



TLAXCALA

CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS

GOBIERNO DEL ESTADO 2017-2021

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA COORDINACIÓN DE ATENCIÓN CIUDADANA



TLX

CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS
GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA 2017-2021

O.P.D. SALUD

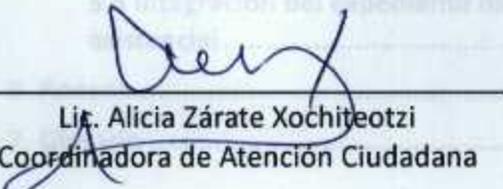
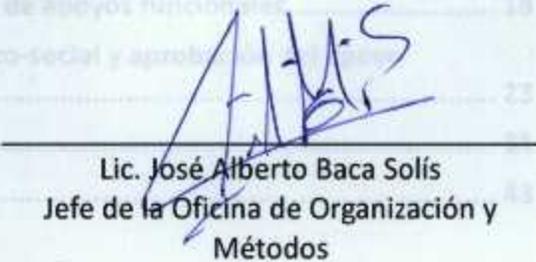
ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO
SALUD DE TLAXCALA

FEBRERO 2020.

AUTORIZACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

En cumplimiento a los artículos 20 y 21 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Tlaxcala; los artículos 5, 28 y 30 de la Ley de las Entidades Paraestatales del Estado de Tlaxcala; y a los artículos 10, 18, 19, 20, 21 y 24 del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala; se elaboró el presente Manual de Procedimientos de la Coordinación de Atención Ciudadana para su debida observancia y se aprobó el día 28 del mes de Febrero del 2020.

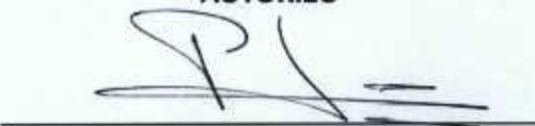
REVISÓ

 Lic. Alicia Zárate Xochiteotzi Coordinadora de Atención Ciudadana	 Lic. José Alberto Baca Solís Jefe de la Oficina de Organización y Métodos
---	--

APROBÓ

 Tec. Reyna Marisol Sánchez Velázquez Encargada de la Secretaría Particular	 Lic. Francisco Alejandro Tlacuilo Pérez Encargado de la Dirección de Infraestructura y Desarrollo
--	--

AUTORIZÓ


Dr. René Lima Morales
Secretario de Salud y
Director General del OPD Salud de Tlaxcala

1. Introducción

Las políticas actuales de salud buscan transformar el sistema actual para modernizarlo y hacerlo más eficiente además de proporcionar una atención al usuario de máxima calidad.

El presente manual de procedimientos administrativos documenta la acción organizada para dar cumplimiento a los objetivos de la Coordinación de Atención Ciudadana, y contribuir a una adecuada división del trabajo, estableciendo los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, los procesos clave de la coordinación y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delimitan la gestión administrativa de esta unidad administrativa.

Se tiene por objeto optimizar las acciones encaminadas a proporcionar apoyos a las solicitudes de la población dirigidas a este Organismo, para contribuir a mejorar su condición de salud mediante la aplicación, registro y suministro de los recursos y servicios en forma oportuna y transparente. El apoyo consiste en la gestión de recursos económicos y en especie con las distintas Instituciones Gubernamentales y no Gubernamentales, Fundaciones, Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel.

Además el manual de procedimientos se constituye como una herramienta administrativa dirigida a mejorar la coordinación entre las diferentes unidades involucradas para elevar la calidad del servicio que se brinda y facilitar su ejecución.

Este documento contribuye al conocimiento, aprendizaje y evaluación de la acción administrativa. El reto impostergable es la transformación de la cultura del organismo hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencia, organización, liderazgo y productividad.

El esfuerzo de coordinación tiene el fin de promover una participación responsable y organizada de todos los elementos del sistema para beneficio de la población tlaxcalteca.

2. Marco Jurídico Administrativo

Disposiciones Constitucionales:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
D.O.F. 05/02/1917 Última Reforma 29/01/2016.
2. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala.
P.O. 04/02/1982 Última Reforma 01/05/2004.

Tratados Internacionales:

1. Declaración Universal de Derechos Humanos.
Aprobado 10/12/1948.
2. Convención Internacional Eliminación de Todas las Formas de Discriminación racial.
Aprobada 21/12/1965.

Leyes Federales:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 29/12/1976. Última Reforma D.O.F. 19/03/2015.
2. Ley de Planeación.
D.O.F. 05/01/1983. Última Reforma D.O.F. 09/04/2012.
3. Ley General de Salud.
D.O.F. 07/02/1984. Última Reforma D.O.F. 29/11/2019.
4. Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
D.O.F. 14/05/1986. Última Reforma D.O.F. 11/08/2014.
5. Ley General de Responsabilidades Administrativas.
D.O.F. 18/07/2016 Última Reforma D.O.F. 19/11/2019.
6. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
D.O.F. 11/06/2002. Última Reforma D.O.F. 14/07/2014.

Leyes Estatales:

1. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Tlaxcala.
P.O. 07/04/1998 Última Reforma P.O.24/12/2014.
2. Ley de Salud del Estado de Tlaxcala.
P.O. 28/11/2000 Última Reforma P.O. 15/10/2014.
3. Ley de Asistencia Social del Estado de Tlaxcala.
P.O. 31/03/2004. Última Reforma 25/08/2006.
4. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Tlaxcala.
P.O. 31/12/2003. Última Reforma 19/05/2009.
6. Ley de las Entidades Paraestatales del Estado de Tlaxcala.

P.O. 13/10/1995. Reforma P.O. 17/09/2008.

9. Ley de Asistencia Social Para el Estado de Tlaxcala.

P.O. 31/03/2004. Última reforma 25/08/2006.

Reglamentos Federales:

1. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

D.O.F. 19.01.2004. Última Reforma D.O.F. 10.01.2011.

2. Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

D.O.F. 11/06/2003.

3. Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

D.O.F. 26/01/1990. Última Reforma D.O.F. 23/11/2010.

Reglamentos Estatales:

1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala.

P.O. 14/12/2016.

Acuerdos Federales:

1. Acuerdo por el que se dan a conocer los trámites inscritos en el Registro Federal de Trámites que aplica la Secretaría de Salud y establece medidas de mejora regulatoria.

D.O.F. 10/03/2005.

Acuerdos Estatales:

1. Acuerdo que establece las políticas generales del ejercicio del presupuesto, las medidas de mejora y modernización de la gestión administrativa y los lineamientos de austeridad del gasto público para el ejercicio fiscal 2016.

P.O. 31/12/2015.

Decretos Federales:

1. Decreto por el que reforma y adiciona la Ley General de Salud.

D.O.F. 15/05/2003.

2. Decreto por el que se expide la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y se forma la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y la Ley de Coordinación Fiscal.

D.O.F. 13/03/2002.

3. Decreto para realizar la entrega-recepción del Informe de los asuntos a cargo de los Servidores Públicos y de los recursos que tengan asignados en el momento de separarse de su empleo, cargo o comisión.

3. Relación de procedimientos

Proceso:

Gestión de recursos en especie con las distintas Instituciones Gubernamentales y no Gubernamentales, Fundaciones, Unidades de Primer Nivel, Hospitales de Segundo y Tercer Nivel de Atención, para apoyo a la población en condición vulnerable.

Procedimientos:

1. Atención a solicitudes de apoyo para gestión de atención médica.
2. Atención a solicitudes mediante la gestión de insumos para la salud.
3. Atención a solicitudes en gestión de apoyos funcionales.
4. Integración del expediente médico-social y aprobación del apoyo asistencial.

4. Política de Calidad

- a. Aplicar los recursos con eficiencia y transparencia para cumplir los objetivos del programa con oportunidad y así contribuir a mejorar las condiciones de salud de los peticionarios.

5.- Descripción de procedimientos por área

5.1 Atención a solicitudes de apoyo para gestión de atención médica.

1. Objetivo

Recibir, atender y dar seguimiento a las solicitudes de atención médica dirigidas a Salud de Tlaxcala por el solicitante para cubrir sus necesidades en materia de salud, conforme lo establezca la normatividad en la materia.

2. Alcance

- Aplica para todas las Unidades Administrativas y Médicas de Salud de Tlaxcala.
- Toda la población del Estado de Tlaxcala.

3. Políticas de operación

- a. Las solicitudes de atención médica podrán ser gestionadas en Instituciones Públicas, Privadas y Fundaciones.
- b. Todas las solicitudes de apoyo en materia de salud deberán contener:
 - Nombre del solicitante, nombre del paciente, edad del paciente, domicilio y teléfono para su localización.
 - Diagnóstico médico y alguno de los siguientes documentos: resumen médico, receta médica, nota médica, orden de auxiliar de diagnóstico, orden de laboratorio, orden de material quirúrgico, referencia, contrareferencia, carnet de citas; que acredite la solicitud de apoyo.
 - Identificación oficial del paciente.
 - Sólo se omitirá la identificación en el caso de indigentes o migrantes indocumentados
- c. Todas las solicitudes de apoyo deberán tener el diagnóstico clínico y congruencia clínica diagnóstica.
- d. La atención a la ciudadanía que solicita los servicios en materia de salud podrá ser escrita o a través de otros medios como: teléfono o correo electrónico.
- e. Las solicitudes de apoyo que sean remitidas por alguna Institución Gubernamental o no Gubernamental, deberá presentarse en hoja membretada y con la debida justificación que el caso amerite.
- f. Todas las solicitudes recibidas serán atendidas de forma personalizada para conocer la necesidad de apoyo y poder ofrecer alguna alternativa de solución.

