

SUBSISTEMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SIS 2020

SECRETARIA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dirección General de Información en Salud



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Calendario 2020

Secretaría de salud

Dirección General de
Información en Salud

Sistema Nacional de
Información Básica en
Materia de Salud (SINBA)

Subsistema de Prestación de
Servicios (SIS)

CALENDARIO SINBA-SIS 2020

Mes	Inicio Mes (Inicio de registro e inicio de captura nominal)	Fin Mes (fin de registro nominal y concentrados)	Inicio Proceso de captura de datos concentrados	Oportunidad para poner a disposición la información para la validación de los programas	Fin Proceso de captura de datos nominales y concentrados	Fecha límite de recepción de Cifras Extemporáneas
Enero	01/01/2020	31/01/2020	01/02/2020	20/02/2020	31/03/2020	25/04/2020
Febrero	01/02/2020	29/02/2020	01/03/2020	20/03/2020	30/04/2020	25/05/2020
Marzo	01/03/2020	31/03/2020	01/04/2020	20/04/2020	31/05/2020	25/06/2020
Abril	01/04/2020	30/04/2020	01/05/2020	20/05/2020	30/06/2020	25/07/2020
Mayo	01/05/2020	31/05/2020	01/06/2020	20/06/2020	31/07/2020	25/08/2020
Junio	01/06/2020	30/06/2020	01/07/2020	20/07/2020	31/08/2020	25/09/2020
Julio	01/07/2020	31/07/2020	01/08/2020	20/08/2020	30/09/2020	25/10/2020
Agosto	01/08/2020	31/08/2020	01/09/2020	20/09/2020	31/10/2020	25/11/2020
Septiembre	01/09/2020	30/09/2020	01/10/2020	20/10/2020	30/11/2020	20/12/2020
Octubre	01/10/2020	31/10/2020	01/11/2020	20/11/2020	05/01/2021	25/01/2021
Noviembre	01/11/2020	30/11/2020	01/12/2020	20/12/2020	31/01/2021	25/02/2021
Diciembre	01/12/2020	31/12/2020	01/01/2021	20/01/2021	28/02/2021	25/03/2021

Modelo de atención



**Componente
comunitario**



**Componente
Institucional**

Servicios de atención y prestador de servicio CE

CONSULTA EXTERNA	
TIPO DE PERSONAL	SERVICIO
3.-MEDICO RESIDENTE 4.- MEDICO ESPECIALISTA	4- CONSULTA EXTERNA GENERAL
	3- CIRUGÍA
	5- GINECOOBSTETRICIA
	7- MEDICINA INTERNA
	13- OFTALMOLOGÍA
	14- OTORRINOLARINGOLOGÍA
	16- PEDIATRÍA
	23- TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA
	25- ALERGOLOGÍA
	26- ANESTESIOLOGÍA Y PALIATIVOS
	27- ANGIOLOGÍA
	28- AUDIOLOGÍA, OTONEUROLOGÍA Y FONIATRÍA
	30- CARDIOLOGÍA
	31- CIRUGÍA MAXILOFACIAL
	32- CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA
	34- DERMATOLOGÍA
	35- ENDOCRINOLOGÍA
	36- EPIDEMIOLOGÍA
	37- GASTROENTEROLOGÍA
	38- GENÉTICA
	39- GERIATRÍA
	40- HEMATOLOGÍA
	41- INFECTOLOGÍA
	42- INMUNOLOGÍA
	43- MEDICINA INTEGRADA
	44- MEDICINA NUCLEAR E IMAGENOLOGÍA MOLECULAR
	45- NEFROLOGÍA
	46- NEONATOLOGÍA
	47- NEUMOLOGÍA
	48- NEUROCIRUGÍA
	49- NEUROLOGÍA
	51- ONCOLOGÍA
	53- PROCTOLOGÍA
54- REHABILITACIÓN	
55- REUMATOLOGÍA	
57- TRANSPLANTES	
59- UROLOGÍA	
33- CLÍNICA DE DOWN	
88- OTROS	

CONSULTA EXTERNA	
TIPO DE PERSONAL	SERVICIO
1.- MEDICO PASANTE 2.- MEDICO GENERAL	4- CONSULTA EXTERNA GENERAL
	8- MEDICINA PREVENTIVA
	22- SERVICIO AMIGABLE
	50- NUTRICIÓN
	24- ACUPUNTURA
	29- BRIGADA O CONSULTA EN CASA
	33- CLÍNICA DE DOWN
	56- TAES
	58- UNIDAD DE QUEMADOS
	52- OPTOMETRIA
88- OTROS	

CONSULTA EXTERNA	
TIPO DE PERSONAL	SERVICIO
5.-PASANTE ENFERMERÍA 6.- ENFERMERÍA 11.- TAPS 20.- LICENCIADA EN ENFERMERÍA OBSTÉTRICA 21.- PARTERA TÉCNICA	4- CONSULTA EXTERNA GENERAL
	8- MEDICINA PREVENTIVA
	22- SERVICIO AMIGABLE
	29- BRIGADA O CONSULTA EN CASA
	33- CLÍNICA DE DOWN
	56- TAES
	58- UNIDAD DE QUEMADOS
	88- OTROS

CONSULTA EXTERNA	
TIPO DE PERSONAL	SERVICIO
7.- PASANTE DE NUTRICIÓN 8.- NUTRIÓLOGO	50- NUTRICION
9.- HOMEÓPATA	4- CONSULTA EXTERNA GENERAL
	6- HOMEOPATÍA
	8- MEDICINA PREVENTIVA
	22- SERVICIO AMIGABLE
	29- BRIGADA O CONSULTA EN CASA
	33- CLÍNICA DE DOWN
	56- TAES
58- UNIDAD DE QUEMADOS	
88- OTROS	
10.- MEDICINA TRADICIONAL	9- MEDICINA TRADICIONAL 24- ACUPUNTURA 88- OTROS

Servicios de atención y prestador de servicio SB y SM

SALUD BUCAL	
TIPO DE PERSONAL	SERVICIO
12.- PASANTE ODONTOLOGIA 13.- ODONTOLOGO 23.- TÉCNICO EN ODONTOLOGÍA	10- ODONTOLOGÍA 88- OTROS
14.- ODONTOLOGO ESPECIALISTA	11- ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA
	12- ODONTOPEDIATRÍA
	31- CIRUGÍA MAXILOFACIAL
	88- OTROS

SALUD MENTAL	
TIPO DE PERSONAL	SERVICIO
15.- PASANTE DE PSICOLOGÍA 16.- PSICÓLOGO	1- ATENCIÓN A ADICCIONES
	2- ATENCIÓN A LA VIOLENCIA
	18- PRECONSULTA
	20- PSICOLOGÍA 88- OTROS
17.- RESIDENTE DE PSIQUIATRIA 18.- PSIQUIATRA	1- ATENCIÓN A ADICCIONES
	2- ATENCIÓN A LA VIOLENCIA
	18- PRECONSULTA
	15- PAIDOPSIQUIATRÍA
	19- PSICOGERIATRÍA
	21- PSIQUIATRÍA 88- OTROS
19.- MEDICO HABILITADO PARA SAL	1- ATENCIÓN A ADICCIONES
	2- ATENCIÓN A LA VIOLENCIA
	18- PRECONSULTA 88- OTROS

