en el Tarjetón.	Recepción de tarjetón
3	Enfermera General A (consulta externa)	Displasias	Solicita expediente al archivo de la clínica	Solicitud de expediente físico
4	Enfermera General A (consulta externa)	Displasias	Recibe expediente, llama a la paciente, la prepara y apoya al médico en la consulta	Recepción de expediente
5	Médico especialista	Displasias	Recibe expediente, revisa resultados de patología, corrobora los datos de margen libre de lesión, extensión al canal endocervical de la lesión, premiación vascular y linfática y profundidad de la invasión mayor de 7mm de longitud o mayor de 5 mm de profundidad estromal.	Corrobora datos
6	Médico especialista	Displasias	Si no existen estos datos de patología se cita a consulta en 3 y 6 meses. Realiza Nota de evolución en el SIHO. Elabora Nota de Evolución en el sistema SIHOINS	Cita subsecuente
7	Médico especialista	Displasias	Si existen algunos de estos datos de patología se otorga pase al servicio de pelvis de pacientes oncológicos para abrir su registro completo.	Pase a clínica de pelvis
8	Médico especialista	Displasias	Se integra al expediente clínico y las observaciones correspondientes en el SICAM.	Observaciones en sistema SICAM

Modelado del procedimiento de Seguimiento y/o tratamiento de pacientes con cáncer invasor III



Narrativa del procedimiento de Seguimiento y/o tratamiento de pacientes con cáncer microinvasor o invasor III

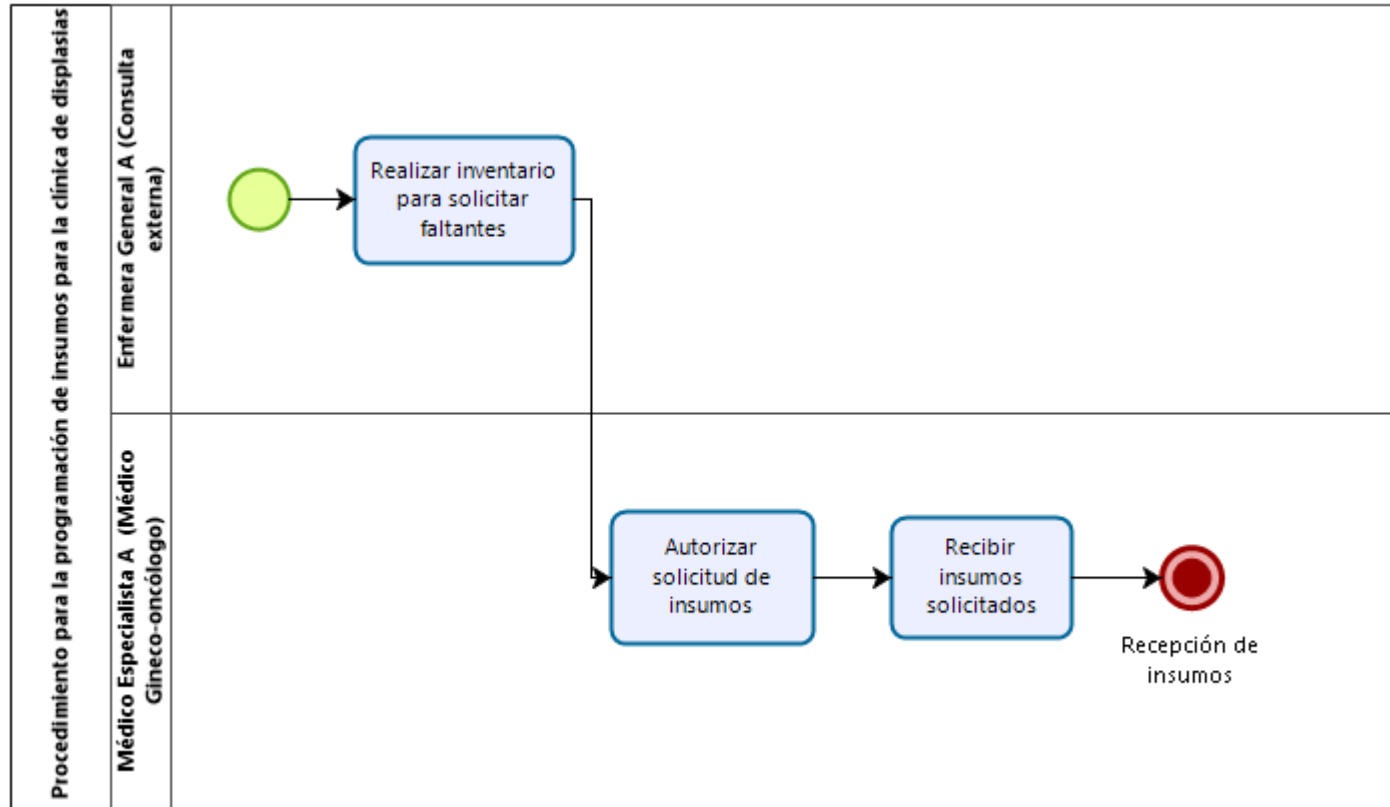
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico especialista	Consulta externa	Recibe paciente que se le solicito una interconsulta de la clínica de displasia, revisa antecedentes del laboratorio, gabinete o patología	Cita a interconsulta
2	Médico especialista	Consulta externa	Da información a la paciente acerca de su padecimiento	Informar a paciente
3	Médico especialista	Consulta externa	Requisita hoja de consentimiento informado y recaba firma de la paciente, familiar y/o responsable legal.	Consentimiento informado
4	Médico especialista	Consulta externa	Valora expediente, realiza historia clínica completa, estadifica.	Historia clínica
5	Médico especialista	Consulta externa	Establece estrategias de tratamiento y seguimiento de acuerdo a las guías clínicas y protocolos de atención vigentes según la patología.	Tratamiento y seguimiento
6	Médico especialista	Consulta externa	Elabora Nota de Evolución en el sistema Shio. Fin de Procedimiento	Nota de evolución

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	227 de 673

Procedimiento para la programación de insumos para la clínica de displasias

Ficha del procedimiento	
Nombre	Procedimiento para la programación de insumos para la clínica de displasias
Descripción	Solicitud de insumos
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias
Trámite o servicio asociado	Displasias
Políticas del procedimiento	Hacer inventario y solicitar insumos necesarios para consulta o tratamiento
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Revisión de insumos necesarios, elaboración de solicitud
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Solicitud de insumos y recepción
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Procedimiento para la programación de insumos para la clínica de displasias



Narrativa del procedimiento del Procedimiento para la programación de insumos para la clínica de displasias

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Enfermera General A (consulta externa)	Displasias	Hacer inventario para poder solicitar los faltantes	Solicitar insumos
2	Médico Especialista A (Médico Gineco-oncólogo)	Displasias	Autorizar solicitud de insumos	Autorizar insumos
3	Enfermera General A (consulta externa)	Displasias	Recibir insumos solicitados	Recepción de insumos

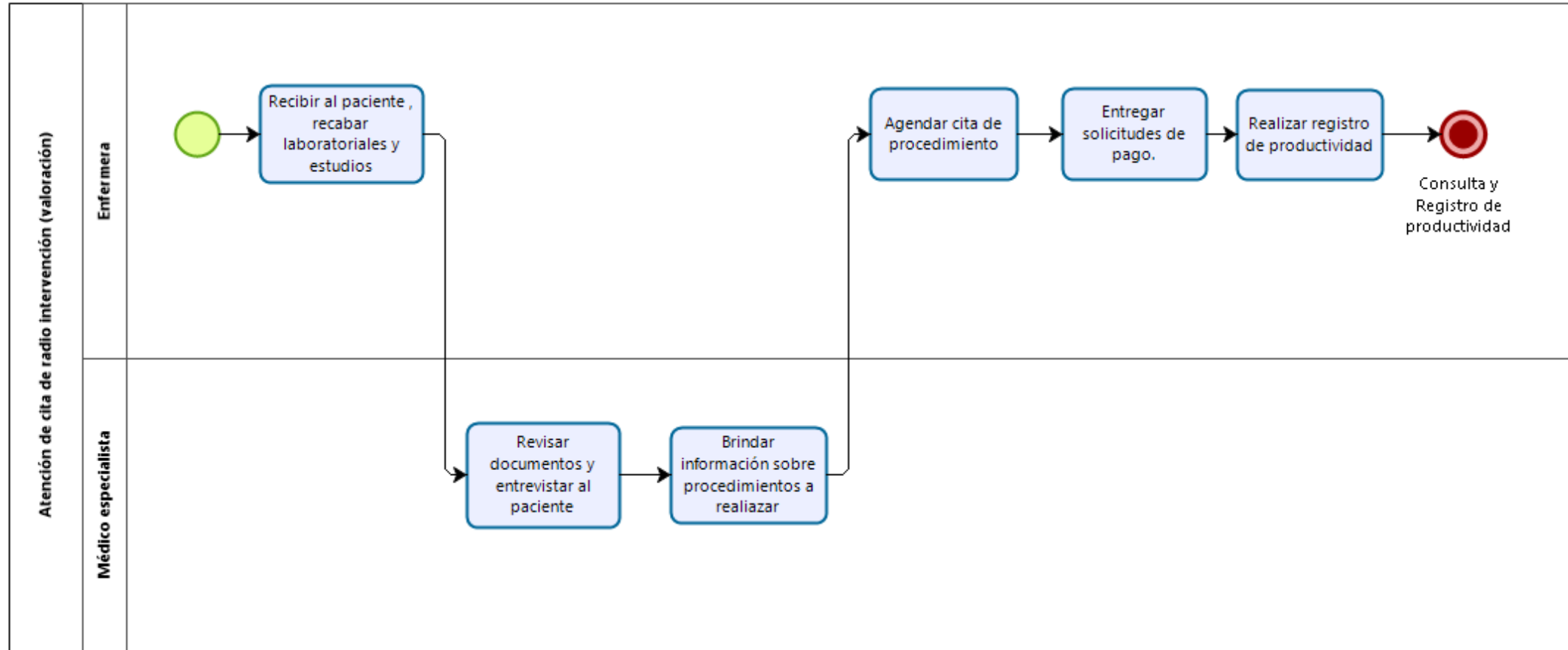
Ficha del servicio de Clínica de displasias

Nombre del trámite o servicio	Clínica de displasias
Descripción del servicio	Proporcionar atención medica mediante procedimientos (Papanicolaou, Colposcopias, Biopsias, Electrofuguración) para la detección temprana de lesiones pre malignas y seguimiento y/o tratamiento de pacientes con cáncer invasor I, II, y microinvasor o invasor III
Documentos que se obtienen con el trámite	No aplica
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Permanente
Usuario(s)	Pacientes
Responsable del servicio	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Domicilio, Ubicación y teléfono	Coronel Calderón No. 715 Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44280. El área de Consulta Externa, se ubica en planta baja, al ingreso del Instituto.
Horario de atención	Lunes a Viernes: 7:30 a.m. a 15:00 p.m.
Requisitos	Cita programada
Costo, Forma y lugar de pago	Variable, piso 3 caja
Tiempo de respuesta	De acuerdo a la disponibilidad de espacios disponibles en la agenda.
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa
Dirección de Área responsable o equivalente	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	No aplica

Procedimiento de Atención de cita de primera vez (valoración)

Ficha del procedimiento	
Nombre	Proceso de Atención de cita de primera vez (valoración)
Descripción	Valoración para programación de cita de primera vez
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias
Trámite o servicio asociado	Radiología intervencionista
Políticas del procedimiento	Conocer el manejo de la agenda, que el médico reciba asistencia en los procedimientos, ofrecer información al paciente y familiar de los procedimientos a realizar
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón con cita programada, ticket de pago, estudios anexos
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Consulta y registro de productividad
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Proceso de atención de cita de primera vez (valoración)



Narrativa del procedimiento de Proceso de atención en procedimiento de radio Intervención (valoración)

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Enfermera	Radio Intervención	Se recibe al paciente con hoja de interconsulta, se identifica y se recaba laboratoriales y estudios de imagen	Recepción de paciente, laboratoriales y estudios de imagen
2	Médico especialista	Radio Intervención	Revisa laboratoriales y estudios de imagen. Entrevista al paciente para conocer si en realidad es candidato para el servicio	Consulta y Valoración del paciente y sus estudios anexos
3	Médico especialista	Radio Intervención	Brinda información al paciente y familiar sobre procedimientos a realizar	Información
4	Enfermera	Radio Intervención	Agenda cita de procedimiento	Programación
5	Enfermera	Radio Intervención	Entrega de solicitudes de pago para procedimientos, si requiere hospitalización envía con médico tratante	Solicitud de pago
6	Enfermera	Radio Intervención	Se realiza registro de productividad	Consulta y Registro de productividad

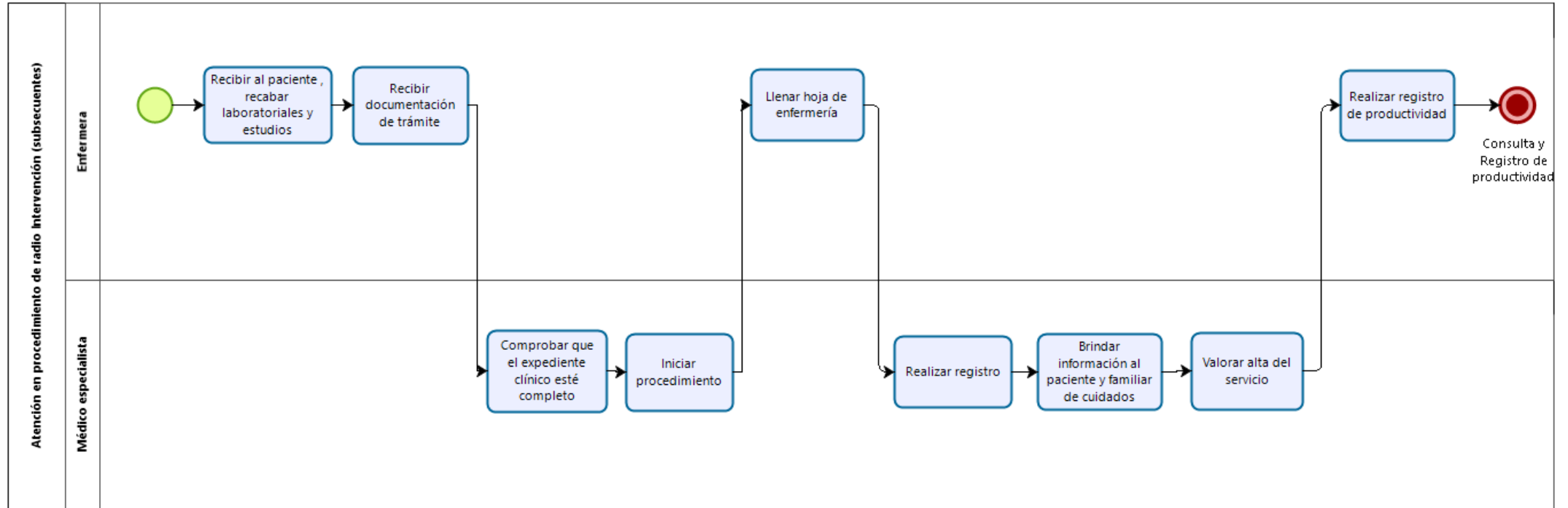
Procedimiento de atención en procedimiento de radio intervención (subsecuentes)

Ficha del procedimiento	
Nombre	Proceso de atención en procedimiento de radio intervención (subsecuentes)
Descripción	Atención a pacientes subsecuentes
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Atención especializada otorgada a las y los pacientes para el diagnóstico de neoplasias
Trámite o servicio asociado	Radiología intervencionista
Políticas del procedimiento	Conocer el manejo de la agenda, que el médico reciba asistencia en los procedimientos, ofrecer información al paciente y familiar de los procedimientos a realizar
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón cita programada, ticket de pago, estudios anexos
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Consulta subsecuente
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	235 de 673

Modelado del procedimiento de Proceso de atención en procedimiento de radio Intervención (subsecuentes)



Narrativa del procedimiento de Proceso de atención en procedimiento de radio Intervención (subsecuentes)

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Enfermera	Radio Intervención	Se recibe al paciente con hoja de interconsulta, se identifica y se recaba laboratoriales y estudios de imagen	Recepción paciente
2	Enfermera	Radio Intervención	Se recibe documentación de trámite para procedimientos: ticket de pago, material para procedimiento	Recepción de documentación
3	Médico especialista	Radio Intervención	Comprobar que el expediente clínico este completo, historia consentimiento informado del procedimiento, exámenes de laboratorio y de imagen actuales). Pregunta sobre antecedentes quirúrgicos, y alergias. Llenado de hoja de tiempo fuera de procedimientos menores para garantizar un proceso seguro al paciente	Consentimiento informado
4	Médico especialista	Radio Intervención	Se inicia procedimiento: -Biopsia. -Colocación de drenaje. -Toracocentesis. -Paracentesis. -Escleroterapia	Procedimiento
5	Enfermera	Radio Intervención	Realiza llenado de hoja de enfermería: Monitorización de signos vitales antes, durante y al término del procedimiento. (T/A, FC, FR TEMP. SAT02).	Hoja de enfermería
6	Médico especialista	Radio Intervención	Realiza: -Nota de evolución. -Indicaciones médicas. -Hoja de patología	Registro

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	237 de 673

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
7	Médico especialista	Radio Intervención	Se brinda información a paciente y familiar sobre cuidados. *Se entrega muestra de patología a Familiar/Paciente firma de recibido en bitácora	Información y entrega de muestra
8	Médico especialista	Radio Intervención	Valora alta del servicio	Valoración de Alta
9	Enfermera	Radio Intervención	Realiza registro de productividad	Registro

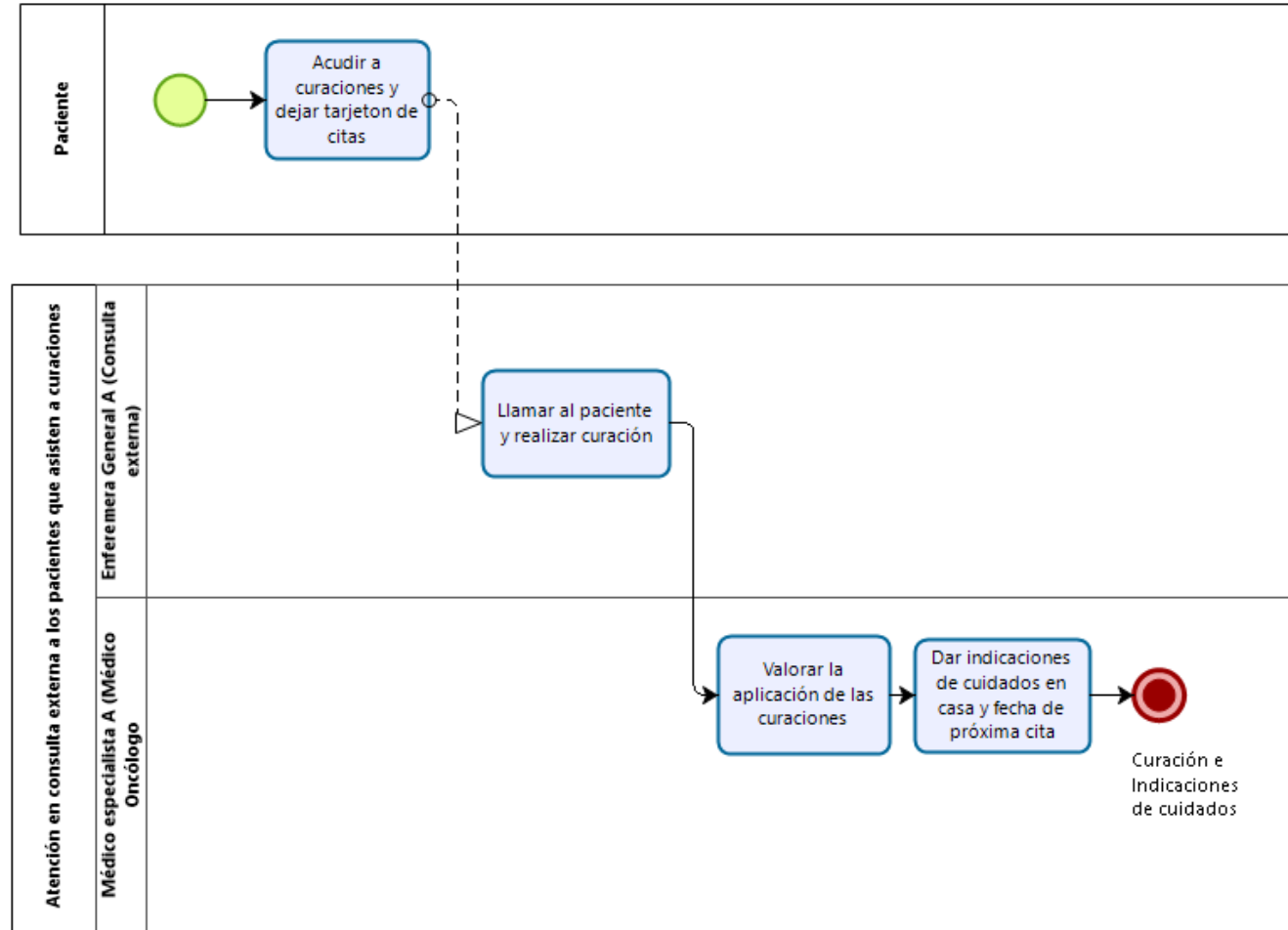
Ficha del servicio de Proceso de atención en procedimiento de radio Intervención (valoración y subsecuente)

Nombre del trámite o servicio	Proceso de atención en procedimiento de radio intervención (valoración y subsecuente)
Descripción del servicio	Brindar atención con abordaje radiológico
Documentos que se obtienen con el trámite	Resumen de procedimiento
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Permanente
Usuario(s)	Pacientes
Responsable del servicio	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Domicilio, Ubicación y teléfono	Coronel Calderón No. 715 S.H. Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44280. El área de Consulta Externa, se ubica en planta baja, al ingreso del Instituto.
Horario de atención	Lunes a Viernes de 8:00 am a 9:00 pm.
Requisitos	Cita agendada, presentar exámenes anexos
Costo, Forma y lugar de pago	Variable, piso 3 caja
Tiempo de respuesta	De acuerdo a la disponibilidad de espacios disponibles en la agenda.
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa
Dirección de Área responsable o equivalente	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	No aplica

Procedimiento de Atención en consulta externa a los pacientes que asisten a curaciones

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención en consulta externa a los pacientes que asisten a curaciones
Descripción	Área de curaciones dirigida a pacientes oncológicos
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Curaciones
Políticas del procedimiento	Brindar atención oportuna en el servicio de curaciones a los pacientes del Instituto.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón cita programada, ticket de pago, insumos necesarios para realizar curaciones
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Curaciones realizadas
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Atención en consulta externa a los pacientes que asisten a curaciones



Narrativa del procedimiento de Atención en consulta externa a los pacientes que asisten a curaciones

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Paciente	Consulta Externa	Acudir a curaciones, dejar su tarjetón de citas.	Asignación de turno.
2	Enfermera General A (consulta externa)	Consulta Externa (Curaciones)	Llamar al paciente para que pase a curaciones. Realizar la curación.	Aplicación de las Curaciones
3	Médico Especialista A (Médico Oncólogo)	Consulta Externa (Curaciones)	Valorar la aplicación de las curaciones.	Valoración médica.
4	Médico Especialista A (Médico Oncólogo)	Consulta Externa (Curaciones)	Dar indicaciones de cuidados al paciente para realizar en casa. Informar al paciente sobre la fecha en la cual deberá de solicitar su próxima cita.	Curación e Indicaciones para cuidado de la curación

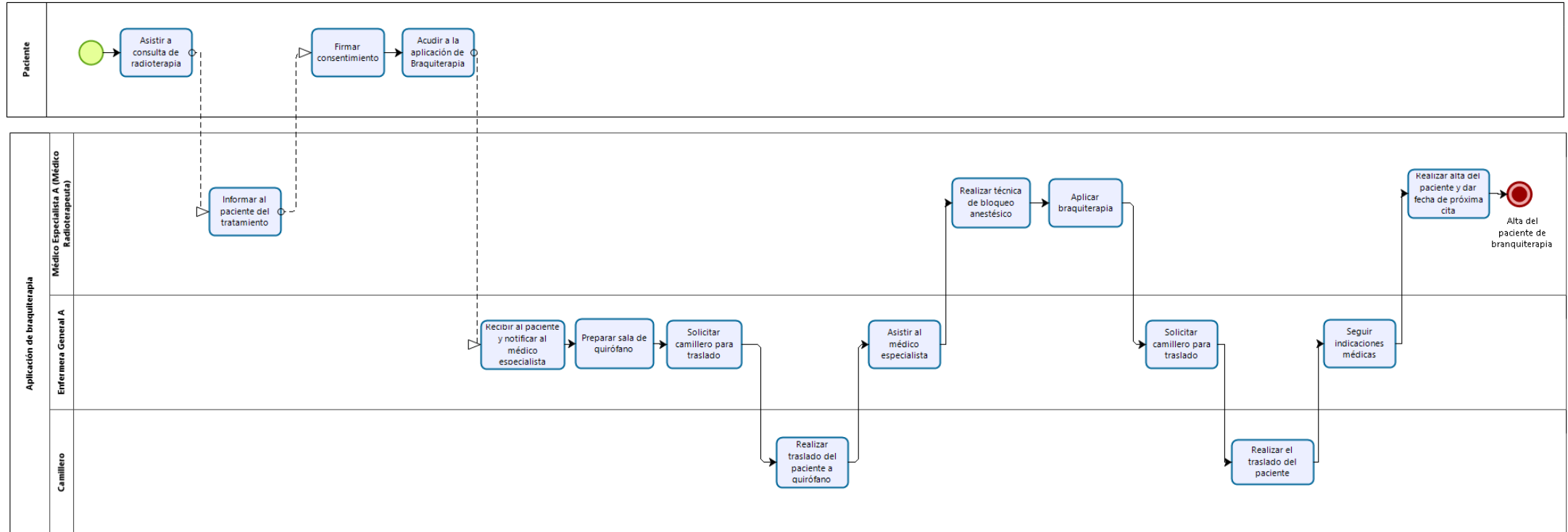
Ficha del servicio de Atención en consulta externa a los pacientes que asisten a curaciones

Nombre del trámite o servicio	Atención en consulta externa a los pacientes que asisten a curaciones
Descripción del servicio	Área de curaciones dirigida a pacientes oncológicos
Documentos que se obtienen con el trámite	No aplica
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Permanente
Usuario(s)	Pacientes
Responsable del servicio	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Domicilio, Ubicación y teléfono	Coronel Calderón No. 715 S.H. Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44280. El área de Consulta Externa, se ubica en planta baja, al ingreso del Instituto.
Horario de atención	Lunes a Viernes de 8:00 am a 9:00 pm.
Requisitos	Cita agendada, ticket de pago
Costo, Forma y lugar de pago	Variable piso 3
Tiempo de respuesta	De acuerdo a la disponibilidad de espacios disponibles en la agenda.
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa
Dirección de Área responsable o equivalente	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	No aplica

Procedimiento de Aplicación de braquiterapia

Ficha del procedimiento	
Nombre	Aplicación de braquiterapia
Descripción	Tratamiento de braquiterapia
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Braquiterapia de baja tasa
Políticas del procedimiento	Otorgar tratamientos con Braquiterapia para el tratamiento de neoplasias malignas.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón con cita programada, ticket de pago, equipo e insumos necesarios para aplicar la braquiterapia
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Tratamientos aplicados
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Aplicación de braquiterapia



Narrativa del procedimiento de Aplicación de braquiterapia

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Paciente	Radioterapia.	Asistir a la Consulta de radioterapia.	Asistencia del Paciente
2	Médico Especialista A (Médico Radioterapeuta)	Radioterapia.	Informar al paciente sobre el tratamiento propuesto (Aplicación de Braquiterapia). Entregar el consentimiento Informado al paciente. Programar para la aplicación de la Braquiterapia.	Programación para la aplicación de la Braquiterapia.
3	Paciente	Radioterapia.	Firmar Consentimiento Informado.	Consentimiento Informado
4	Paciente	Braquiterapia.	Acudir según programación para la aplicación de la Braquiterapia.	Asistencia para la aplicación de la Braquiterapia
5	Enfermera General A (radioterapia)	Braquiterapia.	Recibir al paciente he ingresa a Braquiterapia. Notificar al Médico Especialista Radio-Oncólogo la llegada del paciente. Recibir indicaciones médicas, Prepara al paciente para pasar al área de quirófano. Registrar hoja de enfermería.	Indicaciones médicas
6	Enfermera General A (radioterapia)	Braquiterapia.	Preparar sala de quirófano.	Preparación de la Sala.
7	Enfermera General A (radioterapia)	Braquiterapia.	Solicitar camillero para el traslado del paciente.	Solicitud de Camillero.
8	Camillero	Braquiterapia.	Realizar el traslado del paciente a Quirófano.	Traslado del paciente
9	Enfermera General A (radioterapia)	Braquiterapia.	Asistir al médico especialista.	Asistencia médica
10	Médico Especialista A (Médico Radioterapeuta)	Braquiterapia.	Realizar técnica de Bloqueo Anestésico.	Bloqueo.

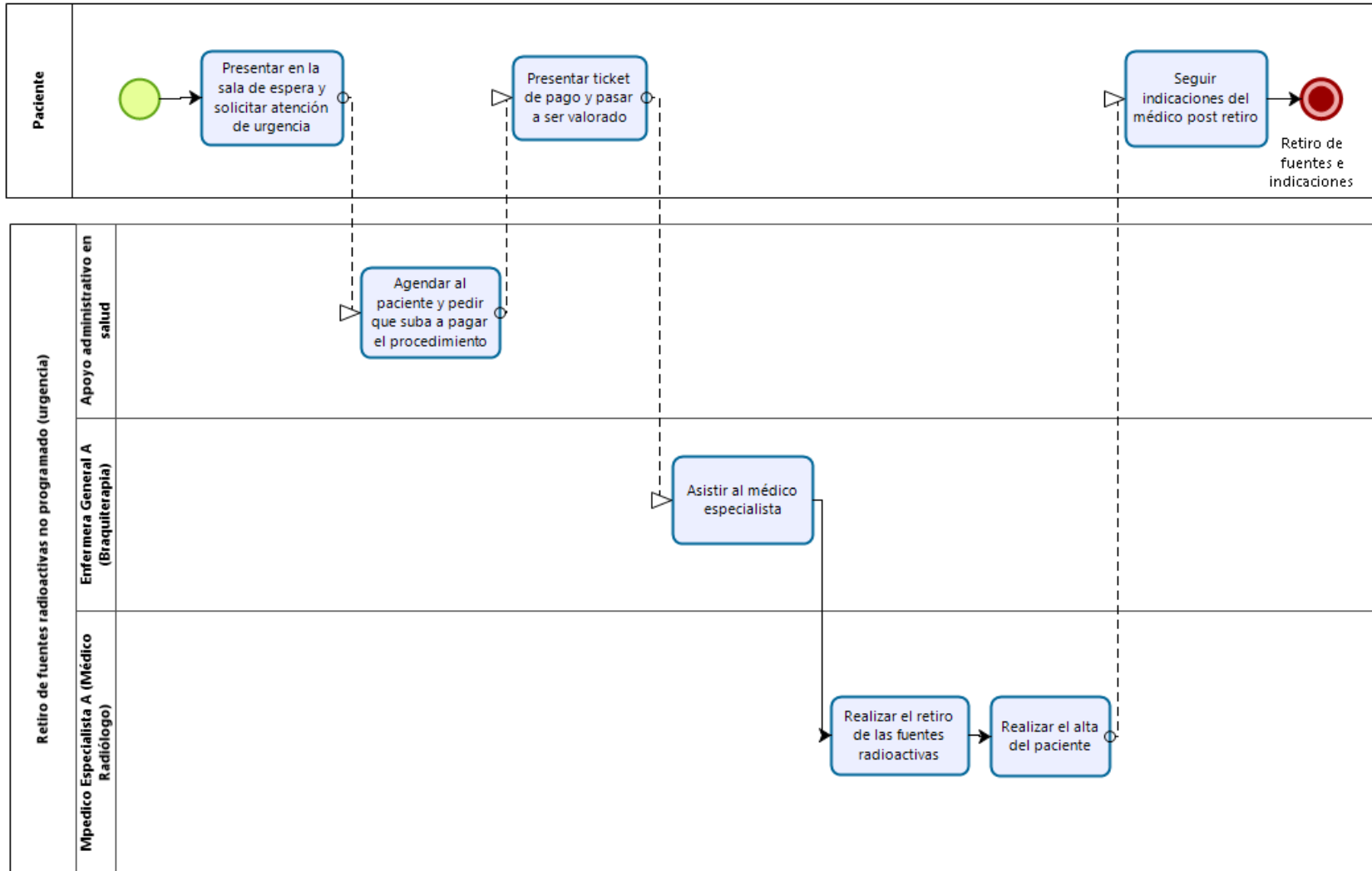
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
11	Médico Especialista A (Médico Radioterapeuta)	Braquiterapia.	Aplicar la Braquiterapia. Dar Indicaciones médicas a la Enfermera Operativa.	Aplicación de la Braquiterapia.
12	Enfermera General A (radioterapia)	Braquiterapia.	Solicitar camillero para el traslado.	Solicitud de camillero
13	Camillero	Braquiterapia.	Realizar el traslado del paciente a Braquiterapia.	Traslado del paciente
14	Enfermera General A (radioterapia)	Braquiterapia.	Seguir indicaciones médicas durante la estancia del paciente en Braquiterapia.	Seguimiento de Indicaciones médicas.
15	Médico Especialista A (Médico Radioterapeuta)	Braquiterapia.	Realizar Alta del paciente de Braquiterapia. Informar al paciente sobre la fecha en la cual deberá de solicitar su próxima cita.	Alta del paciente de Braquiterapia

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	247 de 673

Procedimiento de Retiro de fuentes radioactivas no programado (urgencia)

Ficha del procedimiento	
Nombre	Retiro de fuentes radioactivas no programado (urgencia)
Descripción	Retiro de fuentes
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Braquiterapia de baja tasa
Políticas del procedimiento	Atender con sentido de urgencia a las y los pacientes que lo requieren
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Ticket de pagado, equipo e insumos necesarios para el retiro de fuentes radioactivas
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Retiro de fuentes radioactivas e indicaciones post retiro
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Retiro de fuentes radioactivas no programado (urgencia)



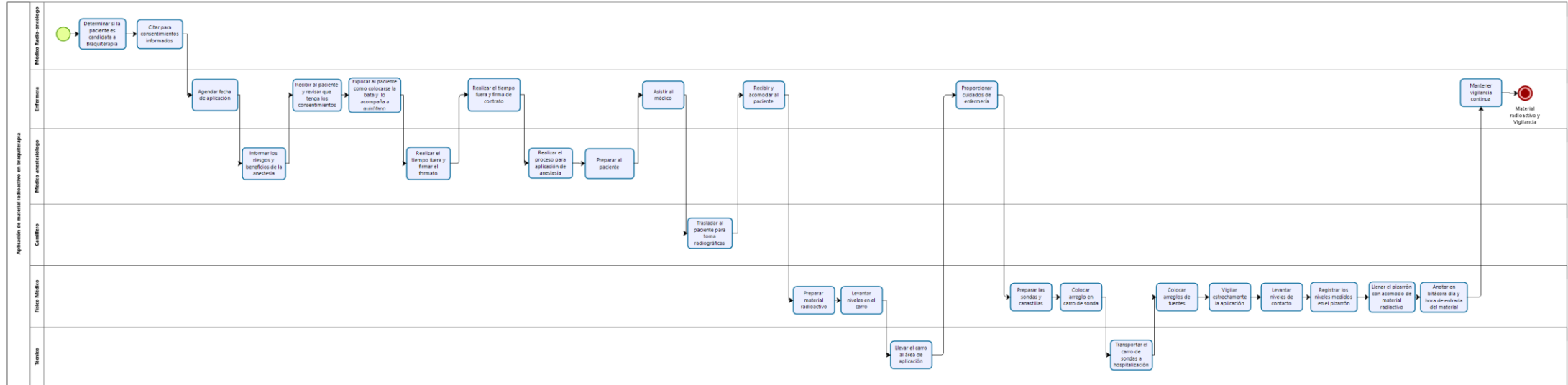
Narrativa del procedimiento de Retiro de fuentes radioactivas no programado (urgencia)

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Paciente	Consulta externa	Presentarse a la sala de espera y solicitar la atención de urgencia	Solicitar la atención
2	Apoyo administrativo en salud	Consulta externa	Agenda al o el paciente y pedir que suba a pagar el procedimiento	Paciente agendado
3	Paciente	Braquiterapia	Presenta el ticket de pago y pasar al área de braquiterapia para ser valorado	Valoración de retiro de fuentes radioactivas
4	Enfermera general A (braquiterapia)	Braquiterapia	Asiste al médico especialista	Asistencia médica
5	Médico especialista A (médico radiólogo)	Braquiterapia	Realiza el retiro de las fuentes radioactivas	Retiro de fuentes radioactivas
6	Médico especialista A (médico radiólogo)	Braquiterapia	Realiza el alta del paciente	Alta/egreso
7	Paciente	Braquiterapia	Sigue indicaciones del médico post retiro	Indicaciones médico especialista

Procedimiento de Aplicación de material radioactivo en braquiterapia

Ficha del procedimiento	
Nombre	Aplicación de material radioactivo en braquiterapia
Descripción	Aplicación de material radioactivo en braquiterapia para inicio de tratamiento
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Braquiterapia
Políticas del procedimiento	El cuidado de las fuentes de radiación es una prioridad durante la colocación, la pérdida de una fuente se considera un accidente radiológico. Durante la aplicación el material debe estar presente: Medico radio-oncólogo, físico médico, enfermera de braquiterapia, técnico radioterapeuta. Se debe salvaguardar la seguridad del paciente al asegurarse la colocación adecuada del material radioactivo que le corresponde a cada caso
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Material radioactivo, físicos médicos
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Material radioactivo disponible para su aplicación y vigilancia
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Aplicación de material radioactivo en braquiterapia



Narrativa del procedimiento de Aplicación de material radioactivo en braquiterapia

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico Radio-oncólogo	Braquiterapia	Determina que la paciente es candidata a tratamiento con Braquiterapia	Valoración
2	Médico Radio-oncólogo	Braquiterapia	Cita para la firma de consentimientos informados. (Manual de Procedimientos de Radioterapia versión 03, abril 2022)	Firma de consentimiento informado
3	Enfermera	Braquiterapia	Agenda fecha de aplicación, explicar y entregar por escrito a la paciente el formato con la explicación para su preparación previa a su cita de aplicación, verifica un día antes las pacientes que se programaron para colocación de Braquiterapia y solicita los expedientes al archivo en el anexo correspondiente	Programación de cita
4	Médico anesthesiólogo	Braquiterapia	Antes de ingresar al paciente al quirófano le informa los riesgos y beneficios de la anestesia y solicita que firme el consentimiento informado para la aplicación de la anestesia.	Firma de consentimiento informada anestesia
5	Enfermera	Braquiterapia	Recibe al paciente y verifica que cuente con los consentimientos informados (consentimiento informado para la aplicación de la anestesia, consentimiento informado para procedimiento invasivos)	Verificar consentimientos Informados firmados
6	Enfermera	Braquiterapia	Identifica al paciente y explica como colocarse la bata, e informa que la institución no se hace responsable de pertenencias por lo cual deberá de entregarlas a sus familiares Solicita y acompaña al paciente para ingresar al quirófano	Identificación del paciente
7	Médico anesthesiólogo	Braquiterapia	Realiza el tiempo fuera y firma el formato	Tiempo fuera
8	Enfermera	Braquiterapia	Realiza el tiempo fuera y firma el formato. Nota: Para que se realice este punto deberá de estar todo el equipo listo	Tiempo fuera

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
9	Médico anesthesiólogo	Braquiterapia	Realiza el proceso para la aplicación de la anestesia.	Aplicación de anestesia
10	Médico anesthesiólogo	Braquiterapia	Previa asepsia, antisepsia, colocación de sonda urinaria, Coloca los colpostatos y sonda intrauterina según sea el caso	Preparación de paciente
11	Enfermera	Braquiterapia	Asiste al médico, realiza la fijación externa de sonda y colpostatos, así como colocación de sonda rectal, arandela, dummy en sonda uterina, y medio de contraste	Asistir
12	Camillero	Braquiterapia	Trasladan a la paciente a simulador para toma de radiográficas y posterior a Hospitalización de Braquiterapia	Traslado de paciente
13	Enfermera	Braquiterapia	Recibe y acomodan al paciente en la cama y verifican que todos los catéteres estén en su sitio	Colocación de paciente
14	Físico médico	Braquiterapia	Prepara el material radiactivo	Preparación material Radioactivo indicado
15	Físico médico	Braquiterapia	Hace un levantamiento de niveles en el carro, en cada punto establecido por la CNSNS.	Levantamiento
16	Técnico radiólogo	Braquiterapia	Lleva el carro contenedor al área de aplicación del material radiactivo y llevar las fuentes	Traslado de material radioactivo al área de aplicación
17	Enfermera	Braquiterapia	Proporciona cuidados de enfermería	Asistir
18	Físico médico	Braquiterapia	Prepara las sondas y las canastillas con el material que inicialmente el médico radio-oncólogo ha solicitado para que el tratamiento sea adecuado para la paciente	Preparación de sondas y canastillas
19	Físico médico	Braquiterapia	Coloca dicho arreglo en el carro de sonda	Colocación de sondas
20	Técnico	Braquiterapia	Transporta el carro de sondas al área de hospitalización	Traslado de carro
21	Físico Médico	Braquiterapia	Con la paciente en posición ginecológica: colocación de los arreglos de fuentes	Inicia colocación de arreglos de fuentes
22	Físico médico	Braquiterapia	Vigilancia estrecha de la aplicación.	Vigilancia
23	Físico médico	Braquiterapia	Realiza un levantamiento de niveles a contacto y a un metro de cada paciente.	Levantamiento

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	254 de 673

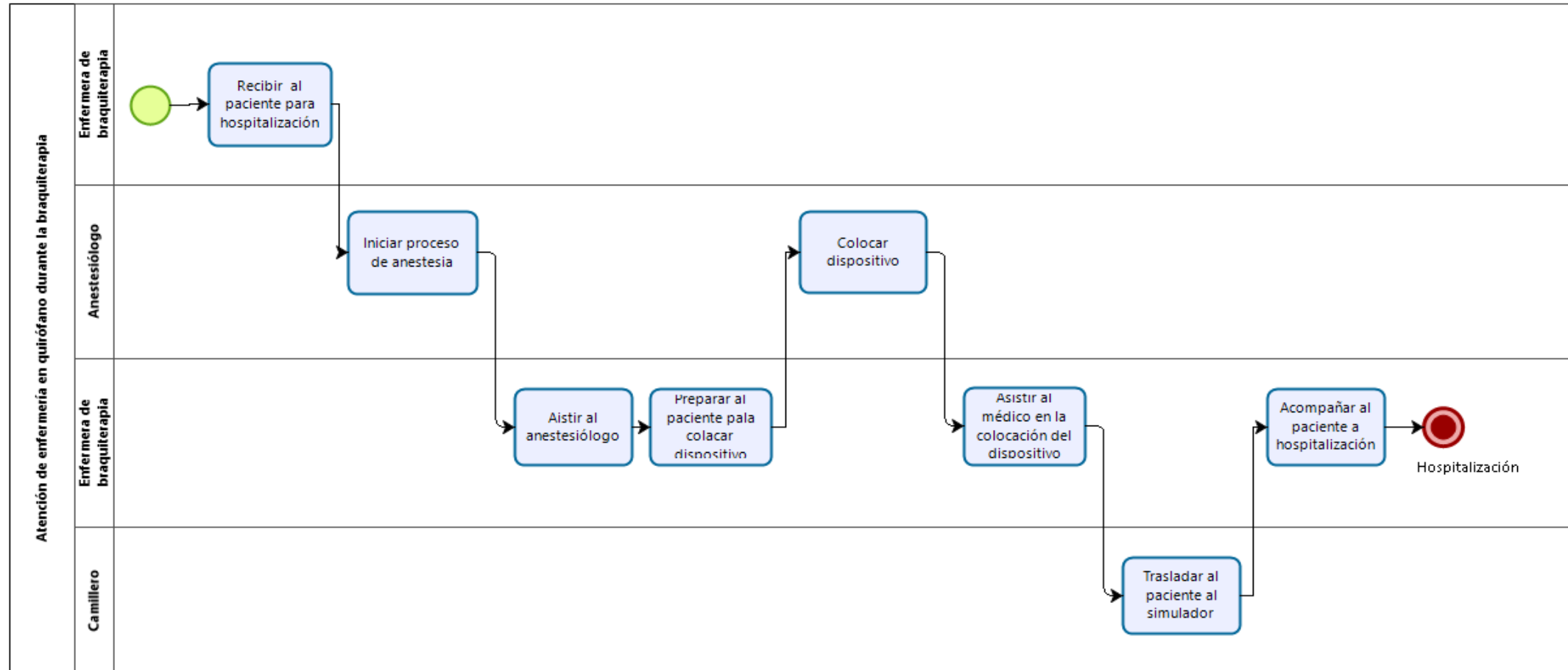
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
24	Físico médico	Braquiterapia	Anota los niveles medidos en el pizarrón en la entrada de la sala de braquiterapia	Registro
25	Físico médico	Braquiterapia	Llena el pizarrón grande con el acomodo de material radiactivo por cama (Se anota número de expediente, cama y que fuente radiactiva está en cada una.)	Registro
26	Físico médico	Braquiterapia	Anota en la bitácora del almacén radiactivo el día y la hora en que se entra y sale del almacén, actividad realizada, para cada fuente y contenedor empotrado, nombre del paciente, cama, arreglo, fecha de aplicación-retiro, médico tratante y físico.	Registro
27	Enfermera	Braquiterapia	Mantiene vigilancia continua	Vigilancia

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	255 de 673

Procedimiento de Atención de enfermería en quirófano durante la braquiterapia

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención de enfermería en quirófano durante la braquiterapia
Descripción	Asistencia del personal de enfermería en quirófano para la aplicación de braquiterapia
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Braquiterapia
Políticas del procedimiento	Asistir y facilitar, correcta y eficientemente los materiales y mobiliario que requiere el anestesiólogo y el médico para la colocación adecuada del material que portara las fuentes radiactivas.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón con cita programada, ticket pagado, instrumental e insumos para la aplicación de braquiterapia
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Aplicación de braquiterapia y hospitalización
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Atención de enfermería en quirófano durante la braquiterapia



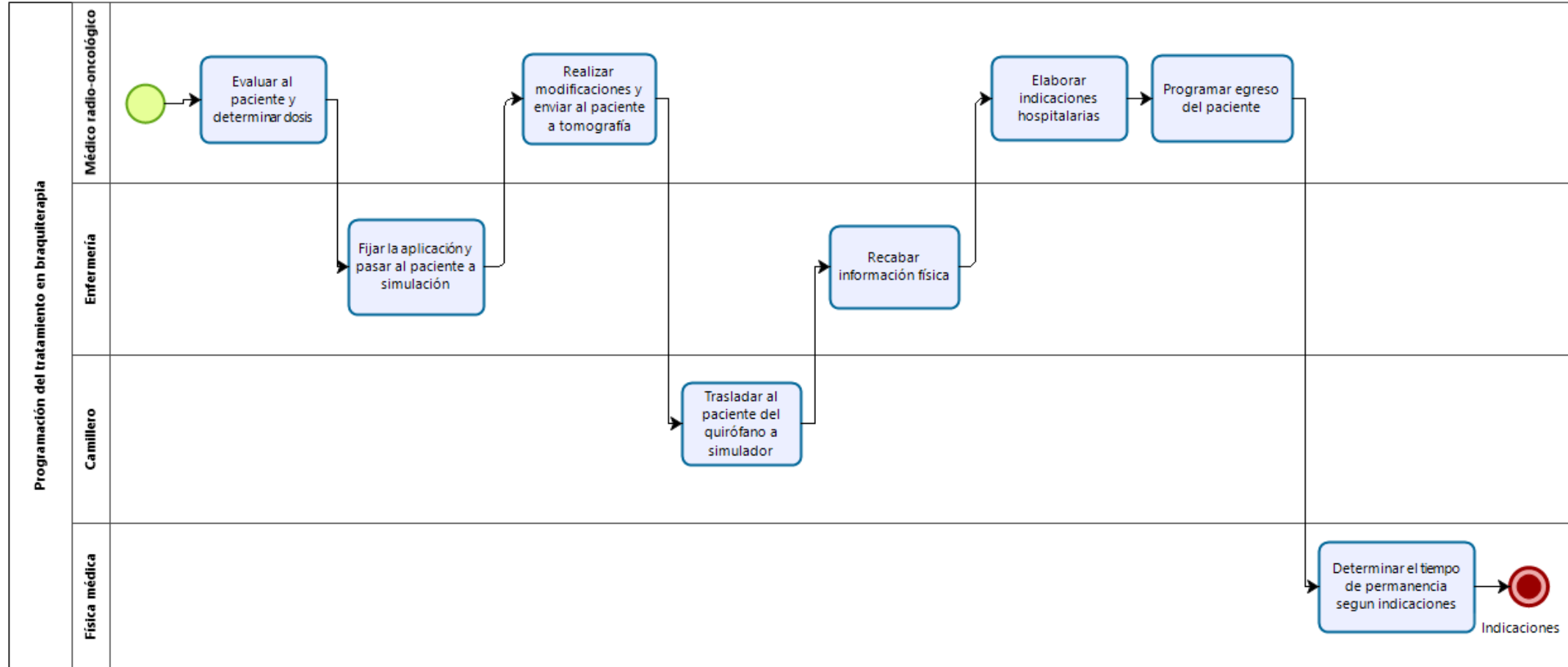
Narrativa del procedimiento de Atención de enfermería en quirófano durante la braquiterapia

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Enfermera de braquiterapia	Braquiterapia	Recibe al paciente para hospitalización	Recepción
2	Anestesiólogo	Braquiterapia	Inicia el proceso de anestesia	Anestesia
3	Enfermera de braquiterapia	Braquiterapia	Asiste al anestesiólogo	asistencia
4	Enfermera de braquiterapia	Braquiterapia	Prepara al paciente para la colocación del dispositivo	Preparación del paciente
5	Médico radio-oncológico	Braquiterapia	Colocar el dispositivo	Dispositivo
6	Enfermera de braquiterapia	Braquiterapia	Asiste al médico durante la colocación del dispositivo	Asistencia
7	Camillero	Braquiterapia	Traslado del paciente al simulador	Traslado
8	Enfermera de braquiterapia	Braquiterapia	Acompaña al paciente a hospitalización	Hospitalización

Procedimiento de Programación del tratamiento en braquiterapia

Ficha del procedimiento	
Nombre	Programación del tratamiento en braquiterapia
Descripción	Programación de agenda para brindar tratamiento en braquiterapia
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Braquiterapia
Políticas del procedimiento	Asegurar la calidad de tratamiento
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón, indicación
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Programación de cita
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Programación del tratamiento en braquiterapia



Narrativa del procedimiento de Programación del tratamiento en braquiterapia

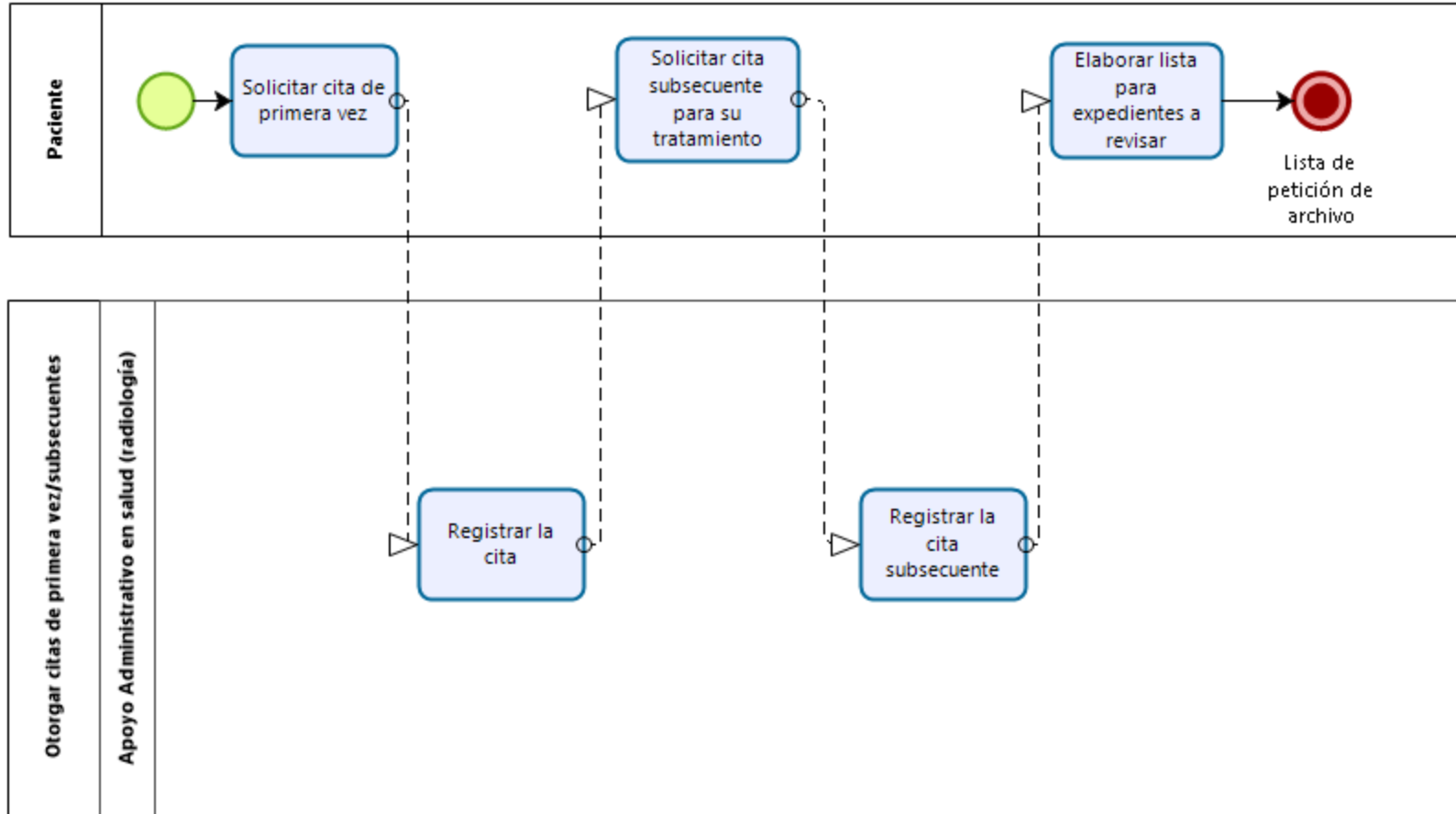
No .	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico radio-oncológico	Braquiterapia	Evalúa al paciente y determinar la dosis de prescripción	Valoración
2	Enfermería	Braquiterapia	Fija la aplicación y pasa al paciente a simulación.	Cuidados de enfermería
3	Médico radio-oncológico	Braquiterapia	Realiza modificaciones al arreglo si se requiere y envía al paciente a toma de radiografía.	Toma de radiografía
4	Camillero	Braquiterapia	Traslada a la paciente del quirófano a simulador para toma de radiografía y posteriormente a hospitalización	Traslado
5	Enfermera	Braquiterapia	Recaba información física	Registro de información
6	Médico radio-oncológico	Braquiterapia	Elabora las indicaciones hospitalarias	Indicaciones
7	Médico radio-oncológico	Braquiterapia	Programa egreso del paciente	Egreso
8	Física médica	Braquiterapia	Determina el tiempo de permanencia, mediante cálculos dosimétricos, tomando como base las indicaciones del médico radio-oncólogo	Indicaciones

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	261 de 673

Procedimiento de Otorgar citas de primera vez y subsecuente

Ficha del procedimiento	
Nombre	Otorgar citas de primera vez y subsecuente
Descripción	Atención al paciente de primera vez y subsecuente en el servicio de radioterapia
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Radioterapia
Políticas del procedimiento	La atención del usuario es siempre cordial y asegurando la privacidad del paciente otorgando un trato digno se deben aplicar los derechos universales de los pacientes.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón, Tarjetón con cita programada, ticket de pago
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Consulta de radioterapia y lista de petición de archivo
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Otorgar citas de primera vez y subsecuente



Narrativa del procedimiento de Otorgar citas de primera vez/subsecuentes

No .	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Paciente	Radiología	Llega el paciente referenciado solicitando una cita de primera vez en radioterapia	Solicitud
2	Apoyo administrativo en salud (radiología)	Radiología	Registrar la cita	Cita programada
3	Paciente	Radiología	Si el paciente ya asistió a consulta cuando sale de la misma solicita a la asistente medica le asigne una cita subsecuente para su tratamiento	Cita subsecuente
4	Apoyo administrativo en salud (radiología)	Radiología	Registro de la cita subsecuente	Registro
5	Apoyo administrativo en salud (radiología)	Radiología	Elaborar lista para enumerar los expedientes que serán revisados al día siguiente	Lista de petición archivo

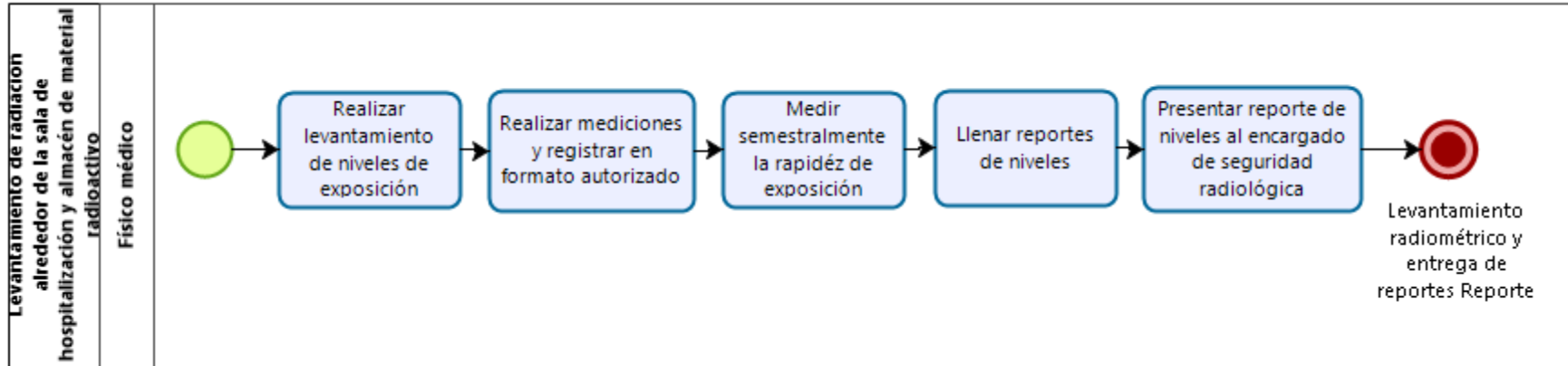
Procedimiento de Levantamiento de radiación alrededor de la sala de hospitalización y almacén de material radioactivo

Ficha del procedimiento	
Nombre	Levantamiento de radiación alrededor de la sala de hospitalización y almacén de material radioactivo
Descripción	Verificar que las condiciones en el ámbito de la protección radiológica se cumplan y evaluar los niveles de exposición
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Radioterapia
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del encargado de la seguridad radiológica (físico medico) el levantamiento de los niveles de radiación así como la notificación a la Dirección del Instituto
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	El personal que ejecute el presente procedimiento deberá conocer el funcionamiento y manejo del detector de radiación ionizante y detector de neutrones, así como los niveles permitidos de radiación
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Levantamiento radiométrico
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	265 de 673

Modelado del procedimiento de Levantamiento de radiación alrededor de la sala de hospitalización y almacén de material radioactivo



Narrativa del procedimiento de Levantamiento de radiación alrededor de la sala de hospitalización y almacén de material radioactivo

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Físico médico	Hospitalización/ almacén	El E.S.R realiza cuando menos cada seis meses, un levantamiento de niveles de exposición en las zonas que colindan con estas dos áreas, o antes si la estructura del edificio se ve afectada debido a algún siniestro.	Levantamiento
2	Físico médico	Hospitalización/ almacén	Las mediciones contempladas en el levantamiento, se realizarán con un equipo Geiger-Muller calibrado y en buenas condiciones y serán asentadas en un formato especial autorizado, el ESR deberá llevar un registro que estarán a disposición de la CNSNS, el Representante Legal o cualquier miembro de equipo de seguridad radiológica que lo requiera.	Levantamiento
3	Físico médico	Hospitalización/ almacén	Semestralmente: Enero y Julio de cada año, se medirá la rapidez de exposición	Levantamiento
4	Físico médico	Hospitalización/ almacén	Llena reportes de niveles	Reporte
5	Físico médico	Hospitalización/ almacén	Presenta a el (la) Encargado(a) de Seguridad radiológica quien posteriormente entregará a el representante legal.	Entrega de reporte

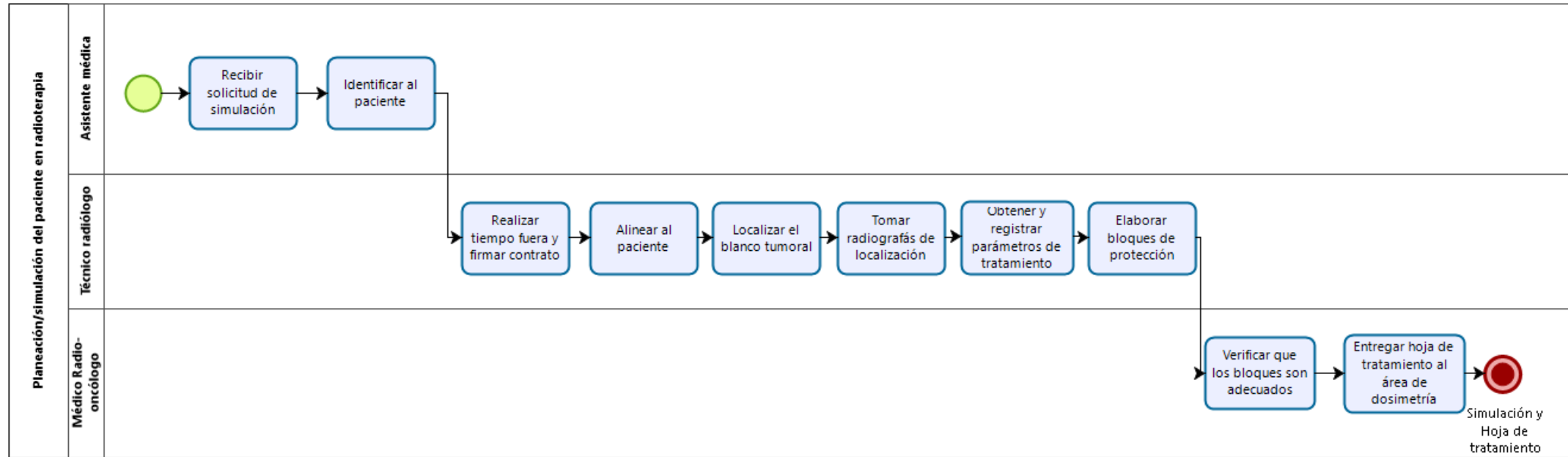
Procedimiento de Planeación/simulación del paciente en radioterapia

Ficha del procedimiento	
Nombre	Planeación/simulación del paciente en radioterapia
Descripción	Brindar una buena planeación para poder llevar a cabo los tratamientos radiantes
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Radioterapia
Políticas del procedimiento	Todo paciente citado a la simulación deberá haber realizado una cita previa con trabajo social, el paciente asistirá con la contraseña de que ya tiene la cita al simulador y al inicio del tratamiento. Todo el personal deberá seguir las instrucciones propuestas
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón con cita programada, ticket pagado, equipo e insumos para la planeación/simulación de radioterapia
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Planeación/simulación de radioterapia aplicada y hoja de tratamiento
Indicador	Porcentaje de tratamientos integrales



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	268 de 673

Modelado del procedimiento de Planeación/simulación del paciente en radioterapia



Narrativa del procedimiento de Planeación/simulación del paciente en radioterapia

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Asistente médica	Radioterapia	Recibe la solicitud de simulación	Recepción
2	Asistente médica	Radioterapia	Identifica al paciente	Identificación
3	Técnico radiólogo	Radioterapia	Realiza el tiempo fuera y firma el formato (Manual de Procedimientos de Radioterapia versión 03, abril 2022)	Inicio
4	Técnico radiólogo	Radioterapia	Alinea al paciente	Alineación
5	Técnico radiólogo	Radioterapia	Localiza el blanco tumoral. (Manual de Procedimientos de Radioterapia versión 03, abril 2022)	Localización
6	Técnico radiólogo	Radioterapia	Toma radiografías de localización para la elaboración de los moldes de protección personalizados. De ser necesario utilice medios de contraste indicados por el médico. Envíe al paciente a trabajo social a corroborar la fecha de inicio del tratamiento	Radiografías de localización
7	Técnico radiólogo	Radioterapia	Obtiene y registra en la hoja de tratamiento del paciente los parámetros del tratamiento	Registro de parámetros de tratamiento
8	Técnico radiólogo	Radioterapia	Elabora bloques de protección requeridos de acuerdo a la placa tomada (Manual de Procedimientos de Radioterapia versión 03, abril 2022)	Bloques de protección
9	Médico radio-oncólogo	Radioterapia	Verificar que los bloques son adecuados (Manual de Procedimientos de Radioterapia versión 03, abril 2022)	Verificar

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	270 de 673

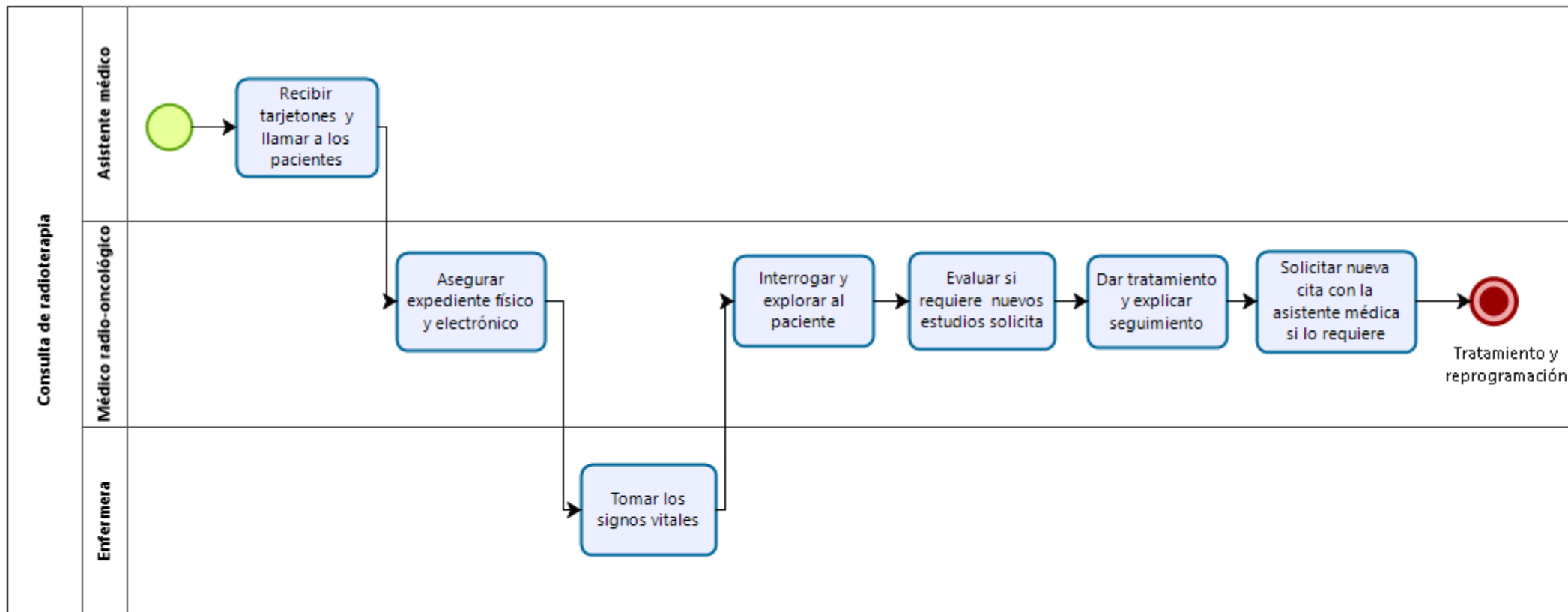
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
10	Médico radio-oncológico	Radioterapia	Escribe en forma clara y precisa las instrucciones de posición, localización de tatuajes y de protecciones que serán utilizadas con protecciones predeterminadas, o bien personalizadas. Entregue la hoja de tratamiento elaborada al área de dosimetría. (Físico Medico)	Hoja de tratamiento

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	271 de 673

Procedimiento de Consulta de radioterapia

Ficha del procedimiento	
Nombre	Consulta de radioterapia
Descripción	Atención consulta externa de radioterapia para beneficiar a pacientes oncológicos
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Atención Integral del Paciente con Cáncer mediante tratamientos radiantes.
Trámite o servicio asociado	Radioterapia
Políticas del procedimiento	Atender los efectos adversos del tratamiento, en forma oportuna, intentando prevenirlos.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón con cita programada, ticket pagado
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Consulta
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Consulta de radioterapia



Narrativa del procedimiento de Consulta de radioterapia

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Asistente medico	Radioterapia	Recibe tarjetones, acomoda con su expediente en el orden que fueron llegando y los pasa a los consultorios correspondientes Llama al paciente en el momento que le toca para que pase a consulta.	Recepción de tarjetón
2	Médico radio-oncológico	Radioterapia	Se asegura de tener el expediente físico y electrónico Recibe e identifica al paciente	Consultar expediente
3	Enfermera	Radioterapia	Tomar los signos vitales	Toma de signos vitales
4	Médico radio-oncológico	Radioterapia	Interrogue y explore al paciente. Asegúrese que se toman los signos vitales por parte de la enfermera asignada al consultorio. Evalúa la tolerancia y respuesta tumoral.	Valoración de paciente
5	Médico radio-oncológico	Radioterapia	Requiere nuevos estudios Si- realizar petición de estudios No- pasar al punto siguiente	Solicitud de estudios
6	Médico radio-oncológico	Radioterapia	Se da el tratamiento y se explica seguimiento Realice la nota clínica de revisión. Asegúrese que informa sobre la condición actual del paciente del diagnóstico y del plan de tratamiento. (Manual de Procedimientos de Radioterapia versión 03, abril 2022)	Indicaciones
7	Médico radio-oncológico	Radioterapia	Solicita nueva cita con la asistente médica si lo requiere su tratamiento.	Solicitud de programación de cita

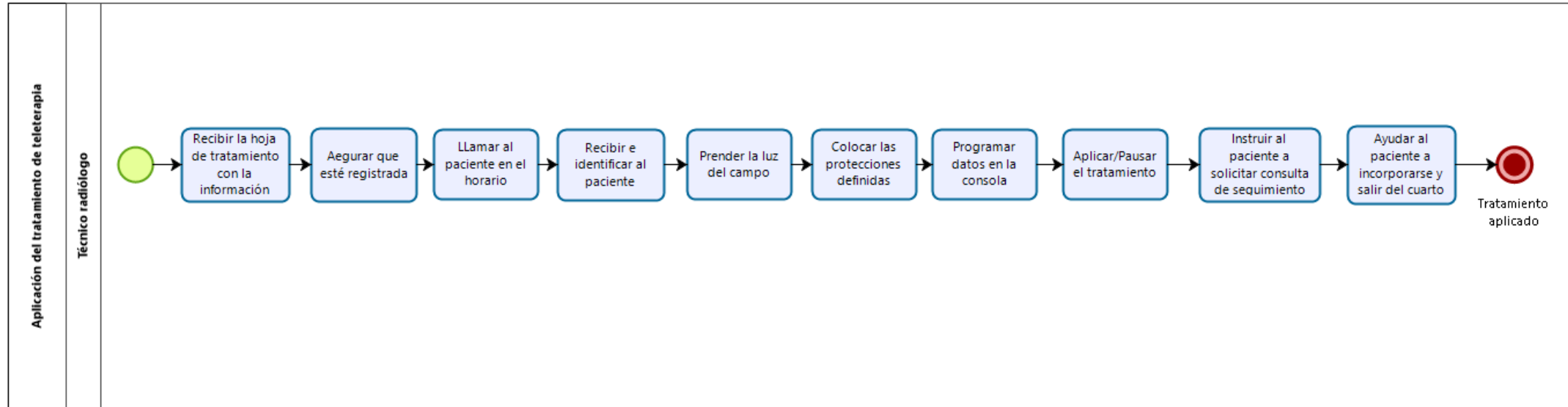
Procedimiento de Aplicación del tratamiento de teleterapia

Ficha del procedimiento	
Nombre	Aplicación del tratamiento de teleterapia
Descripción	Otorgar tratamientos radiantes
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-20-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Radioterapia
Políticas del procedimiento	Todo paciente que reciba tratamiento de Radioterapia debe siempre y sin excepción una hoja de tratamiento que expresa la técnica de tratamiento a utilizar, el número de campos, así como los accesorios y protecciones que serán utilizados con el fin de lograr la mejor distribución de dosis y la protección de los tejidos sanos. Se deberá salvaguardar el pudor del paciente, siempre deberá prevalecer un trato digno y respetuoso tanto del técnico radioterapeuta a el paciente, como del paciente al área técnica y demás personal que labora en el área de radioterapia
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón con cita programada, ticket de pago, equipo necesario para aplicación de teleterapia
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Tratamiento aplicado
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	275 de 673

Modelado del procedimiento de Aplicación del tratamiento de teleterapia



Narrativa del procedimiento de Aplicación del tratamiento de teleterapia

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Técnico radiólogo	Radioterapia	Recibe la hoja de tratamiento con toda la información requerida para el tratamiento.	Recepción
2	Técnico radiólogo	Radioterapia	Se asegura que este debidamente registrada y haga notar al dosimetrista para el tratamiento	Confirmación
3	Técnico radiólogo	Radioterapia	TIEMPO FUERA, palomea hoja de tratamiento. Llama al paciente a tratamiento en el horario correspondiente	Recepción de paciente
4	Técnico radiólogo	Radioterapia	Recibe e identifica al paciente Posiciona al paciente de acuerdo a las instrucciones que le brinda el médico Se asegura de que el paciente se encuentra centrado y bien alienado.	Identificación y posicionamiento del paciente
5	Técnico radiólogo	Radioterapia	Prenda la luz del campo Establezca el tamaño de campo mediante los dispositivos de apertura y cierre Localice el tatuaje central del campo a tratar Establezca la técnica indicada y correcta para una buena aplicación del tratamiento	Localización
6	Técnico radiólogo	Radioterapia	Coloque las protecciones definidas en la hoja de tratamiento o en la radiografía de localización. Abandone el cuarto de tratamiento. Asegure la puerta del dispositivo emisor de radiación	Protección usuario y personal médico
7	Técnico radiólogo	Radioterapia	Programar datos en la consola junto a su compañero técnico para disminuir la incidencia de errores humanos. Establezca el tiempo que será expuesto el paciente Libere los inter-locks Utilice la llave	Programación de datos

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
			Presione el botón de inicio de tratamiento Instruya al paciente a no moverse durante el mismo	
8	Técnico radiólogo	Radioterapia	Aplicar/pausar el tratamiento según sea el caso	Aplicación de tratamiento
9	Técnico radiólogo	Radioterapia	Instruir al paciente a solicitar su consulta de seguimiento con el médico radio-oncólogo al apoyo administrativo	Solicitar cita de seguimiento
10	Técnico radiólogo	Radioterapia	Ayudar al paciente a incorporarse y salir del cuarto de tratamiento	Tratamiento aplicado

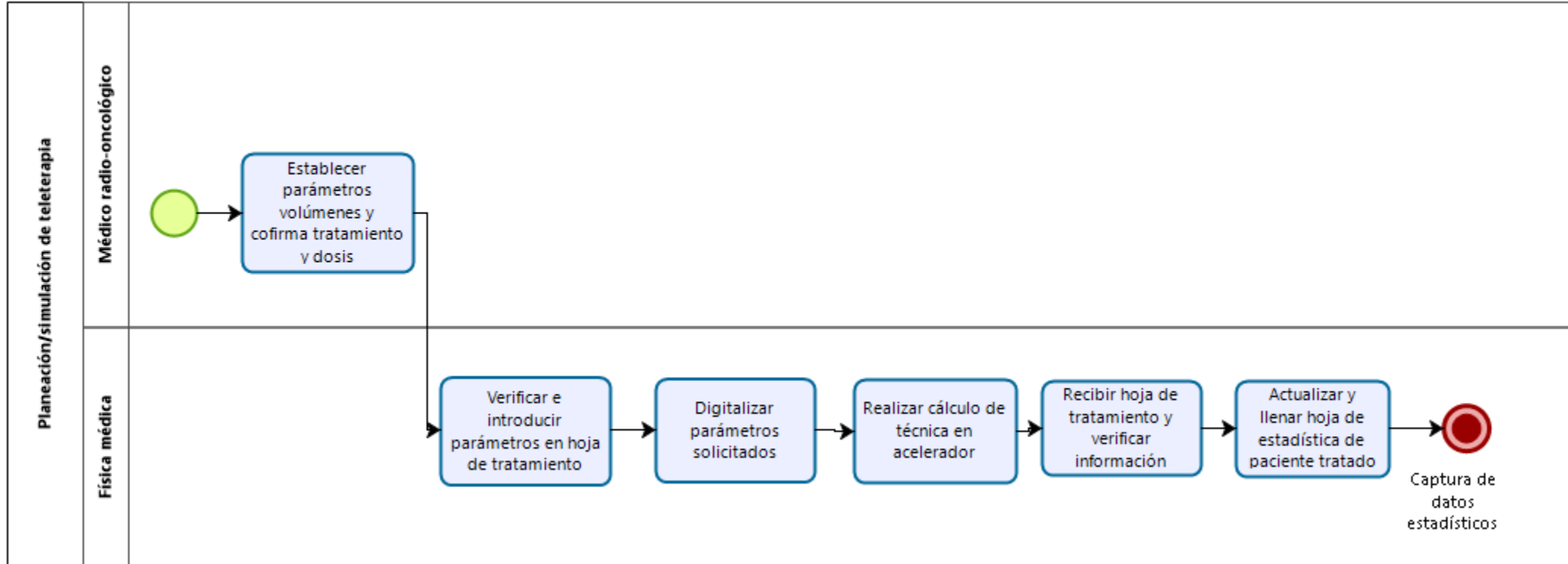
Procedimiento de Planificación/dosimétrica del tratamiento de teleterapia

Ficha del procedimiento	
Nombre	Planificación/dosimétrica del tratamiento de teleterapia
Descripción	Brindar tratamiento radiante
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Radioterapia
Políticas del procedimiento	Se deben aplicar todos los sistemas de aseguramiento de calidad inherentes al uso de radiaciones para el tratamiento médico, considerando que se encuentra auditada por la comisión nacional de seguridad nuclear y salvaguardas.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón con cita programada, ticket pagado, equipo e insumos para la planeación/dosimetría de teleterapia
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Planeación/simulación de teleterapia y captura de datos estadísticos
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	279 de 673

Modelado del procedimiento de Planeación/dosimétrica de teleterapia



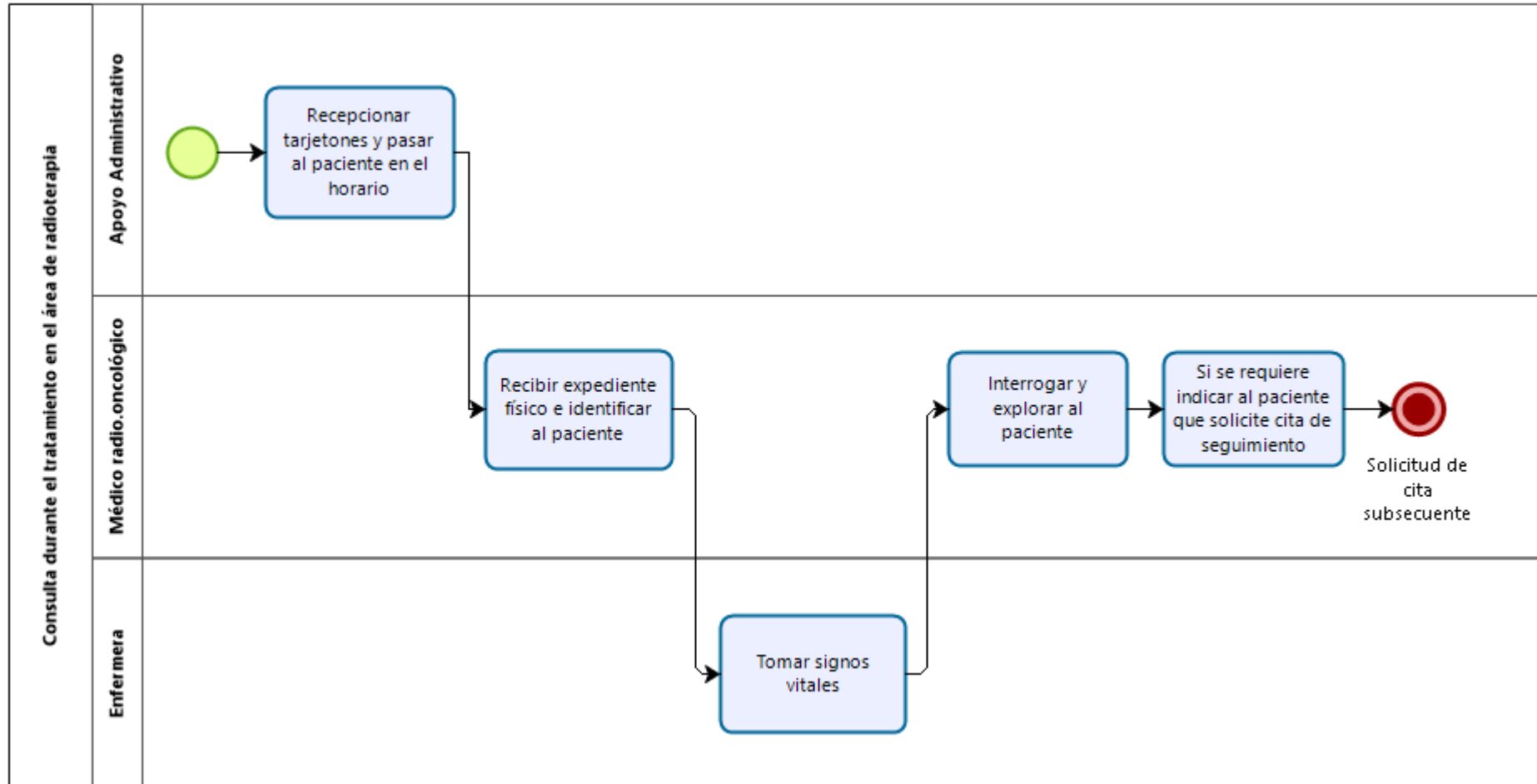
Narrativa del procedimiento de Planeación/simulación de teleterapia