- g. En caso de que la solicitud no sea competencia de Salud de Tlaxcala, se orientará y apoyará al peticionario para que acuda ante otra instancia que pueda satisfacer su requerimiento.
- h. Todos los apoyos otorgados por parte del O.P.D. Salud de Tlaxcala serán en especie y para el caso de pagos a otras instituciones, compra de insumos o pago de servicios se realizará de manera directa entre el O.P.D. Salud de Tlaxcala y la institución, bajo ninguna circunstancia se le entregará dinero en efectivo al solicitante o peticionario
- i. Todas las solicitudes de apoyo recibidas deberán de registrarse en el Archivo Electrónico de Control de Gestión independientemente de la resolución que se tenga.
- j. La Coordinación de Atención Ciudadana, canalizará la solicitud al interior del OPD Salud de Tlaxcala, cuando la atención de la solicitud sea competencia de alguna unidad administrativa de acuerdo a las atribuciones conferidas en el Reglamento Interior.
- k. Todas las solicitudes de apoyo recibidas deberán de registrarse en el Archivo Electrónico de Control de Gestión independiente de la resolución que se tenga.

4. Referencias normativas

- Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
D.O.F. 5/02/1917 Última Reforma 07/07/2014.
- Ley de Salud del Estado de Tlaxcala.
P.O. 15/02/1985 Reformada 28/11/2000.
- Artículo 19; Artículo 23 Fracciones I, II, III, IV Y V del Reglamento Interior del O.P.D. Salud de Tlaxcala.

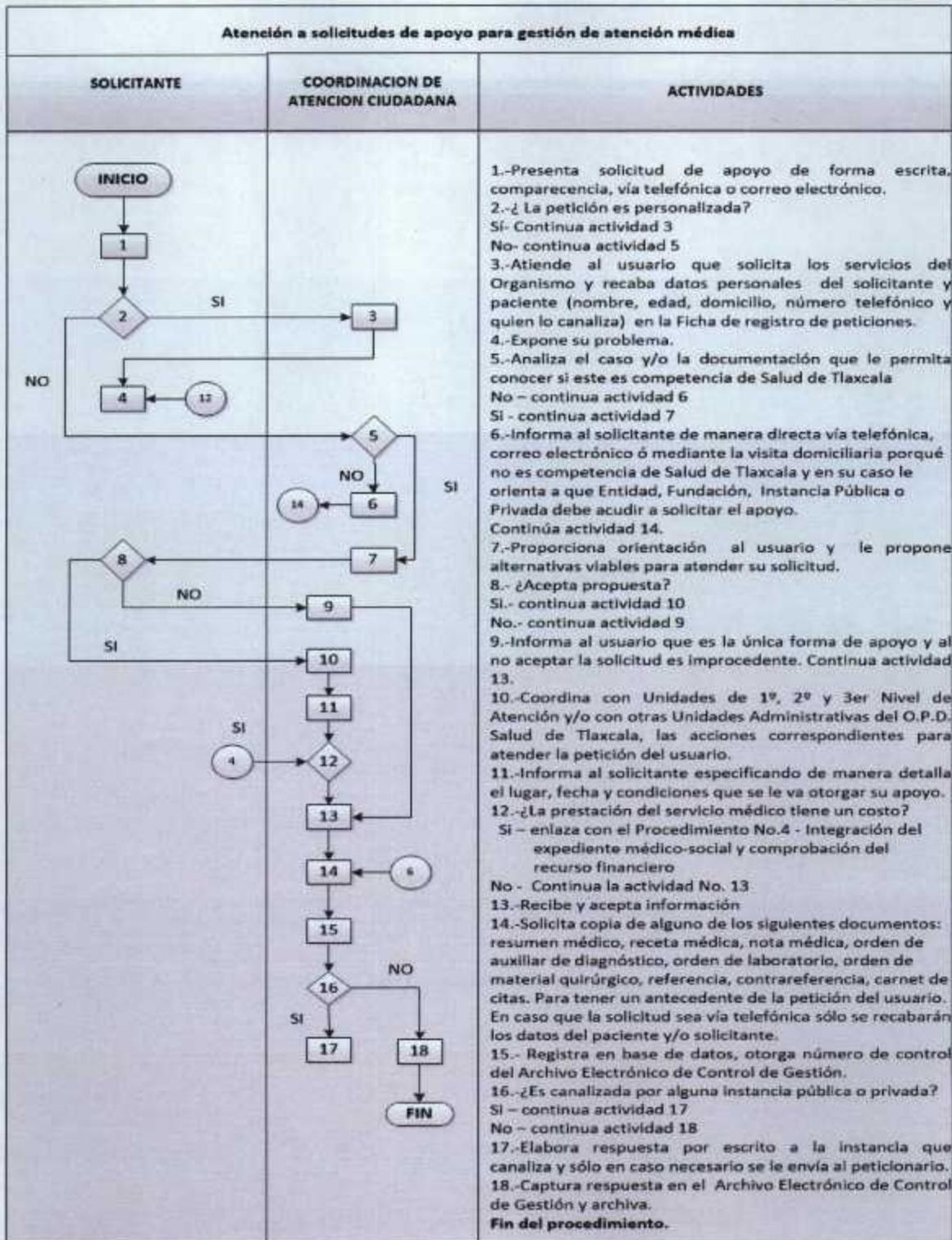
5. Descripción de actividades

Atención a solicitudes de apoyo para gestión de atención médica		
Responsable	No.	Descripción
Solicitante	1	Presenta solicitud de apoyo de forma escrita, comparecencia, vía telefónica o correo electrónico.
Solicitante	2	¿La petición es personalizada? Si –continua actividad 3 No – continua actividad 5

Coordinación de Atención Ciudadana	3	Atiende al usuario que solicita los servicios del Organismo y recaba datos personales del solicitante y paciente (nombre, edad, domicilio, número telefónico y quien lo canaliza) en la Ficha de registro de peticiones.
Solicitante	4	Expone su problema.
Coordinación de Atención Ciudadana	5	Analiza el caso y revisa alguno de los siguientes documentos: resumen médico, receta médica, nota médica, orden de auxiliar de diagnóstico, orden de laboratorio, orden de material quirúrgico, referencia, contrareferencia o carnet de citas. En caso de requerir mayor información la solicitará vía telefónica o e-mail a la unidad médica o administrativa involucrada e integra en el expediente la respuesta. Para determinar si este es competencia del Salud de Tlaxcala. No – continua actividad 6 Si - continua actividad 7
Coordinación de Atención Ciudadana	6	Informa al solicitante de manera directa vía telefónica, correo electrónico ó mediante la visita domiciliaria porqué no es competencia de Salud de Tlaxcala y en su caso le orienta a que Entidad, Fundación, Instancia Pública o Privada debe acudir a solicitar el apoyo. Continúa actividad 14.
Coordinación de Atención Ciudadana	7	Proporciona orientación al usuario y le propone alternativas viables para atender su solicitud.
Solicitante	8	¿Acepta propuesta? Si.- continua actividad 10. No.- continua actividad 9.
Coordinación de Atención Ciudadana	9	Informa al usuario que es la única forma de apoyo y por lo tanto al no aceptar la solicitud es improcedente. Continúa actividad 14.
Coordinación de Atención Ciudadana	10	Coordina con Unidades de 1º, 2º y 3er Nivel de Atención y/o con otras Unidades Administrativas del O.P.D. Salud de Tlaxcala, las acciones correspondientes para atender la petición del usuario.
Coordinación de Atención Ciudadana	11	Informa al solicitante especificando de manera detalla el lugar, fecha y condiciones que se le va otorgar su apoyo.
Coordinación de Atención Ciudadana	12	¿La prestación del servicio médico tiene un costo?

		<p>Si – enlaza con el Procedimiento No.4 - Integración del expediente médico-social y comprobación del recurso financiero</p> <p>No - Continúa la actividad No. 13</p>
Solicitante	13	Recibe y acepta información.
Coordinación de Atención Ciudadana	14	<p>Solicita copia de alguno de los siguientes documentos: resumen médico, receta médica, nota médica, orden de auxiliar de diagnóstico, orden de laboratorio, orden de material quirúrgico, referencia, contrareferencia, carnet de citas. Para tener un antecedente de la petición del usuario.</p> <p>En caso que la solicitud sea vía telefónica sólo se recabarán los datos del paciente y/o solicitante.</p>
Coordinación de Atención Ciudadana	15	Registra en base de datos, otorga número de control del Archivo Electrónico de Control de Gestión.
Coordinación de Atención Ciudadana	16	<p>¿Es canalizada por alguna instancia pública o privada?</p> <p>Si – continúa actividad 17</p> <p>No – continúa actividad 18</p>
Coordinación de Atención Ciudadana	17	Elabora respuesta por escrito a la instancia que canaliza y sólo en caso necesario se le envía al peticionario.
Coordinación de Atención Ciudadana	18	Captura respuesta en el Archivo Electrónico de Control de Gestión y archiva.
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

6. Diagrama de flujo



7. Formatos

- Visita domiciliaria.
- Ficha de registro de peticiones

5.2 Atención a solicitudes mediante la gestión de insumos para la salud.

1. Objetivo

Dar atención y seguimiento a las solicitudes presentadas ante el área por el usuario para obtener apoyo con insumos en especie para la salud.

