



## ÍNDICE

### Página

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	3
<b>II. OBJETIVO, ALCANCE Y MARCO JURÍDICO</b>	4
<b>III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS</b>	
1. Proceso para el Otorgamiento de la Consulta Médica	6
2. Proceso para el Otorgamiento de la Consulta Médica de Especialidad	8
3. Proceso para el Otorgamiento de la Consulta Médica Dental	10
4. Proceso para el Otorgamiento de la Consulta Médica de Urgencia	12
5. Proceso para el Traslado de Pacientes en Ambulancia	15
6. Proceso para Otorgar Apoyo Preventivo de Atención Médica de Urgencia a Particulares	17
7. Proceso para Otorgar Cursos Académicos a Particulares	19
8. Proceso para la Aplicación de Medicamentos Intravenosos, Intramusculares y Venoclisis	21
9. Proceso para la Administración de Cateterismo Vesical	23
10. Proceso para la Realización de Curaciones	25
11. Proceso para la Aplicación de Lavados Óticos y Oftálmicos	27
12. Proceso para la expedición de Dictámenes Médicos	29
13. Proceso para la expedición de la Constancia Médica	31
<b>IV. ANEXOS</b>	
1. Informe de Actividades por Turno	32
Instructivo de Llenado	33





	<u>Página</u>
2. Hoja de Consulta	35
Instructivo de Llenado	36
3. Receta Médica	37
Instructivo de Llenado	38
4. Nota de Atención en Área de Urgencias	39
Instructivo de Llenado	40
5. Hoja de Traslado	41
Instructivo de Llenado	42
6. Parte de Servicio	43
Instructivo de Llenado	44
7. Dictamen Médico Previo	45
Instructivo de Llenado	46
8. Vale de Material Utilizado	47
Instructivo de Llenado	48
9. Constancia Médica	49
Instructivo de Llenado	50
10. Formato de Revisión de Unidad	51
Instructivo de Llenado	52
11. Revisión de Equipo Pre-Hospitalario	53
Instructivo de Llenado	54
12. Bitácora de Gasolina	55
Instructivo de Llenado	56





## I. INTRODUCCIÓN

La Secretaría de Contraloría en uso de las facultades y obligaciones que le confiere los Artículos 104, fracción IV, de la Ley de Gobierno Municipal del Estado de Nuevo León y 21, fracción IV, del Reglamento de Gobierno Municipal del Ayuntamiento de Guadalupe, Nuevo León, expide el presente Manual de Procesos de la Administración Pública Municipal de la Coordinación de Cruz Verde.

Este Manual tiene como objetivo fundamental la definición y documentación de los procesos que sustentan la operación de la Coordinación de Cruz Verde, las Políticas que norman a los mismos, así como también, señalar los puestos involucrados en la ejecución de las diversas funciones administrativas, a fin de establecer el control y funcionamiento más eficiente y transparente de la Unidad Administrativa en cuestión.

Un Proceso Administrativo es un instrumento básico de coordinación mediante el cual se ordenan y enlazan las diversas actividades de trabajo, de acuerdo a una secuencia de las operaciones realizadas por las distintas personas que en el intervienen. Así mismo, los procesos se orientan hacia objetivos específicos, que se rigen por Políticas o lineamientos que además, describen la manera de lograr los objetivos establecidos.

Las Políticas son lineamientos que norman las operaciones que conforman los procesos Administrativos para que éstos se lleven a cabo de acuerdo a criterios y controles establecidos, así como para facilitar el cumplimiento de las responsabilidades.

Toda modificación que se pretenda realizar al contenido del presente Manual, deberá notificarse por escrito a la Secretaría de Contraloría para su validación, documentación y autorización correspondiente, y bajo ningún concepto, salvo la autorización expresa del Secretario de Desarrollo Social y del Director de Salud Pública, este Manual podrá ser facilitado a personas ajenas a ésta Dirección.





## II. OBJETIVO, ALCANCE Y MARCO JURÍDICO

### OBJETIVO

El presente Manual de Procesos de la Administración Pública Municipal tiene como objetivo fundamental la definición y documentación de los procesos que sustentan la operación de la Coordinación de Cruz Verde y las Políticas que norman a los mismos, así como también, señalar al personal involucrado en la ejecución de diversas funciones administrativas a fin de establecer el control y funcionamiento más eficiente y transparente de la Unidad Administrativa en cuestión.

Así mismo, tiene como objetivos específicos los siguientes:

- Establecer un mecanismo de control que permita dirigir, supervisar y verificar las actividades que se llevan a cabo en la Coordinación de Cruz Verde cumpliendo con los principios de oportunidad, transparencia y eficiencia administrativa.
- Proporcionar una herramienta que facilite el proceso de inducción y capacitación del personal de nuevo ingreso.
- Proporcionar información que sirve de base para evaluar la eficiencia del personal en el cumplimiento de sus funciones específicas.
- Incorporar a los sistemas y procesos administrativos, la utilización de herramientas que ayuden a agilizar el flujo de información y de esta manera facilitar la toma de decisiones.

### ALCANCE

Las políticas, procesos, flujos de información, reportes y responsabilidades, descritos en el presente Manual de Procesos de la Administración Pública Municipal de la Coordinación de Cruz Verde, son aplicables al personal adscrito a esta Coordinación y en su caso a otras Dependencias del Municipio, cuando impliquen su interacción, siendo el enlace con éstas el Coordinador Administrativo de cada Dependencia.

### MARCO JURÍDICO

- Ley General de Salud
- Ley Estatal de Salud
- Ley General de Transparencia y Acceso a la Información
- Ley de Transparencia y Acceso a la Información del Estado de Nuevo León
- Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipio de Nuevo León





**GOBIERNO DE  
CIUDAD GUADALUPE  
NUEVO LEÓN**

**SECRETARÍA DE  
CONTRALORÍA  
DIRECCIÓN DE  
NORMATIVIDAD**

**Voluntad que  
no se detiene.**

**Manual de Procesos de la  
Administración Pública Municipal**

**Coordinación  
de Cruz Verde**

- Reglamento de Gobierno Municipal del Ayuntamiento de Guadalupe, Nuevo León
- Reglamento para la Entrega – Recepción de la Administración Pública de Guadalupe, Nuevo León
- Normas Oficiales Mexicanas (N.O.M) (Sector Salud)
- Manual de Funciones de la Administración Pública Municipal de la Coordinación de Cruz Verde
- Plan Municipal de Desarrollo vigente

**DIRECTOR DE  
NORMATIVIDAD**  
Entra en Vigor:  
01 – Julio - 2016

**DIRECTOR DE  
SALUD PUBLICA**  
Modificación:  
00-00-00

**COORDINADOR DE  
CRUZ VERDE**  
Clave de Consulta:  
MFAPMCCV040102

**SECRETARIO DE  
DESARROLLO SOCIAL**

**SECRETARIO DE  
CONTRALORÍA**  
Pág. 5





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 1. PROCESO PARA EL OTORGAMIENTO DE LA CONSULTA MÉDICA

##### CIUDADANO

1. Acude a la Cruz Verde a solicitar un servicio médico.

##### CAJERO

2. Realiza un interrogatorio preliminar al Ciudadano y captura los datos obtenidos, en un archivo electrónico.

**“Deberá solicitar los siguientes datos en el interrogatorio: nombre, edad, sexo, domicilio y servicio que solicita.”**

3. Imprime el Recibo de Pago (en original y copia) con base en los datos recabados en el interrogatorio, realiza el cobro del servicio, entrega el original al Ciudadano y archiva las copias para control administrativo.

**“En caso de que el Ciudadano no cuente con los recursos económicos necesarios para realizar el pago del servicio médico, será valorado por el Supervisor de Delegación de Cruz Verde correspondiente para ser exento del mismo.”**

4. Turna una copia del Recibo de Pago a la Enfermera, para su seguimiento.

##### ENFERMERA

5. Recibe la copia del Recibo de Pago y llama al Ciudadano para su valoración médica.

**“Deberá llamar a los Ciudadanos que se encuentren en la sala de espera de acuerdo al número de folio del Recibo de Pago; así mismo, en caso de que algún paciente requiera atención médica de urgencias, deberá darle preferencia.”**

6. Revisa los signos vitales del Ciudadano, elabora el “Informe de Actividades por Turno” (Ver Anexo 1) y lo canaliza con el Médico General para su consulta correspondiente.

**“En caso de que los signos vitales del Ciudadano muestren algún problema mayor de salud, deberá brindarle atención médica de emergencia.”**

##### ENFERMERA

**“En caso de ser necesario, la Enfermera deberá asistir al Médico General en los procedimientos médicos que requiera la atención del Ciudadano.”**





## MÉDICO GENERAL

7. Recibe al Ciudadano, le solicita sus datos personales y lo registra en la “Hoja de Consulta” (Ver Anexo 2).
8. Examina al Ciudadano, le revisa sus signos vitales, valora los síntomas que presenta, emite su diagnóstico presuntivo, determina el tratamiento adecuado para la patología de su caso, elabora la “Receta” (Ver Anexo 3) y se la entrega.