Servicios de atención y prestador de servicio PF

PLANIFICACIÓN FAMILIAR			
TIPO DE PERSONAL	SERVICIO		
3.- MÉDICO RESIDENTE 4.- MÉDICO ESPECIALISTA	3- CIRUGÍA	36- EPIDEMIOLOGÍA	
	4- CONSULTA EXTERNA GENERAL	37- GASTROENTEROLOGÍA	
	5- GINECOOBSTETRICIA	38- GENÉTICA	
	7- MEDICINA INTERNA	39- GERIATRÍA	
	8- MEDICINA PREVENTIVA	40- HEMATOLOGÍA	
	8- MEDICINA PREVENTIVA	41- INFECTOLOGÍA	
	13- OFTALMOLOGÍA	42- INMUNOLOGÍA	
	14- OTORRINOLARINGOLOGÍA	43- MEDICINA INTEGRADA	
	16- PEDIATRÍA	44- MEDICINA NUCLEAR E IMAGENOLÓGIA MOLECULAR	
	17- PLANIFICACIÓN FAMILIAR	45- NEFROLOGÍA	
	23- TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	46- NEONATOLOGÍA	
	25- ALERGOLOGÍA	47- NEUMOLOGÍA	
	26- ANESTESIOLOGÍA Y PALIATIVOS	48- NEUROCIRUGÍA	
	27- ANGIOLOGÍA	49- NEUROLOGÍA	
	28- AUDIOLOGÍA, OTONEUROLOGÍA Y FONIATRÍA	51- ONCOLOGÍA	
	30- CARDIOLOGÍA	53- PROCTOLOGÍA	
	31- CIRUGÍA MAXILOFACIAL	54- REHABILITACIÓN	
	32- CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA	55- REUMATOLOGÍA	
	33- CLÍNICA DE DOWN	57- TRANSPLANTES	
	34- DERMATOLOGÍA	59- UROLOGÍA	
	35- ENDOCRINOLOGÍA	88- OTROS	
	3.- MÉDICO RESIDENTE		

PLANIFICACIÓN FAMILIAR	
TIPO DE PERSONAL	SERVICIO
1.- MÉDICO PASANTE	
2.- MÉDICO GENERAL	
5.- PASANTE DE ENFERMERÍA	
6.- ENFERMERÍA	8- MEDICINA PREVENTIVA
9.- HOMEÓPATA	4- CONSULTA GENERAL
10.- MÉDICO TRADICIONAL	17- PLANIFICACIÓN FAMILIAR
11.- TAPS	88- OTROS
20.- LICENCIADA EN ENFERMERÍA OBSTÉTRICA	
21.- PARTERA TÉCNICA	

Servicios de atención y prestador de servicio DET

DETECCIONES	
TIPO DE PERSONAL	SERVICIO
3.- MÉDICO RESIDENTE 4.- MÉDICO ESPECIALISTA	4- CONSULTA EXTERNA GENERAL
	8- MEDICINA PREVENTIVA
	3- CIRUGÍA
	5- GINECOOBSTETRICIA
	7- MEDICINA INTERNA
	13- OFTALMOLOGÍA
	14- OTORRINOLARINGOLOGÍA
	16- PEDIATRÍA
	23- TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA
	25- ALERGOLOGÍA
	26- ANESTESIOLOGÍA Y PALIATIVOS
	27- ANGIOLOGÍA
	28- AUDIOLOGÍA, OTONEUROLOGÍA Y FONIATRÍA
	30- CARDIOLOGÍA
	31- CIRUGÍA MAXILOFACIAL
	32- CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA
	34- DERMATOLOGÍA
	35- ENDOCRINOLOGÍA
	36- EPIDEMIOLOGÍA
	37- GASTROENTEROLOGÍA
	38- GENÉTICA
	39- GERIATRÍA
	40- HEMATOLOGÍA
	41- INFECTOLOGÍA
	42- INMUNOLOGÍA
	43- MEDICINA INTEGRADA
	44- MEDICINA NUCLEAR E IMAGENOLÓGIA MOLECULAR
	45- NEFROLOGÍA
	46- NEONATOLOGÍA
	47- NEUMOLOGÍA
	48- NEUROCIRUGÍA
	49- NEUROLOGÍA
	51- ONCOLOGÍA
	53- PROCTOLOGÍA
	54- REHABILITACIÓN
	55- REUMATOLOGÍA
	57- TRANSPLANTES
	59- UROLOGÍA
	33- CLÍNICA DE DOWN
	88- OTROS

DETECCIONES	
TIPO DE PERSONAL	SERVICIO
1.- MÉDICO PASANTE	8- MEDICINA PREVENTIVA 4- CONSULTA EXTERNA GENERAL 88- OTROS
2.- MÉDICO GENERAL	
5.- PASANTE DE ENFERMERÍA	
6.- ENFERMERÍA	
7.- PASANTE DE NUTRICIÓN	
8.- NUTRIÓLOGO	
9.- HOMEÓPATA	
10.- MÉDICO TRADICIONAL	
11.- TAPS	
20.- LICENCIADA EN ENFERMERÍA OBSTÉTRICA	
21.- PARTERA TÉCNICA	

DETECCIONES	
TIPO DE PERSONAL	SERVICIO
17.- RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA 18.- PSIQUIATRIA	8- MEDICINA PREVENTIVA 1- ATENCIÓN A ADICCIONES 2- ATENCIÓN A LA VIOLENCIA 18- PRECONSULTA 15- PAIDOPSIQUIATRÍA 19- PSICOGERIATRÍA 21- PSIQUIATRÍA 88- OTROS
15.- PASANTE DE PSICOLOGÍA 16.- PSICÓLOGO	8- MEDICINA PREVENTIVA 1- ATENCIÓN A ADICCIONES 2- ATENCIÓN A LA VIOLENCIA 18- PRECONSULTA 20- PSICOLOGÍA 88- OTROS
O GENERAL HABILITADO PARA SALUD	8- MEDICINA PREVENTIVA 1- ATENCIÓN A ADICCIONES 2- ATENCIÓN A LA VIOLENCIA 18- PRECONSULTA 88- OTROS

SERVICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS GRATUITOS

APLICA SÓLO AL PERSONAL QUE
ESTÁ CONTRATADO PARA EL
PROGRAMA U013

CLUES: NOMBRE UNIDAD: CURP: NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO: TIPO DE PERSONAL: CÉDULA PROFESIONAL: SERVICIO:

TIPO DE PERSONAL: 1. MÉDICO PASANTE, 2. MÉDICO GENERAL, 3. MÉDICO RESIDENTE, 4. MÉDICO ESPECIALISTA, 5. PASANTE DE ENFERMERÍA, 6. ENFERMERA, 7. PASANTE DE NUTRICIÓN, 8. NUTRÓLOGO, 9. HOMEÓPATA, 10. MÉDICO TRADICIONAL, 11. TAPS, 20. LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA, 21. PARTERA TÉCNICA, 22. PROMOTOR DE SALUD, 88. OTROS, SERVICIO: 3. CIRUGÍA, 4. CONSULTA EXTERNA GENERAL, 5. GINECOOBSTETRICIA, 6. HOMEOPATÍA, 7. MEDICINA INTERNA, 8. MEDICINA PREVENTIVA, 9. MEDICINA TRADICIONAL, 13. OPTALMOLOGÍA, 14. OTORRINOLARINGUELOGÍA, 16. PEDIATRÍA, 22. SERVICIO ANTIABIGUO, 23. TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA, 24. ACUPUNTURA, 25. ALERGEOLOGÍA, 26. ANESTESIOLOGÍA Y PALIATIVOS, 27. ANGIOLOGÍA, 28. ALDIOLOGÍA, 29. OTOLINGÜEOLOGÍA Y FONIATRÍA, 29. BRIGADA O CONSULTA EN CASA, 30. CARDIOLOGÍA, 31. CIRUGÍA MAXILOFACIAL, 32. CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA, 33. CLÍNICA DE DOWN, 34. DERMATOLOGÍA, 35. ENDOCRINOLOGÍA, 36. EPIDEMIOLOGÍA, 37. GASTROENTEROLOGÍA, 38. GENÉTICA, 39. GERIATRÍA, 40. HEMATOLOGÍA, 41. INFECTOLOGÍA, 43. MEDICINA INTEGRADA, 44. MEDICINA NUCLEAR E IMAGENOLÓGICA MOLECULAR, 45. NEFROLOGÍA, 46. NEUMATOLOGÍA, 47. NEUMOLOGÍA, 48. NEUROCIROLOGÍA, 49. NEUROLOGÍA, 50. NUTRICIÓN, 51. ONCOLOGÍA, 52. OPTOMETRÍA, 53. PROCTOLOGÍA, 54. REHABILITACIÓN, 55. REUMATOLOGÍA, 56. TALS, 57. TRANSPLANTES, 58. UNIDAD DE QUEMADOS, 59. UROLOGÍA, 88. OTROS

Table with columns: No., DERECHOHABENCIA, IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (CURP, Edad, Sexo, etc.), MEDICIONES, FRECUENCIA CARDIACA Y RESPIRATORIA, TEMPERATURA, GLUCOSA Y AYUNO (SIN), No. TIRAS UTILIZADAS, PRIMERA VEZ EN EL AÑO, IMC 10-19 AÑOS, SINT. RESPIRATORIO TB, DIFICULTAD PARA (DISCAPACIDAD) MIGRANTE, RELACION TEMPORAL POR MOTIVO, DIAGNÓSTICO, SALUD REPRODUCTIVA, SALUD DEL NIÑO, PROMOCIÓN DE LA SALUD, UNIDAD CONSULTANTE TELEMEDICINA, FECHA PROXIMA CITA.

RT (RELACION TEMPORAL POR MOTIVO): 0. PRIMERA VEZ, 1. SUCESIVENTE, 2. DERECHOHABENCIA: 1. INES, 2. ISSSTE, 4. SEGURO POPULAR, 8. OTRA, 2. CLAVE DE EDAD: 0. DÍAS, 1. MESES, A. AÑOS, 3. SEXO: 1. HOMBRE, 2. MUJER, 6. SE IGNORA, 9. NO ESPECIFICADO, 4. NÚMERO DE TIRAS a) C. PACIENTE CON DIABETES EN CONTROL, b) NÚMERO DE TIRAS, 5. IMC: 1. OBESIDAD, 2. SOBREPESO, 3. NORMAL, 4. BAJO PESO, 6. DIFICULTAD PARA: (DISCAPACIDAD) a) 1. VIS, 2. ESCUCHAR, 3. CAMINAR, 4. USAR BRAZOS/NAVIOS, 5. APRENDER/RECORDAR, 6. CUIDADO PERSONAL, 7. HABLAR/COMUNICARSE, 8. EMOCIONAL/MENTAL, 9. INTELIGENCIA, b) 1. POCA DIFICULTAD, 2. MUCHA DIFICULTAD, 3. NO PUEDE HACERLO, 9. SIN DIFICULTAD, c) 1. SUPERVIVENCIA, 2. EDAD AVANZADA, 3. NACIDO ASÍ, 4. ACCIDENTE, 5. VIOLENCIA, 6. OTRA CAUSA, 9. SIN DIFICULTAD, 6. PROGRAMA: 1. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, 2. CRÓNICO DEGENERATIVAS, 3. OTRAS ENFERMEDADES, 4. A SANOS, 7. RIESGO: 1. PATOLOGÍA CRÓNICA ÓRGANO FUNCIONAL, 2. PATOLOGÍA CRÓNICA INFECCIOSA, 3. ANTECEDENTES DE HEMORRAGIA MATERNA, 4. CON FACTORES DE RIESGO SOCIALES, 5. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE RIESGO, 9. SIN RIESGO, 9. TRIMESTRE: 1. PRIMERO, 2. SEGUNDO, 3. TERCERO, 10. OTRAS ACCIONES A EMBARAZADAS: 1. CON ANÁLISIS CLÍNICOS, 2. PRESCRIPCIÓN DE ÁCIDO FÓLICO, 3. APOYO A TRASLADO OBSTÉTRICO, 11. PUERPERA ACEPTANTE PF: 1. HORRORAL, 2. DDU, 12. OTROS EVENTOS: 1. PESO Y POSTMENOPAUSIA, 2. ITB, 3. PATOLOGÍA MANABRA BENIGNA, 4. CÁNCER MANABRA, 3. COLPOSCOPIA, 4. CÁNCER CERVICOUTERINO, 13. PESO PARA LA TALLA: 1. OBESIDAD, 2. SOBREPESO, 3. NORMAL, 4. DESNUTRICIÓN LEVE, 5. DESNUTRICIÓN MODERADA, 6. DESNUTRICIÓN GRAVE, 14. EDI TIPO: 1. SOCIAL, 2. SUCESIVENTE, 15. RESULTADO EDI: INICIAL: 1. VERDE, 2. AMARILLO, 3. ROJO, SUCESIVENTE: 4. RECUPERADO DE RIESGO, 5. RECUPERADO DE RIESGO DE RETRASO, 6. EN SEGUIMIENTO, 16. RESULTADO BATTELLE: 1. MENOR O IGUAL A 30, 2. DE 30 A 35, 3. MENOR O IGUAL A 79, 17. APLICACIÓN DE CÉDULA CÁNCER EN EL AÑO: 1. PRIMERA VEZ, 2. SEGUNDA VEZ, 18. EDA PLAN TRATAMIENTO: 1. A, 2. B, 3. C, 19. IRA TRATAMIENTO: 1. SÍNTOMÁTICO, 2. ANTIESTRÓICO, 20. REFERIDO POR: 1. EMBARAZO ALTO RIESGO, 2. SOSPECHA CÁNCER <18 AÑOS, 3. IRA, 4. NEURONÍA, 5. OTRAS

Hoja Diaria de Consulta Externa

No. TRAS UTILIZADAS	
4	a
b	
SALUD REPRODUCTIVA	
	ATENCIÓN PREGESTACIONAL
	EMBARAZO
	PUERPERIO
RELACIÓN TEMPORAL	
RIESGO	
RELACIÓN TEMPORAL	
TRIMESTRE GESTACIONAL	
ALTO RIESGO PRIMERA VEZ	
COMPLICACIONES	
OTRAS ACCIONES	
RELACIÓN TEMPORAL	
POR INFECCIÓN PUERPERAL	
ACEPTANTE DE PF	
RT	7
RT	8
	9
	10
RT	11
RT	

4. Número de tiras

- a) c. Paciente con diabetes en control,
e. Embarazada sin diabetes;
- b) Número de tiras

7. Riesgo:

1. Patología crónica órgano funcional.
2. Patología crónica infecciosa.
3. Antecedentes de morbilidad materna extrema.
4. Con factores de riesgos sociales.
5. Antecedentes obstétricos de riesgo.
9. Sin riesgo.