2. Alcance

- Aplica para todas las Médicas Unidades y Administrativas del O.P.D. Salud de Tlaxcala

3. Políticas de operación

- a. Toda solicitud de apoyo de insumos para la salud que sea tramitada a través de un representante o gestor, deberá realizarse en presencia del solicitante.
- b. El apoyo de insumo para la salud serán para aquellos pacientes que estén internados, que tiene receta médica de Salud de Tlaxcala o que son población sin derechohabiencia.
- c. Todas las solicitudes de apoyo de insumos para la salud deberán contener:
 - Nombre del solicitante, nombre del paciente, edad del paciente, domicilio y teléfono para su localización.
 - Diagnóstico médico y alguno de los siguientes documentos: resumen médico, receta médica, nota médica, orden de auxiliar de diagnóstico, orden de laboratorio, orden de material quirúrgico, referencia, contrareferencia, carnet de citas; que acredite la solicitud de apoyo.
 - Identificación oficial del paciente.
 - Sólo se omitirá la identificación en el caso de indigentes o migrantes indocumentados.
- d. Todas las solicitudes de apoyo deberán tener el diagnóstico clínico y congruencia clínica diagnóstica.
- e. Todas las solicitudes de apoyo recibidas deberán de registrarse en el Archivo Electrónico de Control de Gestión independientemente de la resolución que se tenga.
- f. Todos los apoyos de insumos para la salud otorgados por parte del O.P.D. Salud de Tlaxcala serán en especie, bajo ninguna circunstancia se le entregará dinero en efectivo al solicitante o peticionario.
- g. Cuando la solicitud de apoyo sea recibida en otra área administrativa o unidad médica de primer, segundo o tercer nivel de atención esta deberá ser remitida a la Coordinación de Atención Ciudadana para su valoración, atención y seguimiento.
- h. En caso de que la solicitud no sea competencia de Salud de Tlaxcala, se orientará y apoyará al peticionario para que acuda ante otra instancia que pueda satisfacer su requerimiento.

- i. Todas las solicitudes recibidas serán atendidas de forma personalizada para conocer la necesidad de apoyo y poder ofrecer alguna alternativa de solución.
- j. La atención a la ciudadanía que solicita el apoyo de insumos para la salud podrá ser escrita o a través de otros medios como: teléfono o correo electrónico.
- k. En caso de que la solicitud de insumos para la salud no cumpla con la información requerida, el área de Atención Ciudadana pedirá al solicitante reúna los documentos para la adecuada integración de su expediente que permitirá continuar con el trámite.
- l. Toda solicitud de apoyo de insumos para la salud deberá atenderse de inmediato según corresponda el caso, o en un plazo no mayor a 15 días naturales.
- m. Las solicitudes de apoyo que sean remitidas por alguna Institución Gubernamental o no Gubernamental, deberá presentarse en hoja membretada y con la debida justificación que el caso amerite.
- n. La Coordinación de Atención Ciudadana, canalizará la solicitud al interior del OPD Salud de Tlaxcala, cuando la atención de la solicitud sea competencia de alguna unidad administrativa de acuerdo a las atribuciones conferidas en el Reglamento Interior.
- o. Todas las solicitudes de apoyo recibidas deberán de registrarse en el Archivo Electrónico de Control de Gestión independiente de la resolución que se tenga.



4. Referencias normativas

- Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
D.O.F. 5/02/1917 Última Reforma 07/07/2014.
- Ley de Salud del Estado de Tlaxcala.
P.O. 15/02/1985 Reformada 28/11/2000.
- Artículo 19; Artículo 23 Fracciones I, II, III, IV Y V del Reglamento interior del O.P.D. Salud de Tlaxcala.



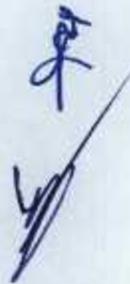
5. Descripción de actividades

Atención a solicitudes mediante la gestión de insumos para la salud		
Responsable	No.	Descripción
Solicitante	1	Presenta solicitud de apoyo de forma escrita, comparecencia, vía telefónica o correo electrónico.
Coordinación de Atención Ciudadana	2	¿La petición es personalizada? Si –continua actividad 3 No – continua actividad 5



Coordinación de Atención Ciudadana	3	Atiende al usuario que solicita los servicios del Organismo y recaba datos personales del solicitante y paciente (nombre, edad, domicilio, número telefónico y quien lo canaliza) en la Ficha de registro de peticiones.
Solicitante	4	Expone su problemática.
Coordinación de Atención Ciudadana	5	Analiza el caso y revisa alguno de los siguientes documentos: resumen médico, receta médica, nota médica, orden de auxiliar de diagnóstico, orden de laboratorio, orden de material quirúrgico, referencia, contrareferencia o carnet de citas. En caso de requerir mayor información la solicitará vía telefónica o e-mail a la unidad médica o administrativa involucrada e integra en el expediente la respuesta.
	6	¿es competencia del O.P.D. Salud de Tlaxcala? No – continua actividad 7. Si - continua actividad 8.
Coordinación de Atención Ciudadana	7	Informa al solicitante de manera directa vía telefónica, correo electrónico ó mediante la visita domiciliaria porque no es competencia del O.P.D. Salud de Tlaxcala y en su caso le orienta a que Entidad, Fundación, Instancia Pública o Privada debe acudir a solicitar el apoyo. Continúa actividad 14.
Coordinación de Atención Ciudadana	8	Proporciona orientación al usuario y le propone alternativas viables para atender su problema.
Solicitante	9	¿Acepta propuesta? No-Continúa actividad 10 Si- continúa actividad 11
Coordinación de Atención Ciudadana	10	Informa al usuario que es la única forma de apoyo y por lo tanto al no aceptar la solicitud es improcedente. Continúa actividad 14.
Coordinación de Atención Ciudadana	11	Enlaza vía telefónica con Unidades de 1º, 2º y 3er Nivel de atención, con Coordinación Estatal de Abasto y/o con otras Unidades Administrativas del O.P.D. Salud de Tlaxcala.





Unidad Médico administrativa.	12	Informa al solicitante donde, cuando y como se le va a entregar el insumo.
Solicitante	13	Recibe y acepta información.
Coordinación de Atención Ciudadana	14	Solicita copia de alguno de los siguientes documentos: resumen médico, receta médica, nota médica, orden de auxiliar de diagnóstico, orden de laboratorio, orden de material quirúrgico, referencia, contrareferencia, carnet de citas. Para tener un antecedente de la petición del usuario. En caso que la solicitud sea vía telefónica sólo se recabarán los datos del paciente y/o solicitante.
Coordinación de Atención Ciudadana	15	Registra en base de datos, otorga número de control de gestión.
Coordinación de Atención Ciudadana.	16	¿Es canalizada por alguna instancia pública o privada? Si- continua actividad 17 No- Continúa a la actividad 18.
Coordinación de Atención Ciudadana.	17	Elabora respuesta por escrito a la instancia que canaliza.
Coordinación de Atención Ciudadana.	18	Captura respuesta en Sistema de Control de Gestión y archiva. Fin del procedimiento
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

6. Diagrama de flujo

Atención a solicitudes mediante la gestión de insumos para la salud			
SOLICITANTE	COORDINACION DE ATENCION CIUDADANA	UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA	ACTIVIDADES
		<p>1.-Presenta solicitud de apoyo de forma escrita, comparecencia, vía telefónica o correo electrónico.</p> <p>2.-¿La petición es personalizada? Si –continua actividad 3 No – continua actividad 5</p> <p>3.- Atiende al usuario que solicita los servicios del Organismo y recaba datos personales del solicitante y paciente (nombre, edad, domicilio, número telefónico y quien lo canaliza) en la Ficha de registro de peticiones.</p> <p>4.Expone su problemática.</p> <p>5.- Analiza el caso y revisa alguno de los siguientes documentos: resumen médico, receta médica, nota médica, orden de auxiliar de diagnóstico, orden de laboratorio, orden de material quirúrgico, referencia, contrareferencia o carnet de citas.</p> <p>En caso de requerir mayor información la solicitará vía telefónica o e-mail a la unidad médica o administrativa involucrada e integra en el expediente la respuesta.</p> <p>6.- ¿es competencia del O.P.D. Salud de Tlaxcala? No – continua actividad 7. Si - continua actividad 8.</p> <p>7.-Informa al solicitante de manera directa vía telefónica, correo electrónico ó mediante la visita domiciliaria porque no es competencia del O.P.D. Salud de Tlaxcala y en su caso le orienta a que Entidad, Fundación, Instancia Pública o Privada debe acudir a solicitar el apoyo. Continúa actividad 14.</p> <p>8.-Proporciona orientación al usuario y le propone alternativas viables para atender su problema.</p> <p>9.- ¿Acepta propuesta? No-Continúa actividad 10 Si- continua actividad 11</p> <p>10.-Informa al usuario que es la única forma de apoyo y por lo tanto al no aceptar la solicitud es improcedente. Continúa actividad 14.</p> <p>11.- Enlaza vía telefónica con Unidades de 1º, 2º y 3er Nivel de atención, con Coordinación Estatal de Abasto y/o con otras Unidades Administrativas del O.P.D. Salud de Tlaxcala.</p> <p>12.- Informa al solicitante donde, cuando y como se le va a entregar el insumo.</p> <p>13.- Recibe y acepta información.</p> <p>14.- Solicita copia de alguno de los siguientes documentos: resumen médico, receta médica, nota médica, orden de auxiliar de diagnóstico, orden de laboratorio, orden de material quirúrgico, referencia, contrareferencia, carnet de citas.</p> <p>Para tener un antecedente de la petición del usuario. En caso que la solicitud sea vía telefónica sólo se recabarán los datos del paciente y/o solicitante.</p> <p>15.-Registra en base de datos, otorga número de control de gestión.</p> <p>16.-¿Es canalizada por alguna instancia pública o privada? Si- continua actividad 17 No- Continúa a la actividad 18.</p> <p>17.-Elabora respuesta por escrito a la instancia que canaliza.</p> <p>18.-Captura respuesta en Sistema de Control de Gestión y archiva. Fin del procedimiento</p>	

7.- Formatos

Ficha de registro de peticiones

5.3 Atención a solicitudes en gestión de apoyos funcionales.

1. Objetivo

Atender, canalizar y dar seguimiento a las peticiones de apoyos funcionales a través de la coordinación permanente con diversas Instituciones Públicas, Privadas y no Gubernamentales.