**“En caso de que el Ciudadano requiera permanecer en el área de urgencias hasta lograr la estabilidad de su salud, deberá elaborar una “Hoja de Nota de Atención en Área de Urgencias” (Ver Anexo 4).”**

**“En caso de ser necesario, deberá proporcionar al Ciudadano atendido una nueva cita para dar seguimiento al tratamiento.”**





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 2. PROCESO PARA EL OTORGAMIENTO DE LA CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD

##### CIUDADANO

1. Acude a la Cruz Verde a solicitar un servicio médico de especialidad.

##### CAJERO

2. Realiza un interrogatorio preliminar al Ciudadano y captura los datos obtenidos, en un archivo electrónico.

**“Deberá solicitar los siguientes datos en el interrogatorio: nombre, edad, sexo, domicilio y servicio de especialidad que solicita.”**

3. Imprime el Recibo de Pago (en original y copia) con base en los datos recabados en el interrogatorio, realiza el cobro del servicio, entrega el original al Ciudadano y archiva las copias para control administrativo.

**“En caso de que el Ciudadano no cuente con los recursos económicos necesarios para realizar el pago del servicio médico, será valorado por el Supervisor de Delegación de Cruz Verde correspondiente para ser exento del mismo.”**

4. Turna una copia del Recibo de Pago a la Enfermera, para su seguimiento.

##### ENFERMERA

5. Recibe la copia del Recibo de Pago y llama al Ciudadano para su valoración médica.

**“Deberá llamar a los Ciudadanos que se encuentren en la sala de espera de acuerdo al número de folio del Recibo de Pago; así mismo, en caso de que algún paciente requiera atención médica de urgencias, deberá darle preferencia.”**

6. Revisa los signos vitales del Ciudadano, elabora el “Informe de Actividades por Turno” (Ver Anexo 1) y lo canaliza con el Médico Especialista para su consulta correspondiente.

##### MÉDICO ESPECIALISTA

**“En caso de que los signos vitales del Ciudadano muestren algún problema mayor de salud, deberá brindarle atención médica de emergencia.”**

**“En caso de ser necesario, la Enfermera deberá asistir al Médico Especialista en los procedimientos médicos que requiera la atención del Ciudadano.”**





## MÉDICO ESPECIALISTA

7. Recibe al Ciudadano, le solicita sus datos personales y lo registra en la “Hoja de Consulta” (Ver Anexo 2).”
8. Examina al Ciudadano, le revisa sus signos vitales, valora los síntomas que presenta, emite su diagnóstico presuntivo, determina el tratamiento adecuado para la patología de su caso, elabora una “Receta Médica” (Ver anexo 3) y se la entrega.

**“En caso de que el Ciudadano requiera permanecer en el área de urgencias hasta lograr la estabilidad de su salud, deberá elaborar una “Hoja de Nota de Atención en Área de Urgencias (Ver Anexo 4).”**

**“En caso de ser necesario, deberá proporcionar al Ciudadano atendido una nueva cita para dar seguimiento al tratamiento.”**





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 3. PROCESO PARA EL OTORGAMIENTO DE LA CONSULTA MÉDICA DENTAL

##### CIUDADANO

1. Acude a la Cruz Verde a solicitar un servicio médico dental.

##### CAJERO

2. Realiza un interrogatorio preliminar al Ciudadano y captura los datos obtenidos, en un archivo electrónico.

**“Deberá solicitar los siguientes datos en el interrogatorio: nombre, edad, sexo, domicilio y servicio que solicita.”**

3. Imprime el Recibo de Pago (en original y copia) con base en los datos recabados en el interrogatorio, realiza el cobro del servicio, entrega el original al Ciudadano y archiva las copias para control administrativo.

**“En caso de que el Ciudadano no cuente con los recursos económicos necesarios para realizar el pago del servicio médico, será valorado por el Supervisor de Delegación de Cruz Verde correspondiente para ser exento del mismo.”**

4. Acude con el Odontólogo y le entrega la copia del Recibo de Pago de consulta médica.

##### ODONTÓLOGO

5. Recibe la copia del Recibo de Pago y llama al Ciudadano para su valoración médica dental.

**“Deberá llamar a los Ciudadanos que se encuentren en la sala de espera de acuerdo al número de folio del Recibo de Pago; así mismo, en caso de que algún paciente requiera atención médica dental de urgencia, deberá darle preferencia.”**

6. Recibe al ciudadano, le solicita sus datos personales y registra al Paciente en la “Hoja de Consulta” (Ver Anexo 2).

##### ODONTÓLOGO

7. Realiza una exploración dental al Ciudadano, valora los síntomas que presenta, emite su diagnóstico presuntivo, determina el tratamiento adecuado para la patología de su caso, elabora la “Receta Médica” (Ver anexo 3) y se la entrega.





## ODONTÓLOGO

**“En caso de que la patología del Ciudadano requiera una intervención quirúrgica o terapéutica, deberá realizarla durante la consulta; así mismo, en caso de que no sea factible realizar la intervención durante la consulta, deberá programar una cita para dicho fin.”**

**“En caso de ser necesario, deberá proporcionar al Ciudadano atendido una nueva cita para dar seguimiento al tratamiento.”**





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 4. PROCESO PARA EL OTORGAMIENTO DE LA CONSULTA MÉDICA DE URGENCIA

##### CIUDADANO

1. Acude a la Cruz Verde y solicita un servicio médico de urgencia.

##### CAJERO

2. Canaliza al Ciudadano al área de urgencias para su valoración médica.

##### ENFERMERA

3. Recibe al Ciudadano, revisa sus signos vitales, le brinda los primeros auxilios y lo canaliza con el Médico General.

**“Deberá recibir a los Ciudadanos que se encuentren en la sala de espera, de acuerdo al grado de emergencia que presenten.”**

4. Elabora el “Informe de Actividades por Turno” (Ver Anexo 1).

**“En caso de ser necesario, deberá asistir al Médico General en los procedimientos médicos de urgencia que requiera la atención del Ciudadano.”**

##### MÉDICO GENERAL Y/O MÉDICO ESPECIALISTA

5. Acude con el Ciudadano, revisa sus signos vitales y realiza la valoración médica completa que sea necesaria.

**“El tiempo comprendido entre el momento en el que llega el Ciudadano a la Unidad Médica hasta que es atendido por el personal médico no deberá exceder de los quince minutos.”**

**“En caso de que el Ciudadano requiera permanecer en el área de urgencias hasta lograr la estabilidad de su salud, deberá elaborar una “Hoja de Nota de Atención en Área de Urgencias” (Ver Anexo 4).”**

**“En caso de no ser factible realizar la intervención durante la consulta, deberá canalizar al paciente a una Unidad de Servicios Médicos donde pueda recibir la atención debida.”**





## CAJERO

- Realiza un interrogatorio al Ciudadano y captura los datos obtenidos, en un archivo electrónico.

**“Deberá solicitar los siguientes datos en el interrogatorio: nombre, edad, sexo, domicilio y servicio que solicita.”**

**“En caso de que el Ciudadano se encuentre inconsciente, deberá recabar la información con la persona que lo acompañe.”**

- Imprime el Recibo de Pago (en original y copia) con base en los datos recabados en el interrogatorio, realiza el cobro del servicio, entrega el original al Ciudadano y archiva las copias para control administrativo.

**“En caso de que el Ciudadano no cuente con los recursos económicos necesarios para realizar el pago del servicio médico, será valorado por el Supervisor de Delegación de Cruz Verde correspondiente para ser exento del mismo.”**

### EN CASO DE QUE EL CIUDADANO REQUIERA TRASLADO EN AMBULANCIA A UNA UNIDAD MÉDICA DE SEGUNDO O TERCER NIVEL

#### MÉDICO GENERAL Y/O MÉDICO ESPECIALISTA

- Elabora la Hoja de Traslado (Ver Anexo 5) y lo turna al Técnico de Urgencias Médicas para su seguimiento.

**“Deberá especificar en la Hoja de Traslado, los cuidados requeridos durante el traslado del Ciudadano en una ambulancia de la Cruz Verde Municipal.”**

### UNA VEZ QUE EL CIUDADANO SE ENCUENTRA EN LA UNIDAD MÉDICA DE SEGUNDO O TERCER NIVEL

#### TÉCNICO DE URGENCIAS MÉDICAS DE LA JEFATURA DE AMBULANCIAS

- Entrega la Hoja de Traslado al Médico responsable de la Unidad Médica receptora y le informa la situación del Ciudadano, el tratamiento que se le ha dado y su evolución durante su estancia en la Cruz Verde.
- Elabora el formato “Parte de Servicio” (Ver Anexo 6) y lo entrega al Técnico de Urgencias Médicas de la Jefatura de Ambulancias.

#### TÉCNICO DE URGENCIAS MÉDICAS DE LA JEFATURA DE AMBULANCIAS

**“El formato Parte de Servicio, será considerado como hoja de atención pre-hospitalaria.”**





## TÉCNICO DE URGENCIAS MÉDICAS DE LA JEFATURA DE AMBULANCIAS

11. Recibe el formato Parte de Servicio y lo archiva debidamente para futuras consultas y/o aclaraciones.

### EN CASO DE QUE EL CIUDADANO NO REQUIERA TRASLADO DE EMERGENCIA A UNA UNIDAD MÉDICA DE SEGUNDO O TERCER NIVEL

#### MÉDICO GENERAL Y/O MÉDICO ESPECIALISTA

12. Emite su diagnóstico presuntivo, determina el tratamiento adecuado, elabora una Receta Médica (Ver Anexo 3) y la entrega al Ciudadano.
13. Registra al Ciudadano en la "Hoja de Consulta" (Ver Anexo 2).