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico radio-oncológico	Radioterapia	Establece los parámetros de tratamiento propuestos para manejar la dosis requerida en el sitio especificado Establece los volúmenes de tratamiento a manejar. Establece los volúmenes de tejidos a protegerse Confirma con el físico la dosis de tratamiento y la dosis que deben recibir los tejidos no tumorales.	Definir
2	Física médica	Radioterapia	Verifica e introduce los parámetros en la hoja de tratamiento sean los correctos y estén completos (Manual de Procedimientos de Radioterapia versión 03, abril 2022)	Verificar parámetros
3	Física médica	Radioterapia	Digitaliza parámetros solicitados, imprimir dosis, firmar la hoja de tratamiento, doble verificación, pasar la hoja al técnico radiólogo	Digitalizar información
4	Física médica	Radioterapia	Realiza cálculo de técnica en acelerador	Cálculo en acelerador
5	Física médica	Radioterapia	Recibe hoja de tratamiento, verificar información suficiente, verificar energía suficiente, pasar hoja de tratamiento al técnico radiólogo	Doble verificación
6	Física médica	Radioterapia	Actualiza y llena la hoja de estadística por paciente tratado al final de su tratamiento	Captura de datos estadísticos

Procedimiento de Consulta durante el tratamiento en el área de radioterapia

Ficha del procedimiento	
Nombre	Consulta durante el tratamiento en el área de radioterapia
Descripción	Brindar atención a pacientes que reciben tratamientos radiantes
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Radioterapia
Políticas del procedimiento	El paciente debe asistir por lo menos dos consultas durante el tratamiento, para poder evaluar la toxicidad al que se puede presentar por el tratamiento. Todas las situaciones clínicas definidas como una urgencia, deben ser atendidas de inmediato.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Equipo e insumos para brindar consulta
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Consulta y solicitud de cita subsecuente
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Consulta durante el tratamiento en el área de radioterapia



Narrativa del procedimiento de Consulta durante el tratamiento en el área de radioterapia

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Apoyo administrativo	Consulta radioterapia	Recepción tarjetones Pasa al paciente en el horario correspondiente	Recepción
2	Médico radio-oncológico	Consulta radioterapia	Recibe expediente físico Recibe e identificar al paciente	Recepción de expediente y paciente
3	Enfermera	Consulta radioterapia	Toma de signos vitales	Toma de signos vitales
4	Médico radio-oncológico	Consulta radioterapia	Interroga y explora al paciente Evalúa la tolerancia y respuesta tumoral Solicita exámenes de ser necesario Se indica tratamiento y explica seguimiento Realiza nota clínica	Consulta
5	Médico radio-oncológico	Consulta radioterapia	Si así lo requiere indica al paciente que solicite cita de seguimiento al personal administrativo	Solicitud de cita subsecuente

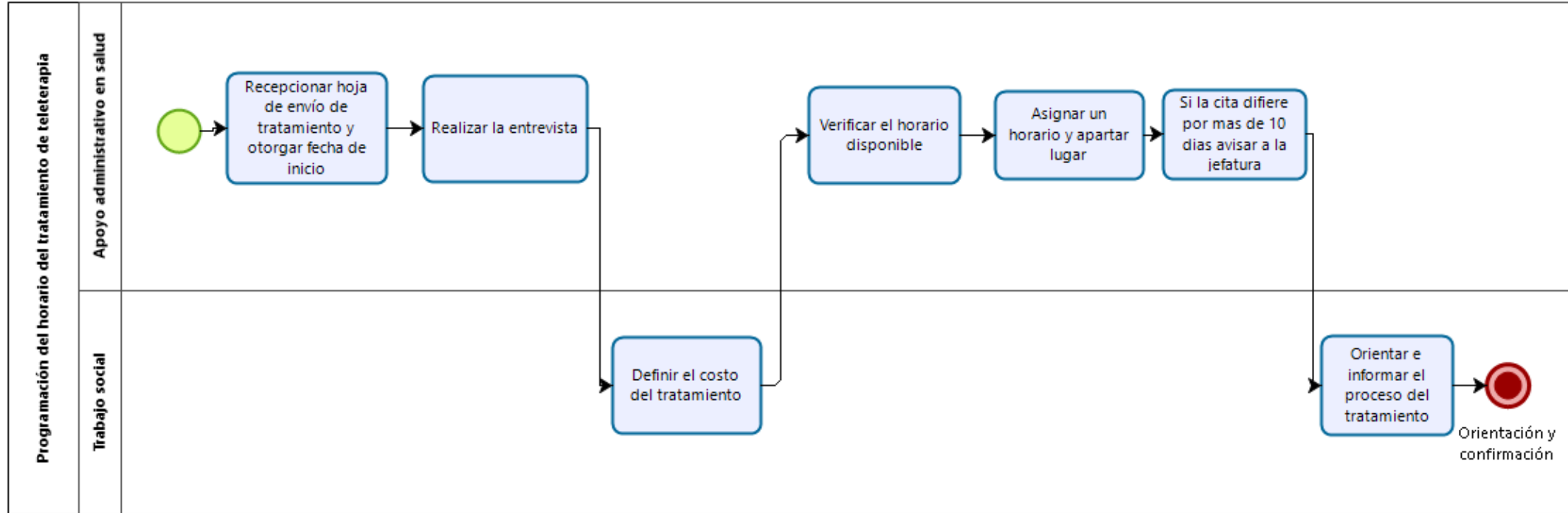
Procedimiento de Programación del horario del tratamiento de teleterapia

Ficha del procedimiento	
Nombre	Programación del horario del tratamiento de teleterapia
Descripción	Agenda disponible a los usuarios para poder recibir el tratamiento radiante
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Radioterapia
Políticas del procedimiento	Todo paciente que va hacer manejado con teleterapia debió ser valorado por el médico radio-oncólogo y deberá ser programado su turno de inicio de tratamiento de acuerdo a la urgencia relativa, también determinada por el médico. Se considera urgencia de tratamiento todos los sangrados susceptibles de ser manejados con radioterapia, la compresión medular o el síndrome de vena cava superior, así como procesos metastásicos que producen dolor, en estos casos existe prioridad para el ingreso. Todo paciente será buscado por el departamento de trabajo social en caso de que no asista a su tratamiento o a la simulación y se averiguara el motivo por el cual no asistió. No hay cambios en las fechas a menos que un paciente no asista. El proceso de otorgamiento de citas no puede ser modificado sino por trabajo social. No se pueden cambiar turnos sin la expresa indicación del director del Instituto Jalisciense de Cancerología y mediante un oficio por escrito. No se ingresan pacientes recomendadas antes de las que ya tenían citas programadas. Un paciente se pierde de tratamiento durante 3 días consecutivos, pierde su turno y tendrá que reprogramarse su reinicio con la notificación respectiva al médico encargado del caso.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón para agendar horario del tratamiento
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Horario agendado en tarjetón
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	285 de 673

Modelado del procedimiento de Programación del horario del tratamiento de teleterapia



Narrativa del procedimiento de Programación del horario del tratamiento de teleterapia

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Apoyo administrativo en salud	Radioterapia	Recibir hoja de envío de tratamiento a simulador/inicio de tratamiento e identificación del paciente. Otorgar fecha de inicio del tratamiento y fecha para ser localizado/simulado Entregar sugerencias de manejo al paciente	Recepción y programación de cita
2	Apoyo administrativo en salud	Radioterapia	Realiza la entrevista para: Revise que los datos nombre y registro, correspondan al paciente. Localice el turno en el aparato solicitado por el médico radio- oncólogo más próximo a la fecha requerida por este último	Entrevista
3	Trabajo social	Radioterapia	Defina el costo del tratamiento y ve con el paciente la forma de solventarlo y apoyos que son posibles dar en cada caso particular	Cotización
4	Apoyo administrativo en salud	Radioterapia	Verifica el horario disponible. Localice el turno en el aparato solicitado por el médico radio- oncólogo más próximo a la fecha requerida por este último.	Verificar agenda disponible
5	Apoyo administrativo en salud	Radioterapia	Asigna un horario, aparta el lugar del paciente en este turno Entrega al paciente la información de inicio por escrito y fírmelo. Entrega al paciente el resto de la información de los servicios y las indicaciones sugeridas para el manejo, por escrito. Se asegura que el paciente entiende la información escrita. Registra las citas nuevas en la hoja electrónica ex profeso. Verifica que no hay imbricación de los horarios del tratamiento.	Asignación de horario



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	287 de 673

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
			Verifica que los horarios se encuentren completos	
6	Apoyo administrativo en salud	Radioterapia	Si las citas tienen un diferimiento mayor a 10 días avisar a la Jefatura de Radioterapia	Notificación
7	Trabajo social	Radioterapia	Orienta e informar sobre el proceso de tratamiento, asegúrese pactada sea respetada y realice Una llamada telefónica 2 días antes de la cita para corroborar	Orientación y confirmación

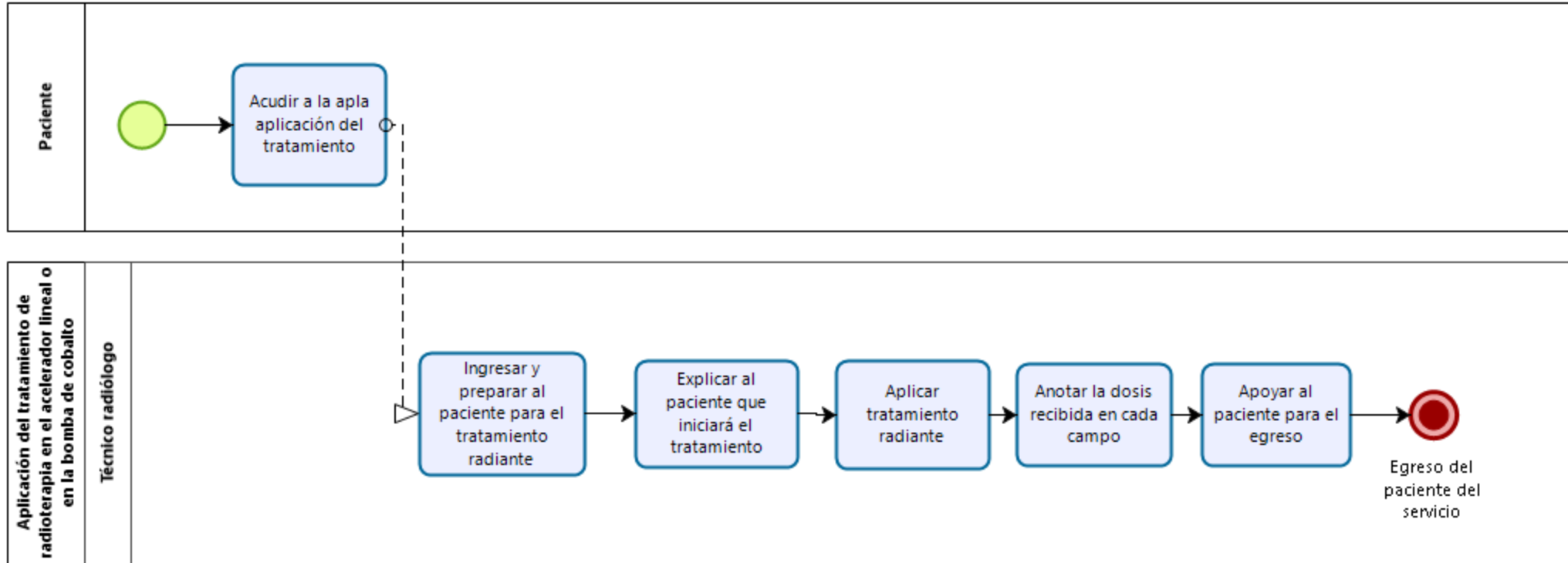
Procedimiento de Aplicación del tratamiento de radioterapia en el acelerador lineal o en la bomba de cobalto

Ficha del procedimiento	
Nombre	Aplicación del tratamiento de radioterapia en el acelerador lineal o en la bomba de cobalto
Descripción	Brindar tratamiento radiante
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Radioterapia
Políticas del procedimiento	Otorgar tratamientos al paciente mediante radiación en el Acelerador Lineal o en la Bomba de Cobalto para el tratamiento de neoplasias malignas.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón con cita programada, ticket de pago, equipo necesario
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Tratamiento aplicado
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	289 de 673

Modelado del procedimiento de Aplicación del tratamiento de radioterapia en el acelerador lineal o en la bomba de cobalto



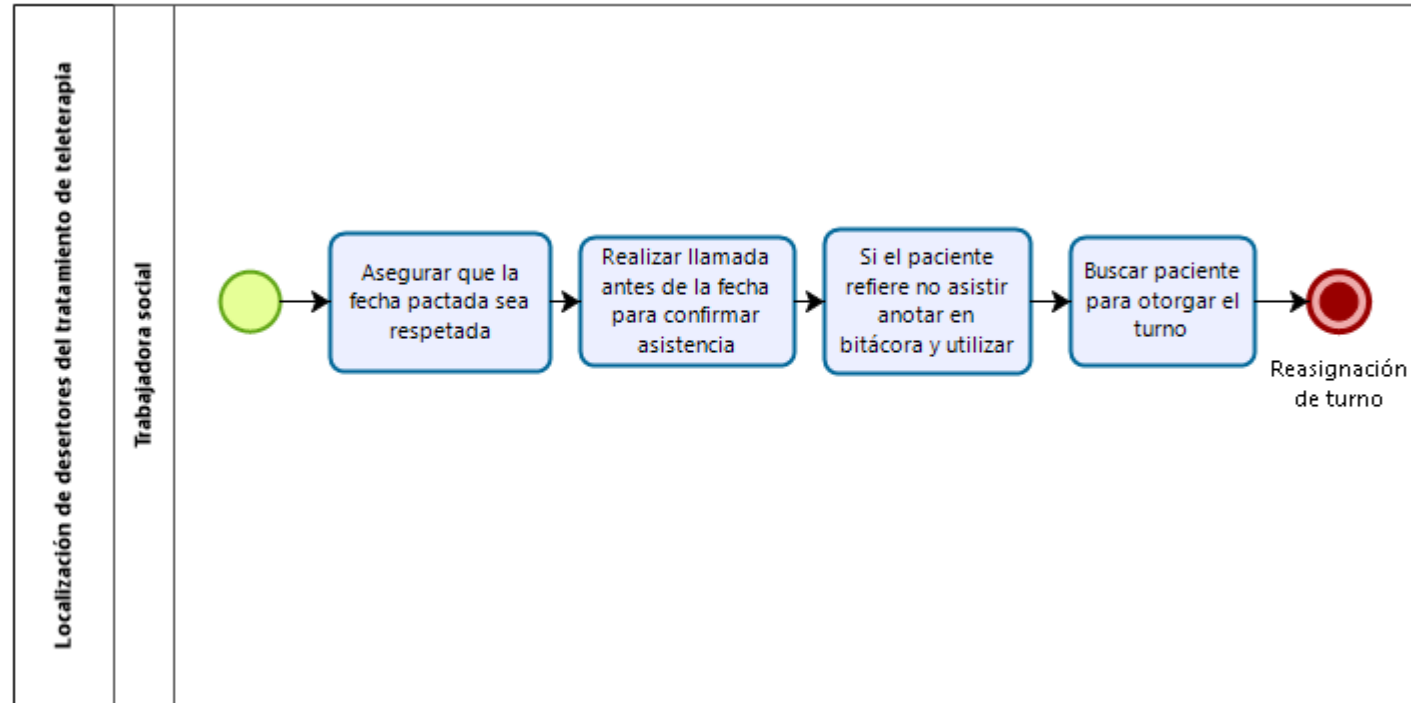
Narrativa del procedimiento de Aplicación del tratamiento de radioterapia en el acelerador lineal o en la bomba de cobalto

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Paciente	Radioterapia	Acude a la aplicación del Tratamiento radiante en el acelerador lineal o bomba de cobalto.	Asistencia para recibir el tratamiento radiante
2	Técnico Radiólogo	Radioterapia	Ingresa al paciente en su turno al cuarto de tratamiento del aparato radiante (Acelerador lineal o bomba de Cobalto). Apoya al paciente para prepararse de acuerdo a las instrucciones del médico especialista Radio- oncólogo. Verifica y Seguir las Indicaciones de la hoja de tratamiento.	Preparación del Paciente en el Equipo
3	Técnico Radiólogo	Radioterapia	Explica al paciente que dará inicio a la aplicación del tratamiento. Aplica Tratamiento Radiante.	Aplicación del Tratamiento.
4	Técnico Radiólogo	Radioterapia	Aplica Tratamiento Radiante.	Aplicación del Tratamiento.
5	Técnico Radiólogo	Radioterapia.	Anota la dosis recibida en cada campo, en la hoja de tratamiento.	Registro del Tratamiento otorgado.
6	Técnico Radiólogo	Radioterapia.	Apoya al paciente a incorporarse para el egreso. Informa las instrucciones para el siguiente día de tratamiento al paciente. Si ya ha completado la dosis, informa al paciente que deberá de solicitar cita para consulta de seguimiento con el médico Especialista radio -oncólogo. FIN DE PROCEDIMIENTO	Egreso del Paciente del Servicio.

Procedimiento de Localización de desertores del tratamiento de teleterapia

Ficha del procedimiento	
Nombre	Localización de desertores del tratamiento de teleterapia
Descripción	Identificar a las y los pacientes que presentan inasistencia a su tratamiento radiante
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Radioterapia
Políticas del procedimiento	Todo paciente tratado en el área de radioterapia debe ser seguido en forma directa y debe rastrearse el motivo de deserción en caso de presentarse, se debe mantener un número de turnos específico por lo que deberá mantenerse una lista actualizada en frecuencia diaria con el fin de utilizar los turnos que estén ocupados y no utilizados. Se debe mantener un registro de los pacientes desertores y de sus motivos, que se utilizara para motivar el regreso al tratamiento.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón para agendar horario del tratamiento
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Horario agendado en tarjetón
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Localización de desertores del tratamiento de teleterapia



Narrativa del procedimiento de Localización de desertores del tratamiento de teleterapia

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Trabajadora social	Trabajo social	Se asegura que la fecha pactada sea respetada por el paciente	Consulta externa/radioterapia revisión de citas
2	Trabajadora social	Trabajo social	Realiza una llamada telefónica dos días antes de la fecha y corrobore si el paciente asistirá o no	Llamada telefónica de solicitud de Confirmación de asistencia
3	Trabajadora social	Trabajo social	Si el paciente refiere no asistir, verificar la causa y anotarlo en la bitácora ex profeso. Utiliza este turno con el siguiente paciente en la lista de espera	Confirmación de no asistencia a la cita
4	Trabajadora social	Trabajo social	Excepción de esto es que el radio-oncólogo haya definido una fecha específica para iniciar, en cuyo paciente podrá ser dejado en su fecha programada y siga buscando a quien otorgar ese turno	Reasignación de turno

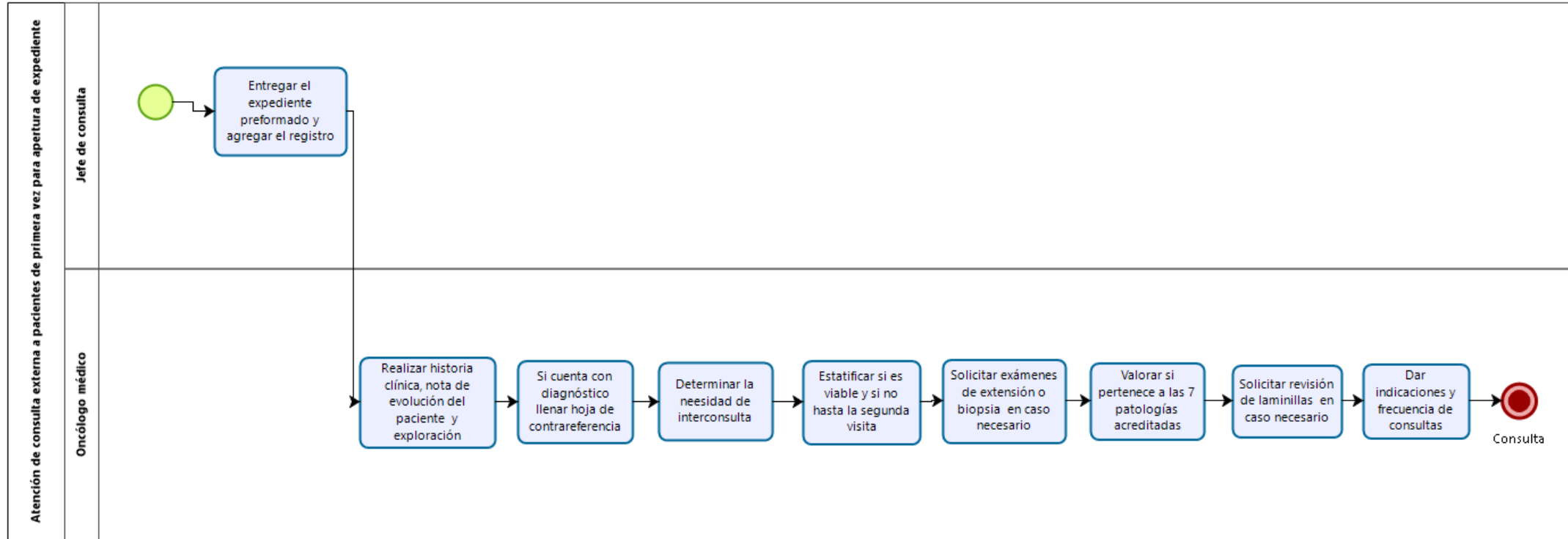
Ficha del servicio de Atención especializada al paciente oncológico mediante tratamientos radiantes

Nombre del trámite o servicio	Atención especializada al paciente oncológico mediante tratamientos radiantes
Descripción del servicio	Tratamientos radiantes
Documentos que se obtienen con el trámite	No aplica
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Permanente
Usuario(s)	Pacientes
Responsable del servicio	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Domicilio, Ubicación y teléfono	Coronel Calderón No. 715 S.H. Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44280. El servicio de Radioterapia está ubicado en Planta baja
Horario de atención	Lunes a viernes de 08:00 am a 9:00 pm
Requisitos	Cita programada e indicación médica especialista
Costo, Forma y lugar de pago	Variable
Tiempo de respuesta	De acuerdo a la disponibilidad de espacios disponibles en la agenda.
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa
Dirección de Área responsable o equivalente	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	No aplica

Procedimiento de Atención de consulta externa a pacientes de primera vez para apertura de expediente

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención de consulta externa a pacientes de primera vez para apertura de expediente
Descripción	Brindar atención a las y los pacientes del servicio de Oncología médica
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Oncología medica
Políticas del procedimiento	Respetar horarios establecidos, entrega de expedientes, generar tarjetón, realizar una exploración física respetuosa, de ser necesario se Solicitará una interconsulta, entrega el tarjetón médico y se programará cita subsecuente
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón para agendar horario del tratamiento
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Horario agendado en tarjetón
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Atención de consulta externa a pacientes de primera vez para apertura de expediente



Narrativa del procedimiento de Atención de consulta externa a pacientes de primera vez para apertura de expediente

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Jefe de consulta externa	Consulta externa	Entrega el expediente preformado con los siguientes datos Identificación Oficial. Copia de CURP. Copia de comprobante de domicilio. Copia de estudios del diagnóstico del paciente. Tarjetón generado Agrega electrónicamente a la cuenta del Oncólogo medico el Registro del paciente para realización de historia clínica	Ficha clínica del paciente
2	Oncólogo médico	Consulta externa	Utiliza el sistema SIHO, realiza historia clínica, nota de evolución del paciente. Exploración física Historia clínica y nota de primera vez impresa para ser incorporadas al expediente físico	Expediente clínico
3	Oncólogo médico	Consulta externa	Si- verifique si cuenta diagnóstico definitivo y de ser posible contestarla en la primera consulta No- continua con el proceso de generación del expediente	Hoja de contrareferencia
4	Oncólogo médico	Consulta externa	Determina la necesidad de interconsulta y genera la solicitud en papelería del hospital fray Antonio alcalde (si el servicio pertenece al mismo)	Hoja de interconsulta
5	Oncólogo médico	Consulta externa	Estadificación si es viable con los exámenes que se cuenta, si no, se realizara a partir de la segunda visita con todos los auxiliares de diagnóstico para esto	Estadificación
6	Oncólogo médico	Consulta externa	Solicitar exámenes de extensión (si es necesario) Solicitar biopsia (si es necesario)	Solicitud de estudios
7	Oncólogo médico	Consulta externa	El medico valora si el paciente con diagnóstico oncológico pertenece a las 7 patologías acreditadas Si- envía a trabajo social para orientación del programa que se ve beneficiado	Orientación/solicitud

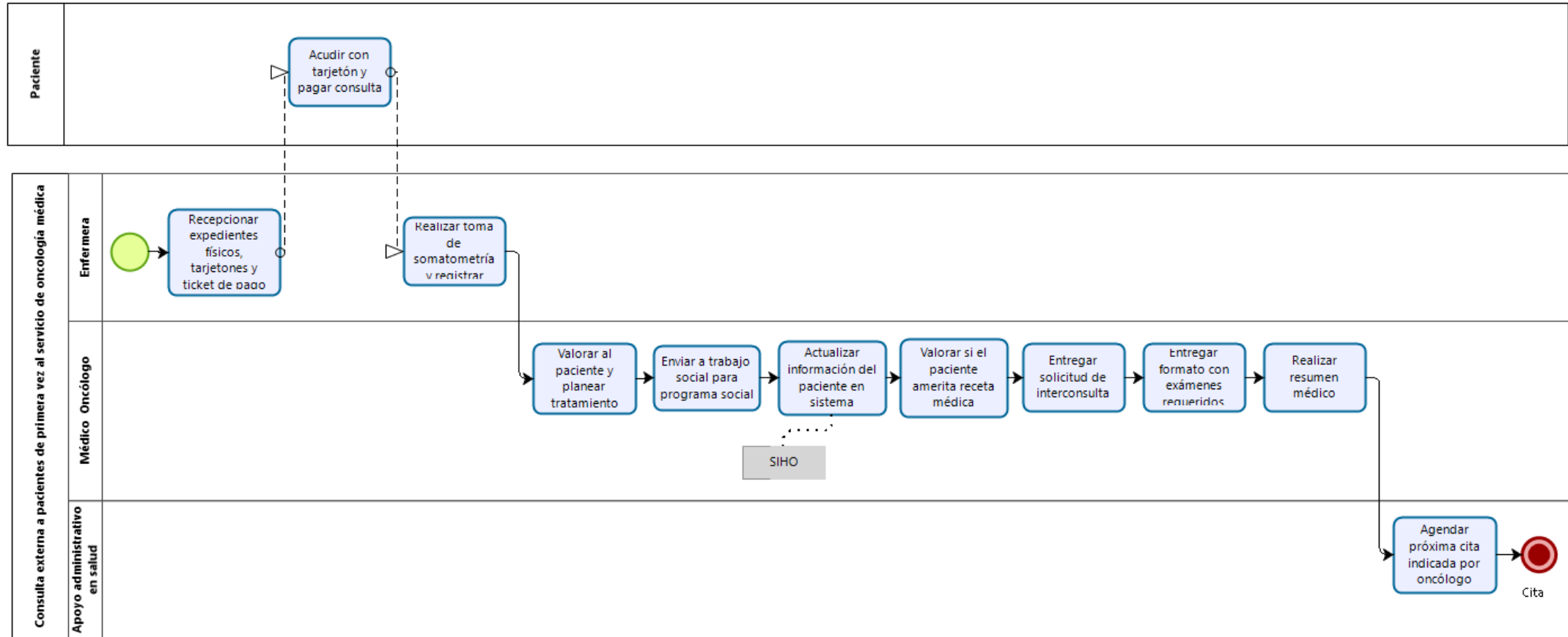
Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	298 de 673

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
			No- envía a trabajo social para orientación de sus cuotas de recuperación	
8	Oncólogo médico	Consulta externa	Solicitud de revisión de laminillas (si es necesario)	Solicitud
9	Oncólogo médico	Consulta externa	Dar indicaciones, resolver dudas, indicar frecuencia para solicitar citas de consulta externa y tratamientos Fin de consulta Fin del procedimiento	Consulta

Procedimiento de Consulta externa a pacientes de primera vez al servicio de Oncología Médica

Ficha del procedimiento	
Nombre	Consulta externa a pacientes de primera vez al servicio de Oncología médica
Descripción	Brindar atención a las y los pacientes del servicio de Oncología médica
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Oncología médica
Políticas del procedimiento	Establecer en la primera consulta de contacto el tratamiento sistémico oncológico, citotóxico, blanco molecular, inmunoterapia o hormonoterapia en modalidad de inducción, adyuvancia, paliativo de acuerdo a las condiciones físicas y orgánicas del paciente y su padecimiento oncológico.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón para agendar horario del tratamiento
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Horario agendado en tarjetón
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Consulta externa a pacientes de primera vez al servicio de oncología médica



Narrativa del procedimiento de Consulta externa a pacientes de primera vez al servicio de oncología médica

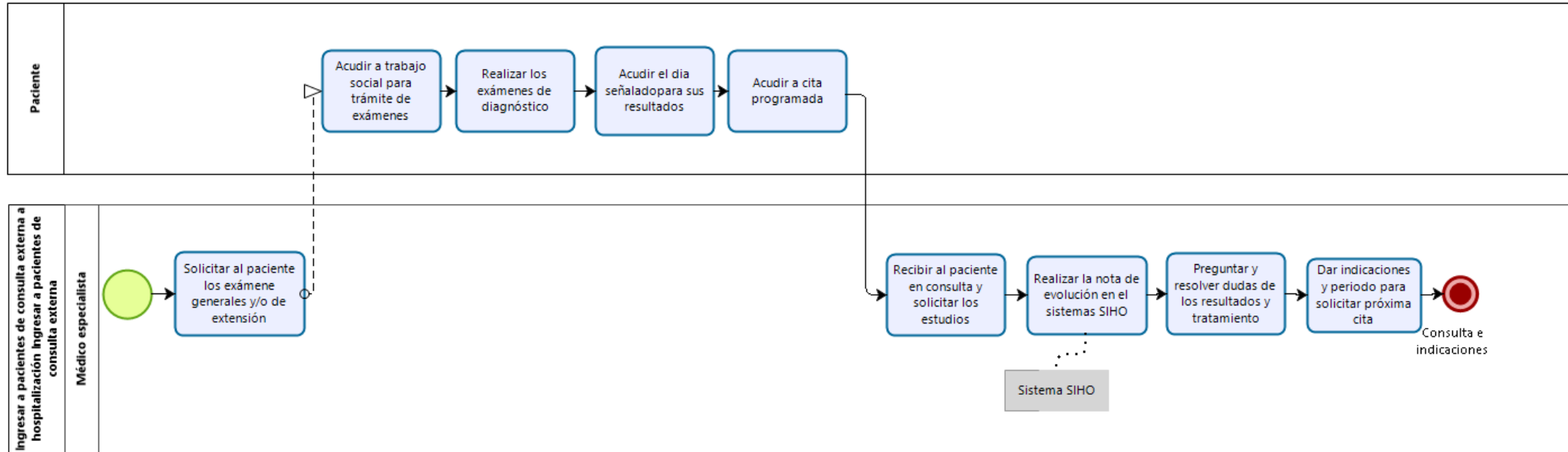
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Enfermera	Consulta externa	Recibir expedientes físicos, tarjetones y ticket de pago	Consulta externa
2	Paciente	Externo	Acude con su tarjetón a piso 3 a caja (depende de subdirección administrativa) solventa su cuota por consulta. Entrega tarjetón con comprobante a enfermera, se presenta 15 minutos antes de su consulta	Externo al IJC
3	Enfermera	Consulta externa	Toma de somatometría y registro para informarle al médico oncólogo	Consulta externa
4	Médico oncólogo	Consulta externa	Valora al paciente y planea tratamiento sistémico oncológico Si- firma de consentimiento informado, se explican riesgo y beneficios, pronóstico y objetivo del tratamiento No- se envía a cuidados paliativos Se entrega indicación por escrito y receta médica con el tratamiento sistémico, se envía a trabajo social y al área de aplicación de quimioterapia ambulatoria Se entrega recomendaciones por escrito al paciente	Carta de consentimiento informado Hoja de indicación de aplicación de tratamiento sistémico
5	Médico oncólogo	Consulta externa	Envía a trabajo social para brindar información del programa del cual el paciente puede verse beneficiado	Consulta externa
6	Médico oncólogo	Consulta externa	Actualiza la información del paciente en sistema SIHO	Nota de evolución
7	Médico oncólogo	Consulta externa	Valora si el paciente amerita receta médica de tratamiento hormonal tratándose de patología de cáncer de mama o próstata Si- se expide receta médica a través del sistema SIHO ligado a la nota de evolución	Receta electrónica

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
			No- se extiende receta por tratamiento sistémico	
8	Médico oncólogo	Consulta externa	Entrega de solicitud de interconsulta con formato de hospital fray Antonio alcalde si así lo amerita el paciente	Interconsulta
9	Médico oncólogo	Consulta externa	Entrega de formato con los exámenes requeridos y le solicita al paciente asistir a trabajo social a tramitar sus exámenes Solicita biopsia (si es necesaria)	Solicitud de estudios/biopsia
10	Médico oncólogo	Consulta externa	Realiza resumen medico si el paciente amerita presentación al comité clínico para tratamiento de alto costo	Resumen médico
11	Apoyo administrativo en salud	Consulta externa	Agenda próxima cita indicada por el oncólogo médico	Programación de cita subsecuente

Procedimiento de Ingresar a pacientes de consulta externa a hospitalización

Ficha del procedimiento	
Nombre	Ingresar a pacientes de consulta externa a hospitalización
Descripción	Valorar al paciente para ver si amerita ingreso al área de hospitalización
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Oncología médica
Políticas del procedimiento	El O.P.D. Instituto Jalisciense de Cancerología tiene el objetivo de brindar atención médica oncológica a los pacientes cuando estos ameritan hospitalización debido a mejora de condiciones o aplicación de quimioterapia cuando sea necesario supervisar de manera estrecha el paciente con la finalidad de disminuir los riesgos de presentar complicaciones al aplicar algún tratamiento citotóxico
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Estudios anexos, cita a consulta externa
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Horario agendado en tarjetón
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Ingresar a pacientes de consulta externa a hospitalización



Narrativa del procedimiento de Ingresar a pacientes de consulta externa a hospitalización Ingresar a pacientes de consulta externa a hospitalización

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico especialista	Consulta externa	Solicita al paciente los exámenes generales y/o de extensión para la determinación de tratamiento Detección de la condición del paciente y si existen posibles complicaciones	Solicitud de exámenes y valoración
2	Paciente	Externo	Acude a trabajo social para tramitar sus exámenes	Solicitud de exámenes
3	Paciente	Externo	Realiza los exámenes de diagnóstico o extensión, y se le da fecha de entrega de resultados	Exámenes realizados
4	Paciente	Externo	Acude el día señalado para la entrega de resultados de sus exámenes. Y solicita cita con su médico tratante para la revisión de los mismos	Recepción de resultados
5	Paciente	Externo	Acude a su cita programada	Cita programada
6	Médico especialista	Consulta externa	Recibe al paciente en consulta, y le pide los estudios. Los revisa y le explica de manera clara y concisa al paciente cuál es su estado de salud y si debe ser admitido en el IJC, o debe ser derivado a otra unidad de atención médica o en su caso que tratamiento continuara	Interpretación de estudios y determinación de situación del paciente
7	Médico especialista	Consulta externa	Realiza la nota de evolución en el sistema SIHO en el cual registrara el resultado de los estudios solicitados	Nota de evolución
8	Médico especialista	Consulta externa	Pregunta y resuelve dudas acerca de los resultados y sobre lo que proseguirá en su tratamiento	Resolución de dudas
9	Médico especialista	Consulta externa	Da indicaciones, resuelve dudas, cuidados que deba de tener el paciente, le menciona en qué periodo debe de solicitar su próxima cita o pasos a seguir en su tratamiento. Una vez resueltas sus dudas y dada la información general, se despide del paciente de manera cordial.	Indicaciones, fin de consulta

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	306 de 673

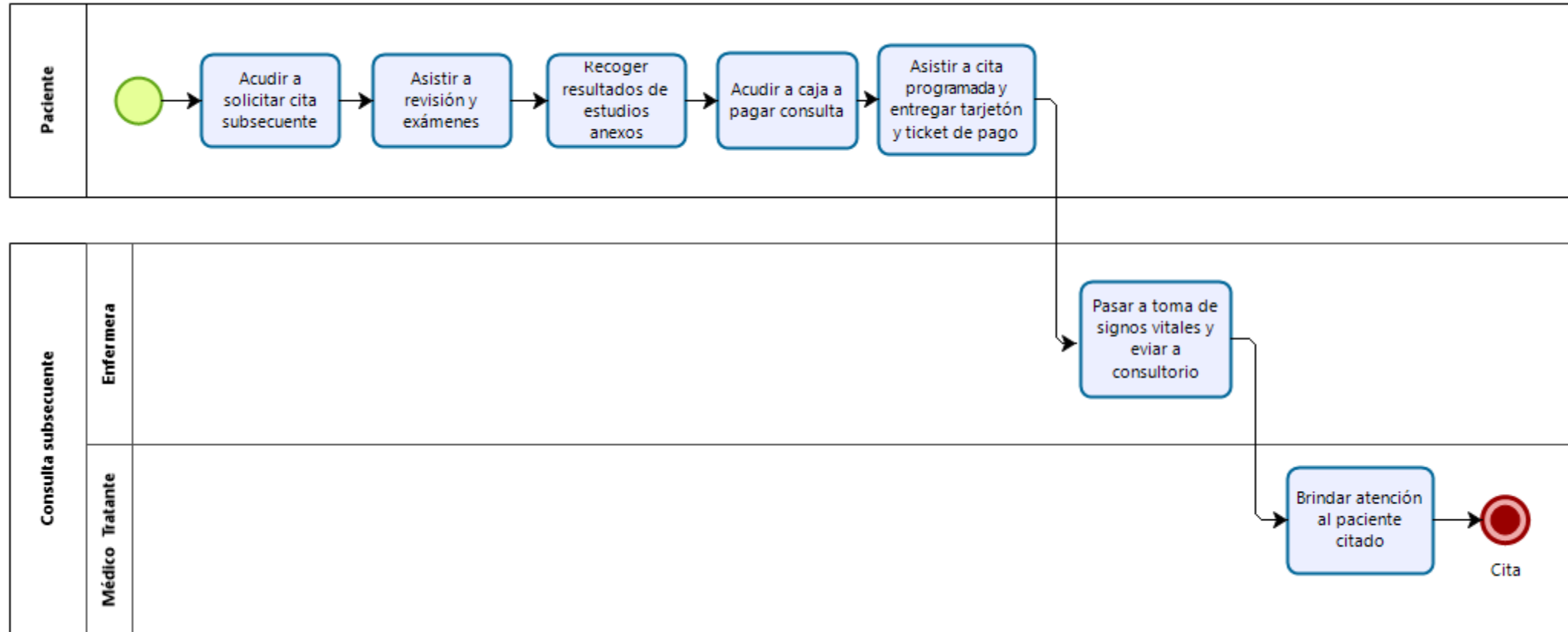
Procedimiento de Consulta subsecuente

Ficha del procedimiento	
Nombre	Consulta subsecuente
Descripción	Brindar atención a las y los pacientes del servicio de Oncología médica
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Oncología médica
Políticas del procedimiento	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjetón para agendar horario del tratamiento
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Horario agendado en tarjetón
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	307 de 673

Modelado del procedimiento de Consulta subsecuente



Narrativa del procedimiento de Consulta subsecuente

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Paciente	Consulta externa	Acude a solicitar cita subsecuente según lo haya indicado su médico tratante	Programación de cita
2	Paciente	Áreas varias	Asiste a revisión de laminillas por parte del servicio de patología, inmunohistoquímica de así requerirlo, exámenes de laboratorio o de imagen para la consulta subsecuente	Estudios anexos
3	Paciente	Áreas varias	Recoge resultados de estudios anexos solicitados por el médico tratante	Recolecta de resultados
4	Paciente	Piso 3	Acude a la caja a pagar su consulta	Pago de consulta
5	Paciente	Consulta externa	Asiste a su cita programada y entregará su tarjetón y ticket de pago al personal de recepción	Entrega tarjetón y ticket
6	Enfermera	Consulta externa	Pasa a toma de signos vitales y la envían al consultorio correspondiente	Signos vitales
7	Médico tratante	Consulta externa	Brinda atención al paciente citado, revisión de estudios anexos y valoración física y de síntomas	Cita
8	Médico tratante	Consulta externa	Fin de atención médica y determinación de tratamiento y seguimiento	Consulta

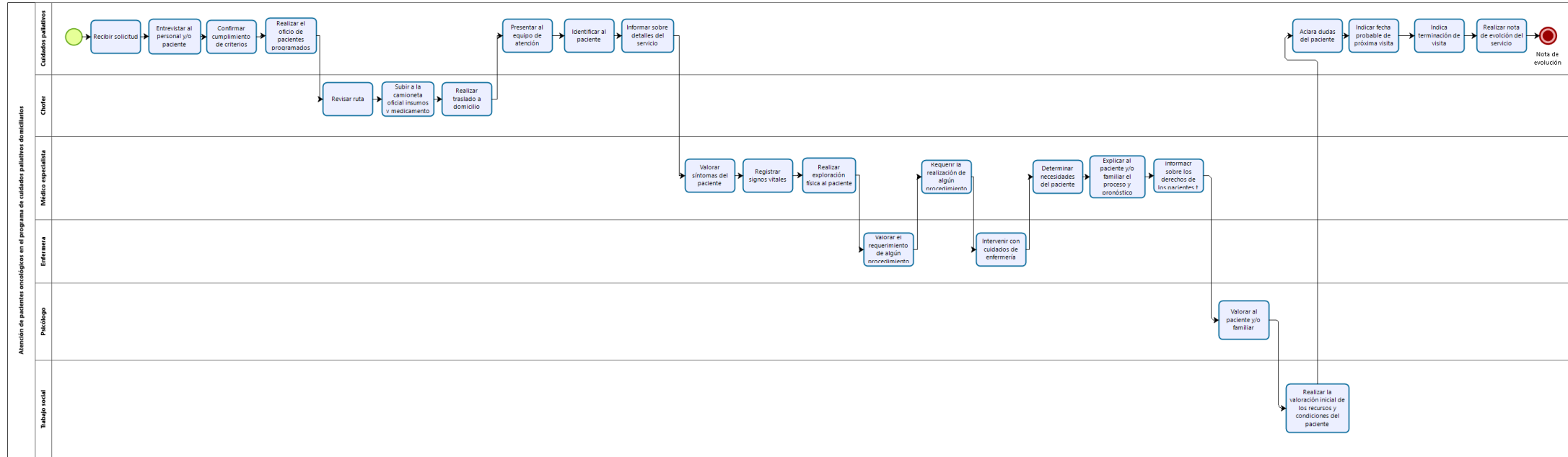
Procedimiento de Atención de pacientes oncológicos en el programa de cuidados paliativos domiciliarios

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención de pacientes oncológicos en el programa de cuidados paliativos domiciliarios
Descripción	Brindar atención a las y los pacientes del servicio de Oncología médica
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Oncología médica
Políticas del procedimiento	<p>Ser paciente del Instituto Jalisciense de Cancerología.</p> <p>Contar con diagnóstico definitivo o presuntivo por su médico oncólogo.</p> <p>Enfermedad oncológica avanzada, progresiva e incurable.</p> <p>Haber recibido/ no haber recibido/ o estar recibiendo tratamiento curativo o paliativo.</p> <p>Interconsulta por su médico tratante.</p> <p>Karnofsky – Palliative Performance Scale menor a 40%.</p> <p>Pronóstico vital a corto plazo.</p> <p>Paciente que su domicilio se encuentre dentro de la zona metropolitana.</p> <p>Contar con cuidador.</p>
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Horario de atención domiciliaria
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Horario agendado en tarjetón
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	310 de 673

Modelado del procedimiento de Atención de pacientes oncológicos en el programa de cuidados paliativos domiciliarios



Narrativa del procedimiento de Atención de pacientes oncológicos en el programa de cuidados paliativos domiciliarios

No .	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Cuidados paliativos	IJC	Recibe solicitud de atención a través de: Consulta externa Interconsulta Voluntad propia	Interconsulta
2	Cuidados paliativos	IJC	Entrevista al familiar y/o paciente para determinar si cumple con los criterios de ingreso al programa de cuidados paliativos domiciliarios	Entrevista
3	Cuidados paliativos	IJC	Si el paciente cumple con los criterios para el ingreso al programa Si- Contesta interconsulta o realiza nota de evolución en sistema SIHO y la anexa al expediente clínico del paciente. Se llenan hojas de fichero para el seguimiento del paciente No- Se oferta la alternativa de darle seguimiento al paciente a través de la consulta externa de cuidado paliativos, realiza nota de evolución en el sistema SIHO	Confirmación
4	Cuidados paliativos	IJC	Realiza el oficio de pacientes programados y entrega a subdirección, recabando firma de recibido. El oficio se deberá de realizar un previo a la salida.	Membrete oficial
5	Chofer	Domicilio	Revisa ruta	Confirmación de ruta
6	Chofer	Domicilio	Sube a la camioneta oficial los insumos y medicamentos necesarios para la realización de la visita	Equipo preparado
7	Chofer	Domicilio	Realiza traslado a domicilio	Traslado
8	Cuidados paliativos	Domicilio	Presenta al equipo de atención (nombre y profesión)	Presentación

No .	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
9	Cuidados paliativos	Domicilio	Identifica al paciente	Identificación
10	Cuidados paliativos	Domicilio	Informa sobre los objetivos, beneficios y limitaciones del servicio de cuidados paliativos y se entrega consentimiento informado Si- firma del paciente/familia el consentimiento para recibir el servicio No- firma de carta de renuncia del servicio	Entrega de consentimiento Informado
11	Enfermería	Domicilio	Valora síntomas del paciente Interrogatorio directo o indirecto (a través de la familia)	Valoración
12	Cuidados paliativos	Domicilio	Registra signos vitales	Toma de signos vitales
13	Médico especialista	Domicilio	Realiza exploración física al paciente	Valoración física
14	Médico especialista/ enfermera	Domicilio	Conjuntada la información sintomática y física, valora el requerimiento de algún procedimiento: curación de ulcera, colocación de dispositivo subcutáneo, parecentesis u otro procedimiento intervencionista	Plan
15	Médico especialista/ enfermera	Domicilio	Requiere la realización de algún procedimiento Si- se le informa al paciente y/o familiar sobre los riesgos y beneficios del procedimiento y se firma consentimiento informado para dicho procedimiento No- se deja la opción abierta a realización de procedimiento previa valoración en la próxima visita	Entrega de consentimiento Informado
16	Enfermera	Domicilio	Interviene con cuidados de enfermería	Cuidados de enfermería
17	Médico especialista	Domicilio	Se conjunta la información de síntomas con la exploración física del paciente y procedimientos realizados y Determina las necesidades del paciente	Detectar necesidades

No .	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
18	Médico especialista	Domicilio	Explica al paciente y/o familiar el proceso y/o pronóstico de la enfermedad	Pronostico
19	Médico especialista	Domicilio	Informa sobre los derechos de los pacientes terminales	Informar de los derechos del paciente
20	Psicólogo	Domicilio	Valora al paciente/familiar	Valoración
21	Trabajo social	Domicilio	Realiza la valoración inicial de los recursos que presenta el núcleo familiar y las condiciones en las que el paciente se encuentra. En las visitas subsecuentes, el apoyo del trabajador social dependerá de las necesidades detectadas del paciente y su familia	Valoración
22	Cuidados paliativos	Domicilio	Aclara las dudas del paciente/familia acerca de síntomas, estado físico, medicamentos o información recibida.	Brindar información general
23	Cuidados paliativos	Domicilio	Indica la fecha probable de próxima visita. Se deja por escrito en el Diario de Dolor la información de nombres del personal del servicio a domicilio, así como teléfonos del servicio para que se comuniquen ante dudas que se presenten	Próxima cita domiciliaria
24	Cuidados paliativos	Domicilio	Explica al paciente/familia la terminación de la visita domiciliaria de esa ocasión. Retirándose el equipo del domicilio y el equipo multidisciplinario se retira y se dirige al siguiente domicilio programado	Fin de consulta
25	Cuidados paliativos	Domicilio	Realiza la Nota de evolución correspondiente cada integrante del servicio otorgado en el domicilio en el sistema SIHO	Nota de evolución

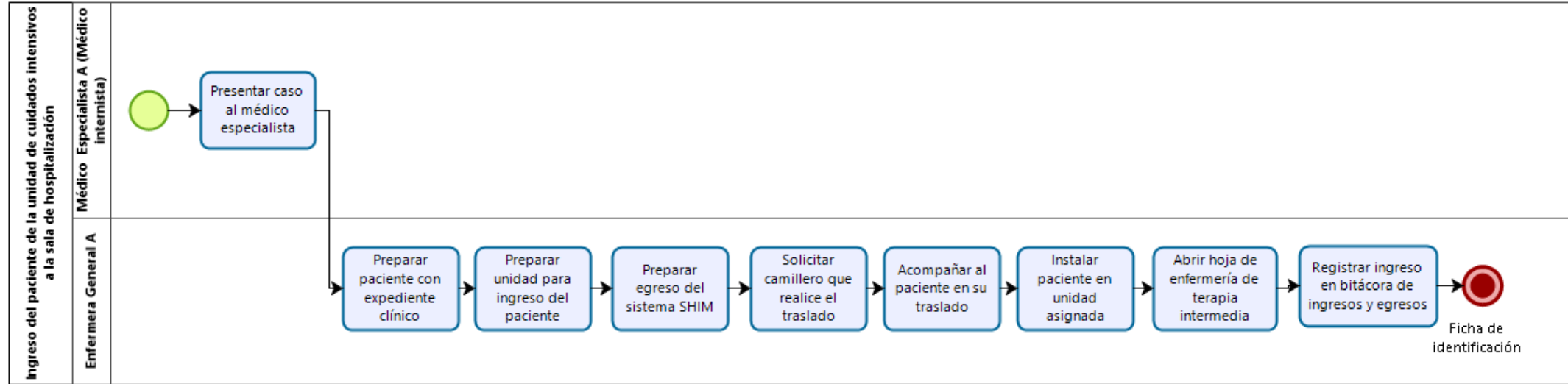
Ficha del servicio de Oncología médica

Nombre del trámite o servicio	Oncología médica
Descripción del servicio	Derivar, indicar, estadificar a las y los pacientes oncológicos
Documentos que se obtienen con el trámite	No aplica
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Permanente
Usuario(s)	Pacientes
Responsable del servicio	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Domicilio, Ubicación y teléfono	Coronel Calderón No. 715 S.H. Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44280. El área de Consulta Externa, se ubica en planta baja, al ingreso del Instituto.
Horario de atención	Lunes a Viernes de 8:00 am a 9:00 pm.
Requisitos	Apertura de expediente, cita programada, estudios anexos
Costo, Forma y lugar de pago	Variable, piso 3 caja
Tiempo de respuesta	De acuerdo a la disponibilidad de espacios disponibles en la agenda.
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa
Dirección de Área responsable o equivalente	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	No aplica

Procedimiento de Ingreso del paciente a la unidad de cuidados intensivos

Ficha del procedimiento	
Nombre	Ingreso del paciente a la unidad de cuidados intensivos
Descripción	Hospitalización
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Unidad de cuidados intensivos
Políticas del procedimiento	<p>Informar a los familiares, los beneficios del traslado del paciente a la Unidad de cuidados intensivos, acompañar al paciente durante todo el traslado a la unidad, solicitar interconsulta al médico especialista de cuidados intensivos para valorar la opción del ingreso del paciente a esta unidad. Presentar cualquier caso que requiera el ingreso a la unidad de cuidados intensivos al médico encargado de esta unidad en turno.</p> <p>Los ingresos a la unidad de Terapia Intermedia serán autorizados por el médico encargado de esta área en turno, (matutino, vespertino), si el ingreso fuera por la noche el médico de guardia es responsable de realizar el ingreso a la unidad.</p> <p>Otorgar la asistencia en relación a las indicaciones médicas, conforme a su manual de actividades de enfermería durante la estancia del paciente en el servicio.</p>
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Solicitud médica de ingreso
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Ingreso del paciente
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Ingreso del paciente a la unidad de cuidados intensivos



Narrativa del procedimiento de Ingreso del paciente a la unidad de cuidados intensivos

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico Especialista A (Médico Internista)	Unidad de cuidados intensivos	Presenta caso al médico especialista para valorar el ingreso	Presentación del caso.
2	Enfermera General A	Unidad de cuidados intensivos	Prepara paciente con su expediente clínico de acuerdo con el índice autorizado.	Preparación del paciente
3	Enfermera General A	Unidad de cuidados intensivos	Prepara la unidad para el ingreso del paciente. Verifica funcionamiento del equipo electro biomédico. Prepara infusiones (solo cuando se reciba indicación médica).	Preparación de la unidad
4	Enfermera General A	Unidad de cuidados intensivos	Realiza el egreso del sistema SHIM, bitácora de ingresos y egresos del servicio de hospitalización, además realiza registros en hoja de enlace de turno y hoja de censo de 24 horas.	Bitácora de ingresos y egresos de hospitalización Hoja de enlace de turno
5	Enfermera General A	Unidad de cuidados intensivos	Solicita camillero para que realice el traslado.	Solicitud de Traslado.

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
6	Enfermera General A	Unidad de cuidados intensivos	Acompaña al paciente en su traslado y entrega a enfermera intensivista, explicando los cuidados e indicaciones que se realizaron.	Traslado de paciente
7	Enfermera General A	Unidad de cuidados intensivos	Instala paciente en unidad asignada y continua con las indicaciones del área de terapia intermedia.	Instalación del paciente en la unidad Indicaciones medicas
8	Enfermera General A	Unidad de cuidados intensivos	Abre hoja de enfermería de terapia intermedia e inicia con sus actividades. Identificar los diferentes riesgos y elabora la hoja correspondiente.	Inicio de atención por parte de enfermería al paciente.
9	Enfermera General A	Unidad de cuidados intensivos	Registra el ingreso en bitácora de ingresos y egresos de Terapia Intermedia y verificar que el paciente se encuentre vía sistema SHIM en la unidad. Elaborar ficha de identificación del paciente, brazalete de identificación y riego de caídas y en caso de ser aplicable brazalete de alergias.	Registro en Bitácora de ingresos y egresos de Terapia Intensiva. Ficha de identificación

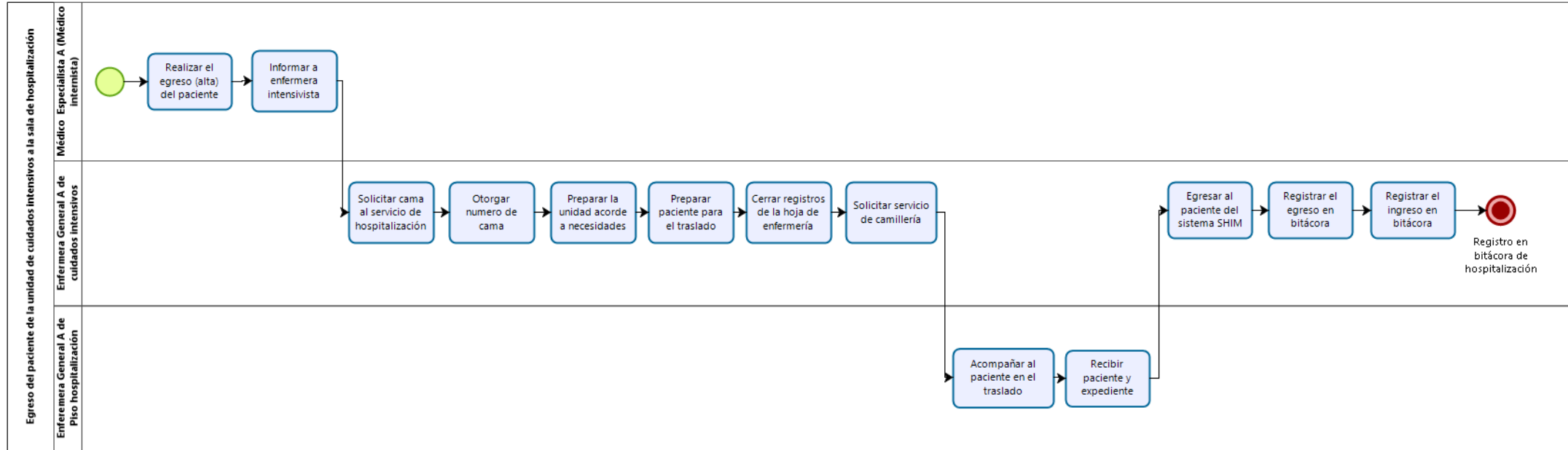
Procedimiento de Egreso del paciente de la unidad de cuidados intensivos a la sala de hospitalización

Ficha del procedimiento	
Nombre	Egreso del paciente de la unidad de cuidados intensivos a la sala de hospitalización
Descripción	Egreso de hospitalización
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Unidad de cuidados intensivos
Políticas del procedimiento	Informar al paciente, familiar y jefe de piso el traslado del paciente al área de hospitalización por motivos de mejora de condición o máximo beneficio para el paciente. Realizar la nota de egreso e indicar el alta en indicaciones médicas de la unidad.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Alta del paciente e ingreso a hospitalización
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Alta del paciente e ingreso a hospitalización
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	320 de 673

Modelado del procedimiento de Egreso del paciente de la unidad de cuidados intensivos a la sala de hospitalización



Narrativa del procedimiento de Egreso del paciente de la unidad de cuidados intensivos a la sala de hospitalización

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico Especialista A (Médico Internista)	Unidad de cuidados intensivos	Realiza el egreso (alta) del paciente del área de terapia intermedia, nota de egreso del servicio de la unidad en sistema SIHO, anexar hoja impresa al expediente clínico del paciente y registra en las indicaciones médicas del paciente.	Egreso del Paciente Nota de egreso Indicaciones medicas
2	Médico Especialista A (Médico Internista)	Unidad de cuidados intensivos	Informa a enfermera intensivista del egreso del paciente.	Información sobre egreso
3	Enfermera General A	Unidad de cuidados intensivos	Solicita cama al servicio de hospitalización.	Solicitud de cama
4	Enfermera General A	Unidad de cuidados intensivos	Otorga número de cama e informa a enfermera operativa del ingreso del paciente.	Otorgamiento de cama
5	Enfermera General A	Piso hospitalización	Prepara la unidad acorde a las necesidades del paciente.	Preparación de la unidad
6	Enfermera General A	Unidad de cuidados intensivos	Prepara paciente para el traslado al área de hospitalización y acomoda expediente clínico	Preparación del paciente para egreso y traslado
7	Enfermera General A	Unidad de cuidados intensivos	Cierra registros de la hoja de enfermería de la unidad de cuidados intensivos.	Cierre de formatos Hoja de registro de enfermería

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	322 de 673

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
8	Enfermera General A	Unidad de cuidados intensivos	Solicita servicio de Camillería para que realice traslado del paciente al área de hospitalización	Solicitud de Traslado.
9	Enfermera General A	Piso hospitalización	Acompaña al paciente durante todo el traslado al área hospitalaria.	Acompañamiento
10	Enfermera General A	Piso hospitalización	Recibe paciente y expediente completo y ordenado, instala paciente en su unidad.	Recepción del paciente
11	Enfermera General A	Unidad de cuidados intensivos	Egresa al paciente del sistema SHIM de la unidad y lo deriva al sistema SHIM del área de hospitalización.	Egreso del sistema SHIM
12	Enfermera General A	Unidad de cuidados intensivos	Registra el egreso en bitácora de ingresos y egresos de la Unidad de cuidados intensivos.	Registro en Bitácora de ingresos y egresos
13	Enfermera General A	Piso hospitalización	Registra el ingreso en bitácora de ingresos y egresos, hoja de enlace, censo de 24 horas.	Registro en Bitácora de ingresos y egresos de hospitalización

Ficha del servicio de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Nombre del trámite o servicio	Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
Descripción del servicio	Atención hospitalaria UCI para la mejora y buena evolución del usuario
Documentos que se obtienen con el trámite	No aplica
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Permanente
Usuario(s)	Paciente que lo requiera
Responsable del servicio	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Domicilio, Ubicación y teléfono	Coronel Calderón No. 715 S.H. Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44280. El área de Consulta Externa, se ubica en planta baja, al ingreso del Instituto.
Horario de atención	Lunes a Viernes de 8:00 am a 9:00 pm.
Requisitos	Solicitud de ingreso y hoja de egreso
Costo, Forma y lugar de pago	Variable, piso 3 caja
Tiempo de respuesta	De acuerdo a la disponibilidad de espacios disponibles en la agenda.
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa
Dirección de Área responsable o equivalente	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	No aplica

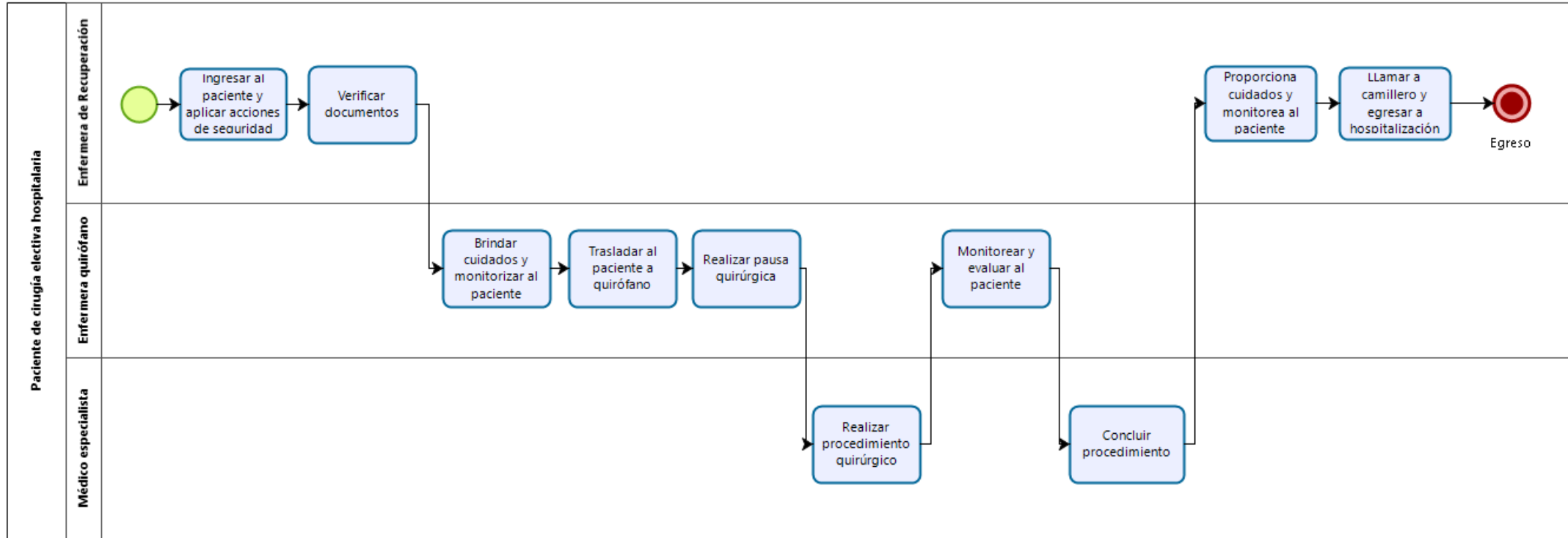
Procedimiento de Paciente de cirugía electiva hospitalaria

Ficha del procedimiento	
Nombre	Paciente de cirugía electiva hospitalaria
Descripción	Cirugía en pacientes hospitalizados
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Sala de cirugía
Políticas del procedimiento	Realizar el marcaje del sitio quirúrgico, firma del consentimiento de Procedimiento Invasivo en caso de que el paciente, llenado de formatos que conformen el expediente clínico del paciente conforme a la normativa del expediente clínico vigente.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Indicación quirúrgica. Valoración pre anestésica. Valoración Pre Cardiológica. Valoración Cardiológica (Cuando Aplique).
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Intervención quirúrgica realizada
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	325 de 673

Modelado del procedimiento de Paciente de cirugía electiva hospitalaria



Narrativa del procedimiento de Paciente de cirugía electiva hospitalaria

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Enfermera	Recuperación	Ingresa al paciente Aplica las acciones esenciales para la seguridad del paciente conforme al Manual	Ingreso
2	Enfermera	Recuperación	Recibe en recuperación verificando hoja de programación quirúrgica, historia clínica, ingreso administrativo, consentimiento informado del procedimiento y hemoderivados, vale de donador de sangre y valoración anestésica, de no contar con toda su documentación se suspende la cirugía	Verificación de documentos
3	Enfermera	Quirófano	Brinda cuidados y monitoriza al paciente	Cuidados de enfermería
4	Enfermera	Quirófano	Traslada al paciente a quirófano para realizar el proceso anestésico y quirúrgico	Traslado
5	Enfermera	Quirófano	Realiza pausa quirúrgica para validar cirugía segura	Verificación de cirugía
6	Médico especialista	Quirófano	Realiza procedimiento quirúrgico	Inicio de cirugía
7	Enfermera	Quirófano	Monitorea y evalúa fisiológica y físicamente al paciente, se toman los registros en la hoja de enfermería de la unidad quirúrgica, y se registra cualquier posible cuasi falla detectada en la evaluación. Se inicia llenado de hoja de validación cirugía segura. En los momentos establecidos en la misma	Actividades de enfermería
8	Médico especialista	Quirófano	Concluye procedimiento Si se requiere traslado a terapia intermedia solicitar a camillería el traslado de manera adecuada y segura de no ser necesario pasa a recuperación posanestésica inmediata Si el paciente perece el médico tratante realizara el trámite correspondiente	Fin de cirugía
9	Enfermera	Recuperación	Proporciona cuidados y monitorea al paciente posquirúrgico, recibe expediente clínico Completo	Cuidados de enfermería
10	Enfermera	Recuperación	Previa valoración anestésica y firma de alta, llama al camillero y egresa paciente a hospitalización	Egreso

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	327 de 673

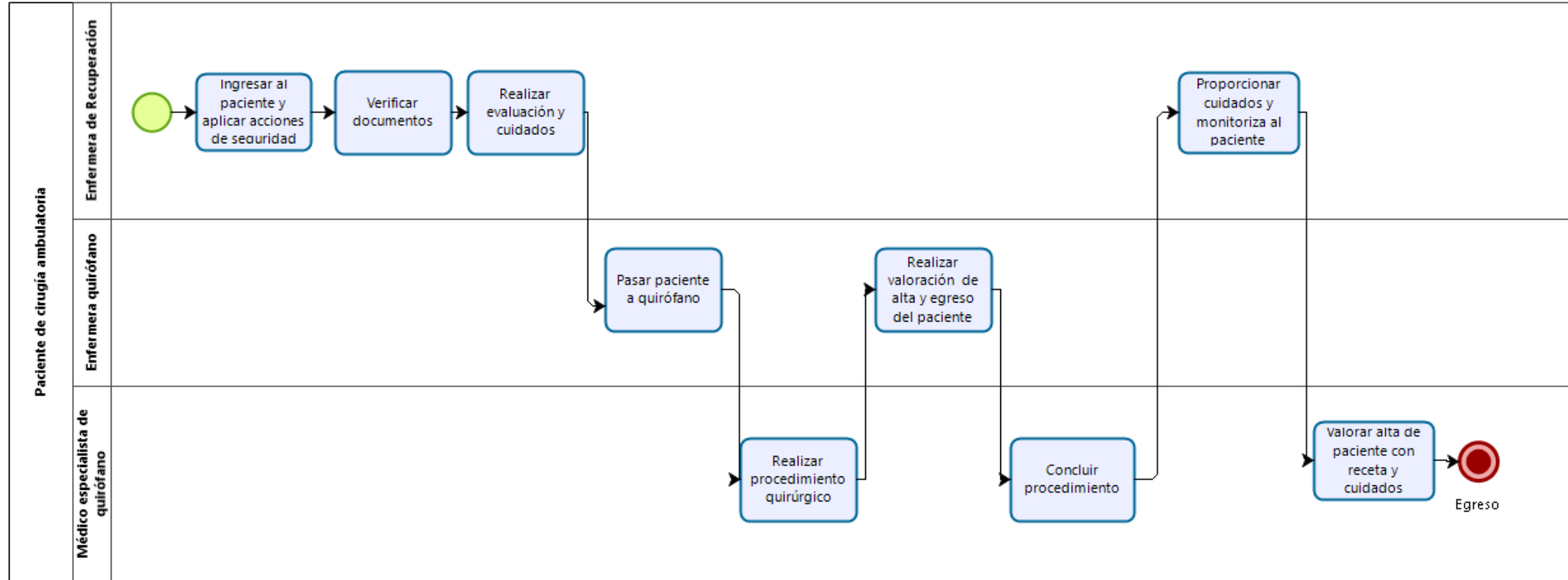
Procedimiento de Paciente de Cirugía electiva ambulatoria

Ficha del procedimiento	
Nombre	Paciente de cirugía electiva ambulatoria
Descripción	Cirugías ambulatorias
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Sala de cirugía
Políticas del procedimiento	Realizar el marcaje del sitio quirúrgico, firma del consentimiento de Procedimiento Invasivo en caso de que el paciente, llenado de formatos que conformen el expediente clínico del paciente conforme a la normativa del expediente clínico vigente.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Indicación quirúrgica. Valoración pre anestésica. Valoración Pre Cardiológica. Valoración Cardiológica (Cuando Aplique).
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Intervención quirúrgica realizada
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	328 de 673

Modelado del procedimiento de Paciente de cirugía ambulatoria



Narrativa del procedimiento de Paciente de cirugía ambulatoria

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Enfermera	Recuperación	Ingresa al paciente Aplica las acciones esenciales para la seguridad del paciente	Ingreso
2	Enfermera	Recuperación	Se recibe en recuperación verificando hoja de programación quirúrgica, historia clínica, ingreso administrativo, consentimiento informado del procedimiento y laboratoriales Si- Realiza evaluación y cuidados a paciente pre quirúrgico No- Se suspende cirugía, realiza alta administrativa y se reprograma cirugía	Verificación de documentos
3	Enfermera	Recuperación	Realiza evaluación y cuidados a paciente pre quirúrgico Se realiza pausa quirúrgica para validar cirugía segura conforme a las acciones esenciales para la seguridad del paciente	Verifica procedimiento
4	Enfermera	Quirófano	Pasa al paciente a quirófano para realizar proceso anestésico y quirúrgico	Traslado
5	Médico especialista	Quirófano	Realiza procedimiento quirúrgico	Inicia cirugía
6	Enfermera	Quirófano	Realiza valoración anestésica y firma de alta por anestesiólogo y cirujano. Se egresa paciente entregándose a su familiar, da receta y cuidados que debe de tener	Indicaciones y cuidados posteriores
7	Médico especialista	Quirófano	Concluye procedimiento Si requiere terapia intermedia: Si- solicita camillero y se traslada de manera adecuada y segura para el paciente No- pasa a recuperación posanestésica inmediata Defunción- defunción (realiza tramite médico tratante)	Fin cirugía
8	Enfermera	Recuperación	Proporciona cuidados y monitoriza paciente posquirurgico inmediato, recibe expediente Clínico completo. (todo lo requerido al ingreso más indicaciones medicas post quirúrgicas, registros anestésicos, nota postquirúrgica de cirujano, hoja de registros de enfermería)	Cuidados de enfermería y monitorización

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	330 de 673

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
9	Médico especialista	Recuperación	Valoración anestésica y firma de alta por anesthesiólogo y cirujano. Se egresa paciente entregándose a su familiar, da receta y cuidados que debe de tener Fin de procedimiento	Egreso

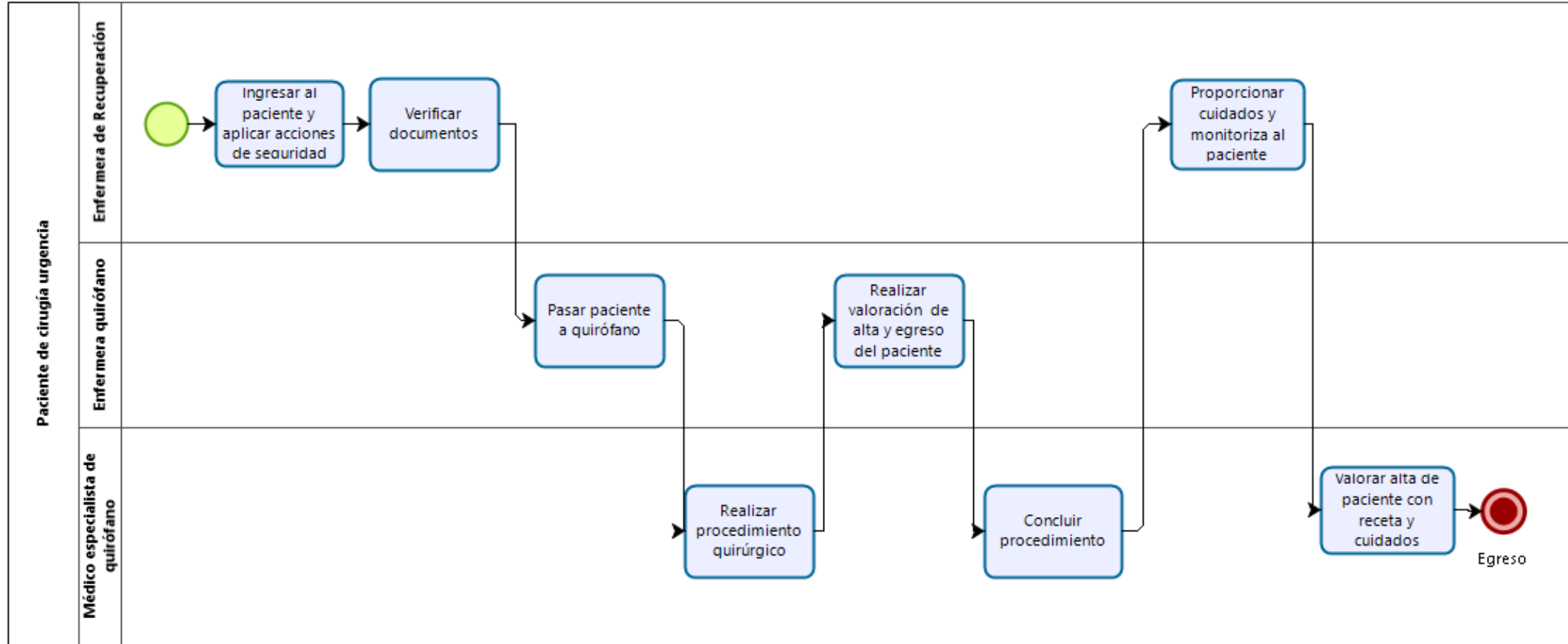
Procedimiento de Paciente de cirugía de urgencia

Ficha del procedimiento	
Nombre	Paciente de cirugía urgencia
Descripción	Cirugía urgencia
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Sala de cirugía
Políticas del procedimiento	Realizar el marcaje del sitio quirúrgico, firma del consentimiento de Procedimiento Invasivo en caso de que el paciente, llenado de formatos que conformen el expediente clínico del paciente conforme a la normativa del expediente clínico vigente.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Indicación quirúrgica. Valoración pre anestésica. Valoración Pre Cardiológica. Valoración Cardiológica (Cuando Aplique).
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Intervención quirúrgica realizada
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	332 de 673

Modelado del procedimiento de Paciente de cirugía urgencia



Narrativa del procedimiento de Paciente de cirugía urgencia

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Enfermera	Recuperación	Ingresa al paciente Aplica las acciones esenciales para la seguridad del paciente	Ingreso
2	Enfermera	Recuperación	Recibe en recuperación verificando hoja de programación quirúrgica, historia clínica, ingreso administrativo, consentimiento informado del procedimiento y laboratoriales Si- Realiza evaluación y cuidados a paciente pre quirúrgico No- Se solicitan estudios	Verificación de documentos
3	Enfermera	Quirófano	Pasa a quirófano para realizar proceso anestésico y quirúrgico	Traslado
4	Médico especialista	Quirófano	Realiza procedimiento quirúrgico	Inicia cirugía
5	Enfermera	Quirófano	Realiza valoración anestésica y firma de alta por anestesiólogo y cirujano. Se egresa paciente entregándose a su familiar, da receta y cuidados que debe de tener	Indicaciones y cuidados posteriores
6	Médico especialista	Quirófano	Concluye procedimiento Si requiere terapia intermedia: Si- solicita camillero ingresar al paciente a hospitalización o UCI No- pasa a recuperación posanestésica inmediata Defunción- defunción (realiza tramite médico tratante)	Fin cirugía
7	Enfermera	Recuperación	Proporciona cuidados y monitoriza paciente posquirurgico inmediato, recibe expediente Clínico completo. (todo lo requerido al ingreso más indicaciones medicas post quirúrgicas, registros anestésicos, nota postquirúrgica de cirujano, hoja de registros de enfermería)	Cuidados de enfermería y monitorización
8	Médico especialista	Recuperación	Realiza valoración anestésica y firma de alta por anestesiólogo y cirujano. Se egresa paciente entregándose a su familiar, da receta y cuidados que debe de tener.	Egreso

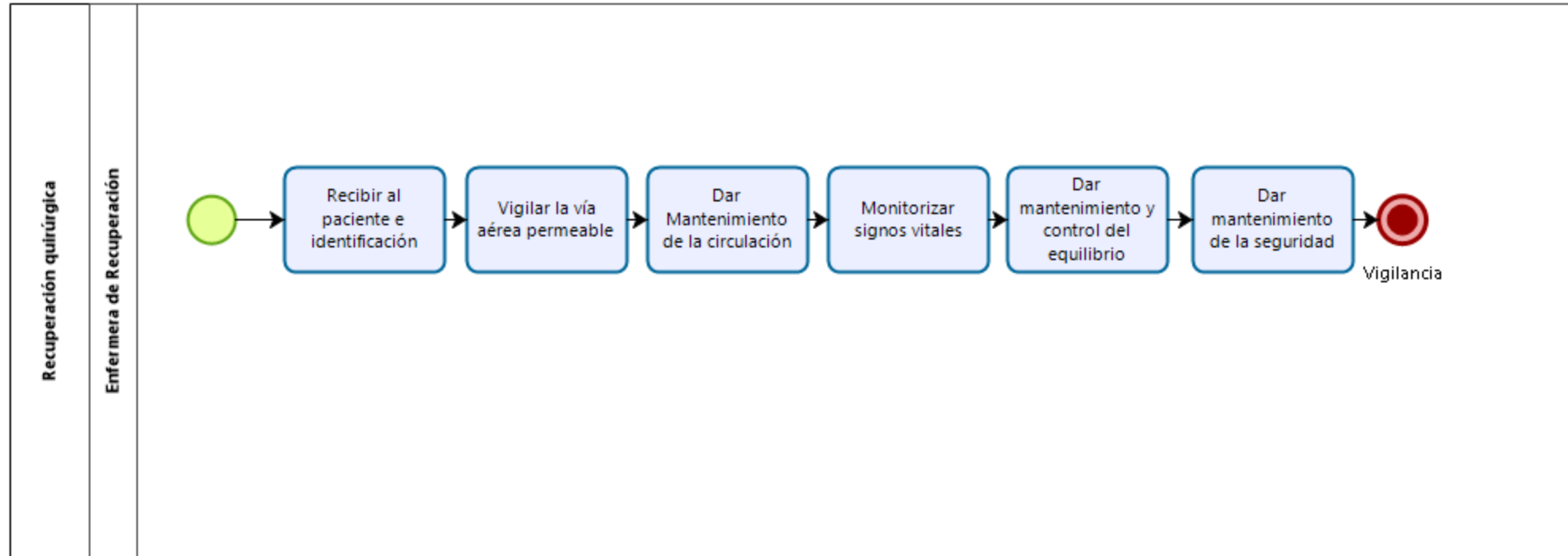
Procedimiento de Recuperación Quirúrgica

Ficha del procedimiento	
Nombre	Recuperación quirúrgica
Descripción	Recuperación
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Gestión de la de cirugía
Políticas del procedimiento	Monitorizar al paciente postquirúrgico para identificar posibles cambios del paciente y brindarle apoyo fisiológico, físico y psicológico
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Egreso de paciente de sala de cirugía
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Recuperación de Intervención quirúrgica realizada
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	335 de 673

Modelado del procedimiento de Recuperación quirúrgica



Narrativa del procedimiento de Recuperación quirúrgica

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Enfermera	Recuperación	<p>Recibe al paciente e identificación del mismo conforme a las acciones esenciales para la seguridad del paciente:</p> <p>Expediente clínico</p> <p>Hoja de registros de enfermería</p> <p>Hoja de registros anestésicos</p> <p>Hoja de registros del cirujano</p> <p>hoja de registros del anesthesiólogo</p> <p>Hojas de registro de la enfermera circulante</p>	Recepción
2	Enfermera	Recuperación	Vigila la vía aérea permeable	Vigilancia
3	Enfermera	Recuperación	Da Mantenimiento de la circulación	Vigilancia
4	Enfermera	Recuperación	Realiza Monitorización de signos vitales	Vigilancia
5	Enfermera	Recuperación	<p>Mantenimiento y control del equilibrio hidroelectrolítico a través de</p> <p>Solución parenteral, periférica</p> <p>Sonda Levin gástrica</p> <p>Sonda de Foley</p>	Vigilancia
6	Enfermera	Recuperación	Da Mantenimiento de la seguridad, bienestar fisiológico, físico y psicológico del paciente	Vigilancia

Ficha del servicio de Quirófano

Nombre del trámite o servicio	Quirófano
Descripción del servicio	Cirugía a pacientes hospitalizados, ambulatorios y de urgencia
Documentos que se obtienen con el trámite	No aplica
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Fecha programada de cirugía
Usuario(s)	Pacientes
Responsable del servicio	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Domicilio, Ubicación y teléfono	Coronel Calderón No. 715 S.H. Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44280 Primer Piso.
Horario de atención	Lunes a Viernes: 7:00 a.m. a 9:00 p.m.
Requisitos	Variable
Costo, Forma y lugar de pago	Variable, área de caja
Tiempo de respuesta	De acuerdo a disponibilidad en la agenda.
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa
Dirección de Área responsable o equivalente	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	No aplica

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	338 de 673

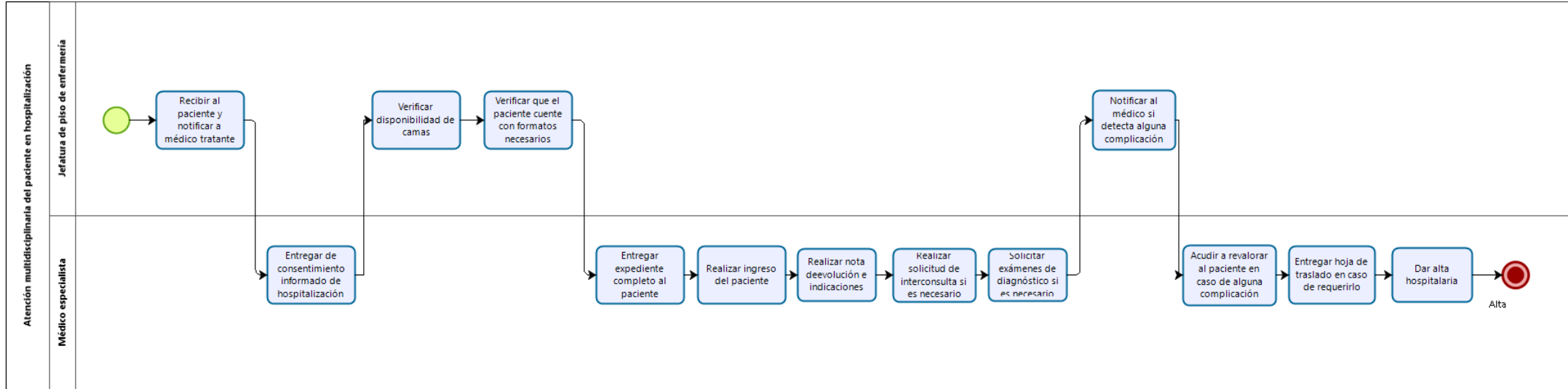
Procedimiento de Atención multidisciplinaria del paciente en hospitalización