2. Alcance

- Aplica para todas las Instituciones Públicas, Federales, Estatales, Municipales, Asociaciones Civiles y Fundaciones.

3. Políticas de operación

a. Todas las solicitudes de apoyo en materia de salud deberán contener:

- Nombre del solicitante, nombre del paciente, edad del paciente, domicilio y teléfono para su localización.
- Diagnóstico médico y alguno de los siguientes documentos: resumen médico, receta médica, nota médica, orden de auxiliar de diagnóstico, orden de laboratorio, orden de material quirúrgico, referencia, contrareferencia, carnet de citas; que acredite la solicitud de apoyo.
- Identificación oficial del paciente.
- Sólo se omitirá la identificación en el caso de indigentes o migrantes indocumentados.

b. La atención al peticionario de apoyo funcional podrá ser de manera personalizada o a través de cualquier línea de comunicación.

c. Las peticiones de apoyo funcional serán canalizadas a otras Instituciones Públicas, Privadas y no Gubernamentales.

d. Todas las solicitudes de apoyo deberán tener el diagnóstico clínico y congruencia clínica diagnóstica.

e. La atención a la ciudadanía que solicita los servicios en materia de salud podrá ser escrita o a través de otros medios como: teléfono o correo electrónico.

- f. Las solicitudes de apoyo que sean remitidas por alguna Institución Gubernamental o no Gubernamental, deberá presentarse en hoja membretada y con la debida justificación que el caso amerite.
- g. Todas las solicitudes recibidas serán atendidas de forma personalizada para conocer la necesidad de apoyo y poder ofrecer alguna alternativa de solución.
- h. En caso de que la solicitud no sea competencia de Salud de Tlaxcala, se orientará y apoyará al peticionario para que acuda ante otra instancia que pueda satisfacer su requerimiento.
- i. Cuando la solicitud de apoyo sea recibida en otra área administrativa o unidad médica de primer, segundo o tercer nivel de atención esta deberá ser remitida a la Coordinación de Atención Ciudadana para su valoración, atención y seguimiento.
- j. Todos los apoyos otorgados por parte del O.P.D. Salud de Tlaxcala serán en especie y para el caso de pagos a otras instituciones, compra de insumos o pago de servicios se realizará de manera directa entre el O.P.D. Salud de Tlaxcala y la institución, bajo ninguna circunstancia se le entregará dinero en efectivo al solicitante o peticionario.
- k. La Coordinación de Atención Ciudadana, canalizará la solicitud al interior del OPD Salud de Tlaxcala, cuando la atención de la solicitud sea competencia de alguna unidad administrativa de acuerdo a las atribuciones conferidas en el Reglamento Interior.
- l. Todas las solicitudes de apoyo recibidas deberán de registrarse en el Archivo Electrónico de Control de Gestión independiente de la resolución que se tenga.

4. Referencias normativas

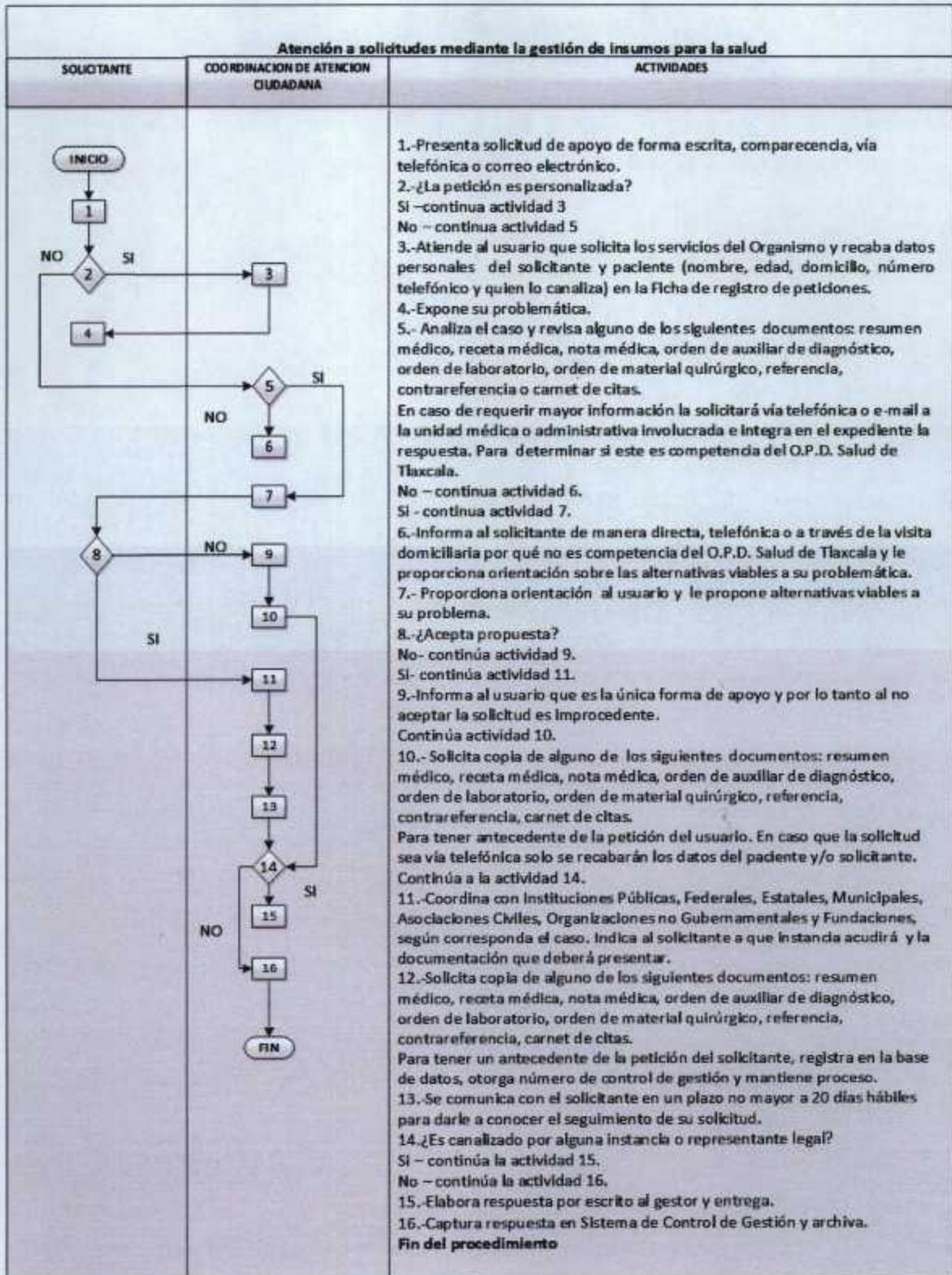
- Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
D.O.F. 5/02/1917 Última Reforma 07/07/2014.
- Ley de Salud del Estado de Tlaxcala.
P.O. 15/02/1985 Reformada 28/11/2000.
- Artículo 6o de la Ley de Asistencia Social del Estado de Tlaxcala.
- Artículo 19; Artículo 23 Fracciones I,II,III,IV Y V del Reglamento interior del O.P.D. Salud de Tlaxcala.

5. Descripción de actividades

Atención a solicitudes en gestión de apoyos funcionales		
Responsable	No.	Descripción
Solicitante	1	Presenta solicitud de apoyo de forma escrita, comparecencia, vía telefónica o correo electrónico.
Solicitante	2	¿La petición es personalizada? Si –continua actividad 3 No – continua actividad 5
Coordinación de Atención Ciudadana	3	Atiende al usuario que solicita los servicios del O.P.D. Salud de Tlaxcala y recaba datos personales del solicitante y paciente (nombre, edad, domicilio, número telefónico y quien lo canaliza) en la Ficha de registro de peticiones.
Solicitante	4	Expone su problemática.
Coordinación de Atención Ciudadana	5	Analiza el caso y revisa alguno de los siguientes documentos: resumen médico, receta médica, nota médica, orden de auxiliar de diagnóstico, orden de laboratorio, orden de material quirúrgico, referencia, contrareferencia o carnet de citas. En caso de requerir mayor información la solicitará vía telefónica o e-mail a la unidad médica o administrativa involucrada e integra en el expediente la respuesta. Para determinar si este es competencia del O.P.D. Salud de Tlaxcala. No – continua actividad 6. Si - continua actividad 7.
Coordinación de Atención Ciudadana	6	Informa al solicitante de manera directa, telefónica o a través de la visita domiciliaria por qué no es competencia del O.P.D. Salud de Tlaxcala y le proporciona orientación sobre las alternativas viables a su problemática.
Coordinación de Atención Ciudadana	7	Proporciona orientación al usuario y le propone alternativas viables a su problema.
Solicitante	8	¿Acepta propuesta? No- continúa actividad 9. Si- continúa actividad 11.
Coordinación de Atención Ciudadana	9	Informa al usuario que es la única forma de apoyo y por lo tanto al no aceptar la solicitud es improcedente. Continúa actividad 10.
Coordinación de Atención Ciudadana	10	Solicita copia de alguno de los siguientes documentos: resumen médico, receta médica, nota médica, orden de auxiliar de diagnóstico, orden de laboratorio, orden de material quirúrgico, referencia, contrareferencia, carnet de citas.