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 5. PROCESO PARA EL TRASLADO DE PACIENTES EN AMBULANCIA

##### CIUDADANO

1. Realiza llamada de auxilio y solicita un traslado de emergencia en ambulancia.

##### OPERADOR DE RADIO

2. Recibe la llamada de auxilio, realiza un interrogatorio preliminar al Ciudadano y captura los datos obtenidos, en un archivo electrónico.

**“Deberá verificar el número telefónico dado por el Ciudadano mediante una llamada de seguridad.”**

3. Localiza a la ambulancia más cercana al lugar de la emergencia médica y le informa al Operador de Ambulancia la dirección a la que debe acudir a realizar el traslado.

**“Deberá comunicar continuamente la localización de la ambulancia y, después de haber recibido una llamada de auxilio, la hora en la que llegan al lugar de la emergencia médica; así mismo, en caso de que sea necesario un traslado a una Unidad Médica ajena a la Cruz Verde, deberá informar oportunamente la hora de arribo a dicha unidad.”**

##### UNA VEZ QUE LA AMBULANCIA LLEGA AL LUGAR DE LA EMERGENCIA MÉDICA

##### TÉCNICO DE URGENCIAS MÉDICAS DE LA JEFATURA DE AMBULANCIAS

4. Acude al lugar de la emergencia médica y atiende al Ciudadano.
5. Traslada al Ciudadano a la ambulancia, en conjunto con el Operador de Ambulancia.

**“Deberá reportar al Operador de Radio, vía frecuencia, los datos generales del Ciudadano y su descripción física.”**

**“En caso de que la emergencia médica haya sido originada por un accidente vial, el Técnico de Urgencias Médicas deberá elaborar un “Dictamen Médico Previo” (Ver Anexo 7) en original y copia, con base en los datos proporcionados por el Médico de Guardias; así mismo, deberá entregar el original al Agente de Tránsito y archivar debidamente la copia para control interno.”**

##### UNA VEZ QUE EL CIUDADANO SE ENCUENTRA EN LA CRUZ VERDE

##### MÉDICO GENERAL Y/O MÉDICO ESPECIALISTA

6. Acude con el Ciudadano, revisa sus signos vitales y realiza la valoración médica completa que sea necesaria.





## MÉDICO GENERAL Y/O MÉDICO ESPECIALISTA

**“En caso de que el Ciudadano trasladado haya sido lesionado en un accidente vial, deberá elaborar un “Dictamen Médico Previo.”**

## TÉCNICO DE URGENCIAS MÉDICAS DE LA JEFATURA DE AMBULANCIAS

7. Elabora la Hoja de Registro y la entrega al Auxiliar de la Jefatura de Ambulancias para su archivo correspondiente.

**“Deberá detallar el material utilizado para la atención médica de urgencia del Ciudadano trasladado, para su reposición.”**

**“En caso de que el traslado haya sido realizado del lugar de la urgencia médica, hacia una unidad médica de segundo o tercer nivel; deberá elaborar un “Parte de Servicio” (Ver Anexo 6).”**

8. Recibe la Hoja de Registro y la archiva debidamente para futuras consultas y aclaraciones
9. Imprime el Recibo de Pago (en original y copia) con base en los datos recabados en el interrogatorio, realiza el cobro del servicio, entrega el original al Ciudadano y archiva las copias para control administrativo.

## AL FINALIZAR EL TURNO

## OPERADOR DE AMBULANCIA

10. Llena el “Formato de Revisión de Unidad” (Ver Anexo 10) y lo archiva debidamente para su trámite posterior.

**“En caso de ser necesario, deberá recargar gasolina y realizar el llenado de la Bitácora de Gasolina (Ver Anexo 12).”**





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 6. PROCESO PARA OTORGAR APOYO PREVENTIVO DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA A PARTICULARES

##### CIUDADANO

1. Acude a la Coordinación de Cruz Verde a solicitar un apoyo con ambulancias y asistencia médica.

**“La Solicitud deberá ser entregada mediante una Carta dirigida al Coordinador de Cruz Verde en la que se describa los datos principales del evento para el cual se solicita el apoyo (dirección, fecha y hora) y el número de ambulancias que se requieren”.**

**“Deberá presentar la Solicitud con un período de tres días de anticipación, de lo contrario no se le podrá prestar el servicio.”**

##### SECRETARIA DE LA COORDINACIÓN DE CRUZ VERDE

2. Recibe la Solicitud, obtiene una copia, firma y sella la copia, la entrega al Ciudadano y conserva el original para la continuación del trámite.
3. Registra la Solicitud y turna el original al Coordinador de Cruz Verde para su revisión y análisis.

##### COORDINADOR DE CRUZ VERDE

4. Recibe el original de la Solicitud y evalúa la factibilidad del servicio.

##### EN CASO DE SER APROBADO EL APOYO PREVENTIVO DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

##### COORDINADOR DE CRUZ VERDE

5. Plasma su firma de Autorización en el original de la Solicitud y la turna al Jefe de Ambulancias para su trámite correspondiente.

##### JEFE DE AMBULANCIAS

6. Recibe el original de la solicitud, verifica vía telefónica la fecha, hora y el lugar del evento y programa el servicio.

##### TÉCNICO DE URGENCIAS MÉDICAS

7. Turna el original de la Solicitud al Técnico de Urgencias Médicas para su seguimiento.





#### TÉCNICO DE URGENCIAS MÉDICAS

8. Recibe el original de la Solicitud y acude a prestar el servicio.

**“Deberá reportarse con la persona responsable del evento e informarle que en caso de emergencia médica de prioridad, la ambulancia deberá ausentarse del evento.”**

#### JEFE DE AMBULANCIAS

9. Realiza el Reporte correspondiente al servicio prestado y lo entrega al Coordinador de Cruz Verde para su archivo.

#### AL FINALIZAR EL TURNO

#### OPERADOR DE AMBULANCIAS

10. Llena el “Formato de Revisión de Unidad” (Ver Anexo 10) y lo archiva debidamente para su trámite posterior.

**“En caso de ser necesario, deberá recargar gasolina y realizar el llenado de la bitácora de Gasolina (Ver Anexo 12).”**

#### EN CASO DE NO SER APROBADO EL APOYO PREVENTIVO DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

#### COORDINADOR DE CRUZ VERDE

11. Turna el original de la Solicitud a su Secretaria para su trámite correspondiente.

#### SECRETARIA DE LA COORDINACIÓN DE CRUZ VERDE

12. Recibe el original de la Solicitud y le comunica al Ciudadano la razón de la negación del servicio.





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 7. PROCESO PARA OTORGAR CURSOS ACADÉMICOS A PARTICULARES

##### CIUDADANO

1. Acude a la Coordinación de Cruz Verde y solicita un Curso Académico.

**“La Solicitud deberá ser entregada mediante una Carta dirigida al Coordinador de Cruz Verde en la que se describa los datos principales del curso para el cual se solicita el curso académico (domicilio, fecha, hora y especialidad del curso).”**

##### SECRETARIA DE LA COORDINACIÓN DE CRUZ VERDE

2. Recibe la Solicitud, obtiene una copia, firma y sella la copia, la entrega al Ciudadano y conserva el original para la continuación del trámite.
3. Registra la Solicitud y turna el original al Coordinador de Cruz Verde para su revisión y análisis.

##### COORDINADOR DE CRUZ VERDE

4. Recibe la Solicitud y evalúa la factibilidad del Curso.

##### EN CASO DE SER APROBADO EL CURSO ACADÉMICO

##### COORDINADOR DE CRUZ VERDE

5. Plasma su firma de Autorización en el original de la Solicitud y la turna al Jefe de Ambulancias para su trámite correspondiente.

##### JEFE DE AMBULANCIAS

6. Recibe el original de la solicitud, verifica vía telefónica la fecha, hora y el lugar del evento y programa el curso.
7. Turna el original de la Solicitud al Técnico de Urgencias Médicas para su seguimiento.

##### TÉCNICO DE URGENCIAS MÉDICAS

8. Recibe el original de la Solicitud y acude a impartir el curso.

##### TÉCNICO DE URGENCIAS MÉDICAS

**“Deberá reportarse con la persona responsable del evento e informarle que en caso de emergencia médica de prioridad, la ambulancia deberá ausentarse del evento.”**





#### JEFE DE AMBULANCIAS

9. Realiza el Reporte correspondiente al curso impartido y lo entrega al Coordinador de Cruz Verde.

#### *AL FINALIZAR EL TURNO*

#### OPERADOR DE AMBULANCIA

10. Llena el "Formato de Revisión de Unidad" (Ver Anexo 10) y lo archiva debidamente para su trámite posterior.

**"En caso de ser necesario, deberá recargar gasolina y realizar el llenado de la Bitácora de Gasolina (Ver Anexo 12)."**

#### EN CASO DE NO SER APROBADO EL APOYO ACADÉMICO

#### COORDINADOR DE CRUZ VERDE

11. Turna el original de la Solicitud a su Secretaria para su trámite correspondiente.

#### SECRETARIA DE LA COORDINACIÓN DE CRUZ VERDE

12. Recibe el original de la Solicitud y le comunica al Ciudadano la razón de la negación del curso.





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 8. PROCESO PARA LA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS, INTRAMUSCULARES Y VENOCLISIS

##### CIUDADANO

1. Se presenta en la Cruz Verde y solicita la administración de medicamentos intravenosos, intramusculares y/o la aplicación de venoclisis.