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención multidisciplinaria del paciente en hospitalización
Descripción	Atención hospitalaria
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Hospitalización
Políticas del procedimiento	Otorgar atención Integral multidisciplinaria al paciente oncológico durante la estancia hospitalaria.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Orden de internamiento
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Atención integral al paciente hospitalizado
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	339 de 673

Modelado del procedimiento de Atención multidisciplinaria del paciente en hospitalización



Narrativa del procedimiento de Atención multidisciplinaria del paciente en hospitalización

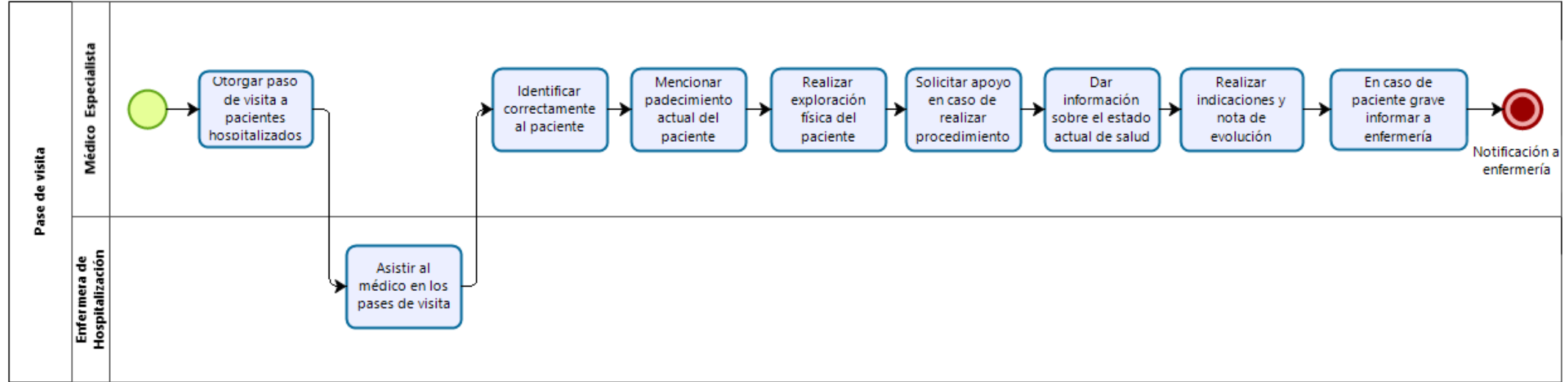
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Jefatura de piso de enfermería	Hospitalización	Recibe de internamiento por parte del paciente Notifica a médico tratante del ingreso programado (en fines de semana será responsable el médico de guardia responsable de todo el proceso)	Orden de internamiento
2	Médico especialista	Hospitalización	Entrega de consentimiento informado de hospitalización, procedimientos y transfusión de hemoderivados (estos consentimientos ya fueron explicados por el médico tratante, autorizados y firmados por paciente y testigos, en consulta externa el día de la programación)	Consentimiento informado
3	Jefatura de piso de enfermería	Hospitalización	Verifica disponibilidad de camas	Disponibilidad de cama
4	Jefe de piso	Hospitalización	Verifique que el paciente cuente con los formatos necesarios de acuerdo al tipo de hospitalización	Verificación de documentación
5	Médico especialista	Hospitalización	Entrega el expediente completo del paciente	Expediente
6	Médico especialista	Hospitalización	Realiza ingreso del paciente, historia clínica, lista de problemas y nota de ingreso	Ingreso
7	Médico especialista	Hospitalización	Realiza nota de evolución e indicaciones médicas	Notas médicas
8	Médico especialista	Hospitalización	Realiza solicitud de interconsulta si es necesario	Solicitud

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
9	Médico especialista	Hospitalización	Solicita exámenes de diagnóstico si es necesario	Solicitud
10	Jefatura de piso	Hospitalización	Si detecta alguna complicación para dar seguimiento a las indicaciones médicas se debe notificar al médico tratante	Notificar complicación
11	Médico especialista	Hospitalización	Si existe alguna complicación para dar seguimiento a las indicaciones médicas acudirá a revalorar al paciente y se modificará la indicación en el formato médico SIHO	Valoración y modificación
12	Médico especialista	Hospitalización	Si el paciente requiere traslado a estudios se entregará la hoja de traslado	Traslado
13	Médico especialista	Hospitalización	Alta hospitalaria Alta voluntaria- indica alta voluntaria en hoja de indicaciones, recomendaciones médicas, se realiza reporte en SIHO y firma formato correspondiente Defunción- se realiza nota de defunción en SIHO, se realiza certificado de defunción, enfermería da el alta en SHIM Egreso- pre alta y alta hospitalaria	Alta

Procedimiento de Pase de Visita

Ficha del procedimiento	
Nombre	Pase de visita
Descripción	Visita a pacientes hospitalizados
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Hospitalización
Políticas del procedimiento	Se debe cumplir con los horarios establecidos y se deberá reflejar en la nota de evolución. El médico en turno o jefe médico de piso deberá evidenciar la atención otorgada en el sistema SIHO
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Notas de evolución, indicaciones médicas
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Pase de visita
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Pase de visita



Narrativa del procedimiento de Pase de visita

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico especialista	Hospitalización	Otorga Pase de visita a pacientes hospitalizados	Pase de visita
2	Enfermera	Hospitalización	Estar presente en los pases de visita para asistir al personal médico y tener conocimiento de los cambios de manejo y procedimientos a realizar	Pase de visita
3	Médico especialista	Hospitalización	Realiza Identificación correcta del paciente	Identificación
4	Médico especialista	Hospitalización	Menciona breve resumen del padecimiento actual del paciente	Resumen
5	Médico especialista	Hospitalización	Realiza exploración física del paciente con la asistencia de enfermería	Exploración física de paciente
6	Médico especialista	Hospitalización	De ser necesario algún tipo de procedimiento notificar a enfermería para ser apoyado y asistido por el personal a cargo	Notificación a enfermería
7	Médico especialista	Hospitalización	Da informes al paciente y familiar responsable sobre el estado de salud actual del paciente, las eventualidades en cuanto a su evolución, problemas médicos así como las indicaciones y recomendaciones	Informe a pacientes y familiar responsable
8	Médico especialista	Hospitalización	Realiza indicaciones médicas y nota de evolución para su entrega a enfermería	Indicaciones médicas y nota de evolución
9	Médico especialista	Hospitalización	En caso de que se trate de un paciente grave informe a enfermería para que se asigne la notificación de paciente grave en la pizarra de pacientes	Notificación a enfermería

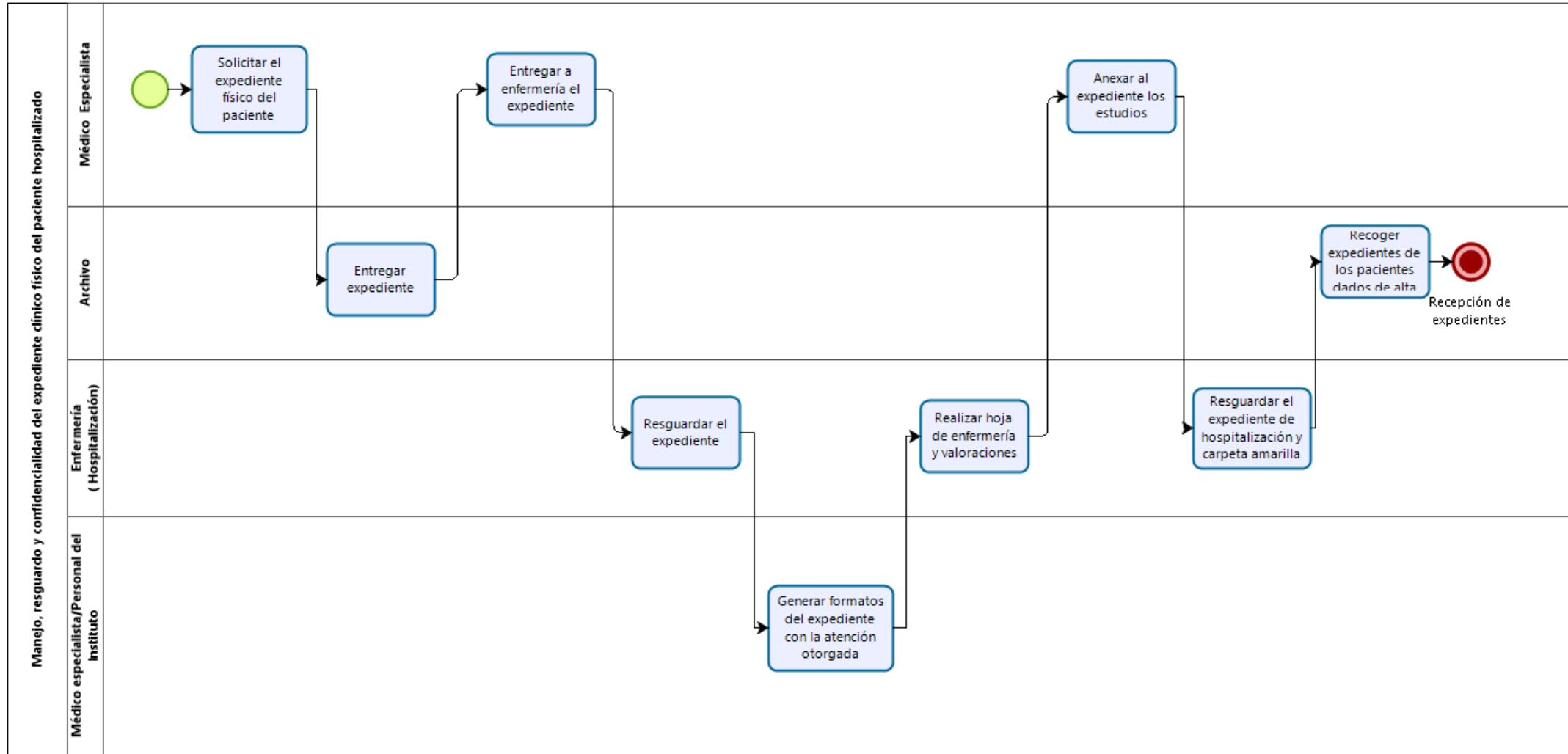
Procedimiento de Manejo, resguardo y confidencialidad del expediente clínico físico del paciente hospitalizado

Ficha del procedimiento	
Nombre	Manejo, resguardo y confidencialidad del expediente clínico físico del paciente hospitalizado
Descripción	Confidencialidad de expediente clínico físico
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Hospitalización
Políticas del procedimiento	El personal de enfermería será responsable de anexar los formatos en su lugar correspondiente al egreso del paciente, así como la conservación del expediente clínico de hospitalización. Todos los servidores públicos son responsables del manejo, custodia y resguardo de los expedientes clínicos. El jefe médico de hospitalización es responsable de verificar el cumplimiento de la normativa del expediente clínico
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Expediente clínico físico
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Confidencialidad del expediente clínico físico
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	346 de 673

Modelado del procedimiento de Manejo, resguardo y confidencialidad del expediente clínico físico del paciente hospitalizado



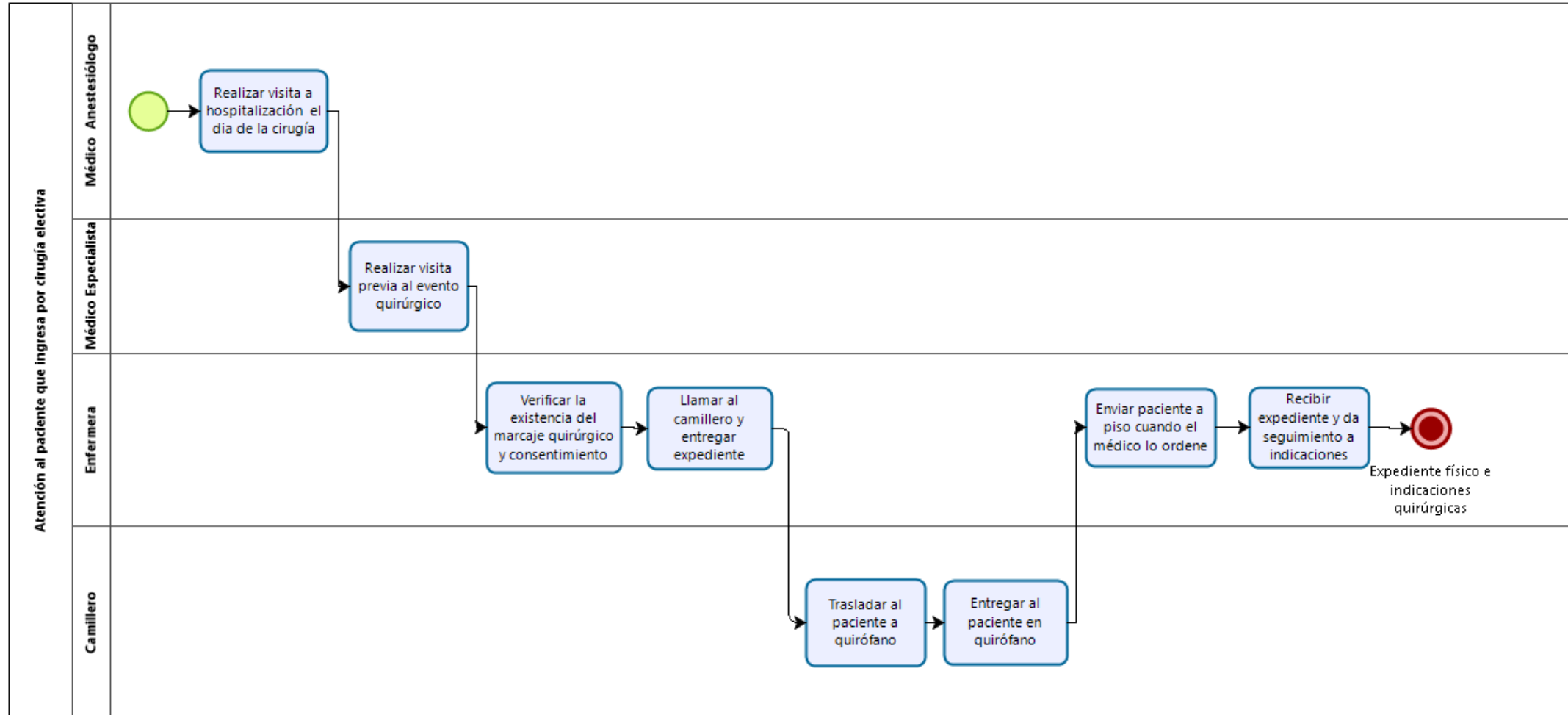
Narrativa del procedimiento de Manejo, resguardo y confidencialidad del expediente clínico físico del paciente hospitalizado

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico especialista	Archivo	Solicita el expediente físico del paciente que se ingresará a piso	Solicitud
2	Archivo	Archivo	Entrega el expediente	Recepción
3	Médico especialista	Hospitalización	Entrega a enfermería el expediente en el piso que se va a hospitalizar el paciente	Entrega
4	Enfermería	Hospitalización	Resguarda el Expediente en su lugar correspondiente	Expediente en resguardo
5	Médico especialista/ personal del Instituto	Hospitalización	Generan formatos del expediente que evidencien la atención otorgada (se anexa al expediente clínico)	Formatos correspondientes
6	Enfermería	Hospitalización	Realizan hoja de enfermería y valoraciones según las necesidades el paciente (se anexa al expediente clínico)	Formatos correspondientes
7	Médico especialista	Hospitalización	Anexa al expediente todos los estudios de extensión	Estudios anexos
8	Enfermería	Hospitalización	Se encarga del orden, resguardo y confidencialidad del expediente de hospitalización y carpeta amarilla	Orden, resguardo y confidencialidad del expediente clínico
9	Archivo	Hospitalización	Recoge los expedientes de los pacientes dados de alta	Recepción de expedientes

Procedimiento de Atención al paciente que ingresa por cirugía electiva

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención al paciente que ingresa por cirugía electiva
Descripción	Atención al paciente previo a proceso anestésico
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Hospitalización
Políticas del procedimiento	Establecer los mecanismos de atención, para brindar un servicio de calidad, calidez, resguardando los derechos de los pacientes y dando seguridad al paciente y su familia
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Indicación de cirugía programada
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Atención al paciente, expediente físico e indicaciones quirúrgicas
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Atención al paciente que ingresa por cirugía electiva



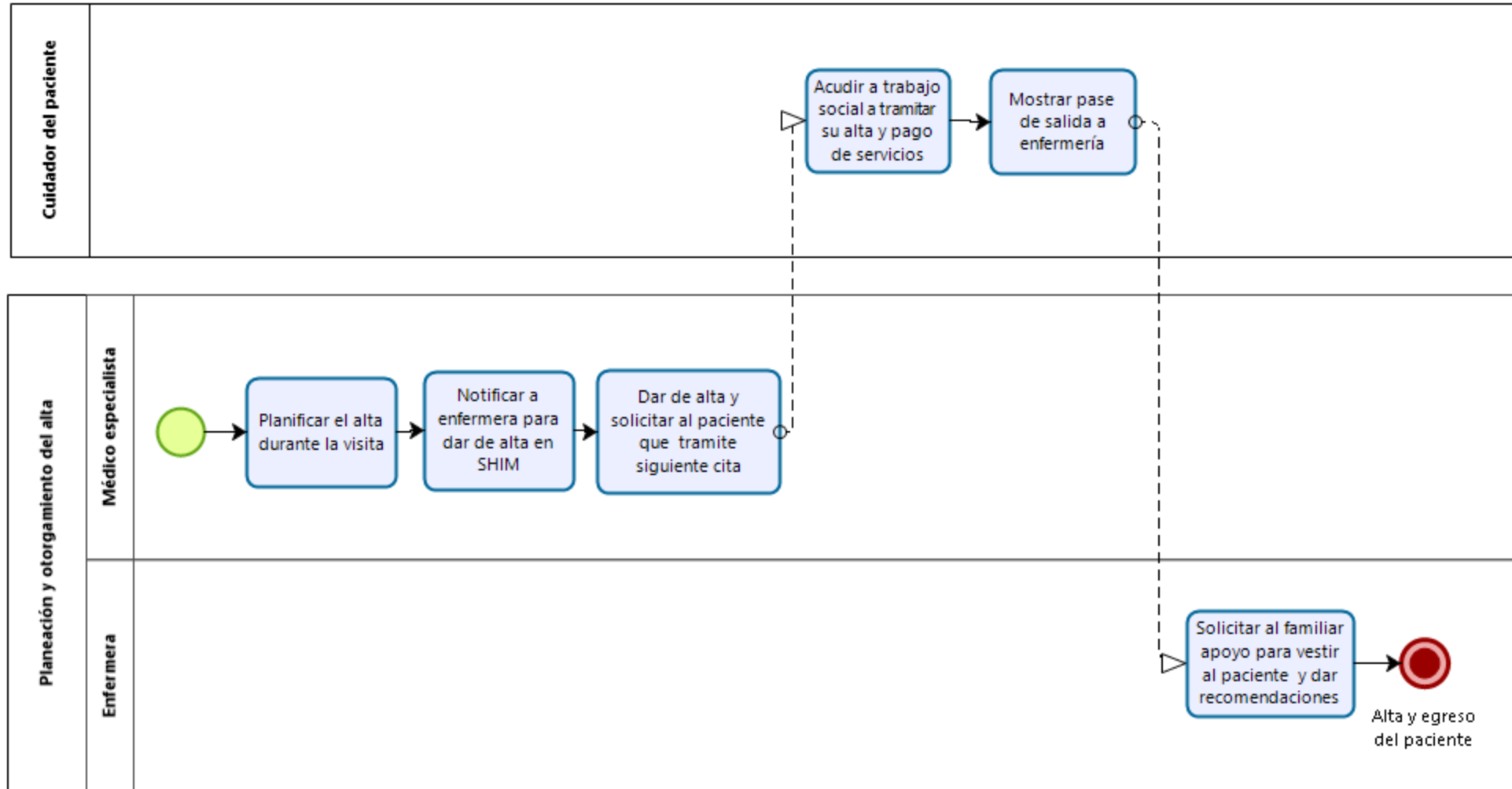
Narrativa del procedimiento de Atención al paciente que ingresa por cirugía electiva

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico anesthesiólogo	Recuperación	Realiza visita a hospitalización el día de la cirugía donde le informara al paciente y familiar sobre los riesgos y beneficios de la anestesia, y dará a firmar el consentimiento Informado para la aplicación de la anestesia	Pase de visita e información
2	Médico especialista	Recuperación	Realiza visita previa al evento quirúrgico explica riesgos y beneficios del procedimiento propuesto, realiza el marcaje quirúrgico	Pase de visita e información
3	Enfermera	Recuperación	Antes de pasar al paciente a quirófano verifican la existencia del Marcaje Quirúrgico y el Consentimiento Informado para la Aplicación de Anestesia.	Marcaje quirúrgico y Consentimiento informado
4	Enfermera	Quirófano	Llama al camillero y entrega el expediente clínico	Petición de traslado
5	Camillero	Quirófano	Traslada al paciente a quirófano	Traslado
6	Camillero	Quirófano	Entrega al paciente en quirófano	Entrega
7	Enfermera	Quirófano	Cuando el médico da la orden de acuerdo al Manual de Procedimientos de Quirófano y protocolos de atención, la enfermera envía a paciente a piso. Llama a camillero para el traslado de paciente a hospitalización Entrega expediente completo a camillero, junto con nota e indicaciones postquirúrgicas	Nota de evolución e Indicaciones postquirúrgicas
8	Enfermera	Hospitalización	Recibe expediente completo, junto con nota e indicaciones postquirúrgicas. Da seguimiento a indicaciones médicas. NOTA: En caso de no recibir nota e indicaciones postquirúrgicas, no deberá recibir al paciente y notificará a Jefatura de enfermería de piso y a su vez a enfermería de quirófano y anotará en bitácora de incidentes.	Expediente físico e Indicaciones quirúrgicas

Procedimiento de Planeación y otorgamiento de alta

Ficha del procedimiento	
Nombre	Planeación y otorgamiento del alta
Descripción	Planear el alta hospitalaria de los pacientes Hospitalizados, con la finalidad de poder planear la capacidad del servicio para el ingreso de pacientes.
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Hospitalización
Políticas del procedimiento	El personal responsable de la atención del paciente, deberán cumplir con: El médico tratante identifica aquellos pacientes con mal pronóstico para la vida a corto plazo, deberá informar al paciente y/o familiares sobre esta situación y serán ellos quienes tomarán la decisión sobre aceptar o renunciar a un tratamiento para prolongar la vida. Esta información deberá registrarse en el expediente clínico, en la Nota de Evolución del día en que se recibe esta información y respetarse por todo el personal de salud. En la visita el médico deberá de otorgar el alta de 8:00 a 13:30 pm turno matutino o de 2:00 pm a 8:00 pm en el turno vespertino.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Expediente médico físico, estudios anexos, notas de evolución
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Alta
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Planeación y otorgamiento del alta



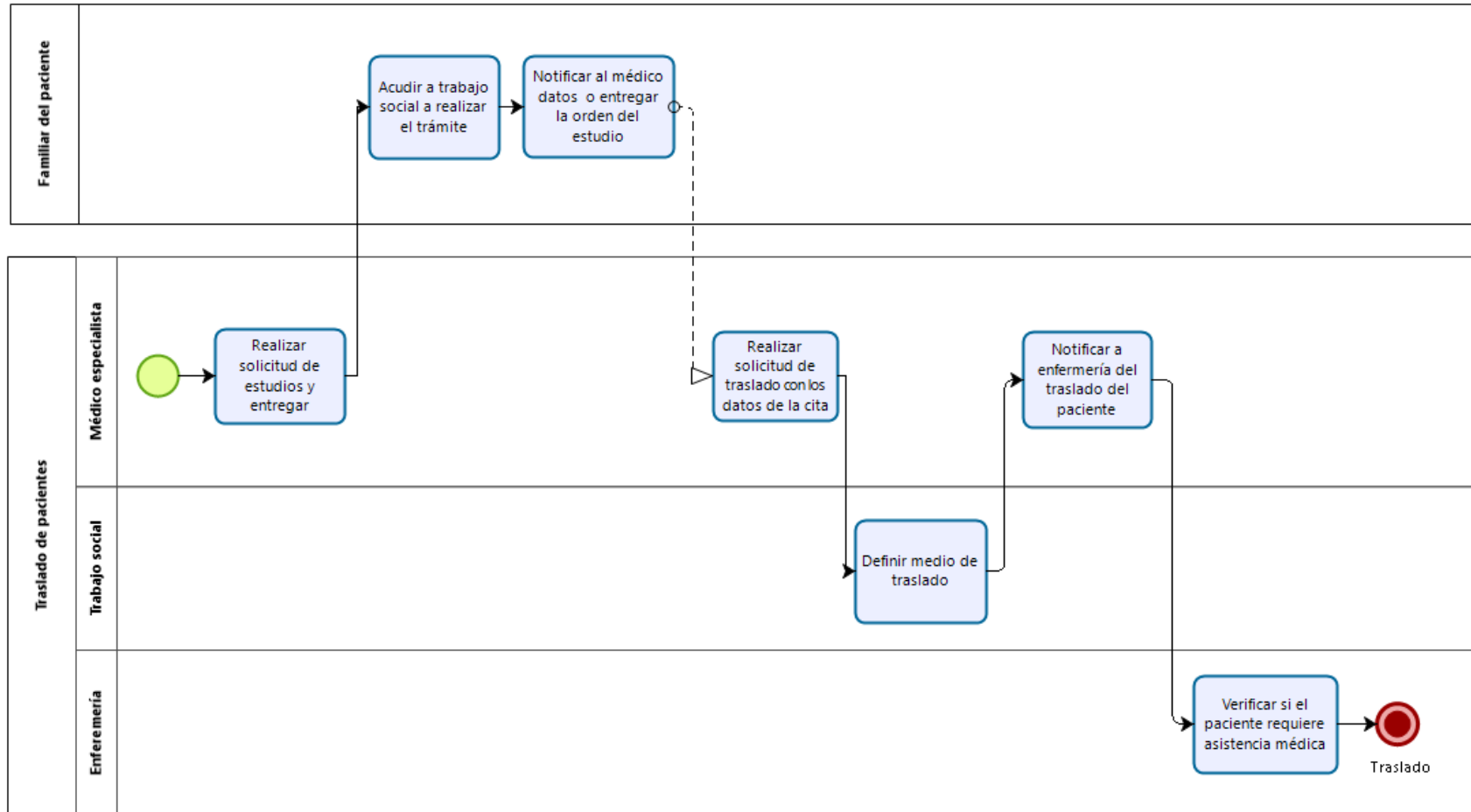
Narrativa del procedimiento de Planeación y otorgamiento del alta

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico especialista	Hospitalización	Durante la visita planifica el alta según las necesidades del paciente	Pase de visita
2	Médico especialista	Hospitalización	Se decide egreso (alta) Mejora de condiciones- egreso de SIHO, notifica a enfermera para dar de alta en SHIM, refiere de manera verbal y por escrito al familiar y pacientes cuidados, recomendaciones y tratamiento médico a seguir, solicitar al paciente/familiar tramitar cita para siguiente consulta, explicar datos de alarma, enviar a familiar o paciente a trabajo social para notificar el alta y solicitar el pase de salida y pago de los servicios recibidos Defunción- se egresa al paciente de SIHO, notifica a enfermería para dar de alta en SHIM, enviar a familiar a trabajo social	Otorgamiento de alta
3	Médico especialista	Hospitalización	El paciente o familiar exteriorizan su deseo de ser dados de alta Alta voluntaria- se egresa de SIHO, nota de egreso como Alta Voluntaria e imprimirla para que la firme el paciente y/o familiar aceptando el alta bajo su responsabilidad, refiere de manera verbal y por escrito al familiar y pacientes cuidados, recomendaciones y tratamiento médico a seguir, solicitar al paciente/familiar tramitar cita para siguiente consulta, explicar datos de alarma, enviar a familiar o paciente a trabajo social para notificar el alta y solicitar el pase de salida y pago de los servicios recibidos	Otorgamiento de alta
4	Cuidador	Trabajo social	Acude a trabajo social a tramitar su alta y pago de los servicios recibidos para que se le otorgue el pase de salida.	Pago
5	Cuidador	Hospitalización	Muestra pase de salida a enfermería	Alta
6	Enfermera	Hospitalización	Solicita a familiar el apoyo al paciente a vestirse y se le dan recomendaciones generales	Alta y egreso

Procedimiento de Traslado de Pacientes

Ficha del procedimiento	
Nombre	Traslados de pacientes
Descripción	Dar respuesta oportuna a las necesidades de traslado de los pacientes cuidando la integridad y seguridad del mismo.
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Hospitalización
Políticas del procedimiento	El personal responsable de la atención del paciente, deberán cumplir con: Deberá notificarse a trabajo social sobre aquellos pacientes que a su egreso requieran asistencia especial para el traslado, para que esta se gestione con tiempo o para aquellos pacientes que requieran el egreso de la Institución para realizarse estudios y tengan que ser trasladados, para lo cual se deberá de realizar la solicitud de traslado.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Solicitud de traslado
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Traslado
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Traslado de pacientes



Narrativa del procedimiento de Traslado de pacientes

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico especialista	Hospitalización	Realiza solicitud de estudios y se entrega al familiar para realizar tramite	Solicitud
2	Familiar	Externo	Acude a trabajo social a realizar el trámite y establecer fecha, hora y lugar para llevar a cabo dicho estudio	Estudio agendado
3	Familiar	Externo	El estudio se realizará fuera de las instalaciones del IJC Si- notifica al médico los datos de la toma para la toma del estudio No- se entrega la orden del estudio al servicio que corresponda, quienes subirán o indicarán familiar donde realizarán el estudio.	Información a familiares
4	Médico especialista	Hospitalización	Realiza solicitud de traslados con los datos de la cita Entrega al familiar o cuidador para que realice el trámite en trabajo social, quien dará seguimiento a la solicitud para el trámite y/o gestión de la ambulancia Entrega la nota de traslado al paciente o familiar responsable y entregará una copia a enfermería para que se anexe al expediente físico	Solicitud
5	Trabajo social	Piso 3 Trabajo social	Define medio de traslado si es por medio del IJC Si- informar a la secretaría de la dirección general para que agende la salida de la ambulancia No- Trabajo social realiza el convenio con la unidad que realiza el traslado	Programación de traslado
6	Médico especialista	Hospitalización	Notifica a enfermería del traslado del paciente y realizará nota de traslado en SIHO describiendo el padecimiento actual y explicará los motivos de la solicitud	Nota de traslado

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
			del estudio o procedimiento	
7	Enfermería	Hospitalización	Cuando la unidad del servicio llegue por el paciente deberá verificar si el paciente requiere asistencia médica y que este vaya con el mismo, queda al pendiente del regreso del paciente y notifica cualquier eventualidad a la jefatura médica de piso	Traslado

Procedimiento de Interconsultas en hospitalización

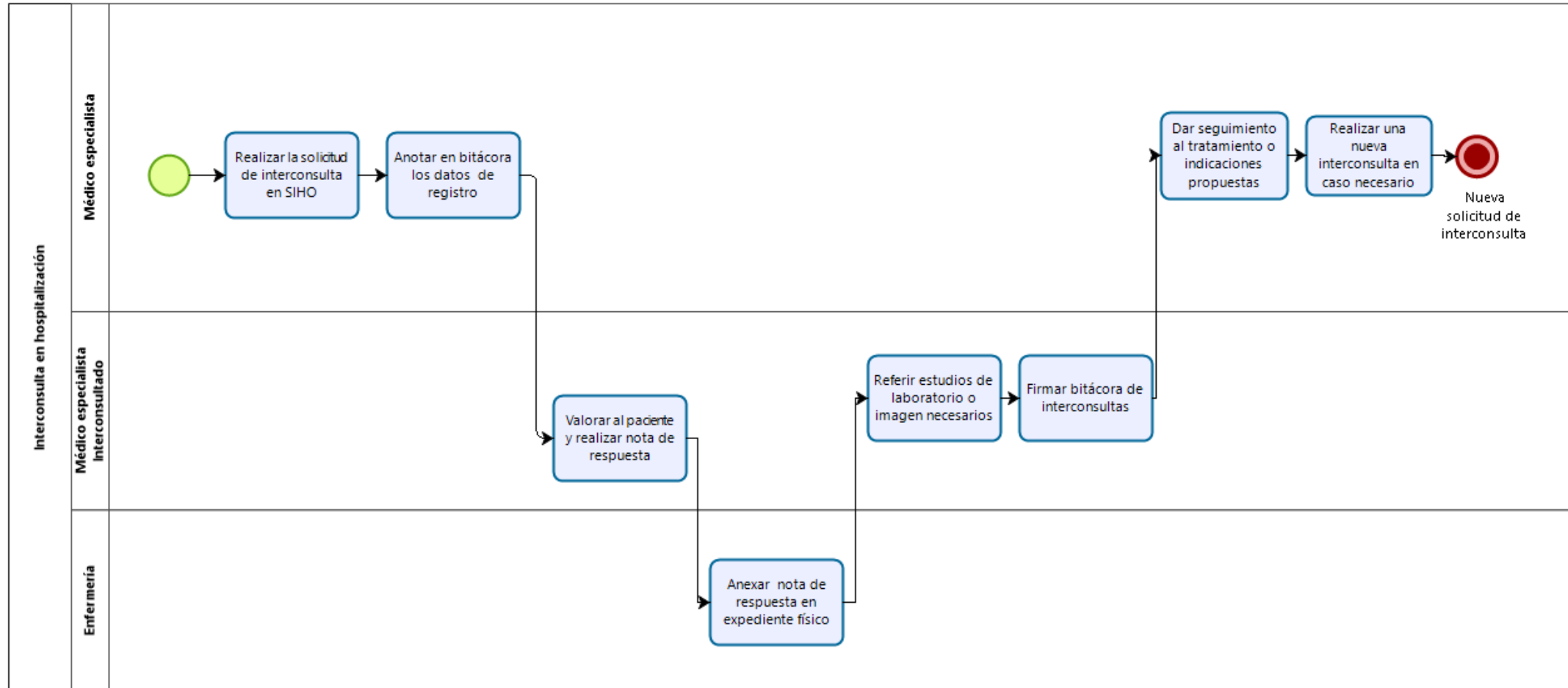
Ficha del procedimiento	
Nombre	Interconsultas en hospitalización
Descripción	Establecer los mecanismos de comunicación entre los servicios del Instituto para otorgar atención multi disciplinaria a los pacientes, según las necesidades de cada paciente.
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Hospitalización
Políticas del procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> -El médico tratante o médico residente encargado notificará al servicio de enfermería sobre los servicios preventivos, paliativos, de curación o rehabilitación que el paciente requiere y realizará interconsulta por escrito a cada uno de los servicios necesarios. -En caso de que el paciente requiera de una unidad de cuidados intermedios, se notificará al médico encargado la unidad de cuidados intermedios quien decidirá el ingreso, se realizará interconsulta por escrito a este servicio, quien valorará y decidirá el ingreso. El médico encargado de la unidad de cuidados intermedios responderá la nota de interconsulta -Todas las interconsultas a servicios dentro de la institución se realizarán dentro del sistema SIHO. El médico tratante o residente a cargo deberá presentar el caso al médico interconsultado. -La respuesta a las interconsultas dentro de la Institución también deberá responderse en el sistema SIHO -Las interconsultas a servicios dependientes del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde deberán realizarse en el formato del hospital civil. Deberán realizarse 2 copias. El médico tratante o residente a cargo deberá presentar el caso al médico interconsultado. -Todas las interconsultas deberán anotarse en la bitácora de interconsulta en la que se menciona Nombre del paciente, cama, edad, registro, diagnóstico presuntivo, Médico tratante, servicio que interconsulta, servicio interconsultado, fecha y hora en la que se realiza la interconsulta, fecha y hora en que se responde la interconsulta y firma del médico interconsultado. -Aquellas evaluaciones (Interconsultas) por servicios fuera de la institución, deberán elaborarse al horario estipulado por el servicio interconsultado. Deberá informarse al paciente y/o familiar sobre este procedimiento y su finalidad, así como fecha, hora y lugar en el que se realizará. El médico tratante deberá dar aviso al servicio de enfermería de manera verbal y escrita en hoja de indicaciones. El familiar responsable acudirá a trabajo social para informarse del método de traslado, el proceso para realizarlo y costos en caso de ser necesario. -Aquellos pacientes cuyo caso clínico requiera de la intervención de más servicios para su diagnóstico y/o tratamiento deberá presentarse en sesión clínica, la cual se lleva a cabo todos los martes. Deberá coordinarse con el servicio de Enseñanza. Toda la información que enriquezca el caso será explicada por médico tratante al paciente y familiares para toma de decisiones.

Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Solicitud de interconsulta
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Nueva solicitud de Interconsulta
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	360 de 673

Modelado del procedimiento de Interconsulta en hospitalización



Narrativa del procedimiento de Interconsulta en hospitalización

No .	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico especialista	Hospitalización	Realizar la solicitud de interconsulta en SIHO	Solicitud de interconsulta
2	Médico especialista	Hospitalización	Anotará en bitácora de interconsultas el nombre del paciente, registro, cama, servicio o clínica a la que pertenece, médico tratante, fecha y hora en que se realizará y servicio o clínica interconsultada	Registro de interconsulta
3	Médico especialista interconsultado	Hospitalización	Valorará al paciente mencionado y realizará una nota de respuesta al reverso del formado de interconsulta	Valoración
4	Enfermería	Hospitalización	Anexará nota de respuesta en expediente físico	Respuesta a interconsulta
5	Médico especialista interconsultado	Hospitalización	En caso de ser necesario estudios de laboratorio o imagen deberá referirlos en la nota de respuesta y el médico deberá de solicitarlos en el sistema SIHO	Solicitud de estudios anexos

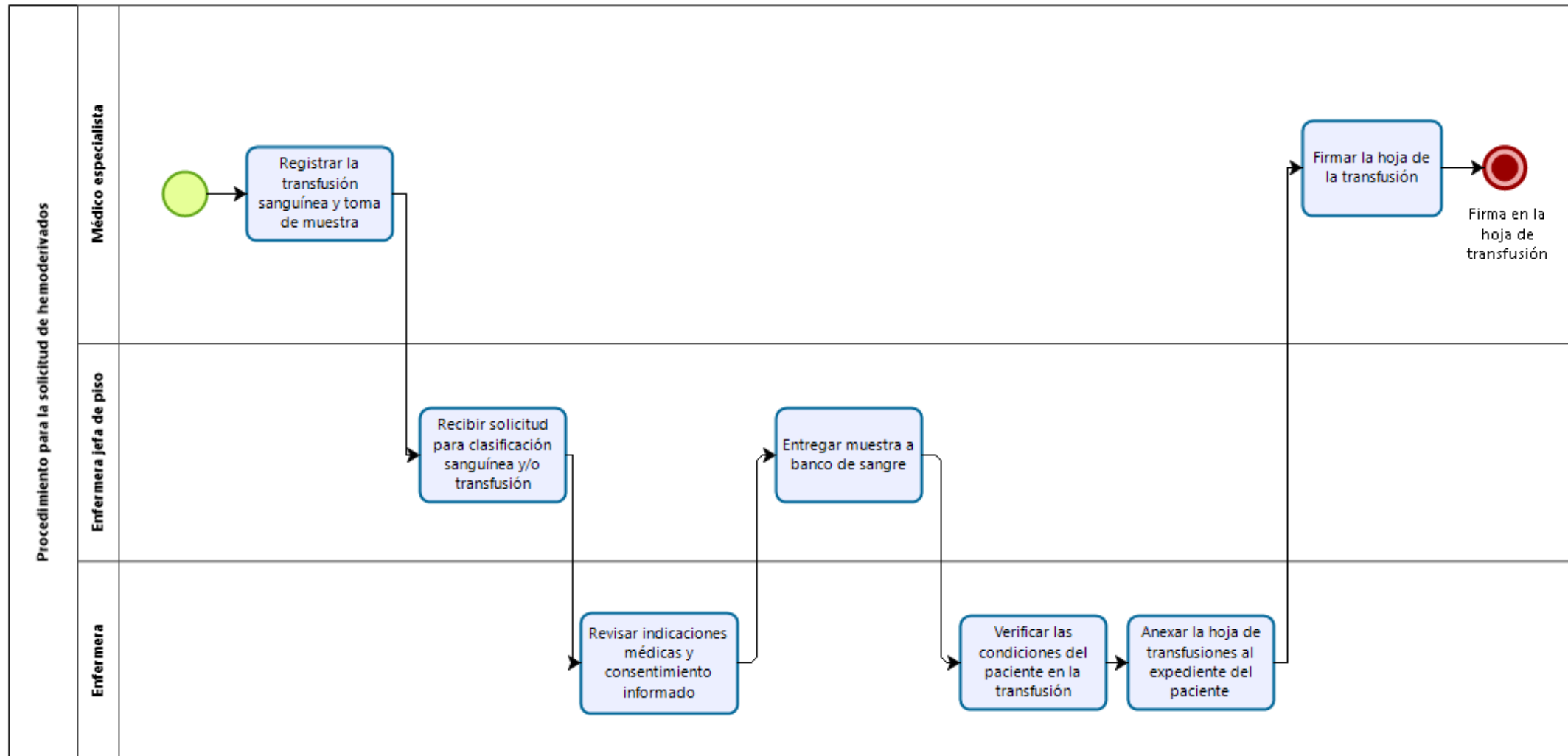
Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	362 de 673

No .	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
6	Médico especialista interconsultado	Hospitalización	Firmará bitácora de interconsultas anotando fecha y hora en la que acudió a realizar su evaluación	Bitácora firmada
7	Médico especialista	Hospitalización	Dará seguimiento al tratamiento o indicaciones propuestas por el servicio Interconsultantes, así como a la solicitud de exámenes de laboratorio o de gabinete	Seguimiento
8	Médico especialista	Hospitalización	En caso de requerir revaloración por el mismo servicio para evaluar estudios solicitados se realizará una nueva interconsulta mencionando los resultados de los estudios y se repetirá el proceso	Nueva solicitud de interconsulta

Procedimiento para la solicitud de hemoderivados

Ficha del procedimiento	
Nombre	Procedimiento para la solicitud de hemoderivados
Descripción	Establecer la metodología para garantizar la calidad y la seguridad de las actividades involucradas en la gestión y obtención de los hemocomponentes que se transfunden en el Instituto Jalisciense de Cancerología.
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Hospitalización, laboratorio
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del personal médico la indicación de transfusión de hemocomponentes en los formatos establecidos para ello, así como es responsabilidad de enfermería la aplicación de la hemotransfusión siguiendo los procedimientos y protocolos para la seguridad del paciente según la NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1- 2012.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Solicitud realizada
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Recepción de hemoderivados y firma de hoja de transfusión
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Procedimiento para la solicitud de hemoderivados



Narrativa del procedimiento de Procedimiento para la solicitud de hemoderivados

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico especialista	Hospitalización	Registra la transfusión sanguínea y la toma de muestra en la hoja de indicaciones médicas Llena la solicitud de hemoderivados	Indicaciones médicas
2	Enfermera jefa de piso	Hospitalización	Recibe solicitud para clasificación sanguínea y/o transfusión Tarjeta roja: se solicita el hemoderivado con la tarjeta roja para que al momento de la entrega al banco de sangre se le dé prioridad Tarjeta verde: para que el banco de sangre le dé seguimiento a la solicitud de manera habitual	Solicitud de hemoderivados
3	Enfermera	Hospitalización	Revisa indicaciones médicas y verifica que cuente con consentimiento informado: para la trasfusión identifica al paciente con nombre y fecha de nacimiento, toma muestra sanguínea, y se rotula con nombre completo del paciente, N° de cama. N° de registro y fecha. Toma muestras de sangre y las lleva al banco de sangre para cruzar. en los horarios establecidos por el banco de Sangre.	Indicaciones médicas y consentimiento informado
4	Enfermera jefa de piso	Banco de sangre	Entrega muestra a banco de sangre Solicita la hielera con termómetro y gel frío en ceucondi. Y se traslada al Banco de Sangre a recoger los hemoderivados Solicita en el banco de sangre el hemoderivado y la tarjeta de evento adverso y firma la recepción del hemoderivado Recoge hemoderivados y los coloca dentro de la hielera Aplica el hemoderivado siguiendo los protocolos para la seguridad del paciente	Indicaciones médicas Tarjeta de eventos Adversos Aplicación de hemoderivados

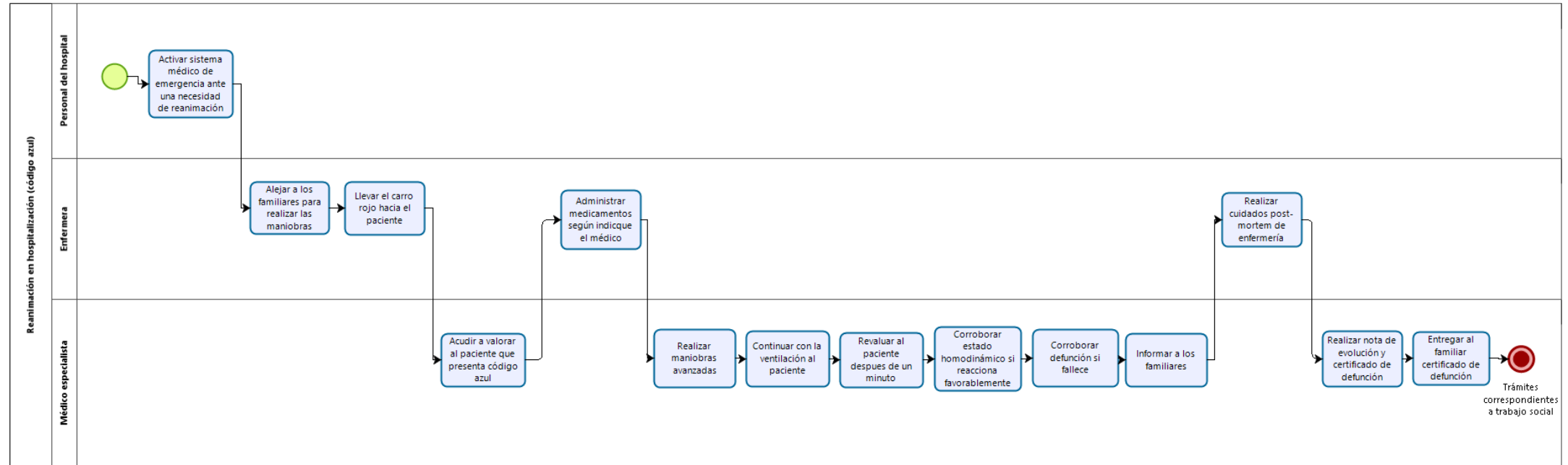
Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	366 de 673

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
6	Enfermera	Hospitalización	Durante la transfusión deberá verificar las condiciones del paciente y registrarlas en la hoja de hemotransfusiones	Registro
7	Enfermera	Hospitalización	Terminada la transfusión anexa la hoja de transfusiones al expediente del paciente	Hoja de hemotransfusiones
8	Médico especialista	Hospitalización	Al pase de visita deberá firmar la hoja de la transfusión	Firma

Procedimiento de Reanimación en hospitalización (código azul)

Ficha del procedimiento	
Nombre	Reanimación en hospitalización (código azul)
Descripción	Reanimación
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias
Trámite o servicio asociado	Hospitalización
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del Instituto contar con servicios de reanimación completamente equipados y accesibles al personal capacitado en el soporte básico y avanzado de la reanimación cardiopulmonar, en sitios claves dentro del establecimiento, para la optimización de la atención en un tiempo aproximado de 1 minuto, ante un evento de emergencia.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Equipo de reanimación cardiopulmonar
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Reanimación y trámites correspondientes a trabajo social
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Reanimación en hospitalización (código azul)



Narrativa del procedimiento de Reanimación en hospitalización (código azul)

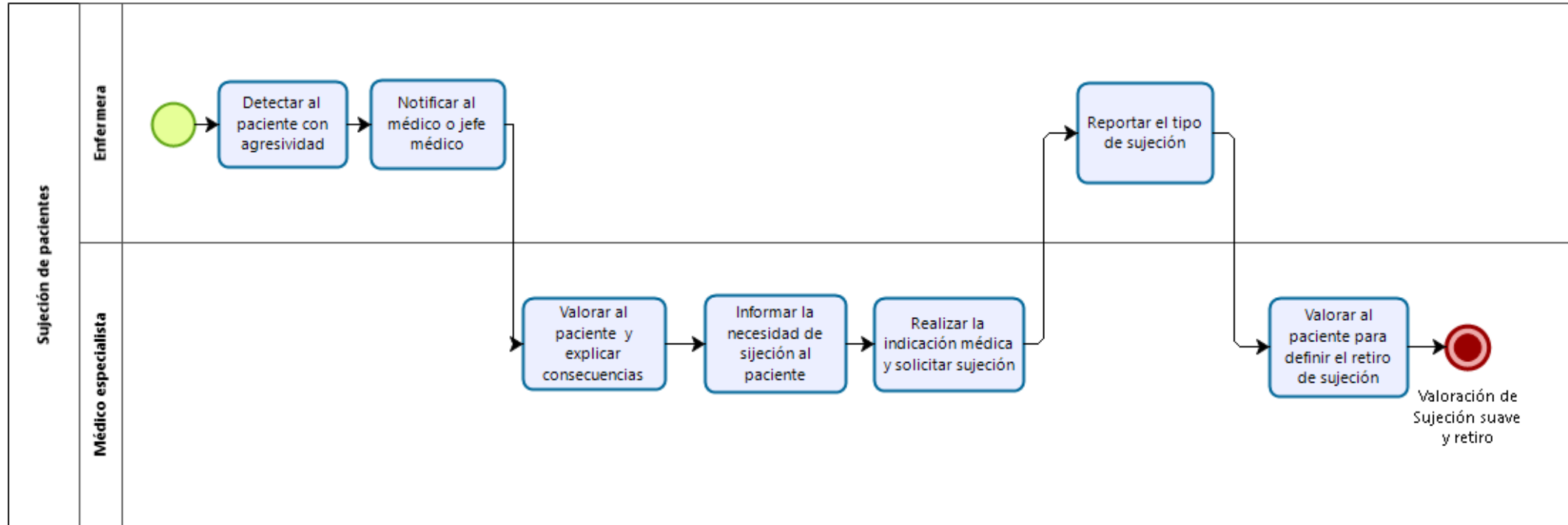
N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Personal del hospital	Hospitalización	Reconoce o detectar los signos y síntomas que amerita una reanimación activando el sistema médico de emergencia del hospital	Reconocimiento
2	Enfermera	Hospitalización	Aleja a los familiares que se encuentran cerca del paciente para que se puedan realizar las maniobras	Área despejada
3	Enfermera	Hospitalización	Lleva el carro rojo hacia el paciente	Carro rojo
4	Médico	Hospitalización	Acude a valorar al paciente que presenta código azul corroborando los signos vitales	Valoración
5	Enfermera	Hospitalización	Administra los medicamentos según los indique el médico y anotar todo lo que se haga en el código azul	Ministra de medicamentos y resumen
6	Médico especialista	Hospitalización	Coloca tabla rígida por debajo del paciente y se inician maniobra avanzadas de reanimación cardiopulmonar mientras el desfibrilador y monitor esté conectado y sigue las instrucciones del soporte de vida cardiaco avanzada	Maniobras avanzadas
7	Médico especialista	Hospitalización	Continúa con la ventilación al paciente	Ventilación manual
8	Médico especialista	Hospitalización	Revalúa al paciente después de un minuto, administra medicamentos y utiliza el desfibrilador según este indicado por la asociación cardiaca americana	Reevaluación

N o.	Responsible	Área	Actividad	Resultado / Formato
9	Médico especialista	Hospitalización	Si el paciente reaccionó de manera favorable (reversión del paro cardiorrespiratorio) corrobora el estado hemodinámico del paciente, indica monitorización continua, se toma gasometría arterial y se realiza nota de todo el evento y se agrega al expediente	Valoración y notas del evento
10	Médico especialista	Hospitalización	Si el paciente perece, corrobora la defunción con ausencia de signos vitales y electrocardiograma con trazo isoeléctrico	Valoración
11	Médico especialista	Hospitalización	Da informe a los familiares y solicitar el apoyo al servicio de psicología de ser necesario	Notificación a familiar
12	Enfermera	Hospitalización	Retira el monitor del paciente, se retiran cánulas y catéteres. Se amortaja el cuerpo y se introduce en una bolsa para cadáver	Cuidados postmortem de enfermería
13	Médico especialista	Hospitalización	Realiza nota de evolución y certificado de defunción conforme a la norma vigente	Nota de evolución y certificado de defunción
14	Médico especialista	Hospitalización	Entrega al familiar el certificado de defunción para realizar trámites correspondientes en trabajo social	Trámites correspondientes a Trabajo social

Procedimiento de Sujeción de pacientes

Ficha del procedimiento	
Nombre	Sujeción de pacientes
Descripción	Método alternativo para brindar seguridad al paciente
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias
Trámite o servicio asociado	Hospitalización
Políticas del procedimiento	El personal del instituto es responsable de activar el código al detectar pacientes que cursan periodos de agresividad o violencia, así como para la atención de pacientes psiquiátricos y el personal deberá de tomar todas las provisiones necesarias incluyendo la sujeción suave
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Brazaletes, vendas, sabanas
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Valoración de Sujeción suave y retiro
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Sujeción de pacientes



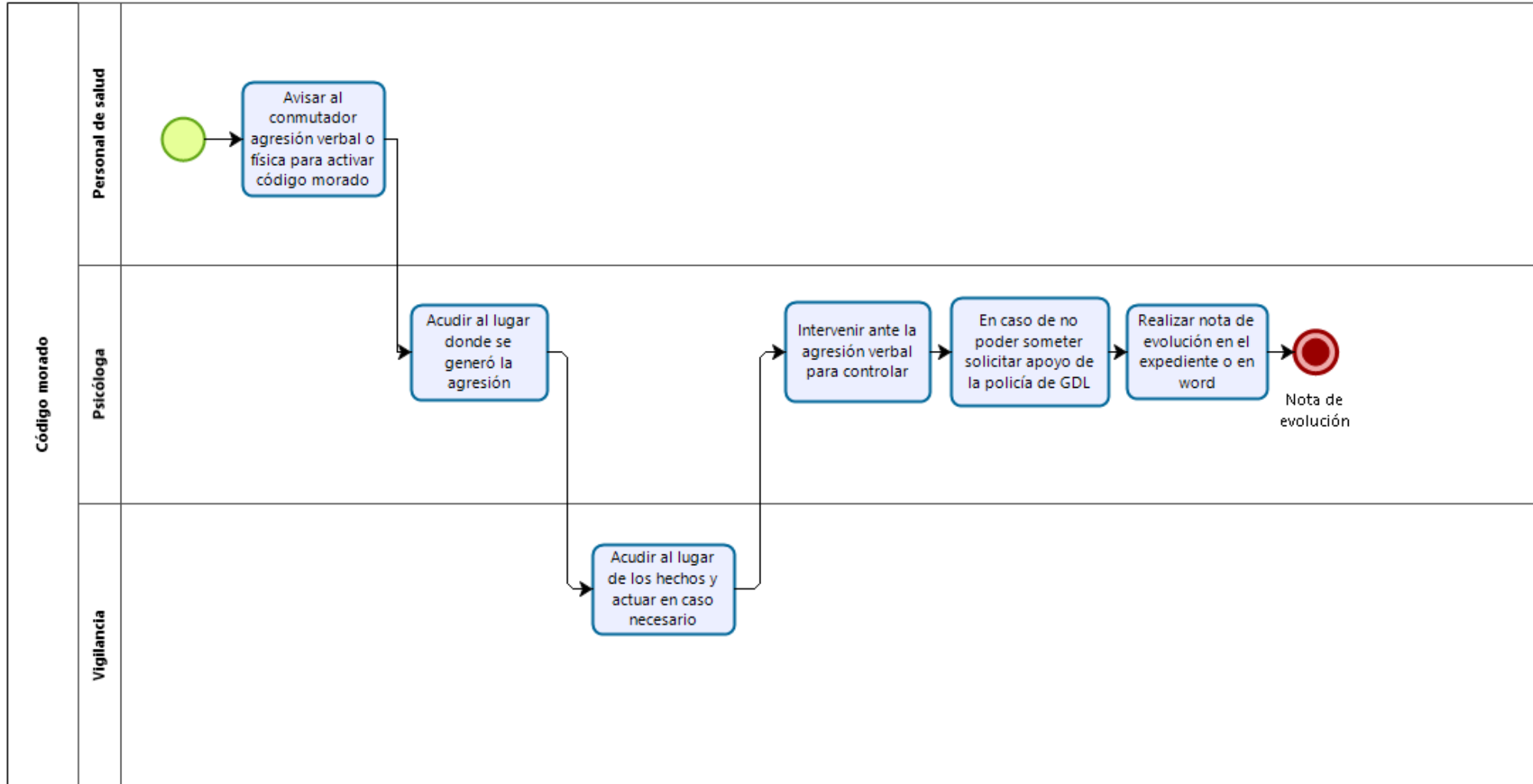
Narrativa del procedimiento de Sujeción de pacientes

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Enfermera	Hospitalización	Detecta al paciente inquieto, agresivo o con autoagresión y que esto implique limitación al tratamiento que le esté administrando	Identificar
2	Enfermera	Hospitalización	Notifica al médico tratante o jefe médico de piso	Notificación
3	Médico especialista	Hospitalización	Valora al paciente y explica al paciente y al familiar complicaciones y riesgos de seguir con periodos de agresividad	Valora
4	Médico especialista	Hospitalización	Informa al familiar la necesidad de sujeción al paciente	Notificar al familiar la necesidad de sujeción
5	Médico especialista	Hospitalización	Realiza la indicación médica y notifica a enfermería para que apoyen a realizar la sujeción	Indicación
6	Enfermera	Hospitalización	Reporta el tipo de sujeción: brazaletes, vendas y algodón o sabanas	Realizar sujeción según indicación médica
7	Médico especialista	Hospitalización	Valora al paciente para definir en qué momento se debe de retirar la sujeción en coordinación con la familia y realiza la indicación	Valora el retiro de la sujeción

Procedimiento de Código morado

Ficha del procedimiento	
Nombre	Código morado
Descripción	Método alternativo para brindar seguridad al paciente
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias
Trámite o servicio asociado	Hospitalización
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del personal del instituto activar las alarmas o códigos cuando se detecten situaciones de agresividad que se pudieran presentar en hospitalización para así asegurar la integridad y seguridad del resto de los pacientes, así como del personal propio del Instituto
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Solicitar el apoyo a psicología y de ser necesario solicitar el apoyo a la policía de Guadalajara
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Código morado y nota de evolución
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Código morado



Narrativa del procedimiento de Código morado

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Personal de salud	Instituto Jalisciense de Cancerología	Avisa de inmediato al conmutador toda la agresión verbal o física para activar el Código Morado mediante el voceo, indicando el departamento o área en donde se generó la agresión	Notificación de Código morado
2	Psicóloga	Área de agresión	Al momento de escuchar el boceo debe de acudir al lugar donde se generó la agresión	Atender la notificación
3	Vigilancia	Instituto Jalisciense de Cancerología	Al escuchar "Código morado" los auxiliares de seguridad que estén de servicio acudirán al lugar de los hechos lo más pronto posible. Solo actuaran en caso necesario	Atender la notificación
4	Psicóloga	Instituto Jalisciense de Cancerología	Interviene ante la agresión verbal: dejar que el agresor se exponga, tratar a la persona con respeto y Amabilidad y controlar la situación para evitar que llegue a mayores Agresión física: evitar ser agredido, controlar a la persona sin violencia ayudado de sus compañeros de seguridad someter al agresor	Intervención
5	Psicóloga	Instituto Jalisciense de Cancerología	En caso de no poder someter al agresor y/o está muy violento solicitar apoyo a la Policía de Guadalajara	Solicitar apoyo
6	Psicóloga	Instituto Jalisciense de Cancerología	Nota de evolución en el expediente del paciente en caso de ser usuario del instituto sino realiza una nota en Word narrando los hechos	Nota de evolución

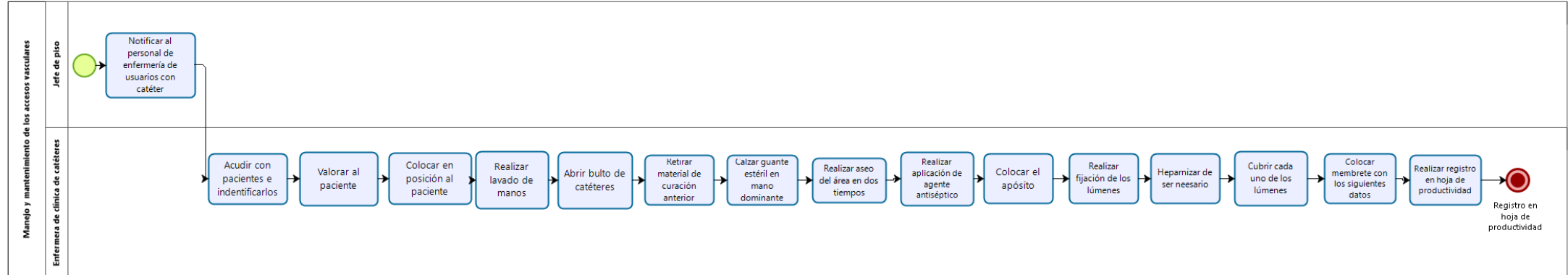
Ficha del servicio de Hospitalización

Nombre del trámite o servicio	Hospitalización
Descripción del servicio	Brindar cuidados multidisciplinarios en el servicio de hospitalización
Documentos que se obtienen con el trámite	No aplica
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Permanente
Usuario(s)	Pacientes
Responsable del servicio	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Domicilio, Ubicación y teléfono	Coronel Calderón No. 715 S.H. Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44280 Primer Piso.
Horario de atención	Lunes a Viernes: 7:00 a.m. a 9:00 p.m.
Requisitos	Variable
Costo, Forma y lugar de pago	Variable, piso 3 caja
Tiempo de respuesta	De acuerdo a disponibilidad en la agenda.
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa
Dirección de Área responsable o equivalente	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	No aplica

Procedimiento de Manejo y mantenimiento de los accesos vasculares

Ficha del procedimiento	
Nombre	Manejo y mantenimiento de los accesos vasculares
Descripción	Emplear manejo estandarizado para el manejo de catéteres y así prevenir infecciones asociadas a la atención médica
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias
Trámite o servicio asociado	Clínica de catéter
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del personal de salud informar al paciente y a su familiar sobre el procedimiento, riesgos y cuidados. Es responsabilidad del personal utilizar materiales estériles, técnicas de barrera y realizar el aseo del sitio de inserción del catéter
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Insumos médicos estériles y material de curación
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Manejo y mantenimiento de los accesos vasculares
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Manejo y mantenimiento de los accesos vasculares



Narrativa del procedimiento de Manejo y mantenimiento de los accesos vasculares

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Jefe de piso	Clínica de catéteres	Notifica al personal de enfermería de los usuarios con catéter	Notificar al personal
2	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Acude con cada uno de los pacientes y los identifica correctamente solicitando: nombre completo, edad y fecha de nacimiento	Identificación
3	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Valora al paciente, valora el catéter y explica el procedimiento al paciente aclarando cualquier duda	Valoración
4	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Coloca al paciente en posición decúbito dorsal y gira la cabeza de lado contrario de donde se encuentra el catéter	Posición al paciente
5	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Realiza lavado de manos	Técnica de lavado de manos
6	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Abre bulto de catéteres y coloca material sobre el campo estéril	Bulto de catéteres
7	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Retira material de curación anterior sin tocar el catéter y sitio de inserción, una vez retirado el anterior material de curación realiza nuevamente técnica de lavado de manos	Retiro de material de curación

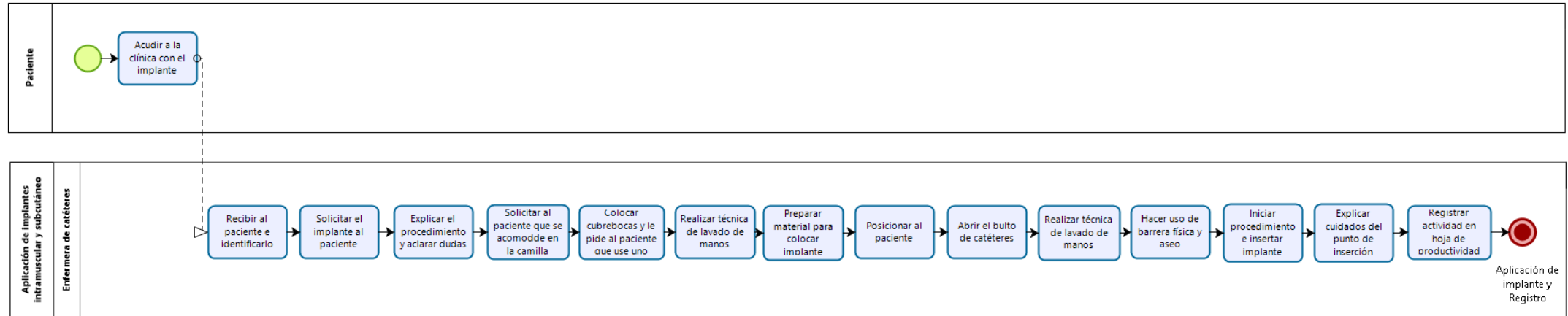
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
8	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Calza guante estéril en mano dominante	Guante estéril
9	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Toma hisopos y agrega alcohol realizando aseo del área en dos tiempos: del sitio de inserción hasta las suturas y nuevamente con hisopos y ahora agregando gasa estéril con Alcohol y se realiza aseo del sitio de inserción en forma de circulo cubriendo un área de 5 A 10 cm del centro a la periferia	Aseo del sitio de inserción
10	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Una vez realizado el aseo con alcohol se aplicará yodopovidona en tres tiempos tomando como punto de partida el sitio de inserción y dejar actuar durante 2 a 3 minutos. Una vez finalizado este proceso se retira el exceso de yodopovidona con una gasa seca y sin ejercer presión	Aplicación de agente antiséptico
11	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Coloca el apósito transparente semipermeable en donde el sitio de inserción quede al centro	Apósito
12	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Realiza fijación de los lúmenes	Fijación de lúmenes
13	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Hepariniza de ser necesario	Heparinizar
14	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Cubre cada uno de los lúmenes	Lúmenes protegidos

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
15	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Coloca membrete con los siguientes datos: fecha y nombre de la enfermera que realizo el aseo	Membrete
16	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Realiza registro en hoja de productividad	Registro

Procedimiento de Aplicación de implantes intramuscular y subcutáneo

Ficha del procedimiento	
Nombre	Aplicación de implantes intramuscular y subcutáneo
Descripción	Estandarizar el método de aplicación de implantes en la clínica de catéteres
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias
Trámite o servicio asociado	Clínica de catéter
Políticas del procedimiento	Conocer los diferentes implantes que pueden ser aplicados en el Instituto Jalisciense de Cancerología
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Implante, insumos para la aplicación
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Aplicación de implante y registro
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Aplicación de implantes intramuscular y subcutáneo



Narrativa del procedimiento de Aplicación de implantes intramuscular y subcutáneo

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Paciente	Clínica de catéteres	Acude a la clínica de catéter con el implante listo para su aplicación	Recepción en clínica de catéteres
2	Enfermera de catéteres	Clínica de catéteres	Recibe al paciente, lo identifica correctamente solicitando: nombre completo, edad, diagnóstico médico y motivo por cual acude al servicio	Identificación
3	Enfermera de catéteres	Clínica de catéteres	Solicita al paciente el implante	Verificar implante
4	Enfermera de catéteres	Clínica de catéteres	Explica el procedimiento al paciente y aclara cualquier duda previa a su aplicación	Información al paciente
5	Enfermera de catéteres	Clínica de catéteres	Se le pide al paciente que pase a la camilla de la clínica de catéteres y descubra el área a aplicar	Posicionar al paciente
6	Enfermera de catéteres	Clínica de catéteres	Se coloca un cubre boca y entrega uno al paciente para que lo utilice	Uso de barreras físicas
7	Enfermera de catéteres	Clínica de catéteres	Realiza técnica de lavado de manos	Lavado de manos
8	Enfermera de catéteres	Clínica de catéteres	Prepara material para la colocación del implante: bulto de catéteres, guantes estériles, implante y alcohol al 70 %	Preparación de insumos
9	Enfermera de catéteres	Clínica de catéteres	Coloca al paciente en posición decúbito supino	Posicionar al paciente
10	Enfermera de catéteres	Clínica de catéteres	Abre el bulto de catéteres y coloca sobre campo estéril	Bulto de catéteres

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
11	Enfermera de catéteres	Clínica de catéteres	Realiza técnica de lavado de manos	Lavado de manos
12	Enfermera de catéteres	Clínica de catéteres	Calza guantes estériles Realiza aseo del área periférica de la cicatriz umbilical en tres tiempos, utilizando gasa estéril impregnada de alcohol al 70%	Uso de barrera física y aseo
13	Enfermera de catéteres	Clínica de catéteres	Toma la jeringa y verifica que contenga implante Retira sujetador azul Retira tapa protectora Inserta aguja en tejido subcutáneo Posiciona manos para la aplicación del implante Presiona embolo aplicado implante Coloca apósito estéril en punto de inserción	Inicia procedimiento y se inserta implante
14	Enfermera de catéteres	Clínica de catéteres	Explica cuidados del punto de inserción	Información de cuidados
15	Enfermera de catéteres	Clínica de catéteres	Registro actividad en hoja de productividad	Registro

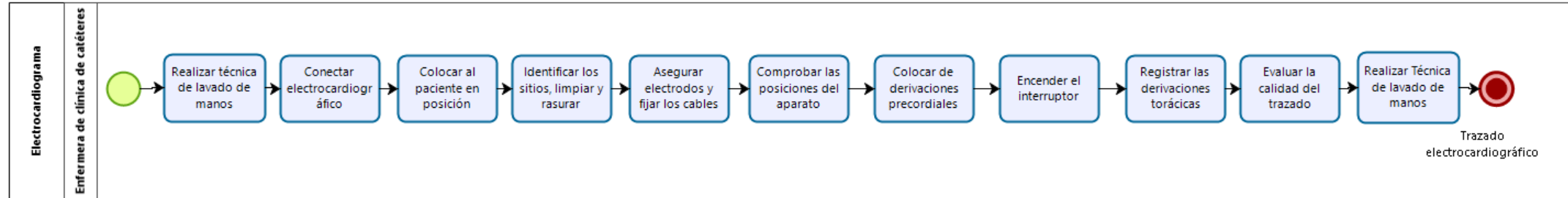
Procedimiento de Electrocardiograma

Ficha del procedimiento	
Nombre	Electrocardiograma
Descripción	Procedimiento para obtener el trazado electrocardiográfico a través de la colocación de electrodos
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias
Trámite o servicio asociado	Clínica de catéter
Políticas del procedimiento	El personal de la salud debe de conocer el proceso y técnica para la realización del electrocardiograma
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Electrocardiógrafo, electros, gasas, alcohol, pasta conductora
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Trazado electrocardiográfico
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	388 de 673

Modelado del procedimiento de Electrocardiograma



Narrativa del procedimiento de Electrocardiograma

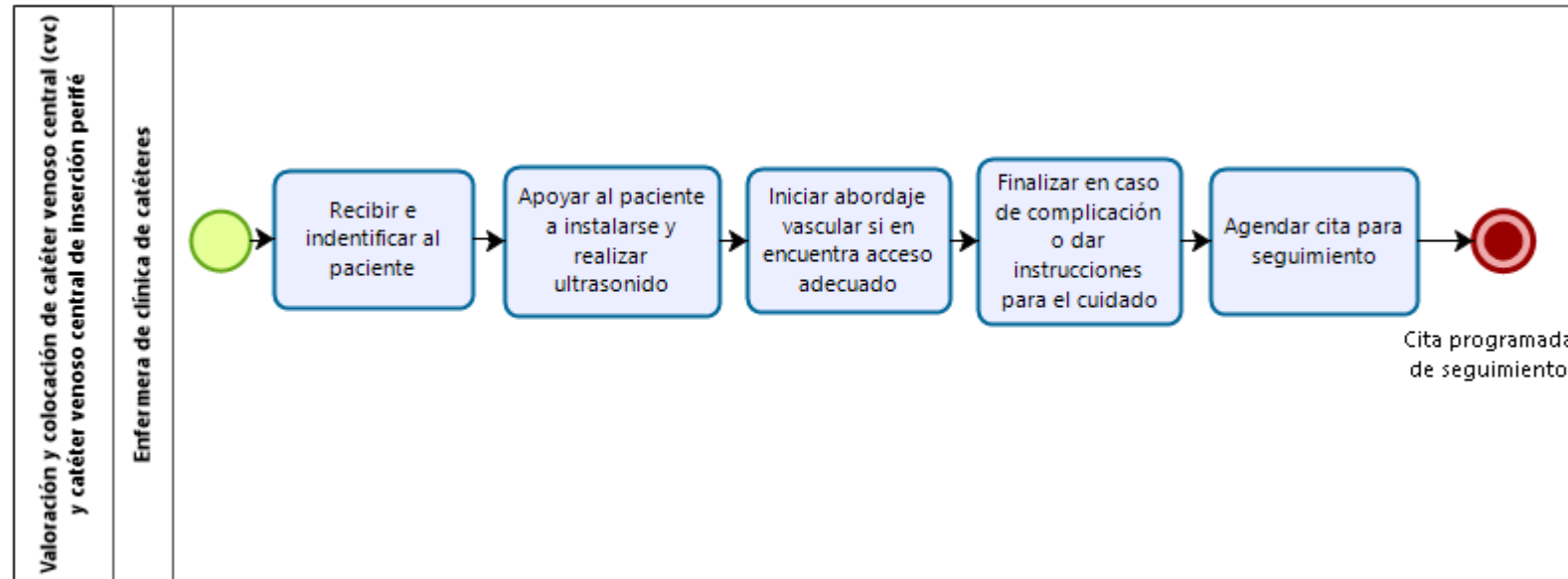
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Realiza técnica de lavado de manos	Lavado de manos
2	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Conectar el electrocardiógrafo a una salida de corriente	Conexión
3	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Colocar al paciente en posición supina y exponer solo superficies necesarias: brazos, piernas y tórax del paciente	Posicionar al paciente
4	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Identificar los sitios para las derivaciones y limpiar con torundas alcoholadas los sitios en donde se colocarán y rasurar si es necesario	Identificación y colocación
5	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Asegurar electrodos de los miembros y fijar los cables de las derivaciones a los electrodos de los miembros	Fijación de cables y derivación
6	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Comprobar las posiciones del aparato para ECG	Confirmar
7	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Colocación de derivaciones precordiales	Derivaciones precordiales fijadas

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
8	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Encender el interruptor que hace deslizar al papel y registrar cada derivación de los miembros durante 3 a 6 segundos	Inicio del proceso de toma
9	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Registrar las derivaciones torácicas	Registro
10	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Evaluar la calidad del trazado	Evaluación
11	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Técnica de lavado de manos	Lavado de manos

Procedimiento de Valoración y colocación de catéter venoso central (CVC) y catéter venoso central de inserción periférica (PICC) y catéter de inserción central (CICC) guiado con ultrasonido

Ficha del procedimiento	
Nombre	Valoración y colocación de catéter venoso central (CVC) y catéter venoso central de inserción periférica (PICC) y catéter de inserción central (CICC) guiado con ultrasonido
Descripción	Valoración para la aplicación de catéter venoso central, catéter venoso central de inserción periférica y catéter de inserción central
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias
Trámite o servicio asociado	Clínica de catéter
Políticas del procedimiento	Es obligación del personal conocer los criterios de valoración para la colocación de los mismos
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Material e insumos para la colocación de catéteres PICC, CVC, CICC
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Colocación de catéter y cita programada de seguimiento
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Valoración y colocación de catéter venoso central (CVC) y catéter venoso central de inserción periférica (PICC) y catéter de inserción central (CICC) guiado por ultrasonido



Narrativa del procedimiento de Valoración y colocación de catéter venoso central (CVC) y catéter venoso central de inserción periférica (PICC) y catéter de inserción central (CICC) guiado por ultrasonido

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Recibe e identifica al paciente por: nombre, fecha de nacimiento Recibe ticket de pago	Identificación y recepción de ticket
2	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Apoya al paciente a instalarse y comienza la valoración del procedimiento realizando Un mapeo con el ultrasonido y se registra en la hoja de registro del paciente	Posicionar al paciente y comenzar con el mapeo con ultrasonido
3	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Si se encuentra un acceso adecuado se procede a realizar el abordaje al acceso vascular Identificado y si no se encuentra un acceso adecuado se derivará con el médico tratante	Inicia abordaje vascular/se deriva con médico tratante
4	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Si se presenta alguna complicación como: sangrado, lesión, neumotórax se finaliza el Proceso Si la aplicación del catéter fue exitosa se dan indicaciones para el cuidado del acceso Vascular del paciente	Fin del proceso/indicaciones de cuidado
5	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Se agenda la cita para seguimiento	Cita programada de seguimiento

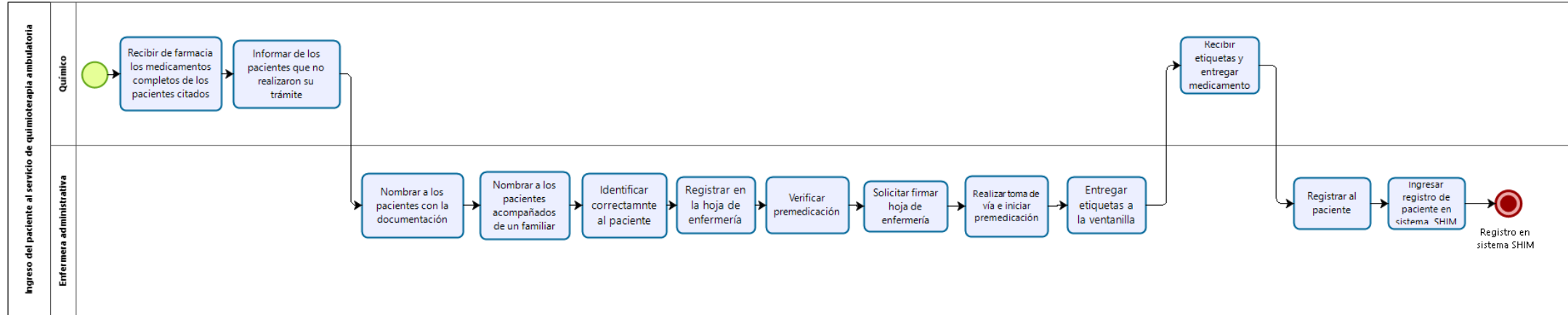
Ficha del servicio de Clínica de catéteres

Nombre del trámite o servicio	Clínica de catéteres
Descripción del servicio	Brindar atención de calidad para el manejo de accesos venosos en pacientes oncológicos
Documentos que se obtienen con el trámite	No aplica
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Permanente
Usuario(s)	Pacientes
Responsable del servicio	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Domicilio, Ubicación y teléfono	Coronel Calderón No. 715 S.H. Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44280 Primer Piso.
Horario de atención	Lunes a Viernes: 7:00 a.m. a 9:00 p.m.
Requisitos	Indicación medica
Costo, Forma y lugar de pago	Variable, piso 3 caja
Tiempo de respuesta	De acuerdo a disponibilidad en la agenda.
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa
Dirección de Área responsable o equivalente	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	No aplica

Procedimiento de Ingreso al paciente al servicio de quimioterapia ambulatoria

Ficha del procedimiento	
Nombre	Ingreso del paciente al servicio de quimioterapia ambulatoria
Descripción	Garantizar un tratamiento de quimioterapia seguro y corroborar que el paciente cumpla con los requisitos para recibir su tratamiento
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias
Trámite o servicio asociado	Quimioterapia
Políticas del procedimiento	El personal químico es responsable de solicitar y recibir el medicamento total de los pacientes. La enfermera administrativa y operativa identificara al paciente y no aceptara a ningún paciente que no cumpla la indicación médica de la premedicación cuando así lo indique el protocolo. Se debe de informar al paciente sobre los tramites a realizar antes de la aplicación y notificarle que de lo contrario se reprogramara su aplicación. Se deben elaborar etiquetas amarillas colocando datos completos del paciente, medicamento, dosis, vía, dilución y tiempo de infusión descritos en la hoja de indicaciones médicas para la administración de quimioterapia. También, se le solicitará al paciente asistir acompañado a su sesión de quimioterapia y tendrá que estar durante todo el tiempo que dure la sesión.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Medicamentos, solución intravenosa y set básico de terapia de infusión
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Ingreso
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Ingreso del paciente al servicio de quimioterapia ambulatoria



Narrativa del procedimiento de Ingreso del paciente al servicio de quimioterapia ambulatoria

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Químico	Quimioterapia	Recibe de farmacia los medicamentos completos del total de pacientes citados por día y comprobando el estado del medicamento concordando con la bitácora de citas	Recepción de medicamentos
2	Químico	Quimioterapia	Informa a la enfermera administrativa de los pacientes que no realizaron su trámite de forma completa y correcta	Notificación a enfermera
3	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Nombra a los pacientes con la hoja de indicaciones médica, hoja de registro de enfermería, etiqueta blanca y etiqueta amarilla	Identificación de documentación
4	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Nombra uno por uno a los pacientes citados acompañados por su familiar o responsable	Identificación
5	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Identifica correctamente al paciente: nombre completo, fecha de nacimiento y registro	Identificación
6	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Registra en la hoja de enfermería: peso, talla, si vive con diabetes o si vive con hipertensión	Registro
7	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Si se requiere premedicación y no se pre medicó se vuelve a dar la información del método correcto y se reprograma una nueva cita para la sesión de quimioterapia	Verificar premedicación
8	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Solicita al paciente y a su familiar/responsable firmar la hoja de enfermería del servicio de quimioterapia	Firma de hoja de servicio de quimioterapia
9	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Asigne reposet al paciente para la toma de vía y dar comienzo a su premedicación	Asignación de reposet
10	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Pasa etiquetas amarillas a la ventanilla de centro de mezclas junto con la hoja de Verificación de la seguridad del paciente en quimioterapia	Entrega de etiquetas