		Para tener antecedente de la petición del usuario. En caso que la solicitud sea vía telefónica solo se recabarán los datos del paciente y/o solicitante. Continúa a la actividad 14.
Coordinación de Atención Ciudadana	11	Coordina con Instituciones Públicas, Federales, Estatales, Municipales, Asociaciones Civiles, Organizaciones no Gubernamentales y Fundaciones, según corresponda el caso. Indica al solicitante a que instancia acudirá y la documentación que deberá presentar.
Coordinación de Atención Ciudadana	12	Solicita copia de alguno de los siguientes documentos: resumen médico, receta médica, nota médica, orden de auxiliar de diagnóstico, orden de laboratorio, orden de material quirúrgico, referencia, contrareferencia, carnet de citas. Para tener un antecedente de la petición del solicitante, registra en la base de datos, otorga número de control de gestión y mantiene proceso.
Coordinación de Atención Ciudadana	13	Se comunica con el solicitante en un plazo no mayor a 20 días hábiles para darle a conocer el seguimiento de su solicitud.
Coordinación de Atención Ciudadana	14	¿Es canalizado por alguna instancia o representante legal? Si – continúa la actividad 15. No – continúa la actividad 16.
Coordinación de Atención Ciudadana	15	Elabora respuesta por escrito al gestor y entrega.
Coordinación de Atención Ciudadana	16	Captura respuesta en Sistema de Control de Gestión y archiva.
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

6. Diagrama de flujo



7.- Formatos

Ficha de registro de peticiones

5.4 Integración del expediente médico-social y aprobación del apoyo asistencial

1. Objetivo

Integrar la documentación necesaria para brindar respuesta a los ciudadanos que solicitan apoyo económico asistencial, previa autorización del Secretario de Salud y Director General del O.P.D. Salud de Tlaxcala.

2. Alcance

- Aplica a la Coordinación de Atención Ciudadana y áreas administrativas del O.P.D. Salud de Tlaxcala.

3. Políticas de operación

- a. La atención a la ciudadanía que solicita los servicios en materia de salud podrá ser escrita o a través de otros medios como: teléfono o correo electrónico.
- b. Las solicitudes de apoyo que sean remitidas por alguna Institución Gubernamental o no Gubernamental, deberá presentarse en hoja membretada y con la debida justificación que el caso amerite.
- c. Todas las solicitudes recibidas serán atendidas de forma personalizada para conocer la necesidad de apoyo y poder ofrecer alguna alternativa de solución.
- d. En caso de que la solicitud no sea competencia de Salud de Tlaxcala, se orientará y apoyará al peticionario para que acuda ante otra instancia que pueda satisfacer su requerimiento.
- e. Todas las solicitudes de apoyo económico asistencial deberán ser realizadas por el paciente o familiar directo de este, dirigidas al Secretario de Salud y Director General de O.P.D. Salud de Tlaxcala, especificando el apoyo requerido.
- f. La atención será de manera personalizada a la Ciudadanía que solicita apoyo económico-asistencial, integrando Expediente médico – social que lo justifique.
- g. El trámite para solicitud de apoyo económico asistencial estará integrado por un expediente médico- social que deberá contener:
 - Solicitud de apoyo por escrito.
 - Documento médico que acredite el apoyo solicitado.

- Identificación oficial del paciente, en caso de ser menor de edad acta de nacimiento.
 - Cédula Única de Registro de Población (CURP) del paciente.
 - Identificación oficial del solicitante o familiar responsable del paciente.
 - Comprobante de domicilio.
 - Estudio socioeconómico aplicado por Trabajo Social asignado a la Coordinación de Atención Ciudadana o de Unidad Médica.
 - Visita domiciliaria realizada por Trabajo Social asignado a la Coordinación de Atención Ciudadana.
- h. En caso de que la solicitud no contenga los requisitos necesarios, la Coordinación de Atención Ciudadana pedirá al solicitante reúna los documentos para la adecuada integración de su expediente médico social que permita continuar con el trámite.
- i. Se podrá omitir el comprobante de domicilio en los casos de urgencia siempre y cuando el paciente o beneficiario no haya realizado cambio de domicilio y su identificación oficial corresponda a su residencia actual.
- j. En los casos de los migrantes indocumentados y/o indigentes que no dispongan de documentos oficiales que permita comprobar su identidad y/o residencia domiciliaria, únicamente se justificará el apoyo con la solicitud emitida por el Director de la unidad médica y avalada por la nota de trabajo social y orden médica que establezca alguno de los siguientes servicios: Material Quirúrgico y de Osteosíntesis, Suministros Médicos, Medicamentos y Productos Farmacéuticos, Servicios con terceros, para Estudios Auxiliares de Diagnóstico y Servicios Médicos.
- k. Cuando una solicitud de apoyo económico-asistencial sea recibida en otra área administrativa o Unidad Médica de Primer, Segundo o Tercer Nivel de Atención, esta deberá ser remitida de forma inmediata a la Coordinación de Atención Ciudadana para valorar su viabilidad y en caso procedente, deberá cumplir con los requisitos para tal efecto.
- l. El otorgamiento de las ayudas asistenciales estarán superditada a la suficiencia presupuestal de la partida 4411, en apego estricto a la normatividad de cumplimiento de la partida.
- m. El otorgamiento de apoyos asistenciales para la persona que esté en condiciones de extrema pobreza, podrá ser cubierto de forma excepcional hasta el 100% del apoyo,

en los casos en los que se cuente con la suficiencia presupuestal de la partida 4411 en el mes que corresponda.

- n. El otorgamiento de apoyos asistenciales para la persona que por la urgencia de atención médica, entendida esta como aquella que pone en riesgo, la vida, el órgano o la función, tiempo de tratamiento, costo o duración de este afecte el bienestar socioeconómico de la familia, podrá ser cubierto de forma excepcional hasta el 100% del apoyo, aunque la ficha socioeconómica inicial arroje un nivel de bienestar material superior, en los casos en los que se cuente con la suficiencia presupuestal de la partida 4411 en el mes que corresponda.
- o. El otorgamiento de apoyos asistenciales para la persona tipificada como víctima consistirá en los servicios establecidos en el artículo 30 de la Ley General de Víctimas, podrá ser cubierto de forma excepcional hasta el 100% del apoyo, en los casos en los que se cuente con la suficiencia presupuestal de la partida 4411 en el mes que corresponda.
- p. El otorgamiento de apoyos asistenciales para servidores públicos que fue derivado de un daño a su salud durante el cumplimiento de sus funciones oficiales, podrá ser cubierto de forma excepcional hasta el 100% del apoyo, en los casos en los que se cuente con la suficiencia presupuestal de la partida 4411 en el mes que corresponda.
- q. El otorgamiento de apoyo en insumos médicos que sean por tiempos prolongados, se le podrá otorgar el apoyo por un periodo máximo de tres meses, y podrá ser renovada la solicitud cada año.
- r. El otorgamiento de apoyo en insumos médicos, estudios de diagnóstico, intervenciones, servicios médicos y apoyos funcionales, el monto de apoyo que se podrá otorgar al solicitante será regidos por la Tasa de apoyo real por nivel socioeconómico (porcentaje).
- s. En caso de que el importe de apoyo solicitado por el paciente asentado en el formato de solicitud de apoyo, sea menor al importe máximo de apoyo que le corresponde de acuerdo a la Tasa de apoyo real por nivel socioeconómico, se le otorgará el importe asentado en el formato de solicitud de apoyo.
- t. Todas las solicitudes de apoyo deberán tener el diagnóstico clínico y congruencia clínica diagnóstica.

- u. Todos los apoyos otorgados por parte del O.P.D. Salud de Tlaxcala serán en especie y para el caso de pagos a otras instituciones, compra de insumos o pago de servicios se realizará de manera directa entre el O.P.D. Salud de Tlaxcala y la institución, bajo ninguna circunstancia se le entregará dinero en efectivo al solicitante o peticionario.
- v. Todas las solicitudes de apoyo recibidas deberán de registrarse en el Archivo Electrónico de Control de Gestión independiente de la resolución que se tenga.

4. Referencias normativas

- Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
D.O.F. 5/02/1917 Última Reforma 07/07/2014.
- Ley de Salud del Estado de Tlaxcala.
P.O. 15/02/1985 Reformada 28/11/2000.
- Artículo 6o de la Ley de Asistencia Social del Estado de Tlaxcala.
- Artículo 19; Artículo 23 Fracciones I, II, III, IV Y V del Reglamento interior del O.P.D. Salud de Tlaxcala.

5. Descripción de actividades

Integración del expediente médico-social y aprobación del apoyo asistencial		
Responsable	No.	Descripción
Solicitante	1	Presenta solicitud de apoyo de forma escrita, comparecencia, vía telefónica o correo electrónico.
Coordinación de Atención Ciudadana	2	Atiende y recaba datos personales del solicitante y paciente (nombre, edad, domicilio, número telefónico y quien lo canaliza) en la Ficha de registro de peticiones.
Solicitante	3	Expone su petición.
Coordinación de Atención Ciudadana	4	Analiza el caso y/o la documentación sustentable que le permita ofrecer alternativa de apoyo y le informa al solicitante.
Solicitante	5	¿Quién presenta la solicitud? Representante o gestor – continúa actividad 6 Beneficiario – continúa actividad 7
Coordinación de Atención Ciudadana	6	Solicita la presencia del beneficiario o familiar directo y se pone en contacto con él vía telefónica, correo electrónico o mediante la visita domiciliaria.
Coordinación de Atención Ciudadana	7	Solicita la siguiente documentación para integrar Expediente médico-social:

		<ul style="list-style-type: none"> solicitud por escrito al Secretario de Salud y Director General del O.P.D. Salud de Tlaxcala, identificación oficial del paciente, en caso de ser menor de edad acta de nacimiento, Clave Única de Registro de Población (CURP) del paciente, identificación oficial del solicitante, comprobante de domicilio, carnet de citas, y documento médico como: resumen médico, receta médica, nota médica, orden de auxiliar de diagnóstico, orden de laboratorio y orden de material quirúrgico. <p>Para el caso de pacientes indigentes, indocumentados o víctimas, deberán agregar:</p> <ul style="list-style-type: none"> La nota de trabajo social.
Solicitante	8	Entrega documentación requerida.
Coordinación de Atención Ciudadana	9	¿Está completa la documentación? Si.- continúa actividad 10. No.- regresa actividad 7.
Unidad de atención ciudadana	10	Aplica estudio socioeconómico al solicitante y programa para visita domiciliaria.
Coordinación de Atención Ciudadana	11	Realiza visita domiciliaria al paciente y llena formato.
Coordinación de Atención Ciudadana	12	Con base al resultado del estudio socioeconómico y visita domiciliaria se determina el porcentaje de apoyo en apego a la tabla de "tasa de apoyo real por nivel socioeconómico (porcentaje)" y ambos formatos se integran al expediente médico social.
Unidad de Atención Ciudadana	13	Registra en base de datos, otorga número de Control de Gestión y lo mantiene pendiente.
Coordinación de Atención Ciudadana	14	Elabora oficio de respuesta al beneficiario y recaba rubrica de visto bueno del Director(a) de Atención Especializada a la Salud o la Director(a) de Atención Primaria a la Salud, según sea el caso.
Coordinación de Atención Ciudadana	15	Recaba firma del Secretario de Salud y Director General del OPD Salud Tlaxcala y lo integra al expediente.
Coordinación de Atención Ciudadana	16	Notifica al solicitante el apoyo autorizado e indica donde, cuando y como será otorgado el apoyo, así como porcentaje del monto autorizado.
Solicitante	17	¿El paciente acepta?

		Sí: continúa actividad 18. No: continúa actividad 21.
Coordinación de Atención Ciudadana	18	Cita al beneficiario para firma de apoyo recibido.
Coordinación de Atención Ciudadana	19	Firma de conformidad el recibo o factura según sea el caso.
Coordinación de Atención Ciudadana	20	Ejecuta trámite de comprobación de gastos bajo la normatividad y a través de los formatos señalados por el Departamento de Planeación y Finanzas.
Coordinación de Atención Ciudadana	21	Captura respuesta en Control de Gestión y archiva el expediente.
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

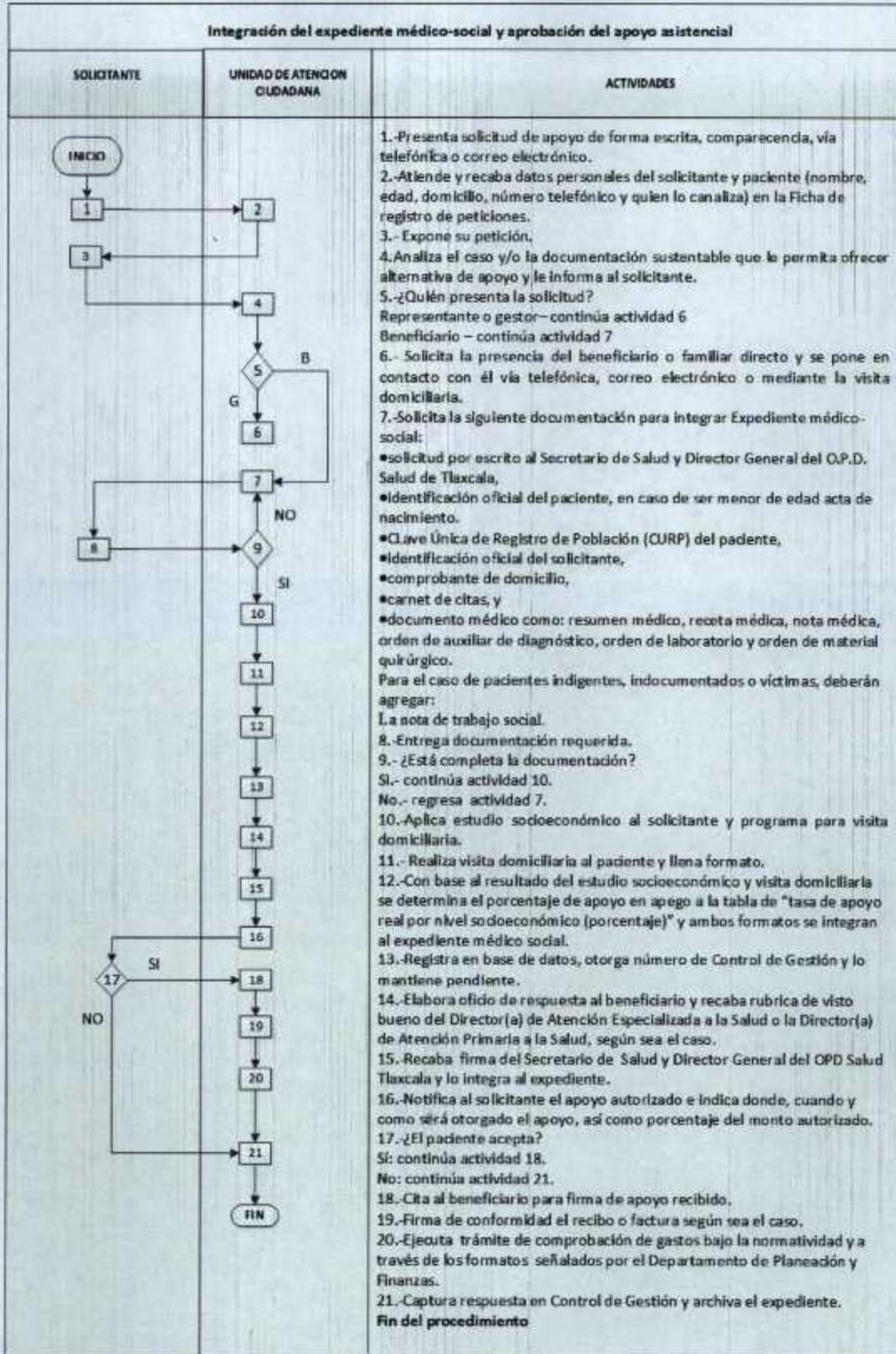
6.-Diagrama de flujo

DA

18

18

[Handwritten signature]



7.-Formatos

- Formato de Visita Domiciliaria.
- Ficha de registro de peticiones
- Ficha Socioeconómico inicial.
- Nota de Trabajo Social.

X
D
F

H

6. Anexos

- Ficha Socioeconómico inicial

	SISTEMA DE CUOTAS DE RECUPERACION NIVEL NACIONAL
SECRETARIA DE SALUD	
UNIDADES APLICATIVAS PRESTADORAS DE SERVICIOS MEDICO- ASISTENCISTENCIALES	
FICHA SOCIOECONOMICO INICIAL	

UNIDAD: _____ (1)	FECHA: _____ (2)
SERVICIO: _____ (3)	No. DE EXP: _____ (4)
No. DE CAMA: _____ (5)	SITUACION LEGAL: _____ (6)
REFERENCIA: _____ (7)	
CONTRAREFERENCIA: _____ (8)	
INGRESO HOSPITALARIO: 1° VEZ () REINGRESO () NIVEL SOCIOECONOMICO _____ (10)	

DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

NOMBRE: _____ (11)	APELLIDO MATERNO _____ (12)	APELLIDO PATERNO _____ (13)	NOMBRE (S) _____ (14)
FECHA DE NACIMIENTO: _____	SEXO: M () F ()	ESTADO CIVIL: SOLTERO () CASADO () VIUDO () DIVORCIADO () UNION LIBRE ()	
ESCOLARIDAD: _____ (15)	COMPLETA () INCOMPLETA () _____ (16)		
OCUPACION: _____ (17)	RELIGION: _____ (18)	ORIGINARIO: _____ (19)	
DERECHOHABIENTE DE: LM.S.S.() I.S.S.S.T.E.() OTRO: _____ (20)			
DOMICILIO PERMANENTE _____ (21)	CALLE _____	No. EXT. _____	No. INT. _____
COLONIA _____	MUNICIPIO O DELEG. _____	C.P. _____	CIUDAD. ESTADO _____
DOMICILIO TEMPORAL: _____ (23)	CALLE _____	No. EXT. _____	No. INT. _____
COLONIA _____	MUNICIPIO O DELEG. _____	C.P. _____	CIUDAD. ESTADO _____
NOM. DEL FAMILIAR O RESPONSABLE: _____	_____ (25)	PARENTESCO: _____ (26)	
DOMICILIO DEL PRESPOSABLE: _____ (27)	CALLE _____	No. EXT. _____	No. INT. _____
COLONIA _____	MUNICIPIO O DELEG. _____	C.P. _____	CIUDAD. ESTADO _____
DIAGNOSTICOMEDICO: _____ (29)			

GRUPO FAMILIAR	CALIF.
10 o MAS INTEGRANTES	0
7 A 9 INTEGRANTES	1
4 A 6 INTEGRANTES	2
1 A 3 INTEGRANTES	3

(30)

OCUPACION	CALIF.
DESEMPLEADOS	0
SUBEMPLEADOS	1
OBROSOS	2
EMPLEADOS	3
TECNICO	4
PROFESIONISTA EMPRESARIO Y/O EJECUTIVO	5

(31)

**SISTEMA DE RECUPERACION
NIVEL NACIONAL**

INGRESO FAMILIAR (PROMEDIO MENSUAL)	
JEFE DE FAMILIA	\$ 32
ESPOSO (A)	\$
HUJO (A)	\$
TOTAL:	33

EGRESO FAMILIAR (PROMEDIO MENSUAL)	
ALIMENTACION	\$
RENTA O PREDIO	\$
AGUA	\$
LUZ	\$
COMBUSTIBLE	\$
TRANSPORTE	\$
EDUCACION	\$
CONSUMOS ADICIONALES	\$
	\$
TOTAL:	\$ 34

SALARIO	CALIF.
SIN SALARIO	0
- DEL SALARIO MINIMO	1
SALARIO MINIMO	2
+ DEL SALARIO MINIMO	3
2 A 3 VECES EL SALARIO MINIMO	4
4 A 5 VECES EL SALARIO MINIMO	5

SITUACION ECONOMICA	CALIF.
INDIGENCIA	0
DEFICIT	1
EQUILIBRIO	2
SOLVENTE	3
EXCEDENTE	4

TIPO DE VIVIENDA	CALIF.
SIN VIVIENDA	0
JACA/ZA	1
VECINDAD/CUARTOS IMPROVISADOS	2
CASA/DEPTO. POPULAR	3
CASA/ DEPTO. RESIDENCIAL	4

NUMERO DE DORMITORIOS	CALIF.
VIVIENDA DE UN CUARTO	0
VIVIENDA CON 1 DORMITORIO	1
VIVIENDA CON 2 DORMITORIOS	2
VIVIENDA CON 3 DORMITORIOS	3
VIVIENDA CON 4 o + DORMITORIOS	4

DIAGNOSTICO SOCIAL: 39

SUMA DE LAS CALIFICACIONES	
GRUPO FAMILIAR	
OCUPACION	
SALARJO	
SITUACION ECONOMICA	
TIPO DE PROPIEDAD	
NUMERO DE DORMITORIOS	
TOTAL DE PUNTOS	40

ESCALA DE CALIFICACION						
0-3	4-6	7-9	10-12	13-17	18-21	22-25
EXENTO	1	2	3	4	5	6

41
NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL

EL ENTREVISTADO MANIFIESTA QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS Y ASENTADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON VERDADEROS Y ACEPTA QUE SEAN CORROBORADOS POR LA SECRETARIA DE SALUD EN EL MOMENTO QUE SE DECIDA.

42
NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO

• **Instructivo de llenado de Ficha Socioeconómico inicial**

- 1 Nombre completo de la Unidad médica o Unidad Administrativa
- 2 Con números arábigos día, mes y año en que se aplica el formato
- 3 Nombre del servicio donde el paciente se encuentra hospitalizado o en proceso de atención médica (consulta externa o urgencias)
- 4 El número asignado por el servicio de admisión o registros médicos
- 5 Con números arábigos el número de cama en caso que se encuentre hospitalizado
- 6 Anotar si es caso médico legal
- 7 Si el paciente llegó referido de otra Unidad médica
- 8 Si el paciente será contra referido o enviado a otro nivel de atención
- 9 Anotar con una cruz si es de primera vez o es reingreso
- 10 Este rubro se llenará al final de la aplicación de la ficha, cuando se conozca el nivel socioeconómico de la familia
- 11 El nombre completo del paciente, iniciando por apellido paterno, materno y nombres
- 12 Con números arábigos día, mes y año en que nació el paciente
- 13 Marcar con una cruz si es Masculino o femenino
- 14 Marcar la condición del paciente en relación a derechos y obligaciones civiles: soltero, casado, viudo, unión libre, otro.
- 15 Ultimo grado de estudios que haya cursado o la palabra "ninguna" si es analfabeta
- 16 Con una cruz si el ultimo grado de estudios fue concluido o no
- 17 El nombre del empleo, oficio o actividad que desempeña en la actualidad
- 18 Creencia o doctrina que tiene
- 19 Lugar de nacimiento, localidad y entidad Federativa
- 20 Marque con una "X" el servicio médico al que tiene derecho y numero de afiliación si se cuenta
- 21 El nombre completo de la calle, numero exterior e interior de la vivienda, colonia, localidad, municipio, código postal y entidad federativa del lugar.
- 22 Con números arábigos anotar el número telefónico donde se puede localizar al paciente, familiares o responsables de él.
- 23 Solo si el paciente se encuentra hospedado en un lapso de corto tiempo en un domicilio diferente al suyo, el nombre completo de la calle, numero exterior e interior de la vivienda, colonia, localidad, municipio, código postal y entidad federativa del lugar.

- 24 Con números arábigos anotar el número telefónico donde se puede localizar al paciente, familiares o responsables donde se aloja temporalmente el paciente.
- 25 El nombre completo iniciando por el nombre(s) apellido paterno y materno de la persona que se haga responsable del paciente a la Unidad médica o Administrativa.
- 26 Vínculo o relación consanguínea que tiene el familiar o responsable con el paciente. Si no hay parentesco definir relación que los une: vecino, amigo, patrón, compadre, etc.
- 27 El nombre completo de la calle, número exterior e interior de la vivienda, colonia, localidad, municipio, código postal y entidad federativa del familiar o responsable del paciente ante la Unidad médica o administrativa.
- 28 Con números arábigos anotar el número telefónico donde se puede localizar al paciente, familiares o responsables para tratar asuntos relacionados con el paciente.
- 29 Diagnostico de ingreso contra diagnostico de egreso del paciente.
- 30 Anotar el número que corresponda al número de integrantes de la familia a la que pertenece el paciente.
- 31 Anotar el número que corresponda al empleo, oficio o actividad que desempeña el paciente o jefe de familia, especifique los medios o formas de obtención de ingresos: comerciante, chofer, ayudante, etc.
- 32 Las percepciones del paciente, familiares, parientes u otros que aporten dinero al hogar, consignados de manera mensual.
Total.- La suma total del ingreso familiar
- 33 Las cantidades que se dedican por mes a cada uno de estos conceptos. Especificar el concepto de los egresos adicionales (compra de medicamentos, créditos etc.)
TOTAL.- La suma de todas las cantidades de egreso mensual.
- 34 Anotar el número que corresponda al total de salarios mínimos vigente en el Estado, percibidos por la familia.
- 35 Anotar el número, de acuerdo a la percepción profesional obtenida de la información de los apartados llenados en la ficha socioeconómico inicial.
- 36 Tipo de vivienda del paciente, tomando en cuenta los materiales de que esta hecha y si cuenta con sala, comedor y cocina.
- 37 El número que corresponde al numero de dormitorios, tomando en cuenta el numero de personas que duermen en cada uno, además si la vivienda es compartida o prestada.
- 38 En forma resumida la interpretación profesional de las condiciones sociales, económicas y familiares del paciente, de acuerdo al caso aspectos complementarios no incluidos anteriormente, como: estado emocional del

paciente, presencia de adicciones, actitud de la familia, grado de responsabilidad de esta ante la patología presente, que será la base para el seguimiento del caso.

- 39 Calificación del total de apartados llenados para determinar nivel socioeconómico
- 40 Marcar la escala de acuerdo al total de puntos obtenidos en el apartado 39
- 41 Nombre completo, iniciando por nombre(s), apellido paterno y materno, así como firma del Trabajador Social que llevó a cabo el llenado del formato hasta ésta etapa.
- 42 Nombre completo y firma de la persona que proporciona los datos (paciente, familiar directo o persona responsable del paciente ante la Unidad médica o administrativa).

X

D

T

T

T

• **Formato de Visita Domiciliaria**

**CONSTANCIA DE ATENCION A PETICION
VISITA DOMICILIARIA**

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____ (1)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ (2) EDAD (3) _____

DIRECCION: _____ (4) TELEFONO (5) _____

LOCALIDAD: _____ (6) MUNICIPIO: _____ (7) FECHA (8) _____

PETICION: _____ (9)

RESULTADO DE LA VISITA DOMICILIARIA

(10)

(11)
NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADOR

(12)
NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO

• **Instructivo de llenado del Formato de Visita Domiciliaria**

1. Nombre completo del peticionario o familiar directo del paciente
2. Nombre(s) y apellidos del paciente
3. Años cumplidos del paciente, meses si es menor de un año o días si es recién nacido
4. Nombre completo de la calle, número exterior e interior de la vivienda donde habita el paciente.
5. Con números arábigos anotar el número telefónico donde se puede localizar al paciente, familiares o responsables de él.
6. Comunidad, Barrio, Colonia o Unidad habitacional donde se encuentra ubicada la vivienda
7. Municipio al que pertenece la Comunidad, Barrio, Colonia o Unidad habitacional donde está ubicada la vivienda.
8. Con números arábigos día, mes y año en que se realiza la visita
9. Apoyo requerido
10. Interpretar y describir la situación familiar y socioeconómica de la familia con lo que observa fuera y dentro de la casa visitada, tomando en cuenta los siguientes puntos: tipo de familia, número de integrantes, ocupación, organización, ingreso, aportación y egreso al gasto familiar de cada miembro, derechohabiencia médica y social; diagnóstico y tiempo de tratamiento del paciente, nivel educativo, desarrollo intercultural, redes de apoyo familiares y sociales. Ubicación geográfica, propiedad, tipo de construcción, constitución y servicios de la vivienda. Interpretar y valorar la clasificación de la situación familiar y socioeconómica de acuerdo a los estándares de bienestar en los hogares.
11. Nombre completo, iniciando por nombre(s), apellido paterno y materno, así como firma del Trabajador Social que llevó a cabo el llenado del formato.
12. Nombre completo y firma de la persona que proporciona los datos (paciente, familiar directo o persona responsable del paciente ante la Unidad médica o administrativa).