**“Solo se administrarán medicamentos intravenosos e intramusculares, así como venoclisis; después de una valoración médica.”**

##### CAJERO

2. Realiza un interrogatorio preliminar al Ciudadano y captura los datos obtenidos, en un archivo electrónico.

**“Deberá solicitar los siguientes datos en el interrogatorio: nombre, edad, sexo, domicilio y servicio que solicita.”**

3. Imprime el Recibo de Pago (en original y copia) con base en los datos recabados en el interrogatorio, realiza el cobro del servicio, entrega el original al Ciudadano y archiva las copias para control administrativo.

**“En caso de que el material utilizado para el procedimiento médico haya sido suministrado por el almacén de Cruz Verde, deberá cobrarlo después de la aplicación.”**

**“En caso de que el Ciudadano no cuente con los recursos económicos necesarios para realizar el pago del servicio médico, será valorado por el Supervisor de Delegación de Cruz Verde correspondiente para ser exento del mismo.”**

4. Turna una copia del Recibo de Pago a la Enfermera, para su seguimiento.

##### ENFERMERA

5. Recibe una copia del Recibo de Pago y realiza los preparativos necesarios para la aplicación correcta del medicamento.

**“Deberá llamar a los Ciudadanos que se encuentren en la sala de espera, de acuerdo al número de folio del Recibo de Pago; así mismo, en caso de que algún paciente requiera atención médica de urgencias, deberá darle preferencia.”**





## ENFERMERA

6. Revisa los signos vitales del Ciudadano y elabora el "Informe de Actividades por Turno" (Ver Anexo 1).

**"En caso de que los signos vitales del Ciudadano muestren algún problema mayor de salud, deberá brindarle atención médica de emergencia."**

7. Solicita al Ciudadano la Receta Médica, verifica su procedencia y revisa cuidadosamente las indicaciones a seguir para la aplicación correcta del medicamento.

**"Deberá asegurarse de que el Ciudadano no sea alérgico al medicamento que se le va a suministrar."**

8. Aplica el medicamento o la venoclisis.
9. Da indicaciones al Ciudadano de la atención posterior a la aplicación necesaria.
10. Elabora el "Vale de Material Utilizado" (Ver Anexo 8), lo turna al Cajero para su cobro correspondiente.
11. Canaliza al Ciudadano con el Técnico de Urgencias Médicas para realizar el pago correspondiente.

## CIUDADANO

12. Acude con el Cajero y realiza el pago correspondiente al material utilizado durante el procedimiento médico.





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 9. PROCESO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CATETERISMO VESICAL

##### CIUDADANO

1. Acude a la Cruz Verde y solicita una aplicación y/o cambio de catéter vesical.

##### CAJERO

2. Realiza un interrogatorio preliminar al Ciudadano y captura los datos obtenidos, en un archivo electrónico.

**“Deberá solicitar los siguientes datos en el interrogatorio: nombre, edad, sexo, domicilio y servicio que solicita.”**

3. Imprime el Recibo de Pago (en original y copia) con base en los datos recabados en el interrogatorio, realiza el cobro del servicio, entrega el original al Ciudadano y archiva las copias para control administrativo.

**“En caso de que el material utilizado para el proceso médico haya sido suministrado por el almacén de Cruz Verde, deberá cobrarlo después de la aplicación.”**

**“En caso de que el Ciudadano no cuente con los recursos económicos necesarios para realizar el pago del servicio médico, será valorado por el Supervisor de Delegación de Cruz Verde correspondiente para ser exento del mismo.”**

4. Turna una copia del Recibo de Pago a la Enfermera, para su seguimiento.

##### ENFERMERA

5. Recibe una copia del Recibo de Pago y realiza los preparativos necesarios para la aplicación correcta del medicamento.

**“Deberá llamar a los Ciudadanos que se encuentren en la sala de espera, de acuerdo al número de folio del Recibo de Pago; así mismo, en caso de que algún paciente requiera atención médica de urgencias, deberá darle preferencia.”**

##### ENFERMERA

6. Revisa los signos vitales del Ciudadano y elabora el “Informe de Actividades por Turno” (Ver Anexo 1).

**“En caso de que los signos vitales del Ciudadano muestren algún problema mayor de salud, deberá brindarle atención médica de emergencia.”**





#### ENFERMERA

7. Solicita al Ciudadano la receta médica, verifica su procedencia y revisa cuidadosamente las indicaciones a seguir para la aplicación correcta de la sonda vesical.

#### MÉDICO GENERAL

8. Realiza una exploración física del Ciudadano y da indicaciones a la Enfermera para la realización del procedimiento.
9. Realiza la aplicación o cambio de catéter en conjunto con la Enfermera y da de alta al Ciudadano.

#### ENFERMERA

10. Da indicaciones al Ciudadano del cuidado necesario para el catéter instalado.
11. Elabora el "Vale de Material Utilizado" (Ver Anexo 8) y lo turna al Cajero para su cobro correspondiente.
12. Canaliza al Ciudadano con el Cajero para realizar el pago correspondiente.

#### CIUDADANO

13. Acude con el Cajero y realiza el pago correspondiente al material utilizado durante el proceso médico.





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 10. PROCESO PARA LA REALIZACIÓN DE CURACIONES

##### CIUDADANO

1. Acude a la Cruz Verde y solicita una curación.

##### CAJERO

2. Realiza un interrogatorio preliminar al Ciudadano y captura los datos obtenidos, en un archivo electrónico.

**“Deberá solicitar los siguientes datos en el interrogatorio: nombre, edad, sexo, domicilio y servicio que solicita.”**

3. Imprime el Recibo de Pago (en original y copia) con base en los datos recabados en el interrogatorio, realiza el cobro del servicio, entrega el original al Ciudadano y archiva las copias para control administrativo.

**“En caso de que el Ciudadano no cuente con los recursos económicos necesarios para realizar el pago del servicio médico, será valorado por el Supervisor de Delegación de Cruz Verde correspondiente para ser exento del mismo.”**

4. Turna una copia del Recibo de Pago a la Enfermera, para su seguimiento.

##### ENFERMERA

5. Recibe una copia del Recibo de Pago y realiza los preparativos necesarios para realizar el procedimiento médico requerido.

**“Deberá llamar a los Ciudadanos que se encuentren en la sala de espera, de acuerdo al número de folio del Recibo de Pago; así mismo, en caso de que algún paciente requiera atención médica de urgencias, deberá darle preferencia.”**

6. Revisa los signos vitales del Ciudadano y elabora el “Informe de Actividades por Turno” (Ver Anexo 1).

**“En caso de que los signos vitales del Ciudadano muestren algún problema mayor de salud, deberá brindarle atención médica de emergencia.”**

7. Realiza la curación y da indicaciones al Ciudadano sobre las medidas de higiene que debe tomar.

**“En caso de existir alguna duda sobre el procedimiento de curación a seguir, deberá consultar con el Médico General antes de atender al Ciudadano.”**





GOBIERNO DE  
CIUDAD GUADALUPE  
NUEVO LEÓN

SECRETARÍA DE  
CONTRALORÍA  
DIRECCIÓN DE  
NORMATIVIDAD

Voluntad que  
no se detiene.

Manual de Procesos de la  
Administración Pública Municipal

Coordinación  
de Cruz Verde

ENFERMERA

**“En caso de que el Ciudadano requiera una evaluación médica, el Médico General deberá atenderlo y determinar un tratamiento adecuado.”**

DIRECTOR DE  
NORMATIVIDAD  
Entra en Vigor:  
01 – Julio - 2016

DIRECTOR DE  
SALUD PÚBLICA  
Modificación:  
00-00-00

COORDINADOR DE  
CRUZ VERDE  
Clave de Consulta:  
MFAPMCCV040102

SECRETARIO DE  
DESARROLLO SOCIAL

SECRETARIO DE  
CONTRALORÍA  
Pág. 26





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 11. PROCESO PARA LA APLICACIÓN DE LAVADOS ÓTICOS Y OFTÁLMICOS

##### CIUDADANO

1. Acude a la Cruz Verde y solicita un lavado ótico u oftálmico.

##### CAJERO

2. Realiza un interrogatorio preliminar al Ciudadano y captura los datos obtenidos, en un archivo electrónico.

**“Deberá solicitar los siguientes datos en el interrogatorio: nombre, edad, sexo, domicilio y servicio que solicita.”**

3. Imprime el Recibo de Pago (en original y copia) con base en los datos recabados en el interrogatorio, realiza el cobro del servicio, entrega el original al Ciudadano y archiva las copias para control administrativo.

**“En caso de que el Ciudadano no cuente con los recursos económicos necesarios para realizar el pago del servicio médico, será valorado por el Supervisor de Delegación de Cruz Verde correspondiente para ser exento del mismo.”**

4. Turna una copia del Recibo de Pago a la Enfermera, para su seguimiento.

##### ENFERMERA

5. Recibe una copia del Recibo de Pago y realiza los preparativos necesarios para realizar el procedimiento médico requerido.