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
11	Químico	Quimioterapia	<p>Recibe etiquetas y hojas del paciente y verifica que el medicamento este completo, llena primer apartado de la hoja de verificación de la seguridad del paciente en quimioterapia y regresa a enfermera administrativa.</p> <p>En caso de tener medicamento para varios días disponer solo del medicamento solicitado, si no está el medicamento solicitado se solicita el ticket de pago al paciente e informa a farmacia ofreciendo la fecha del trámite</p>	Recepción de etiquetas y entrega de medicamentos
12	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Registra al paciente en hoja de ingresos y egresos de quimioterapia	Registro
13	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Se selecciona reposit en sistema e ingresa registro del paciente SHIM, peso y talla para asignar el reposit seleccionado	Registro en sistema SHIM

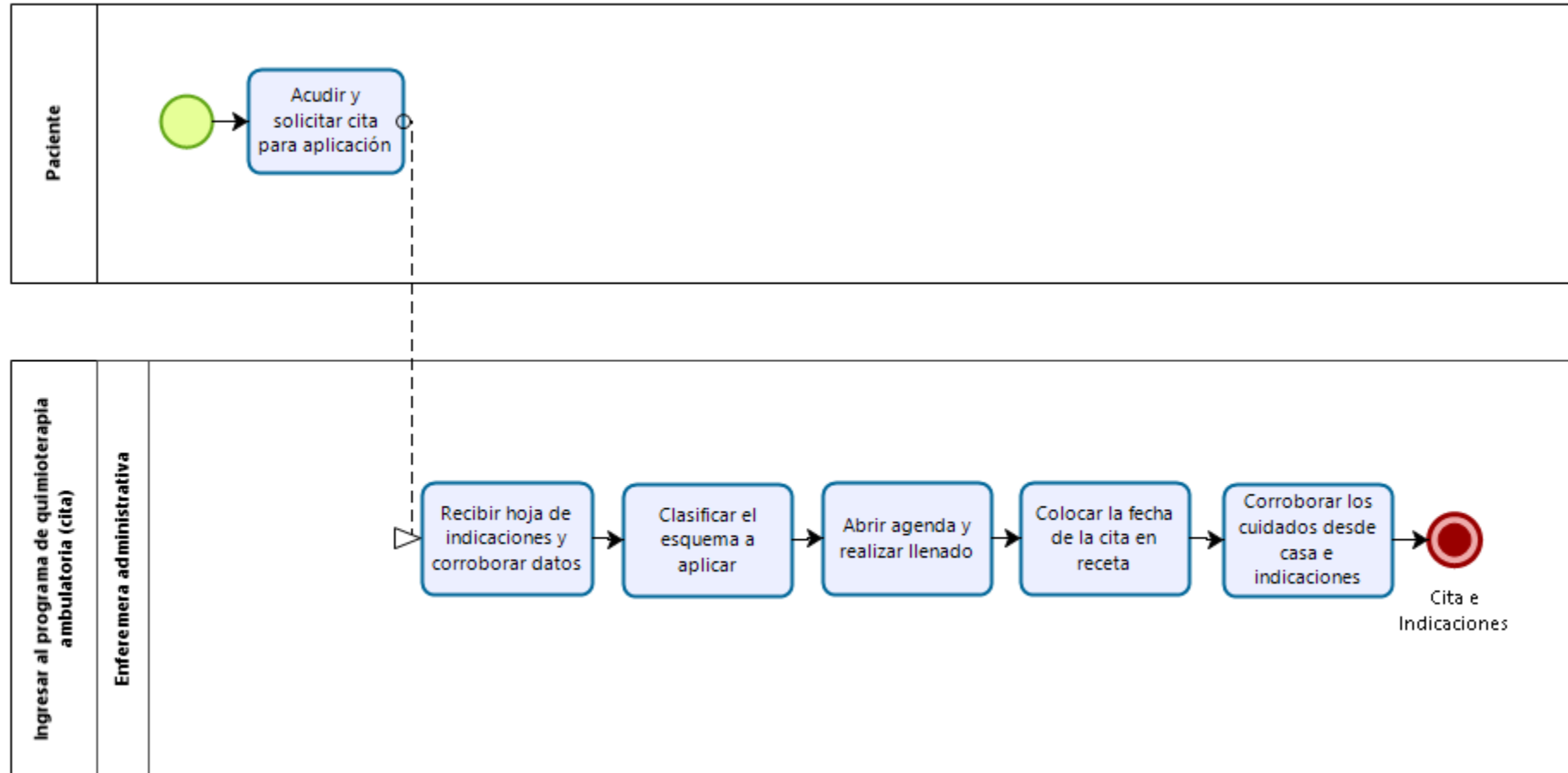
Procedimiento de Ingresar al programa de quimioterapia ambulatoria (cita)

Ficha del procedimiento	
Nombre	Ingresar al programa de quimioterapia ambulatoria (cita)
Descripción	Ofrecer de manera organizada citas para la aplicación de quimioterapia
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias
Trámite o servicio asociado	Quimioterapia
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del paciente presentar hoja de indicaciones y receta médica para agendar su cita, el personal de enfermería se las solicitará también deberá agendar por medio electrónico el día de la cita. El paciente proporcionara un número telefónico en el cual pueda ser localizado para informar cualquier cambio de su cita.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Agenda, hoja de indicaciones
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Cita programada e indicaciones
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	400 de 673

Modelado del procedimiento de Ingresar al programa de quimioterapia ambulatoria (cita)



Narrativa del procedimiento de Ingresar al programa de quimioterapia ambulatoria (cita)

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Paciente	Quimioterapia	Acude al servicio de quimioterapia ambulatoria y solicita cita para la aplicación de su esquema indicado	Solicitud de cita
2	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Recibe hoja de indicaciones y receta médica, corrobora que los datos coincidan a través de interrogatorio al paciente: nombre del paciente, registro, fecha de nacimiento, medicamento y dosis indicada	Verificación de datos
3	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Clasifica el esquema a aplicar y menciona la fecha más próxima para su aplicación	Otorga información
4	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Abre agenda electrónica y realiza llenado	Complementación de Datos
5	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Cierra la agenda electrónica y coloca la fecha de la cita en la receta médica y resguarda la hoja de indicaciones médicas	Agenda de cita
6	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Corrobora a la persona que tramita la cita los cuidados que debe llevar desde casa y sobre la importancia de apegarse a las recomendaciones y se da orientación del tramite administrativo del medicamento	Indicaciones

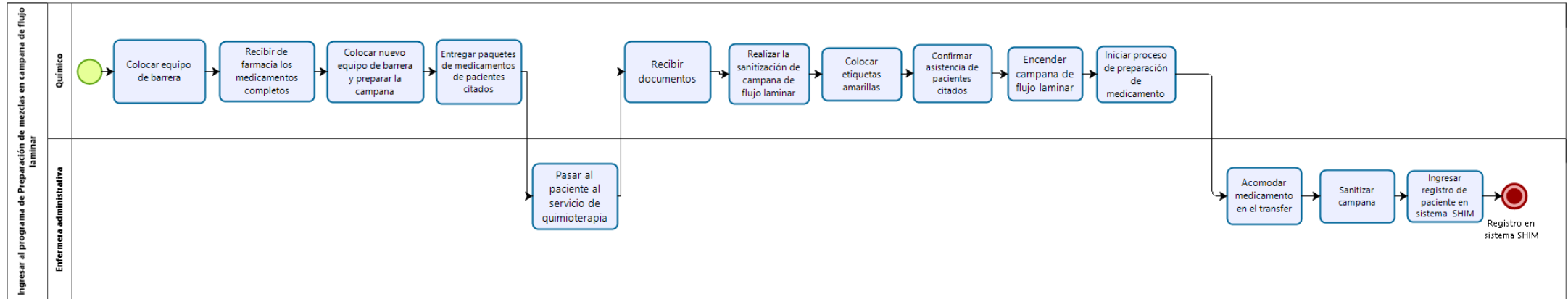
Procedimiento de Preparación de mezclas en campana de flujo laminar

Ficha del procedimiento	
Nombre	Preparación de mezclas en campana de flujo laminar
Descripción	Garantizar la estabilidad física, química y microbiológicamente de las mezclas intravenosas
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias
Trámite o servicio asociado	Quimioterapia
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del químico conocer el manejo de los diferentes medicamentos así mismo identificarlos colocando fecha, nombre del medicamento, dosis, nombre completo del paciente, registro y firma de entrega y recibido, asimismo, realizar etiquetas amarillas y portar de forma completa todo el equipo de protección. El personal de farmacia entregará los paquetes con el medicamento de cada paciente y registrará la salida de paquete y llevarán un método de separación para los paquetes por características.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Centro de mezclas, medicamentos, equipo de protección
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Medicamentos listos para su aplicación
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	403 de 673

Modelado del procedimiento de Ingresar al programa de Preparación de mezclas en campana de flujo laminar



Narrativa del procedimiento de Ingresar al programa de Preparación de mezclas en campana de flujo laminar

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Químico	Quimioterapia	Coloca equipo de barrera y se seleccionan las soluciones a utilizar, una por una se dará baño con agua y posteriormente con alcohol al 96%	Equipo de barrera
2	Químico	Quimioterapia	Recibe de farmacia los medicamentos completos comprobando los datos y el estado del medicamento	Verificación
3	Químico	Quimioterapia	Coloca nuevo equipo de barrera y procede a preparar la campana colocando campos estériles y encima de éste el material para esterilizarlo	Equipo de barrera
4	Químico	Quimioterapia	Entrega paquetes de medicamentos de pacientes citados en el turno y los registra en la bitácora de medicamentos entregados	Entrega de medicamentos
5	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Pasa al paciente al servicio de quimioterapia, entrega hoja de verificación de seguridad del paciente en quimioterapia y etiquetas amarillas	Recepción de paciente y entrega de documentos
6	Químico	Quimioterapia	Recibe hojas y llena el primer apartado, recibe etiquetas y la regresa a la enfermera administrativa	Recepción de documentos
7	Químico	Quimioterapia	Toma del paquete la dosis exacta a preparar y la coloca en la palangana estéril, una vez separado se agrega alcohol al 96% para sanitizar antes de trasladarlo a la campana de flujo laminar	Sanitización de campana de flujo laminar
8	Químico	Quimioterapia	Coloca cada una de las etiquetas amarillas en la solución prescrita, una vez etiquetada se acomoda en campana de flujo laminar por medicamento a preparar	Etiqueta amarilla
9	Químico	Quimioterapia	Confirma que se hayan presentado todos los pacientes citados, una vez confirmado cierra la exclusiva y procede a colocarse el material de protección con técnica estéril	Equipo de protección

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	405 de 673

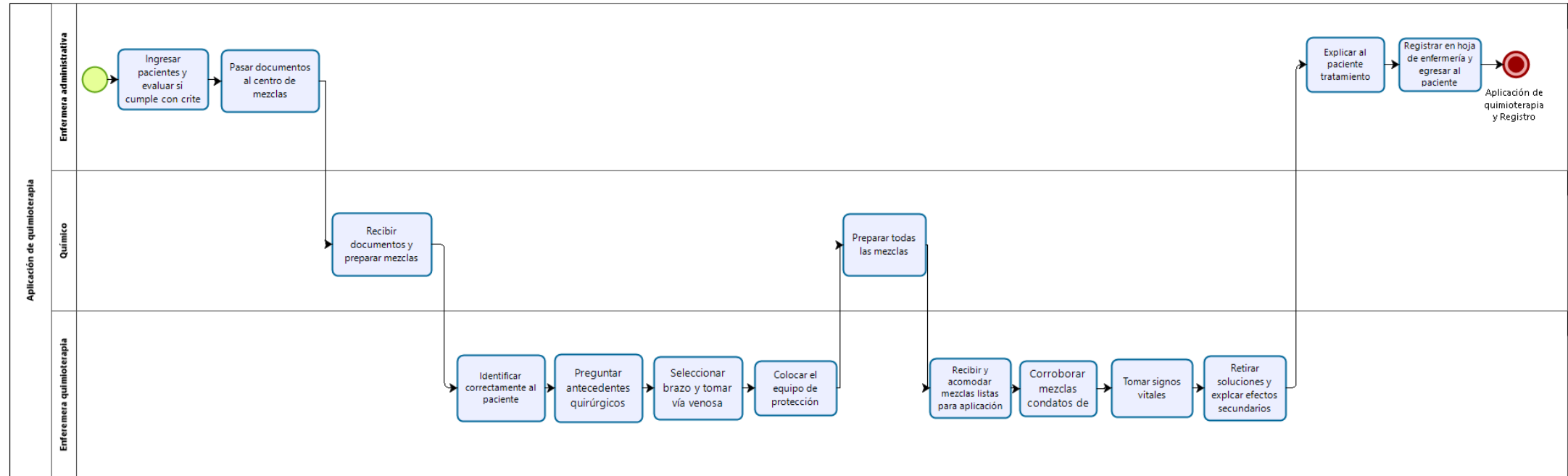
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
10	Químico	Quimioterapia	Una vez con todo su equipo de protección se enciende el sistema de aire de la campana y baja el capelo a una altura de 20 centímetro antes del cierre total solo para introducir antebrazos para realizar las maniobras dentro y minimizar la ruptura del flujo laminar	Campana de flujo laminar Encendida
11	Químico	Quimioterapia	Inicia el proceso de preparación de medicamento	Preparación de medicamento
12	Químico	Quimioterapia	Una vez preparada las mezclas las acomoda en el transfer	Medicamento en transfer
13	Químico	Quimioterapia	Después de entregar las mezclas procede a sanitizar la campana	Sanitización de campana
14	Químico	Quimioterapia	Registra medicamento en bitácora de registros de medicamentos entregados a farmacia	Registro

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	406 de 673

Procedimiento de Aplicación de quimioterapia

Ficha del procedimiento	
Nombre	Aplicación de quimioterapia
Descripción	Garantizar un proceso rápido y de calidad que enfatice en la seguridad del paciente para la ministra de quimioterapia
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias
Trámite o servicio asociado	Quimioterapia
Políticas del procedimiento	Otorgar reposet al paciente, informar al paciente los pasos a seguir para la ministra de quimioterapia, verificando dosis, medicamento, via y tiempo de infusión y antes de la administración la enfermera debe corroborar los 6 correctos.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Medicamento, hoja de indicación, receta
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Ministra de quimioterapia
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Aplicación de quimioterapia



Narrativa del procedimiento de Aplicación de quimioterapia

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Enfermería administrativa	Quimioterapia	Ingresa a pacientes, se inicia interrogatorio sobre aspectos básicos y si cumple con los criterios se le asigna un reposet	Ingreso de paciente
2	Enfermería administrativa	Quimioterapia	Pasa etiquetas y hoja de verificación al centro de mezclas	Documentos
3	Químico	Quimioterapia	Recibe etiquetas, hoja de verificación y procede a la preparación de mezclas	Recepción documentos Preparación de mezclas
4	Enfermera	Quimioterapia	Identifica correctamente al paciente	Identificación
5	Enfermera	Quimioterapia	Pregunta sobre antecedentes quirúrgicos, premedicación y alergias.	Interrogatorio
6	Enfermera	Quimioterapia	Se selecciona el brazo correcto, una vez tomada la vía venosa se identifica parámetros para la correcta pre medicación utilizando las etiquetas blancas y rojas	Vía venosa
7	Enfermera	Quimioterapia	Una vez registrada en la hoja de enfermería y administrada la pre medicación se coloca el equipo de protección para la aplicación de quimioterapia	Pre medicación
8	Químico	Quimioterapia	Termina de preparar todas las mezclas	Mezclas preparadas
9	Enfermera	Quimioterapia	Recibe y acomoda las mezclas listas para su aplicación	Recepción de mezclas
10	Enfermera	Quimioterapia	Corroborar los datos de la mezcla con los datos de identificación del paciente	Identifica al paciente
11	Enfermera	Quimioterapia	Toma signos vitales y se le informa al paciente que se comenzara con su tratamiento de quimioterapia. Si surge alguna reacción alérgica se debe detener la infusión y se informa al médico tratante	Toma de signos vitales
12	Enfermera	Quimioterapia	Toma de signos vitales y registra en la hoja de enfermería durante la infusión de	Toma de signos vitales

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
			quimioterapia y estar alerta de cualquier signo o síntoma anormal	
12	Enfermera	Quimioterapia	Retira soluciones y explica efectos secundarios	Fin de la aplicación
14	Enfermería administrativa	Quimioterapia	Explica al paciente el modo su tratamiento y si necesita refuerzos	Información
15	Enfermería administrativa	Quimioterapia	Registra en la hoja de enfermería y egresa al paciente SHIM	Registro

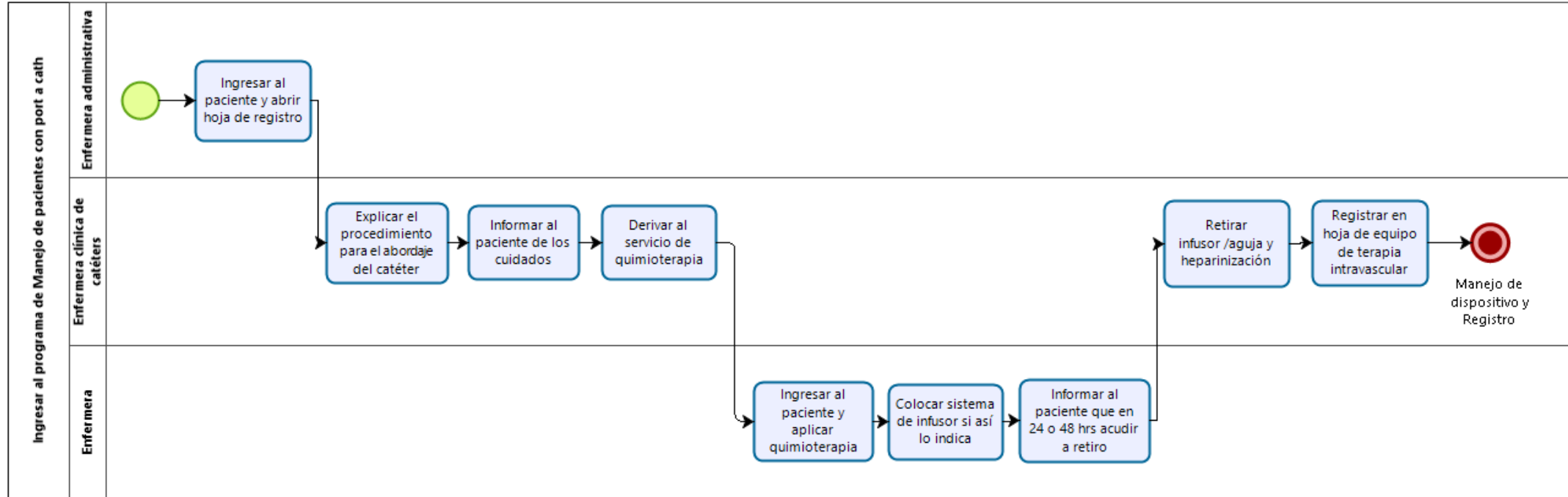
Procedimiento de Manejo de pacientes con port a cath

Ficha del procedimiento	
Nombre	Manejo de pacientes con port a cath
Descripción	Ofrece manejo profesional del paciente con dispositivo subcutáneo
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias
Trámite o servicio asociado	Quimioterapia
Políticas del procedimiento	Contar con capacitaciones necesarias y vigentes para la manipulación de catéteres, brindar información al paciente de cómo realizar el mantenimiento de su catéter y de cómo se tiene que presentar a su cita.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Cita programada, medicación equipo de protección
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Manejo de dispositivo y registro
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	411 de 673

Modelado del procedimiento de Ingresar al programa Manejo de pacientes con port a cath



Narrativa del procedimiento de Ingresar al programa de Manejo de pacientes con port a cath

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Enfermera administrativa	Clínica de catéteres	Ingresar los pacientes al servicio de quimioterapia y abre hoja de registro de catéteres a pacientes de primera vez, si es paciente subsecuente se llenará la hoja en el apartado correspondiente	Hoja de registro
2	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Explica el procedimiento para el abordaje del catéter y comienza el proceso con técnica Estéril y deja cabalgada solución fisiológica	Información a paciente e inicio de proceso
3	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Informa al paciente de los diferentes cuidados que debe tener con el dispositivo	Información a paciente
4	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Una vez abordado el dispositivo derivar al servicio de quimioterapia para continuar con su tratamiento	Enviar a quimioterapia
5	Enfermera	Quimioterapia	Ingresar al paciente al servicio de quimioterapia y aplica tratamiento de quimioterapia	Ingreso al servicio e inicio de aplicación
6	Enfermera	Quimioterapia	Colocar sistema de infusor si así lo indica	Infusor
7	Enfermera	Quimioterapia	Informar al paciente que al paso de 24 o 48 hrs deberá acudir a la clínica de catéteres para el retiro de aguja e infusor	Información a paciente
8	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Una vez pasadas las 24 o 48 hrs y el paciente acude a la clínica se retira infusor y coloca Solución fisiológica de 100 ml, posteriormente un sello de heparina o en otro caso se retira aguja con técnica estéril colocando sello de heparina	Retiro de infusor/aguja y heparinización

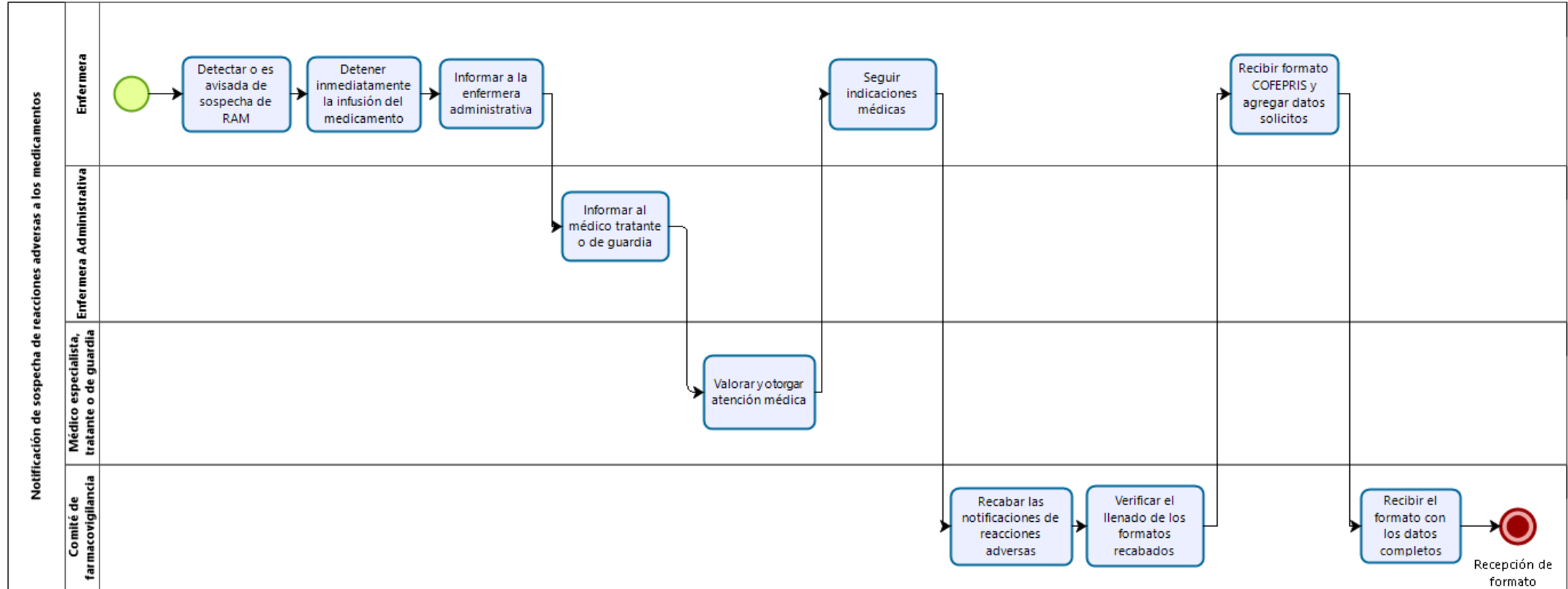
Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	413 de 673

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
9	Enfermera de clínica de catéteres	Clínica de catéteres	Realiza registro en hoja de equipo de terapia intravascular	Manejo de dispositivo y Registro

Procedimiento de Notificación de sospecha de reacciones adversas a los medicamentos

Ficha del procedimiento	
Nombre	Notificación de sospecha de reacciones adversas a los medicamentos
Descripción	Brindar al personal las herramientas necesarias para la prevención, detección y tratamiento de cualquier tipo de reacción adversa
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias
Trámite o servicio asociado	Quimioterapia
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad de los profesionales de la salud notificar las sospechas de reacciones adversas al comité de fármaco vigilancia y es responsabilidad del comité garantizar la confidencialidad del paciente e informantes, así como investigar particularmente casos graves e inesperados y conservar durante cinco años los documentos que esto genere
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Hoja de detección de reacciones adversas medicamentosas
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Reporte
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Notificación de sospecha de reacciones adversas a los medicamentos



Narrativa del procedimiento de Notificación de sospecha de reacciones adversas a los medicamentos

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Enfermera	Quimioterapia	Detecta o es avisado de la sospecha de RAM	Notificación
2	Enfermera	Quimioterapia	Detiene inmediatamente la infusión del medicamento	Interrupción de la sesión de quimioterapia
3	Enfermera	Quimioterapia	Informa a la enfermera administrativa sobre la sospecha RAM	Notificación
4	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Informa al médico tratante o médico de guardia	Notificación al médico
5	Médico especialista tratante o de guardia	Quimioterapia	Valora y otorga atención médica al paciente según lo requiera hasta su estabilización	Atención médica
6	Enfermera	Quimioterapia	Sigue las indicaciones médicas según los signos y síntomas que presenta el paciente, avisa las sospechas de reacciones adversas de medicamentos, entrega al comité de farmacovigilancia y entrega el formato completo a la jefatura de enfermería	Cuidados de enfermería y notificación
7	Comité de farmacovigilancia	Comité	Recaba las notificaciones de reacciones adversas a medicamentos cada fin de mes	Archivo de formatos RAM
8	Comité de farmacovigilancia	Comité	Verifica el llenado de los formatos recabados	Verificación
9	Enfermera	Quimioterapia	Recibe formato Cofepris y agrega datos solicitados y regresa formato al comité	Llenado de datos
10	Comité de farmacovigilancia	Comité	Recibe el formato con los datos completos	Recepción de formato

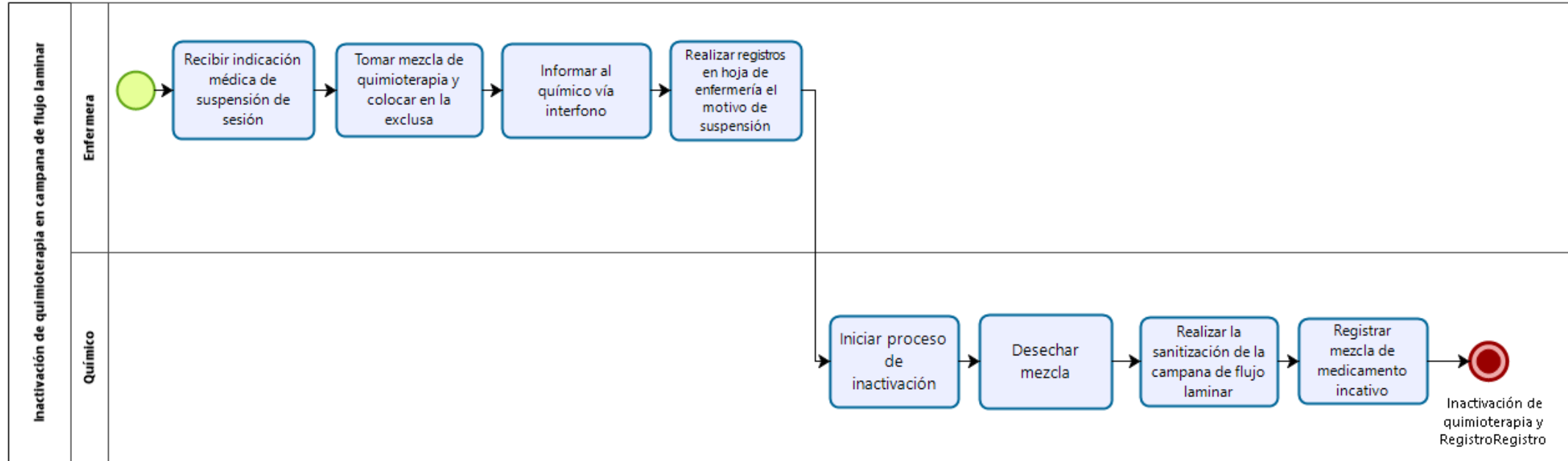
Procedimiento de Inactivación de quimioterapia en campana de flujo laminar

Ficha del procedimiento	
Nombre	Inactivación de quimioterapia en campana de flujo laminar
Descripción	Inactivar los medicamentos preparados, no utilizados, así como los residuos y medicamentos caducos
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias
Trámite o servicio asociado	Quimioterapia
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del médico indicar la suspender el tratamiento de quimioterapia si este pone en riesgo el estado de salud del paciente, es responsabilidad de la enfermera operativa el motivo de la suspensión. Es responsabilidad del personal de salud conocer el manejo de residuos peligrosos biológico infecciosos. Es responsabilidad del químico realizar el proceso de inactivación de mezclas de quimioterapia dentro de la campana de flujo laminar de acuerdo a protocolos de inactivación
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Medicamento, mezcla
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Inactivación de quimioterapia y Registro
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	418 de 673

Modelado del procedimiento de Inactivación de quimioterapia en campana de flujo laminar



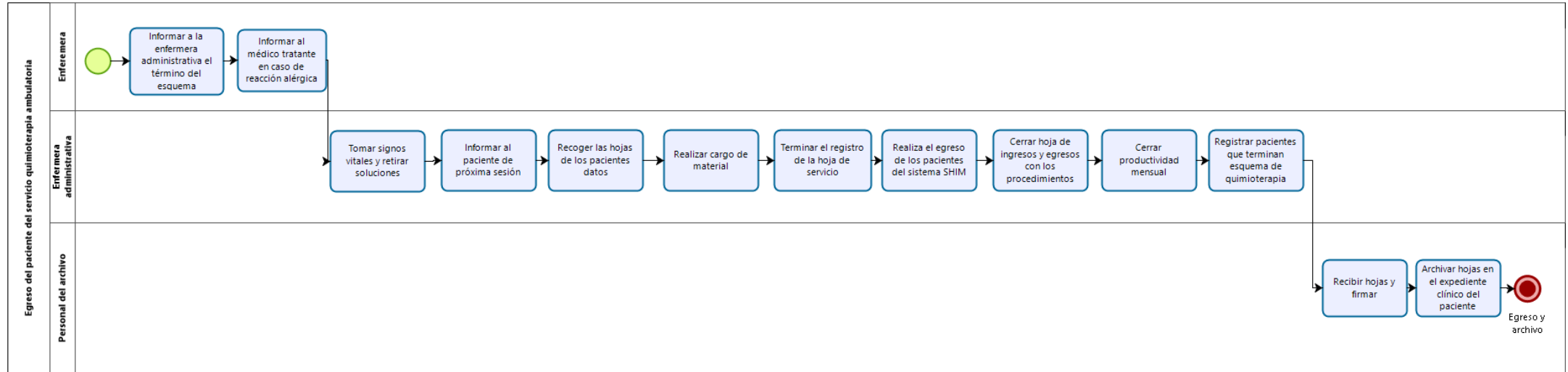
Narrativa del procedimiento de Inactivación de quimioterapia en campana de flujo laminar

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Enfermera	Quimioterapia	Recibe la indicación médica de suspensión de sesión de quimioterapia, detiene la infusión y aborda la vía con equipo de venoclisis nuevo con solución salina para mantener la vía permeable	Suspensión de sesión de quimioterapia
2	Enfermera	Quimioterapia	Toma mezcla de quimioterapia y la coloca en la exclusiva	Mezcla en exclusiva
3	Enfermera	Quimioterapia	Informa al químico vía interfono que la mezcla debe de inactivarse	Notificación
4	Enfermera	Quimioterapia	Realiza registros en hoja de enfermería el motivo de la suspensión del tratamiento de quimioterapia	Registro
5	Químico	Quimioterapia	Toma mezcla, la traslada a la campana de flujo laminar y agrega hipoclorito de sodio al 5.25% con tiempo de exposición de 15 minutos y etiqueta la mezcla con las siguientes características: sustancia con que se inactivo, fecha de inactivación, leyenda de medicamento inactivado y personal que realiza la inactivación	Inicia proceso de inactivación
6	Químico	Quimioterapia	Coloca mezcla dentro del contenedor de residuos peligrosos	Desecho de mezcla
7	Químico	Quimioterapia	Realiza sanitización de la campana con detergente annios y enciende rayos UV durante 15 minutos	Sanitización
8	Químico	Quimioterapia	Registra mezcla de medicamento inactivo en hoja de medicamento inactivado en campana de flujo laminar	Registro

Procedimiento de Egreso del paciente del servicio de quimioterapia ambulatoria

Ficha del procedimiento	
Nombre	Egreso del paciente del servicio de quimioterapia ambulatoria
Descripción	Complementar la última etapa administrativa del paciente del servicio de quimioterapia ambulatoria
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias
Trámite o servicio asociado	Quimioterapia
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad de la enfermera explicar de forma clara y sencilla los efectos secundarios del tratamiento de quimioterapia, reforzando la información otorgada por el médico y junto con la enfermera administrativa evitar el egreso del paciente si este presenta algún signo o síntoma que pudiera poner en riesgo al paciente. Es responsabilidad de la enfermera administrativa informar al paciente si su esquema contiene refuerzos en días 8 o 15 y dar la fecha de su próxima sesión de quimioterapia y realizar la productividad diaria registrando el total de pacientes atendidos
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Hoja de productividad, programación de próxima sesión de quimioterapia
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Egreso
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Egreso del paciente del servicio quimioterapia ambulatoria



Narrativa del procedimiento de Egreso del paciente del servicio quimioterapia ambulatoria

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Enfermera	Quimioterapia	Informa a la enfermera administrativa el término del esquema de quimioterapia	Notificación
2	Enfermera	Quimioterapia	Si el paciente presenta alguna reacción alérgica toma signos vitales nuevamente e informa al médico tratante, si el paciente no presenta reacciones alérgicas la enfermera tiene la responsabilidad de informar sobre los efectos secundarios que pudiera presentar y como tratarlos	Notificar RAM/ Información de efectos secundarios
3	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Toma signos vitales y retira soluciones, registra en hoja de enfermería y hoja de verificación de la seguridad del paciente en quimioterapia completas a la enfermera administrativa	Registro hoja de enfermería
4	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Informar al paciente de la fecha y el horario de su próxima sesión y registrar los refuerzos en la bitácora de citas	Dar información de próxima cita programada
5	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Recoge las hojas de los pacientes dados de alta del servicio y verifica que los datos, sellos y firmas estén completos	Verificación de datos
6	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Realiza cargo de material por pacientes dentro del sistema SHIM	Registro
7	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Termina el registro de la hoja de ingresos y egresos del servicio de quimioterapia	Fin de registro de ingreso
8	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Realiza el egreso de los pacientes del sistema SHIM	Egreso
9	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Cierra hoja de ingresos y egresos colocando el total de procedimientos aplicados	Registro de procedimientos

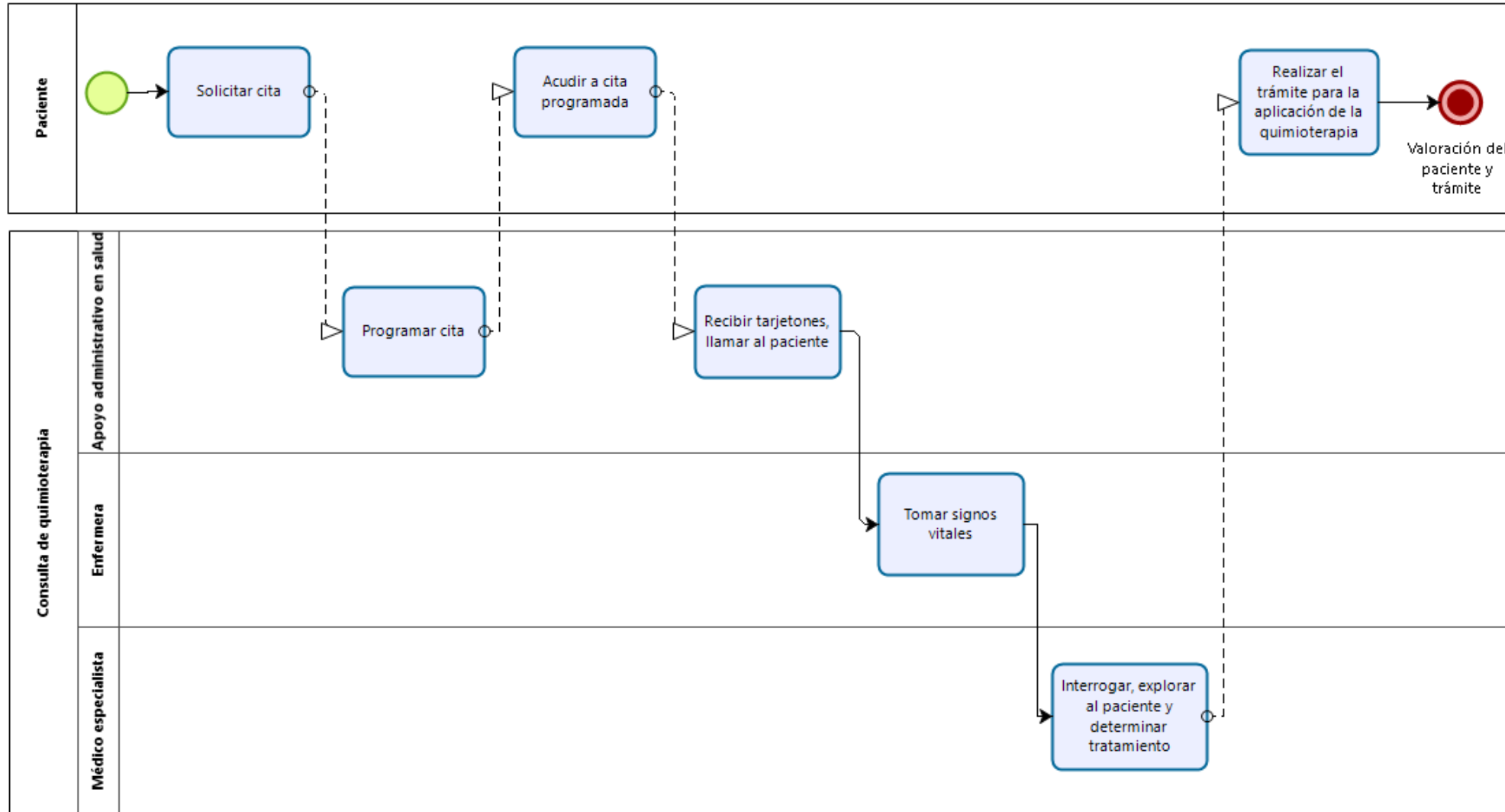
Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	423 de 673

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
10	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Cierra productividad en hoja de productividad mensual de quimioterapia	Productividad mensual
11	Enfermera administrativa	Quimioterapia	Registra pacientes que terminan su esquema de quimioterapia en bitácora de archivo, los pacientes que continúan con refuerzos o son de diario se reacomodan en el turno de su próxima cita	Registro bitácora archivo
12	Personal del archivo	Archivo clínico	Recibe hojas con el orden anteriormente redactado, firma de recepción de las mismas bitácoras de archivo del servicio de quimioterapia	Recepción
13	Personal del archivo	Archivo clínico	Procede a archivar las hojas en el expediente clínico de cada uno de los pacientes que le fueron entregados siguiendo el orden del índice	Archivo

Procedimiento de Consulta de Quimioterapia

Ficha del procedimiento	
Nombre	Consulta de quimioterapia
Descripción	Ofrecer atención del servicio de oncología médica en el tratamiento de quimioterapia de los usuarios de la institución
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Tratamiento integral y especializado otorgado a las y los pacientes con neoplasias
Trámite o servicio asociado	Quimioterapia
Políticas del procedimiento	Aplicar medicamentos antineoplásicos, otorgados al paciente durante su tratamiento.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Indicación médica para la valoración de oncología médica
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Valoración del paciente y trámite
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Consulta de quimioterapia



Narrativa del procedimiento de Consulta de quimioterapia

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Paciente	Consulta externa	Solicitar cita	Solicitud
2	Apoyo administrativo en salud	Consulta externa	Programar cita	Cita programada
3	Paciente	Consulta externa	Acudir a cita programada	Acudir a cita programada
4	Apoyo administrativo en salud	Consulta externa	Recibir tarjetones, llamar al paciente para que pase a consulta y toma de signos vitales	Recepción de tarjetones y toma de signos vitales
5	Enfermera	Consulta externa	Toma de signos vitales y pasar con el médico especialista	Toma de signos vitales y derivación
6	Médico especialista	Consulta externa	Interrogar y explorar al paciente, registrar signos vitales. Si el paciente es de primera vez y no es candidato a quimioterapia se canaliza al servicio que lo derivo para su seguimiento y tratamiento, se realiza una nota en el expediente clínico. Determina el tratamiento y lo explica al paciente, entrega consentimiento informado	Determinar plan de tratamiento
7	Médico especialista	Consulta externa	Realiza nota de evolución e indicación para la aplicación de quimioterapia e informar sobre la fecha en la cual deberá de solicitar su próxima cita y los tramites que deberá de realizar para la aplicación de quimioterapia	Información de su plan de tratamiento en el servicio de quimioterapia
8	Paciente	Consulta externa	Realiza el trámite para la aplicación de la quimioterapia	Tramite

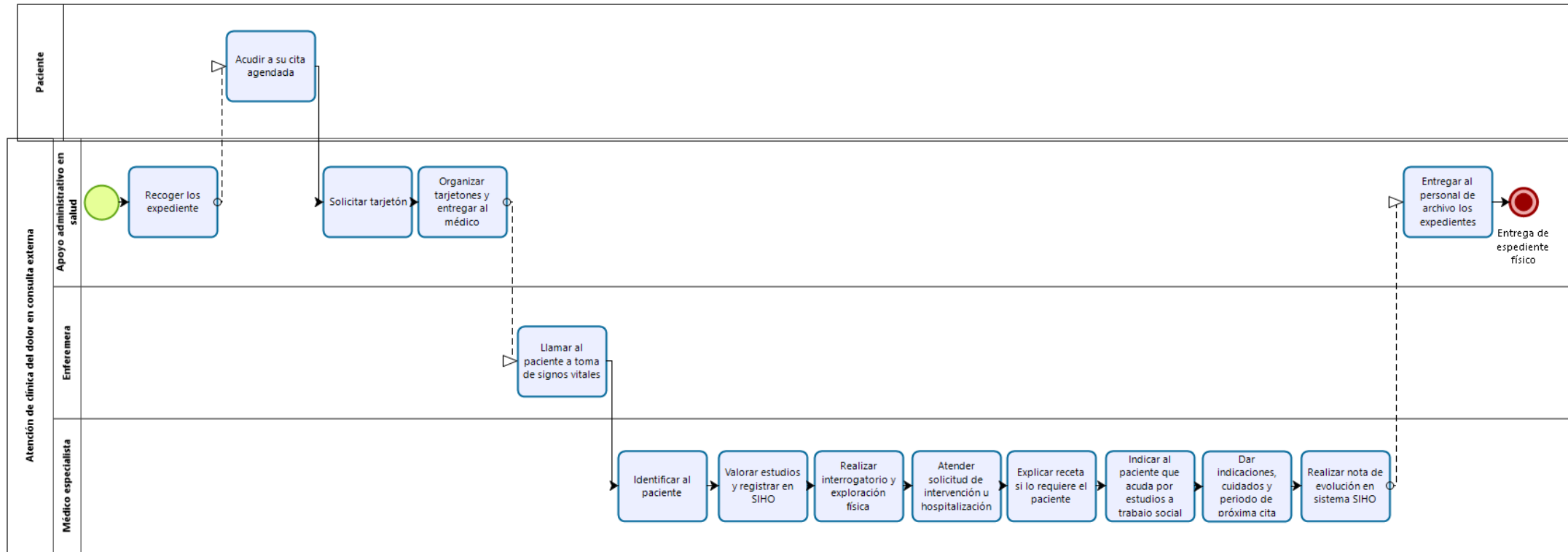
Ficha del servicio de Quimioterapia

Nombre del trámite o servicio	Quimioterapia
Descripción del servicio	Aplicación de medicamentos antineoplásicos otorgados a pacientes en su plan de tratamiento
Documentos que se obtienen con el trámite	No aplica
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Permanente
Usuario(s)	Pacientes
Responsable del servicio	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Domicilio, Ubicación y teléfono	Coronel Calderón No. 715 S.H. Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44280 Primer Piso.
Horario de atención	Lunes a Viernes: 7:00 a.m. a 9:00 p.m.
Requisitos	Variable
Costo, Forma y lugar de pago	Variable, piso 3 caja
Tiempo de respuesta	De acuerdo a disponibilidad en la agenda.
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa
Dirección de Área responsable o equivalente	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	No aplica

Procedimiento de Atención de clínica del dolor en consulta externa

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención de clínica del dolor en consulta externa
Descripción	Ofrecer de manera organizada citas para la aplicación de quimioterapia
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Clínica del dolor
Políticas del procedimiento	El paciente debe de contar con una interconsulta por algún médico tratante del instituto plasmada en la nota de evolución en SIHO
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Interconsulta
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Consulta
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Atención de clínica del dolor en consulta externa



Narrativa del procedimiento de Atención de clínica del dolor en consulta externa

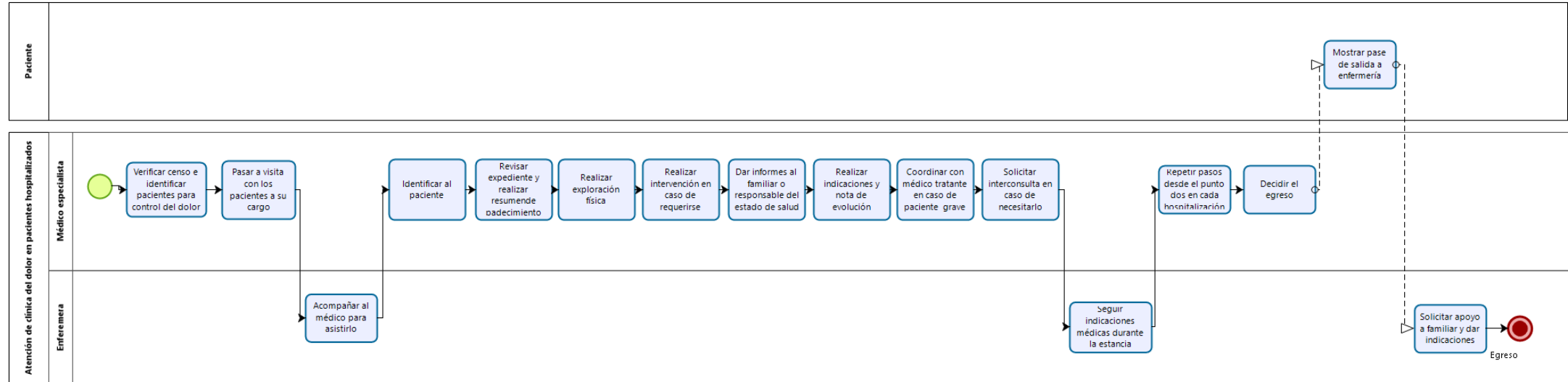
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Apoyo administrativo en salud	Consulta externa	Al inicio del turno recoge del departamento de archivo los expedientes de los pacientes citados	Expedientes físicos
2	Paciente	Consulta externa	Acude a su cita agendada y realiza tramite del recibo	Ticket de pago
3	Apoyo administrativo en salud	Consulta externa	Solicita el tarjetón	Tarjetón de paciente citado
4	Apoyo administrativo en salud	Consulta externa	Organiza y clasifica los tarjetones entregados por los pacientes a su respectivo expediente para su acomodo y entrega al consultorio médico según la hora de la cita programada	Acomodo y entrega de expedientes físicos
5	Enfermera	Consulta externa	Llama al paciente para que pase a toma de signos vitales y posteriormente al consultorio médico	Toma de signos vitales
6	Médico especialista	Consulta externa	Identifica al paciente con su nombre completo y fecha de nacimiento	Identificación de paciente
7	Médico especialista	Consulta externa	Si el paciente trae consigo estudios anexos el médico los valora y registra en la nota de evolución en el sistema SIHO	Registro de estudios anexos
8	Médico especialista	Consulta externa	Realiza interrogatorio por aparatos y sistemas. Si es necesario para la exploración física se le solicitará que se coloque una bata respetando su integridad y salvaguardando sus derechos	Interrogatorio y exploración física
9	Médico especialista	Consulta externa	Si el paciente requiere intervencionismo u hospitalización ver el proceso correspondiente	Solicitud de intervención/hospitalización

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
10	Médico especialista	Consulta externa	Si el paciente requiere receta se explica al paciente y familiar como tomar sus medicamentos así como reacciones adversas	Receta de medicamentos
11	Médico especialista	Consulta externa	Si el paciente requiere estudios se le indica al paciente acudir a trabajo social para la elaboración de su situación socioeconómica inicial y le den el costo de los exámenes que se le hayan indicado, posteriormente, acudir al módulo de citas para que le sea agendada su próxima cita	Estudio socioeconómico y cita programada
12	Médico especialista	Consulta externa	Dar indicaciones, resuelve dudas, indica cuidados que debe de tener el paciente, le menciona en qué periodo debe de solicitar su próxima cita	Indicaciones
13	Médico especialista	Consulta externa	Realiza nota de evolución en el sistema SIHO	Nota de evolución
14	Apoyo administrativo en salud	Consulta externa	Entrega al personal de archivo los expedientes	Entrega de expediente físico

Procedimiento de Atención de clínica del dolor en pacientes hospitalizados

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención de clínica del dolor en pacientes hospitalizados
Descripción	Brindar atención del servicio de clínica del dolor a pacientes hospitalizados
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Clínica del dolor
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del médico de clínica del dolor realizar los tratamientos de acuerdo a las necesidades del paciente, así como su canalización a los servicios que requiera, es responsabilidad del médico realizar pase de visita diario al inicio del turno a los pacientes hospitalizados a su nombre y otorgar el manejo de acuerdo a las necesidades del paciente. El médico en consulta externa de clínica del dolor es responsable de identificar si el paciente requiere ser hospitalizado de acuerdo a las condiciones del mismo
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Solicitud de interconsulta
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Atención médica intrahospitalaria
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Atención de clínica del dolor en pacientes hospitalizados



Narrativa del procedimiento de Atención de clínica del dolor en pacientes hospitalizados

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico especialista	Hospitalización	Verifica censo de hospitalización e identifica si hay pacientes ingresados a su nombre o para control del dolor	Identificación de pacientes
2	Médico especialista	Hospitalización	Pasa a visita médica con cada uno de los pacientes hospitalizados a su cargo, previo lavado de manos el cual realizara antes y después de revisar a un paciente	Pase de visita
3	Enfermera	Hospitalización	La enfermera a cargo del paciente debe acompañar al médico tratante en el pase de visita para asistir al médico en cuanto a los cambios en el manejo y procedimientos a realizar	Atender cambios y procedimientos a realizar
4	Médico especialista	Hospitalización	Identifica correctamente al paciente, utilizando nombre y fecha de nacimiento antes de realizar cualquier procedimiento o tratamiento	Identificación de paciente
5	Médico especialista	Hospitalización	Revisa expediente clínico del paciente y realiza brevemente resumen del padecimiento actual del paciente	Resumen actual
6	Médico especialista	Hospitalización	Realiza exploración física del paciente con la asistencia de la enfermería	Exploración física
7	Médico especialista	Hospitalización	Si el paciente requiere algún tipo de intervención se realizará apoyado y asistido por el personal de enfermería a cargo	Intervención
8	Médico especialista	Hospitalización	Da informes a familiar o responsable sobre el estado de salud del paciente, las eventualidades de salud del paciente, las eventualidades en cuanto a su evolución, los problemas médicos pendientes, así como las indicaciones y recomendaciones pertinentes. Teniendo como evidencia y respaldo al personal de enfermería encargado al paciente	Informe

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
9	Médico especialista	Hospitalización	Realiza indicaciones y nota de evolución, así como lo estipula el formato SIHO	Indicaciones y nota de evaluación
10	Médico especialista	Hospitalización	En caso de que se trate de un paciente grave deberá de coordinarse con el médico tratante para la atención médica del paciente	Coordinación con médico tratante
11	Médico especialista	Hospitalización	Si se detecta la necesidad de la intervención de otro servicio se deberá realizar una solicitud de Interconsulta	Solicitud de interconsulta
12	Enfermera	Hospitalización	Sigue las indicaciones médicas durante la estancia hospitalaria del paciente	Cuidados de enfermería
13	Médico especialista	Hospitalización	Realiza el presente procedimiento desde el punto 2 cada día que el paciente este hospitalizado y se planificara el alta según las necesidades del paciente	Recurrencia/ Planificación de alta
14	Médico especialista	Hospitalización	<p>Se decide el egreso (alta)</p> <p>Se egresa del sistema electrónico SIHO (nota de egreso)</p> <p>Notifica a enfermería para dar de alta en el sistema SHIM</p> <p>Indica alta en hoja de indicaciones y realiza nota de egreso</p> <p>Refiere de manera verbal y por escrito en la nota de egreso al familiar y paciente sus cuidados, recomendaciones y tratamiento médico a seguir en domicilio entregándoles una copia de la nota de egreso</p> <p>Solicita a paciente y/o familiar que tramiten cita para la siguiente consulta</p> <p>Explicar datos de alarma para acudir de manera inmediata a recibir atención médica</p> <p>Se notifica a trabajo social el alta para que el familiar tramite pase de salida y pago de los servicios recibidos</p> <p>Si el paciente perece se egresa del sistema SIHO, se realiza nota de egreso por defunción y se llena el certificado de defunción</p> <p>Se notifica al personal de enfermería para dar de alta en el sistema SHIM</p> <p>Enviar al familiar a notificar el alta a trabajo social para tramitar pase de salida y pago de los</p>	egreso



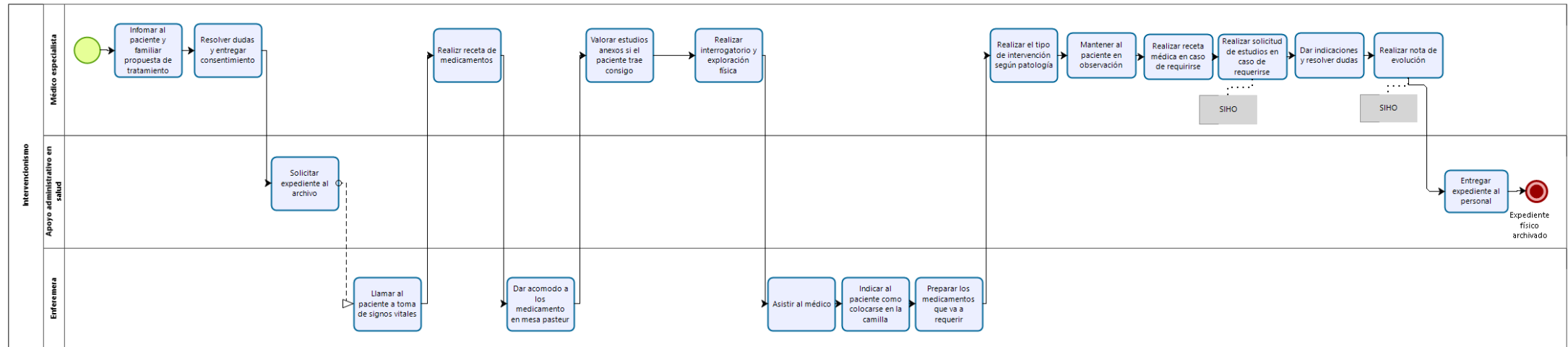
Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	436 de 673

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
			servicios recibidos Si el paciente o familiar exterioriza su deseo de ser dados de alta se egresará del sistema SIHO, se realizará nota de egreso como alta voluntaria y se imprime para que la el firme el paciente y/o familiar aceptando el alta bajo su responsabilidad Brinda información de cuidados, datos de alarma y recomendaciones Enviar a familiar a notificar el alta a trabajo social para tramitar el pase de salida y pago de los servicios recibidos	
15	Paciente	Hospitalización	Muestra pase de salida a enfermería	Pase de salida
16	Enfermería	Hospitalización	Solicita a familiar apoye al paciente a vestirse y se le darán recomendaciones generales de cuidados	Egreso

Procedimiento de Intervencionismo

Ficha del procedimiento	
Nombre	Intervencionismo
Descripción	Se establecen procedimientos que deberán ser realizados para la intervención de los pacientes ofreciendo calidad y seguridad
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Clínica del dolor
Políticas del procedimiento	Se atenderán a los pacientes que cuenten con una interconsulta por algún médico tratante plasmada en la nota de evolución del siho. Para la atención por la clínica del dolor el paciente debe presentar dolor incoercible secundario al cáncer o secuelas importantes del cáncer o su tratamiento
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Interconsulta
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Intervención y expediente físico archivado
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Intervencionismo



Narrativa del procedimiento de Intervencionismo

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico especialista	Consulta externa	Informar al paciente y familiar del procedimiento que se le propone para el manejo del dolor, también los beneficios esperados y también el riesgo que se puede presentar	Propuesta de tratamiento
2	Médico especialista	Consulta externa	Se resuelven dudas del procedimiento, se entrega consentimiento informado para firma	Consentimiento informado
3	Apoyo administrativo en salud	Consulta externa	Solicita expediente al archivo	Expediente físico
4	Enfermera	Consulta externa	Llama al paciente para que pase a la toma de signos vitales	Toma de signos vitales
5	Médico especialista	Consulta externa	Realiza receta de medicamentos que necesitara para la aplicación del procedimiento en el recetario de medicamentos controlados en el caso correspondiente	Receta médica
6	Enfermera	Consulta externa	Dar acomodo a los medicamentos en la mesa pasteur verificando los 7 correctos antes de la administración	Verificación de ministra de medicamentos
7	Médico especialista	Consulta externa	Si el paciente trae consigo estudios anexos se valoran y se registran en la nota de evolución	Valoración y registro de estudios anexos
8	Médico especialista	Consulta externa	Realiza interrogatorio por aparatos y sistemas. Si es necesario para la exploración física se le solicitará que se coloque una bata respetando su integridad y salvaguardando sus derechos	Interrogatorio y exploración física
9	Enfermera	Consulta externa	Asiste al médico	Asistencia

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
10	Enfermera	Consulta externa	Indica al paciente como colocarse en la camilla del consultorio	Paciente posicionado
11	Enfermera	Consulta externa	Prepara los medicamentos que va a requerir para el procedimiento	Medicamentos preparados
12	Médico especialista	Consulta externa	Realiza el tipo de intervención según patología y sintomatología según las guías de práctica clínica	Proceso de intervención
13	Médico especialista	Consulta externa	Mantiene al paciente en observación hasta que el paciente esté en condiciones para retirarse	Paciente en observación
14	Médico especialista	Consulta externa	Si el paciente requiere receta médica se realiza conforme a los lineamientos para su elaboración	Receta médica
15	Médico especialista	Consulta externa	Si el paciente requiere estudios anexos se realiza la solicitud en el sistema SIHO, se le entrega al paciente para que acuda a trabajo social	Solicitud de estudios anexos
16	Médico especialista	Consulta externa	Da indicaciones, resuelve dudas, cuidados que debe de tener el paciente y menciona en qué periodo debe solicitar su próxima cita o pasos a seguir en su tratamiento	Resolución de dudas, indicaciones o fecha para próxima cita
17	Médico especialista	Consulta externa	Realiza nota de evolución en el sistema SIHO	Nota de evolución
18	Apoyo administrativo en salud	Consulta externa	Entrega expediente al personal de archivo	Entrega de expediente físico

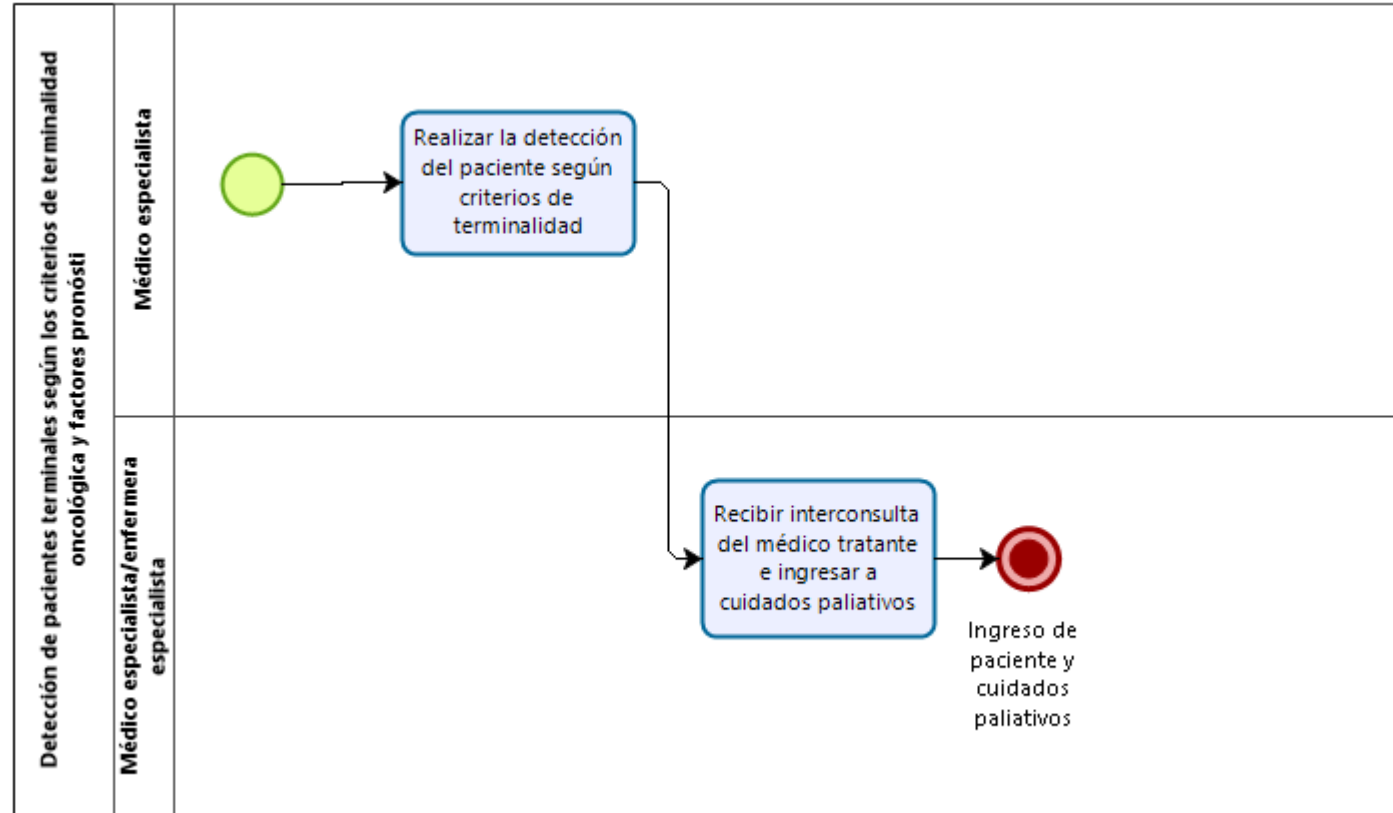
Ficha del servicio de Clínica del dolor

Nombre del trámite o servicio	Clínica del dolor
Descripción del servicio	Aplicación de medicamentos antineoplásicos otorgados a pacientes en su plan de tratamiento
Documentos que se obtienen con el trámite	No aplica
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Permanente
Usuario(s)	Pacientes
Responsable del servicio	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Domicilio, Ubicación y teléfono	Coronel Calderón No. 715 S.H. Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44280 Primer Piso.
Horario de atención	Lunes a Viernes: 7:00 a.m. a 9:00 p.m.
Requisitos	Variable
Costo, Forma y lugar de pago	Variable, piso 3 caja
Tiempo de respuesta	De acuerdo a disponibilidad en la agenda.
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa
Dirección de Área responsable o equivalente	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón

Procedimiento de Detección de pacientes terminales según los criterios de terminalidad oncológica y factores pronósticos

Ficha del procedimiento	
Nombre	Detección de pacientes terminales según los criterios de terminalidad oncológica y factores pronósticos
Descripción	Realizar la detección del paciente con enfermedad oncológica terminal, para su acompañamiento durante el proceso tomando como piedra angular el binomio paciente-familia
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Cuidados paliativos
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad de los profesionales que integran el equipo de cuidados paliativos tratar al paciente y a la familia como unidad, respetar y valorar la dignidad de la persona, proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas que producen sufrimiento, promocionar la vida y considerar la muerte como un proceso natural. Integrar los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del paciente, mejorar la calidad de vida del paciente hasta los niveles máximos alcanzables y ofrecer apoyo a los familiares y a los allegados durante la enfermedad y el duelo
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Detección de pacientes
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Brindar cuidados paliativos
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Detección de pacientes terminales según los criterios de terminalidad oncológica y factores pronósticos



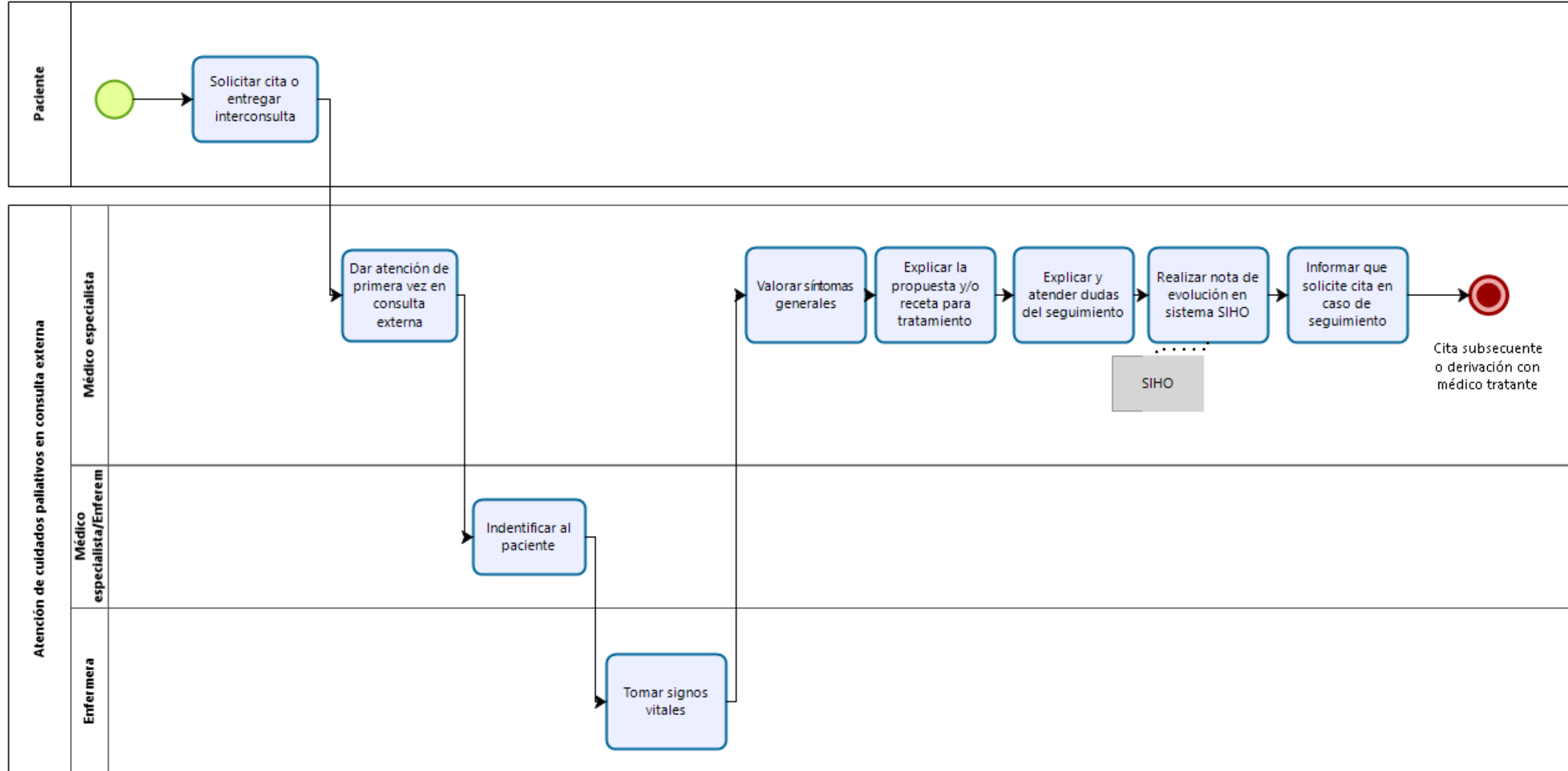
Narrativa del procedimiento de Detección de pacientes terminales según los criterios de terminalidad oncológica y factores pronósticos

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico especialista	Áreas varias	Realiza la detección del paciente según los criterios de terminalidad oncológica y factores pronósticos, detección de admisión, consulta externa u hospitalización	Detección de pacientes
2	Médico especialista/enfermera especialista	Cuidados paliativos	Recibe interconsulta del médico tratante y se ingresa al área de cuidados paliativos	Ingreso de paciente

Procedimiento de Atención de cuidados paliativos en consulta externa

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención de cuidados paliativos en consulta externa
Descripción	Brindar atención especializada de manera integral a pacientes terminales cubriendo necesidades médicas, psicológicas, sociales y de cuidados oncológicos de enfermería
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Cuidados paliativos
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del médico paliativista la elaboración de la nota de evolución y demás formatos que genere durante el proceso para anexarse al expediente físico, así como también es su responsabilidad valorar las escalas en el paciente que se incluyen en nota de evolución como parte de la determinación del plan del trabajo de tratamiento integral para el paciente. Es responsabilidad del médico paliativista informar al paciente sobre su estado de salud, sus derechos y lo que se espera del programa de forma clara y resolver todas las dudas que el paciente y/o su familia tengan
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Interconsulta
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Atención médica en consulta externa
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Atención de cuidados paliativos en consulta externa



Narrativa del procedimiento de Atención de cuidados paliativos en consulta externa

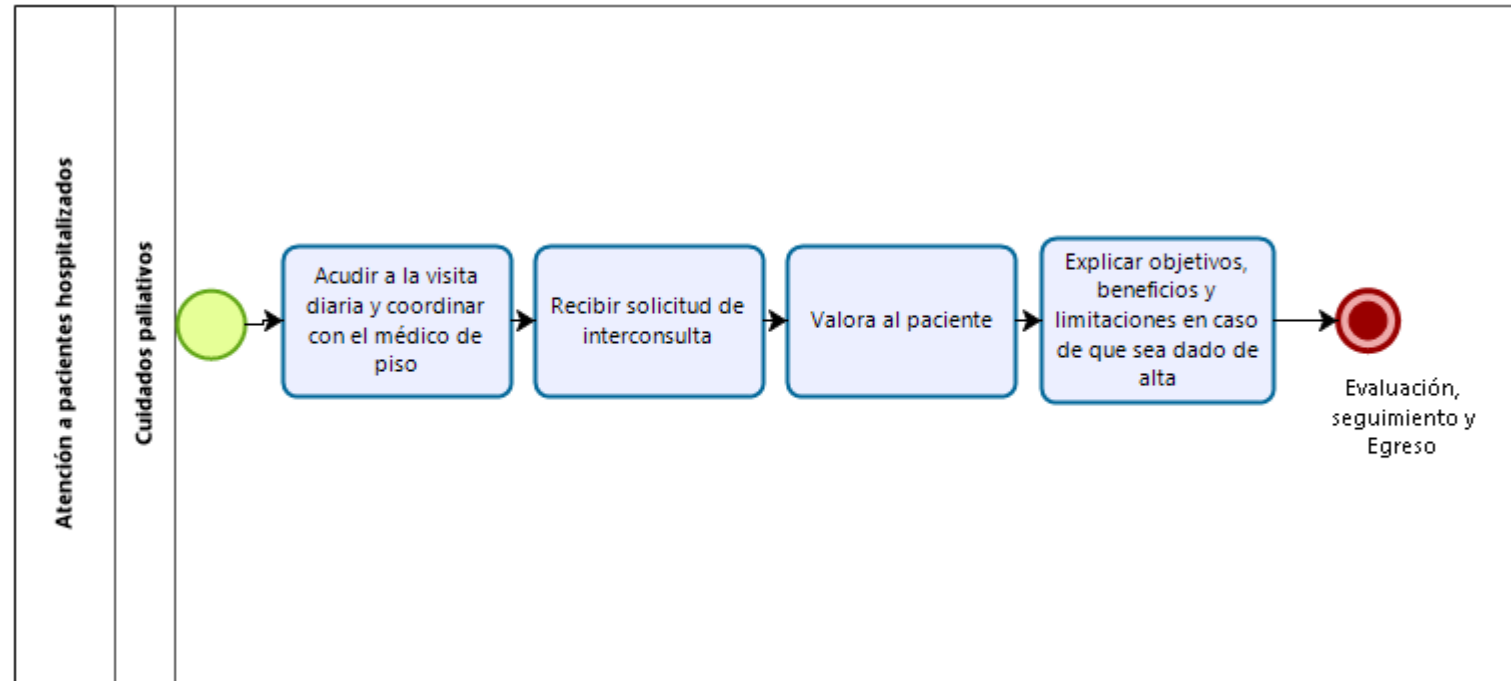
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Paciente	Cuidados paliativos	Solicita cita o entrega interconsulta	Cita
2	Médico especialista	Cuidados paliativos	Atención de primera vez en consulta externa Si- cumple con los criterios de ingreso del programa No- se otorga la atención medica inmediata en caso de requerirla, se realiza nota de evolución y se indica al paciente que solicite cita con su médico oncólogo tratante Paciente foráneo que cumple criterios- se da seguimiento al paciente en consulta externa del servicio de Cuidados Paliativos	Ingreso al programa
3	Médico especialista/ enfermera	Cuidados paliativos	El personal del programa identifica al paciente con nombre completo y fecha de nacimiento	Identificación del paciente
4	Enfermera	Cuidados paliativos	Toma de signos vitales	Toma de signos vitales
5	Médico especialista	Cuidados paliativos	Valoración de síntomas generales y si el paciente presenta descontrol de alguno de los síntomas se valora, explora y conjunta la información con la exploración física para indicar tratamiento	Valoración
6	Médico especialista	Cuidados paliativos	Si el paciente presenta signos físicos compatibles con enfermedad o con sintomatología y/o Requiere Medicamentos- el médico explica la medicación, dosis, efectos benéficos y efectos secundarios, si el paciente esta de acuerdo con la medicación el médico aplica y/o entrega receta de los medicamentos sugeridos para el tratamiento del paciente. Si no está de acuerdo con la medicación se explica las alternativas de soporte paliativo	Propuesta

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
			Intervencionismo- el médico informa y explica de forma clara sobre los objetivos, beneficios y limitaciones del servicio con la autorización de este y su familiar que lo acompaña	
7	Médico especialista	Cuidados paliativos	Si el paciente/familiar desea recibir información sobre como valorar síntomas en casa se entrega, explica y preguntan dudas sobre el manejo, registro y seguimiento del "Diario del paciente"	Educación paciente/familiar
8	Médico especialista	Cuidados paliativos	Realiza nota de evolución en el sistema SIHO cumpliendo con la normativa vigente y agrega nota de evolución al expediente físico del paciente. En caso de tener interconsultas se deberá contestar la interconsulta en el SIHO y se anexará al expediente del paciente	Nota de evolución/ respuesta hoja de interconsulta
9	Médico especialista	Cuidados paliativos	En caso de que el paciente requiera seguimiento se solicitará al paciente que solicite cita, si no requiere seguimiento se deriva con su médico tratante	Cita subsecuente/ derivación médico tratante

Procedimiento de Atención a pacientes hospitalizados

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención a pacientes hospitalizados
Descripción	Atención especializada de manera integral para los pacientes con dificultad a la deambulaci3n
Alineaci3n normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitaci3n otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Tr3mite o servicio asociado	Cuidados paliativos
Pol3ticas del procedimiento	El equipo de cuidados paliativos deber3 de realizar visita a pacientes hospitalizados con la finalidad de detectar pacientes candidatos al programa y/o dar seguimiento a los pacientes del programa hospitalizados. Para la detecci3n de pacientes que no cuenten con una interconsulta el m3dico paliativista deber3 de coordinarse con el m3dico encargado de piso y as3 derivar oportunamente al paciente. En caso de pacientes hospitalizados el equipo debe de coordinarse con el m3dico tratante para dar un manejo en cuesti3n de medicamentos de manejo propio de paliativos. Si el paciente hospitalizado ya cuenta con hoja de interconsulta deber3 de realizar entrevista con el paciente o familiar para la determinaci3n de cumplimiento de los criterios de ingreso
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Interconsulta, evaluaci3n por parte del equipo de cuidados paliativos y m3dico de piso
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Evaluaci3n y seguimiento
dicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Atención a pacientes hospitalizados



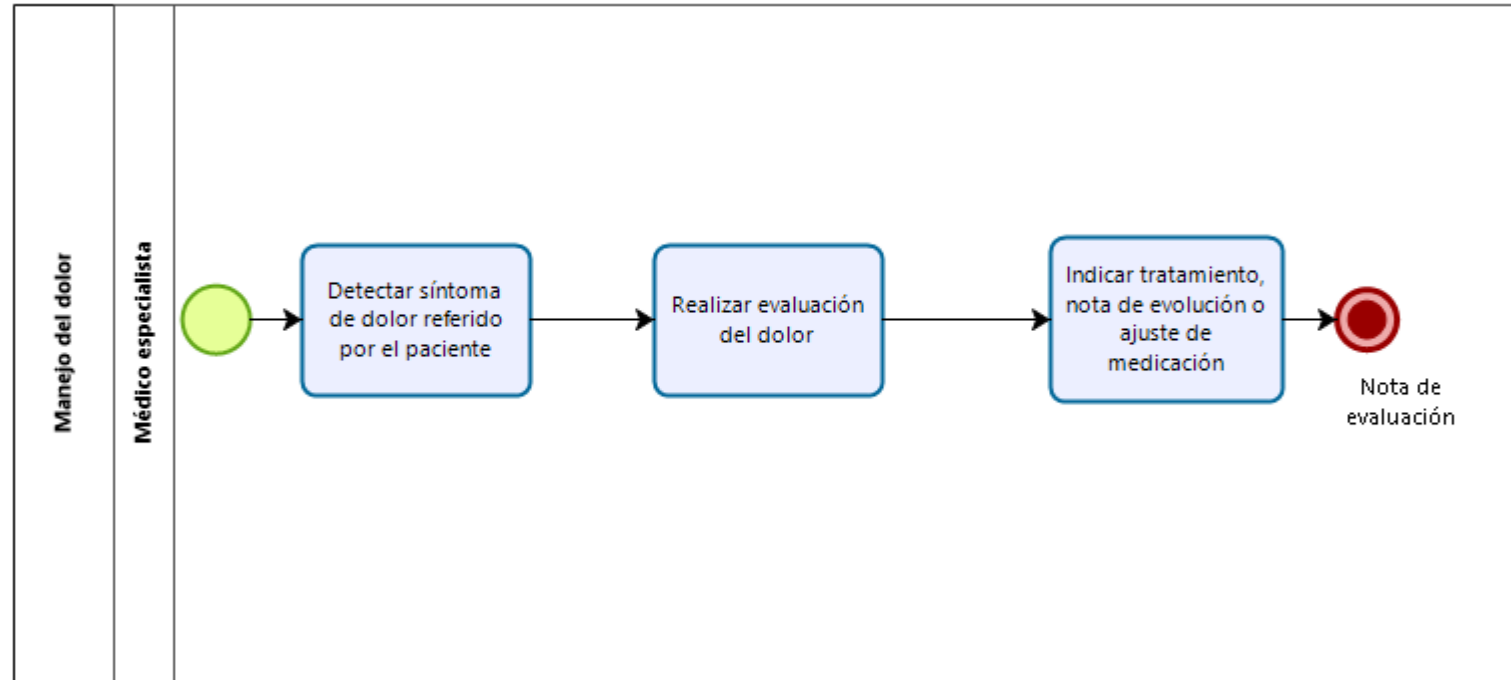
Narrativa del procedimiento de Atención a pacientes hospitalizados

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Cuidados paliativos	Hospitalización	Acude a la visita diaria de hospitalización y se coordina con el médico encargado de piso. El personal del servicio de cuidados paliativos también realiza el seguimiento al paciente hospitalizado y evalúan plan de tratamiento: Indicación y/o ajuste de medicamentos- realiza indicación del ajuste en la hoja de indicaciones médicas del paciente Intervencionismo- seguir el proceso para intervención Informar y orientar- el equipo realiza la orientación, capacitación y resuelven dudas Paciente en agonía- darán la intervención con la familia en caso de ser necesario y Deberán de notificar el caso al personal de psicología para su seguimiento	Pase de visita/receta médica/interconsulta
2	Cuidados paliativos	Hospitalización	Recepción de solicitud de interconsulta del paciente hospitalizado	Respuesta de interconsulta
3	Cuidados paliativos	Hospitalización	Valoración de equipo interdisciplinario en las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del binomio paciente/familia. Se deberá realizar la nota de evolución e indicaciones médicas en el sistema siho e integrarlas en el expediente físico del paciente	Valoración de paciente
4	Cuidados paliativos	Hospitalización	Si el paciente es dado de alta de hospitalización por máximo beneficio. Se explican los objetivos, beneficios y limitaciones del servicio	Egreso

Procedimiento de Manejo del dolor

Ficha del procedimiento	
Nombre	Manejo del dolor
Descripción	Manejo adecuado de la analgesia en pacientes de la unidad de cuidados paliativos
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Cuidados paliativos
Políticas del procedimiento	Medir la intensidad del dolor así tener una adecuada medicación coadyuvante y prevenir/minimizar los efectos colaterales
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Interconsulta
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Manejo del dolor
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Manejo del dolor