Hoja Diaria de Consultas de Salud Bucal

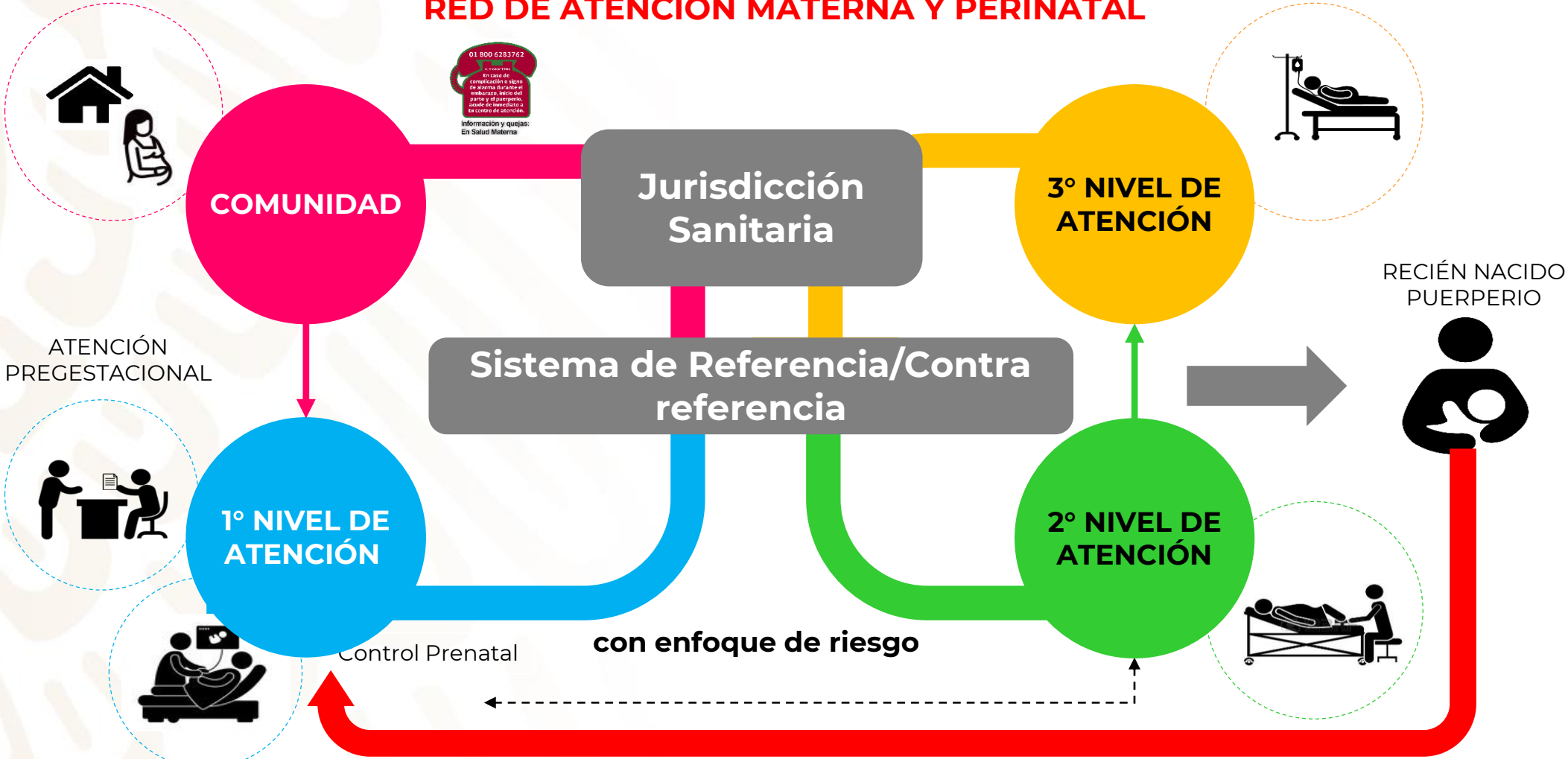
ATENCIÓN PREVENTIVA						ATENCIÓN CURATIVA																	
ESQUEMA BÁSICO						No. DE PIEZAS																	
CONTROL DE PLACA BACTERIANA			REVISIÓN			OBTURACIÓN			EXTRACCIÓN														
INSTR. TÉCNICA CEPILLADO	DE HIGIENE DE PRÓTESIS	DE TEJIDOS BUCALES		INSTRUCCIÓN DE AUTOEXAMEN DE CAVIDAD BucAL	APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR		ODONTOXESIS	APLICACIÓN DE BARNIZ CON FLÚOR		SELLADO DE FOSETAS Y FISURAS	No. PIEZAS	AMALGAMA	RESINAS	IONÓMERO DE VIDRIO	PIEZA TEMPORAL	PIEZA PERMANENTE	CURACIÓN CON MATERIAL TEMPORAL	TERAPIA PULPAR	CIRUGÍA BUCAL	FÁRMACOTERAPIA	OTRAS ATENCIONES	RADIOGRAFÍAS	TRATAMIENTO INTEGRAL TERMINADO
INSTR. DE USO HILO DENTAL	PROFILAXIS																						
ORIENTACIÓN BUCODENTAL																							

Hoja Diaria de Consultas de Salud Mental

DERIVACIÓN PRECONSULTA	
ENTREVISTA	
ESTUDIO PSICOMÉTRICO	
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	
	ATENCIÓN POR ADICCIONES
	ALCOHOL
	TABACO
	CANNABIS
	OTRAS SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS
	PACIENTE REHABILITADO

Bandera Rosa

RED DE ATENCIÓN MATERNA Y PERINATAL



TARJETA DE CONTROL DE LA MUJER EMBARAZADA, EN PUERPERIO Y PERIODO DE LACTANCIA

CLUES NOMBRE DE LA UNIDAD LOCALIDAD MUNICIPIO JURISDICCIÓN ENTIDAD
NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS: TIPO DE PERSONAL: MÉDICO GRAL. | MÉDICO ESPECIALISTA | LEO | PARTERA PROFESIONAL | PARTERA TÉCNICA | OTRO | SERVICIO:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