**“Deberá llamar a los Ciudadanos que se encuentren en la sala de espera, de acuerdo al número de folio del Recibo de Pago; así mismo, en caso de que algún paciente requiera atención médica de urgencias, deberá darle preferencia.”**

6. Revisa los signos vitales del Ciudadano y elabora el “Informe de Actividades por Turno” (Ver Anexo 1).

**“En caso de que los signos vitales del Ciudadano muestren algún problema mayor de salud, deberá brindarle atención médica de emergencia.”**

7. Realiza el lavado solicitado y da indicaciones al Ciudadano sobre las medidas de higiene que debe tomar.





## ENFERMERA

**“En caso de existir alguna duda sobre el procedimiento de lavado a seguir, deberá consultar con el Médico General antes de atender al Ciudadano.”**

**“En caso de que el Ciudadano requiera una evaluación médica, el Médico General deberá atenderlo y determinar un tratamiento adecuado.”**





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 12. PROCESO PARA LA EXPEDICIÓN DE DICTÁMENES MÉDICOS

##### CIUDADANO

1. Acude a la Cruz Verde y solicita un Dictamen Médico Previo.

##### CAJERO

2. Realiza un interrogatorio preliminar al Ciudadano y captura los datos obtenidos, en un archivo electrónico.

**“Deberá solicitar los siguientes datos en el interrogatorio: nombre, edad, sexo, domicilio y servicio que solicita.”**

3. Imprime el Recibo de Pago (en original y copia) con base en los datos recabados en el interrogatorio, realiza el cobro del servicio, entrega el original al Ciudadano y archiva las copias para control administrativo.

**“En caso de que el Ciudadano solicite el dictamen a raíz de un accidente vial, o por lesiones en cualquier otro evento, no se le hará cobro alguno.”**

4. Turna una copia del Recibo de Pago a la Enfermera, para su seguimiento.

##### ENFERMERA

5. Recibe la copia del Recibo de Pago y realiza los preparativos necesarios para realizar el PROCESO médico requerido.

**“Deberá llamar a los Ciudadanos que se encuentren en la sala de espera, de acuerdo al número de folio del Recibo de Pago; así mismo, en caso de que algún paciente requiera atención médica de urgencias, deberá darle preferencia.”**

6. Revisa los signos vitales del Ciudadano y elabora el “Informe de Actividades por Turno” (Ver Anexo 1) y lo canaliza con el Médico General.

##### MÉDICO GENERAL

7. Realiza una exploración física, determina un tratamiento adecuado (en caso de ser necesario) y registra al Ciudadano en la “Hoja de Consulta” (Ver Anexo 2).

**“En caso de ser necesario, deberá dar instrucciones a la Enfermera para realizar una atención adecuada de las lesiones del Ciudadano.”**

8. Elabora el “Dictamen Médico Previo” (Ver Anexo 7) en original y dos copias y lo turna al Cajero para su trámite correspondiente.





## CAJERO

9. Recibe el Dictamen Médico Previo (original y dos copias) y le entrega el original a la Autoridad que lo solicitó.

**“El Dictamen Médico Previo solo podrá ser entregado a la persona que presente un documento oficial que lo acredite como facultado para recibirlo.”**

10. Archiva las copias del Dictamen Médico Previo para futuras consultas y aclaraciones.





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 13. PROCESO PARA LA EXPEDICIÓN DE LA CONSTANCIA MÉDICA

##### CIUDADANO

1. Acude a la Cruz Verde y solicita una “Constancia Médica” (Ver Anexo 9).

##### CAJERO

2. Realiza un interrogatorio preliminar al Ciudadano y captura los datos obtenidos, en un archivo electrónico.

**“Deberá solicitar los siguientes datos en el interrogatorio: nombre, edad, sexo, domicilio y servicio que solicita.”**

3. Imprime el Recibo de Pago (en original y copia) con base en los datos recabados en el interrogatorio, realiza el cobro del servicio, entrega el original al Ciudadano y archiva las copias para control administrativo.
4. Turna una copia del Recibo de Pago a la Enfermera, para su seguimiento.

##### ENFERMERA

5. Recibe una copia del Recibo de Pago y realiza los preparativos necesarios para realizar el procedimiento médico requerido.

**“Deberá llamar a los Ciudadanos que se encuentren en la sala de espera, de acuerdo al número de folio del Recibo de Pago; así mismo, en caso de que algún paciente requiera atención médica de urgencias, deberá darle preferencia.”**

6. Revisa los signos vitales del Ciudadano y elabora el “Informe de Actividades por Turno” (Ver Anexo 1).

##### MÉDICO GENERAL

7. Realiza una valoración médica completa y registra al Ciudadano en la “Hoja de Consulta” (Ver Anexo 2).
8. Elabora la Constancia Médica (original y copia), entrega el original al Ciudadano y conserva la copia para control administrativo.

##### MÉDICO GENERAL

**“Deberá anexar a la Constancia Médica una copia de su Cédula Profesional.”**

**“En caso de que la salud del Ciudadano no esté en buena condición; deberá negarle la expedición de la Constancia Médica.”**





## IV. ANEXOS

### 1. INFORME DE ACTIVIDADES DE ACTIVIDADES POR TURNO (ENFERMERÍA)

URGENCIA		CONSULTA	20 MEDICINA
INGRESOS:		CONSULTAS:	5
EGRESOS:		INYECCIONES	APLICACIÓN DE
CONSULTA		CURACIONES: 4	
DICTÁMENES: 3		RETIRO DE PUNTOS:	APLICACIÓN DE
INYECCIONES:		LAVADOS DE	
CURACIONES:		LAVADOS OFTÁLMICOS:	APLICACIÓN DE TOXOIDE TETÁNICO:
SUTURAS:		TOMA DE	
VENOCLISÍS:		ONICOTOMÍA:	OTRAS ACTIVIDADES:
NEBULIZACIONES:		SIGNOS VITALES:	
E.C.G.:		PESO Y TALLA:	
GLUCOMETRÍA		C.B.S.:	
OTROS:		OTROS:	
PEDIATRÍA		TRAUMATOLOGÍA	GINECOLOGÍA
CONSULTA 6		APLICACIÓN DE YESO:	PARTOS 8
BAÑOS:		RETIRO DE 7	ABORTOS:
INGRESOS:		INFILTRACIONES:	EXPLORACIONE
EGRESOS:		VENDAJE	OTROS:
OTROS:		OTROS:	
TRASLADO		ACTIVIDADES	
I.M.S.S.:		ELABORACIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE	
H.			
H. 9		ESTERILIZACIÓN DE 10	
PATRICULAR:			
DEFUNCIONE		ESTERILIZACIÓN DE	
OBSERVACIONE 11			
NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA DE GUARDIA 12			





## INSTRUCTIVO DE LLENADO

- 1. Turno**

Deberá anotar el turno en que se realizó el Informe de Actividades.
- 2. Fecha**

Deberá anotar la fecha en la que se realiza el Informe de Actividades de Enfermería.
- 3. Urgencias**

Deberá escribir las actividades realizadas en el área de urgencias, tales como: ingresos, egresos, consultas, dictámenes, inyecciones, curaciones, suturas, venoclísis, nebulizaciones, e.c.g., glucometrías y otros. Así como el número de pacientes que ingresan y egresan de dicha área.
- 4. Consulta**

Deberá escribir las actividades realizadas en el área de consulta externa, tales como: consultas, inyecciones, curaciones, retiro de puntos y lavados (óticos u oftálmicos), toma de presión, onicotomía, signos vitales, peso y talla, c.b.s., y otros.
- 5. Medicina Preventiva**

Deberá escribir las actividades realizadas en el área de medicina preventiva, tales como: Aplicación de Vacunas, Aplicación de Insulina, Aplicación de Toxoide Tetánico y Otras Actividades.
- 6. Pediatría**

Deberá escribir las actividades realizadas en el área de pediatría, tales como: consultas, baños, ingresos, egresos y otros.
- 7. Traumatología**

Deberá escribir las actividades realizadas en las diferentes especialidades, tales como: la aplicación de yeso, retiro de yeso, infiltraciones, vendajes y otros.
- 8. Ginecología**

Deberá escribir las actividades realizadas en el área de pediatría, tales como: partos, abortos, exploraciones y otros.





## INSTRUCTIVO DE LLENADO

### 9. Traslados

Deberá numerar los traslados realizados a las diferentes Dependencias Médicas, tales como: el I.M.S.S., Hospital Metropolitano, Hospital Universitario y/o hospitales particulares. Así mismo, deberá anotar los decesos sucedidos.

### 10. Actividades de C.E.Y.E.

Deberá escribir el trabajo en el Área de C.E.Y.E; tales como: la elaboración y esterilización de material, esterilización de H2O y esterilización de instrumental.

### 11. Observaciones

Deberá escribir las observaciones que haya tomado del cuadro clínico del Ciudadano.

### 12. Nombre y firma

El responsable de la elaboración del Informe de Actividades de Enfermería, deberá escribir su nombre completo y plasmar su firma.





## IV. ANEXOS

### 2. HOJA DE CONSULTA



**GOBIERNO MUNICIPAL DE GUADALUPE, N.L.**  
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA  
COORDINACIÓN DE CRUZ VERDE  
**HOJA DE CONSULTA**

**Voluntad que  
no se detiene.**

MÉDICO: \_\_\_\_\_ (1) \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ TURNO: \_\_\_\_\_

	HORA	NOMBRE	EDAD	SEXO	DIAGNÓSTICO
1	(2)				
2		(3)			(4)
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

(5)  
\_\_\_\_\_

FIRMA





### INSTRUCTIVO DE LLENADO

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| 1. Médico, fecha y turno | El Médico responsable de la consulta, fecha (día, mes y año) y el turno. |
| 2. Hora                  | Deberá escribir la hora en la que se otorgó cada consulta.               |
| 3. Nombre, Edad y Sexo   | Deberá anotar el nombre, la edad y el sexo de los pacientes atendidos.   |
| 4. Diagnóstico           | Deberá escribir el diagnóstico presuntivo de cada paciente atendido.     |
| 5. Firma                 | Deberá plasmar su firma.   |





## IV. ANEXOS

### 3. RECETA MÉDICA

**RECETA** 1

DR.  
CED. PROF. 000000  
EGRESADO:



NOMBRE DEL PACIENTE: 3

---

PESO:      TALLA:      F.C.:      F.R.:      TEMP:      P/A:

---

RX:

---

4

FECHA: 2

---

DD / MM / AA  
EDAD: 

---

5

---

FIRMA DEL MÉDICO

SECRETARÍA DE  
DESARROLLO SOCIAL

DIRECCIÓN DE  
SALUD PÚBLICA

CRUZ VERDE  
GUADALUPE

BENITO JUAREZ 928 COL. GUERRA, GUADALUPE, NUEVO LEÓN  
TELS. (01) 8007-6648, 8007-6649  
EMERGENCIAS: 8007-6644, 45 Y 46

www.guadalupe.gob.mx





## INSTRUCTIVO DE LLENADO

- 1. Datos del Paciente**

Deberá contener el nombre completo del médico, número de cédula profesional, así como el nombre de la cual es egresado.
- 2. Fecha**

Deberá anotar la fecha en la que se expidió la Receta Médica (día, mes y año).
- 3. Datos del Paciente**

Deberá anotar el nombre completo del paciente, así como el peso, la talla, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial del paciente.
- 4. Rx.**

Deberá escribir el nombre de los medicamentos recetados al paciente.
- 5. Firma**

El Médico General deberá escribir su nombre completo y plasmar su firma.





IV. ANEXOS

4. NOTA DE ATENCIÓN EN ÁREA DE URGENCIAS

GOBIERNO MUNICIPAL DE GUADALUPE, N.L.  
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA  
COORDINACIÓN DE CRUZ VERDE  
NOTA DE ATENCIÓN EN ÁREA DE URGENCIAS

GOBIERNO DE CIUDAD GUADALUPE NUEVO LEÓN

Voluntad que no se detiene.

FECHA: DD/MM/AA 1 HORA DE INGRESO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ 2  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
 DELEGACIÓN: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
 MOTIVO DE LA CONSULTA: \_\_\_\_\_  
 ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_ CONSCIENTE: \_\_\_\_\_ INCONSCIENTE: \_\_\_\_\_

SAT. DE O<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_ 3 GLUCOMETRIA: \_\_\_\_\_ INGRESO: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ F.R.: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_ T/A: \_\_\_\_\_

E.C.G.: \_\_\_\_\_ AMBULANCIA: \_\_\_\_\_ POR SUS MEDIOS: \_\_\_\_\_ OTROS: \_\_\_\_\_

EVALUACIÓN: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PROBABLE: \_\_\_\_\_ 4

MANEJO ESTABLECIDO: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_  
 ALTA POR: \_\_\_\_\_ DESTINO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

TRASLADO 5  VOLUNTARIA  DEFUNCIÓN  MEJORIA

HORA DE EGRESO: \_\_\_\_\_

ME FUE OFRECIDLA LA ATENCIÓN POR LOS MÉDICOS DE CRUZ VERDE GUADALUPE QUIENES ME EXPLICARON LA (S) CONSECUENCIA (S) QUE PUEDE (N) ACARREARME MI(S) LESIÓN (ES) Y/O PADECIMIENTO (S), PERO ES MI DECISIÓN NO ACEPTAR LA ATENCIÓN, TRATAMIENTO, NI TRASLADO ALGUNO, POR LO CUAL LOS DESLINDO DE TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O LEGAL.

ANTENTAMENTE: \_\_\_\_\_ 6 FIRMA: \_\_\_\_\_

TESTIGO: \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_  
 TESTIGO: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

7

MÉDICO RESPONSABLE  
NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL





## INSTRUCTIVO DE LLENADO

- 1. Fecha**

Deberá anotar la fecha (día, mes y año), así como la hora de ingreso en la que se elaboró la Nota de Atención en Área de Urgencias.
- 2. Datos del Paciente**

Deberá anotar el nombre del paciente, su domicilio (municipio, calle y número), delegación, motivo de la consulta, edad, sexo, y los antecedentes de importancia (en caso de haberlos).
- 3. Patología del Paciente**

Deberá escribir si padece algún tipo de alergia, si esta consciente o inconsciente, SAT O<sub>2</sub>, glucometría, ingreso, el peso, la talla, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial del Ciudadano.
- 4. Evaluación, diagnóstico probable, manejo establecido, tratamiento (alta, por, destino y hora).**

Deberá describir el estado de salud, diagnóstico presuntivo, tratamiento correspondiente a la patología del Ciudadano (medicamento y medidas higiénicas y dietéticas).
- 5. Traslado, voluntaria, defunción, mejoría y hora de egreso**

Deberá marcar con una "X" si es traslado, voluntaria, defunción, mejoría y hora de regreso.
- 6. Datos de los testigos**

Deberá anotar los nombres completos y plasmar su firma.
- 7. Datos del médico responsable**

Deberá anotar los datos del medico responsable: nombre, firma y número de cédula profesional.





## IV. ANEXOS

### 5. HOJA DE TRASLADO

## HOJA DE TRASLADO

NO. DE AMBULANCIA 2 NO. DE PARTE \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LLAMADA \_\_\_\_\_

### DATOS GENERALES

NOMBRE 3 \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE FAMILIAR \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

### DATOS CLÍNICOS

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS 4 \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS ACTUALES \_\_\_\_\_ ALERGIAS \_\_\_\_\_

LESIONES QUE PRESENTA \_\_\_\_\_

### SIGNOS VITALES

HORA	PIA	PULSO	FC	FR	GLUCOSA	TEMP.	GLASGOW

DIAGNÓSTICO PROBABLE \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO 6 \_\_\_\_\_

MATERIAL UTILIZADO \_\_\_\_\_

OPERADOR 7 \_\_\_\_\_

PARAMÉDICO (S) \_\_\_\_\_

LUGAR DONDE FUE LEVANTADO \_\_\_\_\_

LUGAR DONDE FUE ENTREGADO \_\_\_\_\_

OTRAS CORPORACIONES EN EL LUGAR (UNIDAD) \_\_\_\_\_ MANDO \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO RECEPTOR \_\_\_\_\_

ALTA VOLUNTARIA: LOS TÉCNICOS EN URGENCIAS MÉDICAS DE LA CRUZ VERDE DE CD. GUADALUPE ME HAN EXPLICADO LA (S) CONSECUENCIA (S) MÉDICAS QUE PUEDE (N) OCACIONARSE MI (S) LESIÓN (ES) FÍSICAS SI NO RECIBO ATENCIÓN DE EMERGENCIA, PERO ES MI DECISIÓN NO ACEPTAR DICHA ATENCIÓN ASÍ COMO TRATAMIENTO O TRASLADO ALGUNO, POR LO CUAL LOS LIBERTO DE RESPONSABILIDAD CIVIL O PENAL.

CD. GUADALUPE, NUEVO LEÓN A DE 9 DE 20

1

#### TIEMPOS DE AMBULANCIA

ASIGNADA	SALIDA	LUGAR	HOSPITAL

KILOMETRAJE	
SALIDA	LLEGADA

**DIRECTOR DE NORMATIVIDAD**  
Entra en Vigor:  
01 – Julio - 2016

**DIRECTOR DE SALUD PÚBLICA**  
Modificación:  
00-00-00

**COORDINADOR DE CRUZ VERDE**  
Clave de Consulta:  
MFAPMCCV040102

**SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL**

**SECRETARIO DE CONTRALORÍA**  
Pág. 41



## INSTRUCTIVO DE LLENADO

- 1. Tiempos de Ambulancia**

Deberá anotar número de unidad asignada, salida, lugar y hospital a que fue enviado, así como el kilometraje: salida y llegada.
- 2. Hora de Ingreso**

Deberá anotar el número de ambulancia, el número de parte y el motivo de la llamada.
- 3. Datos Generales**

Deberá anotar el nombre completo (nombre (s), apellido paterno, apellido materno, edad, estado civil, lugar de nacimiento, sexo y nombre de algún familiar.
- 4. Datos del Clínicos**

Deberá anotar los antecedentes patológicos, medicamentos actuales, alergias y lesiones que presenta.
- 5. Signos Vitales**

Deberá anotar, la hora, p/a, el pulso, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la glucosa, temperatura y glaslow.
- 6. Diagnóstico Probable**

Deberá escribir el diagnóstico presuntivo correspondiente, tratamiento y material utilizado del Ciudadano.
- 7. Operador**

Deberá anotar el operador, nombre de los paramédico (s), lugar donde fue levantado, lugar donde fue entregado, otras corporaciones en el lugar (unidad), mando, observaciones y nombre y firma del médico receptor.
- 8. En caso de alta del paciente**

Deberá anotar el nombre y firma de la dada de alta de los datos generales del paciente, datos de los testigos y firmas.
- 9. Fecha**

Deberá anotar la fecha (día, mes y año).