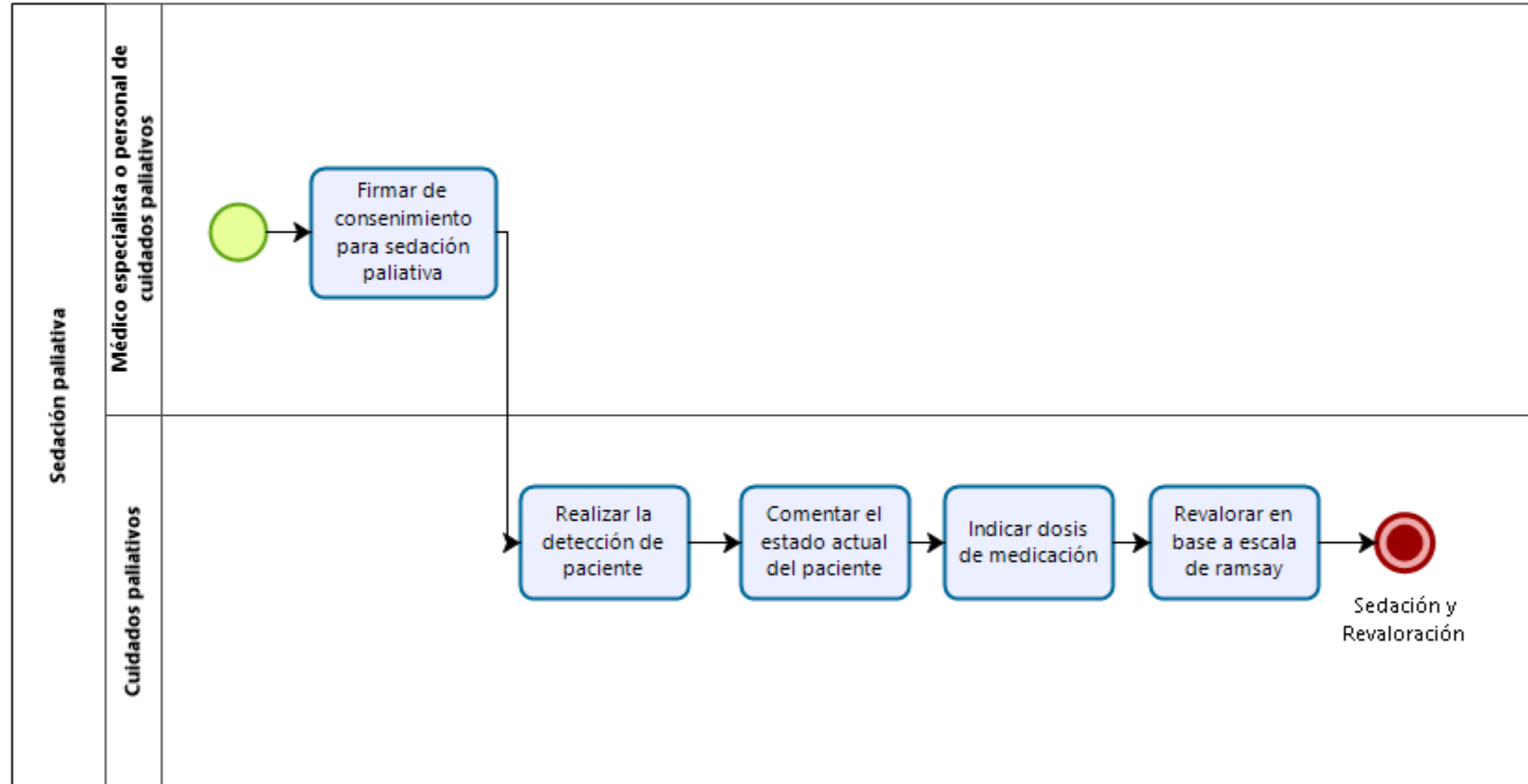
Narrativa del procedimiento de Manejo del dolor

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico especialista	Hospitalización	Detecta síntoma de dolor referido por paciente	Identificación de paciente
2	Médico especialista	Hospitalización	Realiza evaluación del dolor	Evaluación
3	Médico especialista	Hospitalización	Indica tratamiento Si- se realiza nota de evolución No- se realiza ajuste de medicación en hoja de indicaciones, en base a valoración general del paciente y escalas del dolor y se realiza nota de evolución	Nota de evaluación

Procedimiento de Sedación paliativa

Ficha del procedimiento	
Nombre	Sedación paliativa
Descripción	Se busca disminuir el nivel de conciencia del paciente con dosis mínimas necesarias de fármacos para evitar que el paciente perciba el sintoma refractario
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Cuidados paliativos
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del personal médico conocer los diferentes tipos de sedación, así como realizar evaluación continua del nivel de sedación en el que se encuentra y necesita el enfermo
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Indicación y evaluación
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Sedación y revaloración
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Sedación paliativa



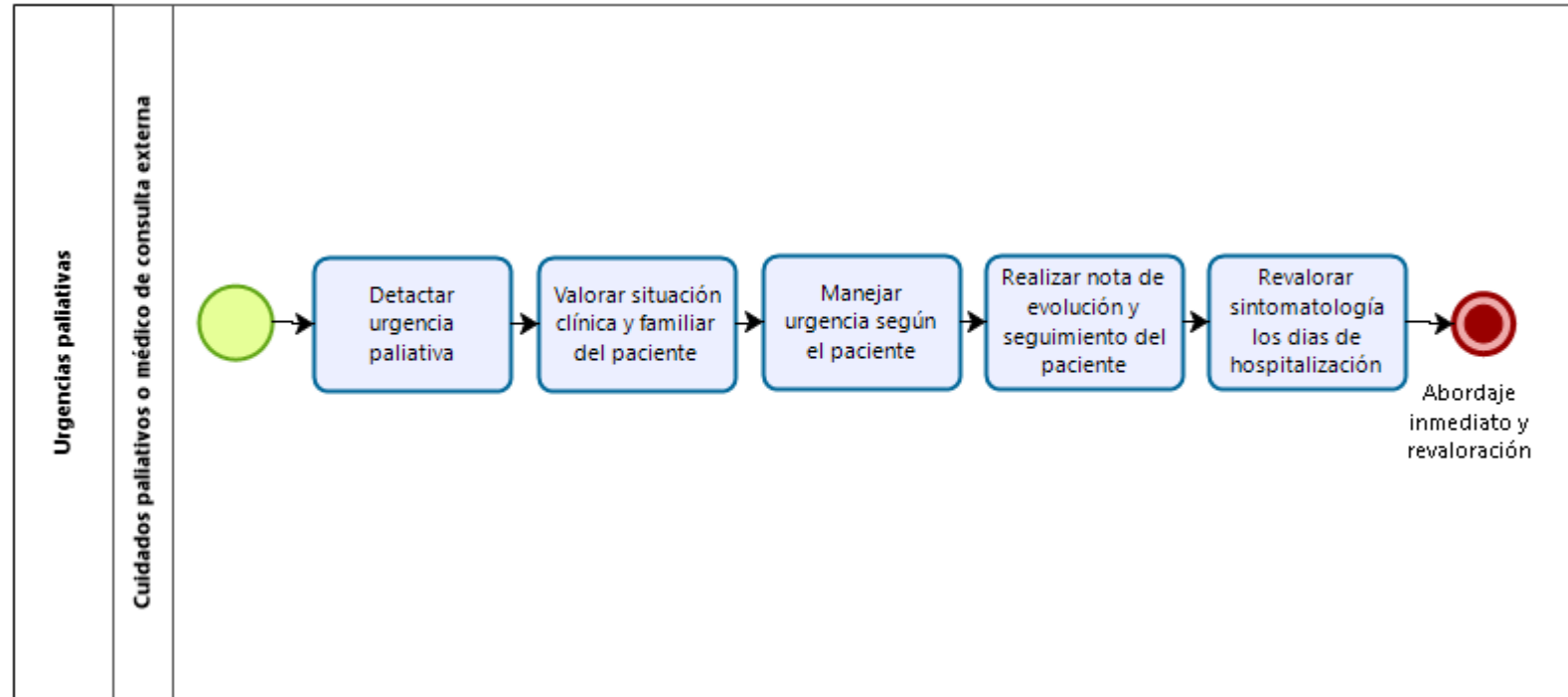
Narrativa del procedimiento de Sedación paliativa

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico especialista o personal de cuidados paliativos	Hospitalización	Firma de consentimiento para sedación paliativa	Consentimiento informado
2	Cuidados paliativos	Hospitalización/ Domicilio particular	Realiza la detección de paciente en área de hospitalización o domicilio del paciente que pudiera ser candidato a sedación paliativa	Detección de paciente
3	Cuidados paliativos	Hospitalización/ Domicilio particular	Comenta al paciente y/o familia el estado actual del paciente para que tengan toda la información y deliberen su consentimiento	Información a paciente/familiar
4	Cuidados paliativos	Hospitalización/ Domicilio particular	Indica dosis de medicación para inducción y dosis de mantenimiento de medicamentos para sedación, registrándola en hoja de indicaciones si el paciente está hospitalizado y en nota de evolución del SIHO	Indicación médica
5	Cuidados paliativos	Hospitalización/ Domicilio particular	Revalora en base a escala de ramsay en los días de estancia del paciente en hospitalización/ domicilio hasta su deceso y se registra en hoja de indicaciones si el paciente está hospitalizado	Sedación y Revaloración

Procedimiento de Urgencias paliativas

Ficha del procedimiento	
Nombre	Urgencias paliativas
Descripción	Identificar las diferentes situaciones en las que se presenta el paciente que puedan significar una urgencia
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Cuidados paliativos
Políticas del procedimiento	La actuación de inicial de cuidados paliativos debe encaminarse a determinar si el paciente se encuentra o no en fase terminal según los requisitos de la guía de práctica clínica en cuidados paliativos. Las urgencias son situaciones que amenazan a corto plazo el equilibrio que venía manteniendo el enfermo y su familia. Puede ocurrir que, objetivamente conlleven un riesgo grave para el paciente o que la percepción de gravedad sea solamente subjetiva
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Valoración
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Abordaje inmediato del servicio cuidados paliativos y revaloración
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Urgencias paliativas



Narrativa del procedimiento de Urgencias paliativas

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Cuidados paliativos o médico de consulta externa	Consulta externa	Detecta urgencia paliativa por el medico de cuidados paliativos o médico encargado de consulta externa	Detección de urgencia
2	Cuidados paliativos o médico de consulta externa	Consulta externa	Valora la situación clínica y familiar del paciente, así como conocer sus deseos o de sus cuidadores Decidir si es necesario su ingreso Si- se procede a ingresar al paciente al área de admisión para su estabilización No- se procede a dar indicaciones de manejo medico en domicilio y se brinda acompañamiento	Valoración
3	Cuidados paliativos o médico de consulta externa	Admisión continua	Se da manejo según la urgencia que presente el paciente: compresión medular, hemorragia, hipercalcemia, insuficiencia respiratoria aguda, estatus epiléptico, síndrome de vena cava o claudicación familiar Si no existe un control de la urgencia: Si- se procede a dar indicaciones de manejo médico para domicilio y se brinda acompañamiento No- procede a ingresar al paciente al área de hospitalización	Manejo de urgencia
4	Cuidados paliativos o médico de consulta externa	Admisión continua/ hospitalización	Realiza nota de evolución y seguimiento del paciente	Nota de evolución
5	Cuidados paliativos o médico de consulta externa	Hospitalización	Revalora sintomatología en los días de estancia del paciente en hospitalización hasta el alta/deceso o manejo en domicilio por máximo beneficio	Revaloración

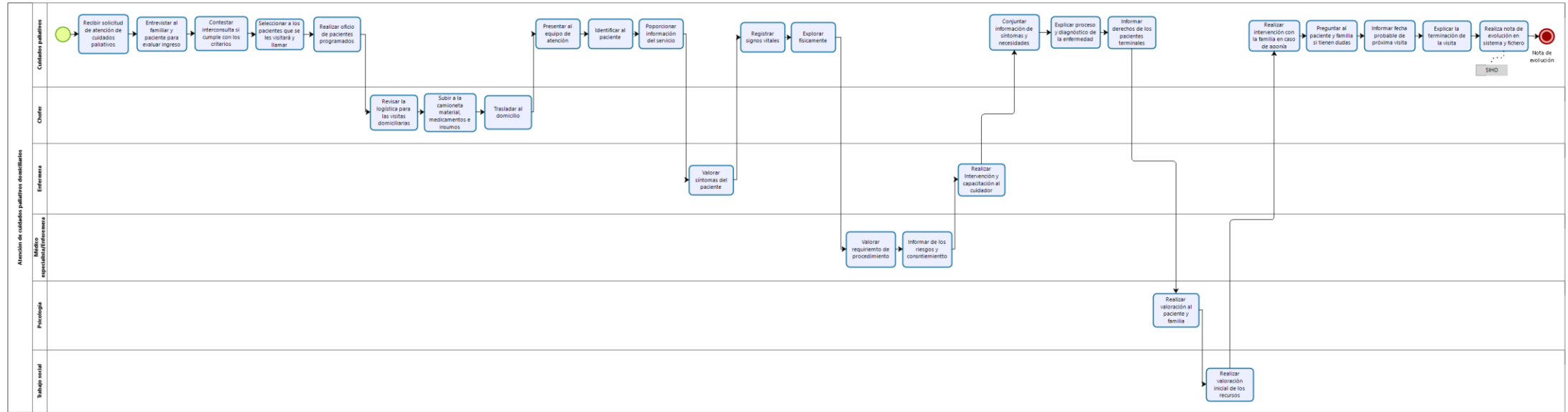
Procedimiento de Atención de cuidados domiciliarios

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención de cuidados paliativos domiciliarios
Descripción	La atención domiciliaria de brinda cuando los pacientes presentan una dificultad de ambulación con karnosfky menor a 40%
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Cuidados paliativos
Políticas del procedimiento	La actuación de inicial de cuidados paliativos debe encaminarse a determinar si el paciente se encuentra o no en fase terminal según los requisitos de la guía de práctica clínica en cuidados paliativos. Las urgencias son situaciones que amenazan a corto plazo el equilibrio que venía manteniendo el enfermo y su familia. Puede ocurrir que, objetivamente conlleven un riesgo grave para el paciente o que la percepción de gravedad sea solamente subjetiva
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	interconsulta formatos de atención domiciliaria
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Atención medica domiciliaria y nota de evolución
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	462 de 673

Modelado del procedimiento de Atención de cuidados paliativos domiciliarios



Narrativa del procedimiento de Atención de cuidados paliativos domiciliarios

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Cuidados paliativos	Consulta externa	Recibe solicitud de atención por parte del equipo de cuidado paliativos consulta externa- se identificó al paciente durante las consultas de paliativos y se ingresa al programa interconsulta- está siendo generada en el sistema por médico tratante. El equipo de cuidados paliativos entrevista al paciente y/o familiar para determinar si cumple con los criterios de ingreso al programa voluntad propia- el equipo de cuidados paliativos realiza entrevista al paciente y/o familiar para determinar sí cumple con los criterios para el ingreso al programa, en caso de que cumpla con estos el equipo de cuidados paliativos deberá gestionar la realización de la interconsulta correspondiente con el médico tratante	Solicitud de atención
2	Cuidados paliativos	Consulta externa	Se entrevista al familiar y/o paciente para determinar si cumple con los criterios de ingreso al programa	Entrevista
3	Cuidados paliativos	Consulta externa	Si cumple con los criterios para el ingreso al programa se contesta interconsulta o realiza nota de evolución en SIHO y se anexa al expediente clínico, si el paciente no cumple se oferta la alternativa de darle seguimiento a través de la consulta externa	Contestación de interconsulta
4	Cuidados paliativos	Consulta externa	Selecciona a los pacientes que se les programara visita y se realiza una llamada a cada paciente para confirmar la visita	Llamada
5	Cuidados paliativos	Consulta externa	Se realiza oficio de pacientes programados	Oficio
6	Chofer	IJC	Revisa la logística para las visitas domiciliarias	Logística
7	Chofer	IJC	Sube a la camioneta oficial el material, medicamentos y demás insumos necesarios para las visitas	Material, medicamentos e insumos
8	Chofer	Traslado	Realiza traslado al domicilio	Traslado

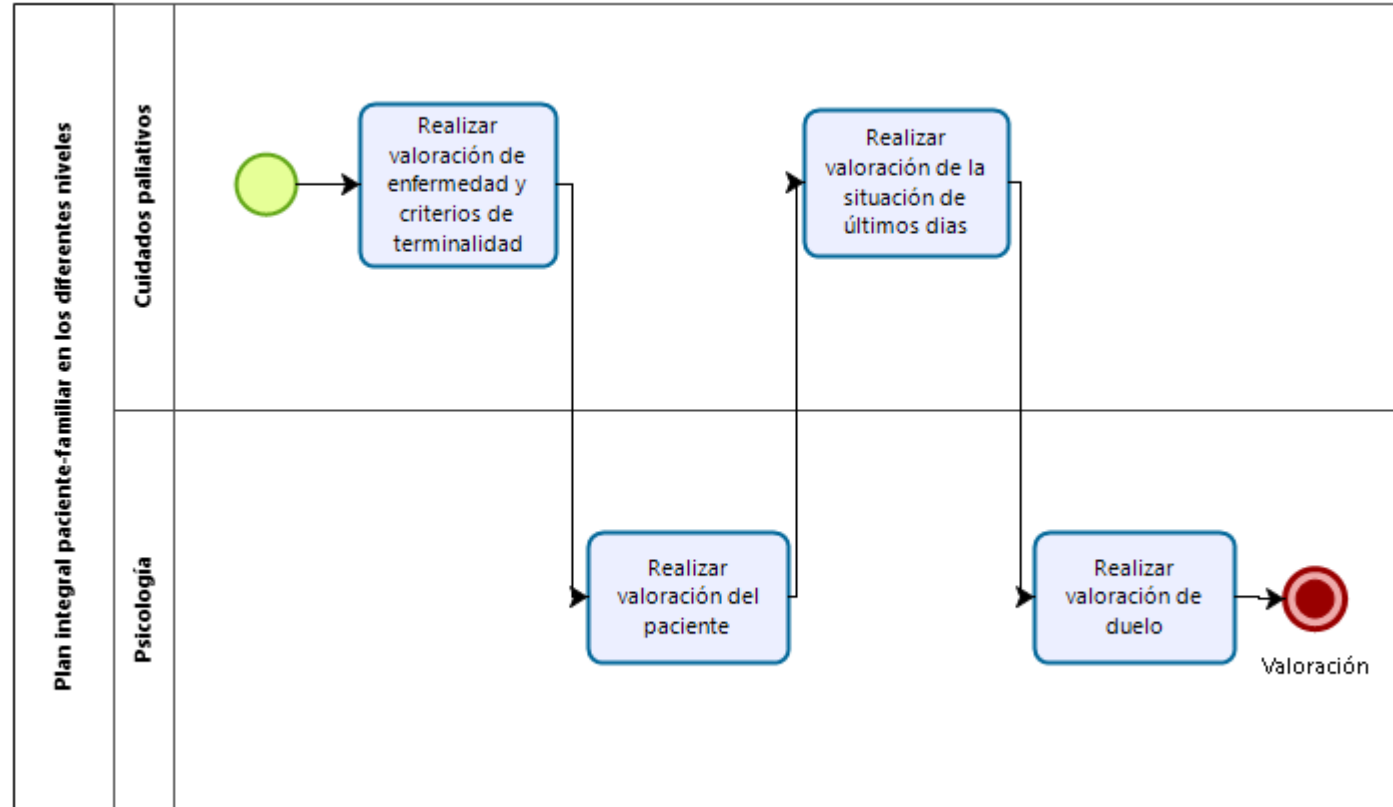
No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
9	Cuidados paliativos	Domicilio	Presenta al equipo de atención	Presentación
10	Cuidados paliativos	Domicilio	Identificación del paciente	Identificación
11	Cuidados paliativos	Domicilio	Informa sobre los objetivos, beneficios y limitaciones del servicio de cuidados paliativos y se entrega el consentimiento informado	Consentimiento informado
12	Enfermera	Domicilio	Valoración de síntomas del paciente mediante interrogatorio directo o indirecto	Valoración
13	Cuidados paliativos	Domicilio	Realiza registro de signos vitales	Registro signos vitales
14	Cuidados paliativos	Domicilio	Explora físicamente al paciente	Exploración física
15	Médico especialista/ enfermera	Domicilio	Conjunta la información sintomática y física y se valora el requerimiento de algún procedimiento: curación de ulcera, colocación de dispositivo subcutáneo, paracentesis u otro procedimiento intervencionista	Valoración
16	Médico especialista/ enfermera	Domicilio	Si requiere la realización de algún procedimiento se le informa al paciente y/o familiar sobre los riesgos y beneficios y firma del paciente/familia el consentimiento informado	Consentimiento informado de procedimiento
17	Enfermera	Domicilio	Realiza intervención y capacitación al cuidador	Intervención y capacitación
18	Cuidados paliativos	Domicilio	Conjunta la información de síntomas con la exploración física y procedimientos realizados para la determinación de necesidades Medicamentos- el medico realiza receta con el medicamento necesario y se explica la dosis, vía de administración y efectos secundarios al paciente y/o familiar Intervencionismo- aplica el procedimiento del mismo	Determinación de necesidades

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
			Orientación- informa al paciente y/o familiar sobre dudas o procesos realizados. Se orienta y capacita a la familia acerca de lo cuidados generales del paciente	
19	Cuidados paliativos	Domicilio	Se explica al paciente y/o familia el proceso y/o pronóstico de la enfermedad	Información a paciente/familiar
20	Cuidados paliativos	Domicilio	Informa sobre los derechos de los pacientes terminales. Si se acepta la información brindada se da a firmar la bitácora de trabajo social	Derechos de pacientes
21	Psicología	Domicilio	Realiza valoración al paciente y familia	Valoración psicológica
22	Trabajo social	Domicilio	Realiza valoración inicial de los recursos que presenta el núcleo familiar y las condiciones en las que se encuentra. en las visitas subsecuentes el apoyo del trabajador social dependerá de las necesidades detectadas	Valoración trabajo social
23	Cuidados paliativos	Domicilio	Si el paciente se encuentra en agonía el equipo realizara intervención con la familia. Se dan opciones para certificado de defunción y se dan las opciones de casas funerarias	Información a familia
24	Cuidados paliativos	Domicilio	Pregunta al paciente/familia si tienen dudas acerca de síntomas, estado físico, medicamentos o información recibida	Información
25	Cuidados paliativos	Domicilio	Informa la fecha probable de próxima visita y se deja la información de contacto del personal	Fecha próxima visita
26	Cuidados paliativos	Domicilio	Explica al paciente/familia la terminación de la visita domiciliaria y el equipo se retira del domicilio	Fin de visita
27	Cuidados paliativos	Domicilio	Realiza nota de evolución en siho y se actualiza la información en el fichero	Nota de evolución

Procedimiento de Plan Integral paciente-familiar en los diferentes niveles

Ficha del procedimiento	
Nombre	Plan integral paciente-familiar en los diferentes niveles de atención
Descripción	Atención continua con el paciente- familiar
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Cuidados paliativos
Políticas del procedimiento	Es parte de los derechos del paciente recibir atención de cuidados paliativos donde sea este su domicilio, por lo cual se trabaja en forma conjunta con paciente-familia y equipo de centros de salud en diferentes partes del estado de Jalisco o fuera de él, siempre que esto sea solicitado por el paciente.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Hojas de valoración
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Atención continua y valoración
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Plan integral paciente-familiar en los diferentes niveles de atención



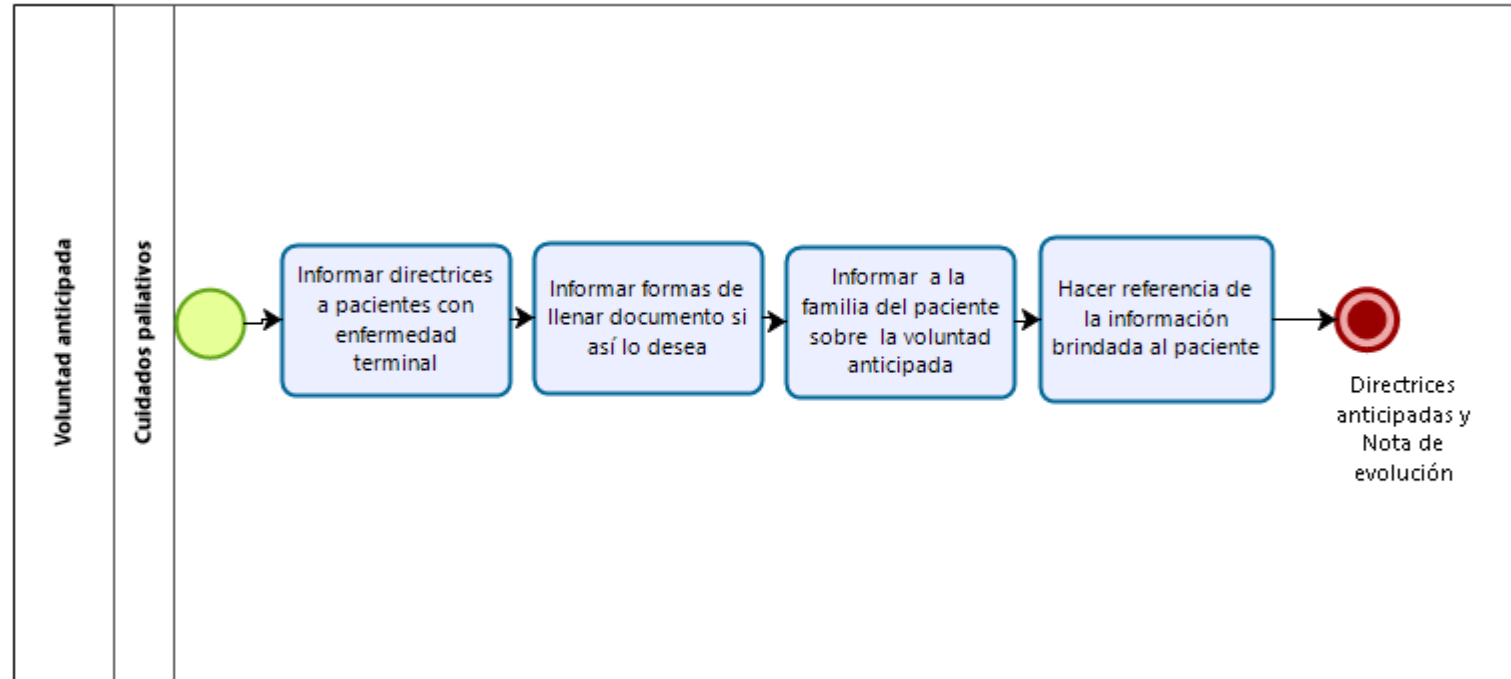
Narrativa del procedimiento de Plan integral paciente-familiar en los diferentes niveles de atención

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Cuidados paliativos	Consulta externa, hospitalización, domicilio	Valora enfermedad y criterios de terminalidad, física y funcional	Valoración
2	Psicología	Consulta externa, hospitalización, domicilio	Realiza valoración psico-emocional, socio-familiar, espiritual, sufrimiento y calidad de vida	Valoración
3	Cuidados paliativos	Consulta externa, hospitalización, domicilio	Realiza valoración de la situación de últimos días	Valoración
4	Psicología	Consulta externa, hospitalización, domicilio	Realiza valoración de duelo	Valoración

Procedimiento de Voluntad anticipada

Ficha del procedimiento	
Nombre	Voluntad anticipada
Descripción	El cumplimiento de los deseos o voluntades del paciente durante el proceso de enfermedad en todos los ámbitos que conlleva una enfermedad terminal
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Cuidados paliativos
Políticas del procedimiento	La ley de Salud y el Código Civil estatal incluye la "voluntad anticipada" como un derecho del paciente para poder decidir sobre las decisiones a tomar en su proceso de enfermedad, así como todo lo relacionado a cualquier voluntad o deseo que tenga el paciente al final de esa vida. Es voluntad del paciente llenar este documento y darle la legalidad que él considere necesario, pudiendo en Jalisco estar formalizado ante notario público o ante la Secretaría de Salud. Debe ser efectuada por una persona mayor de edad o emancipada, con plena capacidad de goce y ejercicio mediante la cual, privilegiando el principio de autonomía.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Directrices anticipadas
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Directrices anticipadas o voluntad anticipada llenado
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Voluntad anticipada



Narrativa del procedimiento de Voluntad anticipada

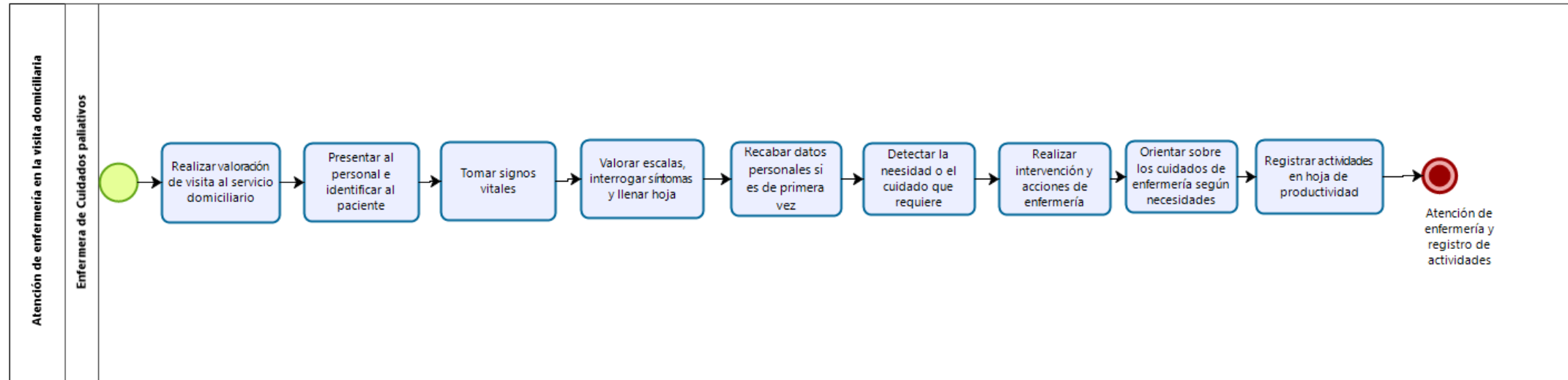
N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Cuidados paliativos	Consulta externa, hospitalización, domicilio	Informa a pacientes con enfermedad terminal acerca de las directrices anticipadas	Información de directrices anticipadas
2	Cuidados paliativos	Consulta externa, hospitalización, domicilio	Si el paciente desea llenar el documento se procede a informar las formas de realizarlo y los requisitos legales para ello	Formato de llenado
3	Cuidados paliativos	Consulta externa, hospitalización, domicilio	Informa a la familia del paciente como parte del acompañamiento conjunto al binomio paciente– familia de los deseos y voluntades del paciente descritos en la voluntad anticipada	Informe a la familia del paciente
4	Cuidados paliativos	Consulta externa, hospitalización, domicilio	Hace referencia en nota de evolución de la información brindada al paciente	Nota de evolución

Procedimiento de para la atención de enfermería en la visita domiciliaria

Ficha del procedimiento	
Nombre	Procedimiento para la atención de enfermería en la visita domiciliaria
Descripción	Proporcionar atención integral al paciente y familia en su domicilio de manera eficaz, oportuna y de calidad
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Cuidados paliativos
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad de la enfermera del servicio de Cuidados Paliativos valorar al paciente de manera integral, respetando su individualidad como ser humano. o Es responsabilidad de la enfermera del servicio de Cuidados Paliativos llenar la hoja de valoración inicial, en la primera visita programada en domicilio a todos los pacientes de primera vez. o Es responsabilidad de la enfermera la enfermera del servicio de Cuidados Paliativos capacitar y orientar al paciente y familia sobre los cuidados y manejo del paciente en su domicilio, asegurándose que haya quedado clara y entendida la información otorgada
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Equipo médico, hoja de enfermería
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Atención de enfermería y registro de actividades
Indicador	No aplica

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	473 de 673

Modelado del procedimiento de Procedimiento para la atención de enfermería en la visita domiciliaria



Narrativa del procedimiento de Procedimiento para la atención de enfermería en la visita domiciliaria

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Enfermera de cuidados paliativos	Domicilio	Realiza valoración de visita al servicio domiciliario de acuerdo a las prioridades de síntomas del paciente	Valoración
2	Enfermera de cuidados paliativos	Domicilio	Realiza presentación del personal de enfermería e identificación del paciente	Presentación e identificación
3	Enfermera de cuidados paliativos	Domicilio	Toma de signos vitales	Toma de signos vitales
4	Enfermera de cuidados paliativos	Domicilio	Valoración de escalas, interrogatorio de síntomas y llenado de hoja de enfermería	Valoración
5	Enfermera de cuidados paliativos	Domicilio	Si el paciente es de primera vez se recaba datos generales del paciente	Datos generales
6	Enfermera de cuidados paliativos	Domicilio	Detecta la necesidad o el cuidado que requiere el paciente	Plan
7	Enfermera de cuidados paliativos	Domicilio	Realiza intervención y acciones de enfermería de acuerdo a las necesidades del paciente	Intervención/ Acciones

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
8	Enfermera de cuidados paliativos	Domicilio	Orienta sobre los cuidados de enfermería que se detecte según las necesidades del paciente y sobre dudas o preguntas por parte del paciente primera vez-orienta el llenado del diario y sus objetivos subsecuente- revisa el diario del paciente e informa síntomas detectados al médico para su intervención	Orientación
9	Enfermera de cuidados paliativos	Domicilio	Se despide del paciente y registra actividades realizadas en la hoja de productividad del servicio de enfermería	Registro de actividades

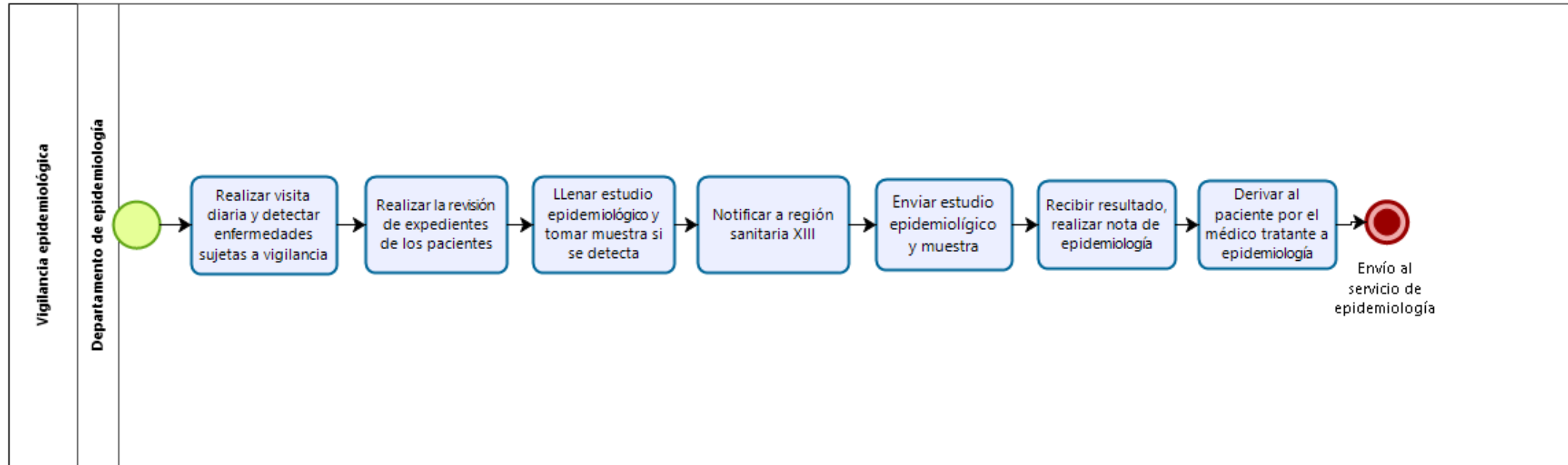
Ficha del servicio de Cuidados paliativos

Nombre del trámite o servicio	Cuidados paliativos
Descripción del servicio	Brindar alivio, aminorar síntomas de dolor en pacientes con enfermedades incurables y mejorar su estado anímico
Documentos que se obtienen con el trámite	No aplica
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Permanente
Usuario(s)	Pacientes
Responsable del servicio	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Domicilio, Ubicación y teléfono	Coronel Calderón No. 715 S.H. Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44280 Primer Piso.
Horario de atención	Lunes a Viernes: 7:00 a.m. a 9:00 p.m.
Requisitos	Variable
Costo, Forma y lugar de pago	Variable, piso 3 caja
Tiempo de respuesta	De acuerdo a disponibilidad en la agenda.
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa
Dirección de Área responsable o equivalente	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	No aplica

Procedimiento de Vigilancia epidemiológica

Ficha del procedimiento	
Nombre	Vigilancia epidemiológica
Descripción	Mecanismo regularizado para conocer y registrar sistemáticamente el comportamiento de las enfermedades y problemas de salud
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Epidemiología
Políticas del procedimiento	Se realizará de forma obligatoria la vigilancia de enfermedades sujetas a notificación y estudio epidemiológico
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Estudio epidemiológico
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Notificación y empleo de estudios epidemiológicos
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Vigilancia epidemiológica



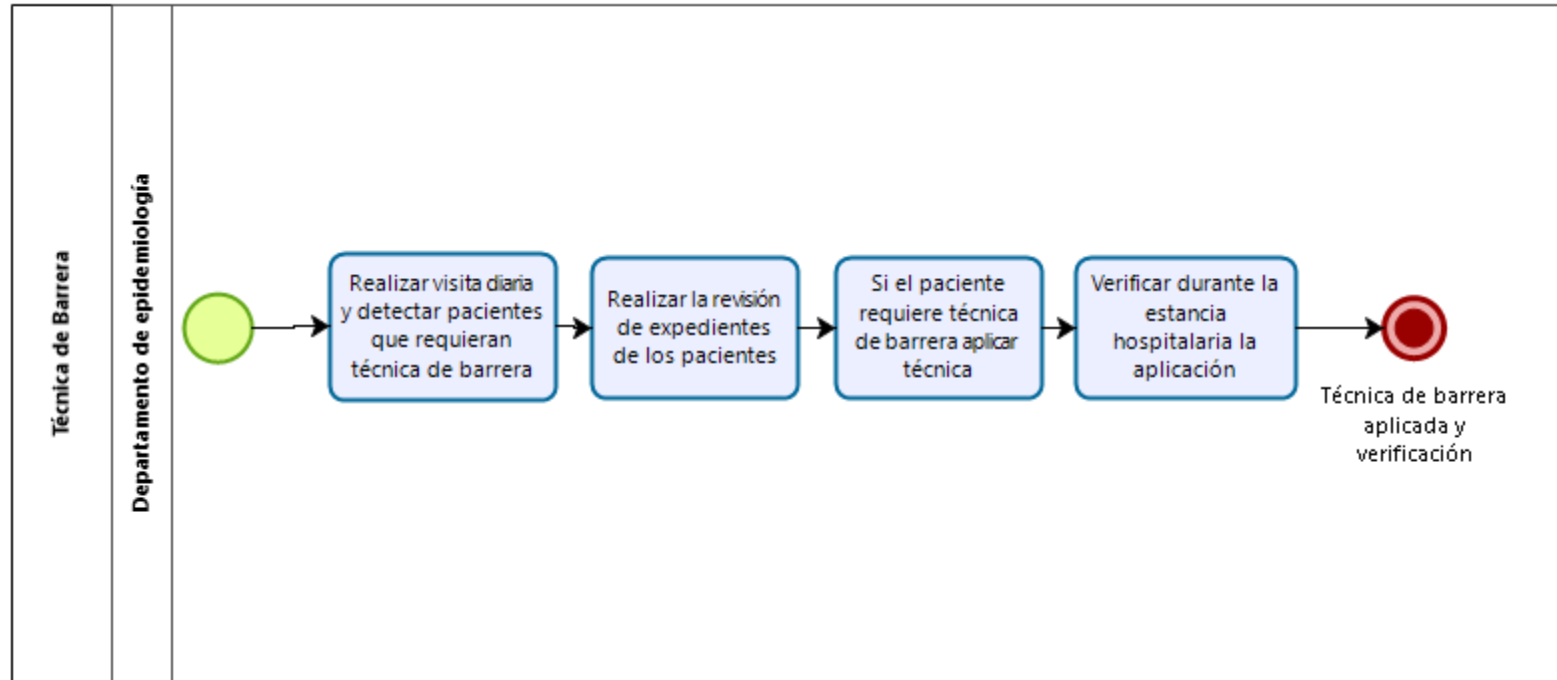
Narrativa del procedimiento de Vigilancia epidemiológica

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Realiza visita diariamente a los pisos de hospitalización en búsqueda de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica	Visita y detección
2	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Realiza la revisión de expedientes de cada uno de los pacientes hospitalizados.	Revisión
3	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Si se detectan enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica se llena estudio epidemiológico, se toma muestra si corresponde y se dan recomendaciones de técnica de barrera de acuerdo al diagnóstico	Estudio epidemiológico
4	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Notifica a región sanitaria XIII, vía telefónica o electrónica según corresponda.	Notificación
5	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Envía estudio epidemiológico y muestra de la paciente región sanitaria XIII, da seguimiento hasta recabar resultado.	Seguimiento
6	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Recibe resultado, lo anexa al expediente del paciente y realiza nota de epidemiología en la última nota del paciente	Nota de epidemiología
7	Departamento de epidemiología	Consulta externa/ Epidemiología	Los pacientes de la consulta externa son derivados por el médico tratante al servicio de epidemiología	Envió al servicio de epidemiología

Procedimiento de Técnicas de barrera

Ficha del procedimiento	
Nombre	Técnicas de barrera
Descripción	Es reducir el riesgo de adquisición de una infección asociada a los cuidados de salud, con la finalidad de proteger a los pacientes, trabajadores y visitantes del Instituto Jalisciense de Cancerología.
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Epidemiología
Políticas del procedimiento	Sera de forma obligatoria el conocimiento y el uso de las técnicas de barrera de acuerdo al diagnóstico del paciente.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Insumos, equipo de protección
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Técnica de barrera aplicada
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Técnicas de barrera



Narrativa del procedimiento de Técnicas de barrera

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Realiza diariamente visita a los pisos de hospitalización para detectar pacientes que requieran aplicar técnicas de barrera	Visita y detección
2	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Realiza la revisión de expedientes de cada uno de los pacientes hospitalizados	Revisión
3	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Si el paciente requiere la aplicación de técnica de barrera se colocará tarjeta y se llena hoja de prevención de infecciones y en caso de ser necesario se aísla. En caso de aislamiento se notifica a los jefes de piso para que se establezcan las medidas de precaución según aislamiento	Tarjeta, hoja de prevención de infecciones, notificación y aislamiento
4	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Verifica durante la estancia hospitalaria del paciente la aplicación de técnicas de barrera	Verificación

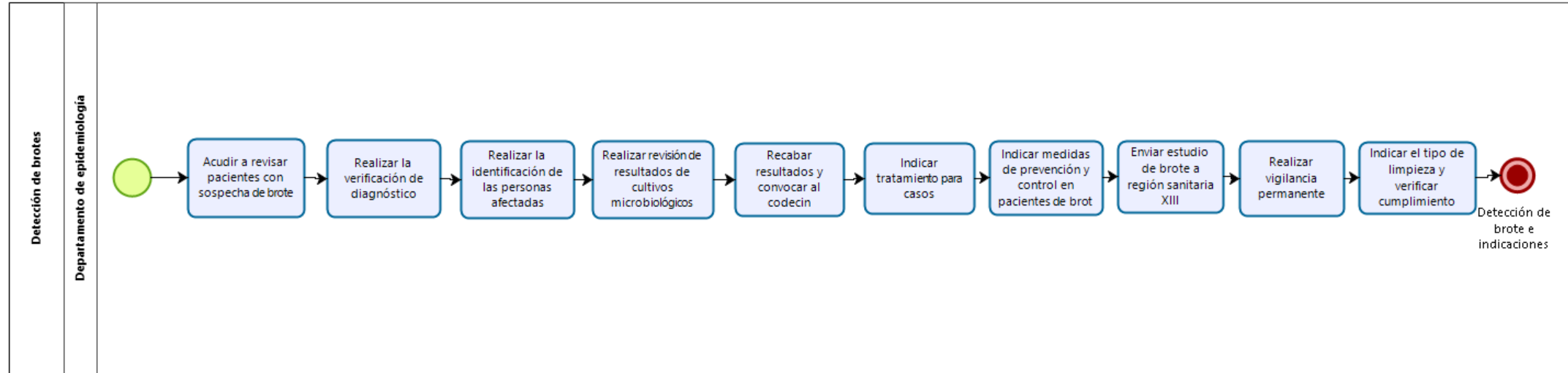
Procedimiento de Detección de brotes

Ficha del procedimiento	
Nombre	Detección de brotes
Descripción	Es la detección, confirmación, comunicación oportuna de casos a los distintos niveles operativos, limitación de infecciones asociadas a los cuidados de salud
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Epidemiología
Políticas del procedimiento	Se realizará en forma obligatoria la vigilancia de pacientes hospitalizados, resultados de cultivos microbiológicos para descartar la presencia de brotes
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Valoración, toma de muestras, resultados de toma de muestra y cultivos
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Detección de brotes e indicaciones
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	484 de 673

Modelado del procedimiento de Detección de brotes



Narrativa del procedimiento de Detección de brotes

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Acude a revisar pacientes con sospecha de brote si se identifica se realizará la notificación a autoridades	Revisión
2	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Realiza la verificación de diagnóstico y se realiza la notificación a médicos tratantes	Verificación
3	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Realiza la identificación de las personas afectadas, elabora croquis e hipótesis sobre fuente y diseminación del brote	Identificación
4	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Realiza revisión de resultados de cultivos microbiológicos y entrega de resultados	Revisión
5	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Recaba resultados y convoca al CODECIN de forma extraordinaria	Resultados
6	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Indican tratamiento para casos	Plan de tratamiento
7	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Indican medidas de prevención y control en pacientes de brote	Indicaciones



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	486 de 673

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
8	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Envía estudio de brote a región sanitaria XIII y se da seguimiento hasta cerrar el brote que corresponde a 2 periodos de incubación	Envío de estudio
9	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Realiza vigilancia permanente para identificar casos nuevos	Vigilancia
10	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Indica el tipo de limpieza y verifica el cumplimiento en las áreas de pacientes en control de brote	Indicaciones

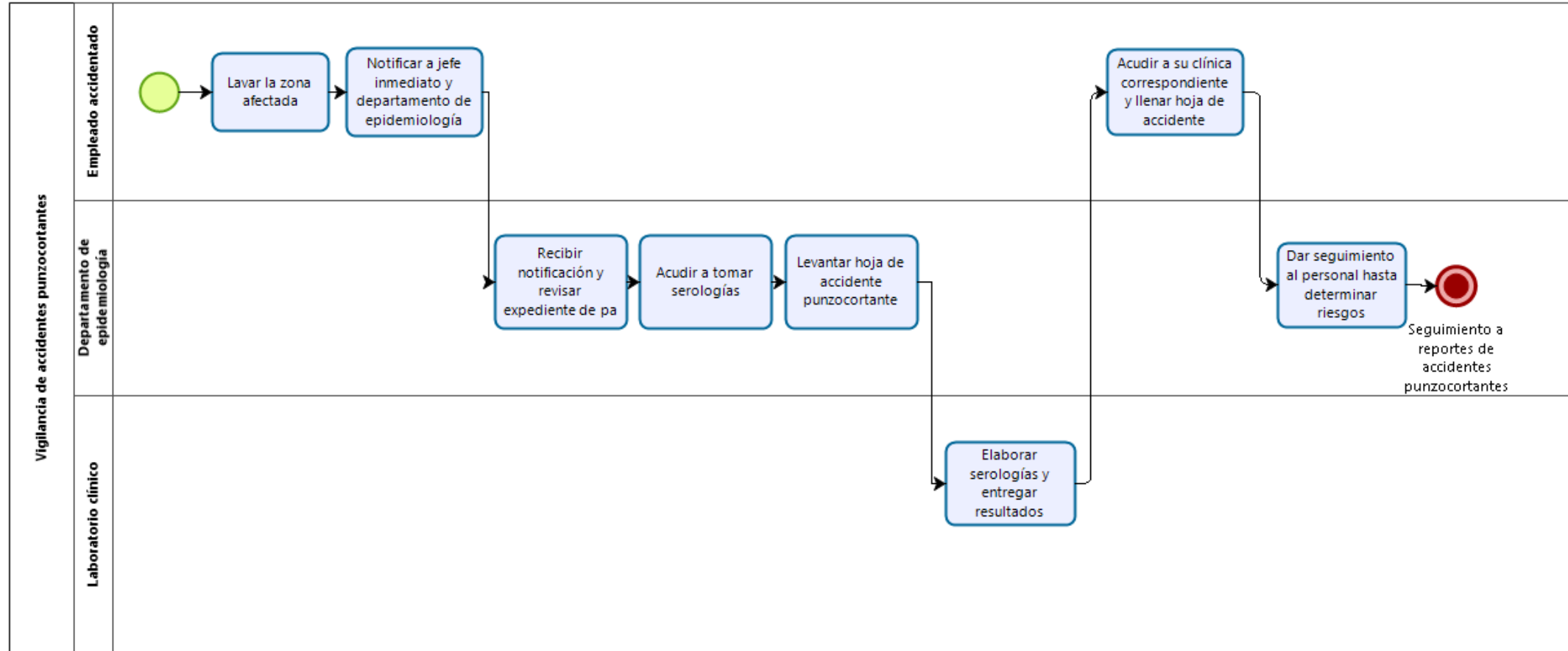
Procedimiento de Vigilancia de accidentes punzocortantes

Ficha del procedimiento	
Nombre	Vigilancia de accidentes punzocortantes
Descripción	Es vigilancia de los trabajadores por el riesgo de adquisición de una infección asociada a los cuidados de salud, con la finalidad de proteger a los pacientes, trabajadores y visitantes del Instituto Jalisciense de Cancerología.
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Epidemiología
Políticas del procedimiento	Se realizará en forma obligatoria la notificación del personal de salud que labora en el Instituto Jalisciense de Cancerología, que haya sufrido un accidente punzocortante.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Reporte
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Seguimiento de reportes de accidentes punzocortantes
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	488 de 673

Modelado del procedimiento de Vigilancia de accidentes punzocortantes



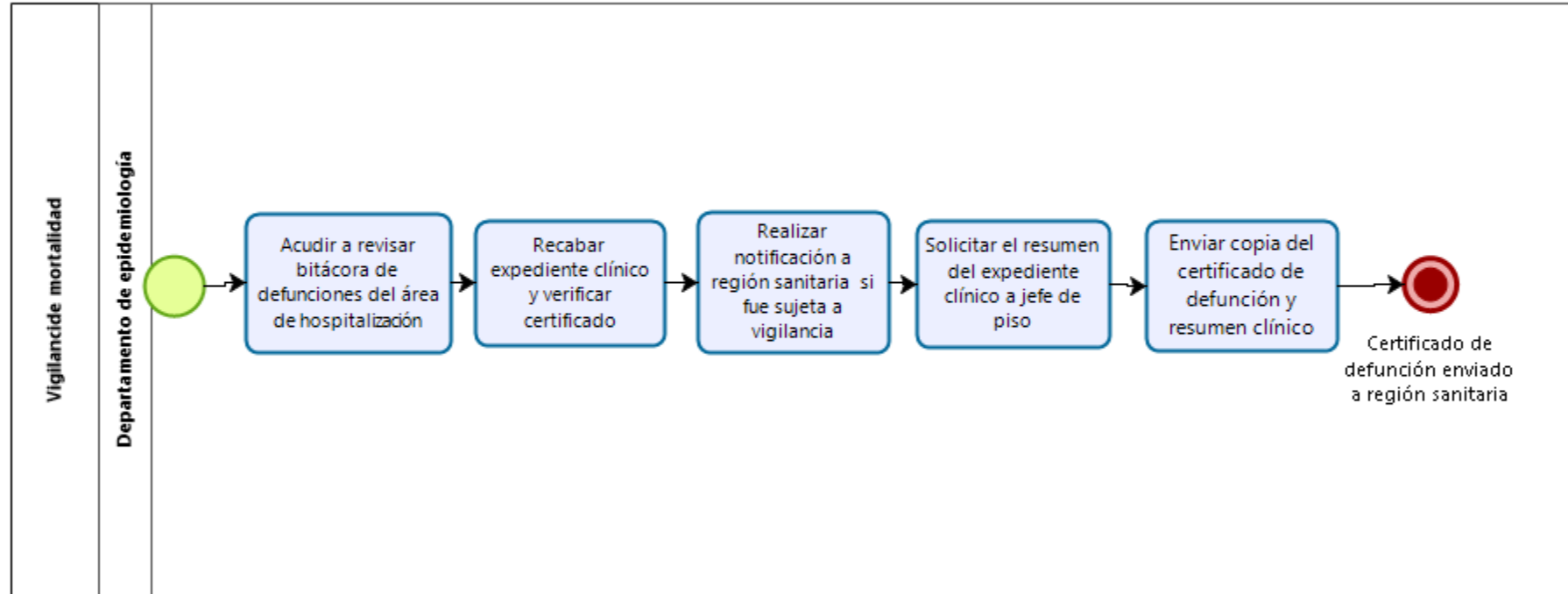
Narrativa del procedimiento de Vigilancia de accidentes punzocortantes

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Empleado accidentado	Área de trabajo	Lava la zona afectada	Lavado
2	Empleado accidentado	Área de trabajo	Notifica a jefe inmediato y al departamento de epidemiología el accidente	Notificación
3	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Recibe notificación y procede a revisar expediente del paciente buscando factores de riesgo y serología tomadas con anterioridad	Revisión de expedientes
4	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Acude con médico tratante y paciente para tomar serologías de hepatitis B, C y VIH	Notificación médica tratante
5	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Levanta hoja de accidente punzocortante, evalúa esquema de vacunación y explica el procedimiento de seguimiento y se envía a clínica correspondiente	Hoja de accidente
6	Laboratorio clínico	hospitalización	Elabora serologías VIH, hepatitis B, C y entrega resultados solamente al personal del departamento de epidemiología	Toma de serologías
7	Empleado accidentado	Clínica	Acude a su clínica correspondiente a que le llenen su hoja de accidente de trabajo y la entregará en el área de recursos humanos del IJC y acude a su seguimiento serológico	Hoja de accidente y entrega recurso humanos
8	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Epidemiología da seguimiento al personal hasta la determinación de riesgos	Seguimiento

Procedimiento de Vigilancia de mortalidad

Ficha del procedimiento	
Nombre	Vigilancia de mortalidad
Descripción	Es conocer las tendencias y causas de mortalidad del Instituto Jalisciense de Cancerología.
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Epidemiología
Políticas del procedimiento	Se realizará en forma obligatoria la vigilancia de mortalidad, notificación de muertes sujetas a vigilancia epidemiológica y mortalidad materna.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Reporte y formatos de mortalidad
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Notificación de mortalidad
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Vigilancia de mortalidad



Narrativa del procedimiento de Vigilancia de mortalidad

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Acude a revisar bitácora de defunciones de áreas de hospitalización para captar a pacientes que fallecieron en guardia previa	Bitácora de defunciones
2	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Después de captar a pacientes, recaba expediente clínico y verifica certificado de defunción para recabar los diagnósticos de defunción	Recabar diagnósticos de defunción
3	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Si la muerte es sujeta a vigilancia epidemiológica se realizará notificación a región sanitaria XIII	notificación
4	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Posterior a la notificación se solicita el resumen del expediente clínico a jefe de piso	Resumen
5	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Envía copia del certificado de defunción y resumen clínico a región sanitaria XIII	Envío de copia de certificado

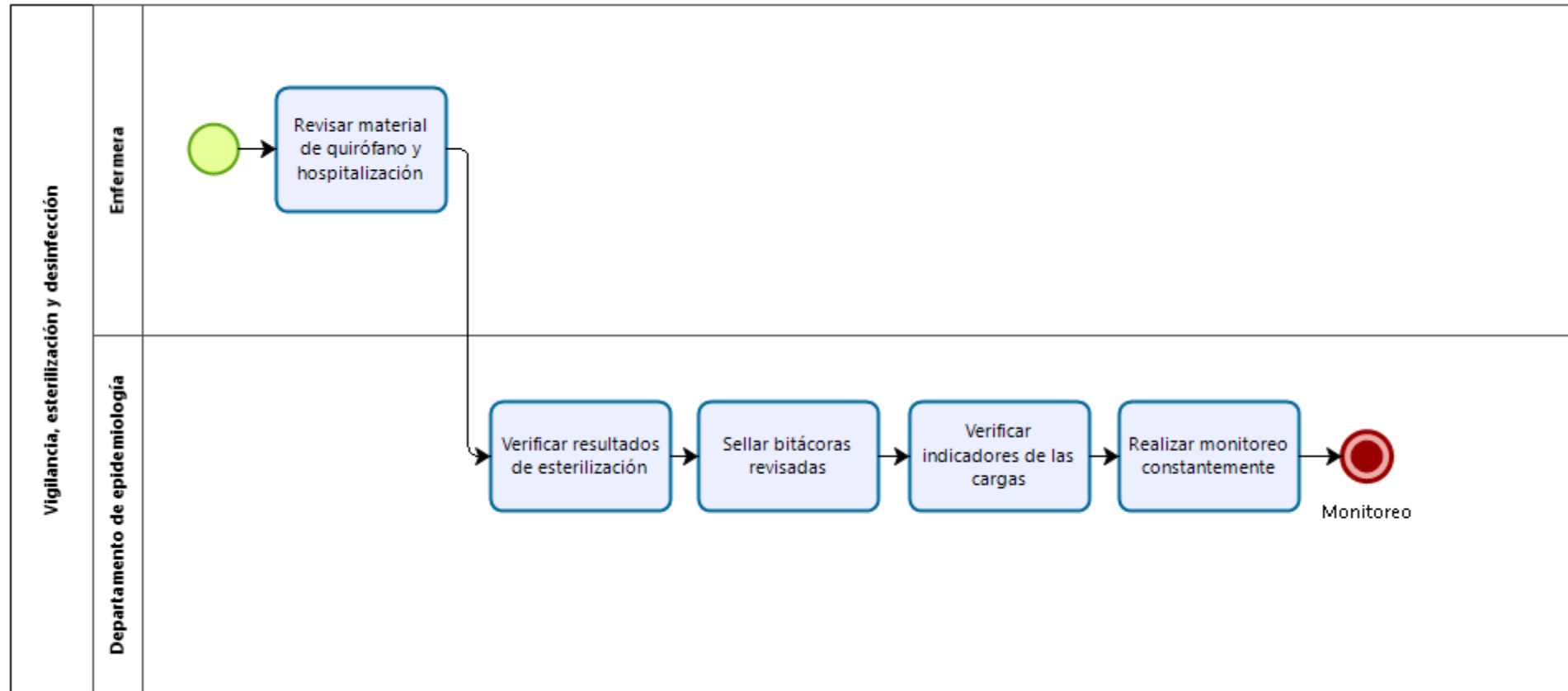
Procedimiento de Vigilancia, esterilización y desinfección

Ficha del procedimiento	
Nombre	Vigilancia, esterilización y desinfección
Descripción	Es el eliminar el riesgo de infecciones asociadas a los servicios de la salud en pacientes que son sometidos a algún proceso invasivo o quirúrgico.
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Epidemiología
Políticas del procedimiento	Se realizará en forma obligatoria la vigilancia del proceso de esterilización y desinfección en el Instituto Jalisciense de Cancerología.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Instrumentos, equipo y material para procedimientos de esterilización y desinfección
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Garantizar la vigilancia y control de esterilización y desinfección
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	494 de 673

Modelado del procedimiento de Vigilancia, esterilización y desinfección



Narrativa del procedimiento de Vigilancia, esterilización y desinfección

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Enfermera	CEYE	Recibe material de quirófano y hospitalización, revisa limpieza y funcionamiento del mismo	Recepción y verificación
2	Departamento de epidemiología	CEYE	Verificación de resultados de proceso de esterilización en cualquier parte del proceso día, hora o mes	Verificación de resultados
3	Departamento de epidemiología	CEYE	Sella bitácoras revisadas	Bitácoras
4	Departamento de epidemiología	CEYE	Verifica indicadores de las cargas, si el indicador de resultado es positivo, se re esteriliza, se realiza análisis causal y presenta análisis en el CODECIN	Verificación de indicador
5	Departamento de epidemiología	CEYE	Realiza monitoreo constante	Monitoreo

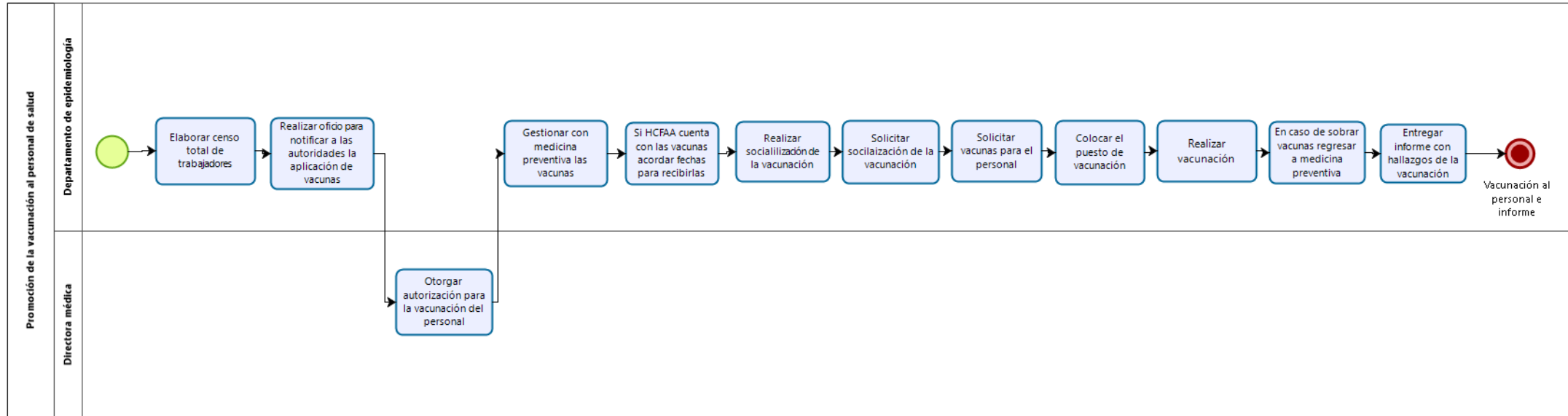
Procedimiento de Promoción de la vacunación a personal de salud

Ficha del procedimiento	
Nombre	Promoción de la vacunación a personal de salud
Descripción	Proteger a los trabajadores de la salud de los pacientes infectados, y a su vez se puede proteger al paciente de los trabajadores de la salud infectados, evitando que actúen como fuente de propagación
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Epidemiología
Políticas del procedimiento	El departamento de epidemiología es responsable de Promover en el personal que labora en el Instituto Jalisciense de Cancerología el aplicarse las inmunizaciones recomendadas para su protección.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Biológicos, insumos
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Vacunación al personal e informe
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	497 de 673

Modelado del procedimiento de Promoción de la vacunación al personal de salud



Narrativa del procedimiento de Promoción de la vacunación al personal de salud

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Elabora censo total de trabajadores del IJC	Censo
2	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Realiza oficio para notificar a las autoridades los días, lugar y vacunas a aplicar al personal solicitando el visto bueno y aprobación	Oficio
3	Directora médica	Dirección médica	Otorgar autorización para la vacunación del personal, notificando al departamento de epidemiología	Autorización
4	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Gestiona con el departamento de medicina preventiva del HCFAA el otorgamiento de las vacunas que requiere	Gestión
5	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Si el HCFAA cuenta con las vacunas solicitadas se acuerdan fechas y el personal irá a recibirlas	Agenda
6	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Realiza sociabilización de la vacunación, así como sensibilización al personal para acudir a vacunarse en la fecha y lugar indicados	Sociabilización
7	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Solicita vacunas para el personal según programa y acuerdo con el departamento de medicina preventiva del HCFAA	Solicitud

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
8	Departamento de epidemiología	Área asignada	Coloca el puesto de vacunación	Puesto de vacunación
9	Departamento de epidemiología	Área asignada	Realiza la vacunación	Vacunación
10	Departamento de epidemiología	Área asignada	En caso de quedar insumos para la vacunación se deberá regresar al departamento de medicina preventiva, contabilizados y con las características de los insumos	Entrega de insumos sobrantes
11	Departamento de epidemiología	Área asignada	Entrega informe con los hallazgos de la vacunación (total de personal vacunado etc)	Informe

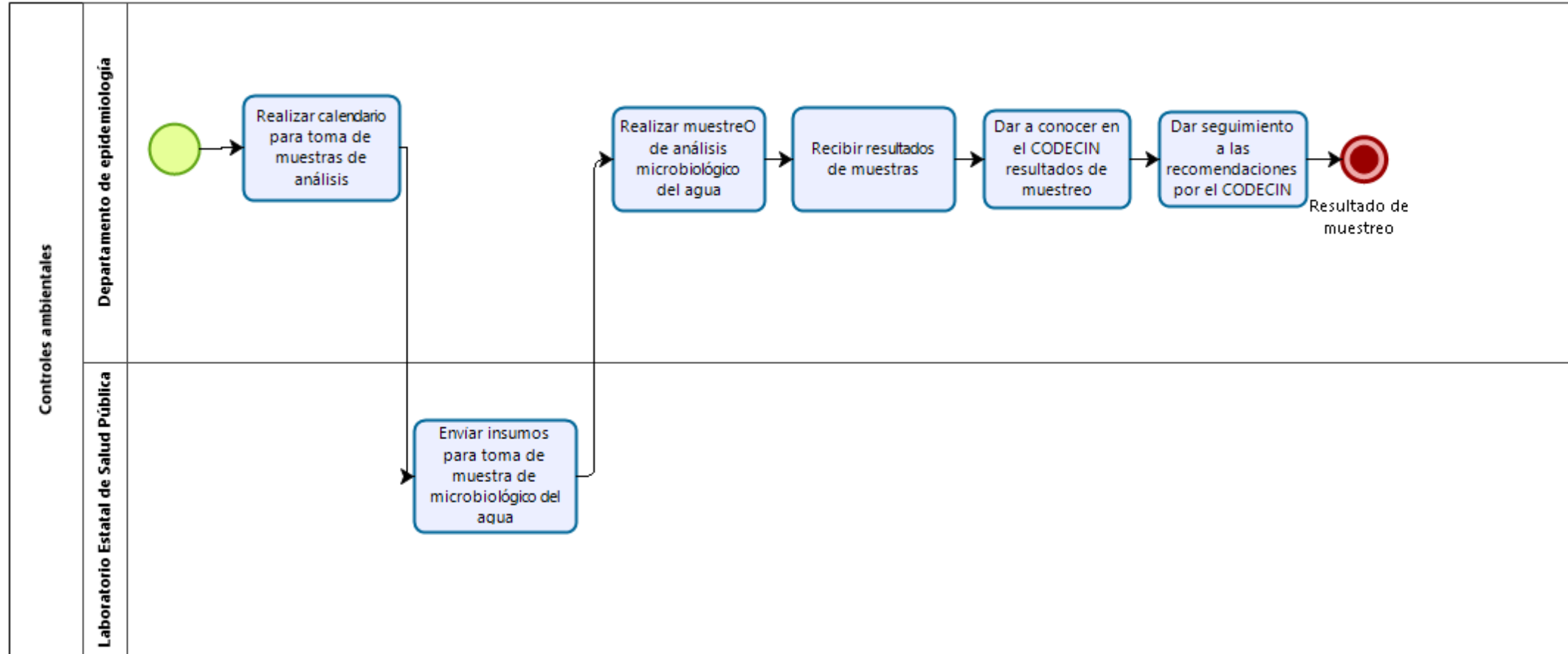
Procedimiento de Controles ambientales

Ficha del procedimiento	
Nombre	Controles ambientales
Descripción	Se trata de reducir riesgo de adquisición de una infección asociada a los cuidados de salud, con la finalidad de proteger a los pacientes, trabajadores y visitantes del Instituto Jalisciense de Cancerología.
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Epidemiología
Políticas del procedimiento	Se realizará en forma obligatoria controles ambientales en áreas hospitalarias del Instituto Jalisciense de Cancerología.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Equipo, recipientes isotérmicos, frascos, bolsa de plástico, solución desinfectante, etiquetas
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Condiciones documentadas, especificaciones sanitarias establecidas
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	501 de 673

Modelado del procedimiento de Controles ambientales



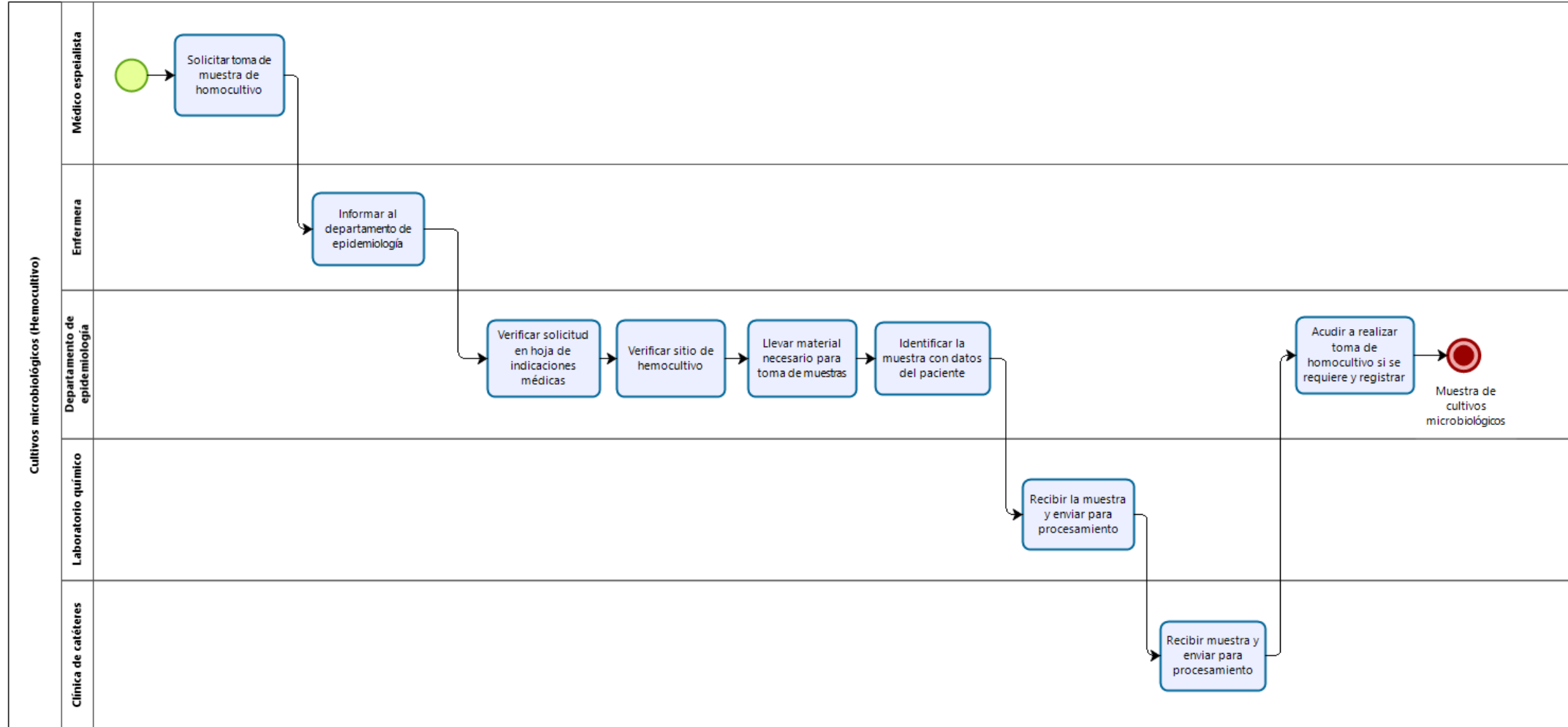
Narrativa del procedimiento de Controles ambientales

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Realiza calendario para toma de muestras de análisis microbiológico del agua, hisopo de moore y spira y coliformes superficiales	Calendario de muestreo
2	Laboratorio estatal de salud pública	Laboratorio estatal	Envía insumos para toma de muestra de microbiológico del agua, hisopo moore y spira y coliformes de superficie	Formato de muestras
3	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Realiza muestreo de análisis microbiológico del agua en áreas hospitalarias del IJC, realiza envío de muestra a LESP	Formato de envío de muestras
4	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Recibe resultados de muestras	Resultados de muestreo
5	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Analiza los resultados de las muestras, si estos obtuvieron resultados positivos se dan a conocer a la dirección médica para la definición inmediata de acciones correctivas	Resultados de muestreo
6	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Da a conocer en el codecin, el análisis de las muestras y en caso necesario se realizan Actividades correctivas	Resultados de muestreo
7	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Da seguimiento a las recomendaciones o acciones que se hayan determinado en el CODECIN	Resultados de muestreo

Procedimiento de Cultivos microbiológicos

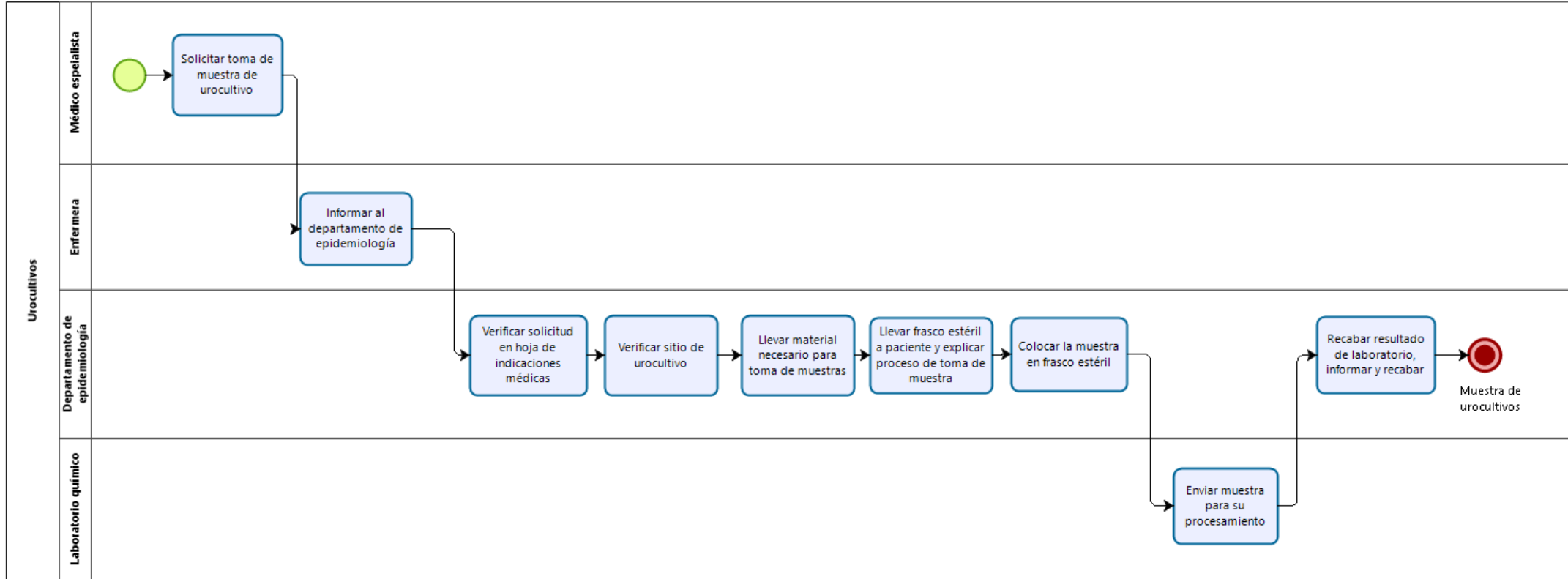
Ficha del procedimiento	
Nombre	Cultivos microbiológicos
Descripción	Se realizará toma de cultivos microbiológicos a pacientes con sospecha de infecciones asociadas a los servicios de salud
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Epidemiología
Políticas del procedimiento	Conocer los microorganismos presentes en pacientes, conocer el patrón de sensibilidad y resistencia de los microorganismos para la terapia antibiótica por médico tratante. Establecer medidas de prevención y control en caso de bacterias multirresistentes y realizar la forma de cultivos con la mayor técnica aséptica para evitar contaminaciones
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Insumos e instrumentos para la toma de muestra de cultivo
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Muestra de cultivos microbiológicos
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Cultivos microbiológicos



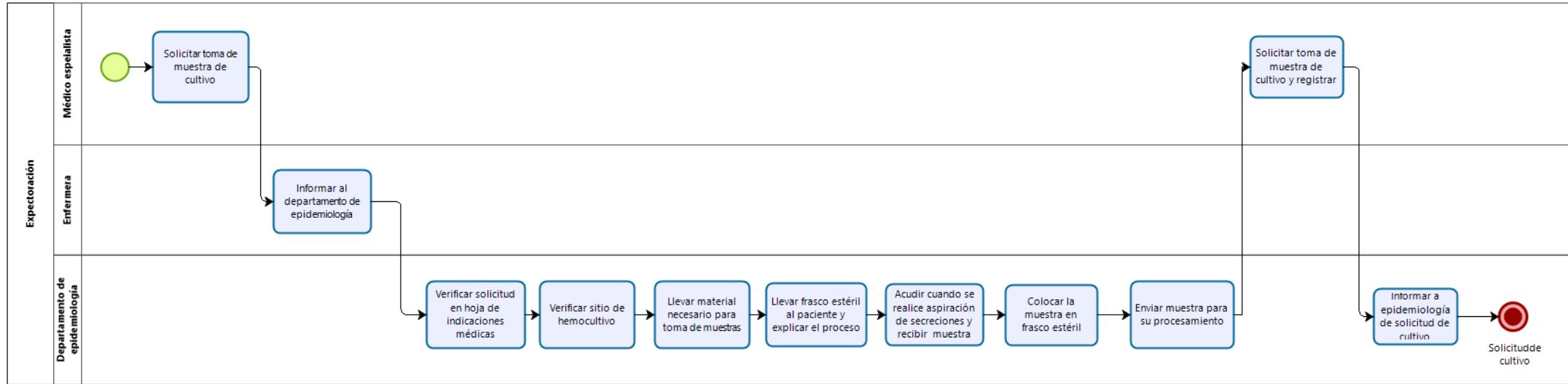


Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	505 de 673



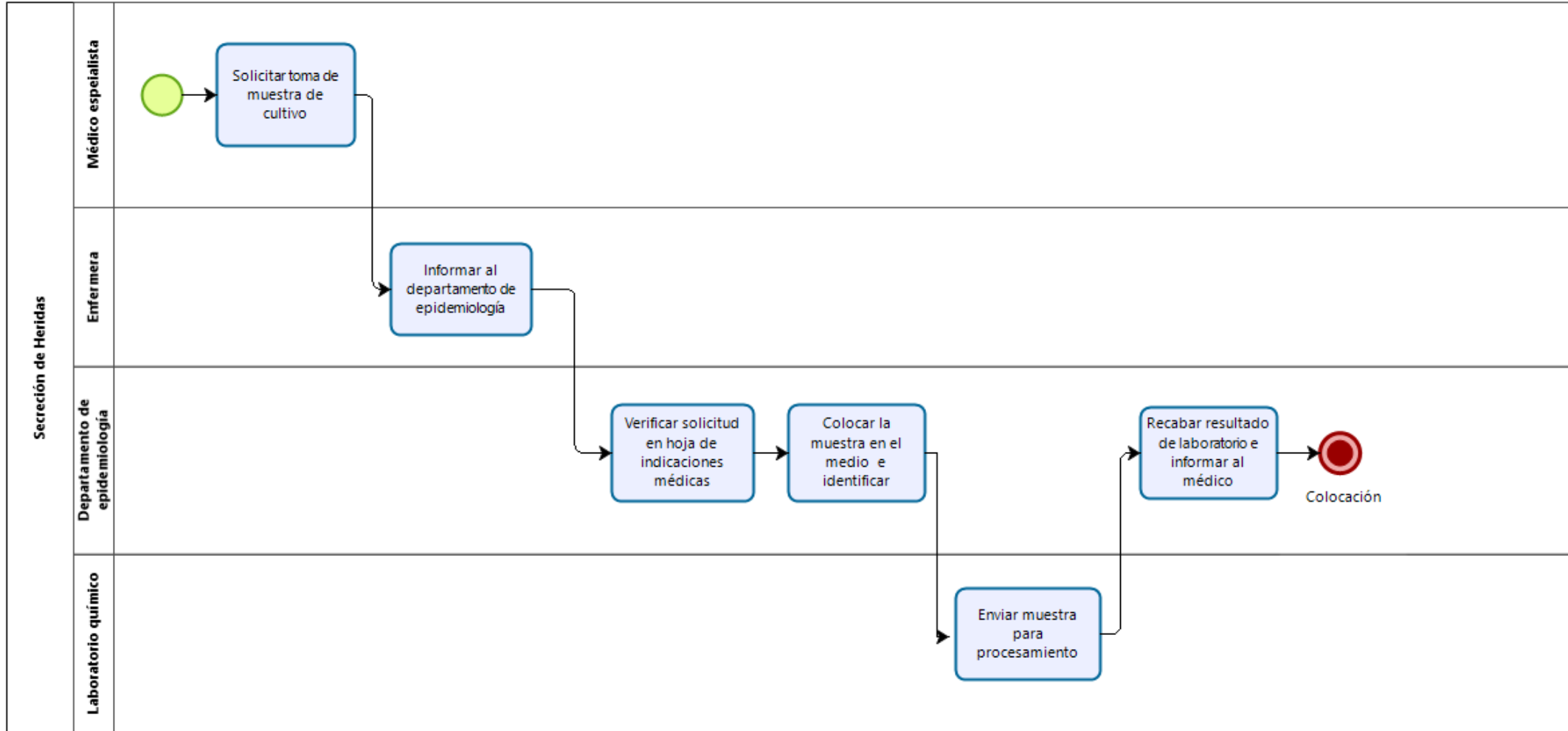


Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	506 de 673





Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	507 de 673



Narrativa del procedimiento de Cultivos microbiológicos

Hemocultivo

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico especialista	Hospitalización	Solicita toma de muestra de hemocultivo, lo registra en indicaciones médicas.	Solicitud y registro
2	Enfermera	Hospitalización	Informa al departamento de epidemiología de solicitud de hemocultivo.	Solicitud
3	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Verifica solicitud en hoja de indicaciones médicas, acude a identificar al paciente, y explica procedimiento a realizar.	Verificación
4	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Verifica sitio de hemocultivo	Verificación
5	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Lleva material necesario para toma de muestras, posiciona al paciente, realiza la antisepsia del sitio elegido, y toma la muestra	Insumos
6	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Identifica la muestra con datos del paciente, llena solicitud de laboratorio, registra a paciente en libre de toma de muestras de epidemiología, lleva a laboratorio.	Identificación
7	Laboratorio clínico	Laboratorio clínico	Recibe la muestra y la envía para su procesamiento, y entrega resultados.	Recepción y envío de muestra
8	Clínica de catéteres	Hospitalización	Si se solicita hemocultivo por CVC, acude a realizar toma de la muestra, entrega frasco a departamento de epidemiología y registra en bitácora de catéteres	Toma de muestra
9	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Recaba resultado de laboratorio, informa a médico y anexa al expediente.	Resultado

Urocultivo

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico especialista	Hospitalización	Solicita toma de muestra de urocultivo, lo registra en indicaciones médicas.	Solicitud y registro
2	Enfermera	Hospitalización	Informa al departamento de epidemiología de solicitud de urocultivo.	Solicitud
3	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Verifica solicitud en hoja de indicaciones médicas, acude a identificar al paciente, y explica procedimiento a realizar.	Verificación
5	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Lleva material necesario para toma de muestras, pinza, realiza la limpieza de puerto de bolsa colectora de orina a chorro medio	Insumos
6	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Lleva frasco estéril a paciente, explica sobre proceso para la toma de la muestra, medidas de antisepsia, para obtener orina en chorro medio.	Insumos
7	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Coloca la muestra en frasco estéril, la identifica con nombre del paciente, cama, fecha y hora, registra en libreta de cultivos llena solicitud de laboratorio, y la lleva.	Solicitud de laboratorio
8	Laboratorio clínico	Laboratorio clínico	Recibe la muestra y la envía para su procesamiento, y entrega resultados.	Envío

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
9	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Recaba resultado de laboratorio, informa a médico y anexa al expediente.	Resultado