CURP* NOMBRE(S)* APELLIDOS: PRIMERO* SEGUNDO ENTIDAD DE NACIMIENTO* FECHA DE NACIMIENTO* EDAD
IMSS ISSSTE NÚMERO DE SEGURIDAD ESTADO CONYUGAL* ESCOLARIDAD*: EXPEDIENTE PESO ANTERIOR AL EMBARAZO (Kg)* TALLA (m)* IMC
¿PERTENECE A UN PUEBLO INDÍGENA? SI NO HABLA LENGUA INDÍGENA COMO LENGUA MATERNA SI NO CUAL LENGUA INDÍGENA HABLA SE CONSIDERA AFROMEXICANA SI NO CORREO ELECTRÓNICO:
DOMICILIO* CALLE Y NÚMERO LOCALIDAD* MUNICIPIO ENTIDAD TELÉFONO: FIJO CELULAR

INICIO DE CONTROL REFERIDA POR PERSONAL COMUNITARIO ANTECEDENTES FAMILIARES ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DETECCIONES EN EL EMBARAZO
FECHA DE INGRESO*: TRIMESTRE PUERPERIO LACTANCIA NINGUNO TUBERCULOSIS NINGUNO DIABETES PREEEXISTENTE DIABETES GESTACIONAL VIOLENCIA INTRAFAMILIAR TRASTORNOS EMOCIONALES
FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN*: Se ignora | FECHA PROBABLE DE PARTO: HIPERTENSIÓN DIABETES HIPERTENSIÓN PREEEXISTENTE PREECLAMSI/AECLAMPSIA NEFROPATÍA ITS 1A DETECCIÓN ITS 2A DETECCIÓN
PLAN DE SEGURIDAD SI NO ENF. HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO CARDIOPATÍA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA PADECIMIENTO ONCOLÓGICO
FECHA DE ELABORACIÓN INICIAL: FECHA REFORZAMIENTO: OTRO B24X A539 ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR VECTOR PRUEBA RÁPIDA (INMUNOCROMATOGRAFÍA)
ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS ATENCIÓN PREGESTACIONAL | RIESGO GRUPO Y Rh TUBERCULOSIS OTRO ANTECEDENTE PRUEBA RÁPIDA (ENZIMOMÚLTIPLO ENZIMOMÚLTIPLO)
GESTAS* PARTOS CESÁREAS ABORTOS ECTÓPICO ADICIONES SI NO SALUD BUCAL DURANTE EL EMBARAZO BIOLÓGICAS FECHA DE APLICACIÓN Td y/o Tdpa PRUEBA RÁPIDA LABORATORIO
MOLA EMBARAZO GEMELAR SI NO HIJOS NACIDOS: VIVOS MUERTOS TABACO ALCOHOL REVISIÓN ODONTOLÓGICA AL INGRESO* SI NO PRIMERA SEGUNDA REFUERZO PRUEBA RÁPIDA LABORATORIO
ÚLTIMO EVENTO OBSTÉTRICO (Tipo) FECHA DE ÚLTIMO EVENTO OBSTÉTRICO OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ATENCIÓN A: CARIES PERIODONTITIS OTRO VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTIINFLUENZA:
USO PREVIO DE ANTICONCEPTIVOS: TIPO* TIEMPO DE USO SI NO Especifique: SI NO Capturado
FECHA DE SUSPENSIÓN: FRACASO EN EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO SI NO Especifique: SI NO Capturado

FECHA DE INGRESO A CONTROL * CONTROL DE CITAS PRENATALES

Table with columns: FECHA DE LA CONSULTA, ACOMPAÑANTE (colorar clave), SEMANAS DE GESTACIÓN, PESO (Kg), PRESIÓN ARTERIAL (Sist/Diast), FONDO UTERINO (cm), FRECUENCIA CARDIACA FETAL x Min, SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA, MEDICAMENTOS, QS (GLUCEMIA, ENZIMAS HEPÁTICAS CON ALTERACIONES, PLAQUETAS), BH (LEUCOCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO), EGO (PROTEINURIA, HEMATURIA, GLUCOSURIA, BACTERIURIA), USG, AYUDA ALIMENTARIA, ORIENTACIÓN ALIMENTARIA, CARGA VIRAL (INDETECTABLE, DETECTABLE), TIPO, FECHA, NEGATIVO, POSITIVO, OBSERVACIONES, Capturado

VISITAS DOMICILIARIAS ENFERMEDADES PRESENTES: BAJA DE EMBARAZO: MOTIVO Y FECHA Capturado
FECHA: RESULTADO: TIPO DE PERSONAL QUE LA REALIZA: Cop
FECHA: RESULTADO: TIPO DE PERSONAL QUE LA REALIZA: Cop

ESTADO CONYUGAL: 1.Soltera, 2.Casada, 3.Divorciada, 4.Viuda, 5.Unión Libre, 6.Separada, 9.No Especificado
ESCOLARIDAD: 0.Ninguno, 1.Primaria completa, 2.Primaria incompleta, 3.Secundaria completa, 4.Secundaria incompleta, 5.Preparatoria completa, 6.Preparatoria incompleta, 7.Licenciatura completa, 8.Licenciatura incompleta, 9.Postgrado completo, 10.Postgrado incompleto
REFERIDA POR PERSONAL COMUNITARIO: 1. Brigadista y/o Promotor de salud materna, 2. Promotor de Salud, 3. Auxiliar de Salud, 4. Enfermera, 5. Partera Profesional, 6. Partera Tradicional, 7. Supervisor de Auxiliares, 8. Médico, 9. Otro
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR: 1. Dengue, 2. Zika, 3. Chikungunya
RIESGO IDENTIFICADO EN ATENCIÓN PREGESTACIONAL: 1. Patología crónica, 2. Patología crónica infecciosa, 3. Patología morbilidad materna extrema, 4. Con factores de riesgo sociales, 5. Antecedentes obstétricos de riesgo
TIPO ÚLTIMO EVENTO OBSTÉTRICO: 1. Aborto, 2. Cesárea, 3. Mola
ANTICONCEPTIVOS TIPO: 0. Ninguno, 1. Hormonal, 2. DIU, 3. Preservativo, 4. Otro método
ANVERSO
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA: 0. Ninguno, 1. Epigastralgia, 2. Hipomovilidad fetal, 3. Hemorragia, 4. Fiebre, 5. Salida de líquido, 6. Dificultad para respirar, 7. Cefalea intensa, 8. Ictericia, 9. Convulsiones, 10. Palidez, 11. Otros
MEDICAMENTOS: 0. Ninguno, 1. Vitaminas y ácido fólico, 2. Antianémico, 3. Corticoides para maduración pulmonar, 4. Analgésico y antipirético y antiinflamatorios no esteroideos, 5. Antihistamínicos H2, 6. Antibióticos, 7. Anticonvulsivante, 8. Antiemético, 9. Antiespasmódico, 10. Antihipertensivo, 11. Antimicrobóticos y antiparasitarios, 12. Antiviral, 13. Hipoglucemiante (orales e inyectables), 14. Uteroinhibidores, 15. Antifímicos, 88. Otros
REFERIDA A: 1. Módulo mater, 2. Consulta externa con especialista, 3. Urgencia obstétrica, 4. UNEME CAPASITS
MOTIVO DE REFERENCIA: 1. Bajo riesgo, 2. Alto riesgo, 3. Urgencia obstétrica
RESULTADO DE LA VISITA: 1. Nueva cita, 2. No se encontró se deja mensaje, 3. Cambio de domicilio, 4. Rechazo a la atención, 5. Perdida, 6. Defunción, 8. Otro
BAJA DE CONTROL PRENATAL: 1. Resolución del embarazo, 2. Cambio de domicilio, 3. Baja temporal por referencia, 4. Defunción, 8. Otro
TIPO DE PERSONAL QUE REALIZA LA VISITA: 1. Trabajo social, 2. Brigadista y/o Promotor de salud materna, 3. Promotor de Salud, 4. Partera profesional, 5. Enfermera, 6. Auxiliar de salud, 7. Médico, 8. Otros