## IV. ANEXOS

### 6. PARTE DE SERVICIO



### PARTE DE SERVICIO

CÓDIGO INICIAL 1 CÓDIGO FINAL \_\_\_\_\_

PARTE DE SALIDA \_\_\_\_\_ UNIDAD \_\_\_\_\_ NO. DE DICTAMEN \_\_\_\_\_

### DATOS DEL SERVICIO

MOTIVO DE LA LLAMADA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

NOMBRE DE QUIEN LLAMA 2 TELÉFONO \_\_\_\_\_

A SIGNADA \_\_\_\_\_ HORA DE SALIDA \_\_\_\_\_ HORA ARRIBO \_\_\_\_\_ HORA DE TRASLADO \_\_\_\_\_

ARRIBO AL HOSPITAL \_\_\_\_\_ HORA DISPONIBLE \_\_\_\_\_ HORA BASE \_\_\_\_\_

PARA MÉDICO OPERADOR \_\_\_\_\_

PARA MÉDICO \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PACIENTE (LESIONADO)

NOMBRE 3 EDAD \_\_\_\_\_

LESIONES QUE PRESENTA \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

LUGAR DONDE FUE LEVANTADO \_\_\_\_\_

LUGAR DONDE FUE ENTREGADO \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> SE NEGÓ A SER ATENDIDO	<input type="checkbox"/> SE ATENDIÓ EN EL LUGAR
<input type="checkbox"/> SE NEGÓ A SER TRASLADADO <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">4</span>	<input type="checkbox"/> OTRA INSTITUCIÓN
<input type="checkbox"/> FALSA A LA RMA	<input type="checkbox"/> FALLECIÓ EN EL LUGAR
<input type="checkbox"/> SIN LESIONADOS	<input type="checkbox"/> CANCELADO HORA, NOMBRE:
<input type="checkbox"/> TRASLADO POR SUS MEDIOS	<input type="checkbox"/> OTRO

OBSERVACIONES: 5

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EL PERSONAL DE LA AMBULANCIA NO ESTÁ AUTORIZADO PARA DICTAMINAR EL ESTADO DE EBRIEDAD Y EL DIAGNÓSTICO PRECISO DE LAS LESIONES

RADIO-OPERADORA 6 \_\_\_\_\_ TELEFONISTA 7 \_\_\_\_\_

CD. GUADALUPE, NUEVO LEÓN A 8 DE DE 20 \_\_\_\_\_





## INSTRUCTIVO DE LLENADO

- 1. Parte de Servicio**

Deberá anotar el código inicial, código final, parte de salida, unidad, así como el número de dictamen.
- 2. Datos del Servicio**

Deberá anotar el motivo de la llamada, la hora, nombre de quien llama, el teléfono, asignada, la hora de salida, hora de arribo, hora de traslado, hora de que arribo al hospital, la hora disponible, la hora de base, el nombre del paramédico operador y el nombre del paramédico.
- 3. Datos del Paciente (Lesionado)**

Deberá escribir los datos principales del paciente (lesionado) tales como: su nombre, edad, estado civil, lugar de nacimiento, domicilio, lugar donde fue levantado, lugar donde fue entregado.
- 4. Datos del Servicio**

Deberá marcar con una "X" si el paciente lesionado: se negó a ser atendido, se negó a ser trasladado, falsa alarma, sin lesionados, traslado por sus medios, se atendió en el lugar, otra institución, falleció en el lugar, cancelado hora, nombre, y otro.
- 5. Observaciones**

Deberá anotar las observaciones que haya tomado del cuadro clínico del Ciudadano.
- 6. Radio-Operadora**

Deberá anotar el nombre completo del Radio-Operador.
- 7. Telefonista**

Deberá anotar el nombre completo del Telefonista.
- 8. Fecha**

Deberá anotar la fecha (día, mes y año).





## IV. ANEXOS

### 7. DICTAMEN MÉDICO PREVIO

## DICTAMEN MÉDICO PREVIO



FOLIO: **N° 000000**

ALC. 1 \_\_\_\_\_

PRESENTE  
EL MÉDICO DE GUARDIA EN ESTE PUESTO DE SOCORRO ATENDIÓ AL LESIONADO:

NOMBRE: 2 \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: 3 \_\_\_\_\_

PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_

AVISO RECIBIDO A LAS: \_\_\_\_\_ HORA DE ENTRADA: \_\_\_\_\_

ESTADO DE EBRIEDAD: \_\_\_\_\_ LESIONES QUE PRESENTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RECOGIDO EN: 4 \_\_\_\_\_

REMITIDO A: \_\_\_\_\_

RESPONSIVA MÉDICA DRES: \_\_\_\_\_

LO QUE PERMITO COMUNICARLO A USTED.

C.D. GUADALUPE, NUEVO LEÓN, A 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

DD/MM/AA/

SECRETARÍA DE  
DESARROLLO SOCIAL

DIRECCIÓN DE SALUD  
PÚBLICA

CRUZ VERDE  
GUADALUPE

AV. BENITO JUÁREZ 833, COL. GUERRA, GUADALUPE NUEVO  
LEÓN TEL (51) 2917-2844 EMERGENCIAS 2917-2844, 48 Y 48





## INSTRUCTIVO DE LLENADO

- 1. Receptor**

Deberá anotar el nombre de la persona a la que se dirigirá el Dictamen Médico Previo.
- 2. Datos del Ciudadano**

Deberá anotar los datos principales del Ciudadano al que se realizó el Dictamen Médico Previo, tales como: su nombre, lugar de nacimiento, nacionalidad, estado civil, domicilio (Municipio, calle y número).
- 3. Datos de los Padres**

Deberá anotar el nombre del padre, el nombre de la madre, la procedencia, aviso recibido a las, hora de entrada, estado de ebriedad, lesiones que presenta y el lugar en los que fue recogido el Ciudadano, así como el lugar al que fue remitido, responsiva médica por el médico.
- 5. Fecha**

Deberá anotar la fecha en la que se realizó el Dictamen Médico.
- 6. Nombre y firma**

El Médico de Guardia deberá anotar su nombre completo y plasmar su firma.





## IV. ANEXOS

### 8. VALE DE URGENCIAS (MATERIAL UTILIZADO)

**VALE DE URGENCIAS** 

FOLIO: **N° 000000**

NOMBRE: 1 \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

DR: 2 \_\_\_\_\_

DX: \_\_\_\_\_

MATERIAL: 3 \_\_\_\_\_

FECHA: 4 \_\_\_\_\_

TURNO: 5 \_\_\_\_\_

FOLIO: **N° 000000**





## INSTRUCTIVO DE LLENADO

- 1. Datos del Ciudadano**

Deberá escribir los siguientes datos del Ciudadano atendido: nombre, edad y dirección (Municipio, colonia, calle y número)
- 2. Datos de la Consulta**

Deberá escribir el nombre completo del Médico General responsable de la consulta, así como su diagnóstico presuntivo.
- 3. Material utilizado**

Deberá anotar el material utilizado durante la consulta médica.
- 4. Fecha**

Deberá escribir la fecha en la que se realizó la consulta médica.
- 5. Turno**

Deberá escribir el turno en el que se realizó la consulta médica.





## IV. ANEXOS

### 9. CONSTANCIA MÉDICA

## CONSTANCIA MÉDICA



FOLIO: N° 00000

**A QUIEN CORRESPONDA:** 1

POR MEDIO DE LA PRESENTE Y DE MANERA ATENTA ME PERMITO Y HACER  
CONSTAR QUE 2 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ HABIÉNDOLE PRACTICADO EXAMEN MÉDICO AL  
C. \_\_\_\_\_  
DE \_\_\_\_\_ AÑOS DE EDAD SE LE ENCONTRÓ \_\_\_\_\_  
EN BUEN DE SALUD. \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: 3 \_\_\_\_\_ T/A: \_\_\_\_\_  
GPO. SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_ RH: \_\_\_\_\_  
VDRL: \_\_\_\_\_

SE EXTIENDE LA PRESENTE CONSTANCIA A SOLICITUD DE LA PARTE  
INTERESADA Y PARA LOS FINES LEGALES QUE A \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CONVenga.

A TENTA MENTE  
"POR LA HUMANIDAD Y EN SU AUXILIO"

CD. GUADALUPE, NUEVO LEÓN. 4

SECRETARÍA DE  
DESARROLLO SOCIAL

DIRECCIÓN DE SALUD  
PÚBLICA

CRUZ VERDE  
GUADALUPE

AV. BENITO JUÁREZ 888, COL.  
GUERRA, GUADALUPE NUEVO LEÓN  
TEL (51) 5 05 0 8185, 5 001 8845  
EMERGENCIAS 4040-8030 Y 31





## INSTRUCTIVO DE LLENADO

- 1. A quien corresponda**

Deberá anotar los datos a quien corresponda la constancia médica.
- 2. Datos del Ciudadano**

Deberá escribir el nombre del Ciudadano que tramitó la constancia médica, su edad y el resultado del examen médico: peso, talla, t/a, grupo sanguíneo, rh y vdrl.
- 3. Nombre y firma**

El Médico deberá anotar el nombre completo y plasmar su firma.
- 4. Fecha**

Deberá anotar la fecha en la que se realizó la constancia médica.





## IV. ANEXOS

### 10. REVISIÓN DE UNIDAD

**CRUZ VERDE GUADALUPE**  
**REVISIÓN DE UNIDAD**



OPERADOR: \_\_\_\_\_ **1** PARAMÉDICO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ UNIDAD: \_\_\_\_\_ ECO: \_\_\_\_\_ TURNO: \_\_\_\_\_

	ENTRADA INICIAL	SALIDA FINAL
<b>KILOMETRAJE</b>	<b>2</b>	
<b>COMBUSTIBLE</b>	R ¼ ½ ¾ LL	R ¼ ½ ¾ LL

ACEITES	MOTOR: <b>3</b>	TRANSMISIÓN: _____	DIR. HIDRAULICA _____	FRENOS: _____
---------	-----------------	--------------------	-----------------------	---------------

REVISIÓN COMPLETA				
SIRENA:	TORRETA:	CÓDIGO: <b>4</b>	STROBOS:	
LUCES:	FRECUENCIA:	ESPEJOS:	LLANTAS:	

**EQUIPO DE UNIDAD**

1 EXTINTOR DE POLVO QUIMICO DE 750 KG. 1 JUEGO DE CABLES PARA CORRIENTE 1 SAO DE BOTELLA NEGRO 1 VARILLA PARA SAO COLOR NEGRO 2 TRIANGULOS DE SEÑALIZACIÓN 1 "L" PARA BIRLOS DE LLANTA 1 LLANTA DE REFACCIÓN	<b>5</b>	SI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
--	----------	---	---	--

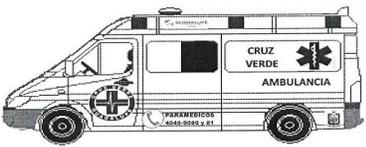
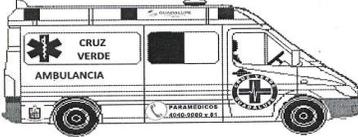
**ESPECIFICAR FALLAS DE UNIDAD** **6**

---



---

**REVISIÓN VISUAL DE UNIDAD**  
**SEÑALAR GOLPES Y RAYONES**

**7**






## INSTRUCTIVO DE LLENADO

- 1. Datos de la Unidad**

Deberá anotar los datos del operador que entrega la ambulancia: nombre completo, del paramédico, fecha: (día, mes y año), unidad, número económico y el turno.
- 2. Kilometraje y Combustible**

Deberá anotar el kilometraje de: (entrada/inicial y salida final), así como el nivel de combustible de entrada/inicial o salida final.
- 3. Niveles de Aceite**

Deberá anotar los niveles de aceite del motor, de la transmisión, dirección hidráulica y frenos al ser entregada la unidad.
- 4. Revisión Completa**

Deberá anotar el estado de la unidad en aspectos mecánicos, tales como: sirena, luces, torreta, frecuencia, códigos, espejos, strobos y llantas.
- 5. Equipo**

Deberá marcar con una "X" si cuenta o no con: extintor, juego de cables pasa corriente, gato de botella, varilla para gato, triangulo de señalización, con la "L" para birlos, y llanta de refacción.
- 6. Especificar fallas de unidad**

Deberá anotar si la ambulancia cuenta con algún tipo de falla mecánica.
- 7. Revisión visual de unidad**

Deberá señalar si la unidad cuenta con algún golpe o rayon en el chasis.





## IV. ANEXOS

### 11. REVISIÓN DE EQUIPO PRE-HOSPITALARIO



**CRUZ VERDE GUADALUPE**  
REVISIÓN DE EQUIPO PRE-HOSPITALARIO

TUM	FECHA	TURNO	HORA	UNIDAD	BASE	EQUIPO
1						
MATERIAL		SI/NO	CONDICIONES DE EQUIPO Y CANTIDAD			
2 Maletas botiquín y vías aéreas						
1 DEA (desfibrilador externo automático)						
1 Tabla rígida c/2 colchón cefálico con cintillas						
1 Arnés araña						
1 Pedipack c/blocks cefálicos y cintillas		2				
1 Tabla media rígida						
1 Chaleco kendrich						
1 Kit de férulas (2 armables y 2 rígidas)						
3 Protectores cervicales (2G y 1CH)						
1 Tanque de oxígeno c/manómetro						
1 Set de cánulas bucofaringeas c/6 pzas.						
3 Kit de ambu (adulto, pediátrico, neonato c/mascarillas y conectores)						
1 Kit de baumanómetro y estetoscopio						
1 Eq. de vías aéreas (4hoj. Curvas, 4 hoj. Largas y 1 manojo de laringo) No						
1 Glucómetro No						
1 Aspirador portátil c/contenedor						
1 Aspirador manual c/contenedor						
1 Aspirador fijo de ambulancia						
3 Jgos.de cinchos para camilla						
1 Contenedor de punzocortantes						
1 Cánula yankawer						
1 Pulsioxímetro c/estuche						
1 Camilla clínica						
2 Humificadores						
1 Conector p/O2 estacionario c/manómetro						
1 Contenedor secreciones estacionario						
1 Tanque O2 estacionario						
1 Parihuela						
1 Limpieza de unidad						
MATERIAL DESECHABLE		SI/NO	FALTANTE	MATERIAL	SI/NO	FALTANTE
2 Sol. Harman 500 ml.				2 Jeringas de 3cc		
2 Sol. Fisiológicas 500 ml.				2 Jeringas de 5cc		
2 Sol. Glucosada 5 % 500 ml.				3 Jeringas de 10cc		
2 Sol. glucosada 50 %				4 Jeringas de 20cc		
2 Venopack		3		10 Paq. de gasas		
2 Jelcos # 14				10 Apositos		
2 Jelcos # 16				10 Lancetas		
2 Jelcos # 18				10 Tiras reactivas (No. de piezas )		
2 Jelcos # 20				1 Bote c/gasas e Isodine		
2 Jelcos # 22				1 Bote c/torundas alcoholadas		
2 Jelcos # 24				2 Mascarillas de O2 adulto		
2 Vendas de 5 cm.				2 Mascarillas de O2 Pediátrica		
2 Vendas de 10 cm.				2 Puntillas nasales		
2 Vendas de 15 cm.				10 Pares de guantes		
1 Termómetro				2 Sondas de aspiración		
Tubos endotraqueales (especifique No. y Pzas.)				10 Ampolletas de agua inyectable		
5 Aplicadores c/punta de algodón				5 Jeringas de insulina		
10 Abate lenguas de madera				1 Sulfadiazina de plata (pomada)		
1 Perilla de aspiración				1 Jaiea lubricante		
5 Cubre bocas				1 Cinta micropore		
3 Sabanas				1 Rollo de tela adhesiva		
				1 Torniquete		
1 Kit de Parto (2 tijeras kelly curva y recta, 1 bisturi, 3 sabanas, 2 ligaduras, 10 pares de guantes, 1 perilla de aspiración, 1 bolsa roja, 2 apósitos y 5 gasas) kit cerrado y estéril						4
MATERIAL EN GAVETAS		SI/NO	FALTANTE	SI/NO	FALTANTE	
2 Sol. Hartman				2 Vendas 5cm		
2 Sol. Fisiológica				2 Vendas 10 cm		
2 Sol. Glucosada 5 %				2 Vendas 15 cm		
2 Sol. glucosado 50 %				5 Apósitos		
				10 Gasas		
1 Kit de venoclisis ( 6 jelcos 14, 16, 18, 20, 22, y 24, 2 venopack, torundas alcoholadas, cinta adhesiva, 1 torniquete)						6

**Nota:** si el stock tiene algún faltante tanto de las gavetas como de los botiquines favor de solicitarlo en CECOM.





## INSTRUCTIVO DE LLENADO

- 1. Datos del Personal de Ambulancia**

Deberá anotar el nombre completo del Técnico de Urgencias Médicas (TUM), nombre completo del operador, fecha: (día, mes y año), turno, hora, unidad, base y equipo.
- 2. Equipo**

Deberá marcar si cuenta o no con el equipo la ambulancia, así como las condiciones de equipo y cantidad.
- 3. Material Desechable**

Deberá marcar si cuenta o no con el equipo con material desechable: así como el faltante del mismo.
- 4. Kit de Parto**

Deberá marcar si cuenta o no con el equipo con el Kit de Parto completo.
- 5. Material en Gavetas**

Deberá anotar el nombre completo y el número de nómina del Operador de Ambulancias que entrega la unidad.
- 6. Kit de Venoclisis**

Deberá marcar si cuenta o no con el equipo con el Kit de venoclisis completo y si existe material faltante.







## INSTRUCTIVO DE LLENADO

- 1. Mes y año**

Deberá escribir el mes y el año correspondiente a los vales de gasolina.
- 2. Día**

Deberá anotar el día en la que se recargó el combustible.
- 3. Turno**

Deberá escribir el turno en el que se recargó la gasolina.
- 4. Datos del Operador**

Deberá anotar el nombre completo y el número de nómina del Operador de Ambulancias que realizó la recarga de gasolina.
- 5. Datos de la ambulancia**

Deberá escribir el número económico de la ambulancia que recargó gasolina, así como el kilometraje que tenía antes de la recarga.
- 6. Datos del Vale de Gasolina**

Deberá anotar el folio del Vale de Gasolina y la cantidad en litros y en pesos por la que es válido.
- 7. Niveles de Gasolina**

Deberá escribir los niveles de gasolina, antes y después de la recarga.
- 8. Firma**

El Operador de Ambulancia deberá plasmar su firma.
- 9. Revisó**

El Jefe Administrativo deberá escribir su nombre completo y plasmar su firma.