Expectoración

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico especialista	Hospitalización	Solicita toma de muestra de cultivo, lo registra en indicaciones médicas.	Solicitud y registro
2	Enfermera	Hospitalización	Informa al departamento de epidemiología de solicitud de cultivo.	Solicitud
3	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Verifica solicitud en hoja de indicaciones médicas, acude a identificar al paciente, y explica procedimiento a realizar.	Verificación
4	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Verifica sitio de hemocultivo	Verificación
5	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Lleva material necesario para toma de muestras, pinza, realiza la limpieza de puerto de bolsa colectora de orina a chorro medio	Insumos

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
6	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Lleva frasco estéril a paciente, explica sobre proceso para la toma de la muestra, coloca al paciente en semifowler, se pide que tosa con fuerza y deposita la muestra en frasco, el cual cierra de nuevo	Colocación
7	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Acude cuando se realice aspiración de secreciones, lava las manos, coloca guantes cubre bocas, prepara frasco y recibe muestra de aspirado bronquial.	Recepción de muestra
8	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Coloca la muestra en frasco estéril, la identifica con nombre del paciente, cama, fecha y hora, registra en libreta de cultivos llena solicitud de laboratorio, y la lleva.	Solicitud de laboratorio
9	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Recibe la muestra y la envía para su procesamiento, y entrega resultados.	Resultado

Secreción de heridas

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico especialista	Hospitalización	Solicita toma de muestra de cultivo, lo registra en indicaciones médicas.	Solicitud y registro
2	Enfermera	Hospitalización	Informa al departamento de epidemiología de solicitud de cultivo.	Solicitud



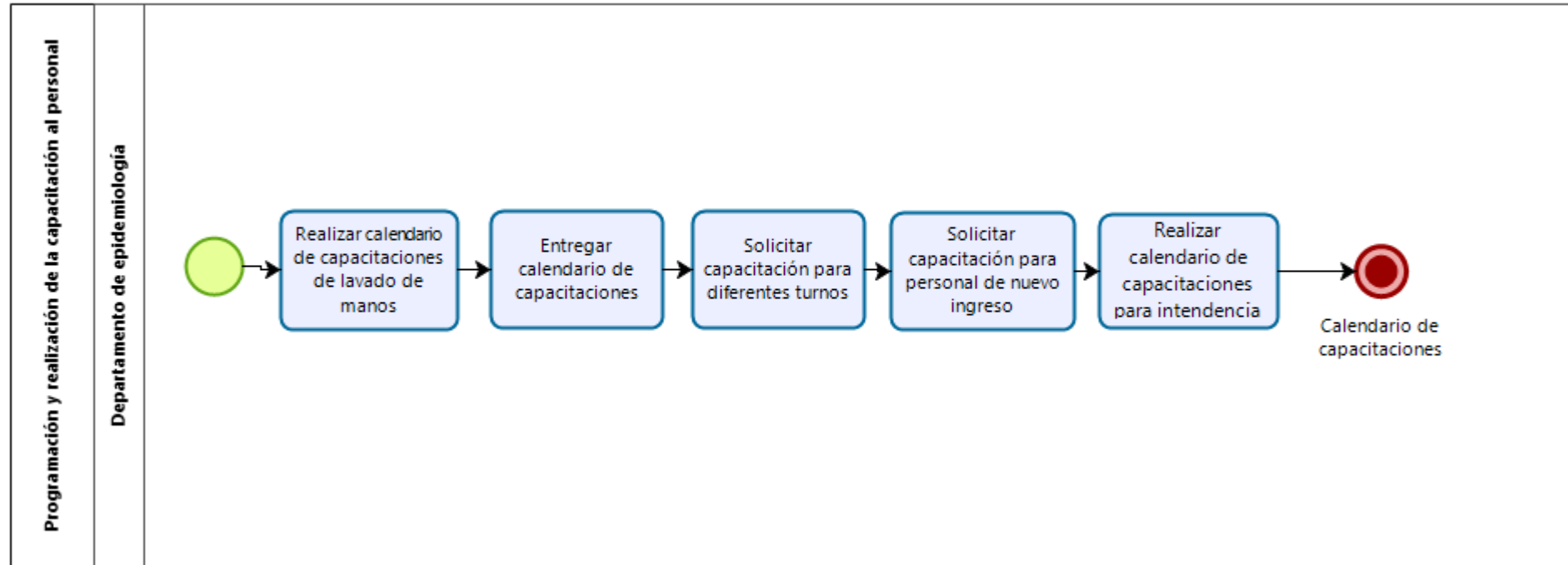
Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	512 de 673

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
3	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Verifica solicitud en hoja de indicaciones médicas, acude a identificar al paciente, y explica procedimiento a realizar.	Verificación
4	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Coloca la muestra el medio y la cierra, la identifica con nombre del paciente, cama, fecha y hora, registra en libreta de cultivos llena solicitud de laboratorio, y la lleva	Solicitud de laboratorio
5	Laboratorio clínico	Laboratorio clínico	Recibe la muestra y la envía para su procesamiento, y entrega resultados.	Formato de envío de muestras
6	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Recaba resultado de laboratorio, informa a médico y anexa al expediente.	Colocación

Procedimiento de Programación y realización de la capacitación al personal

Ficha del procedimiento	
Nombre	Programación y realización de la capacitación al personal
Descripción	Realizar capacitaciones de prevención de infecciones nosocomiales, lavado de manos, uso de antisépticos y desinfectantes y temas que sean solicitados
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Epidemiología
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del Epidemiólogo realizar y llevar a cabo programas de capacitación en coordinación con los jefes de servicio en temas relacionados a la prevención de infecciones, lavado de manos, RPBI, a personal que labora, ingresa, y acude a prácticas hospitalarias al Instituto Jalisciense de Cancerología.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Equipo, auditorio
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Capacitación a personal
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Programación y realización de la capacitación al personal



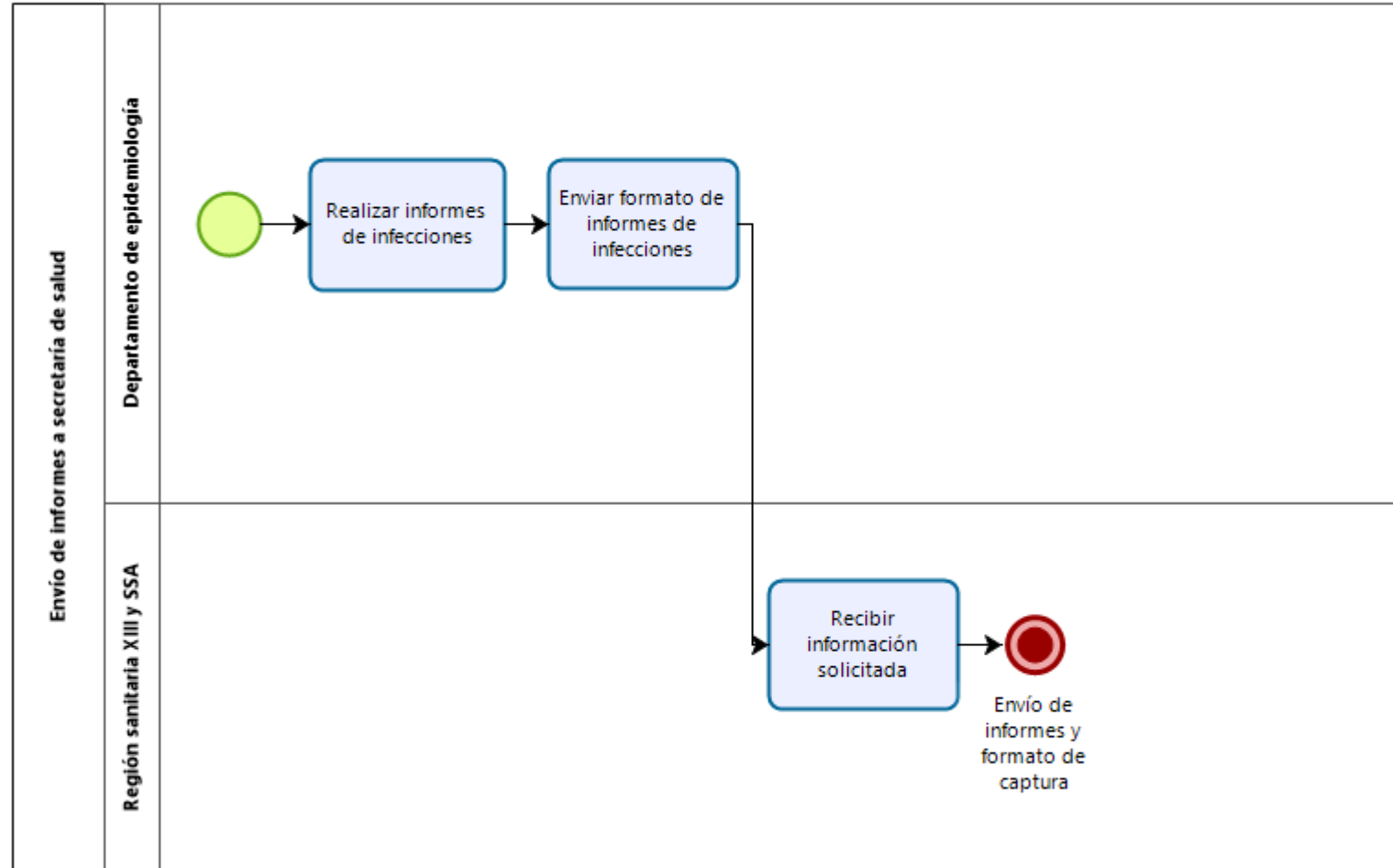
Narrativa del procedimiento de Programación y realización de la capacitación al personal

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Realiza calendario de capacitaciones de lavado de manos	Calendario de capacitaciones
2	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Entrega calendario de capacitaciones a personal de enfermería y médico.	Calendario de capacitaciones
3	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Solicita capacitación para diferentes turnos del departamento de enfermería (jefes de área cuando así lo soliciten).	Calendario de capacitaciones
4	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Solicita capacitación para personal de nuevo ingreso de enfermería o residentes	Calendario de capacitaciones
5	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Realiza calendario de capacitaciones para departamento de intendencia	Calendario de capacitaciones

Procedimiento de Envío de informes a secretaría de salud

Ficha del procedimiento	
Nombre	Envío de informes a secretaría de salud
Descripción	Se realiza el envío de información IAAS, estudios epidemiológicos, resumen de muertes sujetas a vigilancia epidemiológica, muertes maternas y vacunación
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Epidemiología
Políticas del procedimiento	Se realizará el envío de información a los distintos niveles de secretaría de salud
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Informes, estudios epidemiológicos, resumen mortalidad y reporte vacunación
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Envío de informes
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Envío de informes a secretaría de salud



Narrativa del procedimiento de Envío de informes a secretaría de salud

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Realiza informes de infecciones nosocomiales, PIN 1, PIN 2, SUIVE, estudios epidemiológicos, informe de catéteres	Formatos de captura
2	Departamento de epidemiología	Epidemiología	La notificación de informes de infecciones nosocomiales, PIN 1, PIN 2, SUIVE, estudios epidemiológicos, se realizará en forma telefónica, por correo electrónico, o enviando formato impreso	Formatos de captura
3	Región sanitaria XIII Y SSA	Región sanitaria	Recibe información solicitada	Formatos de captura

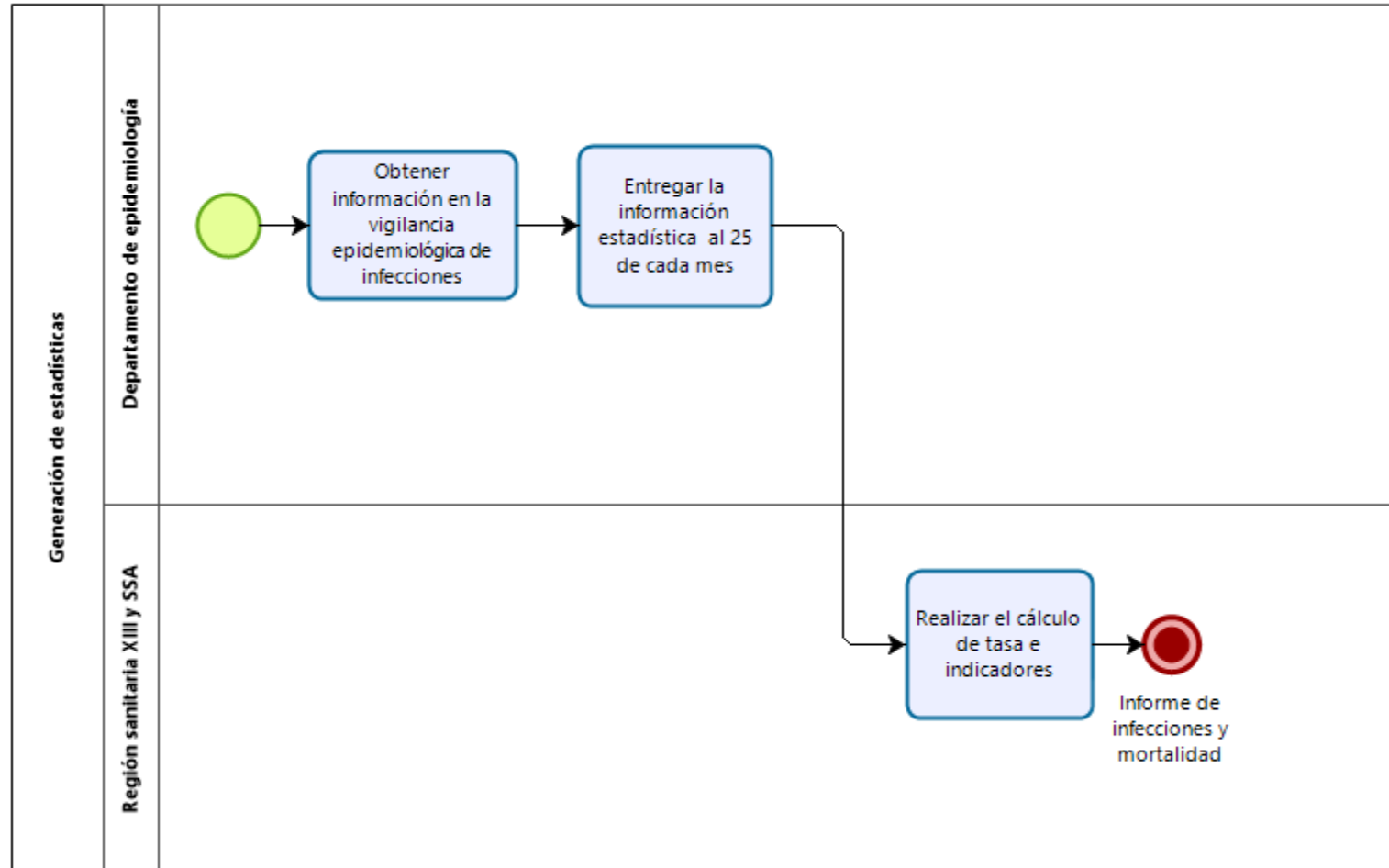
Procedimiento de Generación de Estadística

Ficha del procedimiento	
Nombre	Generación de estadística
Descripción	Se realizarán el análisis de la información obtenida durante la vigilancia epidemiológica para usarla en el establecimiento de políticas y toma de decisiones
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Epidemiología
Políticas del procedimiento	Se realizará el cálculo de tasas y se analiza las tendencias de las infecciones nosocomiales, mortalidad y morbilidad
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Carpetas técnicas, bases de datos
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Reportes y generación de estadísticas de infecciones y mortalidad
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	520 de 673

Modelado del procedimiento de Generación de estadísticas



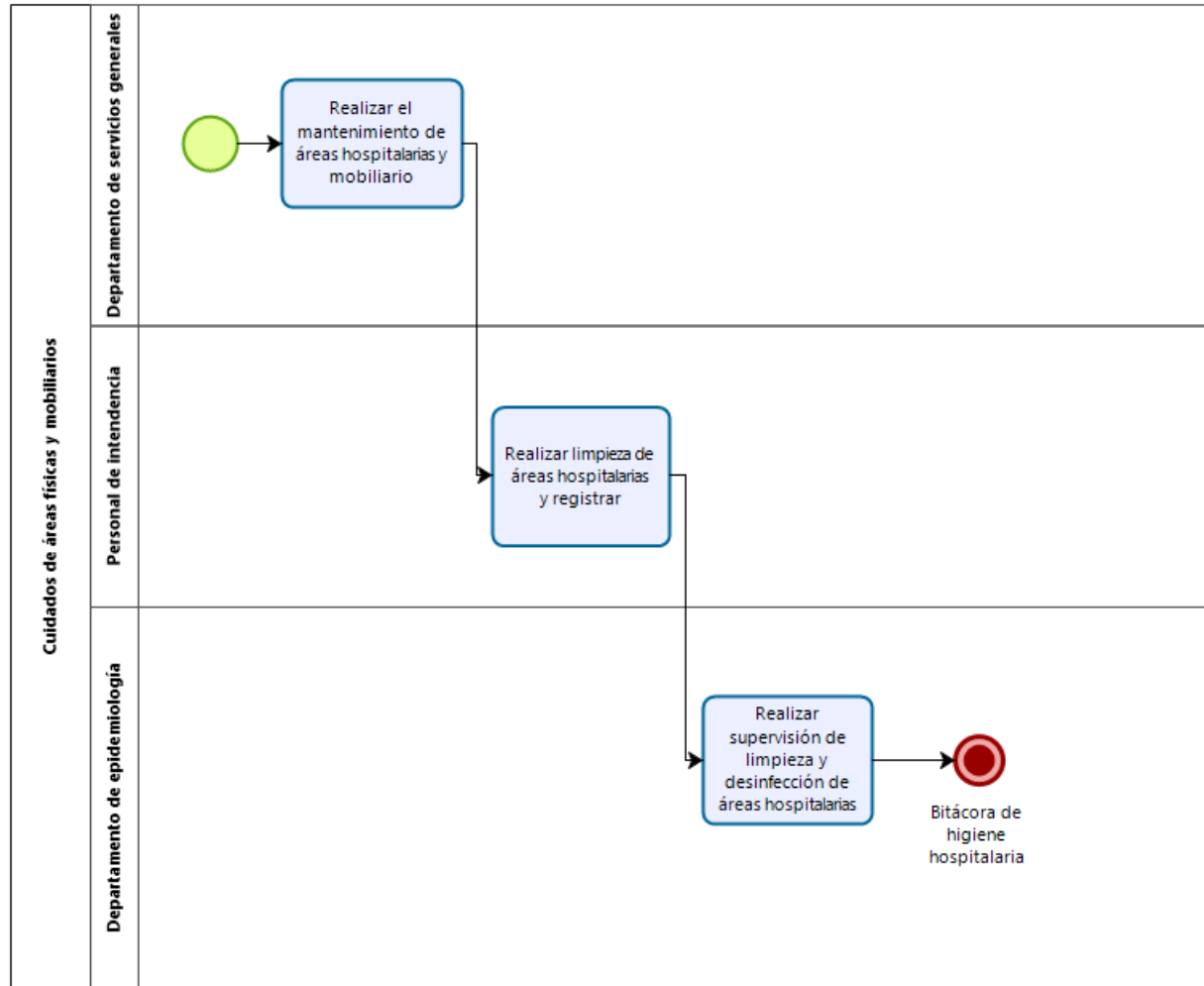
Narrativa del procedimiento de Generación de estadísticas

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Obtiene la información durante la vigilancia epidemiológica, de infecciones nosocomiales, mortalidad.	Formatos de vigilancia epidemiológica
2	Departamento de epidemiología	Epidemiología	Entrega la información con corte al día 25 de cada mes, sobre egresos, cirugías realizadas, días estancia, días paciente, etc.	Formatos de información estadística
3	Región sanitaria XIII Y SSA	Región sanitaria	Con la información obtenida durante la vigilancia, y la información del departamento de estadística realiza el cálculo de tasa e indicadores	Informe de infecciones y mortalidad

Procedimiento de Cuidados de áreas físicas y mobiliarios

Ficha del procedimiento	
Nombre	Cuidados de áreas físicas y mobiliarios
Descripción	Se realiza supervisión de las áreas físicas y mobiliario su adecuada limpieza y desinfección para seguridad de los pacientes
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Epidemiología
Políticas del procedimiento	La epidemióloga es responsable de la verificación y supervisión de las áreas físicas y mobiliario de las áreas hospitalarias del IJC para garantizar la limpieza en ellas
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Equipo para mantenimiento e insumos para la realización de la limpieza de áreas hospitalarias
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Áreas físicas y mobiliarias en buen estado
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Cuidados de áreas físicas y mobiliarios



Narrativa del procedimiento de Cuidados de áreas físicas y mobiliarios

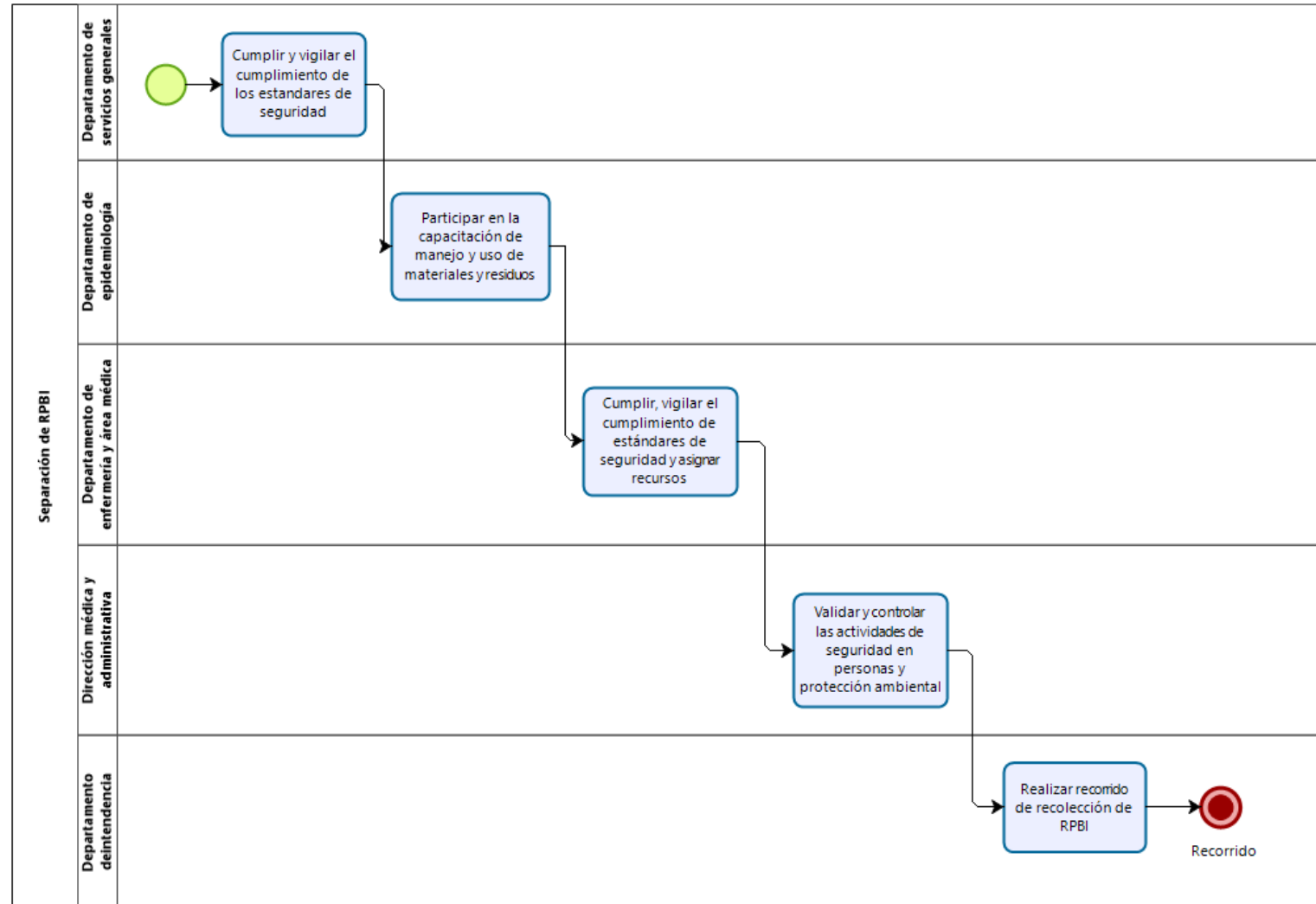
No .	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Departamento de servicios generales	Áreas varias	Realiza mantenimiento de áreas hospitalarias y mobiliario, o registra en bitácora correspondiente	Bitácora de mantenimiento
2	Departamento de intendencia	Hospitalización	Realiza limpieza de áreas hospitalarias y la registra en bitácora correspondiente.	Bitácora de limpieza
3	Departamento de epidemiología	Hospitalización	Realiza supervisión de limpieza y desinfección de áreas hospitalarias, realiza toma de cultivos de coliformes de superficie.	Bitácora de higiene hospitalaria

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	525 de 673

Procedimiento de separación de RPBI

Ficha del procedimiento	
Nombre	Separación de RPBI
Descripción	Apoyar en la supervisión de la separación de residuos peligrosos biológico infecciosos por el personal que labora en el IJC
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-XI
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Epidemiología
Políticas del procedimiento	Se realizará la supervisión de la separación de residuos peligrosos biológico infecciosos por el personal que labora en el IJC
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Bolsas, botes rígidos y centro de acopio
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Separación de RPBI
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Separación de RPBI



Narrativa del procedimiento de Separación de RPBI

No .	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Departamento de servicios generales	Departamento de servicios generales	Cumple y vigila el cumplimiento de los estándares de seguridad para el manejo y uso de materiales y residuos correspondientes a cada departamento. Elabora el programa de recolección de rutas y horarios de traslado de los residuos.	Elaboración de rutas
2	Departamento de epidemiología	Áreas varias	Participa en la capacitación para el manejo y uso de materiales y residuos. Auditará las áreas donde se manejen o transporte RPBI. Participar y establecer medidas de contención ante un brote	Formatos de captura
3	Departamento de enfermería y área médica	Áreas varias	Clasifica, deposita y envasa los residuos, cuidando de no rebasar el 80% de su capacidad. Solicitan y emplean el equipo de protección personal para su seguridad y la de los demás. Cumple y vigila el cumplimiento de los estándares de seguridad para el manejo y uso de materiales y residuos correspondientes a cada departamento.	Formatos de captura
4	Dirección médica y administrativa	Áreas varias	Valida y controla las actividades de seguridad en las personas y protección ambiental, asigna recursos para llevar a cabo las actividades	Control de actividades
5	Departamento de intendencia	Áreas varias	Realiza recorrido de recolección de RPBI	Recorrido

Ficha del servicio de Epidemiología

Nombre del trámite o servicio	Epidemiología
Descripción del servicio	Cumplir, notifica, vigilar todo lo relacionado a las actividades de epidemiología para así garantizar la higiene, disminución de infecciones nosocomiales y buen estado del IJC
Documentos que se obtienen con el trámite	No aplica
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Permanente
Usuario(s)	Pacientes, empleados
Responsable del servicio	Dra. Liz samanta López Águila
Domicilio, Ubicación y teléfono	Coronel Calderón No. 715 S.H. Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44280 Primer Piso.
Horario de atención	Lunes a Viernes 7:30-3:00
Requisitos	Variable
Costo, Forma y lugar de pago	Variable, piso 3 caja
Tiempo de respuesta	De acuerdo a disponibilidad en la agenda.
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa
Dirección de Área responsable o equivalente	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	No aplica

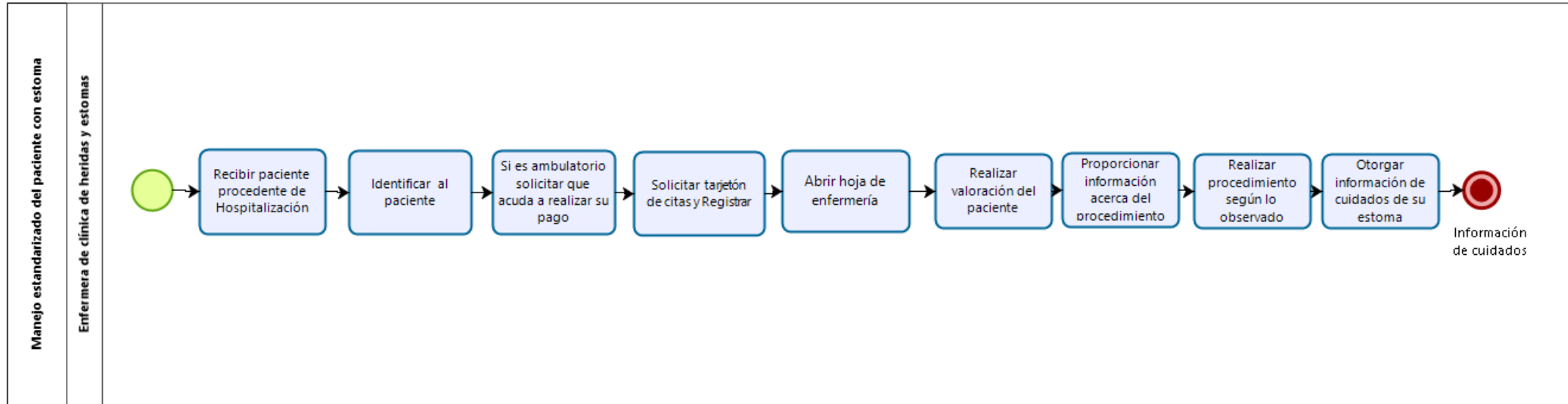
Procedimiento de Manejo estandarizado del paciente con estoma

Ficha del procedimiento	
Nombre	Manejo estandarizado del paciente con estoma
Descripción	Establecer intervenciones de enfermería, estandarizadas y orientadas a la calidad de atención a la persona enferma ostomizada
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-20-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Clínica de heridas y estomas
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad de la enfermera estar capacitado y contar con habilidades especializadas en la detección de factores de riesgo para prevenir heridas, valoración física, diagnóstico oportuno, heridas agudas y crónicas, también, es responsabilidad de la enfermera promover la educación para la salud en pacientes y familiares. Es obligación del personal de salud valorar al paciente antes del abordaje y/o manipulación de la estoma considerando edad, antecedentes patológicos, diagnóstico, fase de la enfermedad, estado clínico, movilidad, antecedentes alérgicos y estado emocional. Es responsabilidad de la enfermera reportar la información para detectar sitios de vulnerabilidad. Es responsabilidad del jefe de piso de hospitalización reportar la existencia de paciente con estomas al personal adscrito de la clínica.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Insumos, bolsa para estoma, ticket pagado, tarjetón
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Envío de informes
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	530 de 673

Modelado del procedimiento de Manejo estandarizado del paciente con estoma



Narrativa del procedimiento de Manejo estandarizado del paciente con estoma

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Enfermera de clínica de heridas y estomas	Clínica de heridas y estomas	Recibo paciente procedente de Hospitalización: interconsulta por médico Tratante Ambulatorio: extemporáneo	Formatos de captura
2	Enfermera de clínica de heridas y estomas	Clínica de heridas y estomas	Identifica correctamente al paciente	Identificación del paciente
3	Enfermera de clínica de heridas y estomas	Clínica de heridas y estomas	Si el paciente es ambulatorio se le pide que acuda a caja hacer el pago correspondiente para realizar el procedimiento que requiera.	Ticket de pago
4	Enfermera de clínica de heridas y estomas	Clínica de heridas y estomas	Solicitar el tarjetón de citas para el registro de datos en la hoja diaria de estomas Se realiza registro en una base de datos hoja de registro diario de heridas y estomas del IJC	Tarjetón/ hoja de registro
5	Enfermera de clínica de heridas y estomas	Clínica de heridas y estomas	Abre hoja de enfermería la cual permanecerá en el servicio hasta que el paciente sea dado de alta	Hoja de enfermería
6	Enfermera de clínica de	Clínica de heridas y estomas	Realiza valoración del paciente: estado de dispositivo de eliminación, estado de la estoma, estado de la integridad cutánea periestomal Si existe alguna complicación en el dispositivo y/o cuidados de la piel periestomal dañada se procederá	Valoración



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	532 de 673

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
	heridas y estomas		al cambio de dispositivo y brindar cuidados de la piel periestomal dañada	
7	Enfermera de clínica de heridas y estomas	Clínica de heridas y estomas	Proporciona información acerca del procedimiento al paciente y acompañante	Información del procedimiento
8	Enfermera de clínica de heridas y estomas	Clínica de heridas y estomas	Realiza procedimiento que se requiere según lo observado en el paciente	Procedimiento
9	Enfermera de clínica de heridas y estomas	Clínica de heridas y estomas	Otorga información de cuidados de su estoma dejando cita abierta (tríptico de estomas)	Información de cuidados

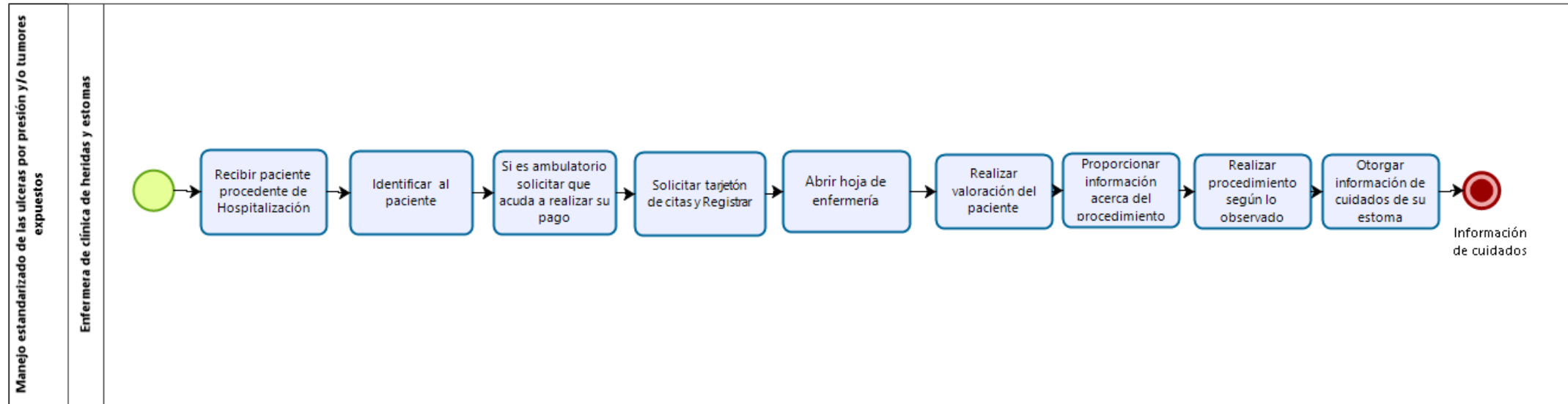
Procedimiento de Manejo estandarizado de las úlceras por presión y/o tumores expuestos

Ficha del procedimiento	
Nombre	Manejo estandarizado de las úlceras por presión y/o tumores expuestos
Descripción	Establecer intervenciones de enfermería estandarizadas y orientadas a brindar calidad en la atención al paciente con herida, ofrecer un medio adecuado a la herida para acelerar el proceso de cicatrización
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Clínica de heridas y estomas
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad de la enfermera estar capacitado y contar con habilidades especializadas en la detección de factores de riesgo para prevenir heridas, valoración física, diagnóstico oportuno, heridas agudas y crónicas, también, es responsabilidad de la enfermera promover la educación para la salud en pacientes y familiares. Es obligación del personal de salud valorar al paciente antes del abordaje y/o manipulación de la estoma considerando edad, antecedentes patológicos, diagnóstico, fase de la enfermedad, estado clínico, movilidad, antecedentes alérgicos y estado emocional. Es responsabilidad de la enfermera reportar la información para detectar sitios de vulnerabilidad. Es responsabilidad del jefe de piso de hospitalización reportar la existencia de paciente con heridas al personal adscrito de la clínica.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Insumos, ticket de pago, tarjetón
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Manejo de oportuno
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	534 de 673

Modelado del procedimiento de Manejo estandarizado de las úlceras por presión y/o tumores expuestos



Narrativa del procedimiento de Manejo estandarizado de las úlceras por presión y/o tumores expuestos

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Enfermera de clínica de heridas y estomas	Clínica de heridas y estomas	Recibo paciente procedente de Hospitalización: interconsulta por médico Tratante Ambulatorio: extemporáneo	Formatos de captura
2	Enfermera de clínica de heridas y estomas	Clínica de heridas y estomas	Identifica correctamente al paciente	Identificación del paciente
3	Enfermera de clínica de heridas y estomas	Clínica de heridas y estomas	Si el paciente es ambulatorio se le pide que acuda a caja hacer el pago correspondiente para realizar el procedimiento que requiera.	Ticket de pago
4	Enfermera de clínica de heridas y estomas	Clínica de heridas y estomas	Solicita tarjetón de citas para el registro de datos en la hoja diaria de estomas Se realiza registro en una base de datos hoja de registro diario de heridas y estomas del IJC	Tarjetón/ hoja de registro
5	Enfermera de clínica de heridas y estomas	Clínica de heridas y estomas	Abre hoja de enfermería la cual permanecerá en el servicio hasta que el paciente sea dado de alta	Hoja de enfermería
6	Enfermera de clínica de	Clínica de heridas y estomas	Realiza la valoración del paciente para identificar que manejo es el indicado según su afección Tipo de herida Úlcera por presión	Valoración

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
	heridas y estomas		Tumoración expuesta	
7	Enfermera de clínica de heridas y estomas	Clínica de heridas y estomas	Proporciona información acerca del procedimiento al paciente y acompañante	Información del procedimiento
8	Enfermera de clínica de heridas y estomas	Clínica de heridas y estomas	Realizar procedimiento que se requiere según lo observado en el paciente	Procedimiento
9	Enfermera de clínica de heridas y estomas	Clínica de heridas y estomas	Otorga información de cuidados de su estoma dejando cita abierta (tríptico de estomas)	Información de cuidados

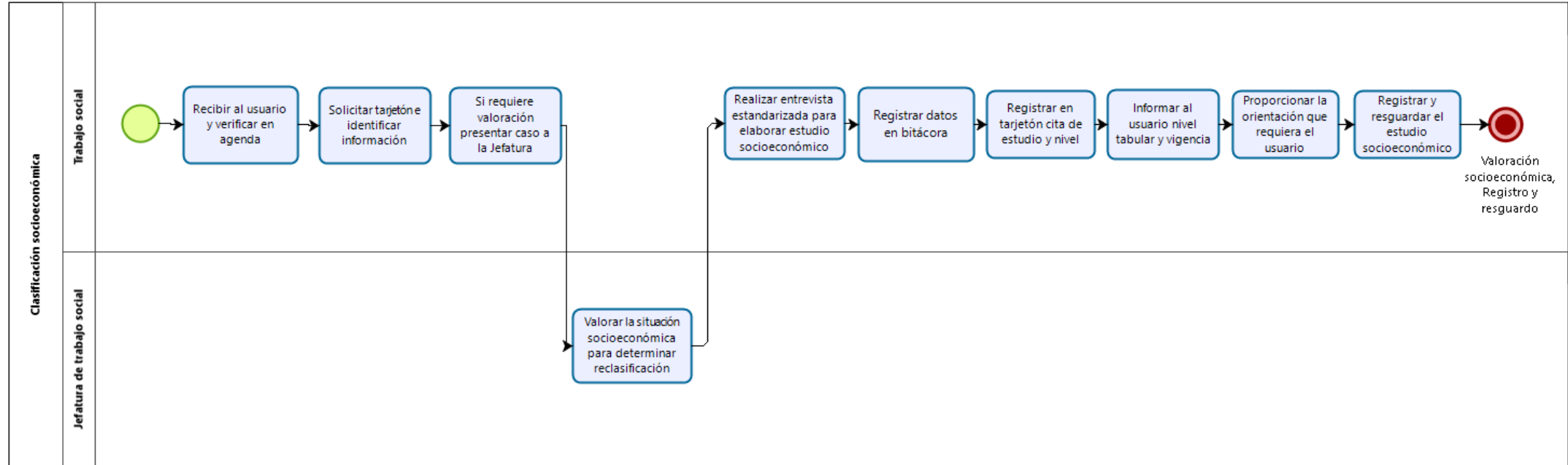
Ficha del servicio de Clínica de heridas y estomas

Nombre del trámite o servicio	Clínica de heridas y estomas
Descripción del servicio	Brindar intervenciones de enfermería para garantizar el buen manejo de pacientes con estomas y heridas
Documentos que se obtienen con el trámite	No aplica
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Permanente
Usuario(s)	Pacientes
Responsable del servicio	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Domicilio, Ubicación y teléfono	Coronel Calderón No. 715 S.H. Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44280 Primer Piso.
Horario de atención	Lunes a Viernes 7:00-9:00
Requisitos	Variable
Costo, Forma y lugar de pago	Variable, piso 3 caja
Tiempo de respuesta	De acuerdo a disponibilidad en la agenda.
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa
Dirección de Área responsable o equivalente	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	No aplica

Procedimiento de Clasificación socioeconómica

Ficha del procedimiento	
Nombre	Clasificación socioeconómica
Descripción	Proceso de evaluación que realiza el trabajador social para identificar la situación social y económica del paciente y su familia
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-167VII-DC-2-V-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Trabajo social
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del trabajador social realizar la valoración socioeconómica en el momento en que se solicite de acuerdo a las posibilidades del servicio y/o agendar en su programación a los pacientes pendientes de valoraciones, también es responsabilidad del trabajador solicitar INE o comprobante de domicilio, recibos de pago de servicios, tratamientos o material y constancias de baja de seguridad social, también es su responsabilidad verificar la vigencia del estudio socioeconómico (1 año) y anexarlo en el expediente físico del paciente
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Hojas de valoración y documentos anexos
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Valoración socioeconómica
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Clasificación socioeconómica



Narrativa del procedimiento de Clasificación socioeconómica

No .	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Trabajo social	Trabajo social	Recibe al usuario que previamente solicita apoyo o es identificado y citado por el trabajador social de la consulta externa u hospitalización y verifica en la agenda	Agenda
2	Trabajo social	Trabajo social	Solicita tarjetón de citas para identificar la siguiente información: vigencia de valoración previa, nombre completo, número de registro, derechohabencia, vigencia del programa de gastos catastróficos y se determina si el usuario requiere la valoración socioeconómica	Identificación
3	Trabajo social	Trabajo social	Si el paciente requiere la valoración se presenta el caso a la jefatura de trabajo social al identificar necesidad de reclasificación por alguna situación extraordinaria.	Identificación
4	Jefatura de trabajo social	Trabajo social	Valora la situación socioeconómica para determinar requiere la reclasificación del nivel tabular o si mantiene su clasificación	Valoración
5	Trabajo social	Trabajo social	Realiza entrevista estandarizada para elaborar "Estudio Socioeconómico" (ESE) e identificar su nivel socioeconómico y tabular. Si es necesario se solicitará apoyo al DIF para realizar una entrevista domiciliaria	Entrevista
6	Trabajo social	Trabajo social	Registra datos en bitácora electrónica	Registro
7	Trabajo social	Trabajo social	Registra en parte posterior del tarjetón de citas la fecha de elaboración del estudio y nivel tabular	Registro
8	Trabajo social	Trabajo social	Informa al usuario su nivel tabular y vigencia del mismo	Brinda información



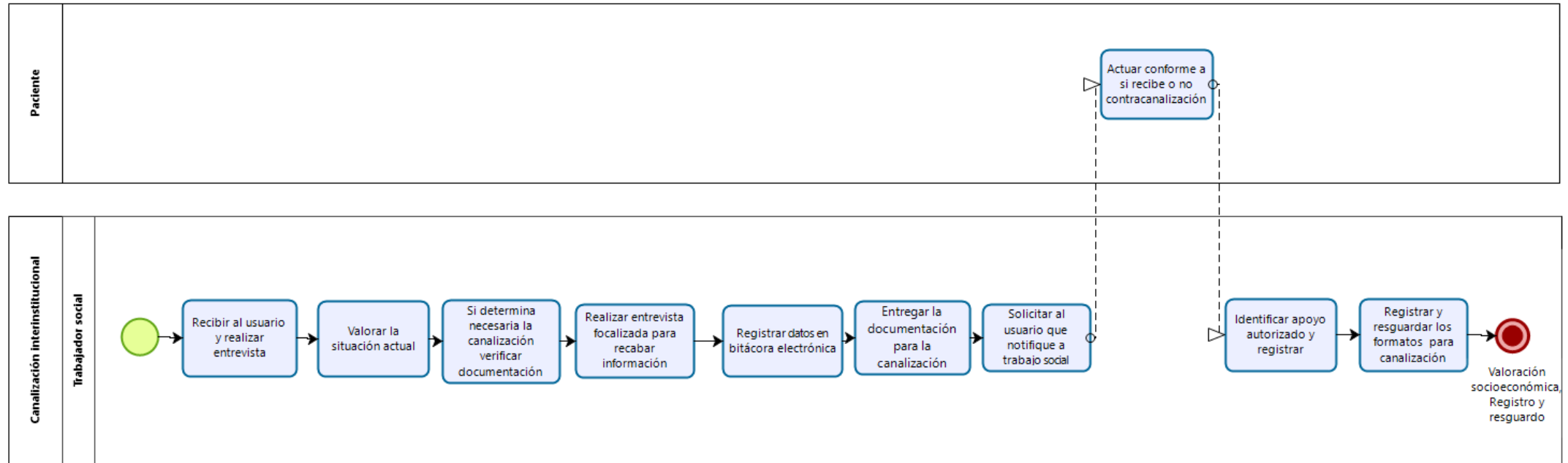
Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	541 de 673

No .	Responsa ble	Área	Actividad	Resultado / Formato
9	Trabajo social	Trabajo social	Proporciona la orientación que requiera el usuario para la resolución de las necesidades presentadas y/o problemáticas sociales identificadas.	Resolución de dudas
10	Trabajo social	Trabajo social	Registra y resguarda el estudio socioeconómico en la bitácora de trabajo social	Registra y resguardo

Procedimiento de Canalización Interinstitucional

Ficha del procedimiento	
Nombre	Canalización interinstitucional
Descripción	Se trata de la canalización de casos a instituciones de asistencia social la obtención de los recursos que permita al paciente oncológico y así continuar ininterrumpidamente con su atención
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-167VII-DC-2-V-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Trabajo social
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del jefe de trabajo social informar sobre los lineamientos establecidos por las instituciones a las que se gestionan apoyo asistencial para la correcta operatividad del sistema de canalización. Es responsabilidad del trabajador social verificar llenado de las canalizaciones y cumplir con las políticas de cada institución
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Solicitud médica, resumen médico, estudio socioeconómico, cotizaciones
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Canalización
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Canalización interinstitucional



Narrativa del procedimiento de Canalización interinstitucional

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Trabajador social	Trabajo social	Recepción al usuario interesado, realiza entrevista, verifica necesidades y recursos disponibles	Recepción
2	Trabajador social	Trabajo social	Valora la situación actual del paciente para determinar si es necesaria la canalización No es necesaria la canalización- sensibiliza sobre la importancia de hacer uso de sus recursos y redes de apoyo para resolver su necesidad	Valoración
3	Trabajador social	Trabajo social	Se determina como necesita la canalización y verifica que cuente con la documentación necesaria Estudio socioeconómico Solicitud médica Resumen médico Cotizaciones Si no cuenta con la documentación requerida- identifica el documento faltante y orienta sobre cómo obtenerlo y se agenda la cita en tarjetón de acuerdo a las fechas en que el usuario tenga la documentación completa	Documentación
4	Trabajador social	Trabajo social	Realiza entrevista focalizada para recabar la información necesaria para la adecuada canalización del usuario a la institución de apoyo.	Entrevista
5	Trabajador social	Trabajo social	Registra datos en bitácora electrónica para el llenado de la canalización	Registro
6	Trabajador social	Trabajo social	Entrega la documentación necesaria para la canalización en un sobre cerrado al usuario para llevarla a la Institución a derivar y orienta sobre el proceso de atención de la institución donde solicitará el apoyo.	Entrega de documentación
7	Trabajador social	Trabajo social	Solicita al usuario que notifique a trabajo social personalmente o por vía telefónica la respuesta a la petición de apoyo a más tardar al siguiente día hábil en que el usuario solicite el apoyo a la institución de asistencia social.	Notificación



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	545 de 673

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
8	Paciente	Trabajo social	Contra canalización- recibe respuesta de la institución de asistencia social y determina informar a trabajo social Si no recibe contra canalización- realizará a la institución que se derivó el caso a más tardar 15 días hábiles	Contra canalización
9	Trabajador social	Trabajo social	Identifica apoyo autorizado y registra avance o respuesta definitiva del caso en el apartado de CONTRA-CANALIZACIÓN de la bitácora electrónica Si el apoyo es autorizado- cierra el caso en la bitácora electrónica Si no es autorizado- investiga opciones para realizar nueva derivación del paciente a otras instituciones	Registro de respuesta
10	Trabajador social	Trabajo social	Registra y resguarda los formatos generados para la canalización	Resguardo de formatos

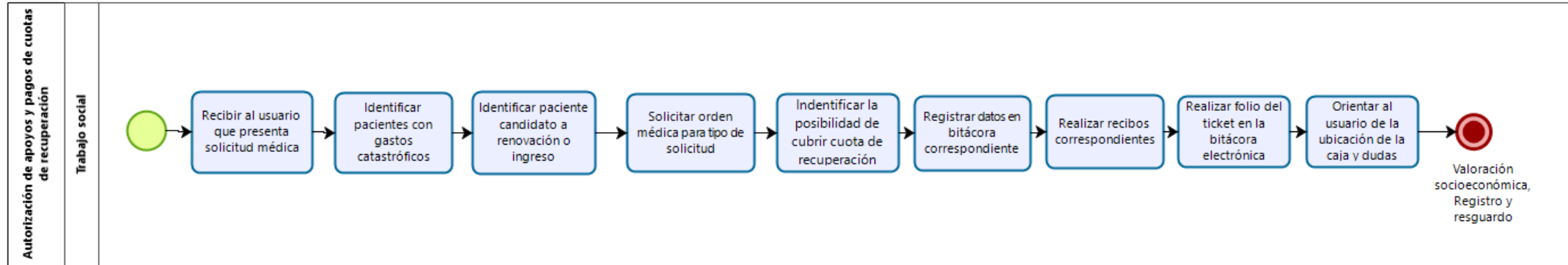
Procedimiento de Autorización de apoyos y pagos de cuotas de recuperación

Ficha del procedimiento	
Nombre	Autorización de apoyos y pagos de cuotas de recuperación
Descripción	Establecer los mecanismos de atención para facilitar al usuario el acceso a los servicios que requiere cuando carezca del recurso para cubrir la totalidad de las cuotas de recuperación del instituto
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Trabajo social
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del trabajador social orientar al usuario sobre los trámites correspondientes al proceso administrativo que se realice
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Estudio socioeconómico y vigencias disponibles de los programas internos del IJC
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Recursos para cubrir la totalidad de cuotas solicitadas
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	547 de 673

Modelado del procedimiento de Autorización de apoyos y pagos de cuotas de recuperación



Narrativa del procedimiento de Autorización de apoyos y pagos de cuotas de recuperación

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Trabajador social	Trabajo social	Recibe al usuario que se presenta con solicitud médica y solicita tarjetón de citas para identificar la siguiente información: nombre completo del paciente, número de Registro, Derechohabencia u otro tipo de seguridad social, Vigencia del programa de Gastos Catastróficos en caso de contar con el mismo, Nivel tabular y vigencia del Estudio Socioeconómico	Identificación
2	Trabajador social	Trabajo social	Identificación de pacientes con gastos catastróficos vigente	Identificación gastos catastróficos
3	Trabajador social	Trabajo social	Identifica paciente candidato a la renovación o ingreso a Gastos Catastróficos de acuerdo a las patologías acreditadas en el Instituto	Definición de proceso
4	Trabajador social	Trabajo social	Solicita orden médica para identificar tipo de solicitud	Orden medica
5	Trabajador social	Trabajo social	Realiza actividad según al tipo de solicitud Estudios subrogados de imagen y laboratorio: firma y sella Procedimientos que requieren hospitalización: informa y anota formato para pago de procedimiento procedimientos ambulatorios, solicitud de insumos radioterapia: informa cuotas de recuperación de acuerdo al nivel tabular vigente Quimioterapia: realiza el cálculo del tratamiento indicado de acuerdo a los costos de los medicamentos	Formatos varios
6	Trabajador social	Trabajo social	Identifica la posibilidad del usuario para cubrir la cuota de recuperación del procedimiento y/o tratamiento indicado mediante entrevista abierta no estructurada.	Entrevista
7	Trabajador social	Trabajo social	Registra datos en pestaña correspondiente de la bitácora electrónica	Registro

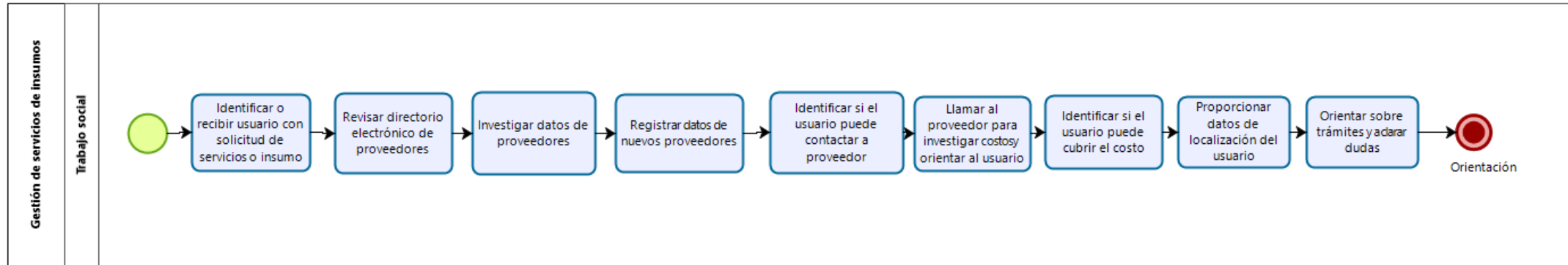
Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	549 de 673

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
8	Trabajador social	Trabajo social	Realiza recibos correspondientes	Recibo
9	Trabajador social	Trabajo social	Registra folio del ticket en la bitácora electrónica	Registro
10	Trabajador social	Trabajo social	Orienta al usuario sobre la ubicación de caja y los trámites a realizar y cualquier otra duda que tenga el usuario.	Orientación

Procedimiento de Gestión de servicios de insumos

Ficha del procedimiento	
Nombre	Gestión de servicios de insumos
Descripción	Mecanismos de acción para facilitar al usuario la obtención de insumos y el acceso a los servicios que requiere cuando la institución carezca de ellos
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGC-167VII-DC-2-V-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Trabajo social
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del trabajador social informar al usuario sobre los proveedores que cuenten con los costos más económicos. Es responsabilidad del trabajador social registrar correctamente los datos de los proveedores en el directorio electrónico de proveedores de acuerdo al instructivo de llenado del mismo. Es responsabilidad del trabajador social solicitar al usuario que vaya a ser hospitalizado y requiera material para la cirugía, que informe al trabajador social al momento del ingreso para confirmar que se tenga el equipo y/o insumos para prevenir la cancelación o retraso de su cirugía.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Directorio electrónico
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Obtención de insumos orientación
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Gestión de servicios de insumos



Narrativa del procedimiento de Gestión de servicios de insumos

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Trabajador social	Trabajo social	Identifica o recibe usuario con solicitud de servicios e insumos con los que no cuenta el Instituto. En el caso de ser servicios o insumos solicitados por el área médica, solicitar la orden por escrito en formatos oficiales correspondientes, verificando su correcto llenado con datos del paciente.	Identificación y recepción de solicitud
2	Trabajador social	Trabajo social	Revisa directorio electrónico de proveedores	Revisión directorio electrónico
3	Trabajador social	Trabajo social	Investiga vía telefónica, en directorios del SICATS y SSJ, internet o con el médico especialista datos de proveedores que puedan contar con el servicio o insumo.	Investiga proveedores
4	Trabajador social	Trabajo social	Registra datos de nuevos proveedores en el directorio electrónico de proveedores.	Registro
5	Trabajador social	Trabajo social	Identifica posibilidad del usuario para contactar al proveedor mediante entrevista abierta no estructurada.	Entrevista
6	Trabajador social	Trabajo social	Llamar al proveedor para investigar costos, tramitar citas, indicaciones, etc. y orienta al usuario al respecto.	Orientación
7	Trabajador social	Trabajo social	Identifica posibilidad del usuario para cubrir costo de los servicios o insumos solicitados.	Identificación
8	Trabajador social	Trabajo social	Proporciona al usuario datos de localización de los proveedores para que se ponga en contacto con ellos	Datos de proveedores
9	Trabajador social	Trabajo social	Orienta sobre trámites correspondientes y aclara dudas.	Orientación

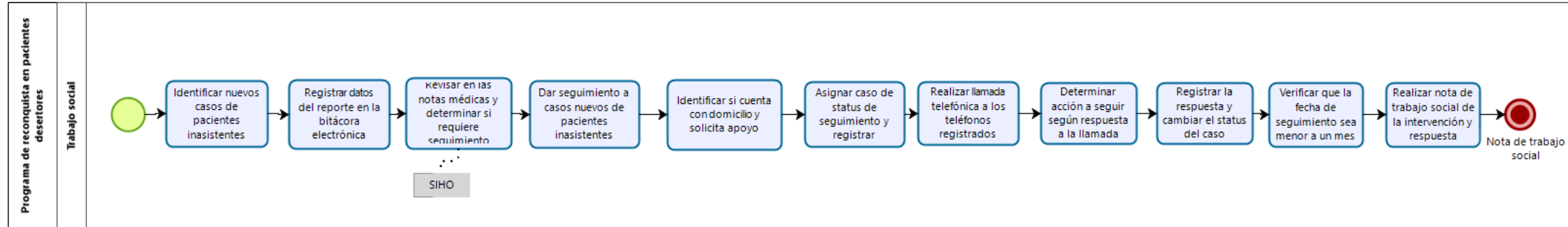
Procedimiento de Programa de reconquista de pacientes desertores

Ficha del procedimiento	
Nombre	Programa de reconquista de pacientes desertores
Descripción	Donde se investiga las causas y factores que origina que el paciente que acude al Instituto Jalisciense de Cancerología deserte antes y durante su tratamiento, con la finalidad de dar seguimiento a situaciones específicas que permita la reconquista y buen término del tratamiento en el paciente desertor.
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGC-167VII-DC-2-V-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Trabajo social
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del trabajador social llevar a cabo el seguimiento de los usuarios inasistentes a consulta reportados por los diferentes servicios y llevar registro electrónico de todas las observaciones de seguimiento. se deben de realizar hasta intentos de localizar a los pacientes de los casos que lo requieran y asignar el status de DESERTOR y anexar notas al expediente clínico.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Pacientes desertores identificados
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Localización de pacientes
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	554 de 673

Modelado del procedimiento de Programa de reconquista en pacientes desertores



Narrativa del procedimiento de Programa de reconquista en pacientes desertores

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Trabajador social	Trabajo social	Identifica nuevos casos de pacientes inasistentes	Identificación
2	Trabajador social	Trabajo social	Registra datos del reporte en la bitácora electrónica SEGUIMIENTO	Registro
3	Trabajador social	Trabajo social	Revisa en SIHO las notas médicas a partir de la última nota antes de la inasistencia para verificar el estatus del paciente en ese momento y determinar si el caso requiere seguimiento.	Revisión de notas medicas
4	Trabajador social	Trabajo social	Seguimiento a casos nuevos de pacientes inasistentes. Revisa ficha clínica en SIHO para identificar número telefónico	seguimiento
5	Trabajador social	Trabajo social	Identifica si cuenta con domicilio y solicita apoyo a la jurisdicción sanitaria correspondiente vía telefónica o correo electrónico, si el paciente no tiene domicilio se le asigna status de DESERTOR	Identificación
6	Trabajador social	Trabajo social	Asigna al caso status de SEGUIMIENTO y registra gestión realizada la bitácora electrónica SEGUIMIENTO	Registro
7	Trabajador social	Trabajo social	Realiza llamada telefónica a los teléfonos registrados en la bitácora electrónica	Llamada telefónica
8	Trabajador social	Trabajo social	Determina acción a seguir en relación de la respuesta a la llamada. Si no enlaza la llamada, enlaza, pero no conocen al paciente- se realiza el registro en bitácora No contestan- deja pendiente en la libreta de enlace Enlaza llamada con familiar o conocido– explica el motivo de la llamada y se le realiza entrevista focalizada en relación del caso	Determinación acción



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	556 de 673

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
			Enlaza llamada con paciente- explica al paciente el motivo de la llamada, realiza entrevista e identifica el motivo de inasistencia	
9	Trabajador social	Trabajo social	Determina acción a seguir en relación de la respuesta obtenida, registra la respuesta y cambia el status del caso en la bitácora electrónica SEGUIMIENTO Acude a otra institución: se indaga el motivo Cambio de domicilio: se indaga sobre el lugar de residencia al cual se cambio Defunción: solicita información sobre la fecha de defunción, lugar y nombre del familiar que firma No desea tratamiento: se sensibiliza sobre la importancia de retomar la atención medica Familiar desconoce: solicita al familiar o conocido dar recado al paciente	Determinación de acción
10	Trabajador social	Trabajo social	Verifica que la fecha del último seguimiento sea mínima de un mes atrás para dar seguimiento	Verificación
11	Trabajador social	Trabajo social	Realizar nota de trabajo social en relación a la intervención realizada y respuesta obtenida.	Nota de trabajo social

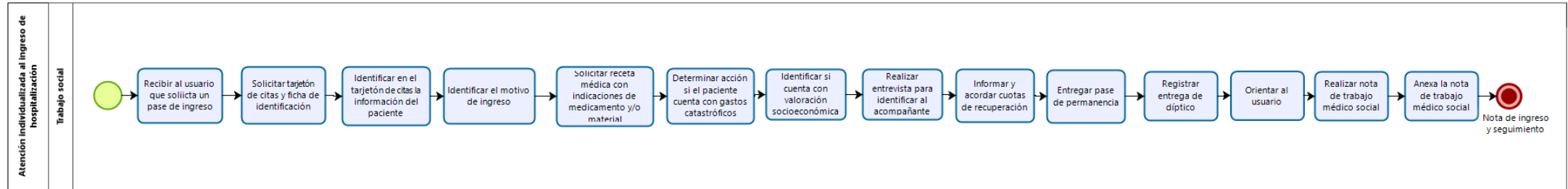
Procedimiento de Atención social individualizada al ingreso de hospitalización

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención social individualizada al ingreso de hospitalización
Descripción	Se otorgar la atención al paciente que ingresa al servicio de hospitalización mediante la detección oportuna de necesidades y recursos del paciente y su familia para así lograr proporcionar las herramientas necesarias para facilitar su estancia hospitalaria
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGC-167VII-DC-2-V-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Trabajo social
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del trabajador social realizar la nota de trabajo social al ingreso del paciente y verificar que cumpla con la estructura y todos los puntos establecidos en el instructivo de llenado, también identificar las necesidades del paciente y su familia, informar al usuario sobre los derechos y responsabilidades de los pacientes y acompañantes. Se llevará un registro electrónico de las observaciones de seguimiento anexar las notas de trabajo social al expediente clínico físico
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Registro de electrónico y registro de nota de trabajo social
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Hoja de trabajo
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	558 de 673

Modelado del procedimiento de Atención individualizada al ingreso de hospitalización



Narrativa del procedimiento de Atención individualizada al ingreso de hospitalización

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Trabajador social	Trabajo social	Recibe usuario que solicita un pase de ingreso al servicio de hospitalización.	Pase de ingreso
2	Trabajador social	Trabajo social	Solicita Tarjetón de Citas y Ficha de Identificación. En caso de cirugía solicitar el formato para pago de procedimiento	Solicitud de tarjetón y ficha de identificación
3	Trabajador social	Trabajo social	Identifica en el tarjetón de citas la siguiente información: nombre, numero de registro, tipo de seguridad social, vigencias del programa de gastos catastróficos, nivel socioeconómico identifica en la ficha de identificación la siguiente información: número de cama asignada, motivo de ingreso y se registra en la bitácora electrónica de hospitalización	Identificación
4	Trabajador social	Trabajo social	Identifica el motivo de ingreso: Cirugía- identifica si el usuario cuenta con los insumos necesarios Quimioterapia- identifica si el usuario cuenta con los insumos necesarios Mejora de condiciones- determina acción a seguir si el paciente cuenta con gastos catastróficos vigentes Trasfusión de sangre- promueve la donación de sangre	Identificación de motivo de ingreso
5	Trabajador social	Trabajo social	Solicita receta médica con indicaciones de medicamento y/o material quirúrgico e identifica si el instituto cuenta con el mismo	Solicitud
6	Trabajador social	Trabajo social	Determina acción a seguir si el paciente cuenta con gastos catastróficos vigente	Determina acción
7	Trabajador social	Trabajo social	Identifica si cuenta con valoración socioeconómica	Identificación

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	560 de 673

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
8	Trabajador social	Trabajo social	Realiza entrevista focalizada para identificar la información del acompañante y del responsable del paciente	Entrevista
9	Trabajador social	Trabajo social	Informa y acuerda cuotas de recuperación en base al tabulador de cuotas de recuperación del ijc de hospitalización y procedimientos quirúrgicos	Información
10	Trabajador social	Trabajo social	Entrega pase de permanencia, díptico de los Derechos y Responsabilidades de Pacientes y Acompañantes	Pase de permanencia
11	Trabajador social	Trabajo social	Registra entrega del díptico en el Registro de Recepción de Derechos y Responsabilidades de los Pacientes y Acompañantes donde le solicita al usuario su firma y/o huella de recibido y registra en el tarjetón de citas	Entrega de díptico
12	Trabajador social	Trabajo social	Orientación al usuario	Orientación
13	Trabajador social	Trabajo social	Realiza nota de trabajo médico social en relación a las informaciones obtenidas de la entrevista e intervenciones de trabajo social realizadas, misma que debe cumplir con los requerimientos mínimos establecidos en el instructivo de llenado	Nota de ingreso
14	Trabajador social	Trabajo social	Anexa la nota de trabajo médico social en el expediente clínico de hospitalización al final de la jornada laboral.	Hoja de trabajo

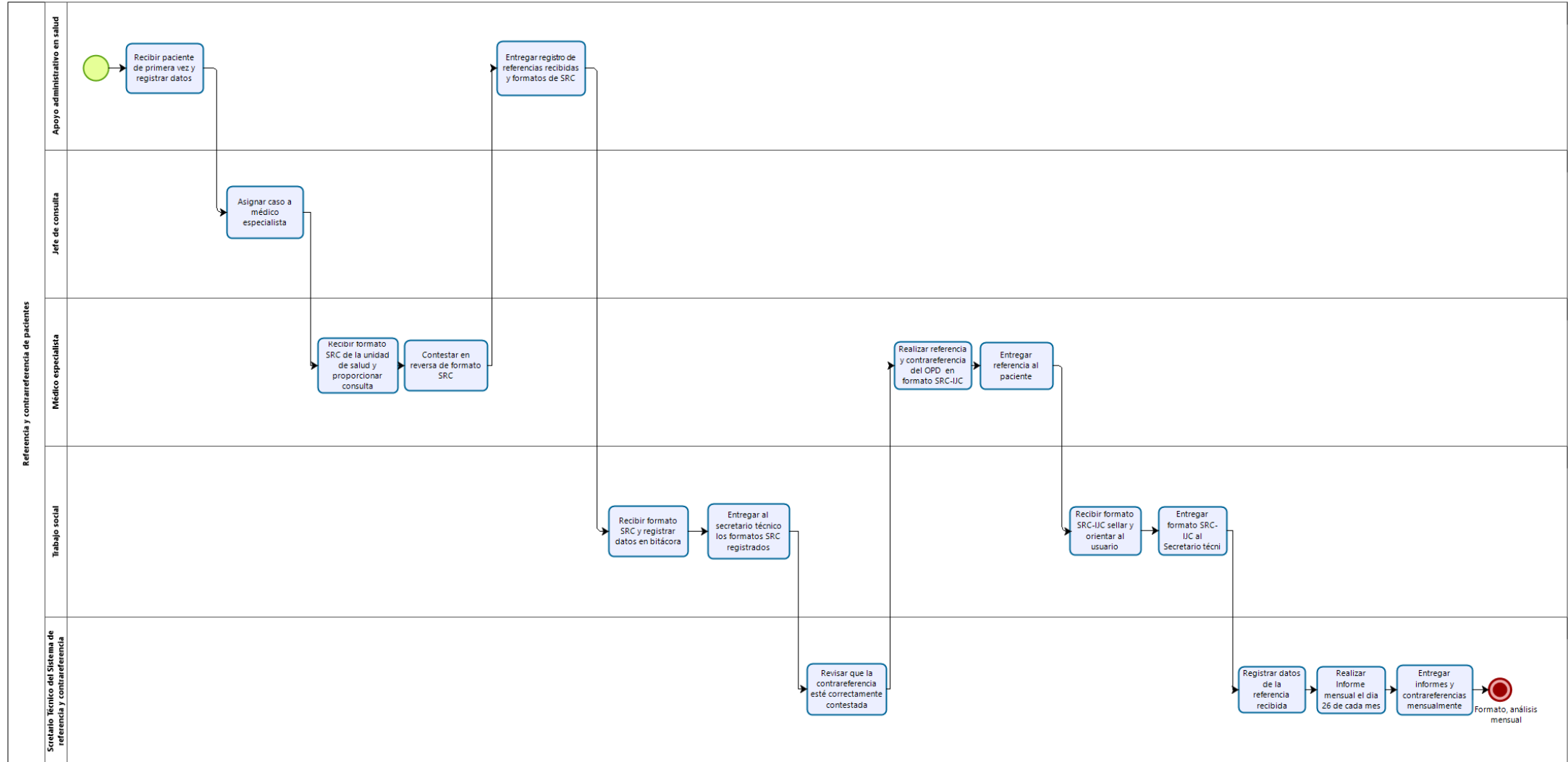
Procedimiento de Referencia y contrareferencia de pacientes

Ficha del procedimiento	
Nombre	Referencia y contrareferencia de pacientes
Descripción	Contribuir a la aplicación efectiva del sistema de referencia y contrareferencia de pacientes entre las unidades de los 3 niveles de atención médica, mediante la regulación de las acciones a ser desarrolladas por trabajo social y los servicios que otorga el Instituto Jalisciense de Cancerología.
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGC-167VII-DC-2-V-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Trabajo social
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad de la unidad atender con prioridad, responsabilidad y calidad de los casos que son referidos y contrareferidos por las diferentes unidades médicas. proporciona la orientación y las facilidades necesarias a los pacientes y familiares para asegurar su eficiente referencia y contrareferencia. es responsabilidad del médico contestar la hoja de contrareferencia en original y copia. es responsabilidad de medico realizar la referencia de pacientes a las unidades de tercer nivel cuando el instituto no cuente con los servicios de especialidad que requiera el paciente. Es responsabilidad del médico enviar al usuario a Trabajo Social para recoger la copia rosa de la referencia y orientar al paciente sobre el procedimiento a seguir en la institución a la que se envía. Es responsabilidad del trabajador social asignado como responsable llevar un registro actualizado de los usuarios del sistema de referencia y Contrareferencia. Es responsabilidad del secretario técnico del Sistema de Referencia y Contrareferencia dar respuesta oportuna a las unidades de referencia para dar el debido seguimiento a cada caso. Es responsabilidad del secretario técnico del Sistema de Referencia y Contrareferencia proporcionar los informes del análisis mensual de Diagnósticos Principales de Referencia y Contrareferencia, así como de Unidades de Referencia y Contrareferencia los cuales deberán ser enviados a Oficinas Centrales de la secretaria de Salud Jalisco en tiempo y forma. Es responsabilidad del secretario técnico del Sistema de Referencia y Contrareferencia participar en las reuniones estatales o jurisdiccionales que se realicen para planear, dirigir y evaluar el Sistema de Referencia y Contrareferencia de pacientes. Es responsabilidad del secretario técnico del Sistema de Referencia y Contrareferencia incrementar la comunicación entre las unidades de atención médica, así como las relaciones positivas entre el personal involucrado en el sistema de referencia y contrareferencia de pacientes, con el propósito de mejorar la calidad de la atención a los pacientes.
Procedimientos antecedentes	

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	562 de 673

Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Hoja de contrareferencia, referencia de pacientes
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Referencia y contrareferencia
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Referencia y contrarreferencia de pacientes



Narrativa del procedimiento de Referencia y contrarreferencia de pacientes

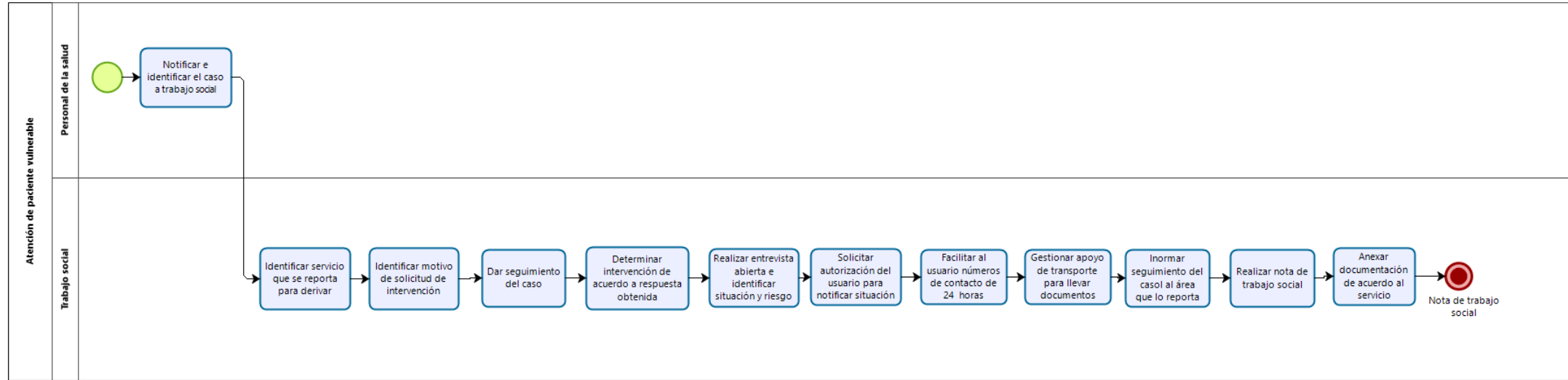
N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Apoyo administrativo de salud	Consulta externa	Contrarreferencia: recibe paciente de primera vez con formato del sistema de referencia y contrarreferencia, registra datos de la referencia en el Registro de Referencias Recibidas	Formato, registro de referencias recibidas
2	Jefe de consulta	Consulta externa	Asigna caso a médico especialista, a quien se le entrega formato SRC.	Formato
3	Médico especialista	Consulta externa	Recibe formato SRC de la unidad de salud que envía al paciente y proporciona consulta.	Formato
4	Médico especialista	Consulta externa	Una vez otorgada la consulta, contesta reversa del formato SRC (contrarreferencia) en original y copia de acuerdo a su instructivo de llenado y lo entrega al asistente médico al final de su consulta.	Formato
5	Apoyo administrativo en salud	Consulta externa	Entrega Registro de Referencias Recibidas y formatos del SRC en original y copia al Trabajador Social al finalizar su turno.	Registro de referencias recibidas y formato
6	Trabajador social	Trabajo social	Recibe Formato SRC en original y copia y registra diariamente los datos de Referencia y Contrarreferencia en la bitácora electrónica	Formato y bitácora
7	Trabajo social	Trabajo social	Entrega al secretario técnico del Sistema de Referencia y Contrarreferencia los formatos SRC ya registrados para revisión de los mismos.	Formato
8	Secretario técnico del Sistema de referencia y contrarreferencia	Coordinadora Estatal del Sistema de Referencia y Contrarreferencia	Revisa que la Contrarreferencia se encuentre debidamente contestada según su instructivo de llenado.	Formato

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
9	Médico especialista	Consulta externa	referencia: Realiza referencia en formato: Sistema de Referencia y Contrarreferencia del O.P.D. Instituto Jalisciense de Cancerología (Formato SRC-IJC) según el instructivo de llenado de la secretaria de Salud del Formato SRC	Formato
10	Médico especialista	Consulta externa	Entrega referencia al paciente (original y 2 copias) y envía al usuario a trabajo social.	Formato
11	Trabajador social	Trabajo social	Recibe formato SRC-IJC, sella con sellos de dirección, recoge copia rosa y orienta al usuario sobre el procedimiento a seguir en la institución a la que se envía.	Formato
12	Trabajador social	Trabajo social	Entrega formato SRC-IJC al secretario técnico del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.	Formato
13	Secretario técnico del sistema de referencia y contrarreferencia	Coordinadora Estatal del Sistema de Referencia y Contrarreferencia	Registra datos de la referencia recibida en la bitácora electrónica: REFERENCIA ACTUAL	Formato y bitácora electrónica
14	Secretario técnico del sistema de referencia y contrarreferencia	Coordinadora Estatal del Sistema de Referencia y Contrarreferencia	Realiza informe mensual: Día 26 de cada mes 1. Análisis Mensual de Diagnósticos de Contrarreferencia. 2. Análisis Mensual de Diagnósticos de Referencia. 3. Análisis Mensual de Unidades de Contrarreferencia. 4. Análisis Mensual de Unidades de Referencia.	Bitácora y análisis manual
15	Secretario técnico del sistema de referencia y contrarreferencia	Coordinadora Estatal del Sistema de Referencia y Contrarreferencia	Entrega informes y contrarreferencias originales mensualmente a la Coordinadora Estatal del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en Oficinas Centrales de la secretaria de Salud Jalisco ubicada en el domicilio: Dr. Baeza Alzaga # 107, colonia Centro, Guadalajara, Jalisco, México.	Formato, análisis mensual

Procedimiento de Atención del paciente vulnerable

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención de paciente vulnerable
Descripción	brindar una pronta resolución a los casos detectados de omisión de cuidados, abandono y violencia intrafamiliar ejercida sobre los usuarios del instituto Jalisciense de Cancerología.
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGC-167VII-DC-2-V-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Trabajo social
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del trabajador social orientar al usuario sobre los trámites correspondientes al proceso administrativo que se realice. Es responsabilidad del trabajador social realizar la canalización institucional y/o interinstitucional en el momento en que se confirme el abandono y/o violencia. Es responsabilidad del trabajador social cumplir con las políticas de cada institución a la que se derive al paciente para una adecuada gestión. Es responsabilidad del trabajador social responsable del servicio que solicito el apoyo dar seguimiento a la gestión cuando no se tenga respuesta del usuario o institución. Es responsabilidad del trabajador social responsable del caso registrar en la bitácora electrónica "REGISTRO CANALIZACIÓN" el caso que gestione cuando realice una canalización interinstitucional para dar seguimiento. Es responsabilidad de todos los trabajadores sociales registrar en la bitácora electrónica "REGISTRO CANALIZACIÓN" la respuesta verbal o por escrito de la canalización cuando el usuario o la institución la notifiquen. Es responsabilidad del trabajador social solicitar el expediente clínico del archivo a más tardar al siguiente día laboral de la derivación para anexar las canalizaciones de apoyo, las cuales se deben anexar en el orden establecido por el Comité del Expediente Clínico.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Canalización institucional o interinstitucional, apoyo para dar seguimiento, registro de canalización
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Atención al paciente vulnerable
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Atención de paciente vulnerable



Narrativa del procedimiento de Atención de paciente vulnerable

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Personal de la salud	Trabajo social	Notifica e identifica el caso a trabajo social	Notificación
2	Trabajador social	Trabajo social	Identifica servicio del cual se reporta para derivar al trabajador social correspondiente.	Derivación
3	Trabajador social	Trabajo social	Identifica motivo de solicitud de intervención: Abandono- realiza entrevista abierta no estructurada al paciente para investigar tiempo de ausencia de familiares y frecuencia de la misma Omisión de cuidados, violencia: Solicita resumen clínico con observación de la situación al médico tratante.	Identificación
4	Trabajador social	Trabajo social	Dar seguimiento del caso, realiza revisión del expediente para identificar datos de localización de familiares responsables vía telefónica	Entrevista
5	Trabajador social	Trabajo social	Determina intervención de acuerdo a la respuesta obtenida	Directorio SICATS
6	Trabajador social	Consulta externa/hospitalización	Realiza entrevista abierta no estructurada al paciente para investigar la situación y nivel de riesgo.	Directorio proveedores, SICATS, SSJ
7	Trabajador social	Trabajo social	Solicitar autorización del usuario para realizar la notificación de la situación a las autoridades correspondientes.	Solicitud
8	Trabajador social	Trabajo social	Facilitar al usuario los números de contacto de 24 horas de las autoridades de seguridad correspondientes a su municipio y dar recomendaciones de autocuidado de acuerdo al caso.	Directorio de proveedores

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	569 de 673

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
9	Trabajador social	Trabajo social	Gestiona apoyo de transporte para llevar documentos generados para el reporte a la unidad correspondiente en caso de ser necesario.	Solicitud
10	Trabajador social	Trabajo social	Informa seguimiento del caso al personal del área que lo reporta	Seguimiento
11	Trabajador social	Trabajo social	Realiza nota de Trabajo social.	Nota
12	Trabajador social	Trabajo social	Anexa documentación de acuerdo al servicio	Bitácora

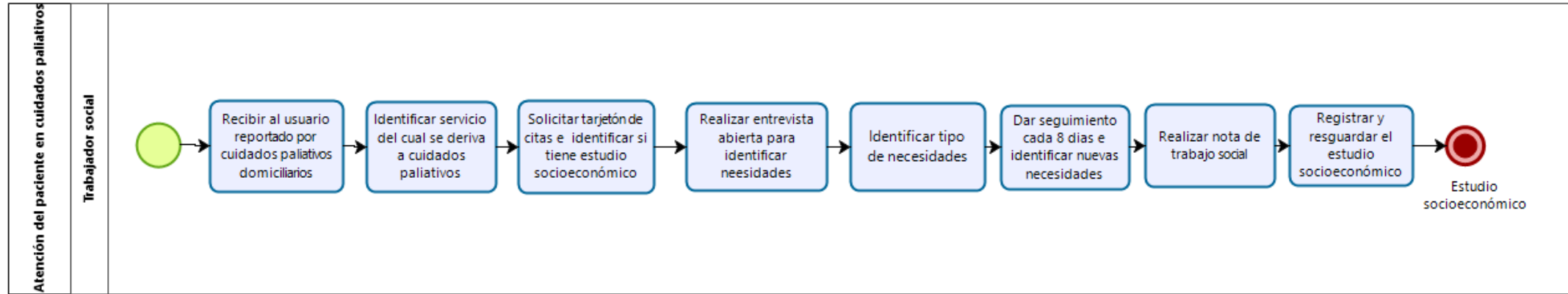
Procedimiento de Atención del paciente en cuidados paliativos

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención del paciente en cuidados paliativos
Descripción	Brindar atención social al paciente perteneciente a la unidad de cuidados paliativos
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGC-167VII-DC-2-V-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Trabajo social
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del trabajador social orientar al usuario sobre los trámites correspondientes al proceso administrativo que se realice, realizar estudio socioeconómico entendiendo la situación vulnerable, al final se realiza una nota. es responsabilidad del servicio presentar al jefe de trabajo social las situaciones extraordinarias para su revaloración del nivel tabular y/o tomar acciones necesarias en su inmediatez. es responsabilidad de trabajo social dar en todo momento brindar el acompañamiento emocional y espiritual en el camino de la enfermedad en la última etapa de su vida
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Estudio socioeconómico, bitácora, nota medica
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Atención por parte del servicio de trabajo social
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	571 de 673