- Formato de nota de trabajo social

NOTA DE TRABAJO SOCIAL

UNIDAD MEDICA: _____ (1)		No. EXPEDIENTE _____ (2)	
NOMBRE: _____ (3)		FECHA DE NAC. _____ (4)	
EDAD: _____ (5)	SEXO: _____ (6)	SERVICIO: _____ (7)	CAMA _____ (8) SITUACION
LEGAL _____ (9)	INGRESO HOSPITALARIO: (10) 1ª VEZ () REINGRESO ()		

DESCRIPCION	
(11)	<div style="text-align: center; margin-top: 100px;">(12)</div> <div style="text-align: right; margin-top: 100px;">(13)</div>

- **Instructivo de llenado del formato de nota de trabajo social**

1. Nombre de la Unidad médica o Administrativa donde se realiza la nota de Trabajo Social
2. El número de expediente asignado por el servicio de admisión o registros médicos
3. Nombre(s) y apellidos del paciente
4. Con números arábigos día, mes y año en que nació el paciente
5. Años cumplidos del paciente, meses si es menor de un año o días si es recién nacido
6. Sexo del paciente
7. Nombre del servicio donde el paciente se encuentra hospitalizado o en proceso de atención médica (consulta externa o urgencias)
8. Anotar con números arábigos el número de cama si se encuentra hospitalizado
9. Anotar si es caso médico legal
10. Anotar con una cruz si es de primera vez o es reingreso
11. Con números arábigos día, mes, año y hora en que se realiza la nota
12. Describir seguimiento del caso del paciente desde su ingreso hasta su egreso, tomando en cuenta la situación familiar, económica, social, psicológica, laboral y legal que afecten el tratamiento del paciente y en caso necesario las alteraciones detectadas en la dinámica familiar. La información no deberá omitir: diagnóstico, tratamiento y plan social
13. Al final de cada anotación se deberá plasmar nombre y firma de quien realiza la nota.

X
D

4

7

• **Ficha de registro de peticiones**

 TLX CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAQUEHALA 1997-2021	SESA SECRETARÍA DE SALUD	COORDINACION DE ATENCION CIUDADANA FICHA DE REGISTRO DE PETICIONES
--	------------------------------------	---

No. de control interno. **1**

Fecha. **2**

 3
Procedencia

Medio por el que se recibe la petición **4**

Vía telefónica ()

Comparecencia ()

Whatsapp ()

Correo electrónico ()

5 Tel.

Tel.

Tel.

Solicitante. <u> </u> 6	Parentesco. <u> </u> 7
Paciente. <u> </u> 8	
Fecha de nacimiento. <u> </u> 9	Edad. <u> </u> 10
Domicilio. <u> </u> 11	
Petición. <u> </u> 12	
<u> </u>	
Persona que registra. <u> </u> 13	
Turnado a. <u> </u> 14	

- **Instructivo de llenado de Ficha de registro de solicitante**
- 1. Anotar el número de control del control de gestión interno.
- 2. Con números arábigos anotar día, mes y año del llenado de la ficha de registro.
- 3. Anotar nombre de la persona, Institución, Asociación o Unidad Administrativa que lo envía.
- 4. Marca con una X el medio por el cual llego la petición (vía telefónica, comparecencia, Whatsapp o correo electrónico).
- 5. Anotar el número telefónico y/o dirección de correo electrónico del peticionario, gestor, Institución, Asociación o Unidad Administrativa según corresponda.
- 6. Nombre completo del peticionario, gestor, Institución, Asociación o Unidad Administrativa según corresponda.
- 7. Anotar la relación que se establece entre el paciente y el solicitante.
- 8. Nombre completo del paciente.
- 9. Con números arábigos anotar el día, mes y año de nacimiento del paciente.
- 10. Con números arábigos anotar la edad del paciente.
- 11. Nombre de la calle, número, colonia, localidad y municipio del paciente.
- 12. Anotar la atención que el paciente requiere, atención médica, material de osteosíntesis o alguna otra gestión.
- 13. Anotar el nombre de la persona que registra la petición.
- 14. Anotar el nombre de la persona a quien se le turna la petición para su atención.

X
D

PL

PL

- **Tasa de apoyo real por nivel socioeconómico (porcentaje)**

Para determinar el apoyo asistencial a la ciudadanía se va a tener la siguiente metodología que consta de dos criterios para su cálculo.

1er. Criterio: es de acuerdo al monto solicitado el cual tendrá un tope de apoyo máximo, teniendo 8 niveles.

- De \$1.00 a \$10.000.00, hasta del 100%
- De \$10.001.00 a \$ 20.000.00, hasta del 90%
- De \$20.001.00 a \$30.000.00, hasta del 80%
- De \$30.001.00 a \$40.000.00, hasta del 70%
- De \$40.001.00 a \$50.000.00, hasta del 65%
- De \$50.001.00 a \$70.000.00, hasta del 55%
- De \$70.001.00 a \$100.000.00, hasta del 35%
- De \$100.001.00 a \$300.000.00, hasta del 25%

2do. Criterio para el cálculo será de acuerdo al nivel socio económico del ciudadano, el cual tendrá 7 niveles, en donde el nivel exento podrá tener hasta el 100%.

- El nivel exento podrá tener hasta el 100% de apoyo
- Nivel socioeconómico (EXENTO) podrá tener hasta el 100% de apoyo.
- Nivel socioeconómico (1) podrá tener hasta el 90% de apoyo.
- Nivel socioeconómico (2) podrá tener hasta el 83% de apoyo.
- Nivel socioeconómico (3) podrá tener hasta el 76 % de apoyo.
- Nivel socioeconómico (4) podrá tener hasta el 65% de apoyo.
- Nivel socioeconómico (5) podrá tener hasta el 50% de apoyo.
- Nivel socioeconómico (6) podrá tener hasta el 40% de apoyo.

Por lo tanto para tener la tasa real de apoyo vamos a multiplicar el porcentaje del nivel Socioeconómico por el porcentaje del tope de la solicitud de apoyo.

			TASA DE APOYO REAL POR NIVEL SOCIOECONOMICO (PORCENTAJE)						
			EXCENTO	1	2	3	4	5	6
CANTIDAD	MONTO	%	100	90	83	76	65	50	40
\$100.001.00	\$300.000.00	25.00	25.00	22.50	20.75	19.00	16.25	8.75	6.25
\$70.001.00	\$100.000.00	35.00	45.00	40.50	37.35	34.20	29.25	15.75	11.25
\$50.001.00	\$70.000.00	55.00	55.00	49.50	45.65	41.80	35.75	19.25	13.75
\$40.001.00	\$50.000.00	65.00	65.00	58.50	53.95	49.40	42.25	22.75	16.25
\$30.001.00	\$40.000.00	70.00	70.00	63.00	58.10	53.20	45.50	24.50	17.50
\$20.001.00	\$30.000.00	80.00	80.00	72.00	66.40	60.80	52.00	28.00	20.00
\$10.001.00	\$20.000.00	90.00	90.00	81.00	74.70	68.40	58.50	31.50	22.50
\$1.00	\$10.000.00	100.00	100.00	90.00	83.00	76.00	65.00	35.00	25.00

7. Glosario

Salud de Tlaxcala: Hace referencia a la Secretaría de Salud y al Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala.

Solicitante.- Población abierta.

Expediente médico-social.- Conjunto de documentos médico, personal y social que acrediten el apoyo solicitado y el nivel Socioeconómico de la familia.

Apoyo económico: de acuerdo a lo que establezca el clasificador por objeto del gasto de la partida 4411.

Apoyos Funcionales.- Sillas de ruedas, bastones, andaderas, Auxiliares Auditivos y material de osteosíntesis que no cubre el Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

Insumos para la Salud.- Medicamentos de Cuadro Básico, material de curación, material quirúrgico, soluciones y equipos de venoclisis incluidos en los fondos fijos de esta Institución.

Primer Nivel de Atención.- Centros de Salud, Módulos Dentales, Unidades Médicas Móviles, Centros Integrales de Salud Mental y Atención de Adicciones, Centros Nueva vida y Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS).

Segundo Nivel de Atención.- Hospitales Comunitarios, Hospitales Generales, Hospital Regional y Unidades de Especialidad Médica.

Tercer Nivel de Atención.- Hospital Infantil, Hospital de la Mujer, Institutos Nacionales, Hospitales de Especialidad y Alta Especialidad.

Solicitante: el término hace referencia a un representante legal o gestor de una persona, ciudadano, institución pública o institución privada.

Solicitudes de tipo Administrativo.- Peticiones del rubro de salud para beneficio Comunitario.

Unidades Administrativas.- Direcciones, Jurisdicciones Sanitarias, Departamentos, Jefaturas de Oficina y Coordinaciones del O.P.D. Salud de Tlaxcala.

Urgencia médica: Estado de salud que requiere atención inmediata y en el que se encuentra la persona, que pone en riesgo su vida, el órgano o la función del órgano, así como el empeoramiento de una enfermedad crónica.