NOTA: En GESTAS reporte los embarazos previos a la gestación actual

Datos modificados

DATOS DE IDENTIFICACIÓN									
CURP*	NOMBRE(S)*		APELLIDOS: PRIMERO*		SEGUNDO	ENTIDAD DE NACIMIENTO*	FECHA DE NACIMIENTO* __/__/__	EDAD	
IMSS	ISSSTE	NÚMERO DE SEGURIDAD	ESTADO CONYUGAL*	ESCOLARIDAD*	EXPEDIENTE	PESO ANTERIOR AL EMBARAZO (Kg)*	TALLA (m)*	IMC	
¿PERTENECE A UN PUEBLO INDÍGENA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		HABLA LENGUA INDÍGENA COMO LENGUA MATERNA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CUAL LENGUA INDÍGENA HABLA		SE CONSIDERA AFROMEXICANA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CORREO ELECTRÓNICO: _____	
DOMICILIO* CALLE Y NÚMERO			LOCALIDAD*	MUNICIPIO	ENTIDAD	TELÉFONO: FIJO	CELULAR		

INICIO DE CONTROL	REFERIDA POR PERSONAL COMUNITARIO __			
FECHA DE INGRESO*: __/__/__	TRIMESTRE	PUERPERIO	LACTANCIA	Capturado
FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN*: __/__/__	Se ignora __		FECHA PROBABLE DE PARTO: __/__/__	Capturado

REFERIDA POR PERSONAL COMUNITARIO:

1. Brigadista y/o Promotor de salud materna.
2. Promotor de Salud.
3. Auxiliar de Salud.
4. Enfermera.
5. Partera Profesional.
6. Partera Tradicional.
7. Supervisor de Auxiliares.
8. Médico.
9. Otro

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR:

1. Dengue
2. Zika
3. Chikunguya

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS			
NINGUNO <input type="checkbox"/>	DIABETES PREEXISTENTE <input type="checkbox"/>	DIABETES GESTACIONAL <input type="checkbox"/>	
HIPERTENSIÓN PREEXISTENTE <input type="checkbox"/>	PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA <input type="checkbox"/>	NEFROPATÍA <input type="checkbox"/>	
CARDIOPATÍA <input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA OBSTÉTRICA <input type="checkbox"/>	PADECIMIENTO ONCOLÓGICO <input type="checkbox"/>	
B24X <input type="checkbox"/>	A539 <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR VECTOR	
TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/>	OTRO ANTECEDENTE <input type="checkbox"/>		

ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS		ATENCIÓN PREGESTACIONAL		RIESGO	
GESTAS*	PARTOS	CESÁREAS	ABORTOS	ECTÓPICO	
MOLA	EMBARAZO GEMELAR SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		HIJOS NACIDOS: VIVOS _____ MUERTOS _____		
ÚLTIMO EVENTO OBSTÉTRICO (Tipo) _____			FECHA DE ÚLTIMO EVENTO OBSTÉTRICO ____/____/____		
USO PREVIO DE ANTICONCEPTIVOS: TIPO* _____			TIEMPO DE USO _____		
FECHA DE SUSPENSIÓN: ____/____/____		FRACASO EN EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

RIESGO IDENTIFICADO EN ATENCIÓN PREGESTACIONAL:

1. Patología crónica
2. Patología crónica infecciosa
3. Patología morbilidad materna extrema
4. Con factores de riesgo sociales
5. Antecedentes obstétricos de riesgo

DETECCIONES EN EL EMBARAZO											
VIOLENCIA INTRAMILIAR				NEGATIVO		POSITIVO		TRASTORNOS EMOCIONALES			
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
ITS 1A DETECCIÓN					ITS 2A DETECCIÓN					Captura do	
FECHA	TIPO PRUEBA	NEGATIVO	REACTIVA O POSITIVA	FECHA	TIPO PRUEBA	NEGATIVO	ACTIVA O POSITIVA				
B24X	____/____/____	PRUEBA RAPIDA (INMUNOCROMATOGRFIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	PRUEBA RAPIDA (INMUNOCROMATOGRFIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	____/____/____	ENZIMOINMUNOENSAYO (ELISA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	ENZIMOINMUNOENSAYO (ELISA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
A539	____/____/____	PRUEBA RAPIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	PRUEBA RAPIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	____/____/____	LABORATORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	LABORATORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
PRUEBAS CONFIRMATORIAS LABORATORIO Y OTRAS SUPLEMENTARIAS										Captura do	
TIPO	FECHA	CARGA VIRAL		TIPO	FECHA	NEGATIVO	POSITIVO				
		INDETECTABLE	DETECTABLE								
B24X	____/____/____	____	____	A539	____/____/____	____	____				

TIPO ÚLTIMO EVENTO OBSTÉTRICO:

1. Aborto
2. Cesárea
3. Mola

GRUPO Y Rh _____		
ADICCIONES		NO
TABACO <input type="checkbox"/>	ALCOHOL <input type="checkbox"/>	
OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS <input type="checkbox"/>		
Especifique: _____		

VALORACIÓN NUTRICIONAL	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Capturado ____/____/____	

PLAN DE SEGURIDAD				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
FECHA DE ELABORACIÓN INICIAL: ___/___/___	<i>Capturado</i>	FECHA REFORZAMIENTO: ___/___/___	<i>Capturado</i>		

CONTROL DE CITAS PRENATALES

ACOMPAÑANTE
(colocar clave)

USG	AYUDA ALIMENTARIA	ORIENTACIÓN ALIMENTARIA	CLUB DE EMBARAZADAS	REFERENCIA A:	MOTIVO DE REFERENCIA
------------	--------------------------	--------------------------------	----------------------------	----------------------	-----------------------------

ACOMPAÑANTE:

1. Pareja
2. Familiar
3. Nadie
4. Otro

MOTIVO DE REFERENCIA:

1. Bajo riesgo
2. Alto riesgo
3. Urgencia obstétrica

DATOS DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

FECHA DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA (DÍA, MES Y AÑO): ____/____/____

TIPO DE ATENCIÓN: _____

ABORTO: AMEU LUI **MEDICAMENTOS**

ATENCIÓN DE NACIMIENTO: EUTÓCICO DISTÓCICO VAGINAL CESÁREA

SEMANAS DE GESTACIÓN: _____

MÉTODO ANTICONCEPTIVO ELEGIDO SI NO **ESPECIFICAR** _____

TIPO DE TRASLADO VEHICULAR: **AMBULANCIA** **VEHÍCULO PARTICULAR** **TRANSPORTE AME**

TRANSPORTE PÚBLICO **AMBULANCIA AEREA**

ATENDIDO EN: _____

ATENDIDO POR: _____

COMPLICACIONES: _____

APEGO INMEDIATO AL SENO MATERNO: SI |__| NO |__| EGRESO CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: SI |__| NO |__|