Modelado del procedimiento de Atención del paciente en cuidados paliativos



Narrativa del procedimiento de Atención del paciente en cuidados paliativos

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Trabajador social	Trabajo social	Recibe al usuario reportado por equipo de Cuidados Paliativos Domiciliarios y registra el caso en bitácora electrónica PACIENTES DE CPD REGISTRO.	Bitácora electrónica
2	Trabajador social	Hospitalización	Identifica servicio del cual se deriva a Cuidados Paliativos.	Bitácora electrónica
3	Trabajador social	Trabajo social	Atención inicial: Solicita al usuario el tarjetón de citas para identificar si cuenta con estudio socioeconómico vigente.	Tarjetón de citas, estudio socioeconómico
4	Trabajador social	Trabajo social	Realiza entrevista abierta no estructurada para identificar necesidades del usuario.	Directorio de servicios
5	Trabajador social	Trabajo social	Se identifican tipo de necesidades Económicas, vivienda, nutrición: genera cita SICATS de acuerdo a la disponibilidad de agenda Psicológicas: informa sobre los servicios de psicología y realiza gestiones necesarias para recibir el servicio de acuerdo a la urgencia Espirituales: orienta o canaliza de acuerdo a las creencias del usuario	Bitácora electrónica
6	Trabajador social	Trabajo social	Dar seguimiento: Realiza llamada telefónica al usuario cada 8 días para seguimiento del caso e identificación de nuevas necesidades.	Seguimiento
7	Trabajador social	Trabajo social	Realiza nota de trabajo social	Nota
8	Trabajador social	Trabajo social	Registra y resguarda el estudio socioeconómico en la bitácora de trabajo social REGISTRO DE ESTUDIOS SOCIOECONÓMICOS	Estudio socioeconómico

Ficha del servicio de Trabajo social

Nombre del trámite o servicio	Trabajo social
Descripción del servicio	Brindar apoyo a los usuarios del IJC en base a las diferentes evaluaciones realizadas en el servicio
Documentos que se obtienen con el trámite	No aplica
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Permanente
Usuario(s)	Pacientes
Responsable del servicio	Mtra. Jessica Nathalie Villalobos Trejo
Domicilio, Ubicación y teléfono	Coronel Calderón No. 715 S.H. Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44280 Primer Piso.
Horario de atención	Lunes a Viernes 7:30-3:00
Requisitos	Variable
Costo, Forma y lugar de pago	Variable, piso 3 caja
Tiempo de respuesta	De acuerdo a disponibilidad en la agenda.
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa
Dirección de Área responsable o equivalente	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	No aplica

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	574 de 673

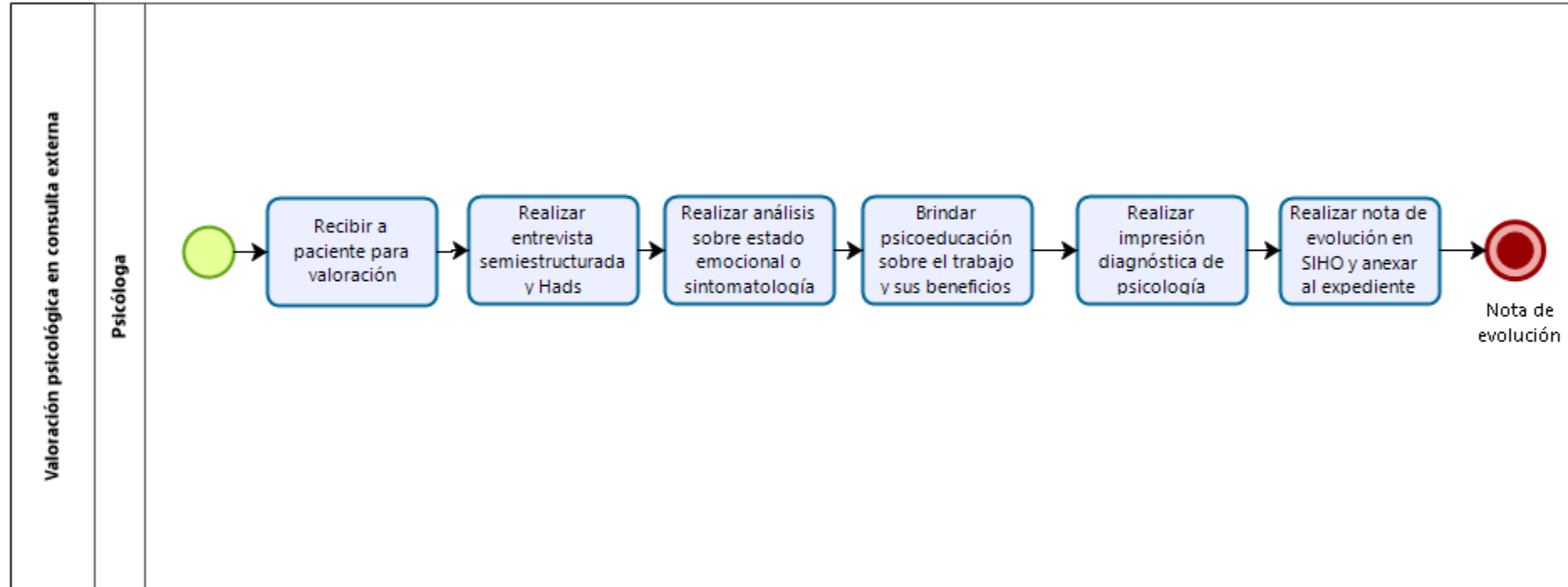
Procedimiento de Valoración psicológica en consulta externa

Ficha del procedimiento	
Nombre	Valoración psicológica en consulta externa
Descripción	Brindar atención psicológica y valoración de la misma a todos los usuarios de consulta externa
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGC-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Psicología
Políticas del procedimiento	Tener un registro en el Instituto Jalisciense de Cancerología. El psicólogo deberá anexar la nota de “Valoración Psicológica en Consulta Externa”, entrevista semiestructurada y escala Hads al expediente médico.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Registro, ticket de pago
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Valoracion
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	575 de 673

Modelado del procedimiento de Valoración psicológica en consulta externa



Narrativa del procedimiento de Valoración psicológica en consulta externa

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Psicóloga	Psicología	Recibe a paciente que fue derivado al servicio de psicología para su valoración	Recepción
2	Psicóloga	Psicología	Realiza entrevista semiestructurada y escala Hads	Entrevista
3	Psicóloga	Psicología	De forma colaborativa con el paciente realiza análisis sobre estado emocional o sintomatología (si la refiere) para identificar si esto genera conflicto.	Análisis
4	Psicóloga	Psicología	Brinda psicoeducación sobre el trabajo que realiza el psicólogo y como puede beneficiar atender la salud mental.	Educación al paciente
5	Psicóloga	Psicología	realiza la impresión diagnostica de psicología y se define si presenta alguna alteración emocional: si- Se le solicita que programe cita en Psicología, y le informa sobre los horarios de atención. no- continua la actividad 7	Hoja diagnostica
6	Psicóloga	Psicología	Realiza la nota de evolución en SIHO con la “Impresión diagnóstica de Psicología” y se anexa la nota en el expediente físico del paciente.	Nota de evolución

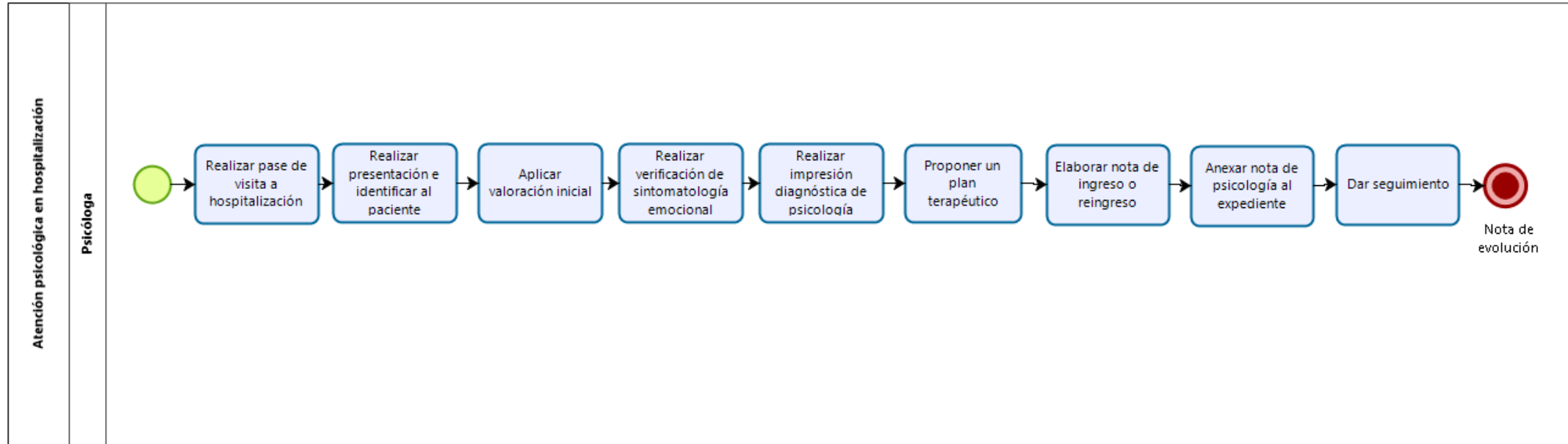
Procedimiento de Atención de psicología en hospitalización

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención de psicología en hospitalización
Descripción	Brindar atención, valorar y así diagnosticar psicológicamente a pacientes en hospitalización
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Psicología
Políticas del procedimiento	La psicóloga es responsable de dar seguimiento psicológico a los pacientes de acuerdo a sus necesidades, dependerá del diagnóstico y del tiempo de estancia en hospitalización, si el paciente se da de alta es responsabilidad de la psicóloga dar seguimiento al paciente y cuidador o familiar. Si el paciente perece en hospitalización indica al cuidador o familiar que solicite cita en el servicio de psicología para manejo de duelo. Es responsabilidad de la psicóloga realizar las notas de evolución de hospitalización de psicología
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Herramientas de valoración psicológica, notas de evolución
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Atención psicológica, seguimiento, egresos
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	578 de 673

Modelado del procedimiento de Atención psicológica en hospitalización



Narrativa del procedimiento de Atención psicológica en hospitalización

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Psicóloga	Hospitalización	Realiza pase de visita a hospitalización y revisa el expediente del paciente al cual se va a abordar.	Pase de visita
2	Psicóloga	Hospitalización	Se presenta y realiza la Identificación correcta del paciente conforme a la Acción # 1 del Manual de las acciones esenciales para la seguridad del paciente	Identificación
3	Psicóloga	Hospitalización	Si el paciente es de primera vez y está en condiciones de contestar la entrevista se aplica la valoración inicial si no está en condiciones de realiza entrevista al cuidador	Entrevista
4	Psicóloga	Hospitalización	Si el paciente es de reingreso y está en condiciones de contestar la entrevista: se realiza la verificación de sintomatología emocional con el paciente mediante una entrevista. Si no está en condiciones se realiza verificación de sintomatología emocional del paciente con el cuidador principal	entrevista
5	Psicóloga	Hospitalización	Realiza la impresión diagnóstica de psicología.	Impresión de diagnostico
6	Psicóloga	Hospitalización	Propone un plan terapéutico al paciente o cuidador.	Plan terapéutico
7	Psicóloga	Hospitalización	De acuerdo al tipo de paciente que se abordó, se realiza lo siguiente: pacientes de primera vez- se elabora la nota de ingreso de psicología en SIHO reingreso- se elabora nota de reingreso psicooncología	Nota ingreso o reingreso
8	Psicóloga	Hospitalización	Anexa nota de psicología al expediente	Nota
9	Psicóloga	Hospitalización	Da seguimiento	Seguimiento

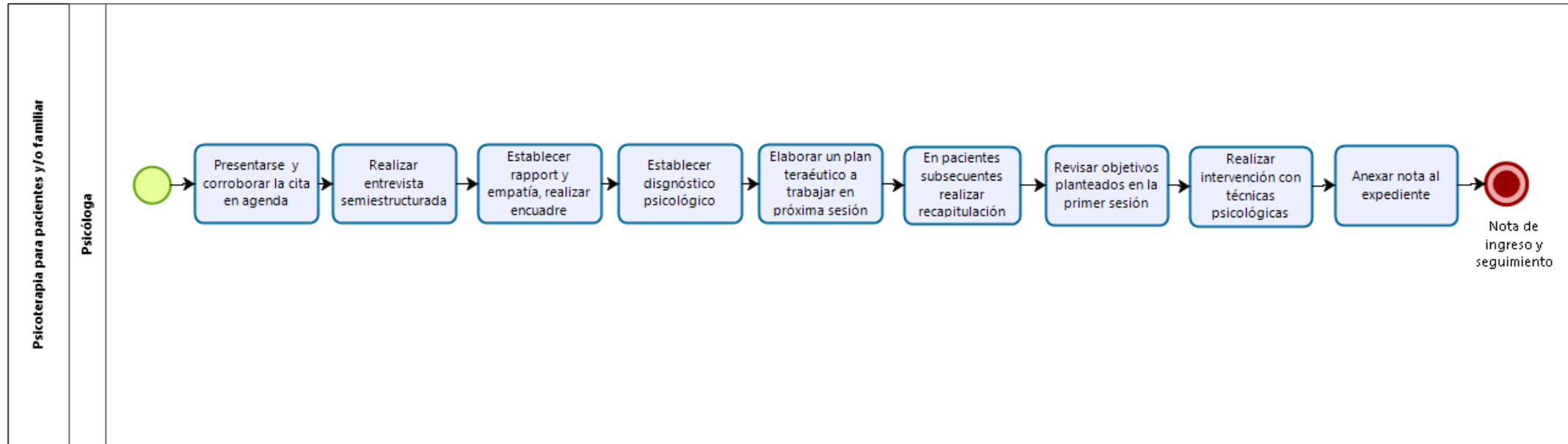
Procedimiento de Psicoterapia para pacientes y/o familiar

Ficha del procedimiento	
Nombre	Psicoterapia para pacientes y/o familiar
Descripción	Otorgar atención del servicio al paciente y familiar para recibir psicoterapia
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Psicología
Políticas del procedimiento	El paciente y/o familiar debe mostrar disposición ante el proceso terapéutico pues es quien tiene que contribuir a la mejora de su situación emocional. La psicóloga es responsable de realizar las notas de evolución psicológicas, asegurando la privacidad y confidencialidad del paciente, cumpliendo con la normativa aplicable, así como realizar notas de evolución. Es responsabilidad de la psicóloga valorar en función de gravedad la problemática, si el paciente presenta trastorno depresivo persistente o algún otro trastorno con ideación suicida deberá ser derivada a salme o al hcfaa mediante hoja de referencia
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Registro de electrónico y registro de nota de trabajo social
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Nota de ingreso y seguimiento
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	581 de 673

Modelado del procedimiento de Psicoterapia para pacientes y/o familiar



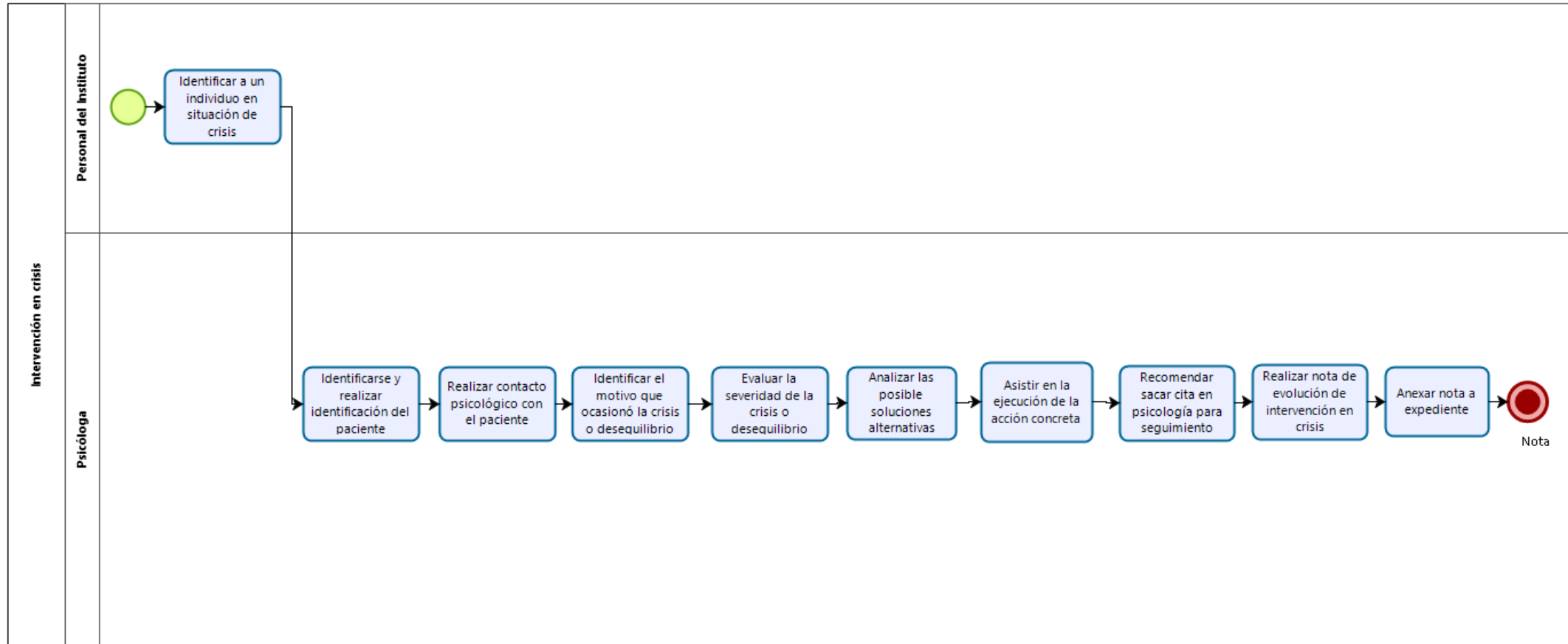
Narrativa del procedimiento de Psicoterapia para pacientes y/o familiar

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Psicóloga	Psicología	Se presenta el psicólogo y corrobora la cita del paciente en la agenda	Presentación con el paciente
2	Psicóloga	Psicología	Si el paciente o familiar es de primera vez se realizará entrevista semiestructurada	Entrevista
3	Psicóloga	Psicología	Se establece rapport y empatía. Realiza el encuadre, es decir, se le explica al paciente, cuidador o familiar la manera de trabajar, los horarios y se elaboran en conjunto los objetivos de la terapia.	Encuadre
4	Psicóloga	Psicología	Establece diagnóstico Psicológico en base a la entrevista semiestructurada y observación clínica.	Diagnostico
5	Psicóloga	Psicología	Elabora plan terapéutico a trabajar en la próxima sesión y se le informa al paciente o familiar.	Plan terapéutico
6	Psicóloga	Psicología	En pacientes subsecuentes se realiza rapport y empatía con el paciente, cuidador o familiar, al mismo tiempo se realiza la recapitulación de la sesión previa, para el seguimiento de los objetivos establecidos para la terapia.	Seguimiento
7	Psicóloga	Psicología	Se revisan los objetivos previamente planteados en la primera sesión.	Seguimiento
8	Psicóloga	Psicología	Se realiza intervención con las técnicas psicológicas correspondientes	Técnicas psicológicas
9	Psicóloga	Psicología	Se realiza la nota psicológica de Psicoterapia en el sistema SIHO y se anexa al expediente	Nota

Procedimiento de Intervención en crisis

Ficha del procedimiento	
Nombre	Intervención en crisis
Descripción	Brindar atención inmediata para proveer un confort físico, emocional, calmar y orientar emocionalmente
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGC-167VII-DC-2-V-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Psicología
Políticas del procedimiento	El psicólogo es responsable de atender de forma oportuna y con calidad a todos los pacientes en crisis que le sean derivados o identificados por el personal del Instituto Jalisciense de Cancerología, y canalizados al Servicio de Psicooncología. En el caso de pacientes agresivos se pedirá la colaboración del área de vigilancia y médica para la contención de la agresión. El psicólogo es responsable de realizar la nota de Intervención en Crisis en el sistema SIHO, colocando como título "Nota de Psicooncología, Intervención en crisis", misma que deberá de realizar al término de la Intervención.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Herramientas de valoración
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Paciente contenido
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Intervención en crisis



Narrativa del procedimiento de Intervención en crisis

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Personal del instituto	Áreas distintas	Identifica a un individuo en situación de crisis, con conductas ansiosas, o de llanto incontrolable.	Pase de ingreso
2	Psicóloga	Áreas distintas	Se identifica el psicólogo y realiza la identificación del paciente preguntando su nombre.	Identificación psicólogo e identificación
3	Psicóloga	Áreas distintas	Se realiza contacto psicológico con el paciente, a través de la empatía y rapport.	Intervención
4	Psicóloga	Áreas distintas	Se identifica el motivo que ocasionó la crisis o desequilibrio emocional, preguntando qué fue lo que sucedió, ya sea con el individuo, familiar o cuidador, y/o personal del Instituto.	Evaluación
5	Psicóloga	Áreas distintas	Evalúa la severidad de la crisis o desequilibrio emocional del individuo. Mediante la identificación de las necesidades de la persona, se determina cuáles son los problemas inmediatos y prioritarios y cuáles no lo son.	Evaluación
6	Psicóloga	Áreas distintas	Analiza las posibles soluciones, es decir, del individuo y psicólogo identifican una o varias soluciones alternativas, tanto para las necesidades inmediatas como para las posteriores, para restablecer la sensación de control y auto eficacia.	Búsqueda de soluciones
7	Psicóloga	Áreas distintas	Asiste en la ejecución de la acción concreta y resolución de problemas, sólo cuando las circunstancias deterioran severamente la capacidad del paciente, se debe tomar un papel activo, si no es así, el asistente únicamente debe tomar una actitud facilitadora o directiva.	Intervención
8	Psicóloga	Áreas distintas	Recomienda sacar cita en psicología para realizar seguimiento en consulta externa para psicoterapia	Seguimiento
9	Psicóloga	Áreas distintas	Realiza nota de evolución de intervención en crisis, donde se especifique si es paciente, cuidador o familiar.	Nota



Jalisco

Gobierno del Estado de Jalisco

Manual de Organización y Procedimientos
OPD. Instituto Jalisciense de Cancerología
Tomo I

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	586 de 673

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
10	Psicóloga	Áreas distintas	Anexa nota al expediente	Nota

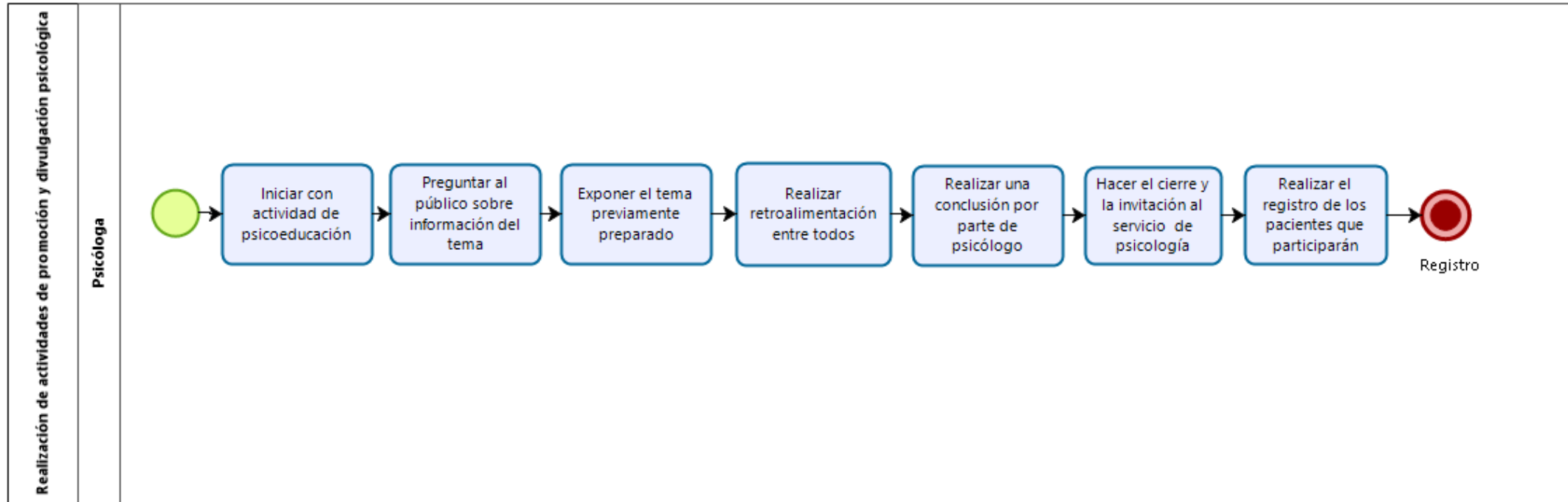
Procedimiento de Realización de actividades de promoción y divulgación psicológica

Ficha del procedimiento	
Nombre	Realización de actividades de promoción y divulgación psicológica
Descripción	Brindar información al paciente y sus familiares acerca de las variables psicológicas que pueden influir en el tratamiento oncológico, esto con la finalidad de eliminar prejuicios e ideas erróneas de la enfermedad, mejorar el tratamiento, reducir el riesgo de recaídas y aliviar la carga emocional
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Psicología
Políticas del procedimiento	El psicólogo es responsable de realizar las actividades de promoción y divulgación a los pacientes, cuidadores y familiares del Instituto Jalisciense de Cancerología, conforme al programa establecido. El psicólogo registrara en la hoja de Excel que forma parte de la productividad el día que se realizó la difusión de la información en las salas de quimioterapia, radioterapia, consulta externa y UCI. El psicólogo es responsable de prepararse para la exposición de los temas y demás actividades de psicoeducación que se le atribuyan o asignen.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Material didáctico y entregable para la divulgación de la importancia de la atención psicológica
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Educación al paciente y/o familiares
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	588 de 673

Modelado del procedimiento de Realización de actividades de promoción y divulgación psicológica



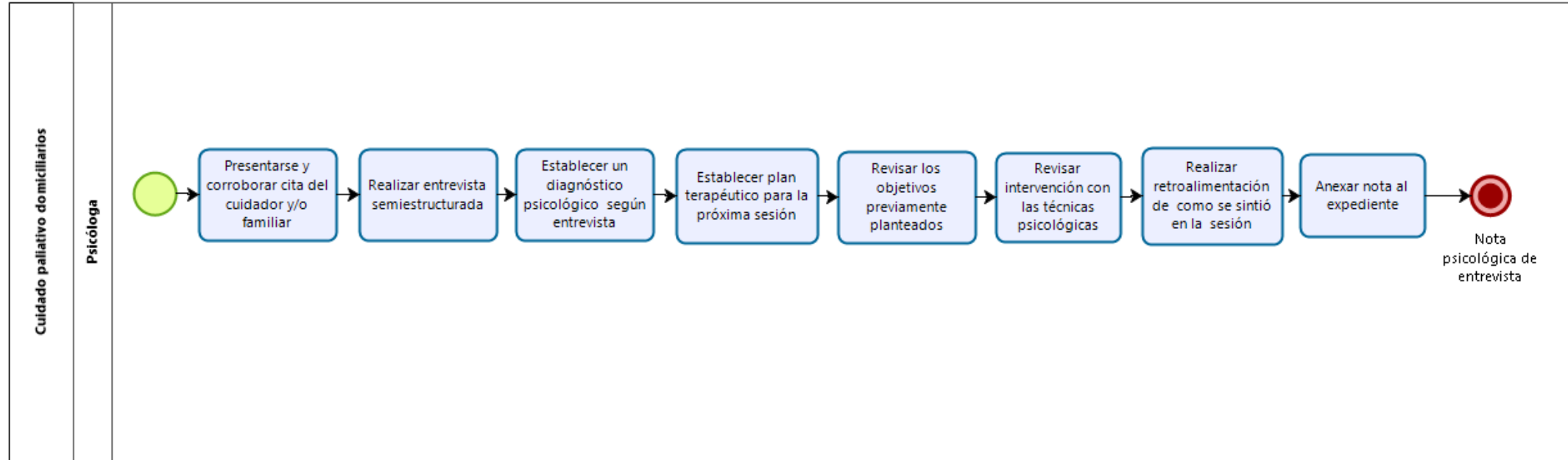
Narrativa del procedimiento de Realización de actividades de promoción y divulgación psicológica

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Psicóloga	Sala de espera, quimioterapia, radioterapia, quirófano, UCI	Comienza de acuerdo a la actividad que se va a realizar: Psicoeducación- Realiza introducción del tema a impartir Técnica de relajación- Se realiza la aplicación de la técnica de “Relajación Guiada”	Psicoeducación
2	Psicóloga	Sala de espera, quimioterapia, radioterapia, quirófano, UCI	Pregunta al público sobre la información que tiene acerca del tema que se impartirá, para generar una lluvia de ideas.	Evaluación de información
3	Psicóloga	Sala de espera, quimioterapia, radioterapia, quirófano, UCI	Exponer el tema previamente preparado y fundamentado en bibliografía científica. Se realiza una breve introducción y objetivos de la técnica a aplicar.	Exposición de tema
4	Psicóloga	Sala de espera, quimioterapia, radioterapia, quirófano, UCI	Realizar retroalimentación entre todos los participantes y el psicólogo.	Retroalimentación
5	Psicóloga	Sala de espera, quimioterapia, radioterapia, quirófano, UCI	Realiza una conclusión por parte del psicólogo.	Conclusión de actividad
6	Psicóloga	Sala de espera, quimioterapia, radioterapia, quirófano, UCI	Se hace el cierre y la invitación al servicio de psicología en caso de que en algún momento lo requieran	Invitación abierta
7	Psicóloga	Sala de espera, quimioterapia, radioterapia, quirófano, UCI	Realiza el registro de los pacientes que participarán en la actividad.	Registro

Procedimiento de Cuidado paliativo domiciliarios

Ficha del procedimiento	
Nombre	Cuidado paliativo domiciliarios
Descripción	Brindar atención psicológica domiciliaria para pacientes que están en el programa de cuidados paliativos
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGC-167VII-DC-2-V-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Trabajo social
Políticas del procedimiento	Para que el familiar pueda ser atendido deberá cumplir con los siguientes requisitos: estar recibiendo atención por parte del Programa de Cuidados Paliativos Domiciliarios, el familiar puede expresar malestar emocional o ser identificado por parte del equipo de cuidados paliativos, mala adaptación al pronóstico del paciente, sobrecarga del cuidador, claudicación familiar, negación ante el pronóstico El psicólogo es responsable de atender de forma oportuna y con calidad a los familiares que requieran de la atención y/o que sean canalizados al Servicio de Psicología por parte del programa de cuidados paliativos domiciliarios con la finalidad de realizar un manejo de duelo ante el mal pronóstico del paciente. El psicólogo es responsable de realizar la nota en el expediente electrónico del cuidador, colocando como título “Nota de psicología” “intervención con cuidador y/o familiar”, misma que deberá de realizar al término de la Intervención.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Evaluación, nota
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Nota en el expediente electrónico del cuidador
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Cuidado paliativo domiciliarios



Narrativa del procedimiento de Cuidado paliativo domiciliarios

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Psicóloga	Domicilio	Se presenta psicóloga y corrobora la cita del cuidador y/o familiar	Ticket de pago
2	Psicóloga	Domicilio	El cuidador y/o familiar acude Primera vez- se realiza entrevista semiestructurada y se realiza rapport y empatía. Realiza el encuadre, es decir, se le explica al cuidador como se realizarán las sesiones, los horarios y se elaboran en conjunto los objetivos de la terapia Subsecuente- se realiza rapport y empatía con el cuidador y/o familiar, al mismo tiempo se realiza la recapitulación de la sesión previa, para la actualización de la información.	Entrevista, recapitulación
3	Psicóloga	Domicilio	Se establece un diagnóstico psicológico en base a la entrevista semiestructurada y observación clínica	Diagnóstico
4	Psicóloga	Domicilio	Se establece el plan terapéutico a trabajar en la próxima sesión	Plan
5	Psicóloga	Domicilio	Se revisan los objetivos previamente planteados en la primera sesión	Revisión de plan
6	Psicóloga	Domicilio	Se realiza intervención con las técnicas psicológicas correspondientes. Acompañamiento emocional, Reestructuración cognitiva, Dialogo Socrático, Duelo anticipado.	Intervención
7	Psicóloga	Domicilio	Se realiza la retroalimentación, es decir, se le pregunta al cuidador y/o familiar cómo se sintió durante la sesión, física y emocionalmente, que cambios experimentó, con la finalidad de realizar una reflexión propia y en conjunto. Se realiza la nota psicológica de entrevista de primera vez de Psicoterapia en su expediente físico.	Retroalimentación
8	Psicóloga	Domicilio	Se anexa la nota al expediente	Nota

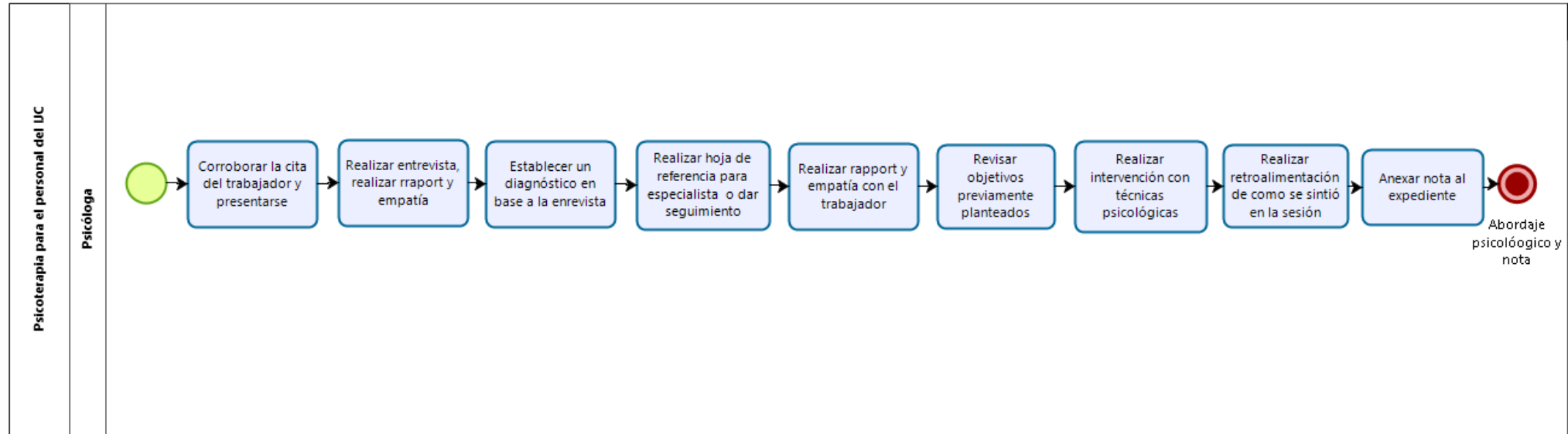
Procedimiento de Psicoterapia para el personal del IJC

Ficha del procedimiento	
Nombre	Psicoterapia para el personal del IJC
Descripción	Brindar atención psicológica al personal del Instituto Jalisciense de Cancerología con el objetivo de prevenir alteraciones emocionales que pueda afectar el desempeño laboral o la calidad de vida del empleado.
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Psicología
Políticas del procedimiento	El psicólogo es responsable de atender de forma oportuna y con calidad a los trabajadores del Instituto Jalisciense de Cancerología que requieran de la atención y/o que sean canalizados al Servicio de Psicología. El psicólogo es responsable de realizar hoja de referencia para ser derivado en caso de que el trabajador presente sintomatología de depresión mayor, ideación suicida o por abuso de sustancias. El psicólogo es responsable de realizar expediente físico del trabajador, efectuando entrevista de primera vez colocando como título "Nota de Psicoterapia", misma que deberá de realizar al término de la Intervención. El psicólogo será responsable del resguardo del expediente y creará una carpeta de cada uno de los trabajadores que soliciten la atención y se mantendrá de forma confidencial.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Herramientas de valoración
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Abordaje psicológico al personal y nota
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	594 de 673

Modelado del procedimiento de Psicoterapia para el personal del IJC



Narrativa del procedimiento de Psicoterapia para el personal del IJC

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Psicóloga	Psicología	Corroborar la cita del trabajador y se presenta el psicólogo	Pase de ingreso
2	Psicóloga	Psicología	El trabajador acude Primera vez- Se realiza entrevista, se realiza rapport y empatía. Realiza el encuadre, es decir, se le explica al trabajador como se realizarán las sesiones, los horarios y se elaboran en conjunto los objetivos de la terapia Subsecuente- Seguimiento y se establece el plan terapéutico a trabajar en la próxima sesión.	Entrevista, seguimiento
3	Psicóloga	Psicología	Establece un diagnóstico Psicológico en base a la entrevista semiestructurada y observación clínica.	Diagnostico
4	Psicóloga	Psicología	El trabajador requiere atención de otro especialista Si- se realiza hoja de referencia No- seguimiento y se establece el plan terapéutico a trabajar en la próxima sesión.	Solicitud
5	Psicóloga	Psicología	Realiza rapport y empatía con el trabajador, al mismo tiempo se realiza la recapitulación de la sesión previa, para la actualización de la información.	Intervención
6	Psicóloga	Psicología	Revisa los objetivos previamente planteados en la primera sesión.	Revisión de objetivos
7	Psicóloga	Psicología	Realiza intervención con las técnicas psicológicas correspondientes. Técnicas de respiración y relajación, Entrenamiento en solución de problemas, Reestructuración cognitiva. Acompañamiento emocional, Entrenamiento en solución de problemas, Activación conductual.	Intervención
8	Psicóloga	Psicología	Realiza la retroalimentación, es decir, se le pregunta al trabajador cómo se sintió durante la sesión, física y emocionalmente, que cambios experimentó, con la finalidad de realizar una reflexión propia y en conjunto. Se realiza la nota psicológica de entrevista de primera vez de Psicoterapia en su expediente físico.	Retroalimentación
9	Psicóloga	Psicología	Anexa la nota al expediente	Nota

Ficha del servicio de Psicología

Nombre del trámite o servicio	Psicología
Descripción del servicio	Brindar apoyo, atención y seguimiento por parte del servicio de psicología a los usuarios y empleados del IJC
Documentos que se obtienen con el trámite	No aplica
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Permanente
Usuario(s)	Pacientes, empleados
Responsable del servicio	Lic. Betsabé Abigail Falcón Huitron
Domicilio, Ubicación y teléfono	Coronel Calderón No. 715 S.H. Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44280 Primer Piso.
Horario de atención	Lunes a Viernes
Requisitos	Variable
Costo, Forma y lugar de pago	Variable, piso 3 caja
Tiempo de respuesta	De acuerdo a disponibilidad en la agenda.
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa
Dirección de Área responsable o equivalente	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	No aplica

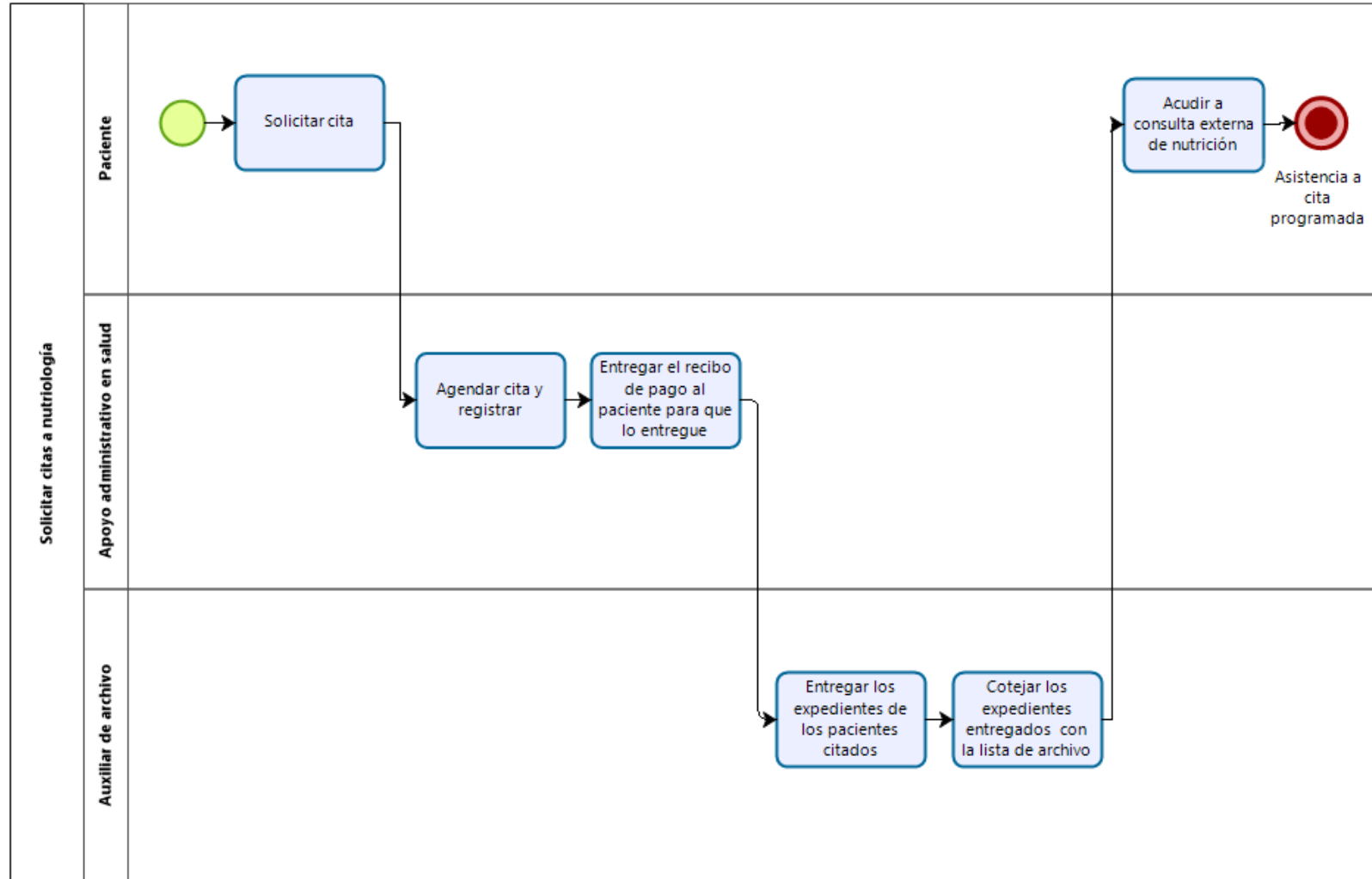
Procedimiento de Solicitar citas a nutriología

Ficha del procedimiento	
Nombre	Solicitar citas a nutriología
Descripción	Brindar consultas de soporte por parte del servicio de nutrición
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Nutrición
Políticas del procedimiento	Se darán citas solo al paciente del Instituto Jalisciense de Cancerología que cuenten con un registro, siempre resguardando su seguridad con un trato amable e humanitario: Debe ser derivado a Nutrición por cualquier especialista que labora en el Instituto y que determine la importancia de la intervención, o asistir por voluntad propia, el paciente y sus familiares son responsables de dar seguimiento a las indicaciones brindadas por el servicio de nutrición, el paciente debe ser consciente de que quiere mejorar el estado nutricional en el que vive, es responsabilidad del paciente seguir las indicaciones nutricionales y así generar el cambio en su estilo de vida y alimentación, debe de contar con un número de registro y expediente Clínico.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tarjeta de citas y ticket de pago
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Programación de cita
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	598 de 673

Modelado del procedimiento de Solicitar citas a nutriología



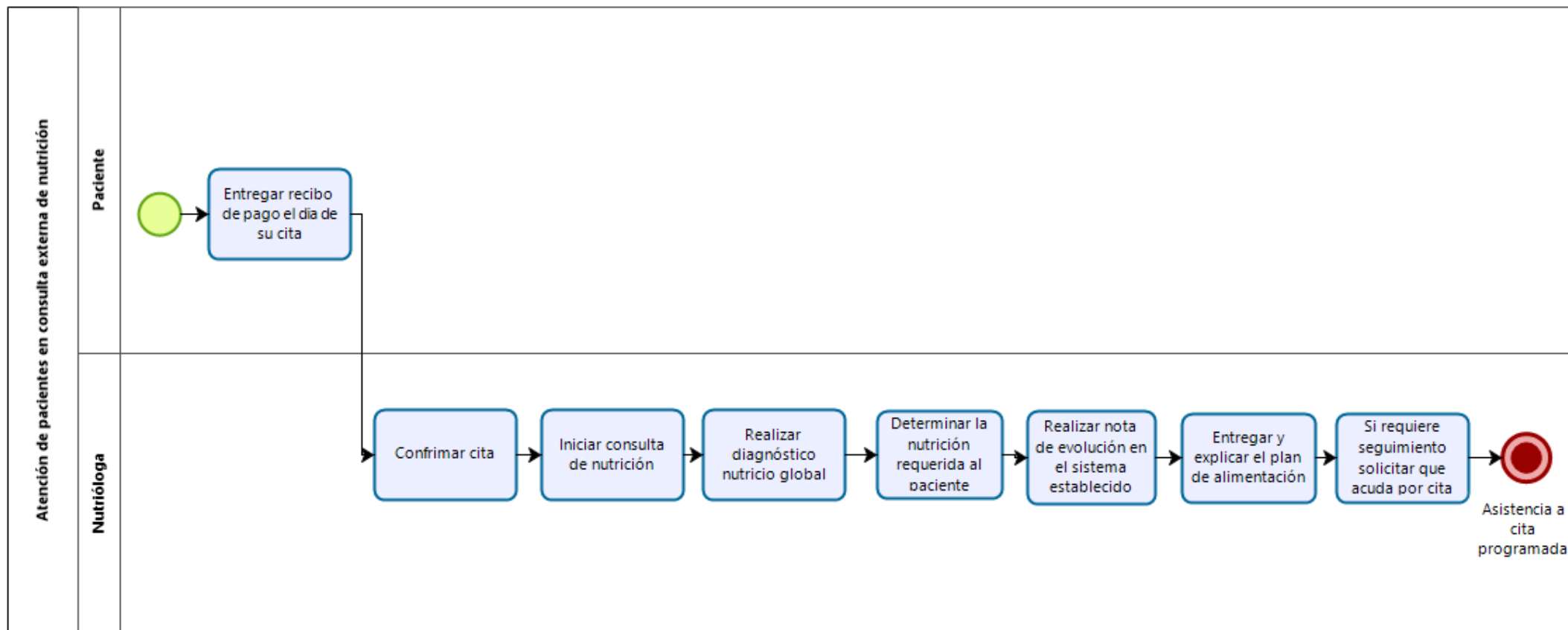
Narrativa del procedimiento de Solicitar citas a nutrióloga

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Paciente	Consulta externa	Solicita cita	Solicitud de cita
2	Apoyo administrativo en salud	Consulta externa	Agenda Cita, registra en el tarjetón de Citas y en el sistema electrónico.	Agenda de cita
3	Apoyo administrativo en salud	Consulta externa	Entrega el recibo de pago al paciente, para que posteriormente, lo entregue a la nutrióloga (o) el día de su cita. El pago de la Consulta se realiza el mismo día de la cita	Recibo de pago
4	Auxiliar de archivo	Consulta externa	Entrega los expedientes de los pacientes citados al servicio de Nutrición, si algún expediente falta informa en que servicio se encuentra.	Expedientes
5	Auxiliar de archivo	Consulta externa	Coteja los expedientes entregados con la lista de entrega del archivo y firma de recibido, si algún expediente está en otro servicio deben de ir por el expediente cuando el paciente pase a cita y regresarlo al terminar la consulta.	Expedientes
6	Paciente	Consulta externa	Acude a consulta externa de Nutrición de acuerdo al día y horario establecido en su tarjetón de citas	Acude a su cita programada

Procedimiento de Atención de pacientes en consulta externa de nutrición

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención de pacientes en consulta externa de nutrición
Descripción	Tamizaje nutricional, evaluación del estado nutricional, menú simplificado, menú desarrollado y menú de equivalentes dirigido a pacientes de la consulta externa
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Nutrición
Políticas del procedimiento	El servicio de Nutrición hará la difusión de temas de nutrición entre pacientes y familiares a través de trípticos informativos y la elaboración mensual de un periódico mural. El servicio de Nutrición brindará asesoría nutricional a los pacientes del Instituto, así como involucrará a los familiares en la importancia del estado nutricional del paciente para su apoyo y seguimiento en casa. El servicio de Nutrición brindará asesoría nutricional a los trabajadores del Instituto, así como llevará un seguimiento del mismo.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Herramientas para la atención nutricional, ticket de pago y tarjeta de citas
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Atención a programación diaria de consulta externa
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Atención de pacientes en consulta externa de nutrición



Narrativa del procedimiento de Atención de pacientes en consulta externa de nutrición

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Paciente	Consulta externa	Entrega un recibo de pago al nutriólogo (a) el día de su cita.	Pase de ingreso
2	Nutrióloga	Consulta externa	Confirmación de cita	Confirmación de cita
3	Nutrióloga	Consulta externa	Inicia la consulta de nutrición, se le realiza interrogatorio al paciente para determinar las necesidades nutricias, revisa el expediente médico, el diagnóstico, procedimientos médico- quirúrgicos, los tratamientos oncológicos que el paciente esté recibiendo o a punto de recibir, además de los últimos Laboratoriales, así como signos y síntomas.	Consulta e interrogatorio
4	Nutrióloga	Consulta externa	Realiza diagnóstico nutricio global evaluando el estado nutricio del paciente considerando la Antropometría, Bioquímica, Clínica y Dietética, procedimientos, tratamientos médicos, signos y síntomas, así como el pronóstico del paciente	Diagnostico
5	Nutrióloga	Consulta externa	Determina la nutrición requerida al paciente y cuestiona si hubiese dudas para resolverlas.	Resolución de dudas
6	Nutrióloga	Consulta externa	Realiza nota de evolución en el sistema electrónico establecido por el IJC.	Nota
7	Nutrióloga	Consulta externa	Entrega y explica el plan de alimentación	Plan
8	Nutrióloga	Consulta externa	Si el paciente requiere seguimiento se solicita al paciente acuda a solicitar cita	Seguimiento

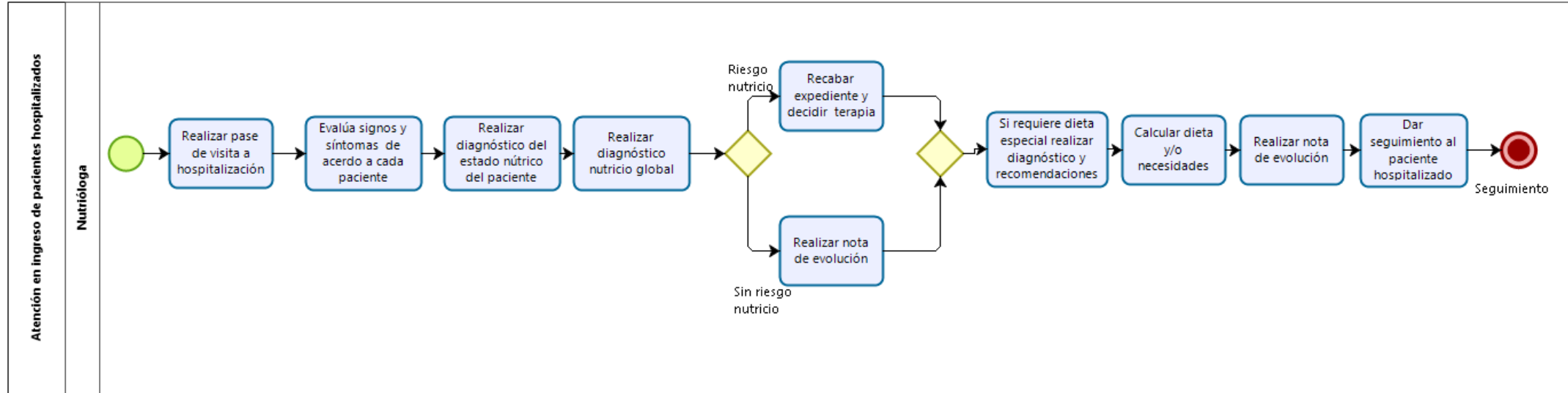
Procedimiento de Atención en ingreso de pacientes hospitalizados

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención en ingreso de pacientes hospitalizados
Descripción	Tamizaje nutricional, evaluación del estado nutricio y menú personalizado a pacientes hospitalizados
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Nutrición
Políticas del procedimiento	El paciente hospitalizado dentro será valorado (Tamizaje nutricional) por el departamento de nutrición en un máximo de 24 hrs de su ingreso con la finalidad de determinar si tiene o no riesgo nutricio. El servicio de nutrición realiza Tamizaje Nutricional a todos los pacientes que ingresan por primera vez y posteriormente son revalorados diario dando seguimiento al estado nutrición del paciente. El Servicio de Enfermería solicita al HFAA las dietas de los pacientes y posteriormente el (la) nutriólogo (a) hace entrega de las mismas a los pacientes encamados. El servicio de Enfermería administra las fórmulas parenterales bajo la indicación del Médico y nutriólogo. El personal asignado al servicio de nutrición es responsable de la integración de los formatos que conforman el expediente clínico del paciente de su servicio. El nutriólogo deberá de trabajar en conjunto con el médico tratante con la finalidad de dar seguimiento a las necesidades nutricias del paciente. Si el paciente requiere nutrición especial deberá de realizarse interconsulta al servicio de nutrición. El nutriólogo es responsable de dar seguimiento al paciente hospitalizado hasta su alta.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Herramientas para la evaluación del estado nutricio de pacientes hospitalizados
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Atención al paciente hospitalizado
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	604 de 673

Modelado del procedimiento de Atención en ingreso de pacientes hospitalizados



Narrativa del procedimiento de Atención en ingreso de pacientes hospitalizados

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Nutrióloga	Hospitalización	Realiza pase de visita a hospitalización a los pacientes hospitalizados	Pase de visita
2	Nutrióloga	Hospitalización	Evalúa signos y síntomas de acuerdo al caso de cada paciente. Realiza el interrogatorio nutricional al paciente en caso de que el paciente no esté en condiciones de contestar se podrá cuestionar al familiar, cuidador o representante legal.	Evaluación
3	Nutrióloga	Hospitalización	Realiza un diagnóstico del estado nutricio del paciente utilizando la “Tamizaje Nutricional NRS 2002” en pacientes que no pueden levantarse de una cama o silla de ruedas y la “Historia clínica del paciente” para el resto de los pacientes. Evalúa su antropometría, bioquímicos, datos clínicos, datos dietéticos, los tratamientos médicos recibidos y el pronóstico del paciente para poder establecer una dieta personalizada	Diagnostico
4	Nutrióloga	Hospitalización	Si existe riesgo nutricio recaba el expediente clínico para estudiarlo con detenimiento y poder decidir la intervención terapéutica si no existe riesgo se realiza nota de evolución	Estudio de expediente clínico
5	Nutrióloga	Hospitalización	Si requiere dieta especial se realiza un diagnóstico del estado nutricio del paciente, evalúa su antropometría, bioquímicos, datos clínicos, datos dietéticos, los tratamientos médicos recibidos y el pronóstico del paciente para poder establecer una dieta personalizada. Si no requiere dieta especial extiende recomendaciones dietéticas generales y pone a sus órdenes el servicio de nutrición para futuras necesidades del paciente. Finalmente registra sus datos en la Hoja de Registro Diario de Hospitalización y en la nota de Evolución.	Diagnostico o recomendaciones
6	Nutrióloga	Hospitalización	Calcula dieta y/o necesidad de suplemento alimenticio	Calculo
7	Nutrióloga	Hospitalización	Realiza nota de evolución y la anexa en su lugar correspondiente en el expediente clínico del paciente.	Nota
8	Nutrióloga	Hospitalización	Da seguimiento al paciente hospitalizado en el pase de visita diario. Realizar de la actividad 5 a la 8. Termina pase de visita	Seguimiento

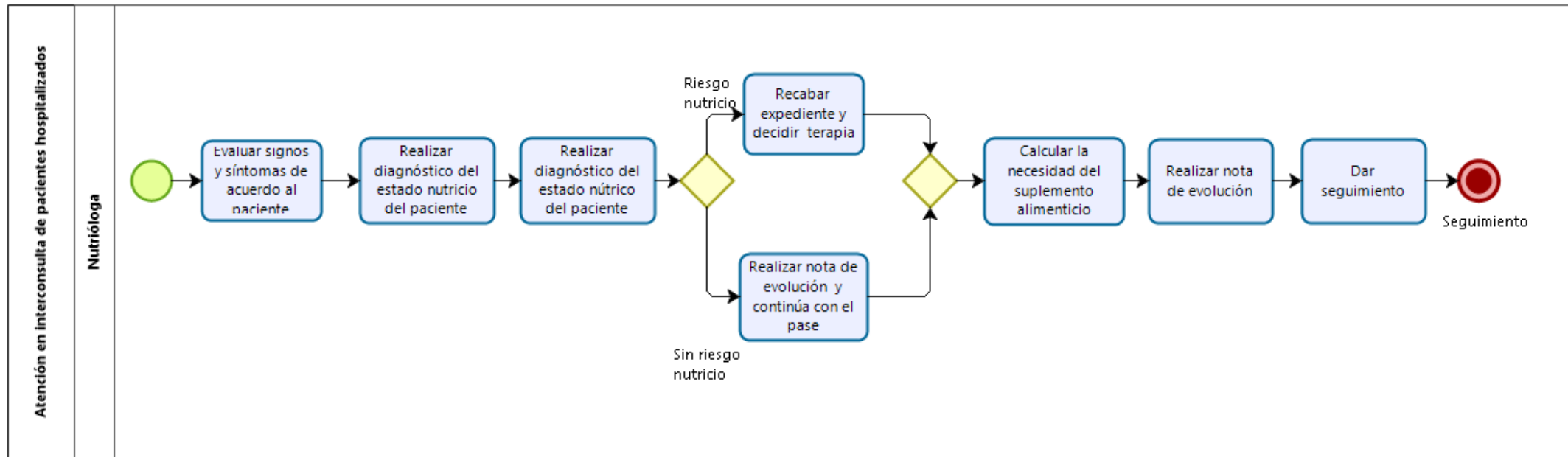
Procedimiento de Atención en interconsulta de pacientes hospitalizados

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención en interconsulta de pacientes hospitalizados
Descripción	Valoración y atención al paciente que requiere interconsulta por parte del servicio de psicología
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Nutrición
Políticas del procedimiento	El paciente será atendido dentro de las primeras 24 hrs de su ingreso para determinar si tiene o no riesgo nutricio, se realiza tamizaje y trabajará en conjunto con los otros servicios. El médico tratante indicará si es necesario formulas parenterales, esto de la mano de la solicitud de interconsulta al servicio de nutrición. La nutrióloga es responsable de dar seguimiento al paciente hospitalizado hasta su alta
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Hoja de interconsulta, herramientas de evaluación nutricia
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Atención de interconsulta y seguimiento
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	607 de 673

Modelado del procedimiento de Atención en interconsulta de pacientes hospitalizados



Narrativa del procedimiento de Atención en interconsulta de pacientes hospitalizados

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Nutrióloga	Hospitalización	Evalúa signos y síntomas de acuerdo al caso de cada paciente. Realiza el interrogatorio nutricional al paciente en caso de que el paciente no esté en condiciones de contestar se podrá cuestionar al familiar, cuidador o representante legal.	Evaluación
2	Nutrióloga	Hospitalización	Realiza diagnóstico del estado nutricional del paciente y evalúa su antropometría, bioquímicos, datos clínicos, datos dietéticos, tratamientos médicos recibidos y el pronóstico del paciente para poder establecer un plan alimenticio personalizado	Diagnostico
3	Nutrióloga	Hospitalización	Si existe riesgo nutricional recaba el expediente clínico para estudiarlo con detenimiento y poder decidir la intervención terapéutica. Analiza el diagnóstico, tratamiento, procedimientos médico- quirúrgicos y laboratoriales y realiza un diagnóstico. Si no existe riesgo se realizará nota de evaluación y continua con el pase	Valora riesgo nutricional
4	Nutrióloga	Hospitalización	Calcula la necesidad de suplemento alimenticio	Cálculo
5	Nutrióloga	Hospitalización	Realiza nota de evolución y se anexa a expediente clínico	Nota
6	Nutrióloga	Hospitalización	Da Seguimiento	Seguimiento

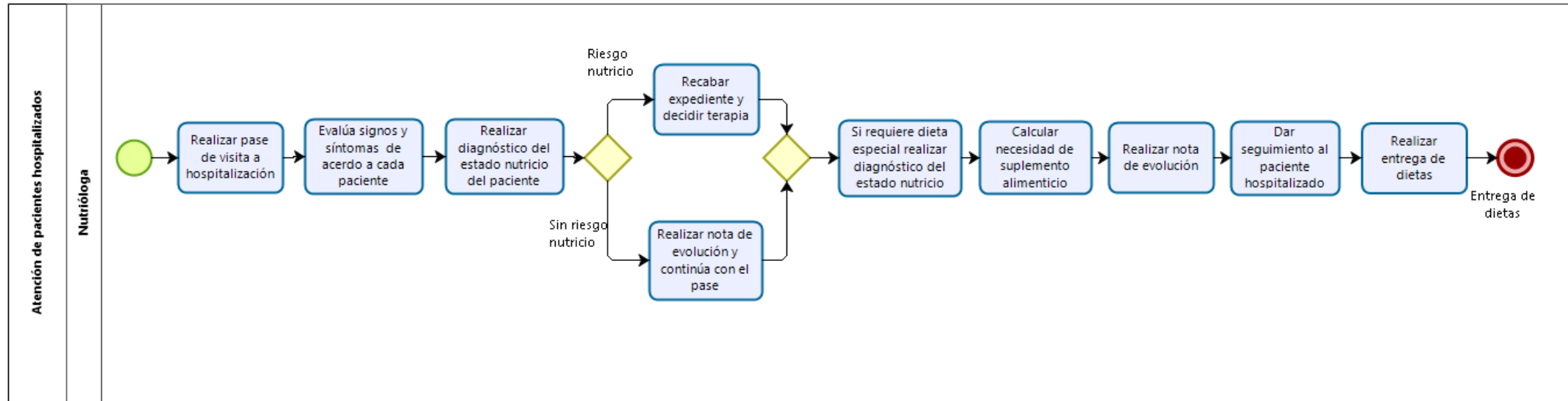
Procedimiento de Atención de pacientes hospitalizados

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención de pacientes hospitalizados
Descripción	Se trata de la evaluación y seguimiento del estado nutricional del paciente hospitalizado para definir con precisión su estado de salud
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Nutrición
Políticas del procedimiento	El paciente será atendido dentro de las primeras 24 hrs de su ingreso para determinar si tiene o no riesgo nutricional, se realiza tamizaje y trabajará en conjunto con los otros servicios. El médico tratante indicará si es necesario formulas parenterales, esto de la mano de la solicitud de interconsulta al servicio de nutrición. La nutrióloga es responsable de dar seguimiento al paciente hospitalizado hasta su alta
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Herramientas de evaluación nutricional
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Atención al paciente hospitalizado
Indicador	No aplica



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	610 de 673

Modelado del procedimiento de Atención de pacientes hospitalizados



Narrativa del procedimiento de Atención de pacientes hospitalizados

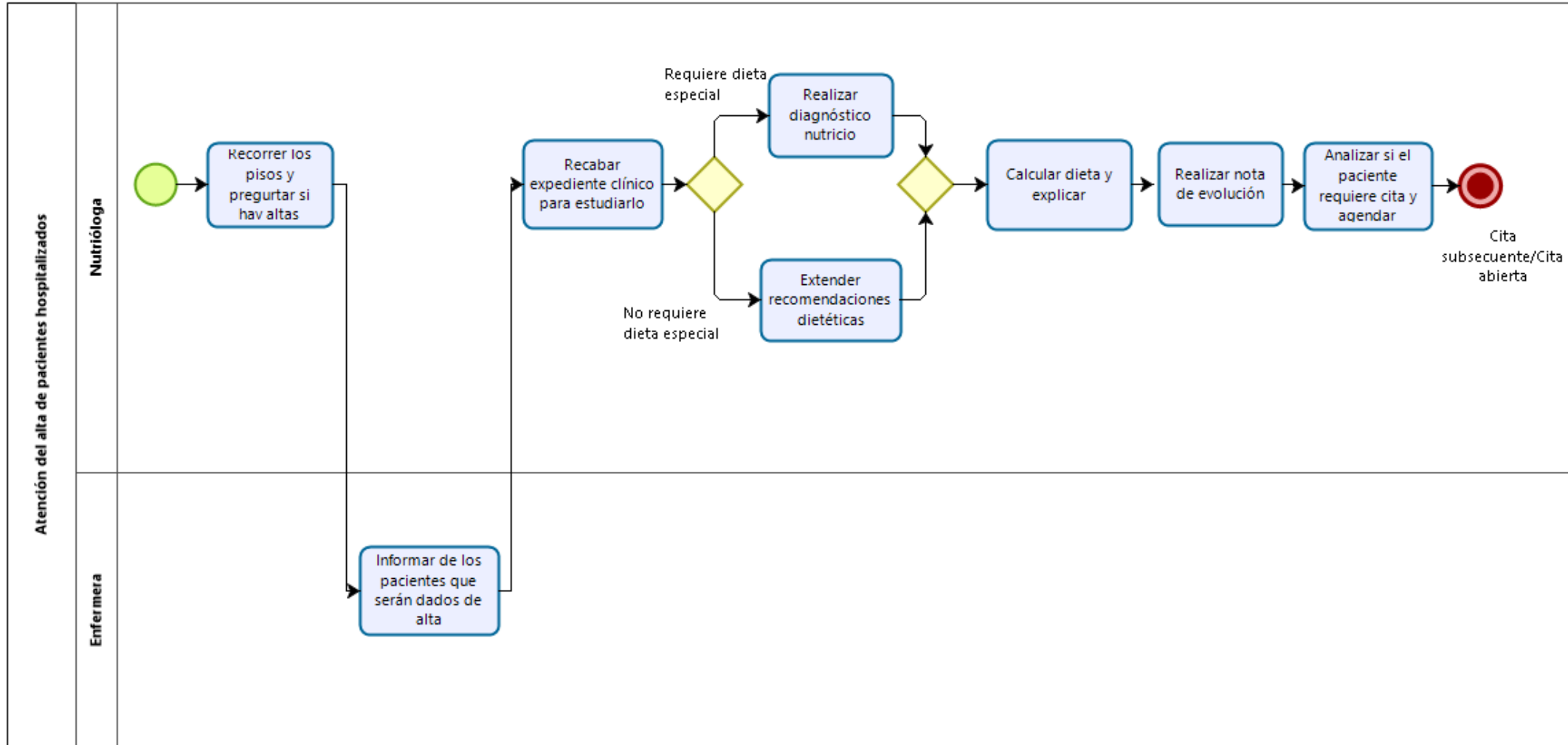
N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Nutrióloga	Hospitalización	Realizar pase de visita	Pase de visita
2	Nutrióloga	Hospitalización	Evalúa signos y síntomas de acuerdo al caso de cada paciente. Realiza el interrogatorio nutricional al paciente en caso de que el paciente no esté en condiciones de contestar se podrá cuestionar al familiar, cuidador o representante legal.	Evaluación
3	Nutrióloga	Hospitalización	Realiza diagnóstico del estado nutricional del paciente y evalúa su antropometría, bioquímicos, datos clínicos, datos dietéticos, tratamientos médicos recibidos y el pronóstico del paciente para poder establecer un plan alimenticio personalizado	Diagnostico
4	Nutrióloga	Hospitalización	Si existe riesgo nutricional recaba el expediente clínico para estudiarlo con detenimiento y poder decidir la intervención terapéutica. Analiza el diagnóstico, tratamiento, procedimientos médico- quirúrgicos y laboratoriales y realiza un diagnóstico. Si no existe riesgo se realizará nota de evaluación y continua con el pase. Si el paciente requiere una valoración específica el médico tratante deberá de realizar una interconsulta al servicio de nutrición	Evalúa el riesgo
5	Nutrióloga	Hospitalización	Si requiere dieta especial se realiza un diagnóstico del estado nutricional del paciente, evalúa su antropometría, bioquímicos, datos clínicos, datos dietéticos, los tratamientos médicos recibidos y el pronóstico del paciente para poder establecer una dieta personalizada. Si no requiere dieta especial extiende recomendaciones dietéticas generales y pone a sus órdenes el servicio de nutrición para futuras necesidades del paciente. Finalmente registra sus datos en la Hoja de Registro Diario de Hospitalización y en la nota de Evolución.	Evaluación de tipo de dieta requerida
6	Nutrióloga	Hospitalización	Calcula la necesidad de suplemento alimenticio	Cálculo
7	Nutrióloga	Hospitalización	Realiza nota de evolución y se anexa a expediente clínico	Nota
8	Nutrióloga	Hospitalización	Da seguimiento al paciente hospitalizado en el pase de visita diario	Seguimiento
9	Nutrióloga	Hospitalización	Realiza entrega de dietas de acuerdo a la indicación que se encuentra en la hoja de enfermería	Entrega de dietas

Procedimiento de Atención de alta de pacientes hospitalizados

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención del alta de pacientes hospitalizados
Descripción	Brindar si es necesario seguimiento a los pacientes egresados y educación al mismo
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Nutrición
Políticas del procedimiento	El personal asignado al servicio de nutrición es responsable de la integración de los formatos que conforman el expediente clínico del paciente de su servicio. El nutriólogo deberá de trabajar en conjunto con el médico tratante con la finalidad de dar seguimiento a las necesidades nutricias del paciente. Si el paciente requiere nutrición especial deberá de realizarse interconsulta al servicio de nutrición. El nutriólogo es responsable de dar seguimiento al paciente hospitalizado hasta su alta. Al ser dados de alta los pacientes del I.J.C. reciben la visita del (la) nutriólogo (a) del Instituto el (la) cual los evalúa y establece una dieta especial para su estado de salud, así mismo brinda una serie de recomendaciones nutricias para el cuidado domiciliario.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Herramientas para la evaluación nutricia
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Nota de evolución, plan alimenticio personalizado
Indicador	No aplica



Modelado del procedimiento de Atención del alta de pacientes hospitalizados



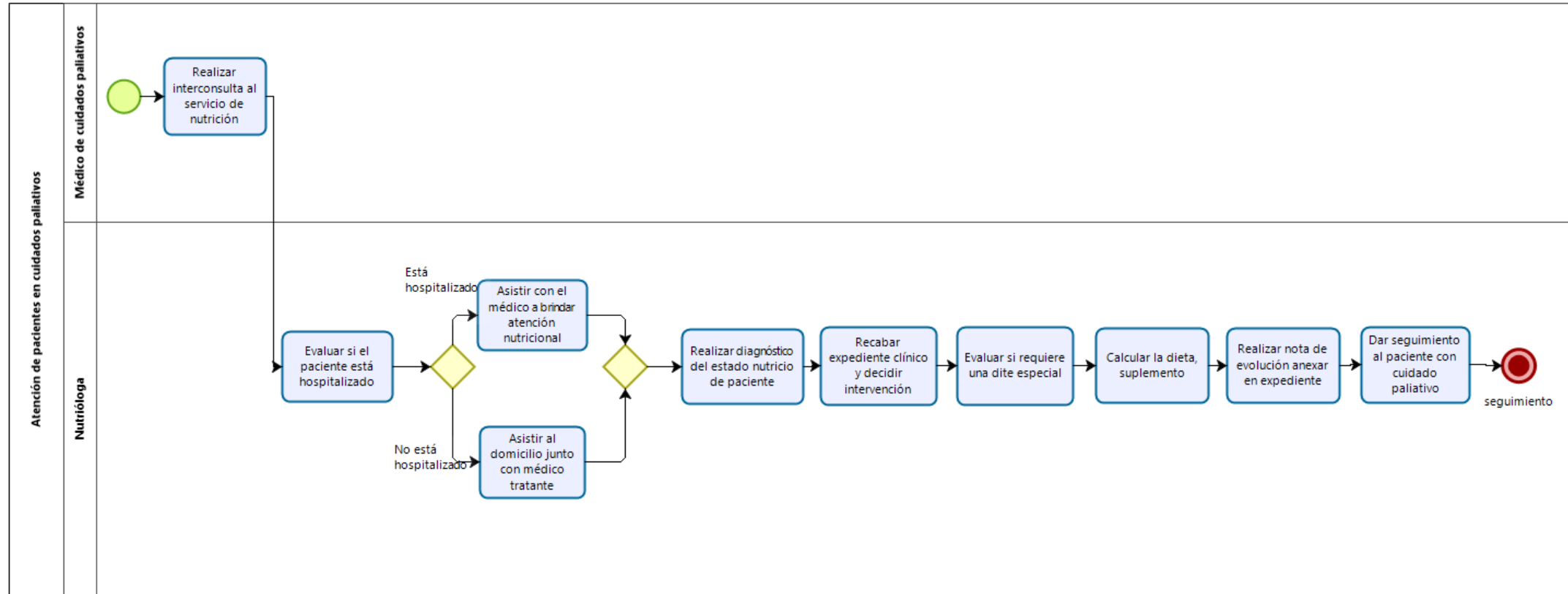
Narrativa del procedimiento de Atención del alta de pacientes hospitalizados

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Nutrióloga	Hospitalización	Recorre los pisos de hospitalización y pregunta si hay altas hospitalarias	Recorrido
2	Enfermera	Hospitalización	Informa de los pacientes que serán dados de alta	Identificación de pacientes dados de alta
3	Nutrióloga	Hospitalización	Recaba el expediente clínico para estudiarlo	Expediente clínico
4	Nutrióloga	Hospitalización	Si requiere dieta especial se realiza un diagnóstico del estado nutricional del paciente, evalúa su antropometría, bioquímicos, datos clínicos, datos dietéticos, los tratamientos médicos recibidos y el pronóstico del paciente para poder establecer una dieta personalizada. Si no requiere dieta especial extiende recomendaciones dietéticas generales y pone a sus órdenes el servicio de nutrición para futuras necesidades del paciente. Finalmente registra sus datos en la Hoja de Registro Diario de Hospitalización y en la nota de Evolución.	Diagnostico
5	Nutrióloga	Hospitalización	Calcula la dieta, regresa a la cama del paciente, le explica al paciente y/o familiar la dieta en términos simples o adaptarse a las limitaciones y necesidades del paciente. Al final, se le solicita al paciente que repita lo que entendió de lo que se le explicó	Cálculo
6	Nutrióloga	Hospitalización	Realiza nota de evolución	Nota
7	Nutrióloga	Hospitalización	Analiza si el paciente requiere cita y se agenda nueva cita cada dos o tres semanas, si no requiere cita se deja cita abierta.	Cita subsecuente/ cita abierta

Procedimiento de Atención de pacientes en cuidados paliativos

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención de pacientes en cuidados paliativos
Descripción	Brindar atención nutricia para los pacientes de la unidad de cuidados paliativos
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Nutrición
Políticas del procedimiento	El paciente con cuidado paliativo será valorado mediante interconsulta por parte del servicio de cuidados paliativos del Instituto Jalisciense de Cancerología. El servicio de nutrición realiza un tamizaje nutricional para valorar y dar seguimiento al estado de nutrición del paciente. El Médico tratante del I.J.C. indica las fórmulas parenterales ó fórmulas enterales de los pacientes en cuidados paliativos mediante interconsulta al Servicio de Nutrición Clínica del instituto jalisciense de cancerología. El personal asignado al servicio de nutrición es responsable de la integración de los formatos que conforman el expediente clínico del paciente de su servicio. El nutriólogo deberá de trabajar en conjunto con el médico tratante con la finalidad de dar seguimiento a las necesidades nutricias del paciente.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Registro de electrónico y registro de nota de trabajo social
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Nota de ingreso y seguimiento
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Atención de pacientes en cuidados paliativos



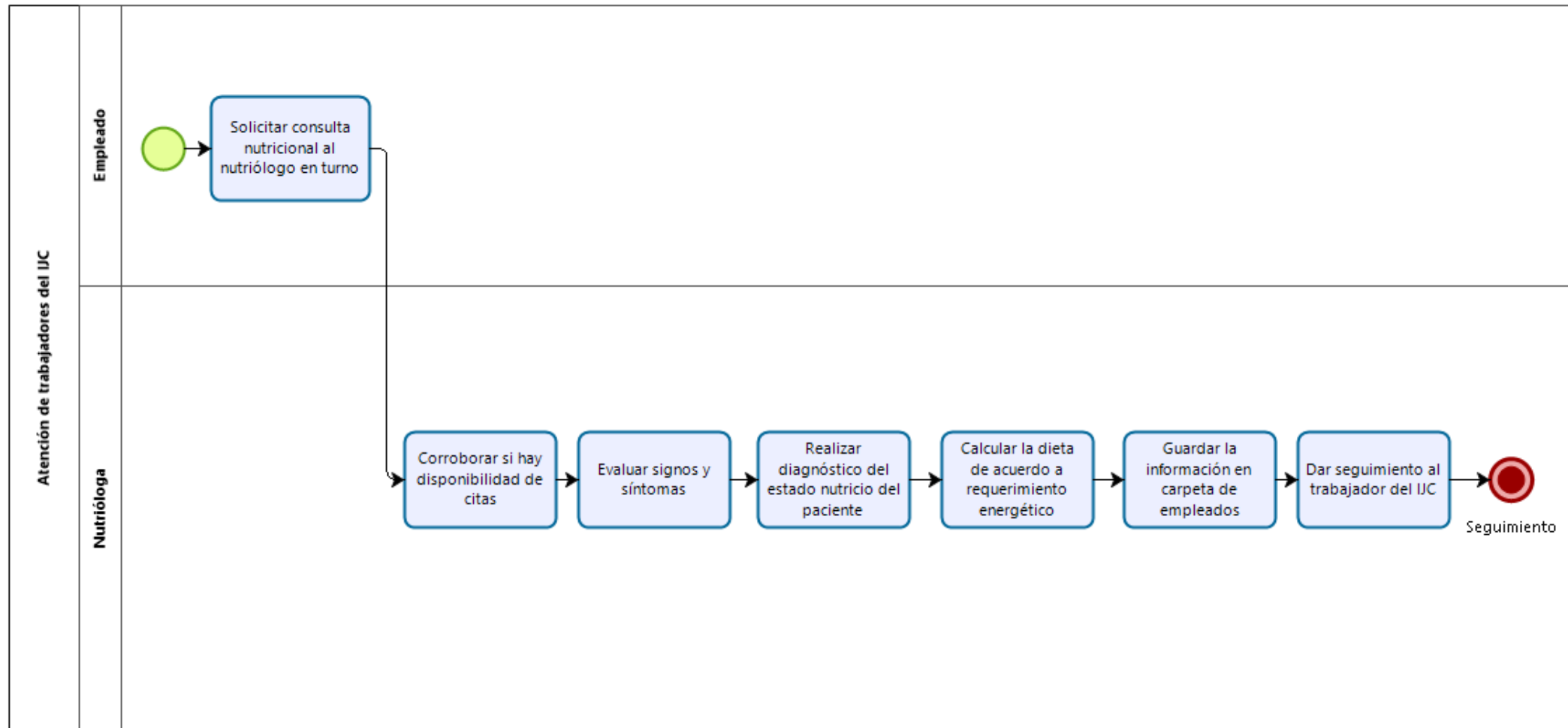
Narrativa del procedimiento de Atención de pacientes en cuidados paliativos

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico de cuidados paliativos	Consulta externa	Realiza interconsulta al servicio de nutrición para manejo nutricional por vía enteral, soporte nutricional.	Pase de ingreso
2	Nutriólogo	Consulta externa	Si el paciente está hospitalizado asiste en conjunto con el médico tratante para brindar la atención nutricional al paciente con cuidados paliativos y evalúa signos y síntomas de acuerdo al caso de cada paciente. Realiza el interrogatorio nutricional al paciente en caso de que el paciente no esté en condiciones de contestar se podrá cuestionar al familiar, cuidador o representante legal. Si el paciente no está hospitalizado el médico tratante explica al nutriólogo el caso y juntos asisten al domicilio del paciente notifica su vinculación para logística de salida y asistir al domicilio del paciente con cuidados paliativos.	Inicio de consulta
3	Nutriólogo	Consulta externa	Realiza diagnóstico del estado nutricional del paciente. Evalúa antropometría, bioquímicos, datos clínicos, datos dietéticos, los tratamientos médicos recibidos y el pronóstico del paciente para poder establecer una dieta personalizada.	Diagnostico
4	Nutriólogo	Consulta externa	Recaba el expediente clínico para estudiarlo con detenimiento y poder decidir la intervención terapéutica. Analiza el diagnóstico, tratamiento, procedimientos médico quirúrgicos y laboratoriales.	Expediente clínico
5	Nutriólogo	Consulta externa	Evalúa si se requiere una dieta especial	Evaluación
6	Nutriólogo	Consulta externa	Calcula la dieta, necesidad de suplemento o soporte nutricional parenteral o nutrición enteral.	Cálculo
7	Nutriólogo	Consulta externa	Realiza nota de evolución y la anexa en su lugar correspondiente en el expediente clínico del paciente.	Nota
8	Nutriólogo	Consulta externa	Da seguimiento al paciente con cuidado paliativo. Fin de Procedimiento	Seguimiento

Procedimiento de Atención de trabajadores del IJC

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención de trabajadores del IJC
Descripción	Brindar atención nutricia a empleados del Instituto
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Nutrición
Políticas del procedimiento	Debe ser empleado del Instituto Jalisciense de Cancerología. Si el paciente asiste por voluntad propia, el servicio de nutrición valorara si el paciente requiere o no la atención por parte del Servicio. El empleado debe ser consciente de que quiere mejorar el estado nutricional en el que vive. Es responsabilidad del paciente generar el cambio en su estilo de vida y alimentación. Los empleados deben asistir por voluntad propia. Los empleados son responsables de dar seguimiento a las indicaciones brindadas por el servicio de nutrición. Los empleados deben ser conscientes de que quieren mejorar el estado nutricional en el que viven. Es responsabilidad del empleado generar el cambio en su estilo de vida
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Herramientas de evaluación nutricia
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Atención y evaluaciones a empleados
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Atención de trabajadores del IJC



Narrativa del procedimiento de Atención de trabajadores del IJC

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Empleado	Consulta externa	Solicita consulta nutricional al nutriólogo en turno.	Solicitud
2	Nutriólogo	Consulta externa	Corroborar si tiene disponibilidad de citas	Verifica agenda disponible
3	Nutriólogo	Consulta externa	Evalúa signos y síntomas. Realiza el interrogatorio nutricional.	Evaluación
4	Nutriólogo	Consulta externa	Realiza un diagnóstico del estado nutricional del paciente utilizando la "Historia clínica del paciente". Evalúa su antropometría, bioquímicos, datos clínicos, datos dietéticos, los tratamientos médicos recibidos y para poder establecer una dieta personalizada.	Diagnostico
5	Nutriólogo	Consulta externa	Calcula la dieta de acuerdo a su requerimiento energético y/o necesidad de suplemento	Cálculo
6	Nutriólogo	Consulta externa	Guarda la información de la historia clínica en una carpeta especial para empleados del IJC.	Historia clínica
7	Nutriólogo	Consulta externa	Da seguimiento al trabajador del IJC.	Seguimiento

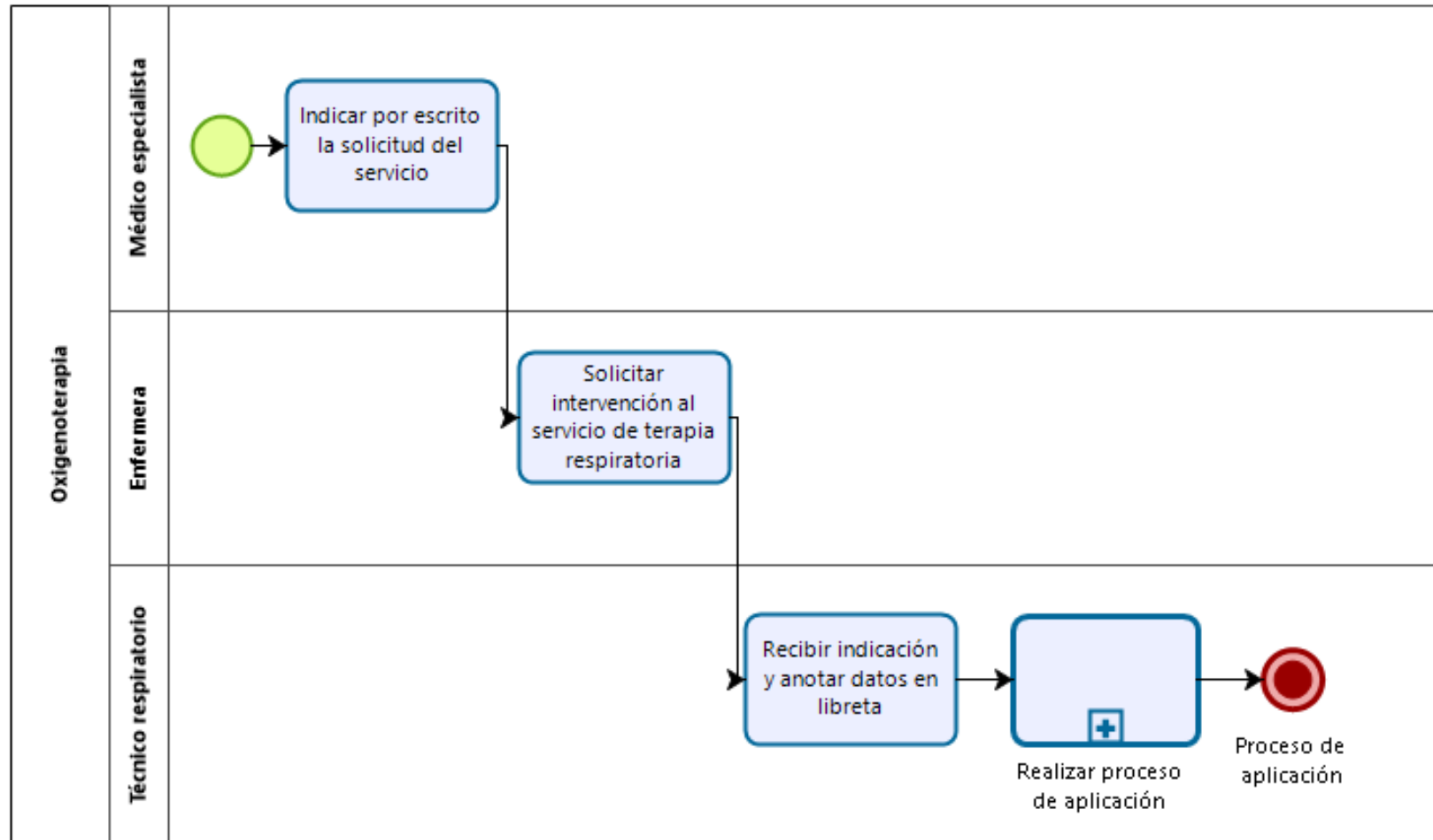
Ficha del servicio de Nutrición

Nombre del trámite o servicio	Nutrición
Descripción del servicio	Brindar atención del servicio de nutrición a pacientes de consulta externa, unidad de cuidados paliativos y empleados del IJC
Documentos que se obtienen con el trámite	No aplica
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Permanente
Usuario(s)	Pacientes, empleados
Responsable del servicio	Mtra. María de Jesús Quintero López
Domicilio, Ubicación y teléfono	Coronel Calderón No. 715 S.H. Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44280 Primer Piso.
Horario de atención	Lunes a Viernes
Requisitos	Variable
Costo, Forma y lugar de pago	Variable, piso 3 caja
Tiempo de respuesta	De acuerdo a disponibilidad en la agenda.
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa
Dirección de Área responsable o equivalente	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	No aplica

Procedimiento de Oxigenoterapia

Ficha del procedimiento	
Nombre	Oxigenoterapia
Descripción	Prevenir y tratar bajo prescripción médica la hipoxemia en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica, mediante el suministro concentrado y elevado de oxígeno
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Inhaloterapia
Políticas del procedimiento	El personal del servicio de terapia respiratoria es responsable de cumplir este procedimiento y mantenerlo actualizado, deberá realizar la instalación del equipo para la administración de oxigenoterapia, el médico tratante indicará el tipo de oxigenoterapia y el dispositivo a través del cual se administrará.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Dispositivos de aplicación
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Aplicación de oxigenoterapia
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Oxigenoterapia



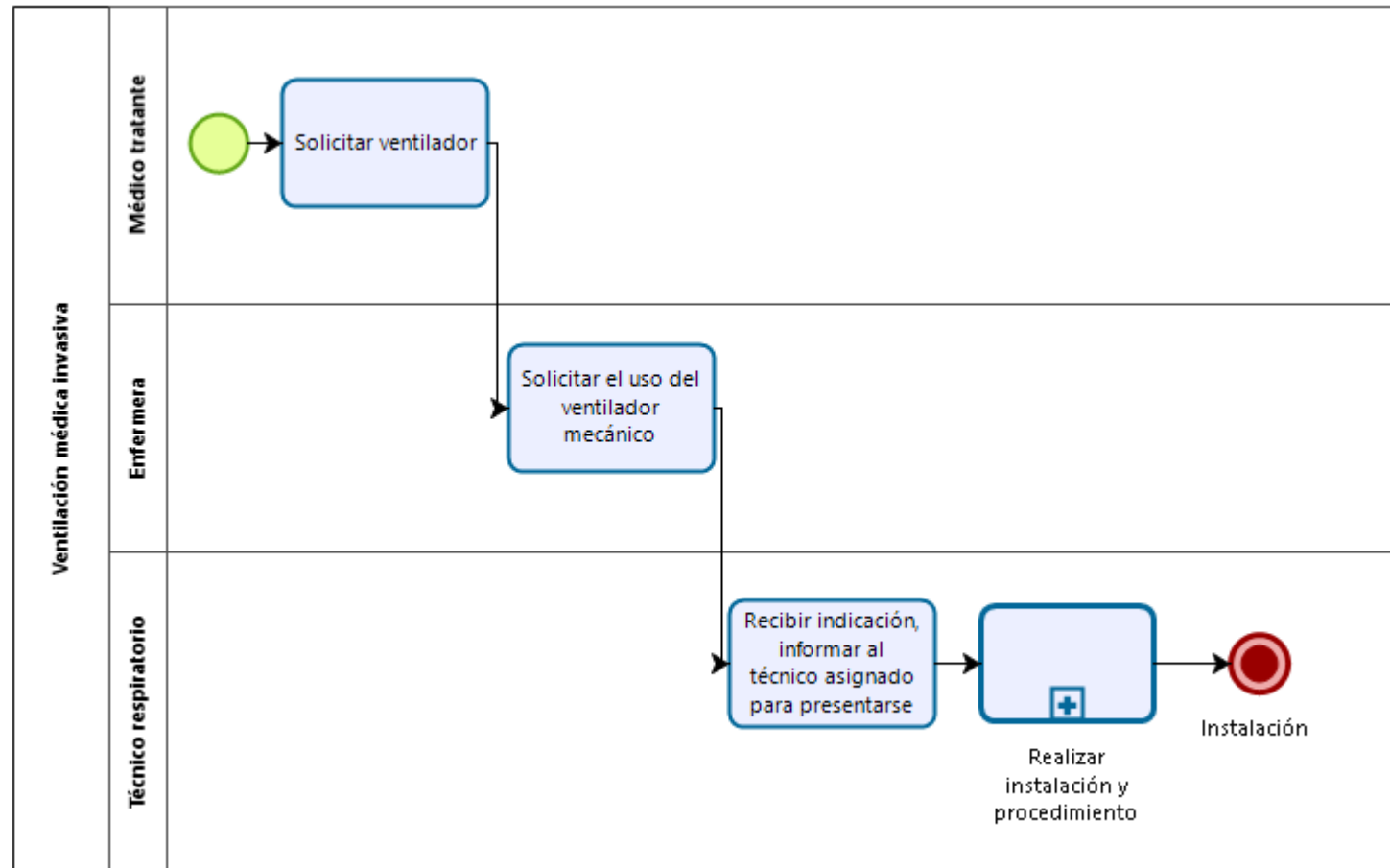
Narrativa del procedimiento de Oxigenoterapia

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico especialista	Hospitalización	Indica por escrito en la "hoja de indicaciones médicas" la solicitud del Servicio de Terapia Respiratoria, así como, el equipo a utilizar, FIO2 y/o saturación de O2.	Pase de ingreso
2	Enfermera	Hospitalización	Solicita intervención al Servicio de Terapia Respiratoria.	Solicitud
3	Técnico respiratorio	Hospitalización	Recibe indicación y Anota en la libreta la hora, cama y el nombre de la enfermera que solicito el servicio; Informa al técnico respiratorio asignado al área donde se requiere el servicio.	Recepción y anotación
4	Técnico respiratorio	Hospitalización	<p>Realizar proceso de aplicación:</p> <p>A) Acude al servicio clínico solicitante, revisa y corrobora las indicaciones médicas.</p> <p>B) Verifica que el flujómetro, humificador y la base del humificador funcionen correctamente.</p> <p>C) Explica al paciente y familiares el procedimiento que se va a seguir, así como los riesgos por el uso del oxígeno.</p> <p>D) Se lava las manos, se pone bocas y guantes para manipular el equipo de oxigenoterapia.</p> <p>E) Coloca al paciente el equipo de oxigenoterapia de manera que se encuentre confortable.</p> <p>F) Abre el empaque, destapa y llena con agua de irrigación hasta la línea que indica el máximo del vaso del nebulizador.</p> <p>G) Conecta el vaso del nebulizador en el flujómetro y abre el empaque de la interfase.</p> <p>H) Gira la perilla del flujómetro para</p> <p>I) Establecer la cantidad de litros/minutos indicados por el médico tratante dependiendo que interfase tenga.</p> <p>J) Conecta el flujómetro en la toma mural corroborando que funcione correctamente.</p>	Proceso de aplicación

Procedimiento de Ventilación médica invasiva

Ficha del procedimiento	
Nombre	Ventilación médica invasiva
Descripción	Suministrar oxígeno y aire con la ayuda de un respirador a través de una cánula o tubo en la tráquea del paciente
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Inhaloterapia
Políticas del procedimiento	El personal del servicio de terapia respiratoria es responsable de cumplir este procedimiento y mantenerlo actualizado, el técnico respiratorio deberá de programar los parámetros ventilatorios y las alarmas de acuerdo a la indicación médica, la temperatura del aire inspirado siempre deberá de estar a 37°C. El Técnico Respiratorio deberá cambiar el equipo desechable cada 7 días o antes si las condiciones de limpieza y presentación lo ameritan, registrando la fecha y su nombre en el circuito del ventilador o en el filtro exhalatorio. Cuando se suspenda la ventilación mecánica y se solicita que el ventilador permanezca en alerta en el cubículo del paciente, se deberá cubrir la “Y” del circuito con una gasa estéril y sin desconectar el circuito del ventilador protegerlo con una bolsa de plástico. Si la indicación médica es colocar nariz artificial, el Técnico Respiratorio verificará que funcione correctamente observando la humedad que se forma en el tubo endotraqueal después de una hora de uso; el cambio de la nariz debe realizarse cada 24 horas rotulándose con fecha y turno de colocación. Cuando se retira un ventilador en uso, el Técnico Respiratorio deberá tirar en las bolsas municipales el circuito que usó en el paciente y colocar en los contenedores de material sucio del servicio de terapia respiratoria las partes externas del ventilador, Cuando se coloque un equipo en el paciente y esté funcionando inadecuadamente retirarlo inmediatamente avisando al Departamento de Ingeniería Biomédica, elaborando un reporte de la falla.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Ventilador
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Paciente ventilado
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Ventilación médica invasiva



Narrativa del procedimiento de Ventilación médica invasiva

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico tratante	Hospitalización	Solicita el ventilador	Solicitud
2	Enfermera	Hospitalización	Solicita el uso del ventilador mecánico al Servicio de Terapia Respiratoria.	Solicitud al servicio de terapia respiratoria
3	Técnico respiratorio	Hospitalización	Recibe indicación, informa al Técnico Respiratorio asignado a ese Servicio Clínico para que se presente con el ventilador.	Recibe indicación
4	Técnico respiratorio	Hospitalización	<p>Aplicar instalación y procedimiento</p> <p>A) Lleva el ventilador mecánico al área crítica o área de hospitalización. B) Se lava las manos y se coloca guantes desechables nuevos. C) Conecta a la corriente de emergencia el ventilador mecánico. D) Coloca filtros estériles inspiratorios y espiratorios al ventilador mecánico. E) Coloca el circuito y llena la cámara humidificadora con agua de irrigación estéril. F) Verifica continuamente que la cámara humidificadora este humidificando adecuadamente observando que exista condensación en las paredes de la cámara. B) G) Conecta al paciente en el ventilador mecánico. H) Corrobora que el equipo funcione correctamente y que la ventilación del paciente sea adecuada. I) Coloca en el circuito y en la cámara humidificadora una etiqueta que indique la fecha y la hora en que se colocaron, posteriormente se lava las manos. J) Al suspenderse la ventilación mecánica invasiva retira el ventilador mecánico, desechando el circuito y entrega cámara humidificadora y partes reusables al área de lavado. K) Se lava las manos al término de realizar el desarme del ventilador sucio. L) Registra en la Bitácora de Terapia Respiratoria y Censo de 24 Hrs, el uso de la Ventilación Mecánica Invasiva</p>	Instalación

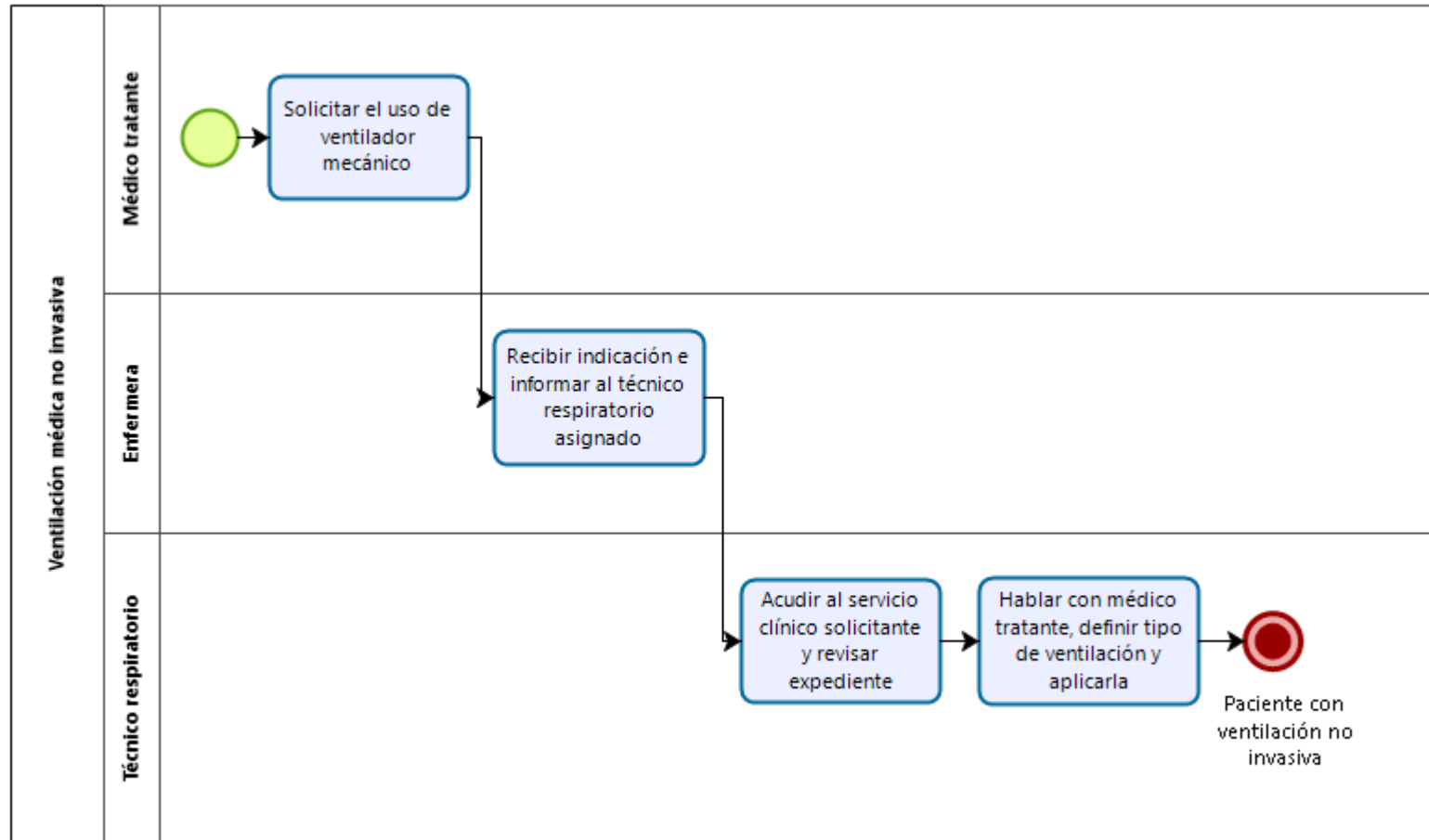
Procedimiento de Ventilación médica no invasiva

Ficha del procedimiento	
Nombre	Ventilación médica no invasiva
Descripción	Mejorar la ventilación, oxigenación, hipercapnia y el trabajo respiratorio sin invadir la vía aérea del paciente, mediante una interfase.
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Inhaloterapia
Políticas del procedimiento	El personal adscrito al Servicio de Terapia Respiratoria es el responsable de cumplir este procedimiento y mantenerlo actualizado. El Técnico Respiratorio deberá tomar para la ventilación mecánica no invasiva CPAP un termostato con cámara de humedad, el arnés, circuito con cable calentado e interfase adaptado a talla y modelo del paciente del almacén de Terapia Respiratoria. Las interfaces de codo azul o no ventiladas se usan para equipos de ventilación invasiva con modalidad de no invasiva, las interfaces de codo blanco o ventiladas se usan para equipos de ventilación no invasiva. El Técnico Respiratorio deberá conectar el ventilador no invasivo al circuito, a la interfase y a la toma corriente, encender el equipo corroborando su adecuado funcionamiento y acoplamiento con el paciente. La vigilancia del paciente con ventilación mecánica no invasiva CPAP y BIPAP deberá de ser constante mientras tenga la máscara facial ya que existe la posibilidad de vomitó y que el aparato deje de ciclar ó de que el paciente deje de respirar. En caso de que el médico tratante requiera que este procedimiento se lleve a cabo fuera del área crítica, el técnico respiratorio deberá elaborar una nota en el expediente del paciente en donde el médico tratante se responsabiliza del procedimiento y de los riesgos. En los pacientes que presenten hipoxemia severa, agitados o poco cooperadores la ventilación mecánica no invasiva CPAP y BIPAP se les realizará en las áreas de (terapia intensiva, terapia intermedia o unidad de urgencias respiratorias). Será fundamental colocar la interfase en el paciente evitando fugas y no perder presión positiva deseada. Los pacientes graves o inestables deberán estar monitorizados con electrocardiograma y oximetría de pulso continuos. En la ventilación mecánica no invasiva CPAP y BIPAP se deberá de administrar el oxígeno necesario para mantener oximetrías de pulso mínimas de 90%. En situaciones de riesgo a evitarse en la ventilación mecánica no invasiva se deberá informar al coordinador general de terapia respiratoria y al médico jefe de servicio
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	629 de 673

Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Ventilador
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Paciente con ventilación no invasiva
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Ventilación médica no invasiva



Narrativa del procedimiento de Ventilación médica no invasiva

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico tratante	Hospitalización	Solicita el uso del ventilador mecánico al Servicio de Terapia Respiratoria	Pase de ingreso
2	Enfermera	Hospitalización	Recibe indicación e informa al Técnico Respiratorio asignado a ese Servicio Clínico para que se presente con el ventilador	Inicio de consulta
3	Técnico respiratorio	Hospitalización	Acude al Servicio Clínico solicitante y revisa el expediente.	Diagnostico
4	Técnico respiratorio	Hospitalización	Habla con el médico tratante para precisar el tipo de la ventilación mecánica no invasiva a aplicar. a) CPAP b) BIPAP B) Avisa al departamento de enfermería para que coloquen los protectores de piel-parches Duo DERM. C) Se lava las manos y se coloca los guantes desechables nuevos. D) Coloca al paciente de forma que esté sentado o semisentado. E) Ajusta la interfase a utilizar y conecta al circuito verificando que ventile correctamente el paciente. F) Coloca la máscara sea nasal u oral verificando que no existan fugas. G) Se mantienen con el paciente, vigilando la adaptación con el ventilador y haciendo las adecuaciones a los parámetros ventilatorios H) Se lava las manos al término de realizar la adecuación de los parámetros I) Anota los parámetros ventilatorios en el formato Informe Diario de Tratamientos J) Registra en la Bitácora de Terapia Respiratoria y Censo de 24 Hrs, el uso de la Ventilación Mecánica no Invasiva	Paciente con ventilación no invasiva y Expediente clínico

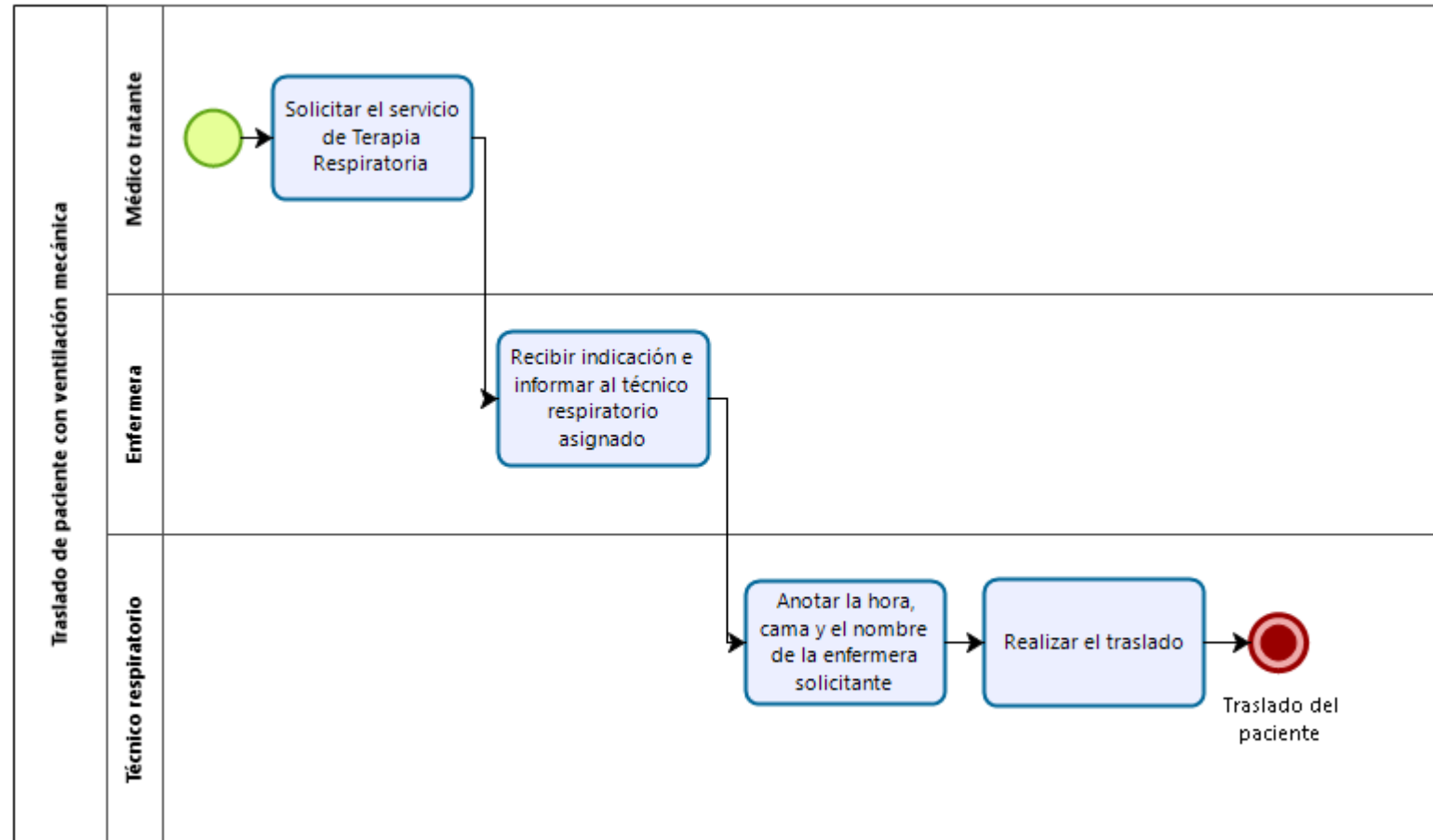
Procedimiento de Traslado de pacientes con ventilación mecánica

Ficha del procedimiento	
Nombre	Traslado de pacientes con ventilación mecánica
Descripción	Mantener las condiciones de oxigenación previas al traslado de un paciente que se encuentre con ventilación mecánica invasiva, para realizar estudios radiológicos, practicar intervenciones quirúrgicas y/o cambiar de servicio u hospital.
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Inhaloterapia
Políticas del procedimiento	El personal adscrito al Servicio de Terapia Respiratoria es el responsable de cumplir este procedimiento y mantenerlo actualizado. El Técnico Respiratorio deberá permanecer en la habitación cuando menos 5 minutos ventilando al paciente con el ventilador de traslado con batería al 100%, corroborando que la ventilación sea adecuada y que el paciente no se desestabilice. Si el paciente se desestabiliza se suspenderá el traslado. Todo traslado de paciente intubado deberá realizarse con médico, enfermera, técnico respiratorio y personal de camillería. Será responsabilidad del médico llevar en los traslados, equipo de reanimación de forma preventiva, al menos respirador manual (ambú), oxímetro y estetoscopio para asistir al paciente, en caso de que el ventilador de traslado sufra alguna falla mecánica y deje de ciclar. En caso de que el ventilador deje de ciclar o se apague durante el traslado, el médico responsable deberá dar asistencia ventilatoria de manera manual con el resucitador hasta el destino programado. En caso de que se requiera trasladar al paciente para estudios o procedimientos y esté conectado al ventilador de traslado, el técnico respiratorio deberá portar si se requiere la rosca de conexión a flujómetro, así como circuitos y conexiones necesarios para conectar el equipo de ventilación al oxígeno suplementario y a la corriente de luz (toma mural) del sitio a donde se realizará el estudio. El paciente deberá ser trasladado con el equipo de ventilación en camilla, auxiliado por un camillero, el cual portará manómetro para conectar el tanque de oxígeno a un ventilador evitando posibles extubaciones accidentales. Los tanques de oxígeno para pacientes intubados con traslado de menos de una hora deberán tener un porcentaje de llenado superior al 50% de su capacidad total. En situaciones de riesgo a evitar en el traslado de pacientes con ventilación mecánica se deberá informar al coordinador de terapia respiratoria y al médico jefe de servicio
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	633 de 673

Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Tanque, respirador manual, oxímetro y estetoscopio
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Traslado exitoso
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Traslado de paciente con ventilación mecánica



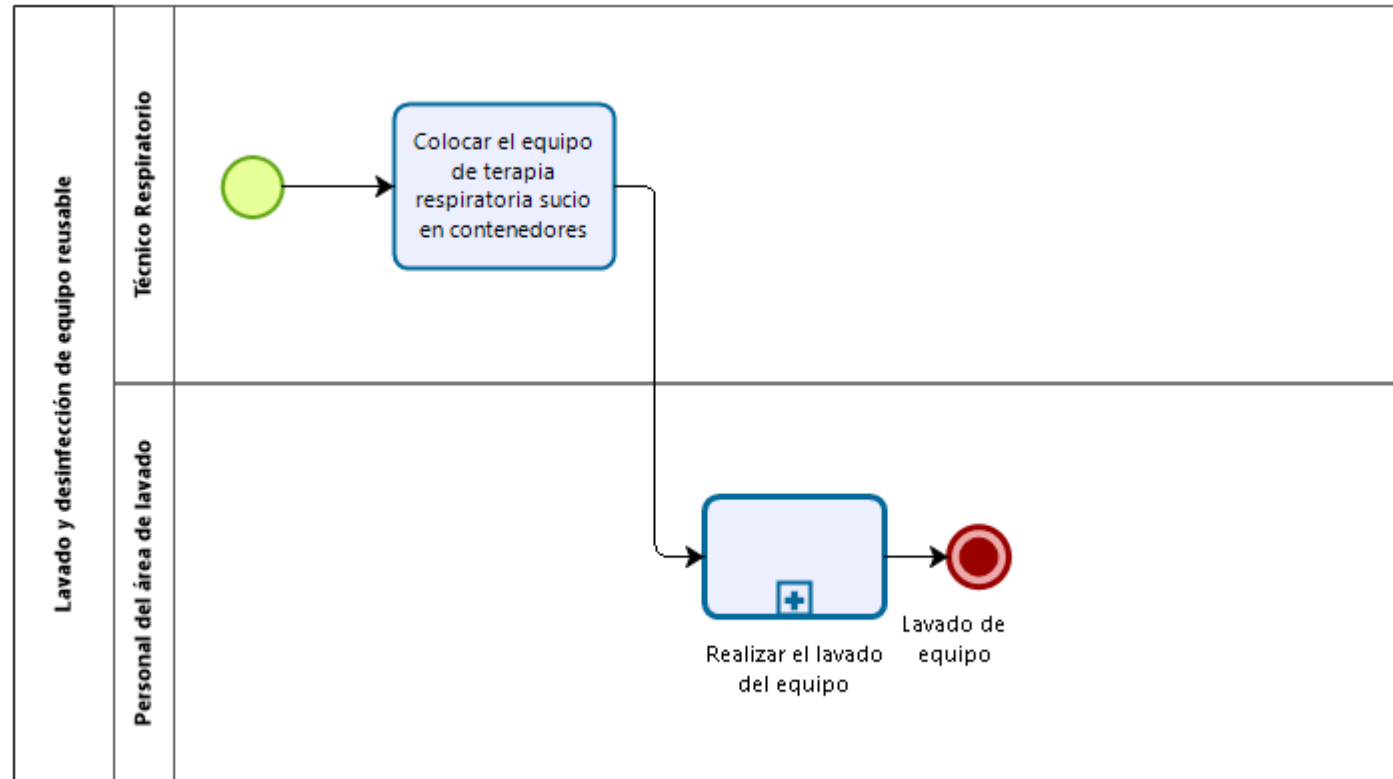
Narrativa del procedimiento de Traslado de paciente con ventilación mecánica

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico tratante	Hospitalización	Solicita el Servicio de Terapia Respiratoria vía telefónica	Solicitud
2	Enfermera	Hospitalización	Recibe indicación e informa al Técnico Respiratorio asignado al Servicio Clínico para que se presente con el ventilador.	Solicitud de apoyo del técnico respiratorio
3	Técnico respiratorio	Hospitalización	Anota la hora, cama y el nombre de la enfermera que solicito el servicio	Captura
4	Técnico respiratorio	Traslado	A) Se informa del punto de partida y el destino final del traslado del paciente, asegurándose que el lugar a donde se traslada cuenta con equipo de ventilación que sustituya al de traslado. B) Conecta el ventilador de traslado al circuito y prueba que funcione adecuadamente. C) Revisa que la batería del ventilador esté cargada y que el tanque de oxígeno cuente con suficiente carga para el doble de tiempo en que se estima el traslado. D) Acude al área que solicitó el traslado con el ventilador adecuadamente armado. F) Conecta el ventilador de traslado al paciente y lo programa con los mismos parámetros del ventilador de base G) Permanece con el paciente, vigilando el ventilador y la ventilación en todo momento durante el traslado. H) Al término del traslado deja conectado el ventilador de base al paciente y corrobora que los parámetros y valores de oxigenación y ventilación sean los indicados por los médicos responsables. I) Regresa a su servicio el ventilador de traslado, lo conecta a la corriente eléctrica de emergencia para que la batería se cargue. J) Registra en la Bitácora de Terapia Respiratoria y Censo de 24 Hrs, el uso de la Ventilación Mecánica no Invasiva	Traslado del paciente

Procedimiento de Lavado y desinfección de equipo reusable

Ficha del procedimiento	
Nombre	Lavado y desinfección de equipo reusable
Descripción	Eliminar contaminantes biológicos en los equipos reutilizables que emplea el Servicio de Terapia Respiratoria a través del proceso de lavado y desinfección, previniendo la transmisión de infecciones, así como la presencia de microorganismos.
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Inhaloterapia
Políticas del procedimiento	El personal adscrito al Servicio de Terapia Respiratoria es el responsable de cumplir este procedimiento y mantenerlo actualizado. El técnico respiratorio deberá cumplir con los procesos de lavado, desinfección y secado del equipo reusable: preparación de mesa de trabajo, preparación de solución desinfectante, limpieza y desinfección de equipo reusable. Una vez limpio el equipo se seca y se deriva a cidex opa.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Insumos de limpieza
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Equipo reusable desinfectado
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Lavado y desinfección de equipo reusable



Narrativa del procedimiento de Lavado y desinfección de equipo reusable

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Técnico respiratorio	Terapia respiratoria	Coloca el equipo de Terapia Respiratoria sucio en contenedores con bolsas negras	Recolección equipo
2	Personal del área de lavado	Terapia respiratoria	A) Recolecta todas las bolsas de los contenedores en un carrito transportador. B) Lleva las bolsas al área de lavado del Servicio de Terapia Respiratoria. C) Separa el equipo que va a lavar y desinfectar, con medidas de protección. D) Lava, desinfecta, seca y empaqueta el equipo con bolsas de plástico papel grado médico y las marca con fecha de empaquetamiento y de caducidad. F) Entrega todo el equipo limpio a las gavetas contenedoras del Servicio de Terapia Respiratoria.	Lavado de equipo

Procedimiento de Control y Limpieza en los almacenes de terapia respiratoria

Ficha del procedimiento	
Nombre	Control y limpieza en los almacenes de terapia respiratoria
Descripción	Mantener en óptimas condiciones los almacenes del Servicio de Terapia Respiratoria para facilitar los procedimientos de orden y limpieza, así como etiquetar el material y equipo con nombre y lugar que permita su localización.
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Inhaloterapia
Políticas del procedimiento	El Servicio de Terapia Respiratoria, está comprometido a gestionar, resguardar y vigilar, las siguientes oficinas y bodegas de control de almacenamiento de equipo: oficina administrativa, bodega y oficina del servicio de terapia respiratoria, bodega enfrente del servicio de clínico. Es responsabilidad del Coordinador General del Servicio de Terapia Respiratoria y del turno especial diurno revisar y acomodar en la primera media hora de su jornada laboral, que los almacenes cubran las necesidades de 24 horas. El personal del área de lavado del Servicio de Terapia Respiratoria deberá de limpiar cada quince días los anaqueles de los almacenes y supervisar que se encuentren en óptimas condiciones.
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Etiquetas, insumos de limpieza
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Almacenes y oficinas en óptimas condiciones
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de control y limpieza en los almacenes de terapia respiratoria



Narrativa del procedimiento de Control y limpieza en los almacenes de terapia respiratoria

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Coordinador general del servicio de terapia respiratoria	Áreas varias	A) Recibe el equipo consumible directo del almacén.	Control, registro
2	Coordinador general del servicio de terapia respiratoria	Áreas varias	B) Acomoda el equipo de acuerdo a cada bodega, anaquel o espacio destinado a éstos, con base a los tamaños de las cajas que los contienen.	Control, registro
3	Coordinador general del servicio de terapia respiratoria	Áreas varias	C) Lleva el registro periódico de entradas y salidas del equipo con base a la demanda hospitalaria en el sistema SIM.	Control, registro
4	Coordinador general del servicio de terapia respiratoria	Áreas varias	D) Surte gavetas de cada turno, para que el servicio cuente con equipo suficiente para los pacientes.	Control, registro

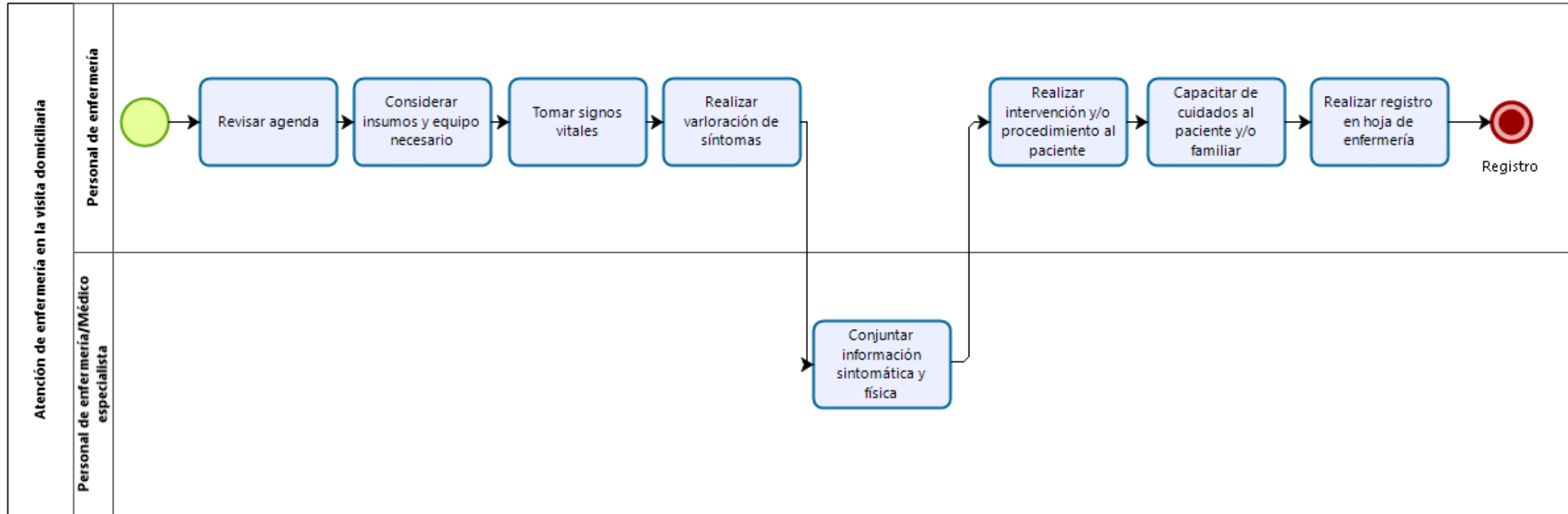
Ficha del servicio de Inhaloterapia

Nombre del trámite o servicio	Inhaloterapia
Descripción del servicio	Apoyo al paciente con necesidades respiratorias específicas, así como la garantía de buenas prácticas y mínimo riesgo de infecciones intrahospitalarias causadas por los mismos
Documentos que se obtienen con el trámite	No aplica
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Permanente
Usuario(s)	Paciente
Responsable del servicio	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Domicilio, Ubicación y teléfono	Coronel Calderón No. 715 S.H. Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44280 Primer Piso.
Horario de atención	Lunes a Viernes
Requisitos	Variable
Costo, Forma y lugar de pago	Variable, piso 3 caja
Tiempo de respuesta	De acuerdo a disponibilidad en la agenda.
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa
Dirección de Área responsable o equivalente	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	No aplica

Procedimiento de Atención de enfermería en la visita domiciliaria

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención de enfermería en la visita domiciliaria
Descripción	Brindar atención y cuidados de enfermería en la visita domiciliaria enfocada a los pacientes agendados
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Jefatura de enfermería
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del personal de enfermería revisar la programación de visita domiciliaria. Es responsabilidad de la enfermera conocer parámetros de signos vitales y sus anomalías, así mismo, realizar la valoración del paciente tomando en cuenta los síntomas que presenta y así poder evaluar las intervenciones que requiere y capacitar al paciente y/o cuidador
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Hoja de enfermería, instrumentos de medición de signos vitales, material de curación
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Intervención de enfermería
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Atención de enfermería en la visita domiciliaria



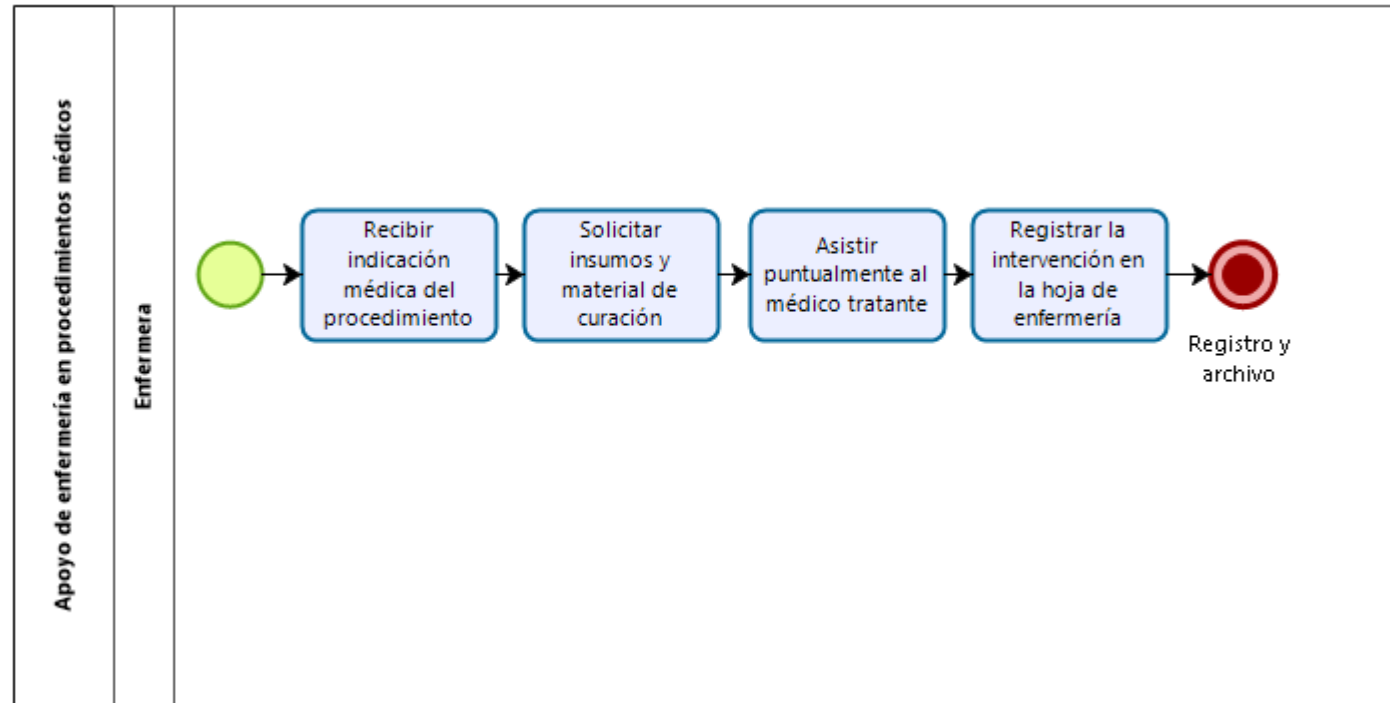
Narrativa del procedimiento de Atención de enfermería en la visita domiciliaria

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Personal de enfermería	Jefatura de enfermería	Revisa agenda	Agenda
2	Personal de enfermería	IJC	Considera insumos y equipo necesario para la visita y atención domiciliaria	Preparación de insumos y equipo
3	Personal de enfermería	Domicilio	Toma de signos vitales	Toma de signos vitales
4	Personal de enfermería	Domicilio	Realiza Valoración de síntomas	Valoración
5	Personal de enfermería/médico especialista	Domicilio	Conjuntan la información sintomática y física con el médico del equipo y así valorar el plan a seguir para el beneficio al paciente	Conjunto del equipo
6	Personal de enfermería	Domicilio	Realiza intervención y/o procedimiento al paciente	Intervención
7	Personal de enfermería	Domicilio	Capacita de cuidados al paciente y/o familiar o cuidador	Capacitación
8	Personal de enfermería	Domicilio	Realiza registro en hoja de enfermería	Registro

Procedimiento de Apoyo de enfermería en procedimientos médicos

Ficha del procedimiento	
Nombre	Apoyo de enfermería en procedimientos médicos
Descripción	Hacer trabajo en conjunto médico/enfermera para así brindar un servicio de mejor calidad y humanidad
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Jefatura de enfermería
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del personal de enfermería conocer los procedimientos médicos que se aplican al paciente oncológico, así mismo, la actualización continua de los mismos. Es responsabilidad del médico tratante dejar por escrito en la hoja de indicaciones actualizada el procedimiento a realizar
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Insumos, instrumental, medicamentos para su aplicación
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Intervención de enfermería
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Apoyo de enfermería en procedimientos médicos



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	648 de 673

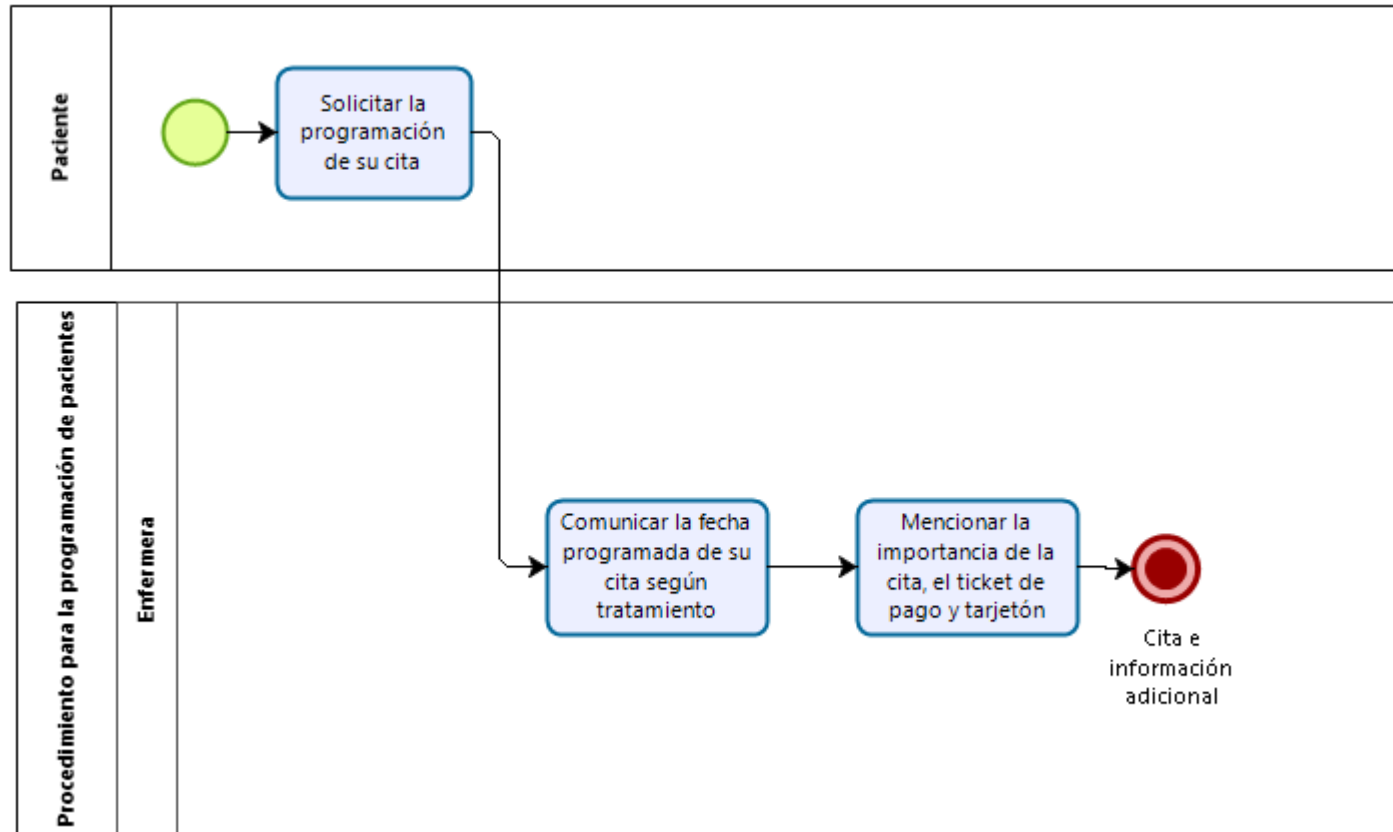
Narrativa del procedimiento de Apoyo de enfermería en procedimientos médicos

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Enfermera	Hospitalización/ consulta externa	Recibe la indicación médica del procedimiento	Pase de ingreso
2	Enfermera	Hospitalización/ consulta externa	Solicita insumos, material de curación o medicamentos a CEUCONDI o en su defecto a familiar y/o cuidador	Solicitud de insumos, material de curación etc.
3	Enfermera	Hospitalización/ consulta externa	Asiste puntualmente al médico tratante	Intervención de enfermería
4	Enfermera	Hospitalización/ consulta externa	Registra la intervención en la hoja de enfermería que se anexa al expediente clínico físico del paciente	Registro y archivo

Procedimiento de Procedimiento para la programación de pacientes

Ficha del procedimiento	
Nombre	Procedimiento para la programación de pacientes
Descripción	Brindar atención nutricia para los pacientes de la unidad de cuidados paliativos
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Jefatura de enfermería
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del personal de enfermería mantener una agenda actualizada y disponible al momento de solicitud por parte del paciente oncológico
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Agenda electrónica, agenda física, tarjetón
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Programación de pacientes, cita programada e información adicional
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Procedimiento para la programación de pacientes



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	651 de 673

Narrativa del procedimiento de Procedimiento para la programación de pacientes

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Paciente	Clínica de heridas y estomas/clínica de catéter/quimioterapia	Solicita la programación de su cita, dicha cita indicada por su médico tratante	Pase de ingreso
2	Enfermera	Clínica de heridas y estomas/clínica de catéter/quimioterapia	Comunica al paciente la fecha programada de su cita tomando en cuenta las especificaciones de su tratamiento	Programación de cita
3	Enfermera	Clínica de heridas y estomas/clínica de catéter/quimioterapia	Mencionar al paciente la importancia de no perder su cita programada y la obligación de presentar su ticket de pago y tarjetón en la fecha pactada	Información adicional

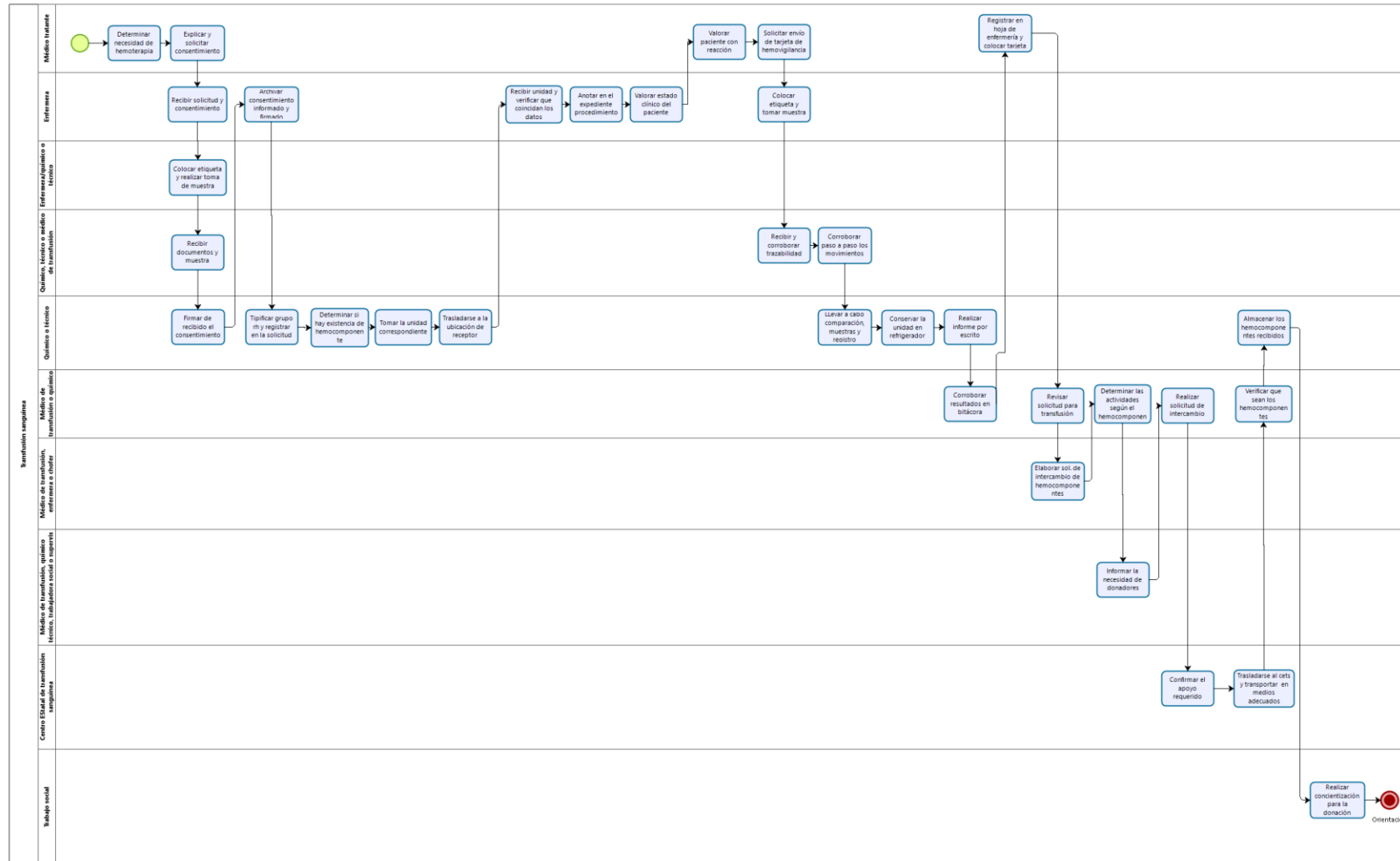
Ficha del servicio de Jefatura de enfermería

Nombre del trámite o servicio	Jefatura de enfermería
Descripción del servicio	Brindar atención y cuidados de calidad a los usuarios del IJ y apoyo de calidad al personal médico y de salud
Documentos que se obtienen con el trámite	No aplica
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Permanente
Usuario(s)	Paciente
Responsable del servicio	Mtra. Cecilia Rodríguez Herrera
Domicilio, Ubicación y teléfono	Coronel Calderón No. 715 S.H. Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44280 Primer Piso.
Horario de atención	Lunes a Viernes
Requisitos	Variable
Costo, Forma y lugar de pago	Variable, piso 3 caja
Tiempo de respuesta	De acuerdo a disponibilidad en la agenda.
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa
Dirección de Área responsable o equivalente	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	No aplica

Procedimiento de Transfusión sanguínea

Ficha del procedimiento	
Nombre	Transfusión sanguínea
Descripción	Se trata de proporcionar la terapia transfusional a los pacientes que la requieran en sus diferentes modalidades eritrocitarios, plasma, crioprecipitados, cumpliendo con la normatividad
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-III-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Banco de sangre
Políticas del procedimiento	Es responsabilidad del personal de salud brindar la seguridad sanguínea, garantizar el acceso universal a la terapia transfusional, evaluar y la calidad y garantizar la capacidad técnica, así mismo, actualizar las políticas estratégicas su adecuado uso terapéutico
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Terapia transfusional
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Transfusión sanguínea



Narrativa del procedimiento de Transfusión sanguínea

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Médico tratante	Hospitalización	Determina de acuerdo al diagnóstico y condiciones clínicas del paciente la necesidad de hemoterapia y lo registra en las indicaciones médicas	Pase de ingreso
2	Médico tratante	Hospitalización	Explica al paciente y/o familiar o tutor la necesidad de la terapia, riesgos, beneficios y determina si el paciente accede Si el paciente accede- realiza la solicitud de transfusión y carta de consentimiento informado Si el paciente no accede- explica nuevamente el motivo de transfusión, ventajas y desventajas, si continua renuente el medico recaba la firma de los presentes y evalúa las alternativas médicas a la transfusión	Información y consentimiento informado
3	Enfermera	Hospitalización	Recibe solicitud y consentimiento y verifica que se encuentren los datos correctos, si no se encuentran correctos se regresa la documentación	Verificación de datos correctos
4	Enfermera/ químico o técnico	Hospitalización	Coloca etiqueta con los datos del receptor y realizan toma de muestra sanguínea y entrega los documentos al químico, técnico o médico	Etiqueta de datos
5	Químico, técnico o médico de transfusión	Servicio de banco de sangre	Recibe documentos y muestra para su verificación de datos	Verificación de sangre
6	Químico o técnico	Servicio de Banco de sangre	Firma de recibido el consentimiento	Consentimiento
7	Enfermera	Hospitalización	Recibe consentimiento informado firmado y lo archiva en el expediente del paciente	Archivo de consentimiento
8	Químico o técnico	Servicio de Banco de sangre	Tipifica grupo y rh de receptor y lo registra en la solicitud para servicio de transfusión y en la bitácora de grupos sanguíneos e inversas de donadores/receptores	Tipificación

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
9	Químico o técnico	Servicio de Banco de sangre	Determina si hay existencia del hemocomponente que se solicita	Confirmación de hemocomponente
10	Químico o técnico	Servicio de Banco de sangre	Toma la unidad correspondiente del refrigerador si es CE o del área de trabajo si es PFC, verifica etiquetas identificadoras y etiqueta con datos de receptor, verifica nuevamente tarjeta de hemovigilancia.	Verificación de hemovigilancia
11	Químico o técnico	Hospitalización	Se traslada a la ubicación de receptor y entrega unidad a enfermera responsable, solicita verifique que coincidan los datos de la unidad, la tarjeta de hemovigilancia y el registro de actos transfusionales, en conjunto con el personal de transfusión.	Entrega de unidad
12	Enfermera	Hospitalización	Recibe unidad, verifica que coincidan los datos de la unidad, la tarjeta de hemovigilancia y el registro de actos transfusionales, en conjunto con el personal de transfusión y determina si los datos son correctos Si son correctos- Firma "solicitud para servicio de transfusión" y registra fecha y hora de recepción, regresa la solicitud al químico o técnico No son correctos- devuelve unidad a servicio de transfusión	Recepción de unidad y verificación
13	Enfermera	Hospitalización	Anota en el expediente clínico el procedimiento, toma de signos vitales pre, trans y pos transfusión, registra en la hoja de enfermería y en tarjeta de hemovigilancia e integra a expediente clínico	Toma de signos vitales y registros
14	Enfermera	Hospitalización	Valora estado clínico del paciente y determina si presenta reacciones transfusionales Si presenta reacciones- se suspende inmediatamente la transfusión, informa al médico tratante, registra la reacción en la hoja de enfermería, llena lo correspondiente a enfermería en tarjeta de hemovigilancia en el apartado de reacciones No presenta reacciones- registra en hoja de enfermería y tarjeta de hemovigilancia, coloca en expediente clínico el primer formato y la tarjeta de hemovigilancia es colocada en el contenedor correspondiente ubicado en la central de enfermería y fin de procedimiento.	Valoración de posibles reacciones transfusionales
15	Médico tratante	Hospitalización	Si el paciente tiene una reacción a la transfusión el médico valorará al paciente y establece tratamiento para la reacción, anota en la nota medica en el apartado de registro de actos transfusionales e indica si es necesario la suspensión y vuelve a corroborar si es el componente previsto	Valoración de paciente con reacción

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
16	Médico tratante	Médico tratante	Indica a la enfermera que envíe inmediatamente al servicio de transfusión la tarjeta de hemovigilancia con dos muestras post transfusionales una con anticoagulante y la otra sin, para reportar la reacción en caso de que sea de tipo hemolítico o bacteriana	Envío de tarjeta de hemovigilancia y muestras post transfusionales
17	Enfermera	Médico tratante	Coloca etiqueta a los tubos y procede a tomar las muestras de una vena diferente a la de la transfusión evitando la hemolisis y debidamente rotuladas y se entregaran al servicio de transfusión junto con la bolsa de la unidad que se estaba transfundiendo aún que no contenga residuo y la tarjeta de hemovigilancia	Etiqueta de tubos y toma de muestra
18	Químico, técnico o médico de transfusión	Banco de sangre	Recibe tarjeta de hemovigilancia, muestras y unidad corroborando la trazabilidad	Recepción de tarjeta, muestras y unidad
19	Químico, técnico o médico de transfusión	Banco de sangre	Corroborar paso a paso los movimientos realizados en el proceso	Revisión paso a paso
20	Químico o técnico	Banco de sangre	Lleva a cabo de manera simultánea y comparativa en las muestras pre y post transfusionales del receptor y registra los resultados en la bitácora de reacciones transfusionales/reacciones adversas a la transfusión	Comparación de muestras y registro
21	Químico o técnico	Banco de sangre	Conserva la unidad en refrigerador y bolsa roja y coloca etiqueta de identificación	Unidad refrigerada
22	Químico o técnico	Banco de sangre	Realiza informe por escrito acerca de la reacción y los resultados y entrega al médico del servicio de transfusión	Informe
23	Médico de transfusión	Banco de sangre	Recibe informe, corrobora resultados en la bitácora y realiza observación en la bitácora de reacciones y envía unidad con etiqueta de reacción al centro estatal de la transfusión sanguínea. Fin del procedimiento	Recepción de informe, corroboración y envío a cets
24	Enfermera	Hospitalización	Registra en hoja de enfermería y coloca la tarjeta de hemovigilancia en el contenedor correspondiente ubicado en la central de enfermería. Fin del procedimiento	Hoja de enfermería y tarjeta de hemovigilancia

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
25	Médico de transfusión o químico	Hospitalización	Revisa la solicitud para servicio de transfusión, si la unidad esta solicitada como ordinaria o urgente y verifica verbalmente con el médico tratante	Confirmación de tipo de solicitud
26	Médico de transfusión, enfermera o chofer	Banco de sangre	<p>En caso de que el paciente requiera un hemocomponente de grupo y rh con el que no se encuentre en el servicio se elaborará una solicitud de intercambio de hemocomponentes</p> <p>Urgente- se elabora la solicitud y entrega al quimico, se comunica al centro estatal de la transfusión y solicita hemocomponente en caso de que no cuenten con el se solicitará el apoyo al banco de sangre del HCFAA, el médico determinará el traslado del hemocomponente dependiendo del banco de sangre que lo proporciona:</p> <p>Banco de sangre CETS- se comunica con la empresa de traslado de hemocomponentes y se solicita al chofer que acuda por la solicitud, una vez cuente con la solicitud se traslada al cets y recoge hemocomponente, el el médico recibirá el hemocomponente y verifica condiciones de ingreso si no es correcto se comunicará al banco de sangre para corroborar si coinciden da del alta en bitácora de ingresos y egresos, llena la tarjeta de hemovigilancia y anota los datos en la solicitud para servicio de transfusión, etiqueta sangre segura y hoja de envío. Si no coindice se registrará en bitácora de incidentes se informa al médico tratante de volver a iniciar el proceso para la adquisición.</p> <p>Banco de sangre HCFAA- la enfermera se trasladará al banco de sangre del hcfaa y recibirá hemocomponente y entregará al servicio de transfusión junto con la hoja de envío, el médico recibirá el hemocomponente y verifica condiciones de ingreso si no es correcto se comunicará al banco de sangre para corroborar si coinciden da del alta en bitácora de ingresos y egresos, llena la tarjeta de hemovigilancia y anota los datos en la solicitud para servicio de transfusión, etiqueta sangre segura y hoja de envío. Si no coindice se registrará en bitácora de incidentes se informa al médico tratante de volver a iniciar el proceso para la adquisición.</p>	Solicitud de intercambio de hemocomponentes si es necesario
27	Médico de transfusión o químico	Banco de sangre	Determina las actividades a realizar de acuerdo al hemocomponente	Rol de actividades

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
28	Médico de transfusión, químico, técnico, trabajadora social o supervisor de enfermería	hospitalización	Informa a familiar la necesidad de traer donadores, se entrega hoja de requisitos para la donación y explica de forma verbal en caso de factor rho (d) explicarle de forma detallada la necesidad de donadores de la misma rho (d) y se informa al médico tratante que la reprogramación de la transfusión es acorde al cumplimiento con los donadores y la existencia de los hemocomponentes requeridos. Fin del procedimiento	Solicitud de donadores
29	Médico de trasfusión	Banco de sangre	Realiza solicitud de intercambio de hemocomponentes y solicita los días martes antes de las 13 al cets vial email las unidades que se calcularan requerir en la semana	Solicitud de intercambio
30	Centro estatal de transfusión sanguínea	CETS	Confirma vía e mail el apoyo requerido, las cuales son entregadas a través de la empresa de traslado los días miércoles	Confirmación vía e mail
31	Chofer	CETS	Se traslada al cets y los transporta en medios adecuados para dicho fin	Traslado
32	Médico de transfusión o químico	Banco de sangre	Recibe hemocomponentes y verifica que se reciban los solicitados Correctos- da de alta en el sistema hematix y en la bitácora de ingreso/egreso Incorrectos- se comunicará con el cets en caso de recibí menor número o de recibir alguno en malas condiciones y se da de baja en la bitácora de ingresos/egresos y se anota en bitácora de incidentes	Recepción y verificación de hemocomponentes
33	Químico	Banco de sangre	Almacena los hemocomponentes recibidos en los refrigeradores, de los cuales se corrobora su funcionamiento y temperatura diariamente cada 2-4 hrs según sea el caso. Concentrado de eritrocitos- Se almacena bajo una temperatura de +2º C a + 6º C Plasma fresco congelado- Se almacena bajo una temperatura de – 18º C a – 25 º C	Almacenamiento de hemocomponentes
34	Trabajo social	Hospitalización	Ante la alta demanda de hemoderivados y la poca recuperación se involucra a trabajo social para que realice concientización de los pacientes hospitalizados para mejora de condiciones o que se hayan sometido algún procedimiento quirúrgico que requirió mayor apoyo transfusional. A las 9:00 am de lunes a Viernes se le comunicara a la trabajadora social encargada de hospitalización para su apoyo y orientación en la donación	Orientación

Ficha del servicio de Banco de sangre

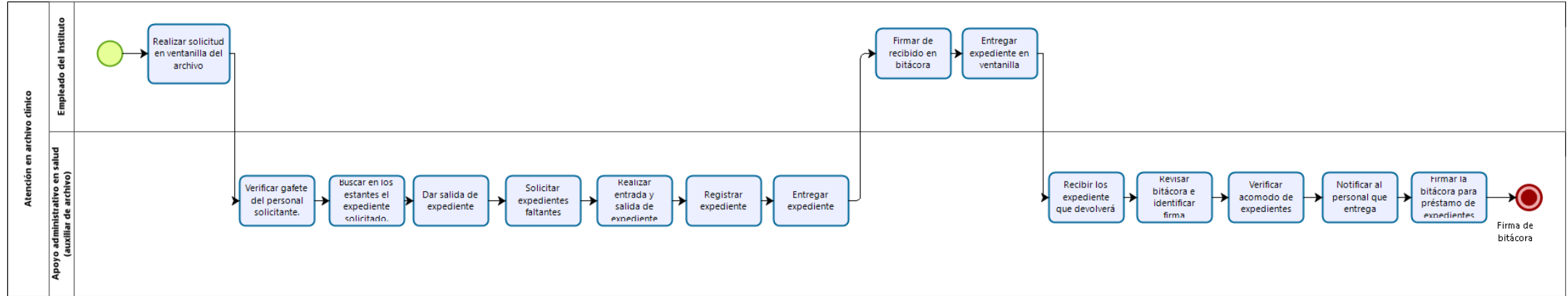
Nombre del trámite o servicio	Banco de sangre
Descripción del servicio	Servicio encargado de recolectar hemoderivados para su uso terapéutico garantizando la calidad de los mismos
Documentos que se obtienen con el trámite	No aplica
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Permanente
Usuario(s)	Paciente
Responsable del servicio	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Domicilio, Ubicación y teléfono	Coronel Calderón No. 715 S.H. Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44280 Primer Piso.
Horario de atención	Lunes a Viernes
Requisitos	Variable
Costo, Forma y lugar de pago	Variable, piso 3 caja
Tiempo de respuesta	De acuerdo a disponibilidad en la agenda.
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa
Dirección de Área responsable o equivalente	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	No aplica

Procedimiento de Atención en archivo clínico

Ficha del procedimiento	
Nombre	Atención en archivo clínico
Descripción	Donde se proporciona atención con calidad, confiabilidad, se integra y resguarda el expediente clínico del usuario para brindarle la atención médica oportuna al mismo
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Archivo clínico
Políticas del procedimiento	<p>Tener disponibles los expedientes cuando se soliciten o gestionarlo en el servicio al que están prestados y solicitarlos a la brevedad posible.</p> <p>Verificar a la entrega de los expedientes que se encuentren acomodados conforme al Índice autorizado vigente estipulado por el comité del Expediente Clínico.</p> <p>Atender y dar respuesta oportuna a las necesidades del usuario o servicios que soliciten expedientes de manera oportuna y eficaz.</p> <p>Llevar un censo diario del flujo de expedientes clínicos que se utilizan diariamente en la Institución, Así como llevar el control de los expedientes que se deben para su devolución.</p> <p>Tener disponibles los expedientes cuando se soliciten o gestionarlo en el servicio al que están prestados y solicitarlos a la brevedad posible.</p> <p>Verificar a la entrega de los expedientes que se encuentren acomodados conforme al Índice autorizado vigente estipulado por el comité del Expediente Clínico.</p> <p>Atender y dar respuesta oportuna a las necesidades del usuario o servicios que soliciten expedientes de manera oportuna y eficaz.</p> <p>Llevar un censo diario del flujo de expedientes clínicos que se utilizan diariamente en la Institución, Así como llevar el control de los expedientes que se deben para su devolución.</p> <p>Controlar e identificar del expediente de primera vez, el mismo colocarlo en la carpeta correspondiente con los datos del paciente, asignar un código de barras en el sistema para su control interno y externo así como la etiqueta correspondiente según la clínica a la que pertenece la patología del mismo.</p> <p>Realizar un reporte de los expedientes no devueltos o vales de Préstamo generados sin devolución, por los servicios, solicitando por escrito la petición de la devolución de los mismos, con copia a la Subdirección médica y subdirección administrativa de forma semanal.</p>

	<p>Controlar los préstamos, salidas y entradas de los expedientes, notificando al encargado de algún faltante o descuido de parte del usuario, al momento de la entrega de los expedientes del turno. En caso de faltantes el personal del archivo realizara un Vale de Préstamo al encargado del servicio (quien entrega el expediente).</p> <p>Incorporar adecuadamente los documentos ya sean notas, laboratoriales, bloques de hospitalización, quirófano, cuidados paliativos, etc. al expediente clínico de acuerdo al Índice autorizado vigente, que por autorización del encargado del servicio se recibieron sin expediente.</p> <p>Prestar y custodiar adecuadamente los expedientes para evitar pérdidas.</p> <p>Llevar un estricto control y manejo del adecuado de los códigos de barras, así como pedir todos los datos del usuario que solicite el préstamo de expedientes y exigirle una firma autógrafa.</p> <p>Recolectar, organizar y acomodar en su lugar correspondiente las hojas sueltas, que se generen durante la atención de los usuarios y no se entregó el expediente clínico por que se encontraba prestado en otro servicio.</p> <p>No prestar expedientes a personal que no labore en el Instituto, solo podrá realizar el préstamo a trabajadores del Instituto con identificación (gafete del Instituto), En los casos de excepción solo serán autorizadas por la Subdirección médica o nivel Jerárquico equivalente.</p> <p>Notificar a la Subdirección médica de aquellos casos en los que el usuario no realice un adecuado manejo del expediente.</p>
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Solicitud
Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Expediente clínico físico
Indicador	No aplica

Modelado del procedimiento de Atención en archivo clínico



Narrativa del procedimiento de Atención en archivo clínico

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Empleado del Instituto	Archivo	Realiza solicitud directa en ventanilla del archivo.	Solicitud
2	Apoyo Administrativo en Salud (auxiliar de archivo)	Archivo	Verifica gafete del personal solicitante.	Identificación
3	Apoyo Administrativo en Salud (auxiliar de archivo)	Archivo	Busca en los estantes el expediente solicitado.	Búsqueda
4	Apoyo Administrativo en Salud (auxiliar de archivo)	Archivo	Verifica en el Sistema del Archivo y dar salida en el escáner al servicio solicitante.	Salida de expediente
5	Apoyo Administrativo en Salud (auxiliar de archivo)	Archivo	Si no se encuentra el expediente solicita al personal responsable de la última salida del mismo para que le entregue el expediente. En caso de que el expediente no se entregue se notifica a la dirección médica o afín para normar conducta.	Solicitud de expedientes faltantes
6	Apoyo Administrativo en Salud (auxiliar de archivo)	Archivo	Realiza entrada y salida al expediente de forma electrónica pasando el código de barras.	entrada y salida
7	Apoyo Administrativo en Salud (auxiliar de archivo)	Archivo	Registra el expediente en la Bitácora de Prestamos del Archivo	Registro de préstamo
8	Apoyo Administrativo en Salud (auxiliar de archivo)	Archivo	Entrega el expediente	Expediente clínico
9	Empleado del Instituto	Archivo	Firma de recibido en la Bitácora nombre completo, fecha y firma.	Firma de recepción
10	Empleado del Instituto	Archivo	Para la devolución de los expedientes al archivo entrega el expediente en la ventanilla del archivo.	Entrega de expediente en ventanilla

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	665 de 673

No.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
11	Apoyo Administrativo en Salud (auxiliar de archivo)	Archivo	Recibe en la ventanilla de archivo los expedientes que devolverá.	Recepción
12	Apoyo Administrativo en Salud (auxiliar de archivo)	Archivo	Revisa la Bitácora para el Préstamo de Expedientes e identifica firma del solicitante del préstamo.	Identificación de firma
13	Apoyo Administrativo en Salud (auxiliar de archivo)	Archivo	Verifica que los expedientes cumplan con el acomodo del Índice Autorizado Vigente así como que las hojas se encuentren anexadas al expediente.	Verificación de acomodo
14	Apoyo Administrativo en Salud (auxiliar de archivo)	Archivo	Notifica al personal que entrega para la corrección de datos.	Notificación de acomodo
15	Apoyo Administrativo en Salud (auxiliar de archivo)	Archivo	Firma la Bitácora para el Préstamo de Expedientes con Nombre completo y firmar Deberá de firmar el solicitante y el personal del archivo.	Firma de bitácora

Procedimiento de Entrega y recepción de expedientes

Ficha del procedimiento	
Nombre	Entrega y recepción de expedientes
Descripción	Establecer y dar a conocer los lineamientos en forma clara y oportuna de todas las normas a seguir para el préstamo y conservación de los expedientes clínicos ya que de forma continua hay que establecer una comunicación permanente en todas las áreas llevando una planeación, organización, control y devolución adecuada de los mismos para el aprovechar los recursos disponibles en forma segura y oportuna
Alineación normativa	LOPEEJ-69-1-LGS-2V-DC-2-I-RI-19-II
Macro-proceso rector	Rehabilitación otorgada a las y los pacientes con neoplasias.
Trámite o servicio asociado	Archivo clínico
Políticas del procedimiento	<p>Mantener permanentemente actualizados, y en orden los expedientes clínicos, de detección, Hospital, Consulta externa, Radioterapia etc. de acuerdo a los lineamientos de la dependencia.</p> <p>Mantener los expedientes clínicos completos y organizados.</p> <p>Atender las solicitudes de expedientes en los servicios que lo soliciten.</p> <p>Anotar y codificar correctamente la información estadística en los formatos propios de la Institución por áreas de productividad.</p> <p>Coadyuvar con el Registro Estatal de Cáncer del Estado de Jalisco.</p> <p>Aportar información estadística para los programas Estatales y Federales de salud de acuerdo a la Productividad del Instituto Jalisciense de Cancerología. PROCACU, PROMAMA, SISPA, SUIVE.</p> <p>Llevar un censo del Flujo de Expedientes clínicos que se utilizan en la Institución</p> <p>Asignar un código de barras a cada expediente para su control Interno.</p> <p>Asignar un código de barras para usuarios internos y habilitar de esta manera al personal para la entrega de expedientes.</p> <p>Realizar periódicamente cada semana auditoria de faltantes y vales pendientes de entrega de expedientes al archivo clínico.</p> <p>Otorgar los servicios con oportunidad y calidad, a fin de lograr la satisfacción de los usuarios internos y externos.</p>
Procedimientos antecedentes	
Procedimientos subsecuentes	
Insumos y recursos necesarios para iniciar el procedimiento	Solicitud y entrega

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	667 de 673

Resultado(s), productos o entregables del procedimiento	Expediente clínico físico
Indicador	No aplica

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	668 de 673

Modelado del procedimiento de Entrega y recepción de expedientes



Narrativa del procedimiento de Entrega y recepción de expedientes

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
1	Encargado de archivo	Archivo	Deberá imprimir las listas de pacientes citados para el día siguiente en siho. Se imprimirán 2 tantos, 1 copia para dejar a el responsable de la custodia de los expedientes en el servicio	Impresión de lista
3	Personal del archivo	Archivo	Se ordenan los expedientes solicitados por turno, matutino y vespertino	Orden de expedientes
4	Personal del archivo	Archivo	Se palomeará en la lista los expedientes encontrados y los no encontrados se colocará una tacha y se verificará a que servicio se le prestó y se le solicitará su regreso en su defecto se le notificará a la dirección médica para normar conducta	Orden de expedientes
5	Personal del archivo	Archivo	Una vez acabadas las listas se pasarán los códigos de barras en el escáner para registrar su salida	Registro de salida
6	Personal del archivo	Archivo	Se organizarán los expedientes conforme a lista para su entrega	Orden de expedientes
7	Personal del archivo	Archivo	Firma la lista y la coloca encima de los expedientes	Firma de listas
8	Personal del archivo	Archivo	Colocar la pila de expedientes con su lista correspondiente para su entrega al día siguiente	Orden de expedientes y lista correspondiente
9	Personal del archivo	Archivo	El día de la consulta se entregan los expedientes solicitados	Entrega de expedientes
10	Personal del área solicitante	Áreas del ijc	Recibe lista y coteja en coordinación con el personal de archivo la entrega de expedientes contra entrega	Cotejar expediente contra solicitud

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
11	Personal del área solicitante	Áreas del IJC	Si se entregaron los expedientes completos se firmará la lista, si no se entregaron completos el personal del archivo deberá dar seguimiento al expediente ya recibido se le dará entrada y salida al servicio que será entregado y firma de recepción	Recepción y firma
12	Personal del área solicitante	Áreas del IJC	Si el paciente no estaba citado el personal del servicio deberá solicitar al archivo el expediente del paciente con el tarjetón del mismo personalmente o vía telefónica y se deberá registrar en la lista de expedientes entregados de la consulta el día y se firma de recibido	Solicitud de expediente no citado
13	Personal de archivo	Archivo	Devolución: durante el turno el personal de los servicios podrá realizar devolución de los expedientes al archivo	Devolución
14	Personal de archivo	Archivo	Recibe en la ventanilla de archivo los expedientes que devolverán junto con la lista de los mismos	Recepción
15	Personal de archivo	Archivo	Coteja los expedientes contra la lista, si no coinciden se notifica al personal que entrega la corrección de datos	Coteja y notificación de corrección
16	Personal de archivo	Archivo	Verifica que los expedientes cumplan con el acomodo del índice autorizado vigente, si cumple con la norma de firmará la lista de expedientes y si no cumple se notificara al personal que entrega para su corrección	Verificación de acomodo, firma de recepción o notificación de corrección
17	Personal de archivo	Archivo	Antes de finalizar el turno se deberá revisar las listas para identificar si faltan expedientes	Identificación de expedientes faltantes
18	Personal de archivo	Archivo	Solicita al personal del servicio los expedientes pendientes de entrega, si es entregado al momento se firmará la lista si no se entrega se deberá de notificar al encargado del archivo	Solicitud de expedientes faltantes



Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	671 de 673

N o.	Responsable	Área	Actividad	Resultado / Formato
19	Personal de archivo	Archivo	Si el expediente no se entrega se realizará vale de préstamo del expediente a nombre del jefe de servicio y se registrará en la libreta de control, se entregará el vale al personal responsable mismo que firmará y se deberá de comprometer en tiempo no mayor a 24 hrs para la entrega del mismo.	Vale de préstamo
20	Personal de archivo	Archivo	Entregará el vale al encargado del servicio para su control y seguimiento	Entrega de vale
21	Personal de archivo	Archivo	Realiza seguimiento al control de los vales de los expedientes en préstamo hasta su devolución	Seguimiento de vales
22	Personal de archivo	Archivo	Resguarda a la lista de los expedientes en su lugar correspondiente por si hubiera situaciones posteriores	Resguardo de lista

Ficha de servicio de Archivo Clínico.

Nombre del trámite o servicio	Archivo clínico
Descripción del servicio	Facilitar, ordenar, resguardar y actualizar expediente clínico.
Documentos que se obtienen con el trámite	Expediente clínico
Vigencia del reconocimiento, permiso o derecho adquirido	Permanente
Usuario(s)	Personal IJC
Responsable del servicio	Lic. Francisco Covarrubias
Domicilio, Ubicación y teléfono	Coronel Calderón No. 715 S.H. Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44280 Primer Piso.
Horario de atención	Lunes a Viernes
Requisitos	Variable
Costo, Forma y lugar de pago	No aplica
Tiempo de respuesta	No aplica
Dirección General responsable o equivalente	Dr. Manuel Arias Novoa
Dirección de Área responsable o equivalente	Dra. Judith Amelia Gudiño Magallón
Contacto para quejas y sugerencias	Lic. Carlos Alberto Higuera Fragozo, Titular del Órgano Interno de Control, correo: carlos.higuera@jalisco.gob.mx , teléfono: 33 36 13 36 00 ext. 1330
Anexo de formatos y liga en Internet	No aplica



Jalisco

Gobierno del Estado de Jalisco

Manual de Organización y Procedimientos
OPD. Instituto Jalisciense de Cancerología
Tomo I

Fecha URDCR	Versión	Página
4 de nov-2024	02	673 de 673

4. Elaboración y autorización de la sección