SUCEDÁNEO DE LA LECHE MATERNA POR B24X SI |__| NO |__|

EL O LOS PRODUCTOS RECIBIERON TRATAMIENTO PROFILÁCTICO PARA: B24X SI |__| NO |__| A539 SI |__| NO |__|

FECHA DE OBTENCIÓN DE LOS DATOS DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA (DÍA / MES / AÑO): ____/____/____ *Capturado* |__|

Lactancia

ATENCIÓN EN EL PERIODO DE LACTANCIA								FECHA DE INICIO DE CONTROL*: ___/___/_____
FECHA	PESO	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA*	SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA POR B24X	SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA*	MEDICAMENTOS*	AYUDA ALIMENTARIA	OBSERVACIONES	Capturado

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL PUERPERIO:

0. Ninguno
1. Loquios fétidos
2. Sangrado transvaginal
3. Fiebre, 4. Presión arterial alta
5. Dificultad para respirar
6. Dehiscencia
7. Cefalea intensa
8. Ictericia
9. Convulsiones
10. Edema de miembros inferiores (signo de Homans).
11. Pérdida del estado de alerta
12. Epigastralgia
13. Acúfenos
14. Fosfenos
15. Tinitus
16. Dolor torácico
17. Hemoptisis
18. Cianosis
19. Diaforésis
88. Otros

BIENESTAR PARA LA SALUD COMUNITARIA

I. NOMBRE DE LA USUARIA _____ EDAD _____
 FECHA DE NACIMIENTO _____ ENTIDAD DE NACIMIENTO _____
 COMUNIDAD _____ LOCALIDAD _____
 MUNICIPIO _____ ¿VIVE EN ESTA COMUNIDAD? SI NO
 (ESPECIFIQUE NOMBRE)
 LA FAMILIA DECLARA PERTENECER A UN PUEBLO INDÍGENA SI NO

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS
 EMBARAZOS ANTERIORES: _____
 PARTOS _____ CESAREAS _____ ABORTOS _____
 HIJOS NACIDOS VIVOS _____ HIJOS NACIDOS MUERTOS _____
 USO PREVIO DE ANTICONCEPTIVOS: SI NO
 MÉTODO _____

FECHA DE: _____
 ÚLTIMO PARTO O ABORTO _____
 ÚLTIMA REGLA _____
 PROBABLE DE PARTO _____
 TÉRMINO DEL PUERPERIO _____

PLAN DE SEGURIDAD INICIAL SI NO TIPO DE TRASLADO: _____
 FECHA DE ELABORACIÓN _____ ACOMPAÑANTE: _____
(INDICAR CLAVE)

PLAN DE SEGURIDAD REFUERZO SI NO TIPO DE TRASLADO: _____
 FECHA: _____ ACOMPAÑANTE: _____
(INDICAR CLAVE)

EMBARAZO BAJO RIESGO

FECHA DE CONTROL	CONTROL EN DOMICILIO	ATENDIDO POR: (INDICAR CLAVE DE AGENTE)	MES EMBARAZO	PESO Kg	PRESIÓN ARTERIAL	FONDO UTERINO	MOVIMIENTO FETAL	SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA (INDICAR CLAVE)	MEDICAMENTOS ENTREGADOS (INDICAR CLAVE)	MINISTRACIÓN		VACUNAS		REFERIDA A: (INDICAR CLAVE)
										HIERRO	ÁCIDO FÓLICO	Td	INFLUENZA	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

ATENCIÓN DEL PARTO					
FECHA DE ATENCIÓN	ATENDIDO POR: (INDICAR CLAVE DE AGENTE)	COMPLICACIONES (INDICAR CLAVE)	PRODUCTO (INDICAR CLAVE)	PESO DEL PRODUCTO (INDICAR CLAVE)	REFERIDA A: (INDICAR CLAVE)
1					

ATENCIÓN DEL ABORTO				
FECHA DE ATENCIÓN	ATENDIDO POR: (INDICAR CLAVE DE AGENTE)	COMPLICACIONES (INDICAR CLAVE)	SEMANAS DE EMBARAZO	REFERIDA A: (INDICAR CLAVE)
1				

VIGILANCIA DEL PUERPERIO						
FECHA DE CONTROL	PESO KG	ATENDIDO POR: (INDICAR CLAVE)	PRESIÓN ARTERIAL	ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA (INDICAR CLAVE)	REFERIDA A: (INDICAR CLAVE)
1						
2						
3						
4						
5						

MOTIVO DE LA BAJA: Término del puerperio Defunción

CLAVES DE LA PERSONA QUE BRINDA EL ACOMPAÑAMIENTO

1. PAREJA
2. FAMILIAR
3. NADIE
4. OTRO

CLAVES TIPO DE TRASLADO

1. AMBULANCIA
2. VEHÍCULO PARTICULAR
3. TRANSPORTE AME
4. TRANSPORTE PÚBLICO
5. AMBULANCIAS AEREAS

CLAVES DE MEDICAMENTOS DEL CUADRO BÁSICO PARA AUXILIARES AUTORIZADOS POR LA SECRETARIA DE SALUD Y MÉDICOS

1. VITAMINA A
2. PASTA LASSAR
3. BENZOATO DE BENCILO, EMULSIÓN
4. ELECTROLITOS ORALES POLVO, SOBRES
5. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

CLAVES DE MEDICAMENTOS DEL CUADRO BÁSICO PARA MÉDICOS

1. ACETAMINOFÉN TABLETAS
2. PASTA LASSAR
3. BENZOATO DE BENCILO, EMULSIÓN
4. DEXTROMETORFAN, JARABE
5. CLORANFENICOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA

SIGNOS Y SÍNTOMAS EN MBARAZO DE ALTO RIESGO:

1. SANGRADO TRANSVAGINAL
2. HINCHAZÓN (EDEMA DE PIES Y CARA)
3. PRESIÓN ARTERIAL ALTA (140/90 Ó MÁS)
4. AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES DESPUÉS DEL 6° MES
5. CRECIMIENTO UTERINO ANORMAL, AUMENTADO O DISMINUIDO
6. SITUACIÓN ANORMAL DEL PRODUCTO DESPUÉS DEL 8° MES (TRANSVERSO O DE NALGAS)
7. PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO O ATAQUES
8. SALIDA DE AGUA ANTES DEL TRABAJO DE PARTO O DEL 9° MES
9. DOLOR EN EPIGASTRIO (DOLOR EN BOCA DEL ESTÓMAGO)
10. FOSFENOS (LUCES DE COLORES)
11. ACÚFENOS (ZUMBIDO EN LOS OÍDOS)
12. CEFALEA (DOLOR DE CABEZA)
13. FLUJO VAGINAL FÉTIDO (FRECUENTE)

CLAVES DE REFERENCIA

1. UNIDAD DE SALUD CERCANA
2. CENTRO DE SALUD CON SRVICIOS AMPLIADOS
3. HOSPITAL INTEGRAL O COMUNITARIO
4. HOSPITAL GENERAL
5. HOSPITAL MATERNO INFANTIL

CLAVES DEL O LA AGENTE QUE PROPORCIONA LA ATENCIÓN

1. BRIGADISTA O PROMOTOR DE SALUD MATERNA
2. PROMOTOR DE SALUD
3. AUXILIAR DE SALUD
4. ENFERMERA
5. PARTERA PROFESIONAL
6. PARTERA TRADICIONAL
7. SUPERVISOR(A) DE AUXILIARES
8. MÉDICO
9. OTROS

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL PUERPERIO:

0. NINGUNO
1. LOQUIOS FÉTIDOS
2. HEMORRAGIA
3. FIEBRE (38 GRADOS O MÁS)
4. HIPERTENSIÓN
5. DIFICULTAD PARA RESPIRAR,
6. DEHISCENCIA
7. CEFALEA INTENSA
8. ICTERICIA
9. CONVULSIONES
10. DOLOR PÉLVICO
11. OTROS

CLAVES DE COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO:

1. TRABAJO DE PARTO PROLONGADO
2. SANGRADO ABUNDANTE
3. HIPERTENSIÓN (TENSIÓN ARTERIAL MAYOR DE 130/90)
4. CEFALEA (DOLOR DE CABEZA)
5. SUFRIMIENTO FETAL (LATIDO CARDÍACO FETAL MENOR DE 120 O MAYOR DE 160 POR MINUTO)
6. DIFICULTAD PARA RESPIRAR
7. EMBARAZO GEMELAR O MÚLTIPLE
8. OTROS

Reglamento de la Ley General de Salud, Artículo 110. Prescribir los medicamentos que en esos casos se requieran de acuerdo a las Normas Técnicas que para dicho fin emita la Secretaría.

Informe de Fuera de la Unidad Médica

Bienestar para la Salud Comunitaria

		Clave	Variable	Total
277 Actividades varias	Personas atendidas	ACV01	Menores de 5 años	
		ACV02	De 5 a 9 años	
		ACV03	De 10 a 19 años	
		ACV04	20 a 59 años	
		ACV05	60 y más años	
	Enfermos supervisados	ACV06	Tuberculosis	
		ACV07	Hipertensos con toma de presión	
		ACV08	Hipertensos sin toma de presión	
		ACV09	Diabéticos	
	Personas referidas a Unidad médica	ACV10	Tosedores crónicos	
		ACV11	Hipertensos	
		ACV12	Sospecha de diabetes	
		ACV13	Para citología vaginal	
		ACV14	Otros motivos	
	Otras acciones realizadas	ACV15	Visitas domiciliarias	
		ACV16	Curación de heridas	
		ACV17	Enfermos tratados	
		ACV18	Aplicación de inyecciones	
		ACV19	Aplicación de sueros	

Proceso del Registro de la Información en Unidades Médicas



Auxiliar Comunitario



Unidad Médica / FAM



Archivo Clínico

Bandeja de Admisión




Enfermería

Somatometría
Signos vitales

 Detecciones


 Planificación Familiar

 Consulta Externa



Médico

-  Consulta Externa
-  Planificación Familiar
-  Detecciones



Odontólogo

-  Salud Bucal



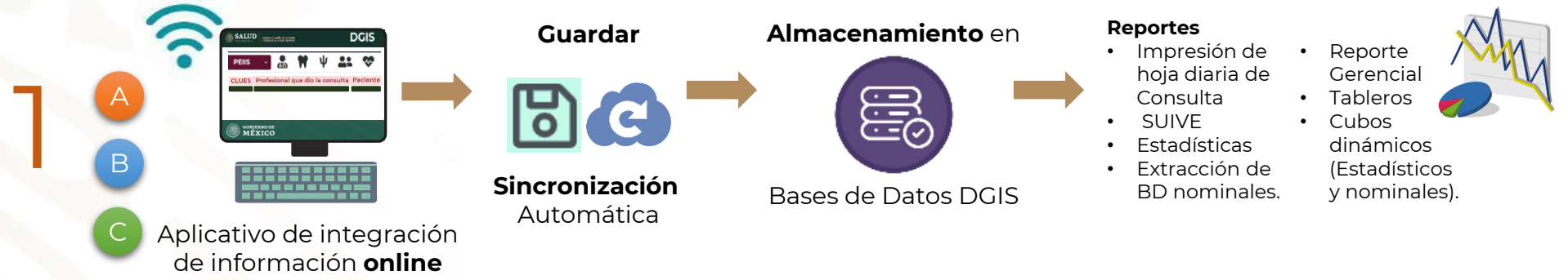
**Psiquiatra
Psicólogo**

-  Salud Mental
-  Detecciones

Macroproceso del Registro de la Información



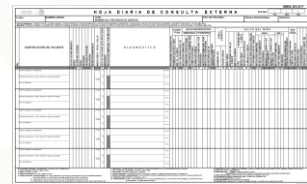
Configuración de usuarios



Unidad Médica / FAM



3



Hoja de Registro diario de Consulta Externa

B


4



SIREs / Mascaras de captura

C

Unidad médica 2ª parte

		Informe Mensual de Actividades Realizadas en la Unidad Médica SIS-SS-CE-H	
Nombre de la unidad: _____		CLUES: _____	
Nombre del responsable de la información: _____		Mes: _____ Año: _____	
SIS-2020			
	Clave	Variable	Registro
047 Enfermedad diarreica VSO	EDA22	Sobres entregados en promoción	

061 Extramuros	Atención preventiva	Esquema básico de prevención	escolar (CBP)	SBE01	Población general
			Detección de placa bacteriana	SBE02	Preescolar
				SBE29	Escolar
				SBE06	Población general
			Instrucción de técnica de cepillado	SBE07	Preescolar
				SBE30	Escolar
				SBE11	Población general
			Instrucción de uso de hilo dental	SBE31	Escolar
				Enjuagues de fluoruro de sodio	SBE15
			SBE32		Escolar
		Personas que recibieron Orientación Bucodental	SBE24	Población general	
			SBE25	Preescolar	
			SBE33	Escolar	
		Revisión	SBE19	Revisión de higiene de prótesis	
			SBE20	Revisión de tejidos bucales	
		Instrucción	SBE22	Instrucción de autoexamen de cavidad bucal	
		Aplicación de barniz con flúor	SBE48	1 a 5 años de edad	
			SBE49	6 a 19 años de edad	
			SBE50	20 y más años de edad	
		Atención curativa	SBE23	TRA	

	Clave	Variable	Total
097 Rehabilitación	RET07	Primera vez en el año para el servicio de rehabilitación	
	RET08	Terapia ocupacional	
	RET06	Sesiones de lenguaje	
	RET04	Sesiones de fisioterapia	
	RET05	Pacientes rehabilitados	

102 Grupos	Variable		clave	Número	clave	Integrantes
	- EC	Formados autoayuda violencia		GAM04		
Club de embarazadas						
Activos		GAM01		GAM05		
Acreditados		GAM02		GAM06		
Re-acreditados		GAM07		GAM08		

	Clave	Variable	Total
276 Sesiones de hemodiálisis	HMD01	Mujeres	
	HMD02	Hombres	

¡Gracias!

TPEG. Alicia Mercado Sandoval
alicia.mercado@salud.gob.mx
Dra. Karina Monroy Olvera
karina.monroy@salud.gob.mx



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD