Programa de Prevención y Tratamiento de los Centros de Integración Juvenil

Sistema de planeación, registro, seguimiento y consulta

Manual de usuario

Centros de Integración Juvenil, A.C.

Sistema desarrollado por Centros de Integración Juvenil, A.C. ® 2019 Todos los derechos reservados

Contenido

Propósito del documento 7
Qué es CIJ v3.0 7
Tipos de usuarios 7
Acceso al sistema 8
Confirmación de cuenta 8
Login 9
Olvidé contraseña 10
Cambiar contraseña 11
Cerrar sesión. 12
Administración del sistema 13
Usuarios 13
Perfiles 16
Consulta 16
Registro 17
Edición 18
Eliminar 21
Catálogos 22
Administración 22
Consulta 23
Registro 25
Edición 25
Expediente Clínico Electrónico 26
Firma electrónica 26
Selección de pacientes 27
Habilitar expediente 30
Consulta externa 33
Nuevo paciente 33
Entrevista inicial de familiares 45
Consulta 48

Consultar paciente 53
Capturar formatos 56
Evaluación Clínica y Diagnóstico 57
Historia Clínica 57
Estudio Socioeconómico 71
Reingreso 78
Tratamiento 87
Nota Clínica de Evolución 87
Egreso 94
Egreso 94
Referencia/ Contrarreferencia 99
Referencia 99
Contrarreferencia 104
Servicios complementarios 107
Solicitud Visita Domiciliaria 107
Rescate Visita Domiciliaria 109
Evaluación Familiar 112
Violencia Familiar o Sexual 116
Registro de Puntos Acupunturales 120
Algoritmo Tamizaje y Diagnóstico de Problemas de Alcohol 126
Cuestionario de Dependencia Nicotina de Fagerström 132
Cuestionario de Motivos de Consumo de Tabaco 136
Pruebas Psicológicas Clinimetría 139
Cuestionario de Confianza Situacional Breve 142
Inventario de Situaciones de Consumo Alcohol (ISCA) 145
Tipificación de Riesgo VIH 147
Documentos anexos 150
Formatos de carga 150
Hospitalización 152
Nuevo paciente 152
Consultar paciente 163

Capturar formatos 165
Valoración y Admisión 167
Historia Clínica 167
Estudio Socioeconómico 179
Evaluación Clínica Psicológica 187
Evaluación Familiar 191
Violencia Familiar o Sexual 195
Hoja de Admisión 200
Historia Clínica Pediátrica 205
Reingreso 212
Pruebas 220
Pruebas Psicológicas Clinimetría 220
Tipificación de Riesgo VIH 223
Tratamiento 226
Nota Clínica Evolución 226
Evolución 233
Indicaciones 235
Hoja de Enfermería 237
Egreso 242
Hoja de Egreso 242
Referencia/ Contrarreferencia 247
Referencia 247
Contrarreferencia 251
Servicios de Ayuda 254
Solicitud Visita Domiciliaria 254
Rescate Visita Domiciliaria 256
Documentos anexos 259
Formatos de carga 259
Reducción de daños 262
Nuevo paciente 262
Consultar paciente 272

Capturar formatos 275
Valoración y Admisión 276
Historia Clínica 276
Estudio Socioeconómico 288
Evaluación Clínica Psicológica 296
Evaluación Familiar 300
Violencia Familiar o Sexual 304
Reingreso 309
Pruebas 317
Pruebas Psicológicas Clinimetría 317
Tipificación de Riesgo VIH 320
Tratamiento 323
Nota Clínica Evolución 323
Nota Evolución Tx con Metadona 330
Registro de Integración y Reinserción Social 338
Egreso 340
Hoja de Egreso 341
Referencia/ Contrarreferencia 345
Referencia 345
Contrarreferencia 349
Servicios de Ayuda 352
Solicitud Visita Domiciliaria 352
Rescate Visita Domiciliaria 354
Documentos anexos 357
Formatos de carga 357
Prevención 360
Consulta de catálogos 361
Registro de actividades 362
Consulta de actividades 371
Voluntariado 373
Consulta de catálogo de voluntariado 373

Capacidad Operativa Instalada (COI) 374
Elementos para la Planeación 376
Ligas de Apoyo 376
Histórico de Acciones y Cobertura 378
Proceso de Planeación 379
Elaboración de Planeación 380
Validación de Planeación 385
Consulta 388
Rechazo de planeación 388
Aprobación de planeación 390
Revisión de Planeación 391
Avance Operativo vs Planeación 392
Consulta 392
Cédula CIJ 393
Consulta 395
Registro 396
Edición 402
Eliminar 404
Convenios 404
Administración de Instituciones 405
Consulta 406
Registro 407
Edición 408
Eliminar 409
Catálogo de convenios 410
Consulta 410
Servicios de apoyo al tratamiento ..... ¡Error! Marcador no definido.
Consulta Externa 413
Consulta 413
Registro 413
Hospitalización 414

Consulta 414
Registro 414
Servicios de investigación ..... ¡Error! Marcador no definido.
Consulta 416
Registro 417

Propósito del documento

Detallar la estructura y funciones del sistema CIJ v3.0, para su correcto uso y consulta.

Qué es CIJ v3.0

El Programa de Prevención y Tratamiento de los Centros de Integración Juvenil es un sistema de planeación, registro, seguimiento y consulta de los pacientes que llegan de manera voluntaria o a través de algún familiar para tratamiento de sus adicciones a ciertas sustancias. El seguimiento de dicho tratamiento es fundamental para la recuperación total del paciente y su reintegración a la sociedad. Además de esto, también encontramos otros módulos dentro del CIJ 3.0:

- A través de la capacidad operativa instalada los directores de cada unidad operativa realizan el proceso de planificación de las actividades que se realizarán el siguiente año.
- Registro de actividades en materia de prevención de adicciones, como campañas, pláticas en diferentes contextos, así como las actividades de planeación.
- Registrar la cédula de estructura, permite conocer el estado de la infraestructura y demás detalles físicos de cada unidad operativa.
- En el CIJ 3.0 también pueden operar los voluntarios, con ciertos permisos otorgados por el director de unidad.
- Consulta de Convenios e Instituciones que comparten con CIJ algún aspecto relacionado con pacientes y/o en materia de prevención.

Tipos de usuarios

Dentro del CIJ 3.0 existen “roles” de usuario, es decir, el o los módulos a los que el usuario que iniciará sesión tiene permiso; a estos diferentes tipos de permisos les llamaremos perfiles. A continuación, se enlistan los diferentes tipos de perfiles:

- Administrador. Tiene acceso a casi todos los módulos del sistema CIJ 3.0
- Administrador de Prevención.

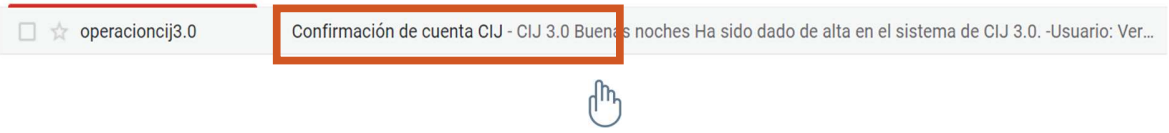
- Administrador del sistema.

Acceso al sistema

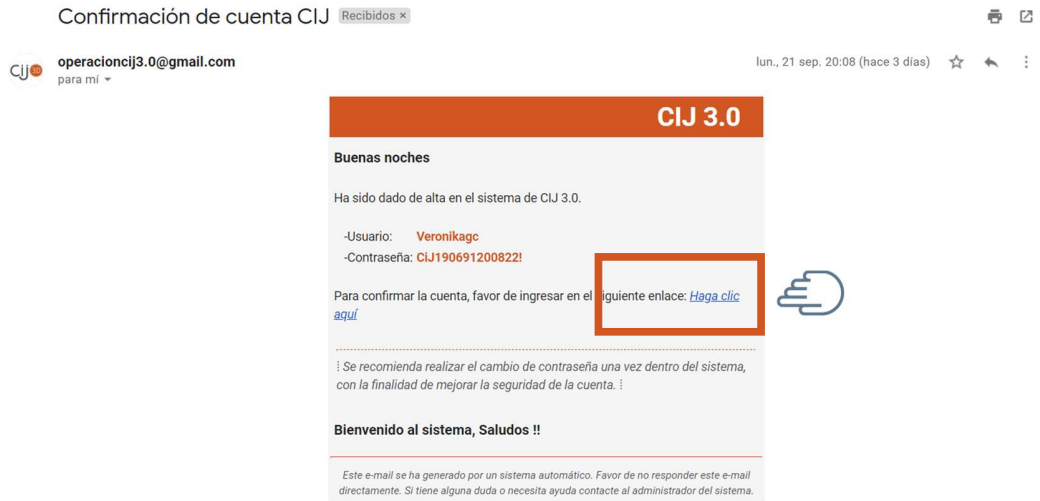
Confirmación de cuenta

Cuando se da de alta un usuario por parte de un administrador dentro del sistema CIJ 3.0, automáticamente se genera un correo electrónico que es enviado al correo que el usuario indica; es importante enviar y escribir correctamente la cuenta de correo ya que en caso de escribirlo de manera incorrecta la confirmación de alta no llegará al usuario.

Ya que el administrador haya creado la cuenta, el nuevo usuario deberá validar en la cuenta de correo que proporciono, que ha recibido el correo de confirmación.



Una vez que abra el correo, deberá dar clic en el enlace marcado en color azul para que la cuenta quede confirmada.



Para validar la confirmación una vez que de clic en el enlace se abrirá una nueva ventana en el navegador mostrando el mensaje **“Su cuenta ha sido confirmada de forma exitosa”**.

Login

Para ingresar al sistema deberá iniciar sesión en la siguiente liga: https://sis.cij.gob.mx/Acceso/Login; de preferencia se deberá realizar con el navegador **"Google Chrome"**. Una vez dentro del sitio, deberá ingresar el usuario que le llego en el correo de confirmación, seguido de la contraseña.

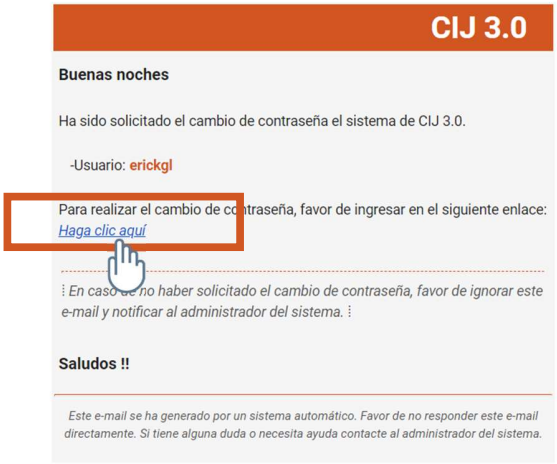
Una vez que haga clic en iniciar sesión, podrá visualizar el menú principal del sistema.

Olvidé contraseña

Si el usuario olvido su contraseña, deberá dirigirse al inicio de sesión de CIJ3.0 y posteriormente hacer clic en **“Olvide mi contraseña”**. Esta acción lo dirigirá a la página de recuperación de contraseña, donde deberá seguir las instrucciones en pantalla.

Deberá ingresar su **“Usuario”** y posteriormente dar clic en **“Recuperar contraseña”**, esto le enviará un correo a la dirección registrada en el sistema, por medio del cual deberá ingresar a un enlace que le permitirá realizar la recuperación de la contraseña.

Haga clic en el enlace subrayado en color azul.

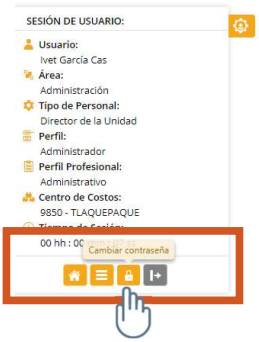


Y se abrirá en el navegador una página en la cual podrá visualizar la siguiente pantalla:

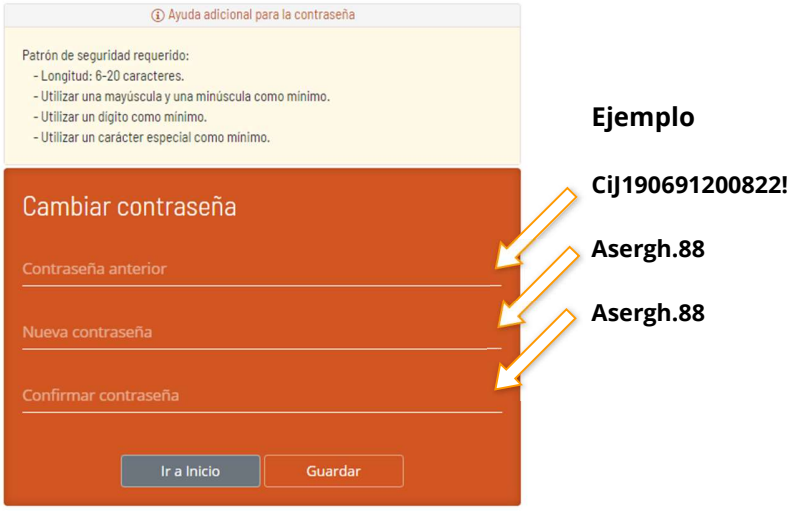
Siga las instrucciones para que pueda realizar la recuperación de su contraseña. Una vez que haya terminado este proceso diríjase nuevamente al inicio de sesión.

Cambiar contraseña

Para realizar el cambio de contraseña en el sistema, deberá dar clic en el botón amarillo ubicado en la esquina izquierda superior, donde se desplegará una ventana en la cual podrá visualizar el botón de **"Cambiar contraseña"** haga clic y esto lo enviará a una siguiente página en donde podrá realizar el cambio de la contraseña



A continuación, el sistema le mostrará la siguiente pantalla:



En la cual deberá ingresar la **"contraseña anterior"** es decir, la que haya recibido en su cuenta de correo electrónico, seguido de la **"nueva contraseña"** y posteriormente deberá confirmar la contraseña nueva. En caso de requiera ayuda, en la parte superior del recuadro naranja encontrará una **"ayuda adicional"** para realizar el cambio de la contraseña.

Una vez que haya establecido y confirmado su nueva contraseña deberá dar clic en el botón **"Guardar"** y el sistema actualizará la página y por seguridad cerrara la sesión.

Cerrar sesión.

Para salir de la sesión o Cambiar de usuario, deberá dar clic en el botón amarillo ubicado en la esquina izquierda superior, dónde se desplegará una ventana en la cual podrá visualizar el botón de **"Cerrar sesión"** en color gris.

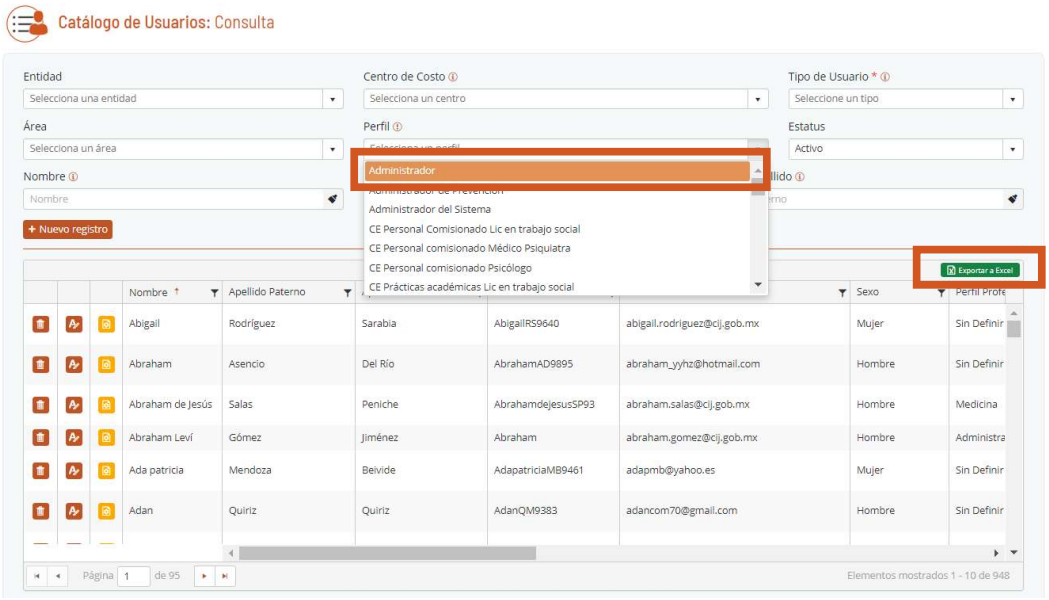
Una vez que haga pulse el botón de **“Cerrar sesión”** el sistema finalizara la sesión del usuario.

Administración del sistema

Usuarios

Para consultar, modificar, o registrar un usuario; deberá seleccionar en la barra superior del sistema el icono en forma de engrane, este desplegará un menú en el que deberá seleccionar **“Usuarios”**.

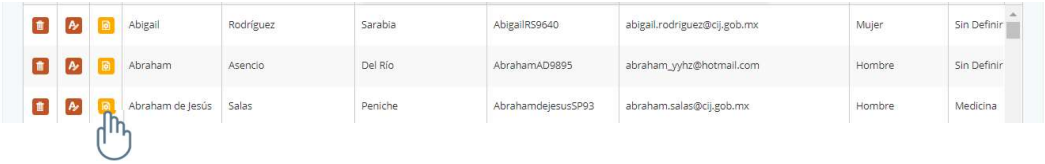
Dentro de este módulo podrá consultar a los usuarios que se encuentren dados de alta en el sistema, los filtros de búsqueda le ayudaran a localizar un registro especifico.



En la tabla inferior se muestra el resultado de la búsqueda general. La tabla puede exportarse a Excel, recuerde que solo se exportarán los resultados mostrados.

No se podrá eliminar a ningún usuario del sistema si este ya realizo algún registro dentro del mismo.

Para que un **"Usuario"** pueda firmar electrónicamente un formato, se le deberá generar la firma electrónica.



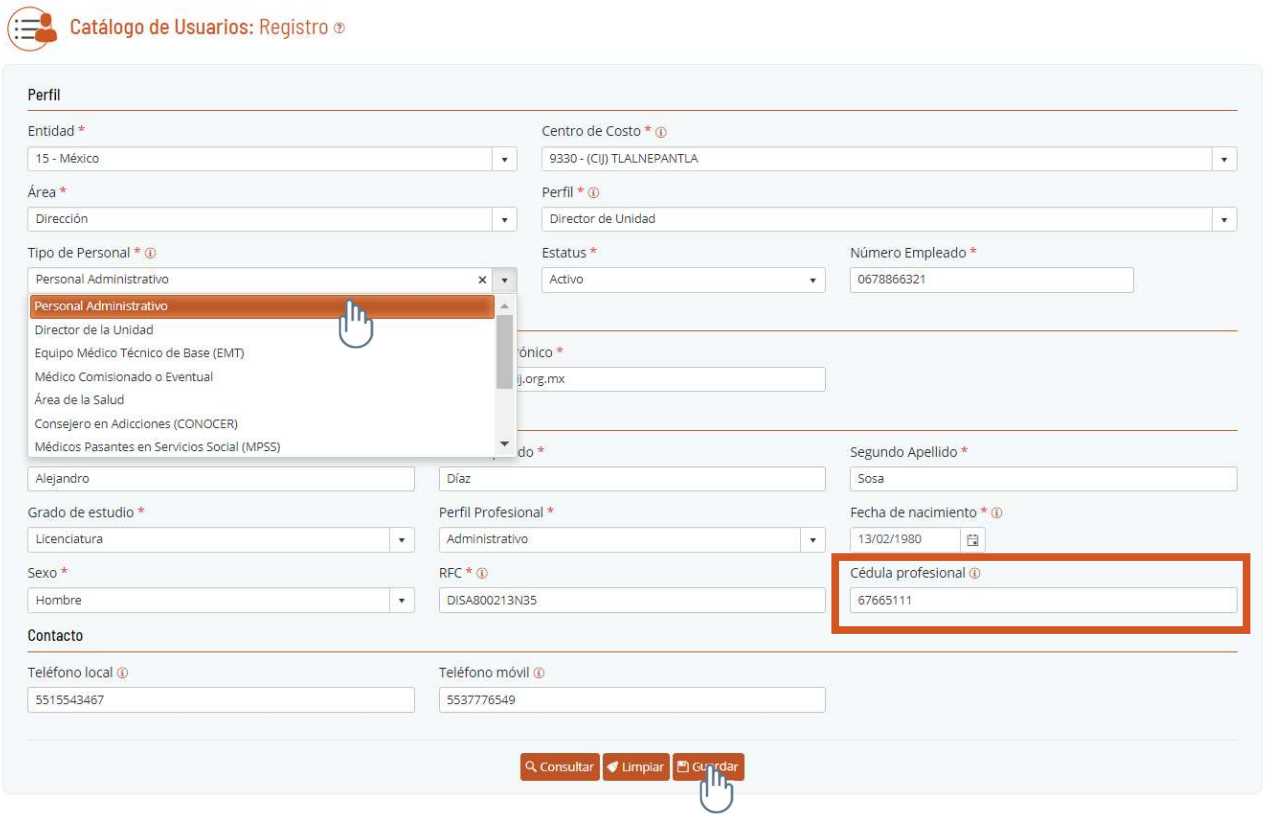
Esta se genera pulsando el icono amarillo, en forma de engrane, el cual lo dirigirá a la siguiente pantalla:

Una vez validada la información deberá pulsar el botón **“Generar firma”** y así el usuario podrá firmar electrónicamente los formatos.

Para poder generar la firma electrónica de un usuario, este deberá contar con cedula profesional y esto estará sujeto al perfile que se le asigne en el sistema.

Si usted desea registrar un nuevo usuario en el sistema, deberá pulsar el botón **“Nuevo registro”**.

El cual lo dirigirá a una nueva ventana donde comenzará el **“Registro”** de un nuevo usuario.



Deberá de indicar la información del usuario en cada campo correspondiente según sea el caso, aquí asignara el área a la que pertenece, el perfil con el que contara, el centro de costos a donde va a pertenecer, así como el tipo de personal que tendrá. Una vez haya llenado el formulario, deberá pulsar el botón **"Guardar"** y el registro del **"Nuevo usuario"** será exitoso.

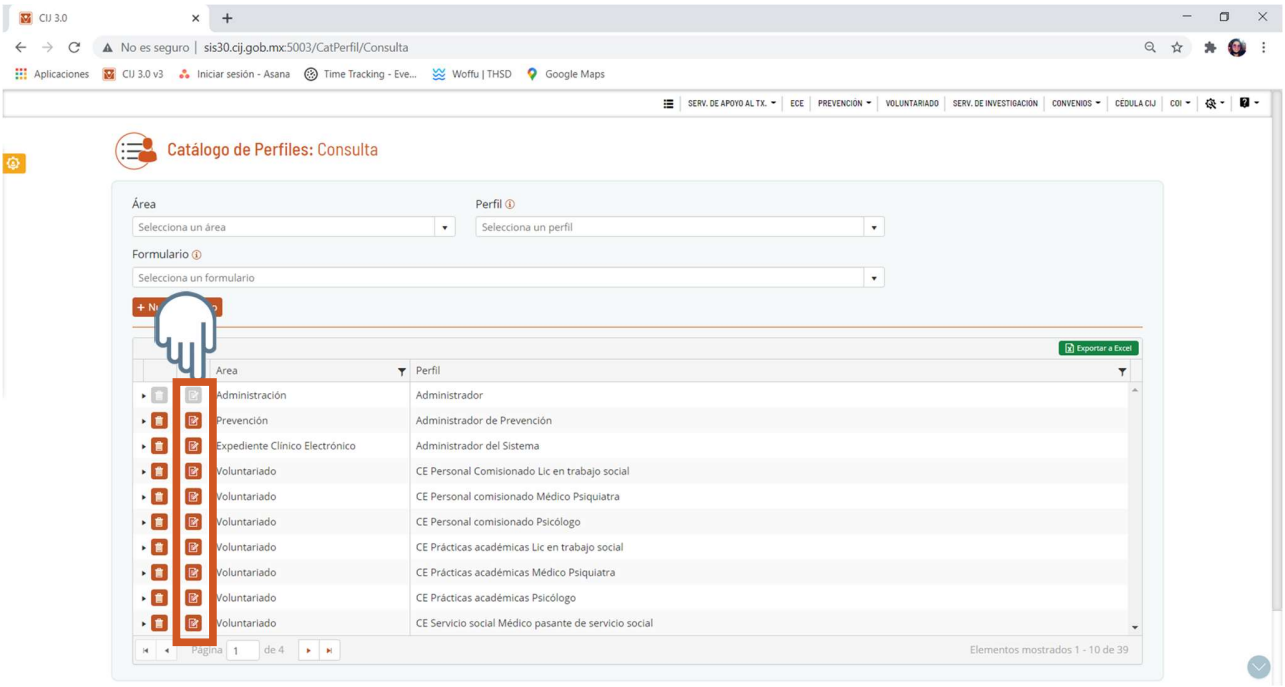
Una vez, guarde el registro del nuevo usuario, se enviará un correo electrónico a la cuenta del usuario registrado, el cual deberá de confirmar el usuario dado de alta para poder tener acceso al sistema.

Perfiles

Los perfiles en el sistema se refieren a los formatos y/u operaciones a los que el usuario tiene acceso. El perfil es asignado por un usuario administrador a cada persona registrada dentro del CIJ 3.0

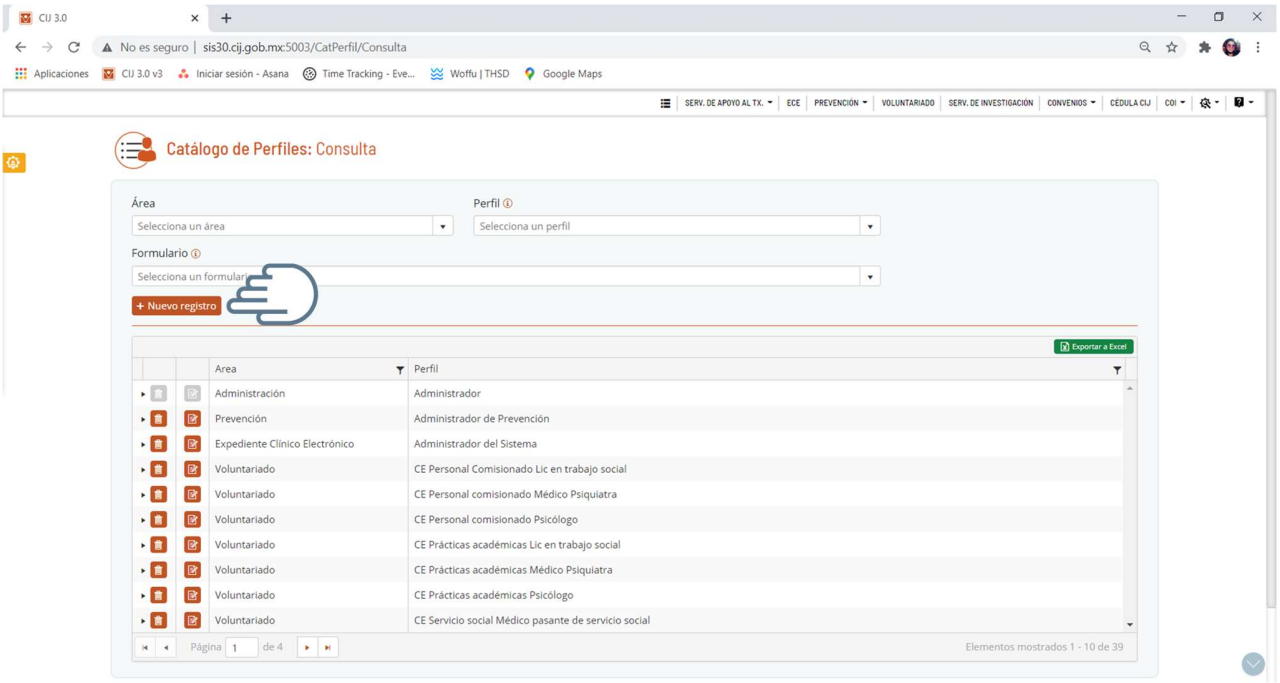
Consulta

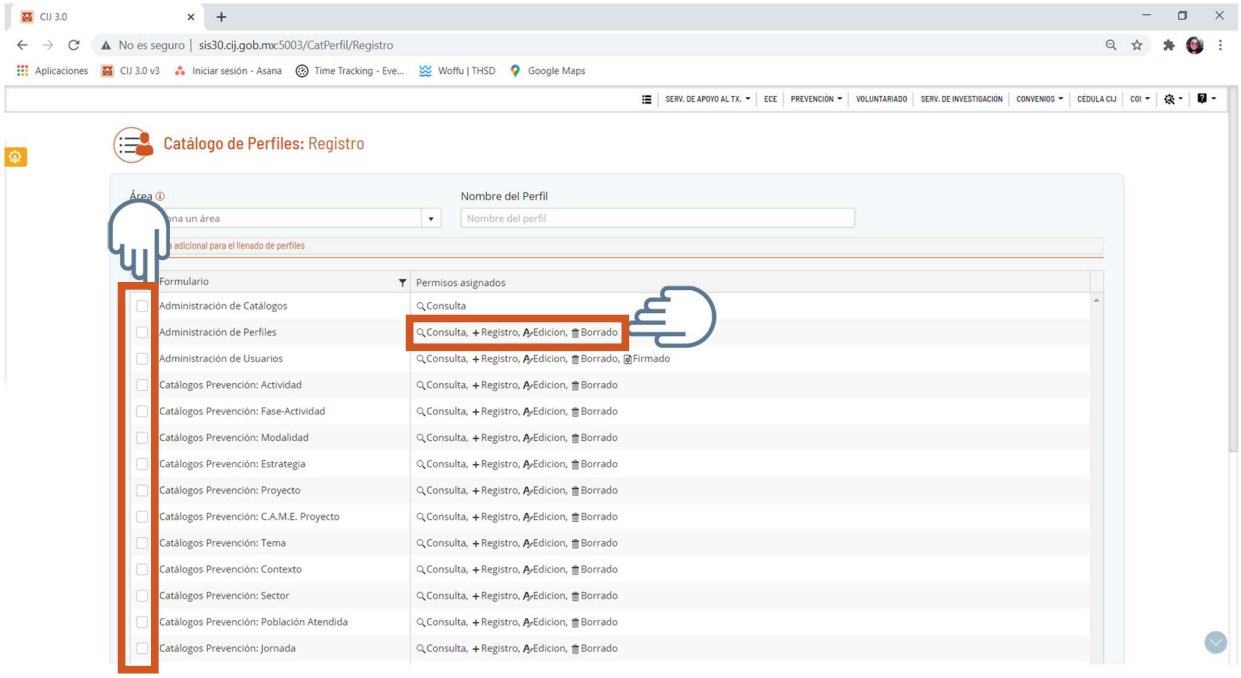
La consulta de perfiles sirve para visualizar los formatos y/u operaciones que se han otorgado a algún usuario. Se consulta a través de la flecha de la izquierda o con el botón llamado "Ver detalle".



Registro

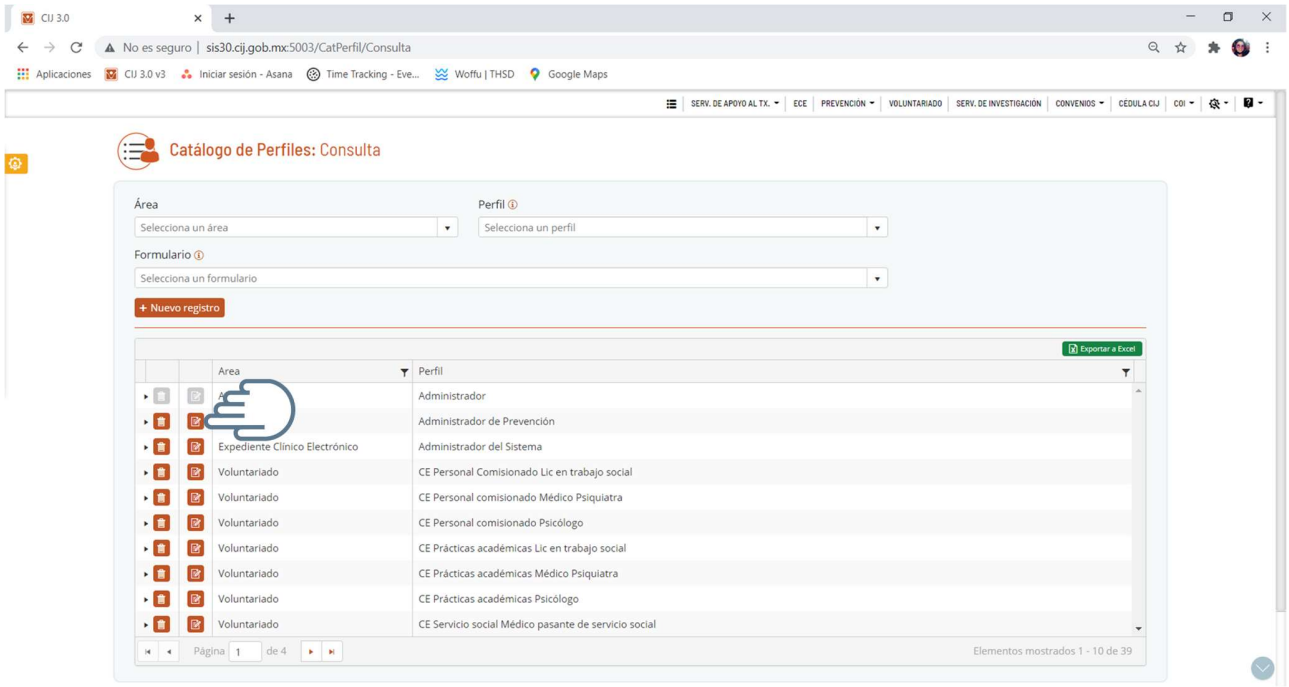
Para registrar un nuevo perfil, haga clic en el botón “Nuevo registro”, navegue por el paginador y marque el o los formatos a los que el usuario a quien se asigne el perfil será asignado y marque también los permisos de consulta, registro, edición o eliminación.

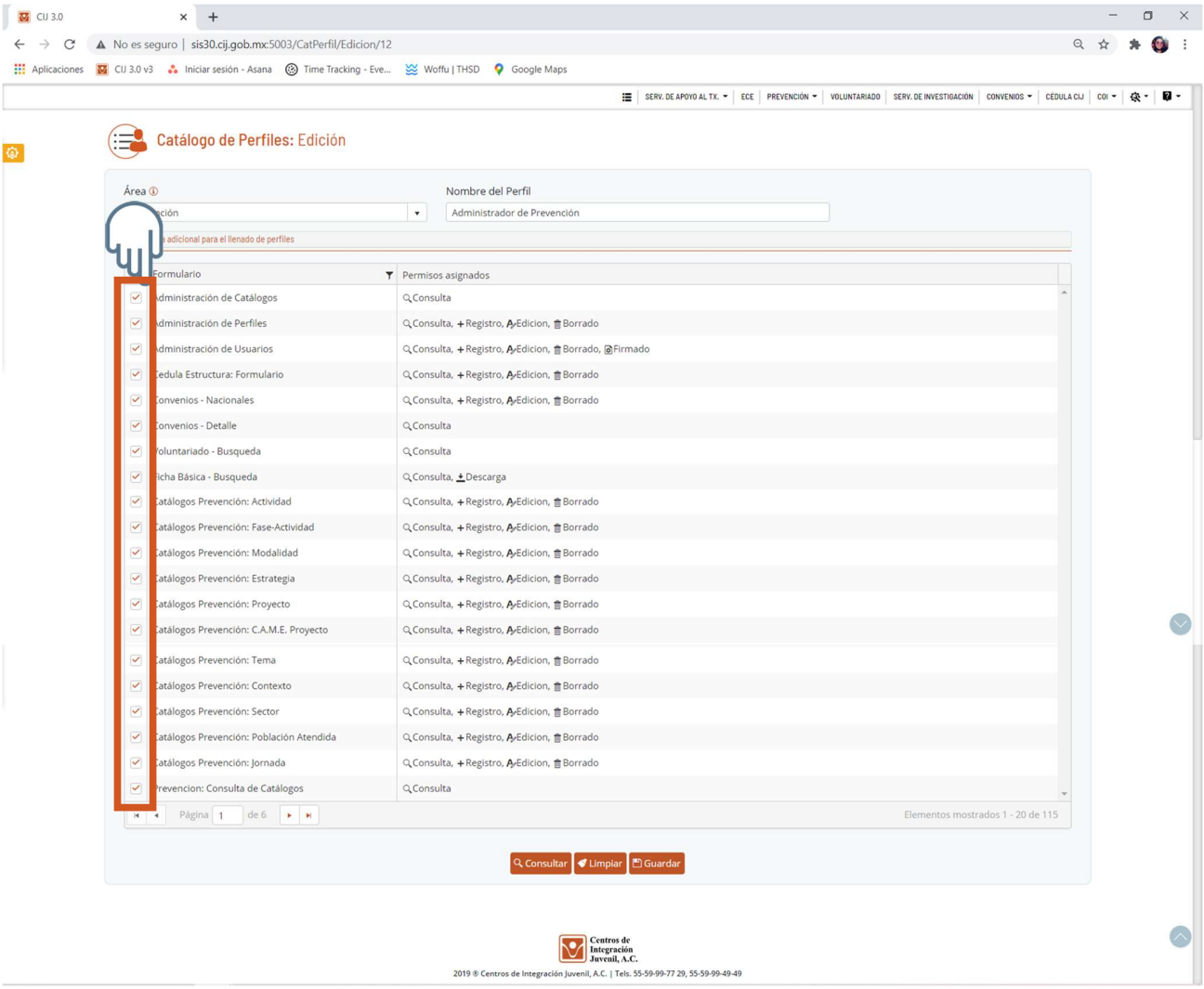




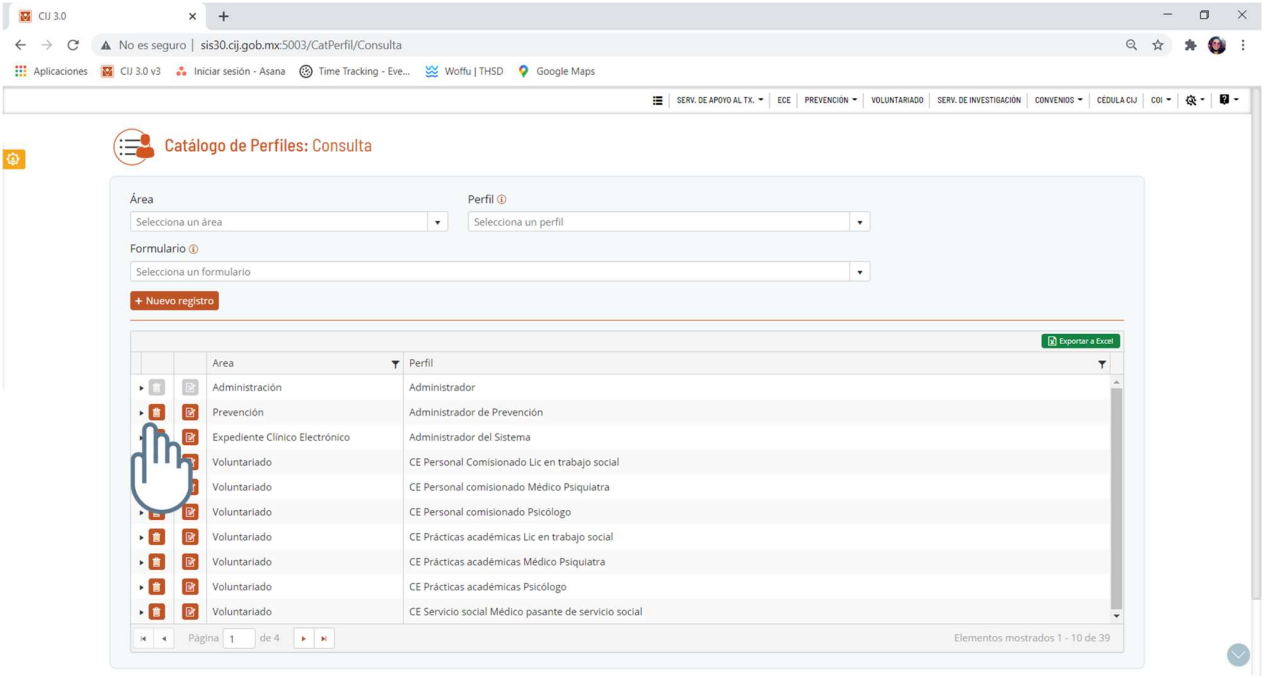
Edición

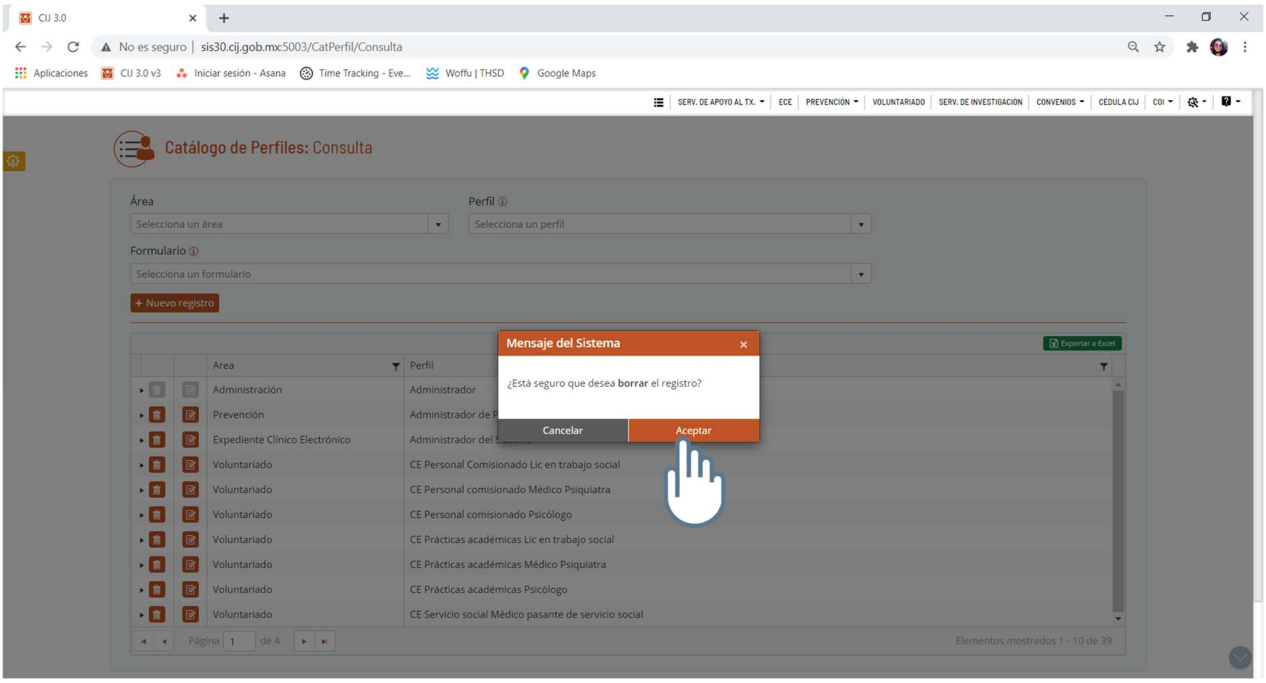
Para editar un perfil, tiene que estar registrado previamente. Haga clic en el ícono “Editar” y el sistema mostrará los permisos y debe hacer clic para marcar/desmarcar el check para otorgar/eliminar el permiso de acceso al formato.


CIJ 3.0
No es seguro | sis30.cij.gob.mx:5003/CatPerfil/Consulta
Aplicaciones
CIJ 3.0 v3
Iniciar sesión - Asana
Time Tracking - Eve...
Woffu | THSD
Google Maps
SERV. DE APOYO AL TX.
ECE
PREVENCIÓN
VOLUNTARIADO
SERV. DE INVESTIGACIÓN
CONVENIOS
CÉDULA CIJ
COI
Catálogo de Perfiles: Consulta
Área
Selecciona un área
Perfil
Selecciona un perfil
Formulario
Selecciona un formulario
+ Nuevo registro
Exportar a Excel
Area
Perfil
Administrador
Administrador de Prevención
Expediente Clínico Electrónico
Administrador del Sistema
Voluntariado
CE Personal Comisionado Lic en trabajo social
Voluntariado
CE Personal comisionado Médico Psiquiatra
Voluntariado
CE Personal comisionado Psicólogo
Voluntariado
CE Prácticas académicas Lic en trabajo social
Voluntariado
CE Prácticas académicas Médico Psiquiatra
Voluntariado
CE Prácticas académicas Psicólogo
Voluntariado
CE Servicio social Médico pasante de servicio social
Página 1 de 4
Elementos mostrados 1 - 10 de 39


CIJ 3.0
No es seguro | sis30.cij.gob.mx:5003/CatPerfil/Edicion/12
Aplicaciones
CIJ 3.0 v3
Iniciar sesión - Asana
Time Tracking - Eve...
Woffu | THSD
Google Maps
SERV. DE APOYO AL TX.
ECE
PREVENCIÓN
VOLUNTARIADO
SERV. DE INVESTIGACIÓN
CONVENIOS
CÉDULA CIJ
COI
Catálogo de Perfiles: Edición
Área
Nombre del Perfil
Administrador de Prevención
Formulario
Permisos asignados
Administración de Catálogos
Consulta
Administración de Perfiles
Consulta, Registro, Edicion, Borrado
Administración de Usuarios
Consulta, Registro, Edicion, Borrado, Firmado
Cedula Estructura: Formulario
Convenios - Nacionales
Convenios - Detalle
Voluntariado - Busqueda
Ficha Básica - Busqueda
Consulta, Descarga
Catálogos Prevención: Actividad
Catálogos Prevención: Fase-Actividad
Catálogos Prevención: Modalidad
Catálogos Prevención: Estrategia
Catálogos Prevención: Proyecto
Catálogos Prevención: C.A.M.E. Proyecto
Catálogos Prevención: Tema
Catálogos Prevención: Contexto
Catálogos Prevención: Sector
Catálogos Prevención: Población Atendida
Catálogos Prevención: Jornada
Prevencion: Consulta de Catálogos
Página 1 de 6
Elementos mostrados 1 - 20 de 115
Consultar
Limpiar
Guardar
Centros de Integración Juvenil, A.C.
2019 © Centros de Integración Juvenil, A.C. | Tels. 55-59-99-77 29, 55-59-99-49-49

Eliminar


CIJ 3.0
No es seguro | sis30.cij.gob.mx:5003/CatPerfil/Consulta
Aplicaciones
CIJ 3.0 v3
Iniciar sesión - Asana
Time Tracking - Eve...
Woffu | THSD
Google Maps
SERV. DE APOYO AL TX.
ECE
PREVENCIÓN
VOLUNTARIADO
SERV. DE INVESTIGACIÓN
CONVENIOS
CÉDULA CIJ
COI
Catálogo de Perfiles: Consulta
Área
Selecciona un área
Perfil
Selecciona un perfil
Formulario
Selecciona un formulario
+ Nuevo registro
Exportar a Excel
Area
Perfil
Administración
Administrador
Prevención
Administrador de Prevención
Expediente Clínico Electrónico
Administrador del Sistema
Voluntariado
CE Personal Comisionado Lic en trabajo social
Voluntariado
CE Personal comisionado Médico Psiquiatra
Voluntariado
CE Personal comisionado Psicólogo
Voluntariado
CE Prácticas académicas Lic en trabajo social
Voluntariado
CE Prácticas académicas Médico Psiquiatra
Voluntariado
CE Prácticas académicas Psicólogo
Voluntariado
CE Servicio social Médico pasante de servicio social
Página 1 de 4
Elementos mostrados 1 - 10 de 39

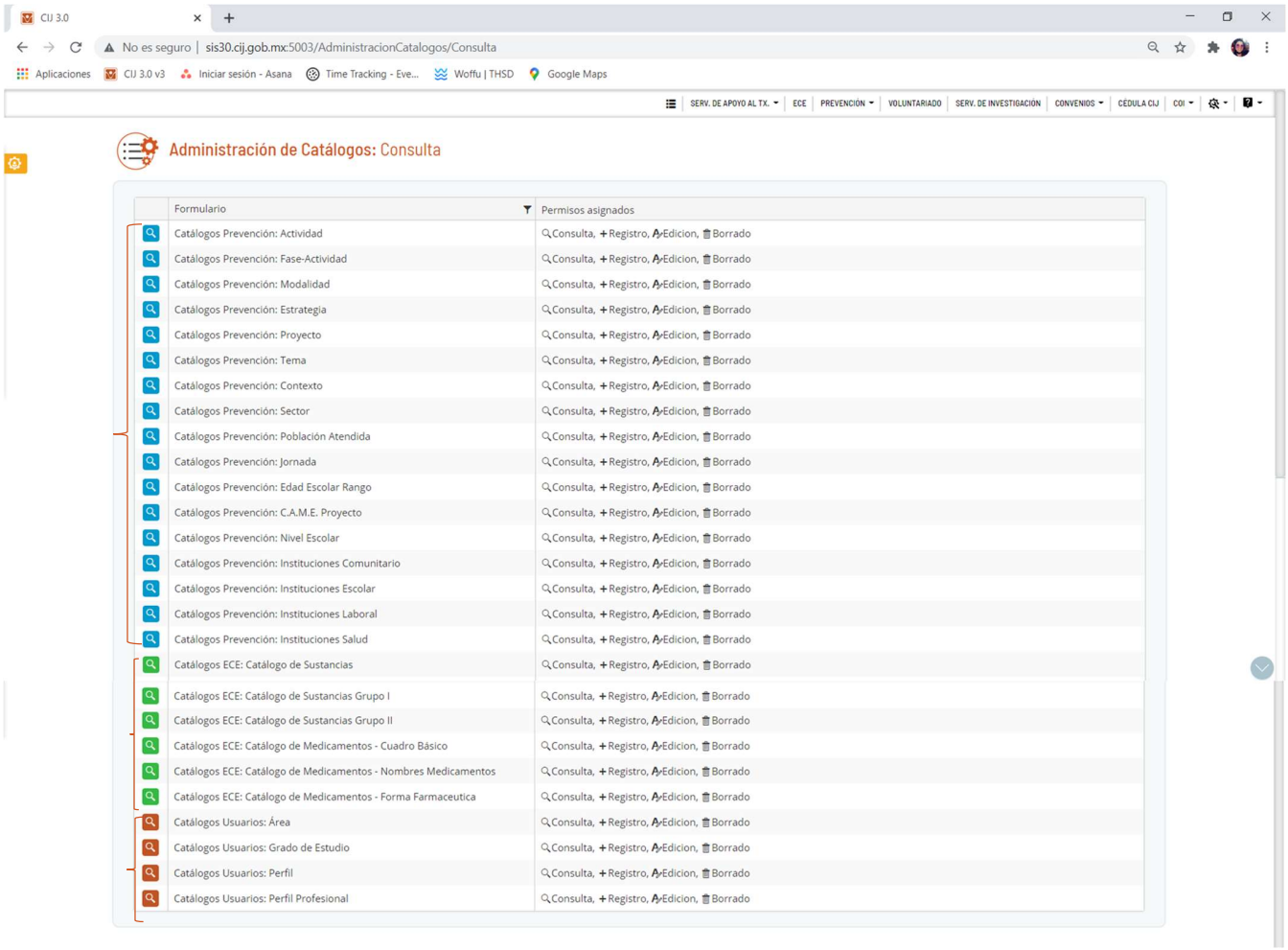

CIJ 3.0
No es seguro | sis30.cij.gob.mx:5003/CatPerfil/Consulta
Aplicaciones
CIJ 3.0 v3
Iniciar sesión - Asana
Time Tracking - Eve...
Woffu | THSD
Google Maps
SERV. DE APOYO AL TX.
ECE
PREVENCIÓN
VOLUNTARIADO
SERV. DE INVESTIGACIÓN
CONVENIOS
CÉDULA CIJ
COI
Catálogo de Perfiles: Consulta
Área
Selecciona un área
Perfil
Selecciona un perfil
Formulario
Selecciona un formulario
+ Nuevo registro
Exportar a Excel
Area
Perfil
Mensaje del Sistema
¿Está seguro que desea borrar el registro?
Cancelar
Aceptar
Administración
Administrador
Prevención
Expediente Clínico Electrónico
Voluntariado
CE Personal Comisionado Lic en trabajo social
Voluntariado
CE Personal comisionado Médico Psiquiatra
Voluntariado
CE Personal comisionado Psicólogo
Voluntariado
CE Prácticas académicas Lic en trabajo social
Voluntariado
CE Prácticas académicas Médico Psiquiatra
Voluntariado
CE Prácticas académicas Psicólogo
Voluntariado
CE Servicio social Médico pasante de servicio social
Página 1 de 4
Elementos mostrados 1 - 10 de 39

Catálogos

Los catálogos son la base del sistema CIJ 3.0; éstos únicamente son visualizados por el administrador; es decir, el responsable de agregar, editar y/o eliminar algún elemento. Para ingresar a este módulo, haga clic en el ícono del menú superior y seleccione la opción **"Catálogos"**, como se muestra a continuación:

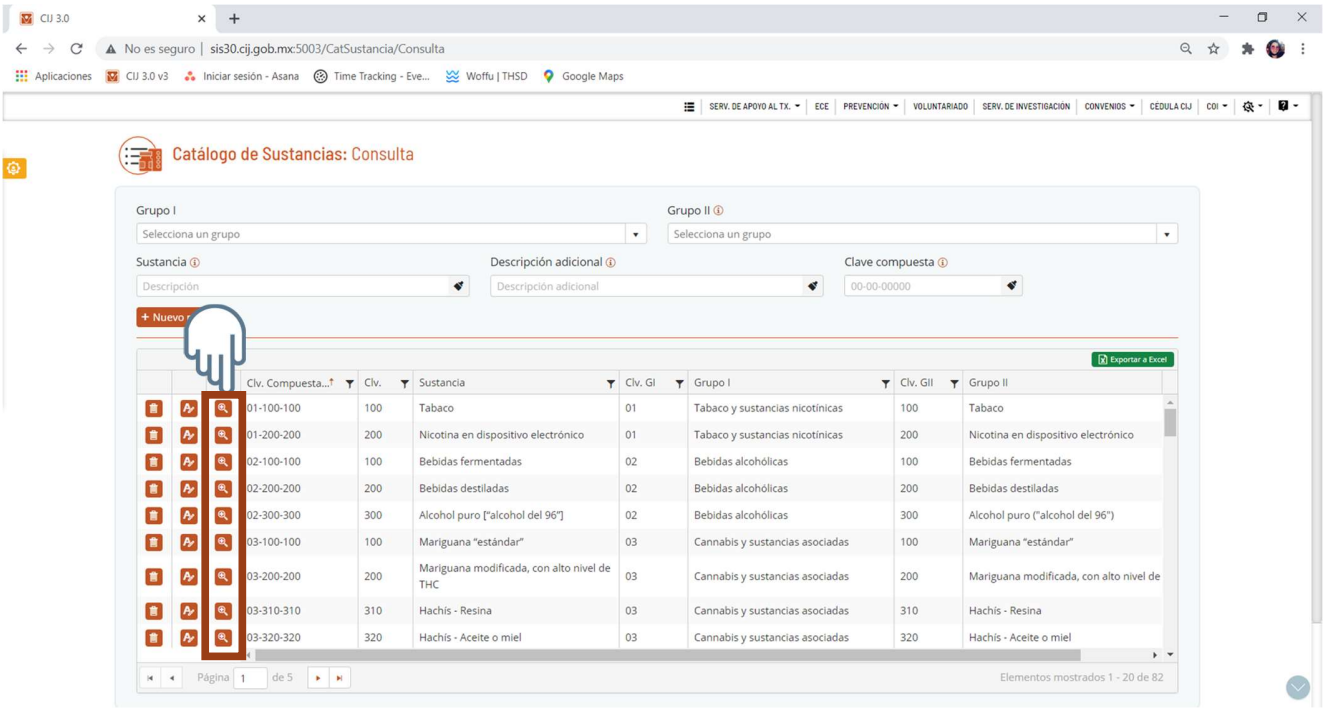
Administración

Una vez dentro del módulo de catálogos, el sistema muestra la lista de los catálogos que son administrables. El nombre del catálogo permite distinguir a qué área pertenece; por ejemplo, **Catálogo prevención: Instituciones comunitario**, es un catálogo que pertenece a Prevención; el catálogo **ECE Catálogo de sustancias**, pertenece al área de tratamiento. De igual manera el ícono de lupa al principio de la tabla tiene diferente color para dividirlos por área.

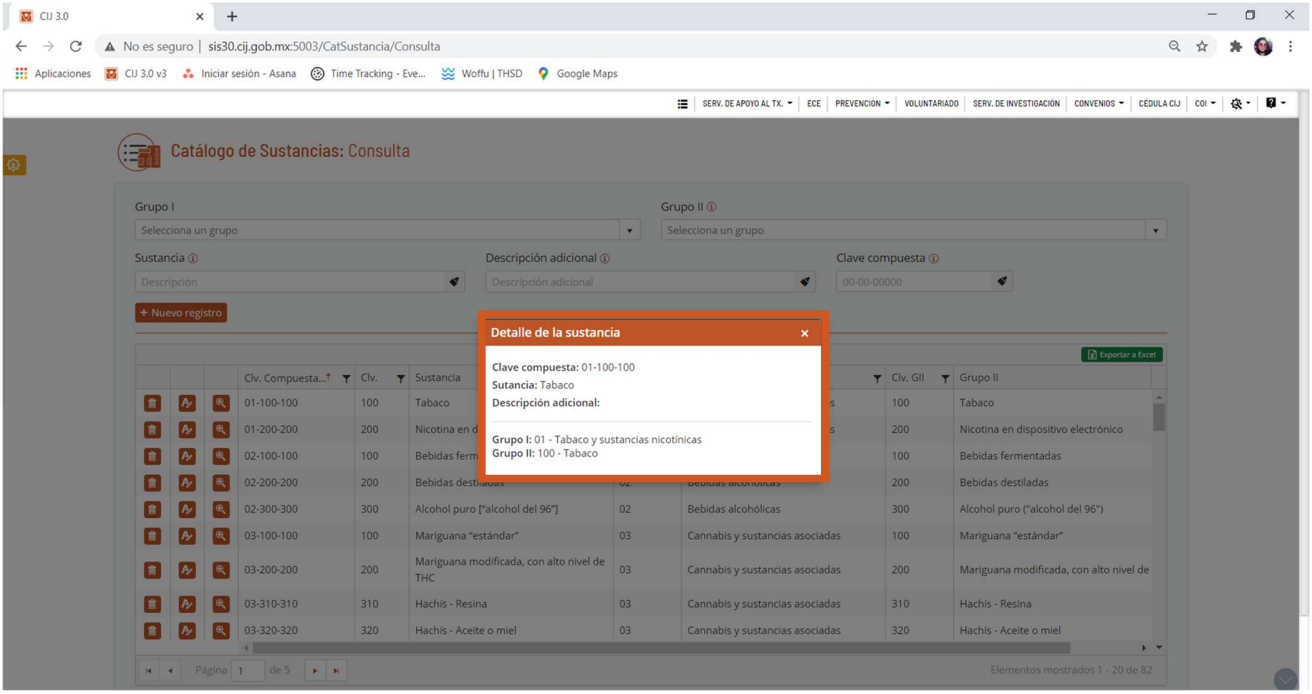


Consulta

Para ingresar a la consulta de un catálogo haga clic en el ícono de lupa **“Ver detalle”** del catálogo a consultar.

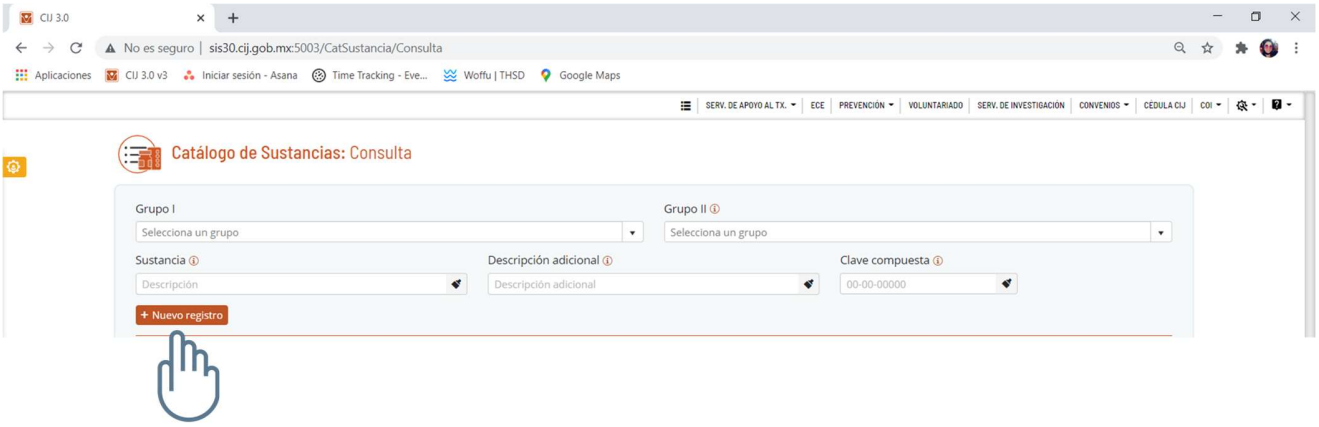


El sistema mostrará la siguiente pantalla “emergente”.



Registro

Para registrar un nuevo elemento en cualquier catálogo, haga clic en el botón **“Nuevo registro”** en la pantalla de consulta.

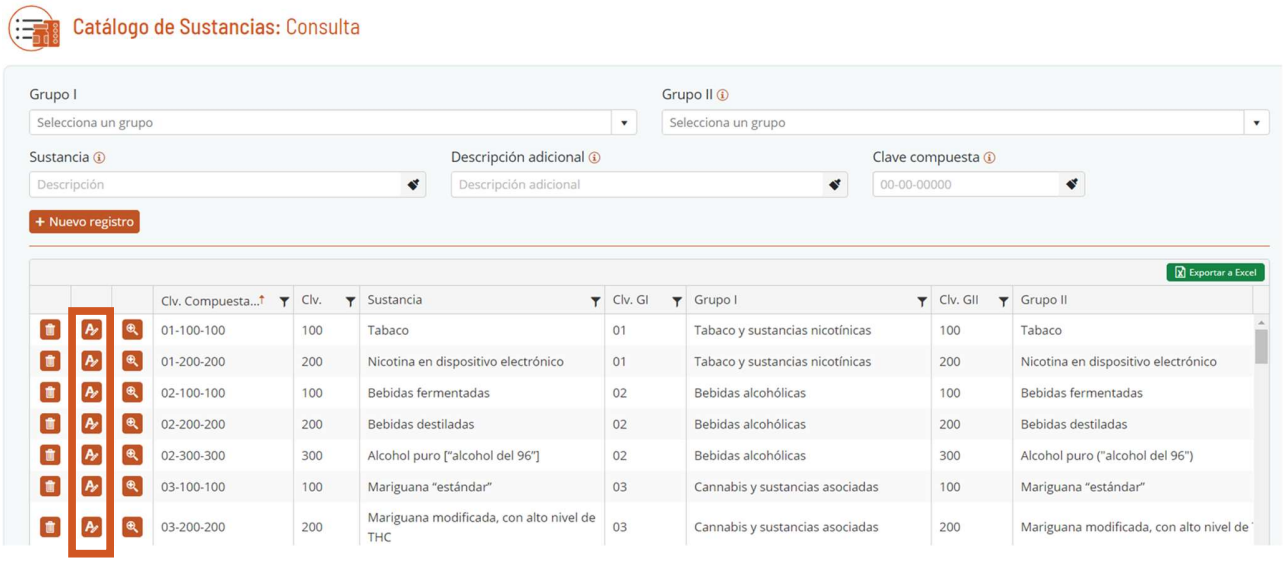


Ingrese los datos solicitados, de acuerdo al tipo de catálogo donde quiera insertar el nuevo elemento, haga clic en **“Guardar”** y el sistema almacenará la información.

Edición

En la pantalla de consulta, haga clic en el ícono de **“Editar”** en el catálogo que desee modificar.

Recuerde que cualquier modificación que haga en el catálogo se verá reflejado en todas las partes del sistema donde se encuentre dicho catálogo, por ejemplo, si una opción dice “Sustancia I” y se modifica a “Sustancia II”, en cualquier combo donde decía “Sustancia I”, ahora dirá “Sustancia II”.



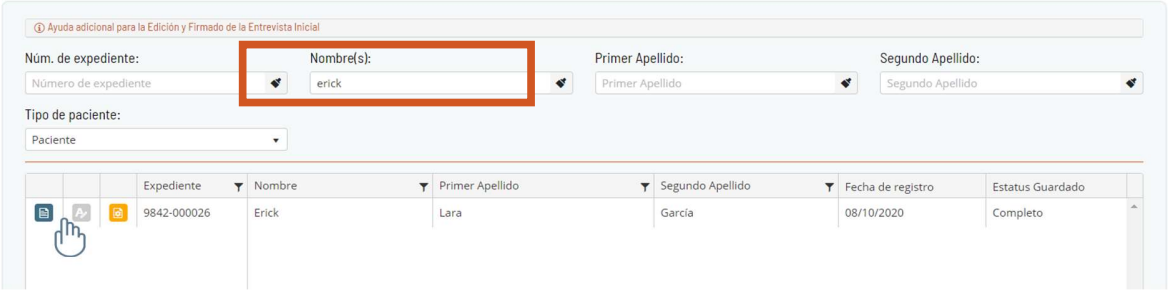
El sistema mostrará la siguiente pantalla:

Modifique los datos que necesite, teniendo en cuenta la advertencia de que los cambios afectarán todas las partes donde se encuentre el catálogo y al finalizar haga clic en **"Guardar"**.

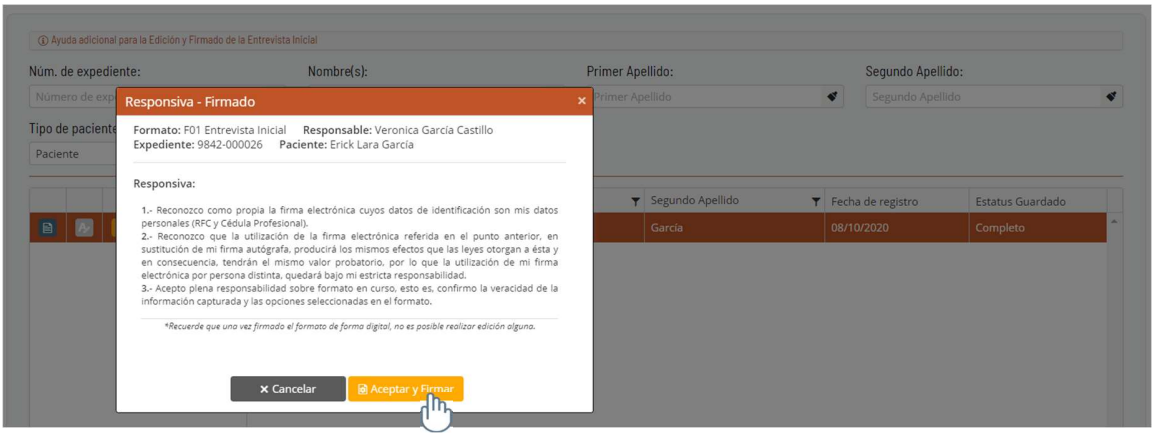
Expediente Clínico Electrónico

Firma electrónica

Para registrar la firma electrónica en un formato, deberá, primeramente, concluir el formato que firmará, una vez esté concluido, visualizará la siguiente pantalla:



En este ejemplo se está filtrando por nombre del paciente, al usuario que se le agregará la firma electrónica al formato. Una vez haya filtrado al paciente, deberá pulsar el ícono amarillo como se muestra en la imagen, el cual abrirá una pantalla emergente la que le mostrará la **"Responsiva de firmado"**.



La cual estará compuesta por: El nombre del formato que está firmando, el responsable, es decir quién esta firmando el formato, el número de expediente, el nombre del paciente, seguido de 3 premisas que deberá aceptar el responsable para firmar electrónicamente cualquier formato que requiera **"firma electrónica"**.

Una vez que pulse el botón **"Aceptar y firmar"**, quedará firmado electrónicamente, esto impedirá que el registro sea eliminado al finalizar el día.

Todo formato registrado que no sea firmado electrónicamente durante el día se borrara de forma automática pasada la 1:59 am hora centro.

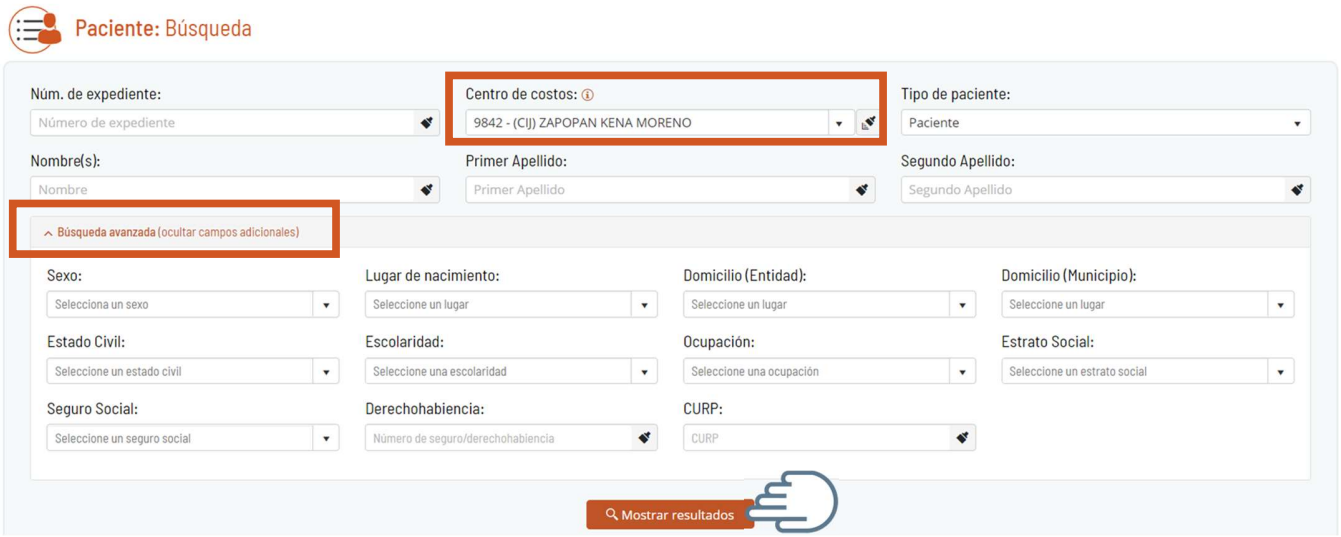
Selección de pacientes

Una vez registrada la entrevista inicial, puede continuar con el proceso de completar el expediente del paciente. Para registrar otros formatos de tratamiento, primero debe seleccionar un paciente; el procedimiento es el siguiente:

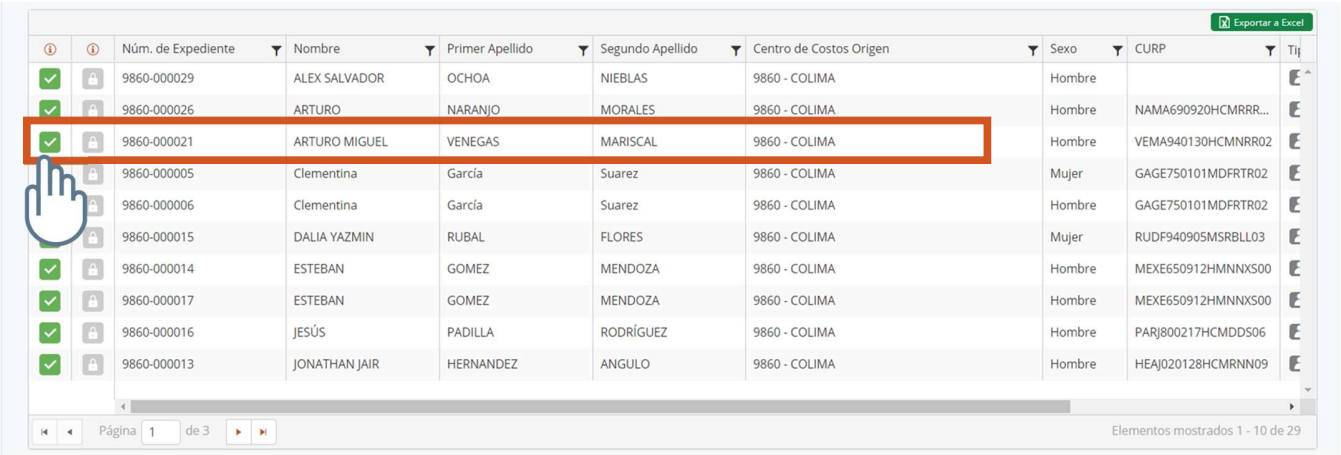
En el menú principal, haga clic en el ícono de **ECE** ya sea por el menú central o el superior.

El sistema muestra la pantalla principal de esta sección. Haga clic en la liga **"Selección de pacientes"** o en el recuadro de **"Paciente en curso: No se ha seleccionado a un paciente"**.

Al hacer clic en cualquiera de las dos ligas el sistema muestra una pantalla de búsqueda con diferentes filtros para localizar a un paciente o familiar. De manera predeterminada el campo de **"Centro de costo"** tiene el valor del usuario en sesión. Al hacer clic en la liga **"Búsqueda avanzada"** y se desplegarán campos de búsqueda adicionales, puede seleccionar un filtro o más. Haga clic en el botón **"Mostrar resultados"** y el sistema ejecutará la búsqueda tomando en cuenta los filtros seleccionados.

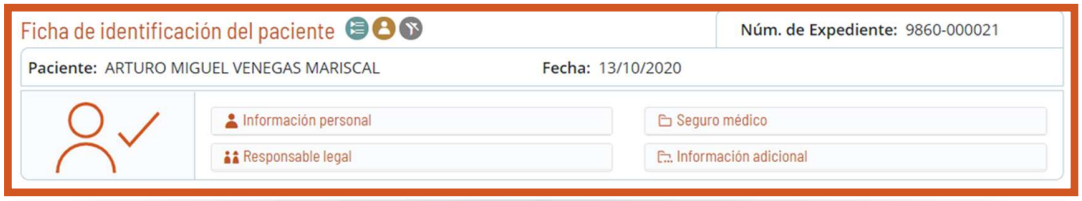


El resultado de la búsqueda se muestra en la tabla inferior. Para seleccionar a un paciente, localice el registro dentro de dicha tabla y haga clic en el primer ícono color verde. Por ejemplo, seleccionamos al paciente **Arturo Miguel Venegas Mariscal**.



Al hacer clic en este ícono, el sistema pedirá la confirmación de la selección, haga clic en **"Aceptar"** para confirmar o **"Cancelar"** para anular la selección.

Una vez confirmada la selección, el sistema redireccionará automáticamente a la pantalla principal del **ECE**, para proceder con el registro de algún formato. Al principio de todos los formatos que registre, encontrará la **"Ficha de identificación del/la paciente"** con datos generales tomados de la entrevista inicial.



ECE

Expediente Clínico Electrónico

Habilitar expediente

Esta sección se explicará con un ejemplo:
Se registra un paciente en el CC 9842- Zapopan Kena Moreno y por alguna razón el paciente cambia de ciudad y para continuar su tratamiento ahora asiste a la unidad operativa 9660 – Tijuana Soler; el director de la última unidad (9660) es la única persona autorizada para "habilitar" el expediente del paciente; este proceso se realiza de la siguiente manera:

Haga clic en el ícono **ECE** del menú principal.

El sistema mostrará la pantalla principal del **Expediente Clínico Electrónico (ECE)**.

Haga clic en la liga **“Selección de pacientes”** para localizar al paciente que no necesariamente es del CC al que pertenece el usuario en curso, por eso habilitará el expediente.

De manera predeterminada el CC está seleccionado en el combo. Haga clic en el ícono con la figura de una brocha, para borrar la selección del combo. Puede utilizar cualquier filtro para hacer una búsqueda; con este mismo campo seleccione otro CC y aparecerán los pacientes.

En la siguiente pantalla se seleccionó el CC 9842 – Zapopan Kena Moreno y al hacer clic en el botón **"Mostrar resultados"** el sistema muestra todos los pacientes registrados en dicho CC.

Los registros se muestran en la tabla inferior como se muestra en la siguiente pantalla. Localice al paciente al cual se habilitará y haga clic en el ícono de candado.

El sistema muestra una pequeña pantalla para justificar el por qué se está abriendo el expediente en el campo de **Observaciones**. Haga clic en **"Aceptar"**.

Después de confirmar el acceso al expediente, el paciente esta disponible para el registro de servicios y tratarlo como si perteneciera al CC del usuario en curso; es decir, ya tiene acceso a su expediente.

Consulta externa

Nuevo paciente

Para realizar el registro de un nuevo paciente en el sistema, deberá ingresar pulsando el ícono de **"ECE"**.

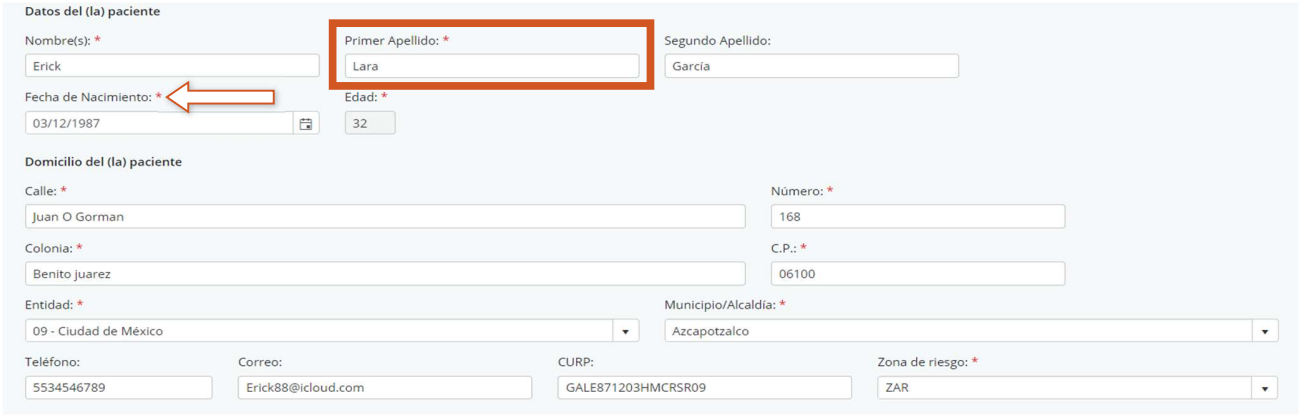
Posteriormente en la sección de **"Consulta externa"** seleccionará **"Nuevo paciente"**.

Una vez seleccionado, el sistema le mostrará un **"Aviso de privacidad"** el cual deberá **"Aceptar"** seleccionando la casilla **"Acepto el aviso de privacidad de CIJ"** y pulsando el botón **"Acepto"** ubicado en la parte inferior de este, para que el sistema le permita crear la **"Entrevista inicial"** del paciente.

- La entrevista inicial solo podrá ser registrada si no se ha seleccionado un paciente.
- Existe la detección de homonimias, es decir si el paciente ya esta registrado el sistema mandara una alerta con la información del expediente del paciente.
- Los formatos solo podrán ser registrados si previamente se seleccionó un paciente.

A continuación, podrá comenzar con el llenado de la **"Entrevista inicial"** del paciente, esta se encuentra dividida en 7 pestañas, las cuales le permitirán ir realizando un guardado parcial.

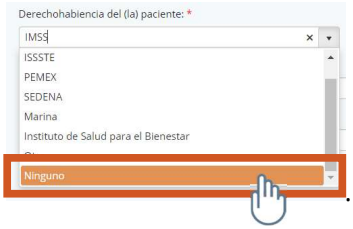
En esta sección una vez aceptando el aviso de privacidad podrá continuar con el llenado del formato.



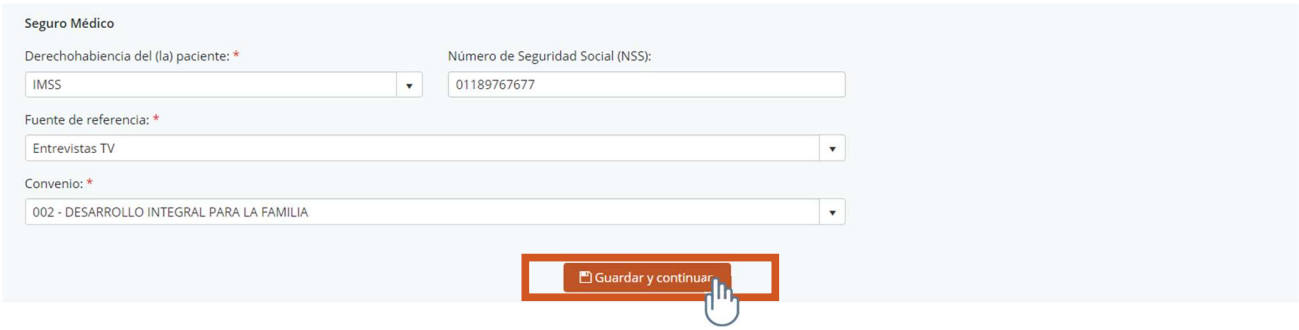
Comenzará el llenado con datos generales del paciente, en caso de que este desconozca su primer apellido, podrá indicar un "Guion medio" (-), y el sistema le permitirá continuar con el llenado del formato.

Todo campo que encuentre marcado con un símbolo de **"*"**, indica que es de llenado obligatorio, el sistema no le permitirá avanzar en caso de omitirlo.

Por último, deberá indicar si el paciente cuenta con seguro médico, en caso de ser así, deberá especificar, ya que se desplegará un catálogo de selección.

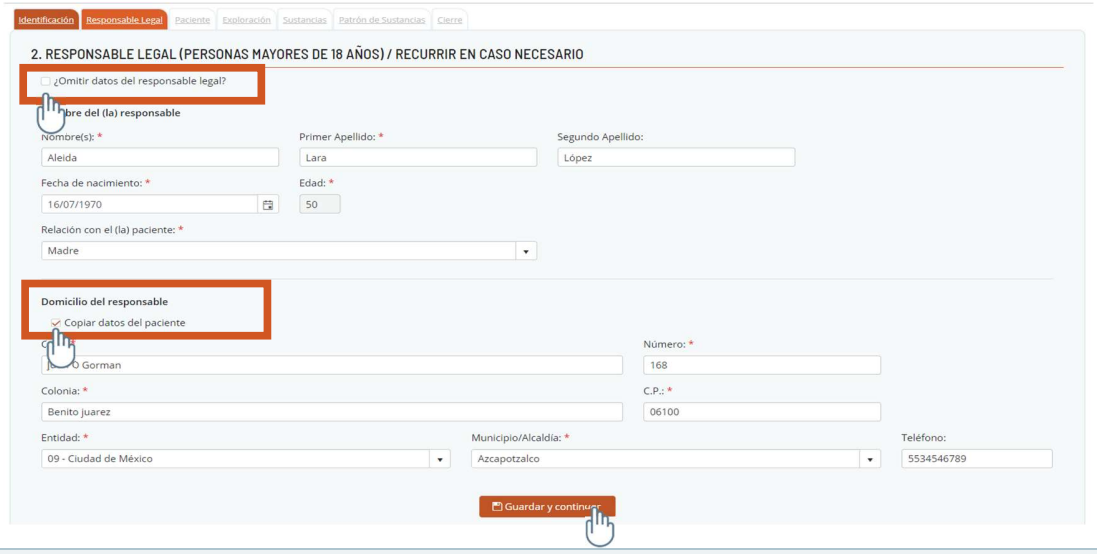


Si el paciente no contará con seguro médico, también lo podrá indicar haciendo la respectiva selección.



Una vez que haya terminado el llenado de la primera pestaña del formato, podrá **"Guardar y continuar"** a la siguiente pestaña.

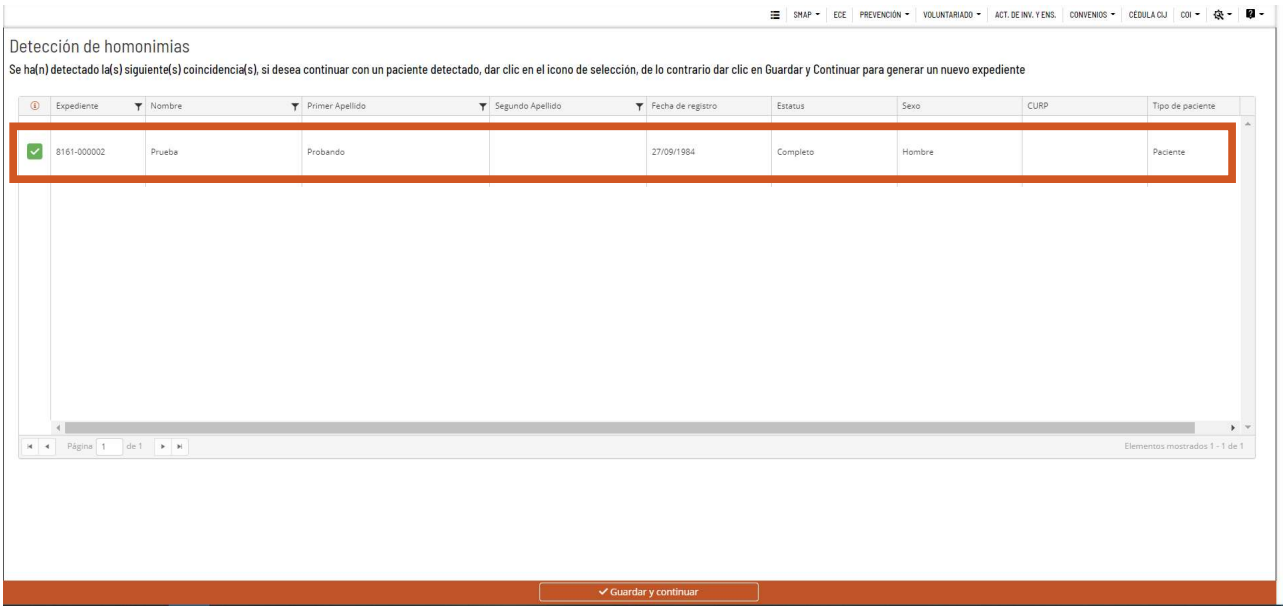
En la sección de responsable legal indicará al responsable del paciente, podrá copiar la dirección de este seleccionando la casilla en caso de que el domicilio sea el mismo, o podrá omitir al responsable en caso de así requerirlo y el sistema le permitirá avanzar a la siguiente sección.



El llenado de esta pestaña será obligatorio en caso de que el paciente que se esté registrando sea menor de 18 años. Si el paciente es mayor de 18 años el llenado de esta sección será opcional.

Cabe mencionar que el sistema, cuenta con la detección de homonimias, es decir en caso de que el paciente a registrar ya cuente con un registro previo, el sistema alertara automáticamente permitiendo realizar la

validación. Esta detección se realiza si el registro cuenta con coincidencias en: Nombre, Fecha de Nacimiento y Entidad.
Si se detecta, el sistema mostrará la siguiente pantalla:



Mostrando las coincidencias encontradas, y así, si el paciente ya existe en el sistema, te permitirá seleccionarlo pulsando el ícono verde para continuar con el registro de sus demás formatos y de esta manera no duplicar el registro de pacientes.

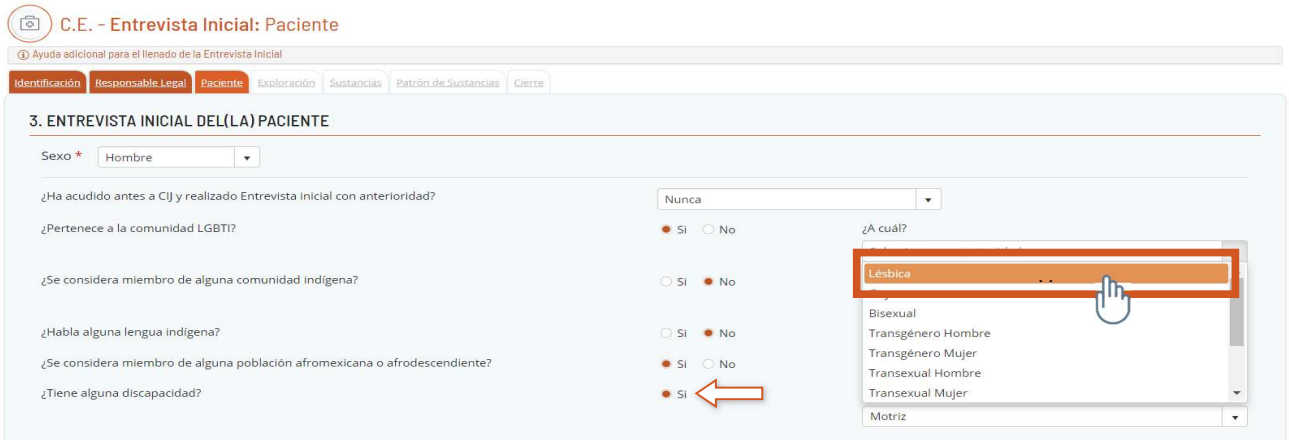
Si no existe una homonimia, el sistema le permite avanzar.

En caso de haber iniciado la entrevista mediante el formato "Entrevista Inicial Familiar", las pestañas de "Identificación" y "responsable Legal" estarán llenas, mientras que "Paciente" estará parcialmente llenada.

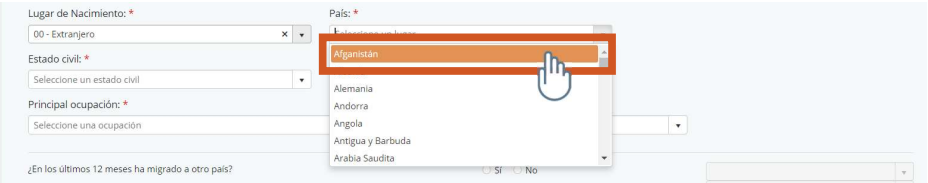
En caso de no contar con responsable legal, podrá omitirlo seleccionando la casilla “Omitir responsable legal”.

Una vez que haya terminado el llenado de la sección, podrá **“Guardar y continuar”** a la siguiente pestaña.

Ahora se encontrará en la sección **“Paciente”** en la cual encontrará una serie de preguntas con combos de selección, en donde deberá indicar el correspondiente o hacer la selección en botón según la pregunta.



Seguido de esto, le solicitará información acerca del lugar de nacimiento, en el cual, si usted, indica que el paciente es extranjero, se habilitara el combo “País” para que indique cual es el país de origen del paciente.



Si el paciente es de nacionalidad mexicana, el combo de selección “País se deshabilitará.

Posteriormente deberá indicar los campos siguientes en los que también encontrará combos de selección.

Una vez que haya terminado el llenado de la sección, podrá **“Guardar y continuar”** a la siguiente pestaña.

A continuación, visualizará la sección de **“Exploración”**.

En la cual deberá indicar “motivos, expectativas y/o condicionantes”. Una vez que haya terminado el llenado de la sección, podrá **“Guardar y continuar”** a la siguiente pestaña.

A continuación, visualizará la sección de **“Sustancias”**.

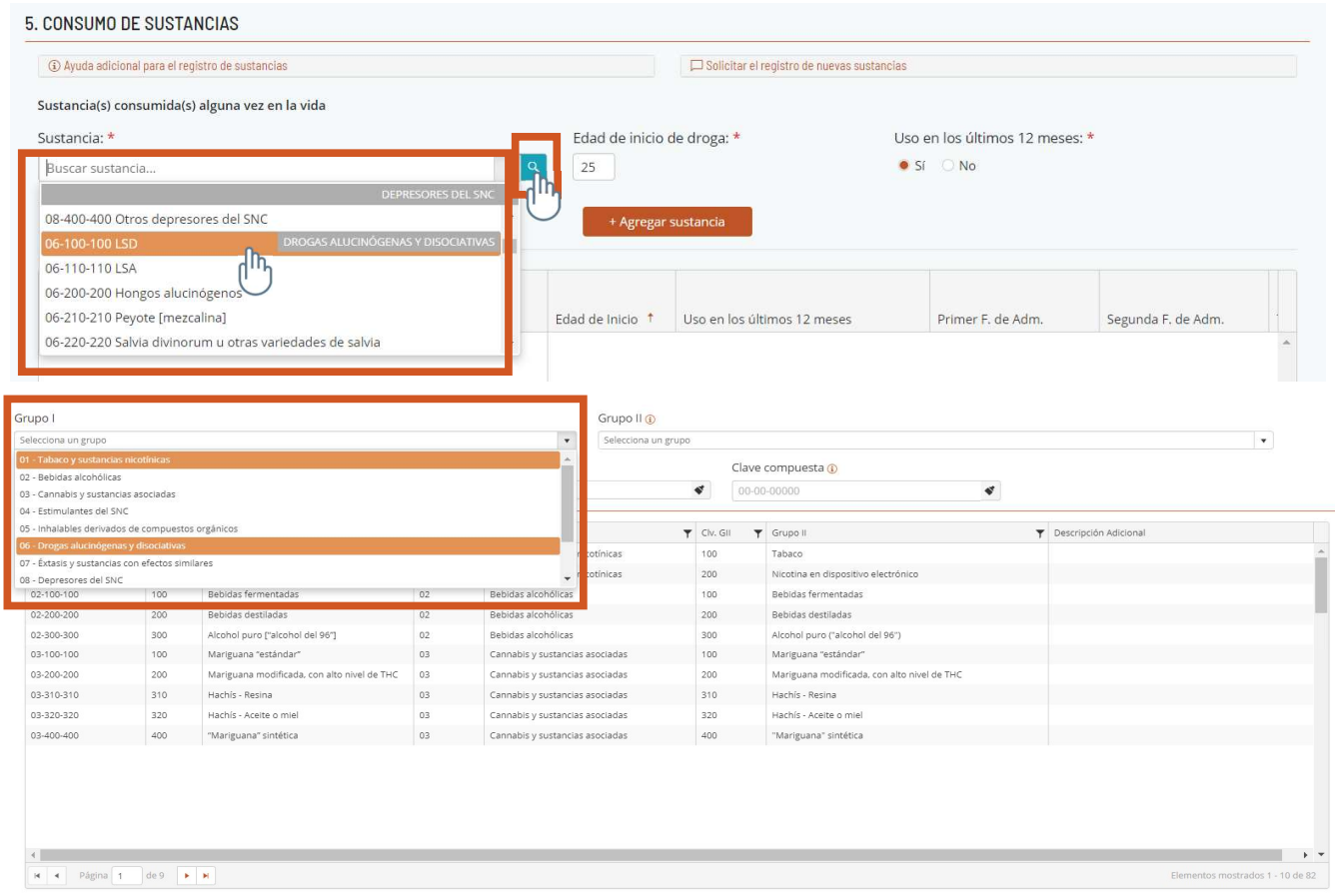
Principalmente encontrará una ayuda adicional para el registro de sustancias (1), y seguido de esto, una sección (2), en la cual podrá realizar una solicitud para el registro de una sustancia nueva en caso de que, la sustancia que utilizará no se encuentre registrada en el catálogo.

Para enviar la solicitud deberá pulsar el botón “Formato de solicitud, y le será enviado a la siguiente página:

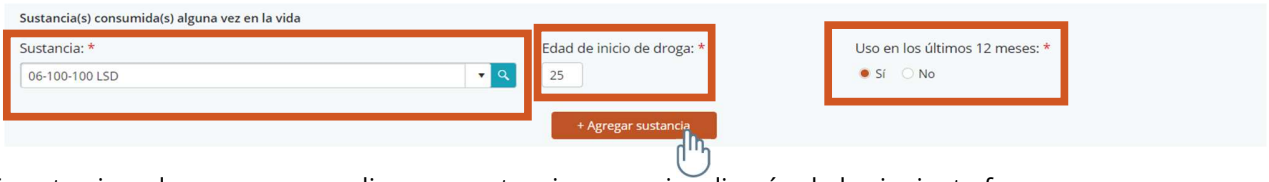
Una vez llene, la información solicitada, deberá enviar la solicitud para que dicha sustancia sea dada de alta en el sistema.

Una vez que llene el formato de solicitud, el área de investigación será la encargada de validar y agregar al catálogo la nueva sustancia.

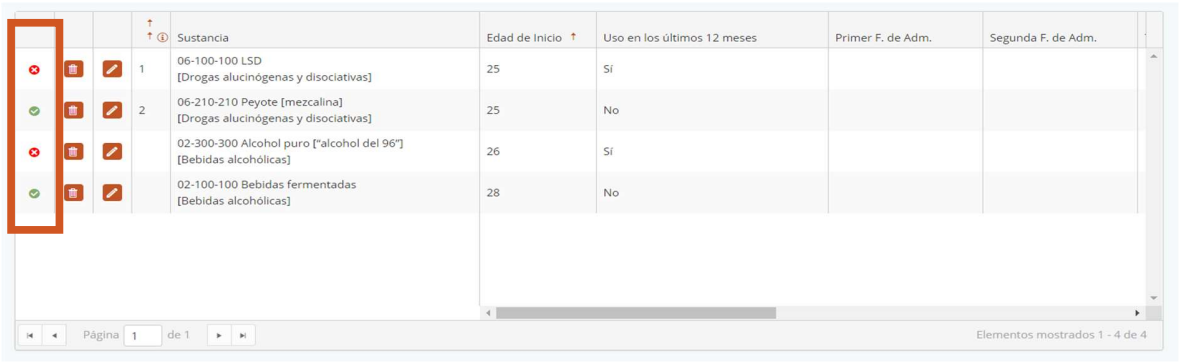
Para agregar una sustancia deberá seleccionar la barra de búsqueda y se desplegarán las sustancias que se encuentran dentro del catálogo de sustancias, también podrá visualizar las sustancias de forma mas especifica pulsando en icono de la lupa azul, y se abrirá una ventana nueva de búsqueda donde encontrara las sustancias con mayor detalle.



Ya que haya seleccionado la sustancia deberá indicar la edad de inicio de consumo, y si esta fue utilizada en los últimos 12 meses, podrá indicarlas sustancias que desee y se irán ordenando en la tabla conforme a edad de consumo.



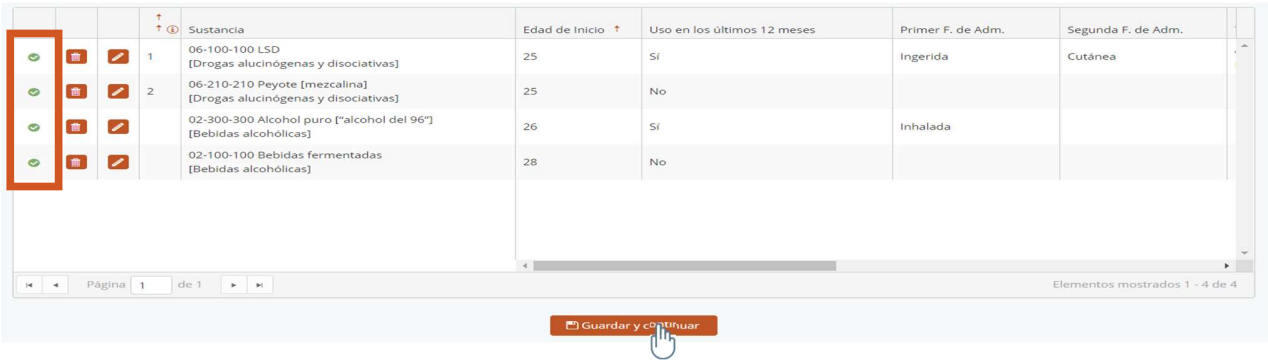
En este ejemplo se agregaron diversas sustancias, y se visualizarán de la siguiente forma:



Si visualiza el siguiente icono en color verde, indicará que el registro esta completo, y se indico que su consumo no ha sido en los últimos 12 meses; en caso de que al registro le preceda el siguiente icono indicará que debe completar el registro, es decir deberá registrar información adicional como la periodicidad del consumo. Para complementar este registro, deberá pulsar en el ícono y se abrirá la siguiente pantalla:

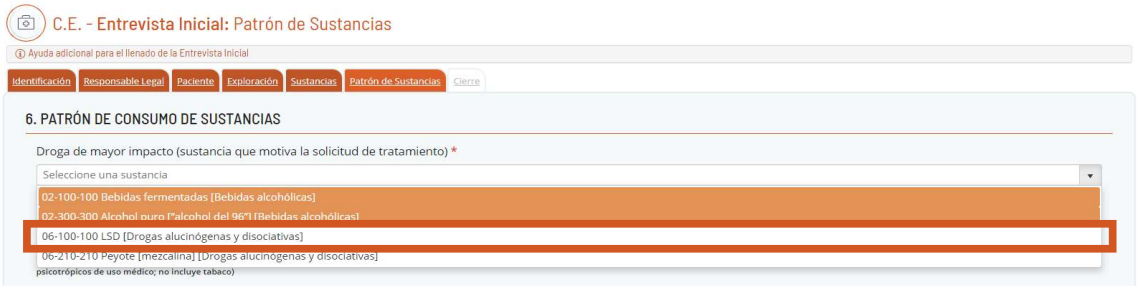
En la que deberá indicar formas de administración, (la primera será obligatoria), abstinencia, última ocasión, y dosis, con esto el registro cambiará el icono y estará completo.

Este procedimiento lo deberá realizar con todas aquellas sustancias en las que haya indicado que fueron consumidas en los últimos 12 meses. Una vez este completo se mostrarán de esta manera y podrá continuar a la siguiente sección.



A continuación, encontrará la sección de “Patrón de sustancias”, la cual tendrá información de la sección previa, es decir, esta se llenará con información previamente cargada, como lo son las sustancias que indico el paciente.

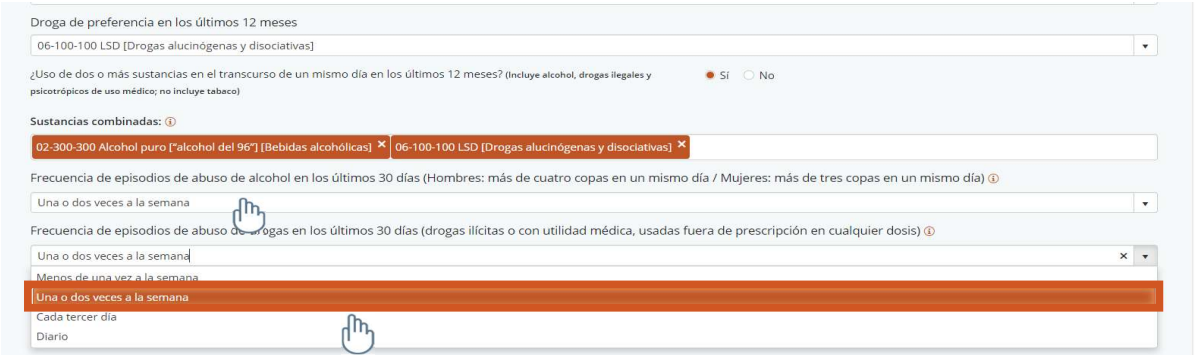
En la primera sección deberá indicar la droga de mayor impacto, seleccionando una opción en el combo que se hablita.



Posteriormente deberá indicar si, de las sustancias que indico un consumo en los últimos 12 meses el paciente hizo una combinación y se habilitara el combo para que seleccione 2 o más opciones según las haya registrado.

Una vez indicadas, se mostrarán de la siguiente manera:

A continuación, deberá seguir con el llenado de los demás campos del formato indicando según sea el cas la selección en el combo que se habilita por pregunta.

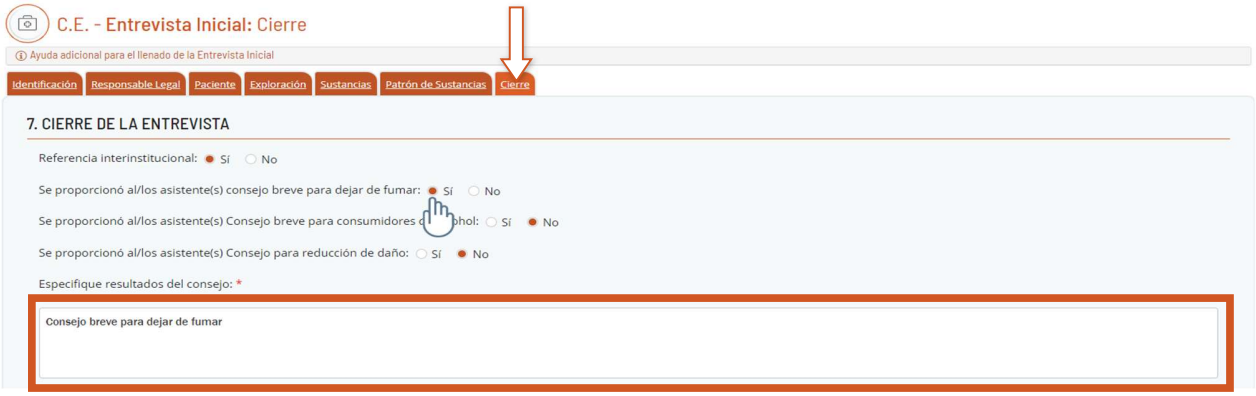


En esta sección hay campos dependientes, es decir, dependiendo de la selección previa se habilitarán o no. Ejemplo. Si usted, no indico una bebida alcohólica en los últimos 12 meses, el combo de “Frecuencia de episodios de abuso de alcohol en los últimos 30 días, no estará disponible.

Por último, encontrará un cuestionario en el que deberá indicar la respuesta (si/no), según sea el caso.

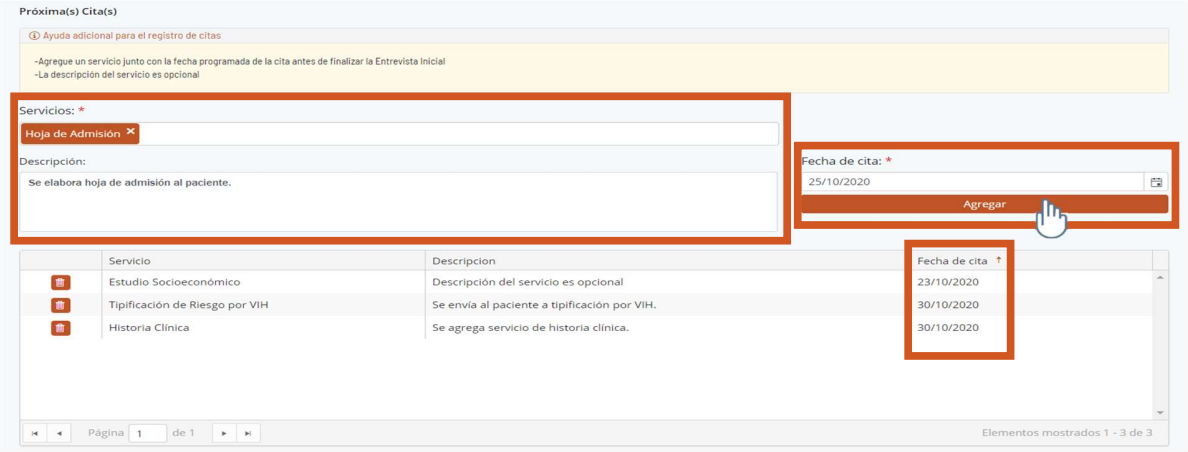
Una vez que haya terminado el llenado de la sección, podrá **“Guardar y continuar”** a la siguiente pestaña.

A continuación, visualizará la sección de **“Cierre”** en la cual se finalizará la **“Entrevista inicial”**.



Deberá indicar la selección correspondiente en cada reactivo, en caso de indicar que la respuesta es **“Sí”** en 1 o más respuestas, se habilitara el cuadro de texto inferior para que indique lo correspondiente.

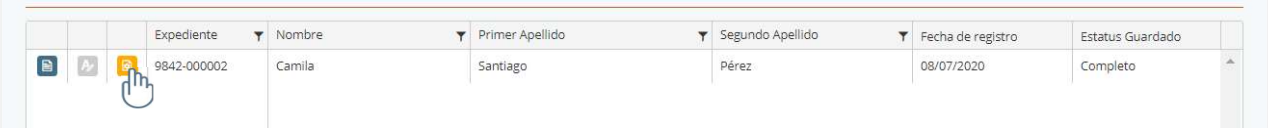
A continuación, deberá indicar las próximas citas a las que el paciente será enviado, deberá seleccionar el servicio e indicar la descripción en caso de requerirlo, así como la fecha de cita del paciente.



Todo servicio que indique se mostrara en la tabla ordenado por fecha de cita.

Posteriormente deberá indicar si hay observaciones en el recuadro.

Por último, pulsará el botón de **“Guardar y finalizar entrevista inicial”** y con esto quedará realizado el registro de la entrevista inicial, no olvide firmar la entrevista.



Ir a firma electrónica

Los datos de la entrevista solo podrán ser actualizados el mismo día en el que se ha comenzado.

Una vez finalizada ya no podrá ser modificado algún dato.

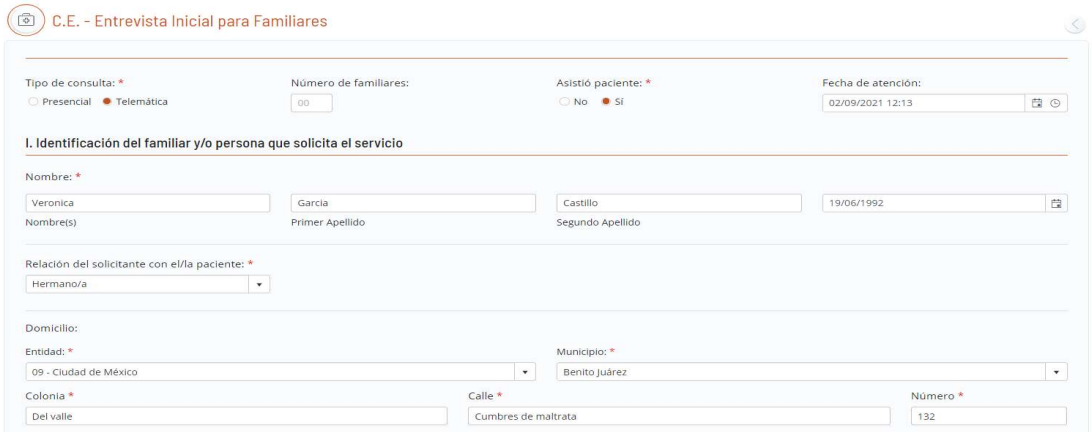
Recuerde para hacer válida la entrevista inicial debe dar clic en el botón **"Guardar y Finalizar Entrevista Inicial"** ubicado en la última pestaña de navegación.

Este formato deberá ser firmado electrónicamente para evitar futura perdida de información en el sistema.

Entrevista inicial de familiares

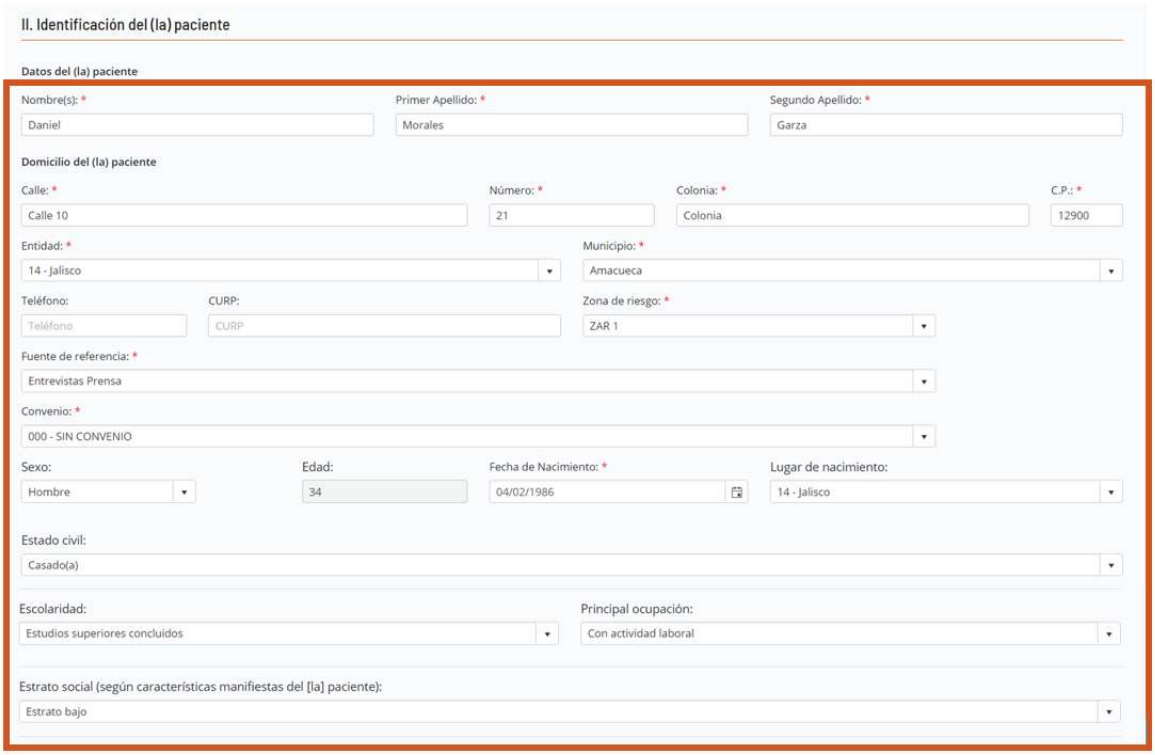
Para registrar este formato no debe tener seleccionado un paciente, ya que funciona como una entrevista para inicializar el expediente, sólo que esta se hace a un familiar sin necesidad de que esté presente el paciente. El registro se realiza haciendo clic en la liga **Entrevista inicial familiares** en la pantalla principal del **Expediente clínico electrónico** en **Consulta Externa**.

Al hacer clic el sistema muestra el formato a registrar:
Posteriormente llene los datos que se solicitan respecto al familiar a registrar en la entrevista. Aquellos campos que están marcados con un (*) son de carácter obligatorio, de lo contrario son opcionales, es decir, pueden quedar vacíos. Las siguientes pantallas es un ejemplo del llenado de este formato.

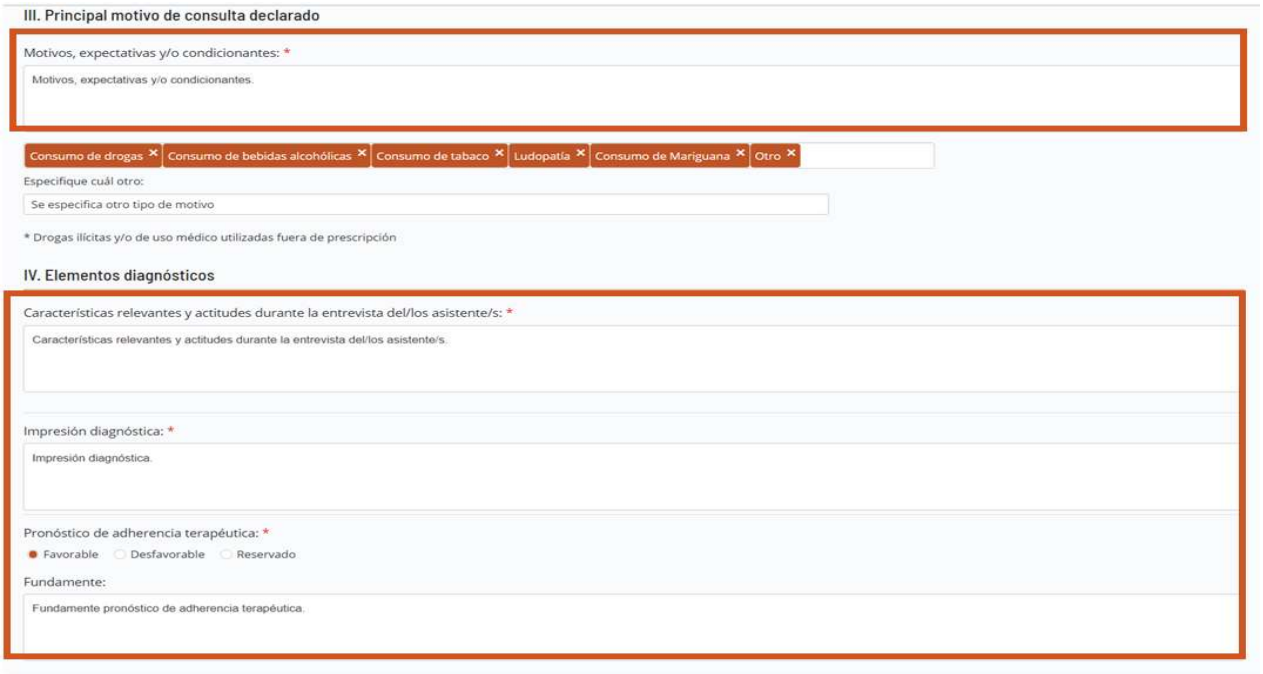


En la sección superior del formato se localiza: “Tipo de consulta”, “Asistió paciente” y por último “Fecha de atención”.

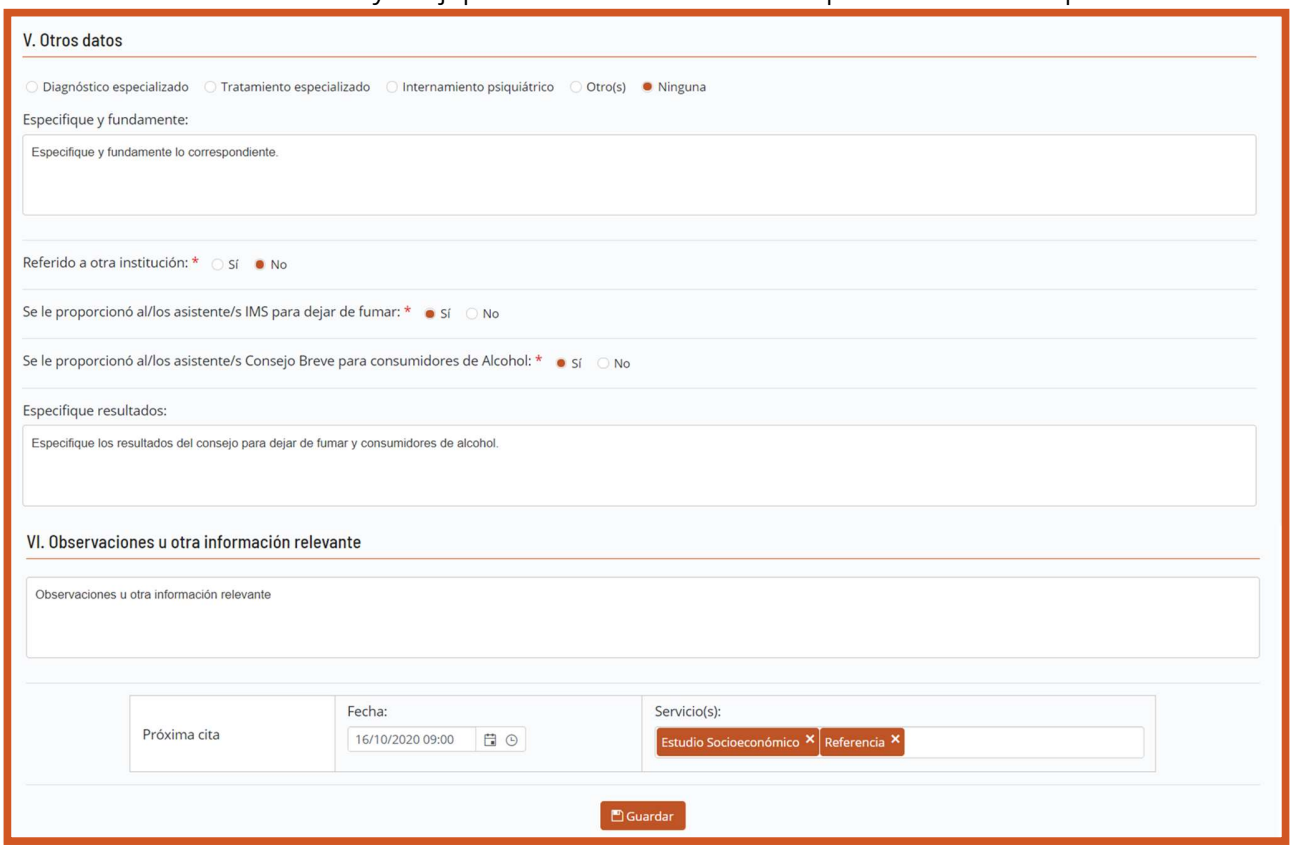
La sección **II. Identificación del paciente**, son datos propios del paciente.



La sección **III. Principal motivo de consulta declarado** y la sección **IV. Elementos diagnósticos** complete los campos abiertos y en las listas desplegables seleccione aquellas opciones que apliquen.



Las secciones **V. Otros datos** y **VI. Observaciones u otra información relevante**, complete de igual manera los campos que se solicitan. En el campo de próxima cita puede modificar la fecha y hora con ayuda de los controles de calendario y reloj que se encuentran al final del que está de manera predeterminada.

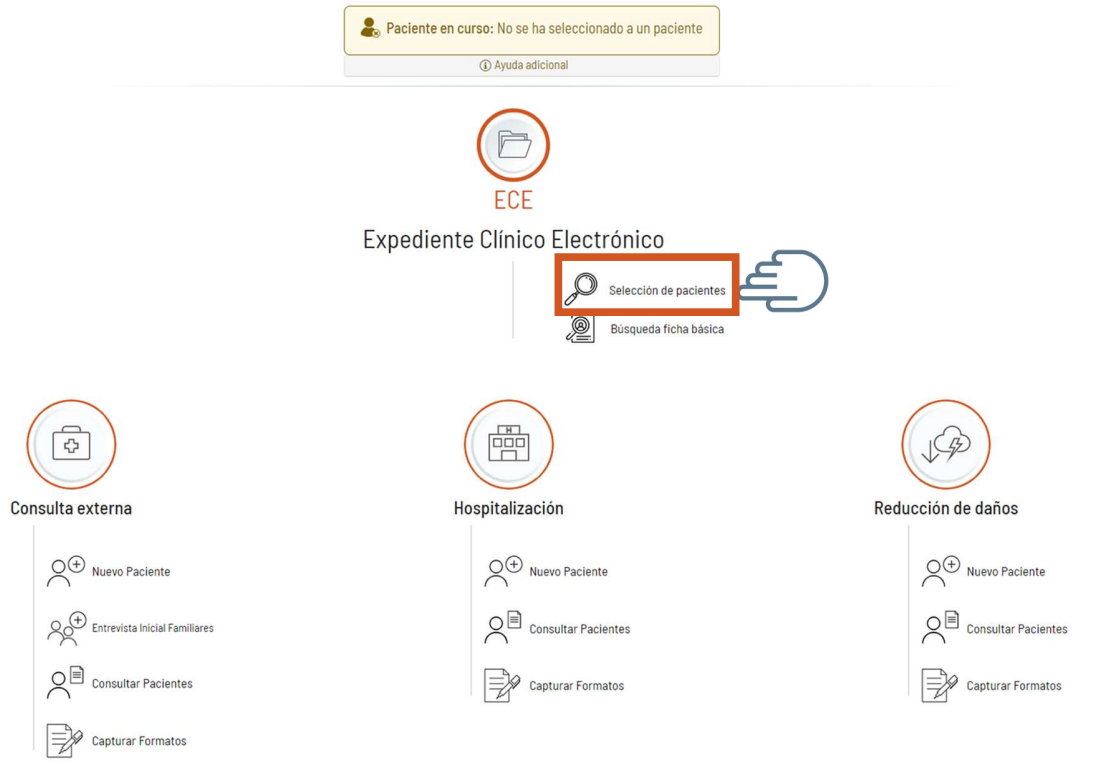


Al finalizar el llenado del formato haga clic en el botón **“Guardar”** y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

Consulta

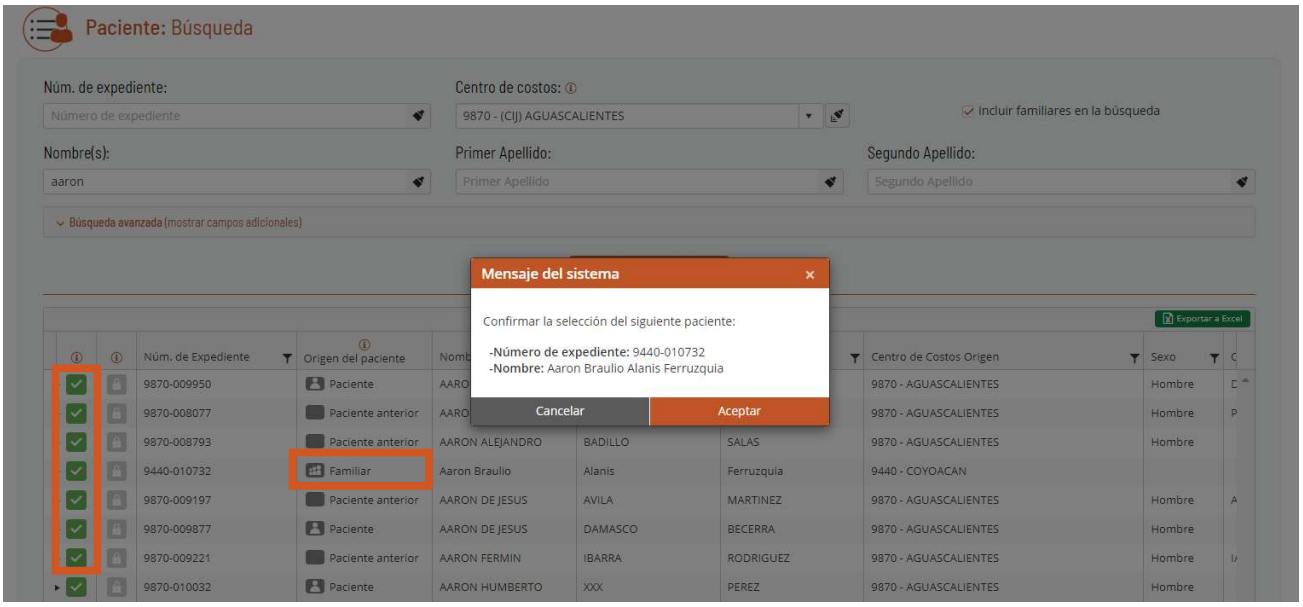
A partir de la pantalla principal del **ECE** ingrese a la liga **“Selección de pacientes”.**



El sistema mostrará la consulta para seleccionar un paciente, en caso de querer consultar al “**familiar**” habrá que habilitar la opción “**Incluir familiares en la búsqueda**”, para que muestre a los familiares que coincidan.

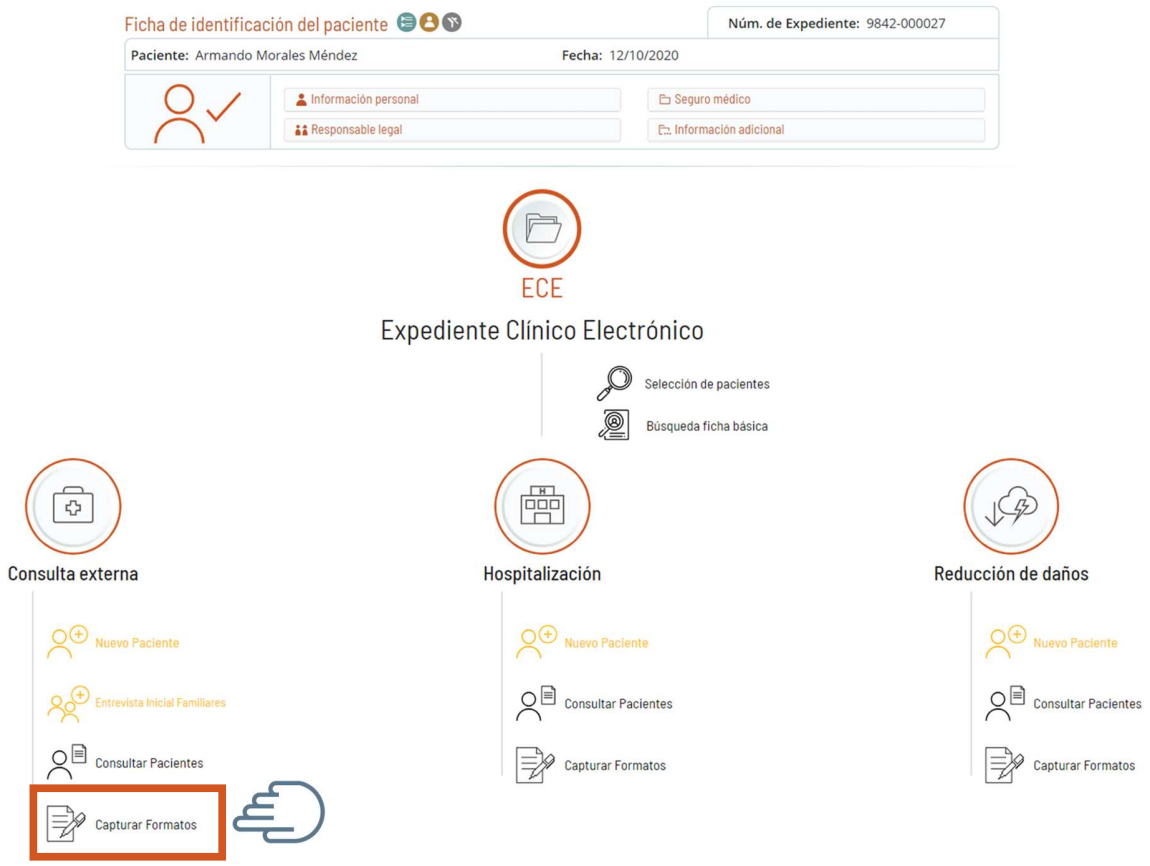
Haga clic en **“Mostrar resultados”** y el sistema mostrará las coincidencias de los combos que haya seleccionado. El familiar se caracteriza por la leyenda “Familiar” situada en la columna del lado derecho

seguida del número de expediente. Seleccione al familiar correspondiente haciendo clic en el primer ícono en color verde.



El sistema mostrará un “pop” para confirmar la selección del familiar; haga clic en el botón **“Aceptar”** o **“Cancelar”** para anular esta operación.

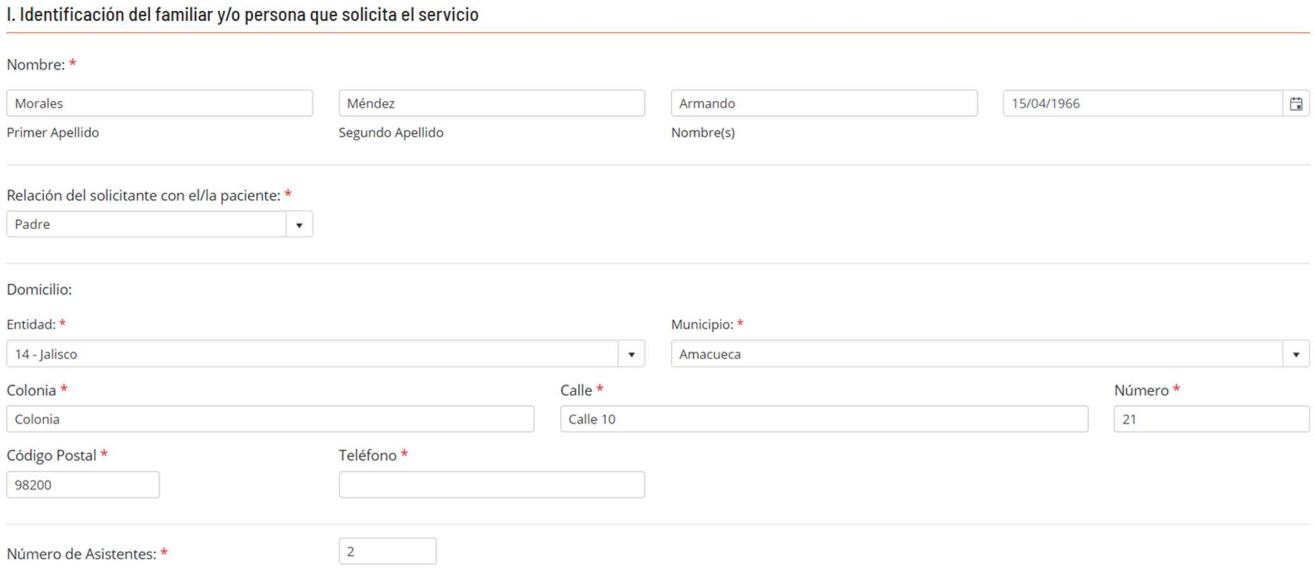
Una vez seleccionado el familiar, haga clic en **“Capturar formatos”** de Consulta Externa en la página principal del **ECE**.



En la sección **"Evaluación clínica y diagnóstica"** seleccione el formato **Entrevista inicial de familiares** y haga clic en el ícono **"Consulta"**.

El sistema muestra la siguiente pantalla y debe hacer clic en el primer ícono **“Ver detalle”**.

A continuación, se muestra el detalle del formato de la entrevista inicial de familiar, se adjuntan algunas pantallas por temas de practicidad.



II. Identificación del (la) paciente

Datos del (la) paciente

Nombre(s): * Daniel
Primer Apellido: * Morales
Segundo Apellido: * Garza

Domicilio del (la) paciente

Calle: * Calle 10
Número: * 21
Colonia: * Colonia
C.P.: * 12900
Entidad: * 14 - Jalisco
Municipio: * Amacueca
Teléfono: Teléfono
CURP: CURP
Zona de riesgo: * ZAR 1
Fuente de referencia: * Entrevistas Prensa
Convenio: * 000 - SIN CONVENIO
Sexo: Hombre
Edad: 54
Fecha de Nacimiento: * 04/02/1986
Lugar de nacimiento: 14 - Jalisco
Estado civil: Casado(a)

III. Principal motivo de consulta declarado

Motivos, expectativas y/o condicionantes: *

Motivos, expectativas y/o condicionantes.

Consumo de drogas × | Consumo de bebidas alcohólicas × | Consumo de tabaco × | Ludopatía × | Otro × | Consumo de Mariguana ×

Especifique cuál otro:

Se especifica otro tipo de motivo

* Drogas ilícitas y/o de uso médico utilizadas fuera de prescripción

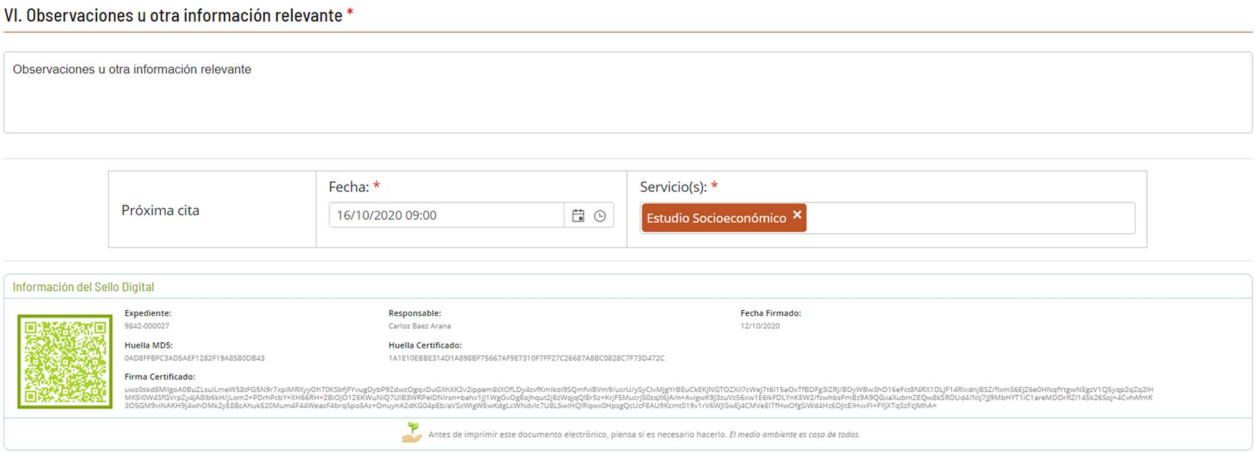
IV. Elementos diagnósticos

Características relevantes y actitudes durante la entrevista del/los asistente/s: *

Características relevantes y actitudes durante la entrevista del/los asistente/s.

Impresión diagnóstica: *

Impresión diagnóstica.



Al final del formato se encuentra la firma digital.

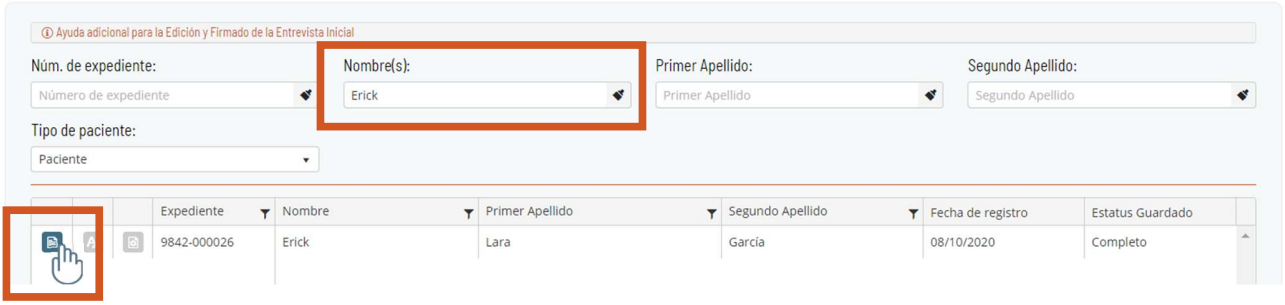
Consultar paciente

Para consultar a un paciente, deberá ingresar mediante el icono de **"ECE"**.

A continuación, el sistema lo dirigirá a la siguiente pantalla, en el módulo de **"Consulta externa"**, deberá seleccionar la sección **"Consultar pacientes"**.

Posteriormente el sistema lo dirigirá a la sección **“Entrevista inicial: Consulta”**, en la cual podrá realizar la búsqueda del paciente o familiar, con diversos tipos de filtrado: No. Expediente, Nombre, Apellido.

En este ejemplo se realizará la búsqueda por **“Nombre”** de un paciente previamente registrado.



Dentro de esta sección del sistema podrá retomar la **“Entrevista inicial”**, en caso de no haberla concluido, así como firmarla electrónicamente o consultarla.

Para consultar la entrevista inicial de este paciente deberá pulsar sobre el icono azul y se abrirá en una nueva pantalla el detalle de este registro.

En la parte superior derecha, contará con 2 botones, los cuales descargaran el detalle en formato PDF, o imagen a su equipo para el uso le requiera.

Por último, en la parte final del detalle, encontrará la firma electrónica integrada por diversos componentes: Expediente, responsable, fecha de formato, huella, firma.

Edición:

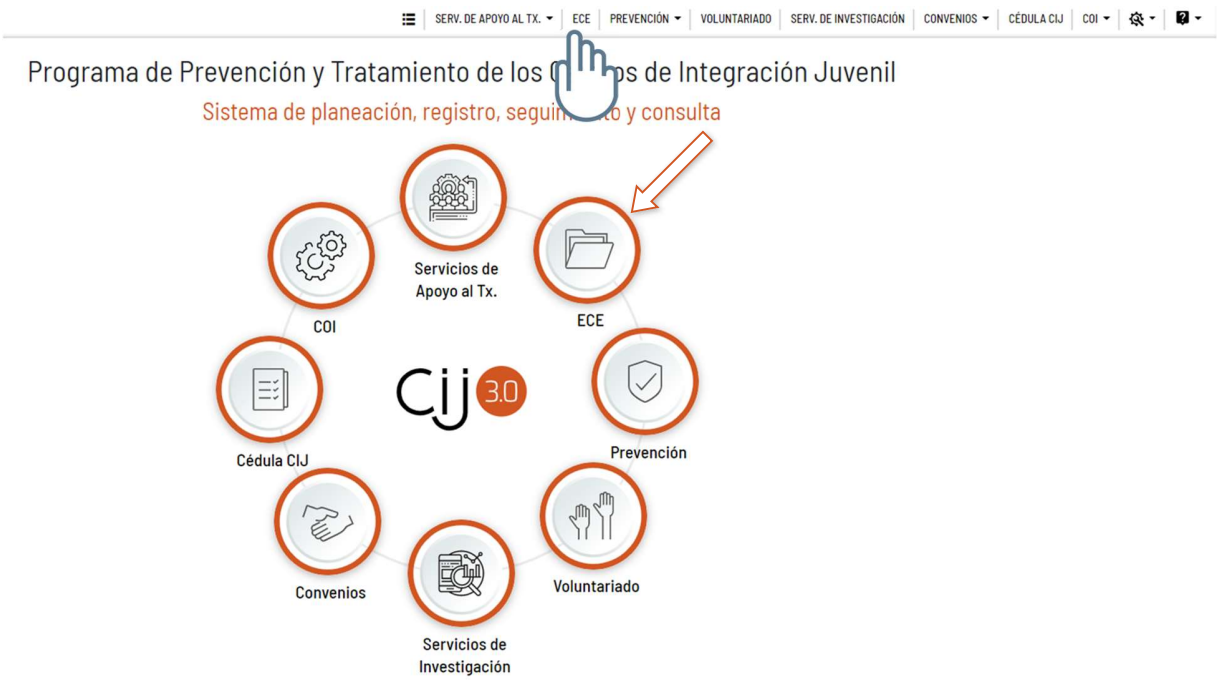
- Los datos de la entrevista solo podrán ser actualizados el mismo día en el que se ha comenzado.
- Una vez finalizada ya no podrá ser modificado ningún dato.

Firmado:

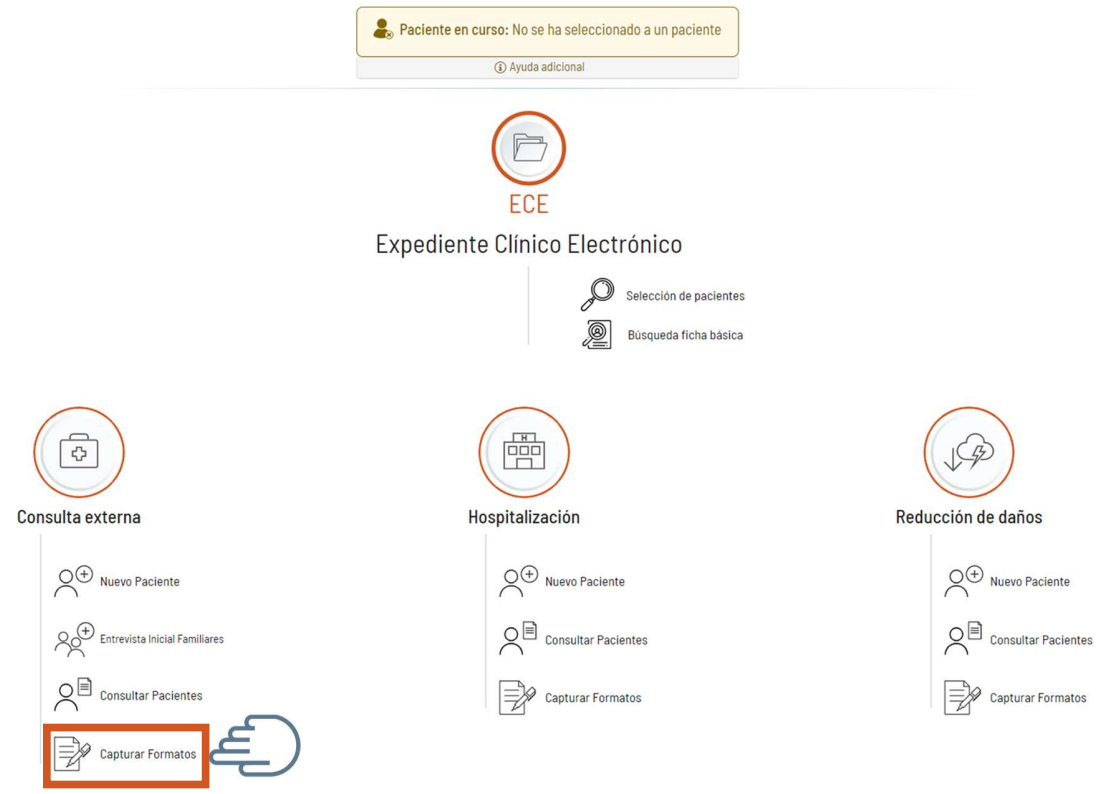
- El formato solo podrá ser firmado por usuarios que cuenten con firma electrónica.
- Solo se podrán firmar los formatos que se encuentren en estatus guardado: Completo.

Capturar formatos

Los siguientes formatos pertenecen al área de consulta externa, la manera de ingresar a ellos es la misa. En el menú principal haga clic en el ícono **ECE** o en el menú superior en la liga con el mismo nombre.



El sistema muestra la pantalla principal del expediente clínico electrónico.



Haga clic en la liga **"Capturar formatos"** en el área de consulta externa y el sistema mostrará todas las secciones con sus respectivos formatos. A continuación, se muestra cada sección y se explica la manera de registro de cada formato.

Evaluación Clínica y Diagnóstico

En esta sección se encuentran los siguientes formatos:

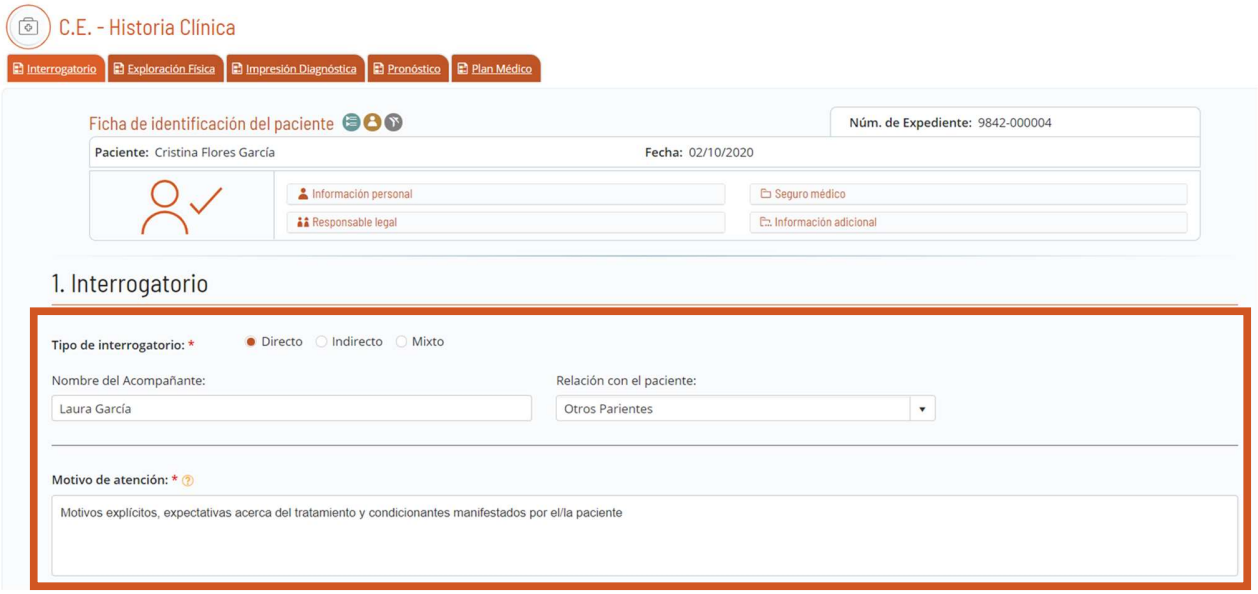
1. Entrevista inicial familiares
2. Historia Clínica
3. Estudio socioeconómico
4. Reingreso

Historia Clínica

Para registrar este formato siga los siguientes pasos:

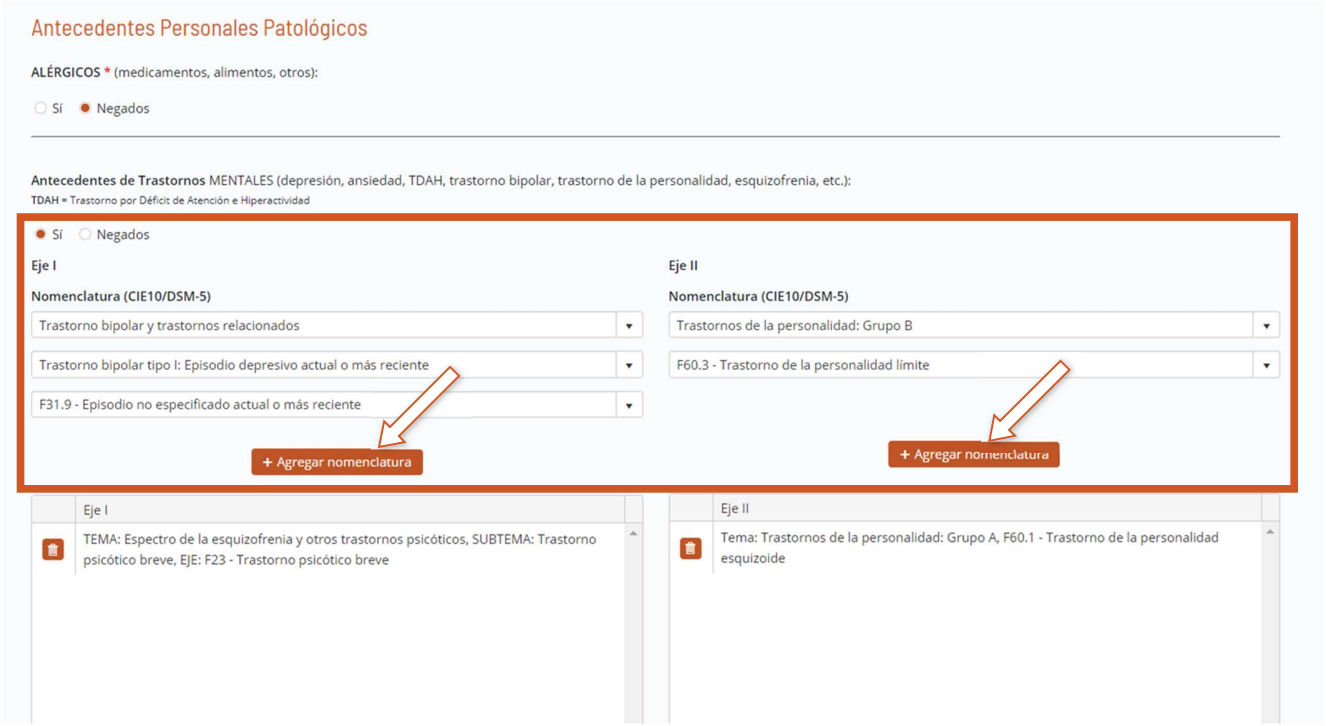
1) Haga clic en la sección “Evaluación clínica y Dx”.
2) Seleccione el formato de Historia clínica.

    a. Registro. Al seleccionar esta operación, el sistema mostrará el formato de historia clínica, el cual consta de cinco pestañas a llenar. Cada pestaña tiene sus respectivos campos, algunos obligatorios y otros opcionales, para avanzar a la pestaña siguiente, debe llenar todos los campos de carácter obligatorio; en caso de faltar alguno el sistema no permitirá continuar e indicará y se posicionará en el campo que falte llenar.

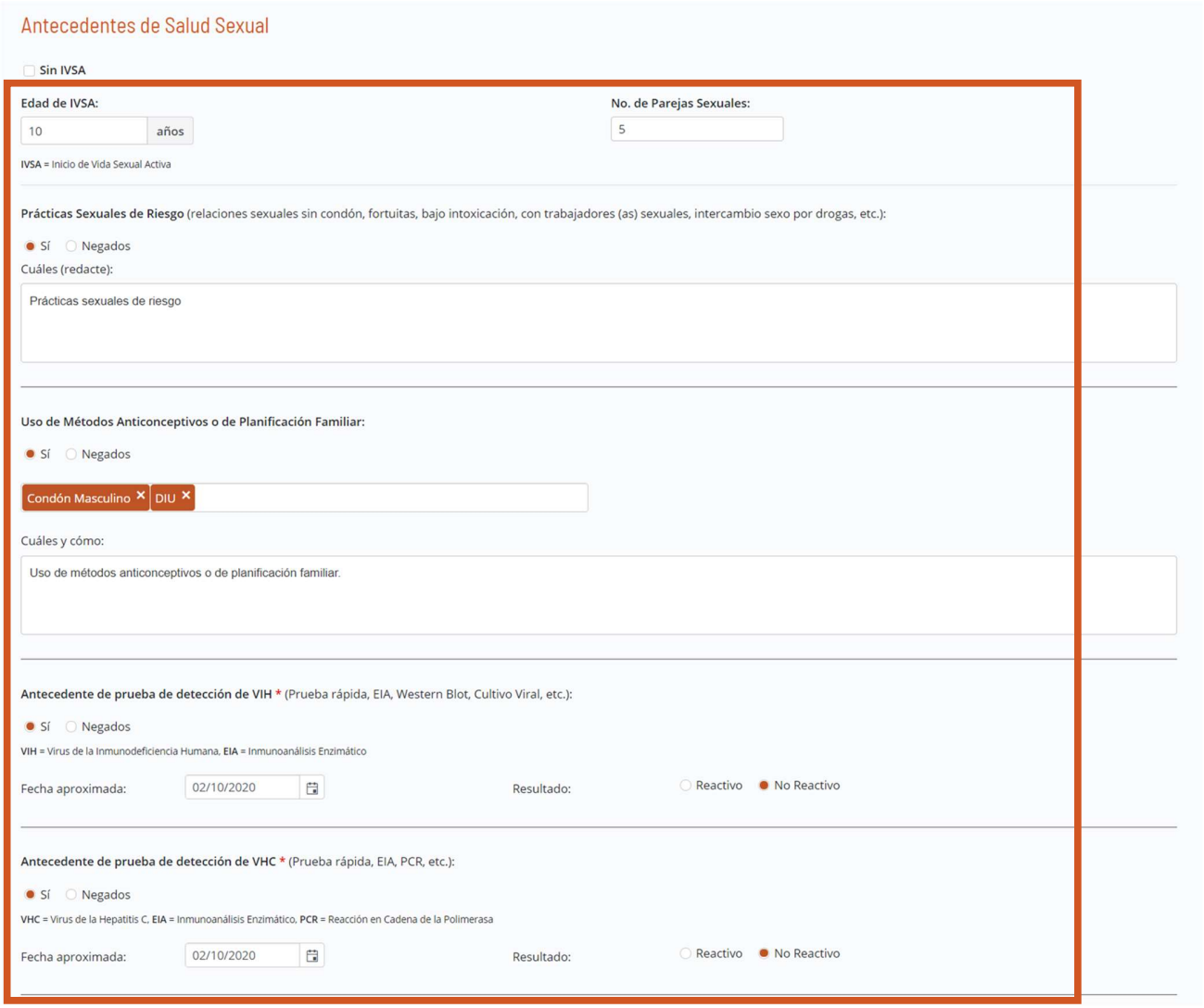


En la parte de **Antecedentes heredofamiliares**, al indicar que "Sí" hay, se mostrará un campo abierto para indicar dichos antecedentes. Haga el mismo procedimiento en los campos siguientes.

En la sección **Antecedentes personales patológicos**, al seleccionar "Sí" en **Antecedentes de Trastornos mentales**, el sistema mostrará los ejes I y II. En cada uno hay que seleccionar un valor para los combos de tema, subtema y eje, según con lo que cuente cada uno. Es importante que, una vez seleccionados los valores correspondientes, haga clic en el botón "Agregar nomenclatura" y el sistema agregará la selección en la tabla inferior. Puede agregar todos los trastornos que sean necesarios.



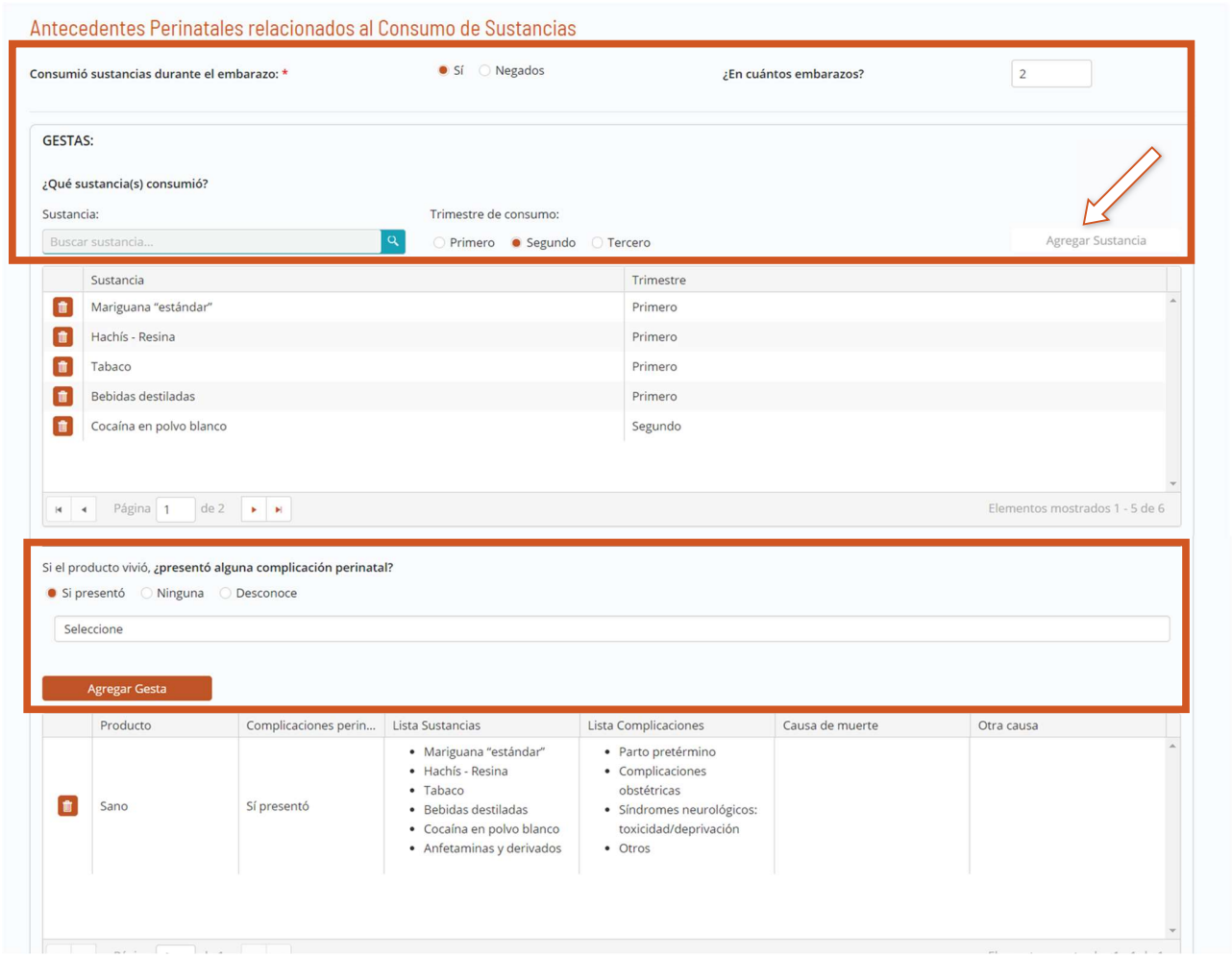
En la sección **Antecedentes de salud sexual** si el paciente no ha iniciado su vida sexual marque la primer casilla, en caso contrario, llene los siguientes datos:



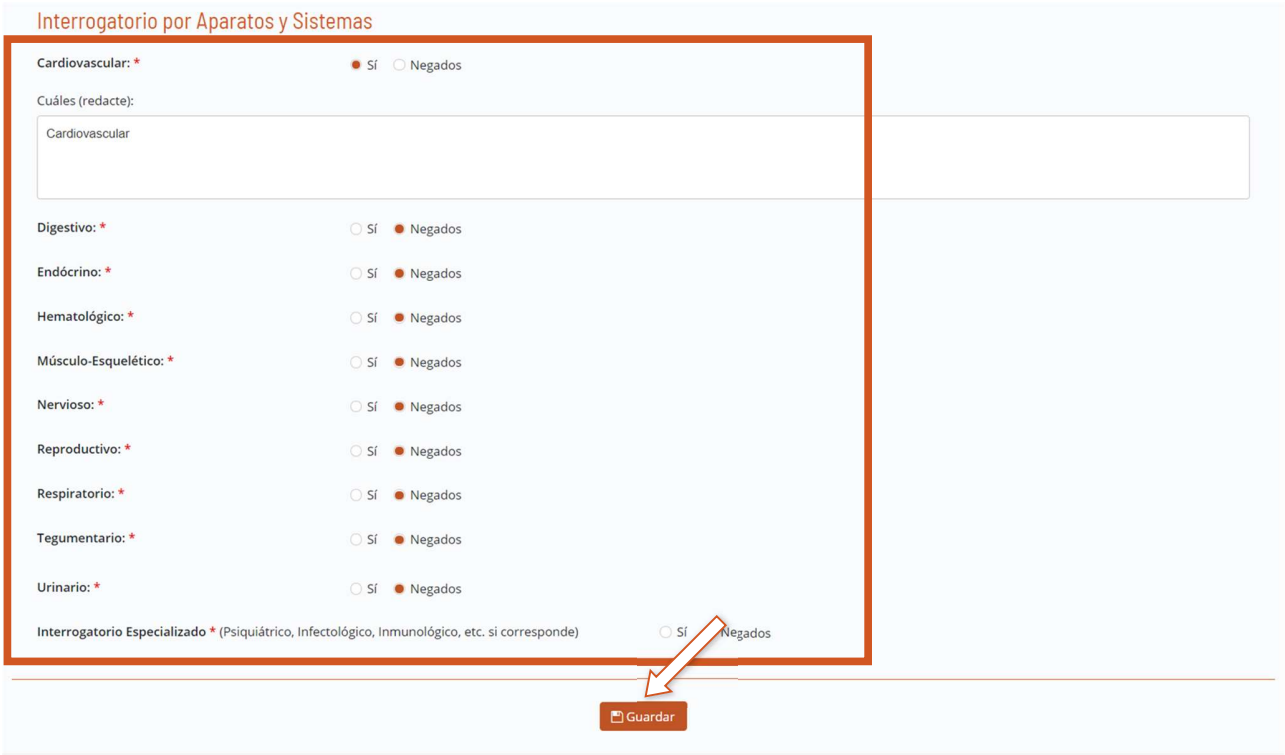
Si el paciente a quien se está registrando la historia clínica es mujer, se deberá contestar la sección **Antecedentes perinatales relacionados al consumo de sustancias**. Si ha consumido sustancias durante el embarazo el sistema mostrará la siguiente pantalla para indicar:

a) En cuántos embarazos. Campo abierto para indicar el número de embarazos en que se consumieron sustancias.
b) Gestas. Por medio del ícono en color azul con una lupa dentro, localizar, una por una, las sustancias consumidas e indicar en qué trimestre del embarazo se consumió cada una.

Recuerde hacer clic en el botón “Agregar gesta” para que la información se almacene en la tabla que se encuentra debajo de dicho botón y el sistema la registre.

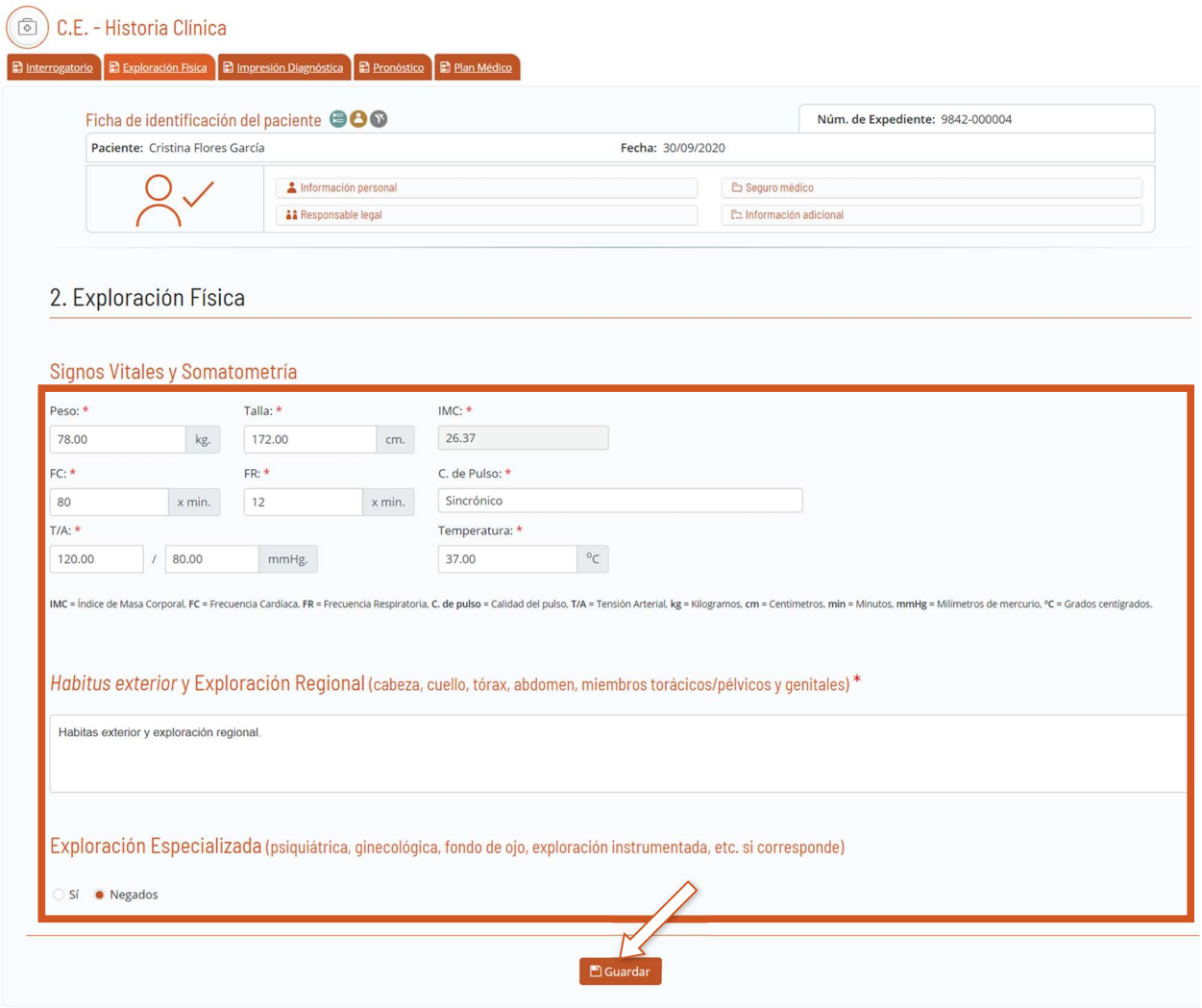


En la sección de **Interrogatorios por aparatos y sistemas**, responda si hubo interrogatorio, en caso afirmativo indique en el campo abierto el resultado, de lo contrario, no hay nada más que realizar.



Al finalizar cada pestaña, haga clic en el botón **"Guardar"** para avanzar a la siguiente.

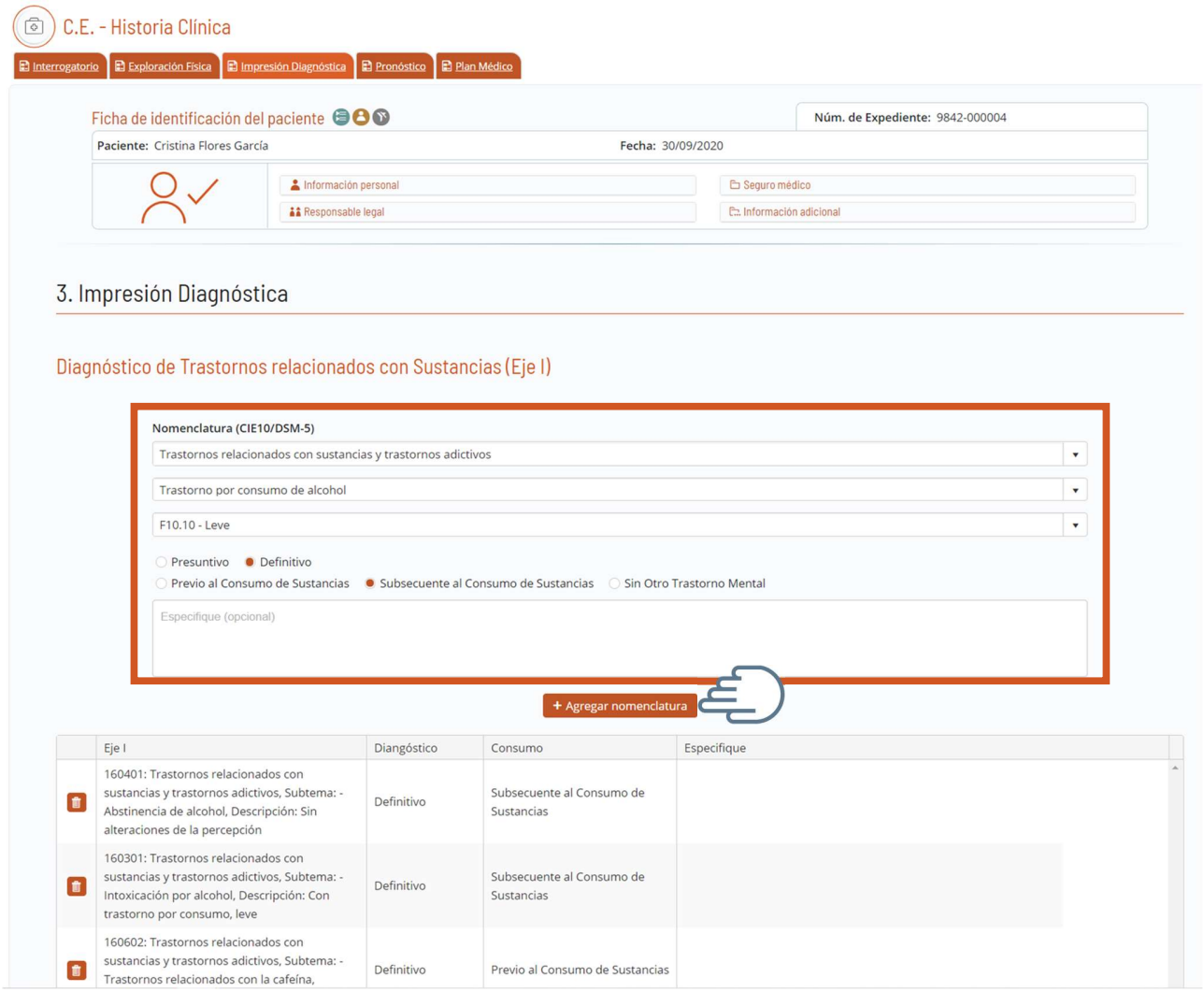
La segunda pestaña del formato de historia clínica es **Exploración física**, en la cual se registran los signos vitales y somatometría, habitus exterior y exploración regional y especializada.



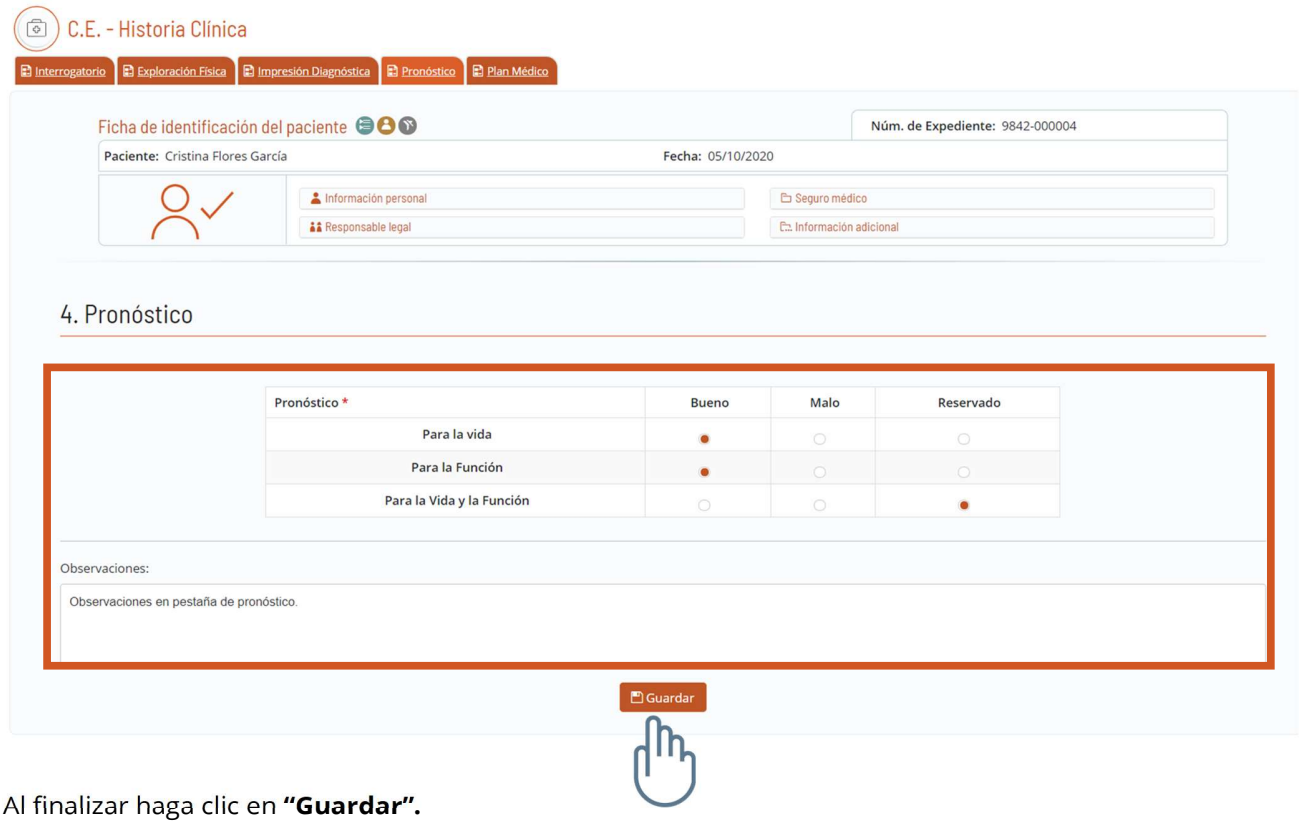
Haga clic en **"Guardar"** para avanzar a la siguiente pestaña.

La tercera pestaña es **Impresión diagnóstica**, en la cual se indican los trastornos relacionados con sustancias o diferentes tipos de enfermedades. En cada eje debe seleccionar tema, subtema y eje, según corresponda y hacer clic en el botón "Agregar nomenclatura". Puede agregar tantos trastornos como se necesite.

Todos estos diagnósticos de trastornos registrados en la historia clínica, en caso de registrar el formato de egreso y/o ingreso estos trastornos se precargarán de manera automática.

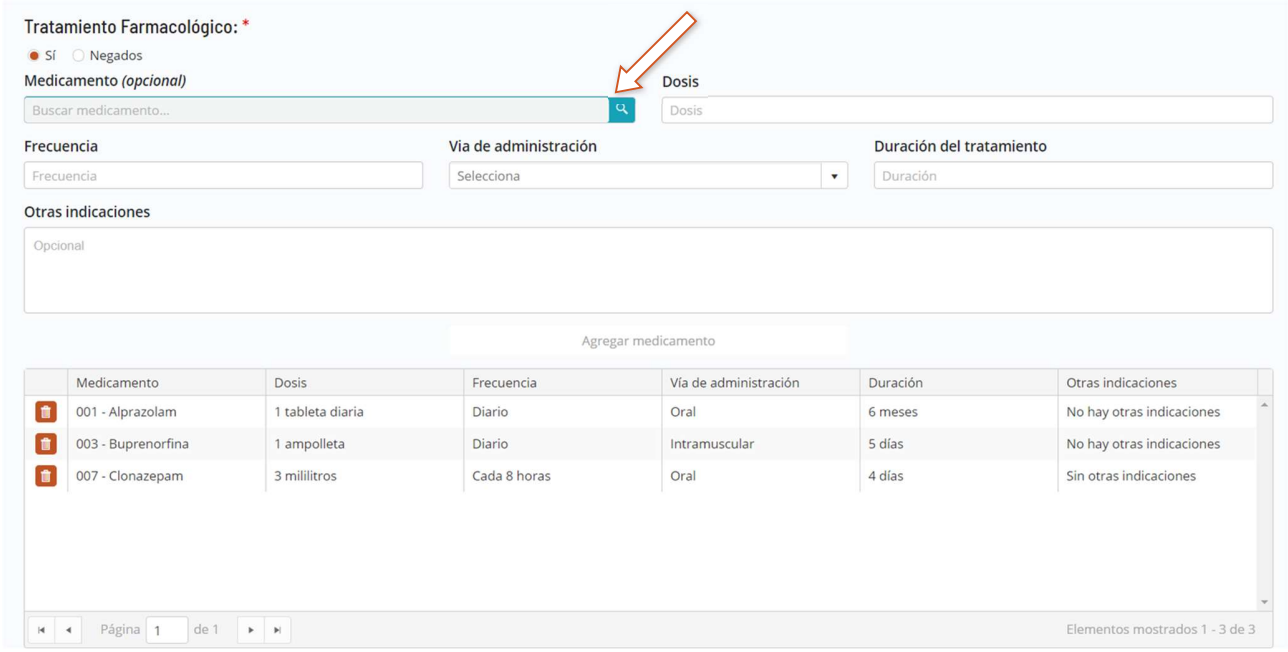


La cuarta pestaña es **Pronóstico**, en la cual se indican tres parámetros si son buenos, malos o reservado y llenar el campo abierto y opcional de **Observaciones**.

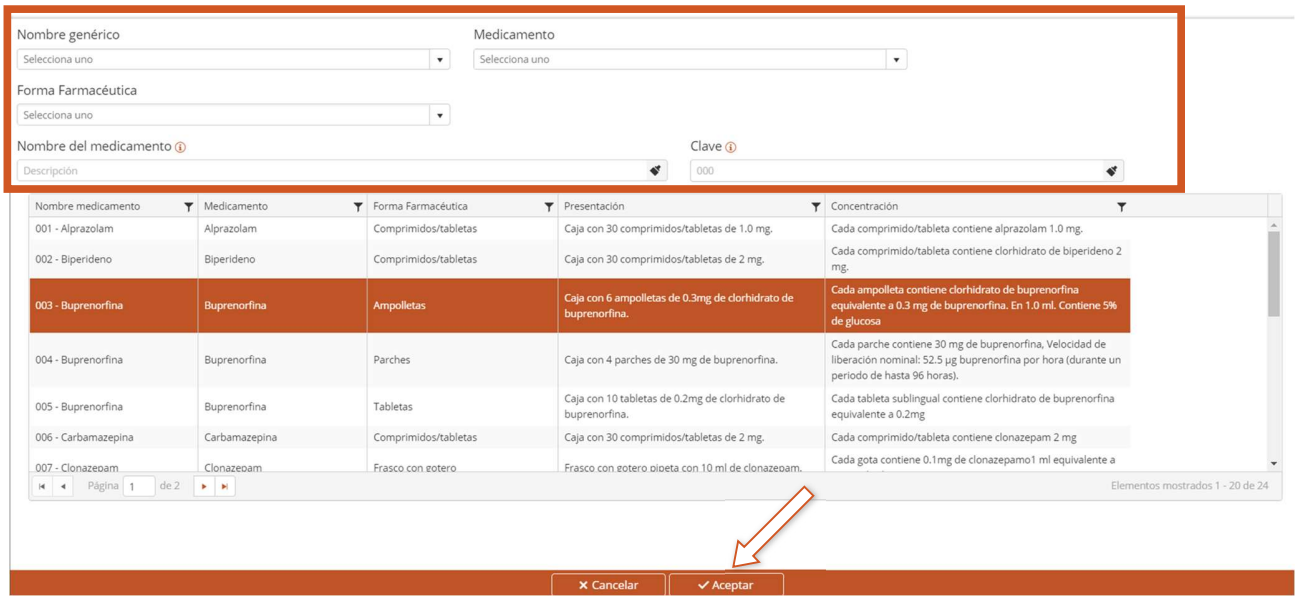


Al finalizar haga clic en **"Guardar".**

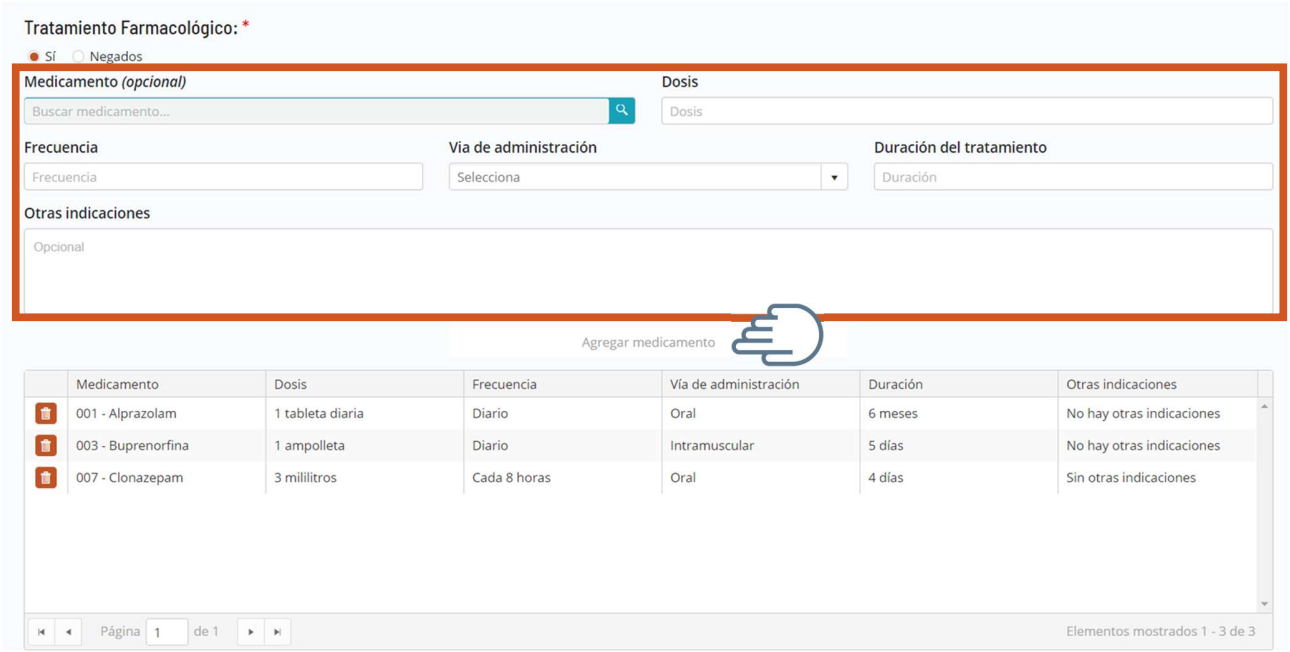
La última pestaña es **Plan médico**, en la cual se registran los medicamentos de un cuadro básico y solicitudes de estudios de gabinete, en caso de que haya.



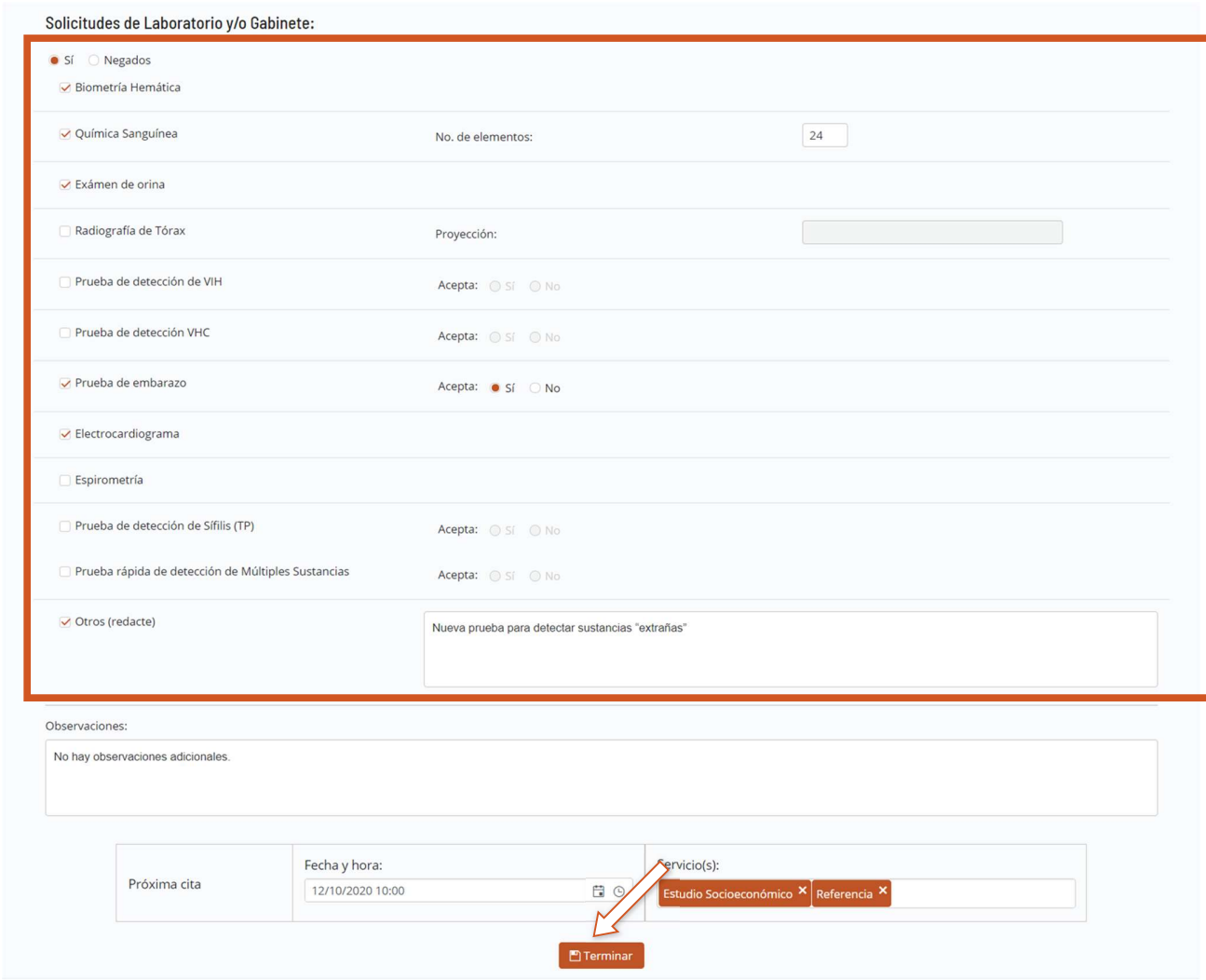
Para agregar un medicamento haga clic en el ícono de lupa color azul y el sistema mostrará la siguiente pantalla con el catálogo del cuadro básico de medicamentos:



Seleccione el renglón donde se encuentra el medicamento a registrar, en la pantalla de registro del plan médico, agregue la dosis, frecuencia, vía de administración, duración de tratamiento, y de manera opcional, otras indicaciones y haga clic en **“Agregar medicamento”**.



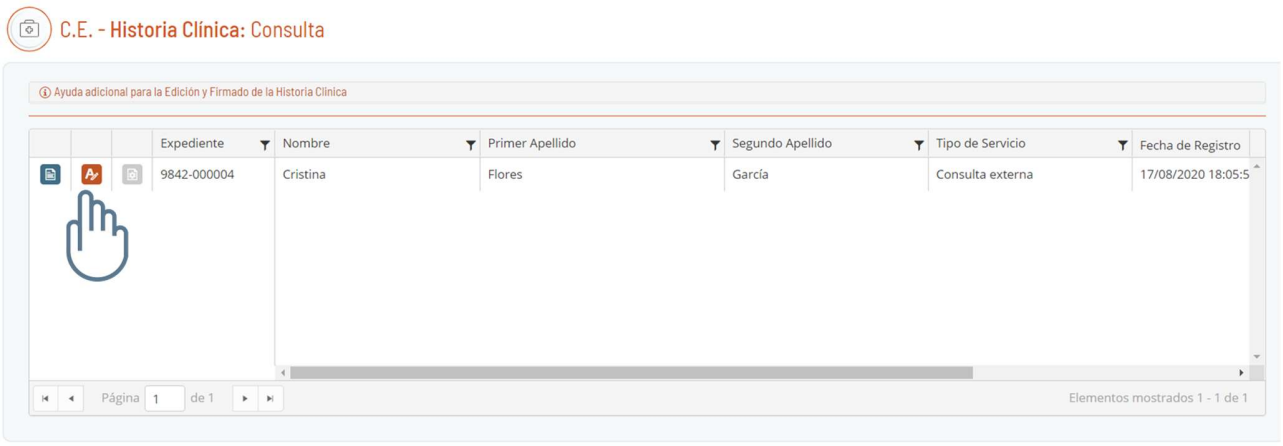
En caso de necesitar registrar solicitudes de laboratorio, marque la afirmación y el sistema mostrará las solicitudes disponibles, en caso de no estar alguna, marque el cuadro de **Otros** y en el campo **Especifique** indique la prueba(s) que haga(n) falta.



Al finalizar el registro haga clic en **"Terminar"** y firme electrónicamente.

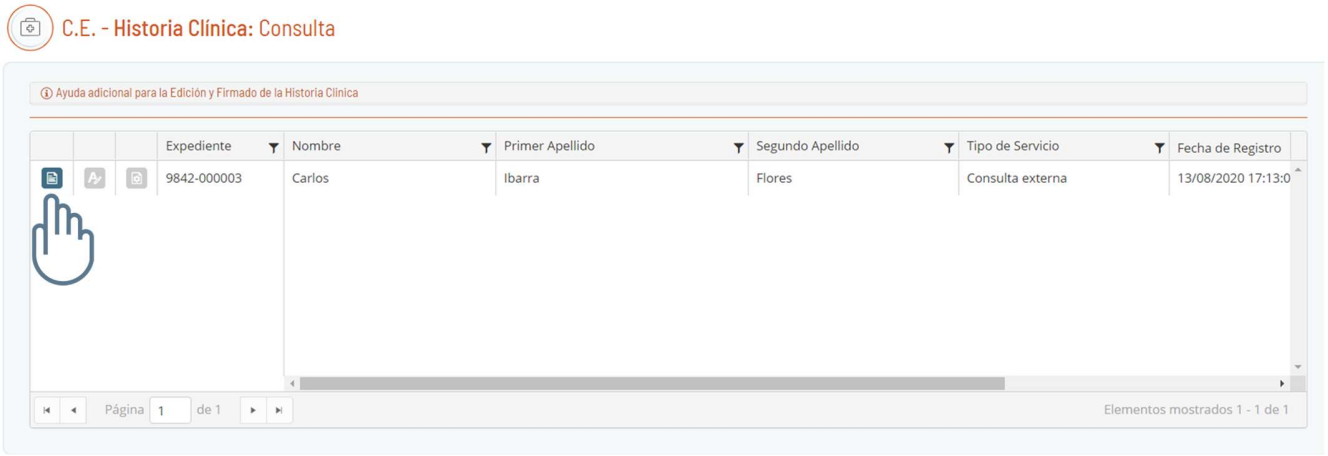
Ir a firma electrónica

Este formato de historia clínica tiene un "guardado parcial" debido a que está dividido en pestañas y se puede ir guardando el avance una por una, como se visualiza en la imagen siguiente, mientras no se termine el formato, el botón de "Editar" en la consulta estará habilitado. Una vez que se termine el formato en su totalidad, este botón se deshabilitará. No olvidar que la normatividad no ha cambiado y cuando se comienza un formato debe terminarse y firmarse electrónicamente.



Esta pantalla indica que el formato de historia clínica aún no está terminado, mientras esté habilitado el botón de editar. Una vez finalizado, este botón estará deshabilitado.

b. Consulta. Una vez terminado el registro de la historia clínica, el sistema muestra la siguiente imagen. Para consultar el detalle de este formato, haga clic en el primer ícono **"Ver detalle"**.



El sistema mostrará el detalle de lo registrado en la historia clínica, a continuación, se muestran unas partes de la consulta debido a que el formato es extenso.

1. Interrogatorio

Tipo de interrogatorio:
Directo

Nombre del Acompañante:

Relación con el paciente:

Motivo de atención:
Motivos explícitos, expectativas acerca del tratamiento y condicionantes manifestados por el/la paciente. Complementar...

Padecimiento Actual:
Padecimiento Actual.

Antecedentes del padecimiento actual relacionados con Sustancias (Patrón de consumo sustancia por sustancia):
Antecedentes del padecimiento actual relacionados con Sustancias.

Antecedentes Heredofamiliares

Antecedentes Heredofamiliares de Trastornos relacionados con SUSTANCIAS (tabaco, alcohol, mariguana, inhalables, cocaína, heroína, anfetaminas, metanfetaminas, benzodiacepinas, etc.):
Sí

Quiénes y Cuáles
Quiénes y Cuáles.

Antecedentes Heredofamiliares de Trastornos MENTALES (depresión, ansiedad, TDAH, trastorno bipolar, trastorno de la personalidad, esquizofrenia, etc.):
TDAH = Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
Sí

Quiénes y Cuáles
depresión, ansiedad, TDAH, trastorno bipolar, trastorno de la personalidad, esquizofrenia, etc.

OTROS Antecedentes Heredofamiliares médicos de importancia clínica (DM, HAS, obesidad, dislipidemia, neurológicas, genéticas, etc.):
DM = Diabetes Mellitus, HAS = Hipertensión Arterial Sistémica
Negados

2. Exploración Física

Signos Vitales y Somatometría

Peso:	Talla:	IMC:	FC:	FR:	C. de Pulso:
75.00 kg.	168.00 cm	26.57	70 x min.	120 x min.	Sincrónico

T/A:	Temperatura:
90.00 / 60.00 mmHg.	36.00 °C

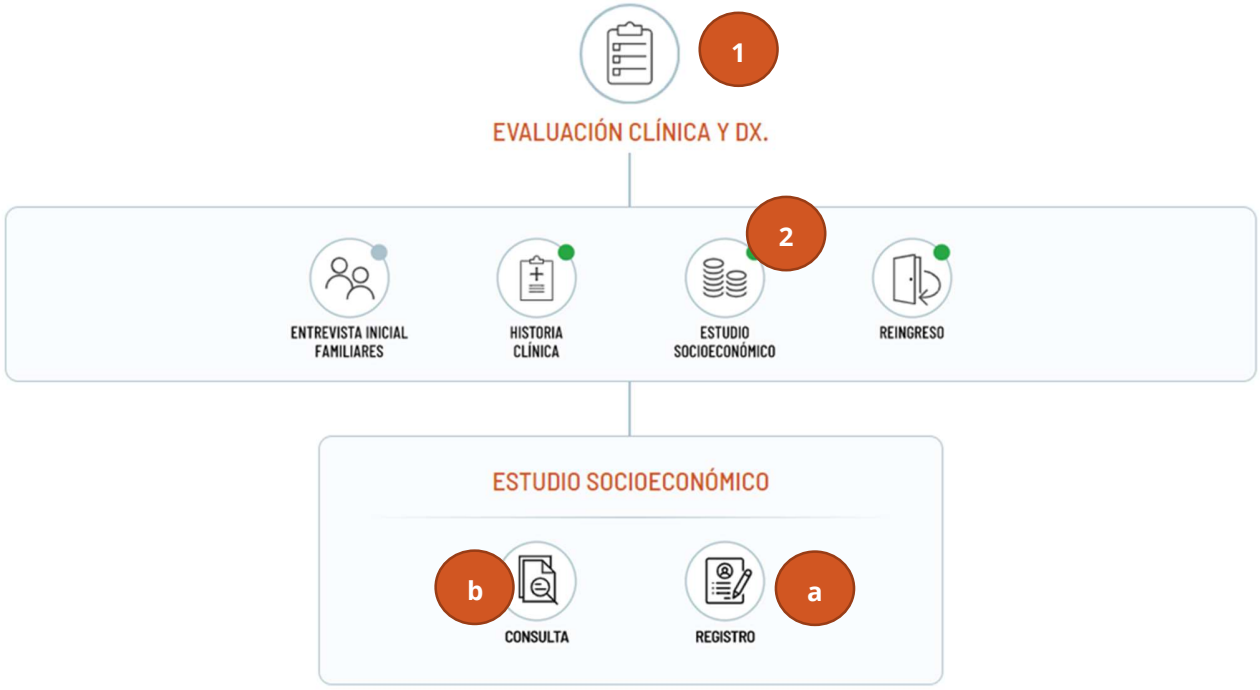
IMC = Índice de Masa Corporal, FC = Frecuencia Cardíaca, FR = Frecuencia Respiratoria, C. de pulso = Calidad del pulso, T/A = Tensión Arterial, kg = Kilogramos, cm = Centímetros, min = Minutos, mmHg = Milímetros de mercurio, °C = Grados centígrados

Habitus exterior y Exploración Regional (cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros torácicos/pélvicos y genitales)
cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros torácicos/pélvicos y genitales.

Exploración Especializada (psiquiátrica, ginecológica, fondo de ojo, exploración instrumentada, etc. si corresponde)
Ninguna

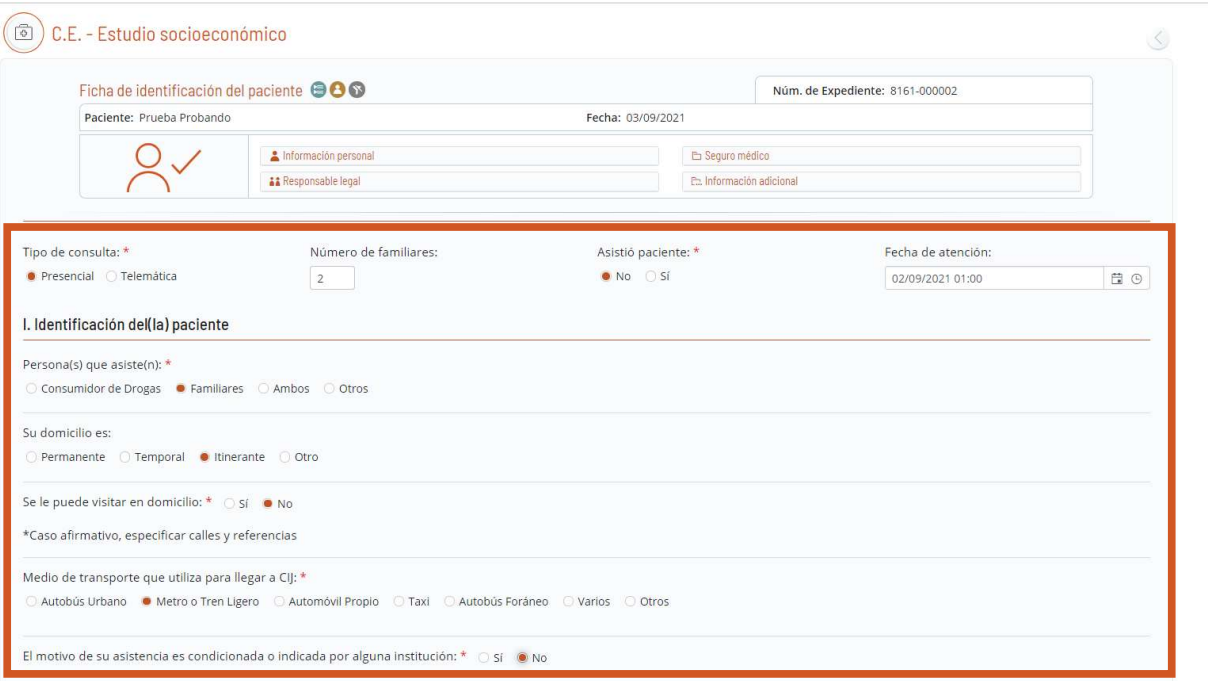
Estudio Socioeconómico

Para registrarlo, siga los siguientes pasos:

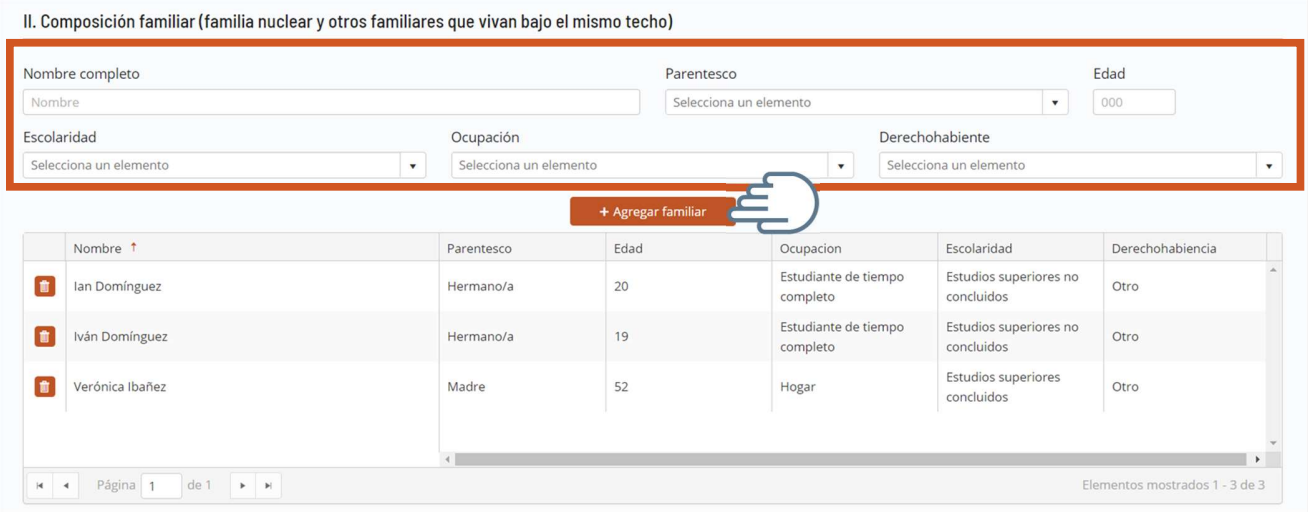


1. En la sección **Evaluación clínica y Dx**. El sistema muestra los formatos de esta sección
2. Haga clic en el formato **Estudio socioeconómico** y el sistema desplegará dos opciones:

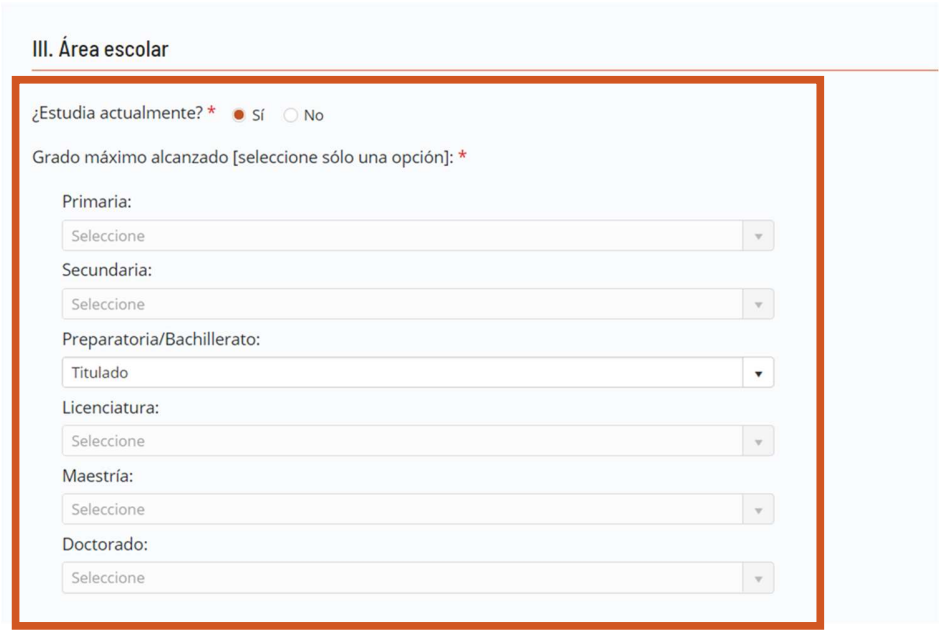
    a. Registro. El sistema despliega el formato, el cual consiste en una sola vista.



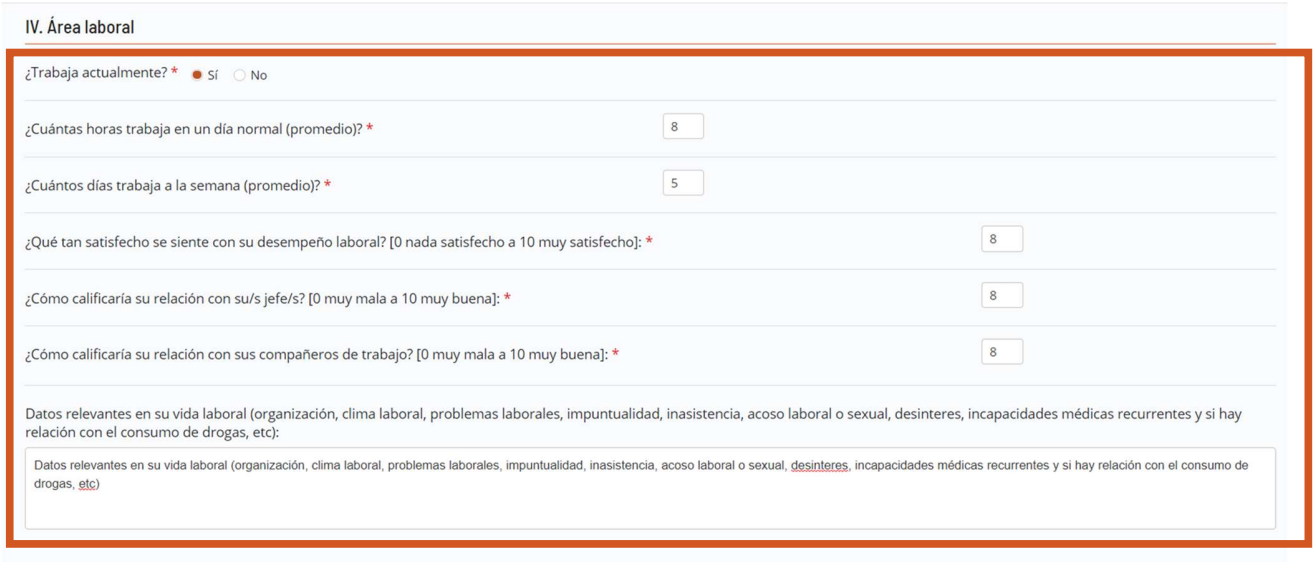
El apartado **II. Composición familiar**, registre los familiares que vivan bajo el mismo techo, registre nombre, parentesco, edad, escolaridad, ocupación, derechohabiencia y al final haga clic en **"Agregar familiar"**. Puede registrar tantos familiares como se necesite.



En la sección **III. Área escolar**, indique si el paciente estudio actualmente y seleccione el grado máximo alcanzado, sólo puede seleccionar una opción.

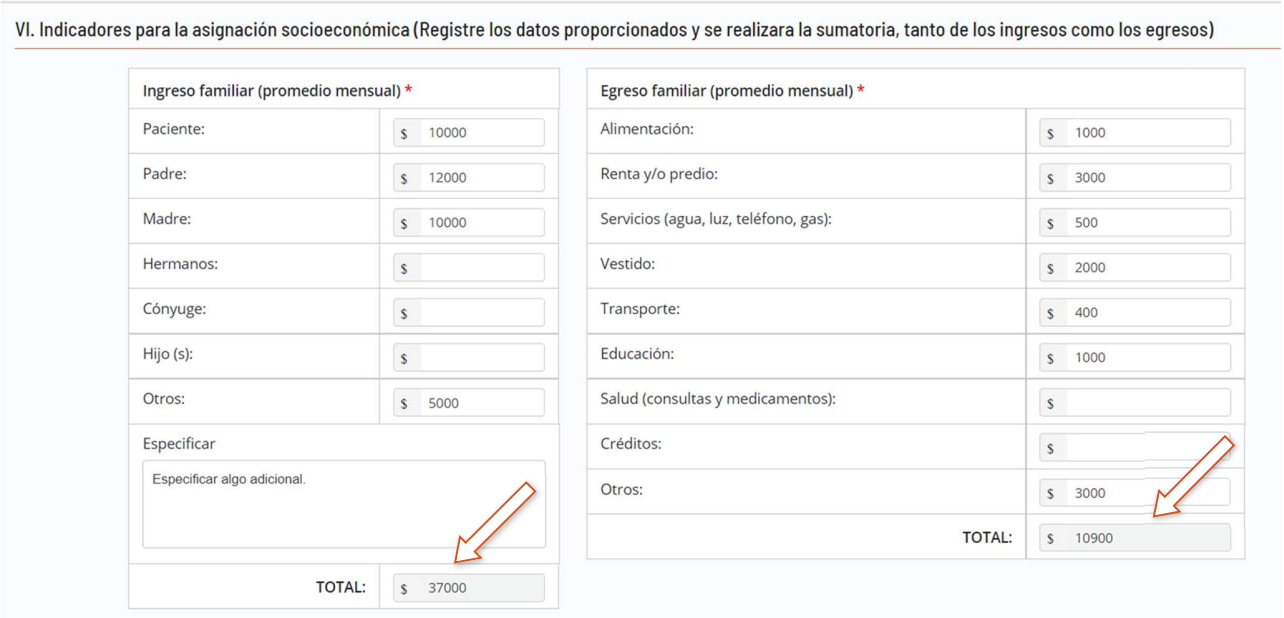


En la sección **IV. Área laboral**, si el paciente mantiene actividad laboral, responda las preguntas sobre el área laboral.



De lo contrario, indique cuánto tiempo (en meses) tiene sin actividad laboral.

En la sección **VI. Indicadores para la asignación socioeconómica**, indique la cantidad en promedio mensual de los ingresos y egresos por miembro de la familia, el sistema sumará automáticamente las cantidades que indique.



En la sección **VII. Calificación de indicadores socioeconómicos**, haga clic sobre las opciones correspondientes, únicamente puede seleccionar un valor y el sistema sumará automáticamente cada sección y un total al final de esta sección.

VII. Calificación de indicadores socioeconómicos

(De los datos obtenidos, seleccione las opciones para cada indicador [inciso] y obtendrá la sumatoria total)

Zona de salario mínimo: *

Selecciona una zona

A. INGRESO FAMILIAR

Ingreso familiar SMM	Dependientes 1 o 2	Dependientes 3 o 4	Dependientes 5 o 6	Dependientes 7 u 8	Dependientes 9 o más
>0.0 a 1.0	0	0	0	0	0
>1.0 a 1.5	10	5	0	0	0
>1.5 a 3.0	15	10	5	0	0
>3.0 a 4.5	20	15	10	5	0
>4.5 a 6.0	25	20	**15**	10	5
>6.0 a 8.0	30	25	20	15	10
>8.0 10.0	35	30	25	20	15
>10.0 a 13.0	40	35	30	25	20
>13.0 a 16.0	45	40	35	30	25
>16.0 a 19.0	50	45	40	35	30
>19.0	55	50	45	40	35

Calificación: * 15

D. VIVIENDA

Condición

Descripción	Puntos
Otro (institucional, albergues, reclusorios, casas de retiro o sin vivienda)	0
Arrendada (rentada, hipotecada o con gravamen)	**1**
Comodato (prestada)	2
Propia pagada	3

Calificación: * 1

Tipo de vivienda

Descripción	Puntos
Institución de protección social, vivienda móvil, casa rural, refugio, cuarto redondo o sin vivienda; local no construido para habitación	0
Vecindad o cuarto de servicio o azotea	1
Departamento o casa popular en unidades habitacionales (interés social)	**2**
Departamento o casa clase media con financiamiento propia o hipoteca	3
Departamento o casa residencial	5

Calificación: * 2

Servicios Públicos

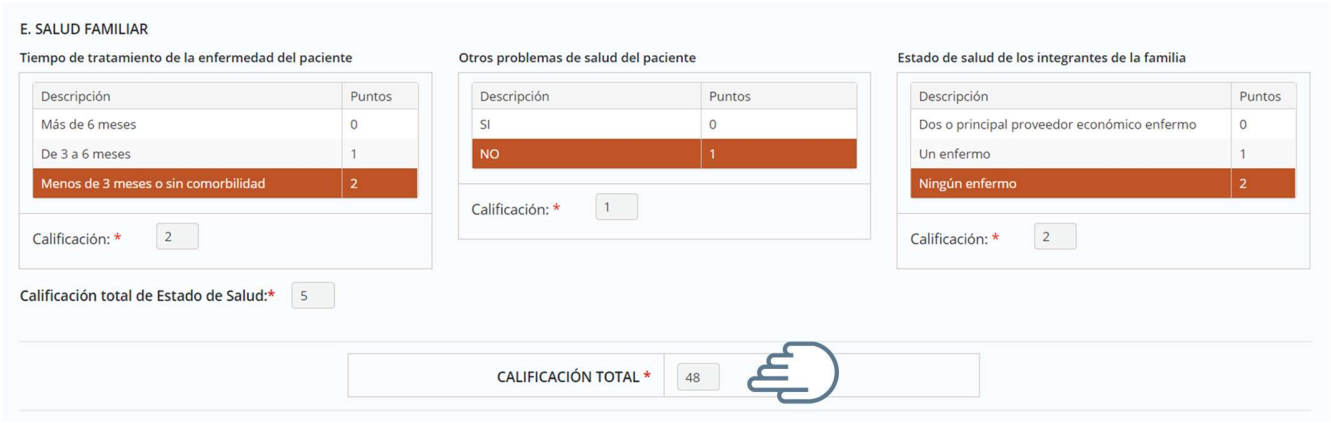
Descripción	Puntos
De 0 a 1 servicio público	0
2 servicios públicos	1
3 servicios públicos	2
4 o más servicios públicos	**3**

Calificación: * 3

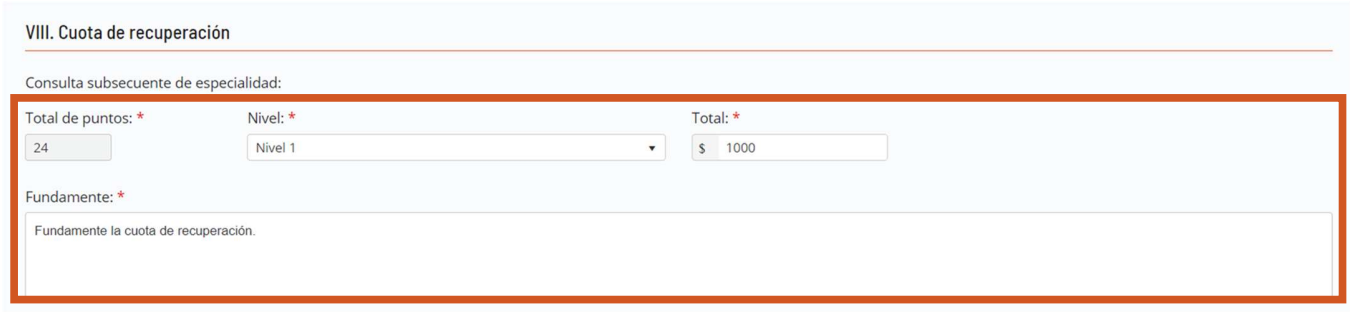
Servicios Intradomiciliarios

Descripción	Puntos
0-1 servicio	0
2 servicios	1
3 servicios	2
4 o más servicios	**3**

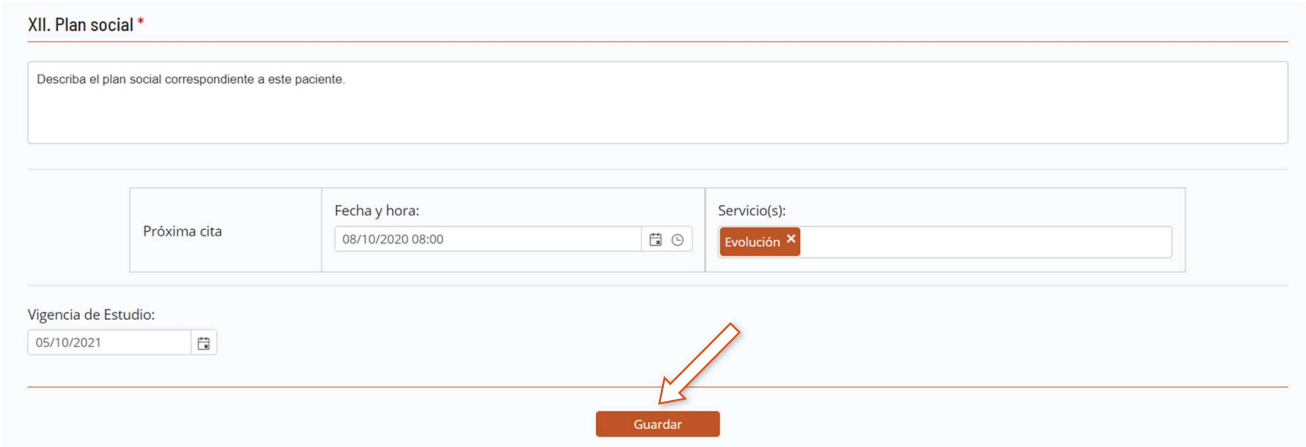
Calificación: * 3



En la sección **VIII. Cuota de recuperación**, el sistema pone la calificación total y calcula automáticamente el nivel, la cuota de recuperación es un campo abierto para que indique la cantidad correspondiente y fundamente en el campo indicado.



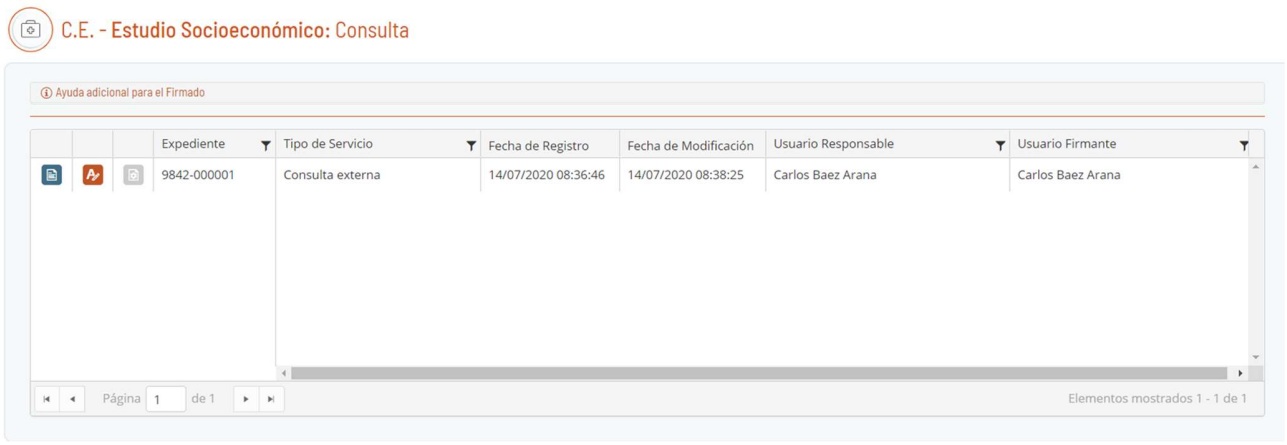
Complete las secciones X, XI y XII con la información correspondiente.



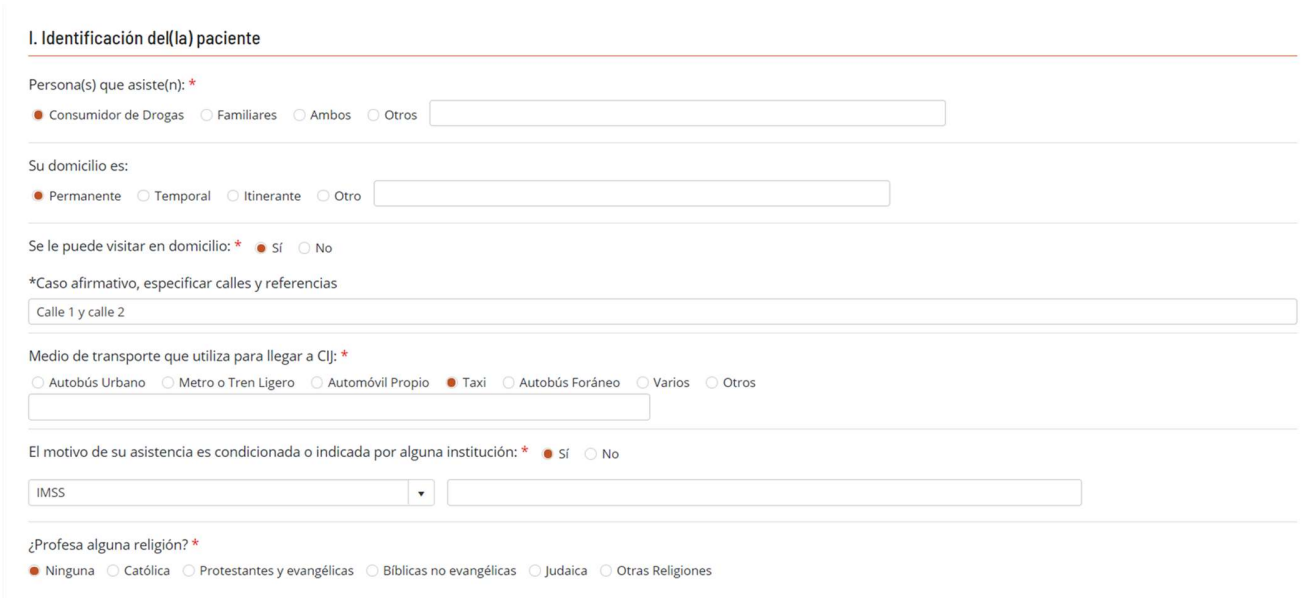
Al finalizar el formato haga clic en **"Guardar"** y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. Al hacer clic en esta opción, el sistema muestra la siguiente pantalla:



Haga clic en el primer ícono **"Ver detalle"** y el sistema mostrará el formato de estudio socioeconómico en modo consulta:



III. Área escolar

¿Estudia actualmente? * ● Sí ○ No

Grado máximo alcanzado [seleccione sólo una opción]: *

Primaria:

Secundaria:

Preparatoria/Bachillerato:

Titulado

Licenciatura:

Maestría:

Doctorado:

Si interrumpió sus estudios, especifique motivos [seleccione las 3 principales]: *

Relacionado con su Consumo de Drogas × | No le Gustaba la Escuela × | Dejaron de Apoyarlo/a Financieramente ×

IV. Área laboral

¿Trabaja actualmente? * ● Sí ○ No

¿Cuánto tiempo tiene de no trabajar [trabajo remunerado]? (meses) *	
¿Cuántas horas trabaja en un día normal (promedio)? *	20
¿Cuántos días trabaja a la semana (promedio)? *	5
¿Qué tan satisfecho se siente con su desempeño laboral? [0 nada satisfecho a 10 muy satisfecho]: *	8
¿Cómo calificaría su relación con su/s jefe/s? [0 muy mala a 10 muy buena]: *	7
¿Cómo calificaría su relación con sus compañeros de trabajo? [0 muy mala a 10 muy buena]: *	9

Datos relevantes en su vida laboral (organización, clima laboral, problemas laborales, impuntualidad, inasistencia, acoso laboral o sexual, desinterés, incapacidades médicas recurrentes y si hay relación con el consumo de drogas, etc):

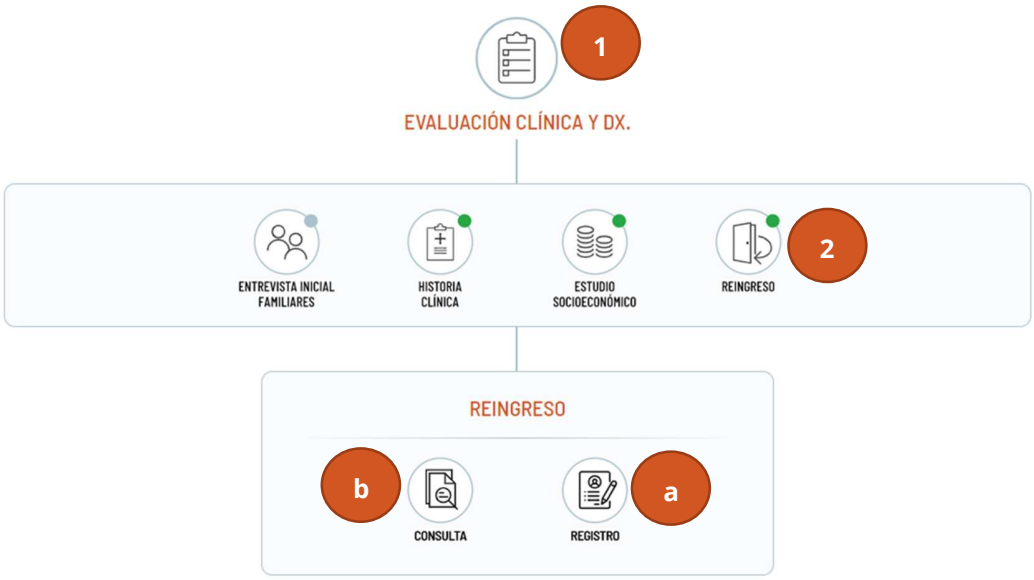
Datos relevantes en su vida laboral.

En la sección superior del formato se localiza: “Tipo de consulta”, “Asistió paciente” y por último “Fecha de atención”.

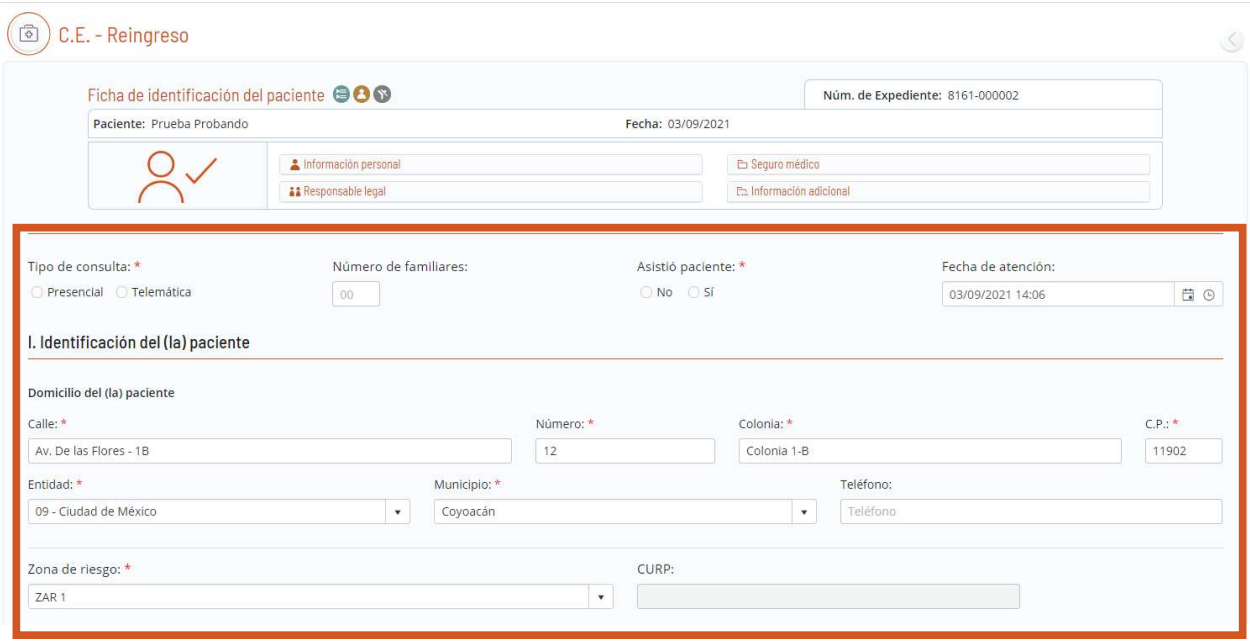
Reingreso

Para registrar este formato, previamente tiene que haber un registro del formato de Egreso, de lo contrario no se podrá hacer el registro del formato de Reingreso.

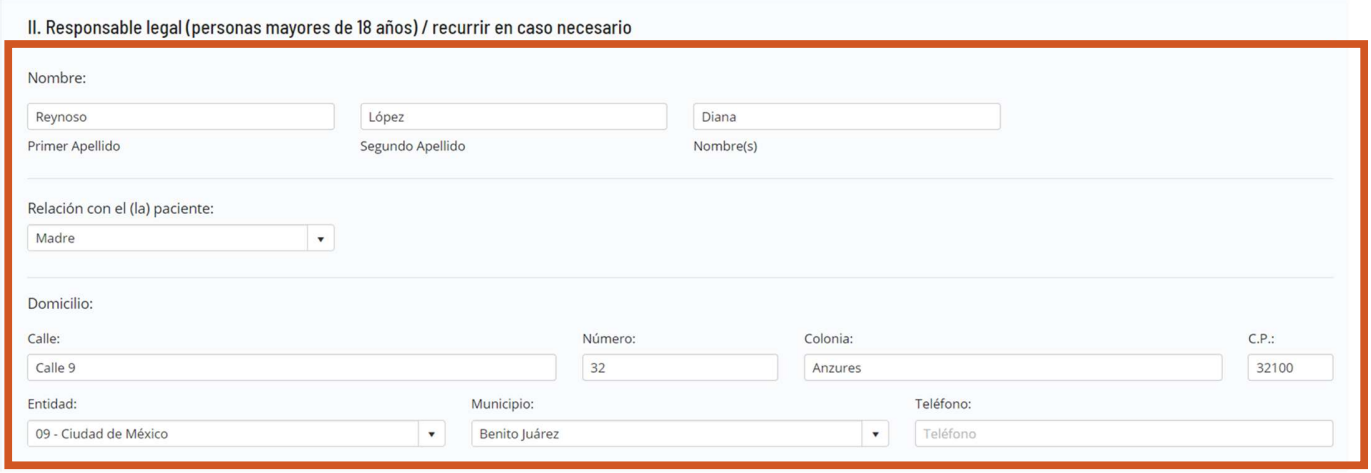
Este formato se registra de la siguiente manera:



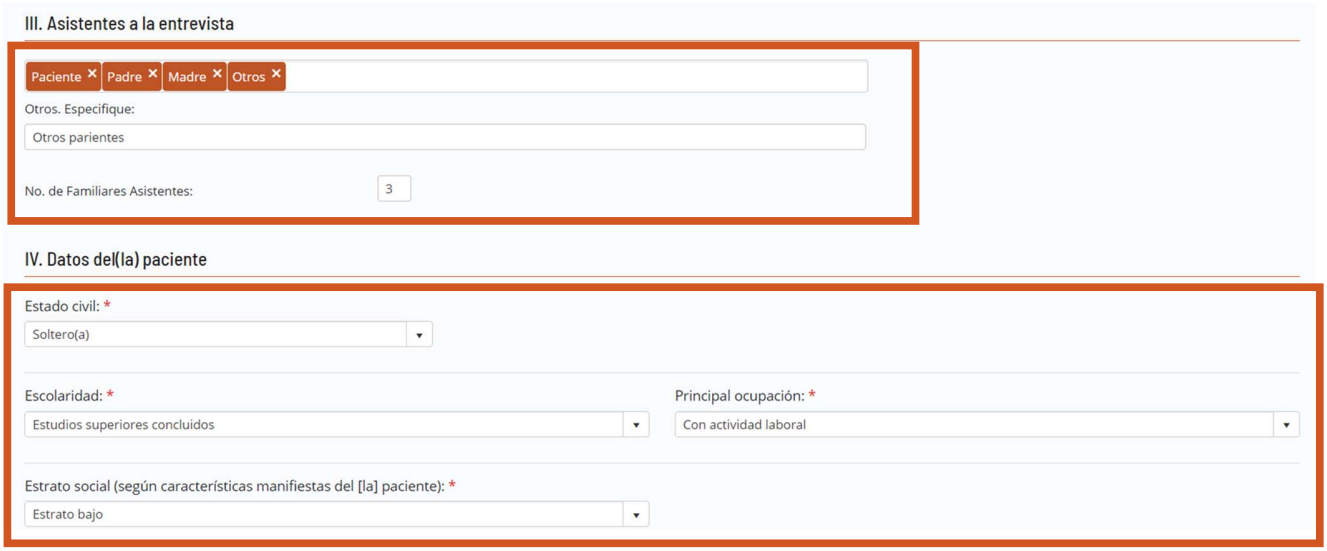
1. Sección **"Evaluación clínica y Dx"**, el sistema muestra los formatos que corresponden a esta sección.
2. Haga clic en el formato **Reingreso**.
    a. Registro. En la primera sección los datos del paciente están precargados automáticamente, sin embargo, se encuentran editables por si se necesita modificar alguno de ellos.



En la sección **II. Responsable legal**, registre a una persona mayor de 18 años, si es que cuenta con sus datos. Esta sección es opcional.

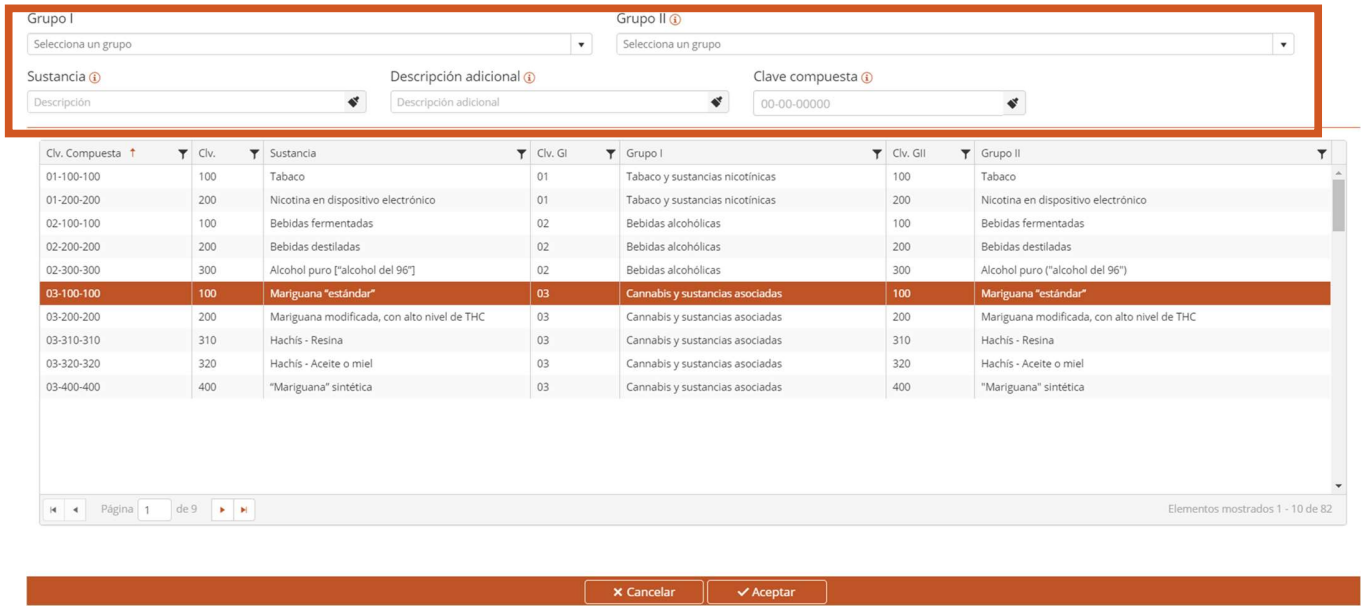


En la sección III y IV, llene los datos correspondientes.

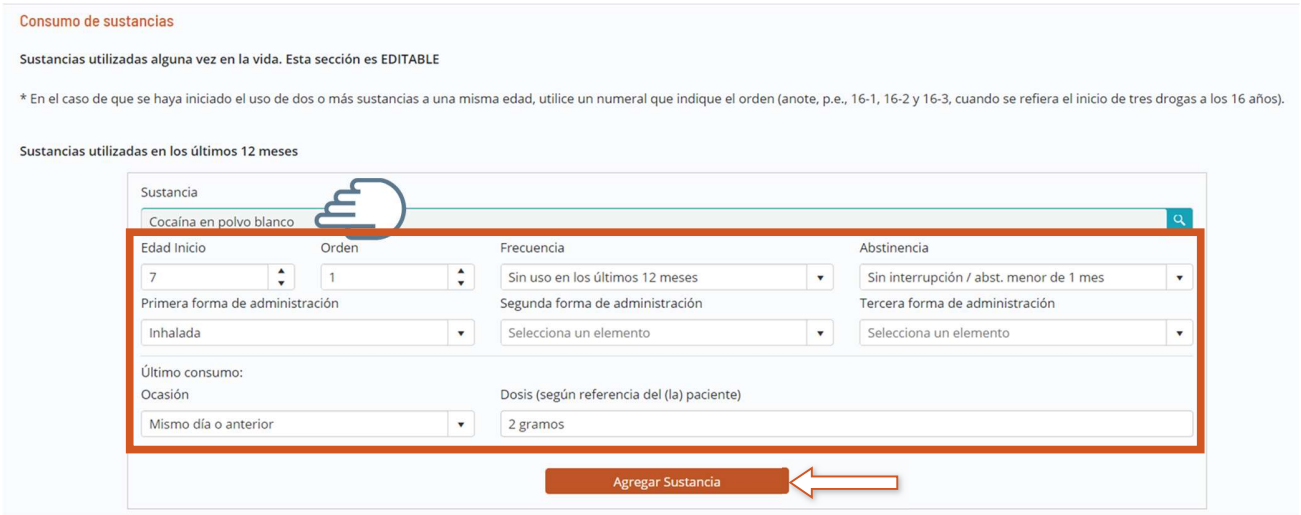


En la sección V, se encuentran precargadas las sustancias de la entrevista inicial. Esta sección es editable, puede registrar la misma sustancia y actualizar el patrón de consumo.

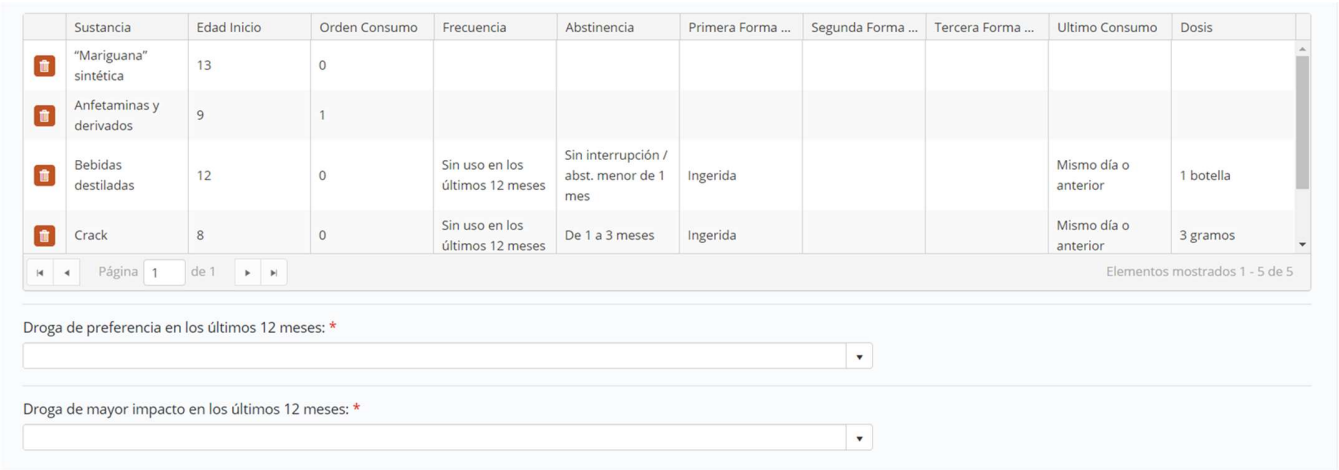
Para agregar una sustancia haga clic en el ícono de lupa y el sistema mostrará la siguiente pantalla:



Puede localizar la sustancia a registrar, a través de los filtros de búsqueda (Grupo I, Grupo II, Sustancia, Descripción adicional, Clave compuesta), seleccione uno o varios y el sistema mostrará las coincidencias en la tabla. Seleccione el renglón donde se encuentra la sustancia y haga clic en “Aceptar”.



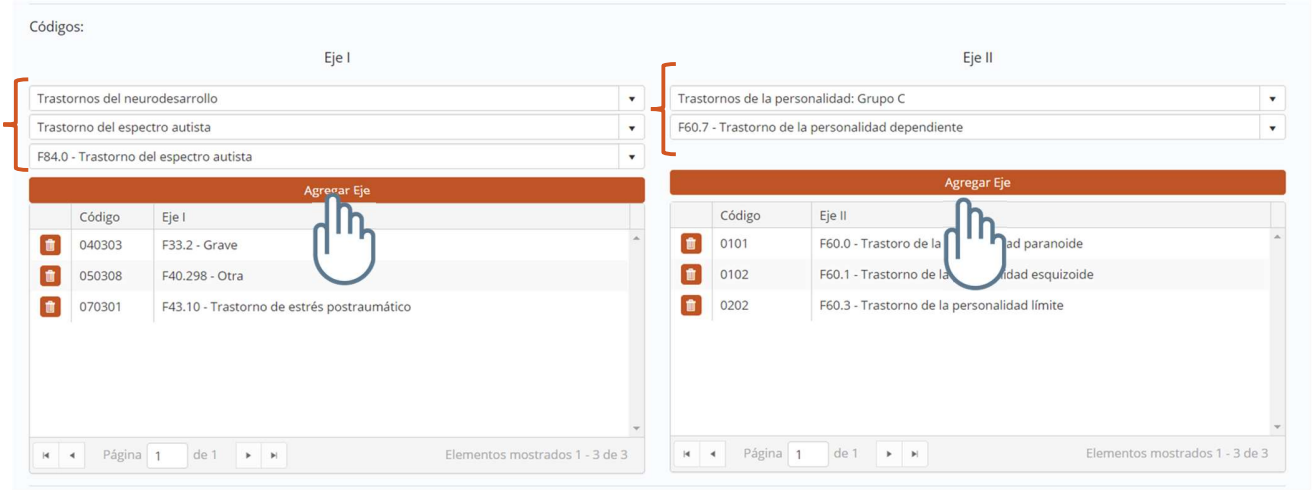
Una vez seleccionada la sustancia, llene los siguientes campos para establecer el patrón de consumo: edad de inicio, orden, frecuencia, abstinencia, primera forma de administración, la segunda y tercera forma es opcional, último consumo y dosis de la sustancia; después de indicar estos datos, se habilita el botón para **Agregar sustancia**.



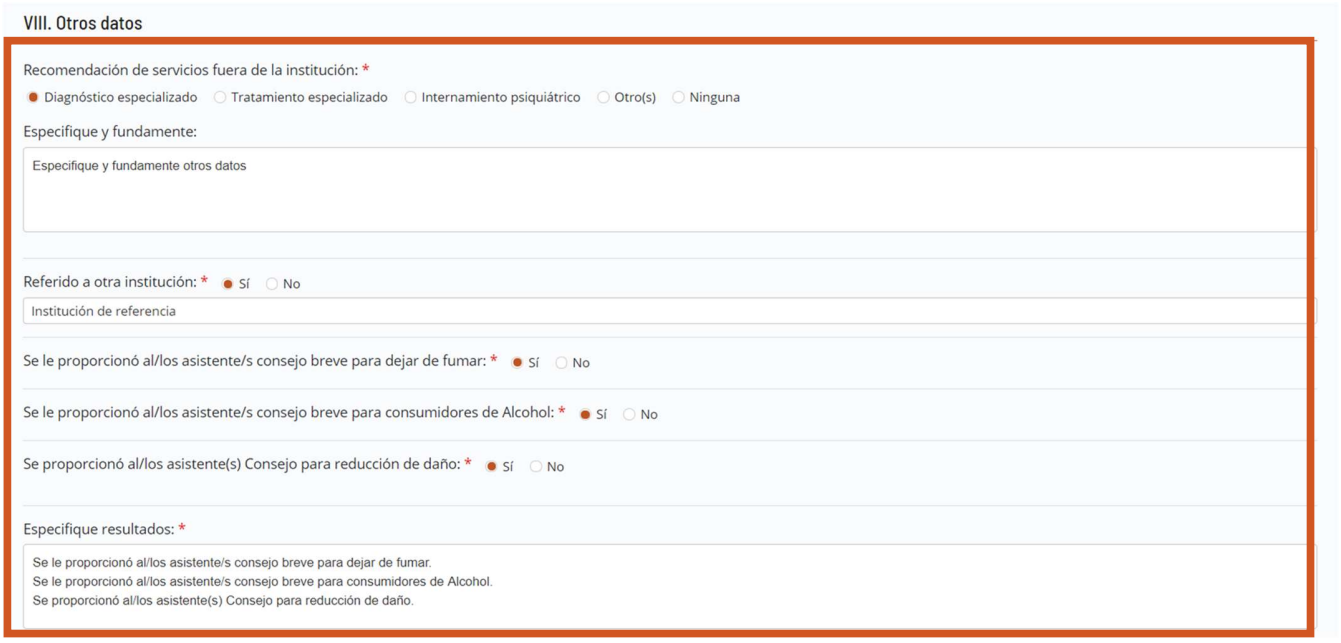
Sustancias registradas en la entrevista inicial, debajo de ellas se agregarán las "nuevas" que agregue con el proceso anterior, aunque las sustancias sean las mismas. Seleccione de la lista la droga de preferencia y de mayor impacto en los últimos doce meses.

En la sección **VII. Elementos diagnósticos**, indique el tipo de uso de drogas, otros problemas o alteraciones e impresión diagnóstica.

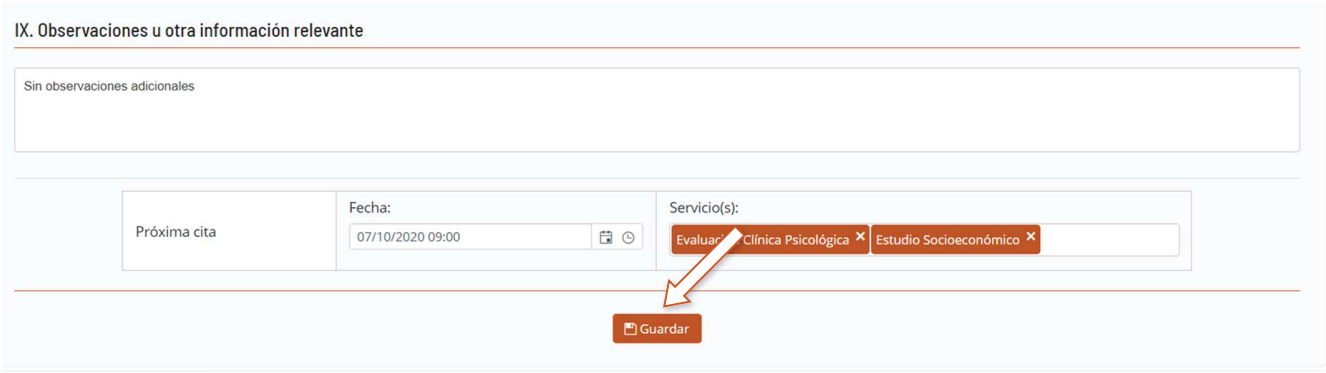
También indique los ejes I y II, en caso de que aplique. En el eje I indique tema, subtema y eje, en el Eje II sólo tema y subtema. No olvide hacer clic en el botón **"Agregar eje"** para que el sistema guarde la información registrada.



Llene la sección **VIII. Otros datos**, completando cada campo como corresponde.



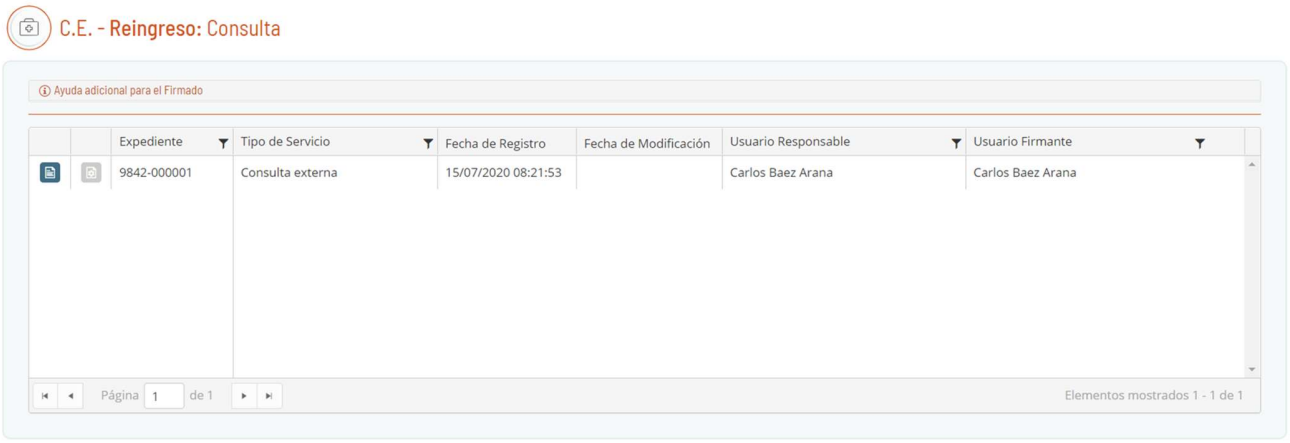
La sección **IX. Observaciones u otra información relevante**, indique si hay algo adicional que agregar sobre el paciente o algo relacionado sobre el formato que deba mencionarse. En caso de que se necesite una próxima cita indique fecha y hora de esta y los servicios que recibirá el paciente en dicha cita.



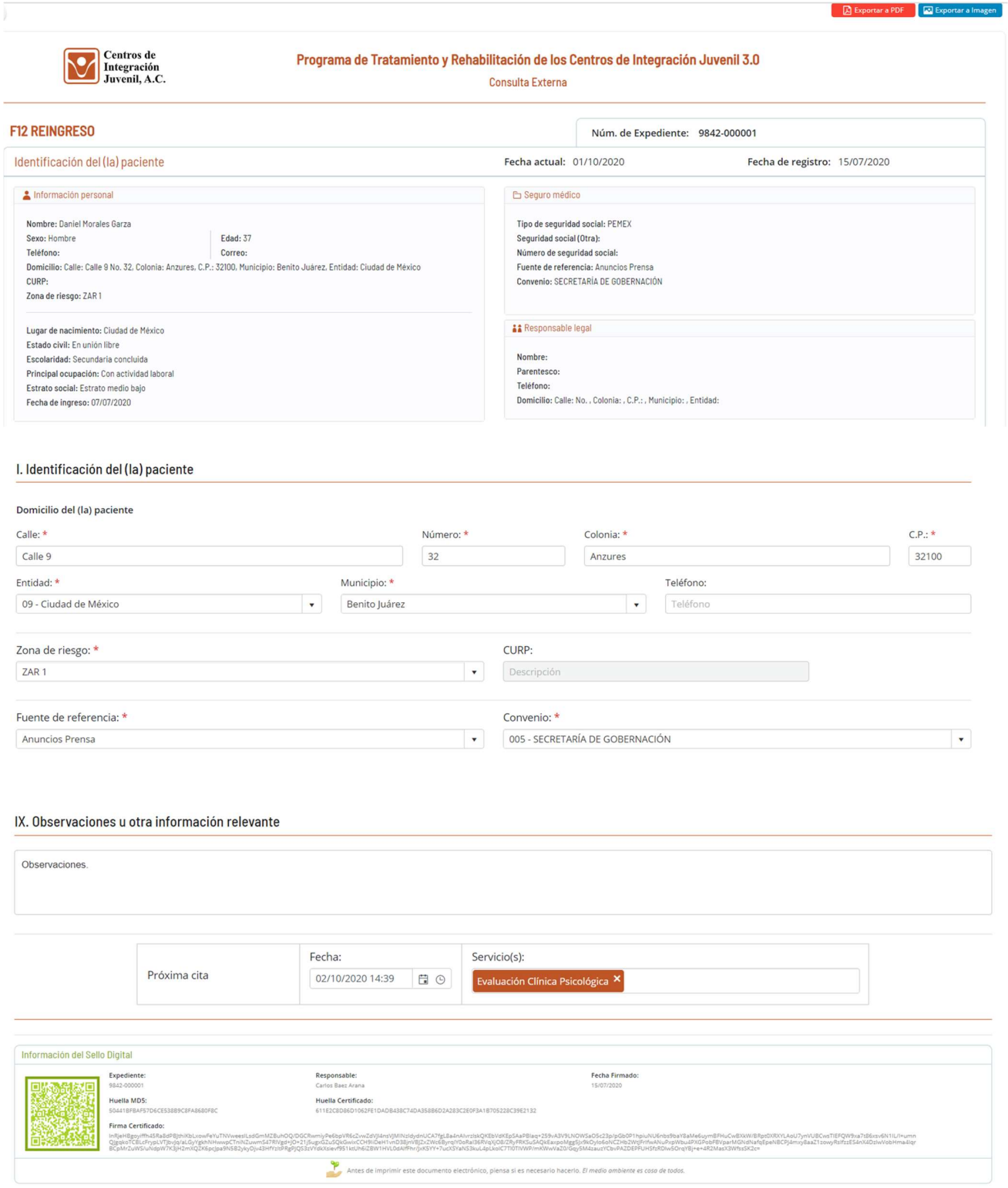
Al finalizar haga clic en **"Guardar"** y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. Al seleccionar esta opción el sistema muestra la siguiente pantalla:



Seleccione el primer ícono **"Ver detalle"** y el sistema mostrará el formato de egreso en modo consulta. Aquí algunas partes de la consulta de este formato.



Exportar a PDF | Exportar a Imagen

Centros de Integración Juvenil, A.C.

Programa de Tratamiento y Rehabilitación de los Centros de Integración Juvenil 3.0

Consulta Externa

F12 REINGRESO

Núm. de Expediente: 9842-000001

Identificación del (la) paciente

Fecha actual: 01/10/2020 **Fecha de registro:** 15/07/2020

Información personal

Nombre: Daniel Morales Garza
Sexo: Hombre **Edad:** 37
Teléfono: **Correo:**
Domicilio: Calle: Calle 9 No. 32, Colonia: Anzures, C.P.: 32100, Municipio: Benito Juárez, Entidad: Ciudad de México
CURP:
Zona de riesgo: ZAR 1

Lugar de nacimiento: Ciudad de México
Estado civil: En unión libre
Escolaridad: Secundaria concluida
Principal ocupación: Con actividad laboral
Estrato social: Estrato medio bajo
Fecha de ingreso: 07/07/2020

Seguro médico

Tipo de seguridad social: PEMEX
Seguridad social (Otra):
Número de seguridad social:
Fuente de referencia: Anuncios Prensa
Convenio: SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN

Responsable legal

Nombre:
Parentesco:
Teléfono:
Domicilio: Calle: No. , Colonia: , C.P.: , Municipio: , Entidad:

I. Identificación del (la) paciente

Domicilio del (la) paciente

Calle: * Calle 9
Número: * 32
Colonia: * Anzures
C.P.: * 32100
Entidad: * 09 - Ciudad de México
Municipio: * Benito Juárez
Teléfono: Teléfono
Zona de riesgo: * ZAR 1
CURP: Descripción
Fuente de referencia: * Anuncios Prensa
Convenio: * 005 - SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN

IX. Observaciones u otra información relevante

Observaciones.

Próxima cita	Fecha: 02/10/2020 14:39	Servicio(s): Evaluación Clínica Psicológica

Información del Sello Digital

Expediente: 9842-000001
Responsable: Carlos Baez Arana
Fecha Firmado: 15/07/2020
Huella MD5: 50441BFBAF57D6CE538B9C8FA8680F8C
Huella Certificado: 611E2C8D86D1062FE1DADB438C74DA358B6D2A283C2E0F3A1B705228C39E2132
Firma Certificado:
InRjeHBgoyiffh45Ra8dPBjthiKbLxowFeYuTNVweesILsdGmMZBuhOQ/DGCRwmiyPe6bpVR6cZvwZdVjl4nsVjMlNzldydnUCA7fgL8a4nAlvrzlskQKEbVdKEpSAaPBlaq+259vA3V9LNOWSaO5c23p/pGb0P1hpiuNU6nbs9baY8aMe6uymBFHuCwBXkW/BRpt0XRXYLAoU7ynVUBCwsTiEFQW9xa7t86xsv6N1lL/l+umnQjgqkoTCBLcFrypLVTjbvjq/aLGyYgkhNHwwpCTniNZuwm547RlVgd+jO+21j5ugxGZuSQkGwixCCH9liDeH1vnD38jnVBjZxZWc6ByrqlY0oRaI36RVqXjO8/ZRyFRKSuSAQkEaxpoMgg5jx9kOylo6oNCZHb2WtjFrlfwANuPxpWbu4PXGPobFBVparMGNdNafqEpeNBCPj4mxy8aaZ1zowyRslfzzES4nX4DzlwVobHma4lqrBCpMrZuWS/uNdpW7K3jH2mXQZK6pcjpa9N5B2ykyOjv43HfYzlsPRgPjQS3zVYdkXsievf951ktUh6iZBW1HVL0dAlfFhr/jxK5YY+7ucX5YaN53kuL4pLkoIC7Tl0TlVWP/mKWwVaZ0/Gqy5M4zauzYCbvPAZDEPFUH5fzRDlw5OrqYBj+e+4R2MasX3WfssSK2c=

Antes de imprimir este documento electrónico, piensa si es necesario hacerlo. *El medio ambiente es cosa de todos.*

Tratamiento

En esta sección se encuentra el formato:

- Nota Clínica de Evolución

Nota Clínica de Evolución

Para registrar el formato **“Nota clínica de evolución”** de un paciente en el sistema, deberá tener previamente seleccionado al mismo, y dentro del módulo de **“Consulta Externa”** deberá dirigirse a **“Capturar formatos”**.

Posteriormente el sistema nos enviará a otra pantalla en la cual deberá desplazarse al módulo de **“Tratamiento”** y al pulsar sobre el ícono le desplegará los formatos disponibles para su consulta o llenado, aquí encontrará el formato **“Nota clínica de evolución”**.

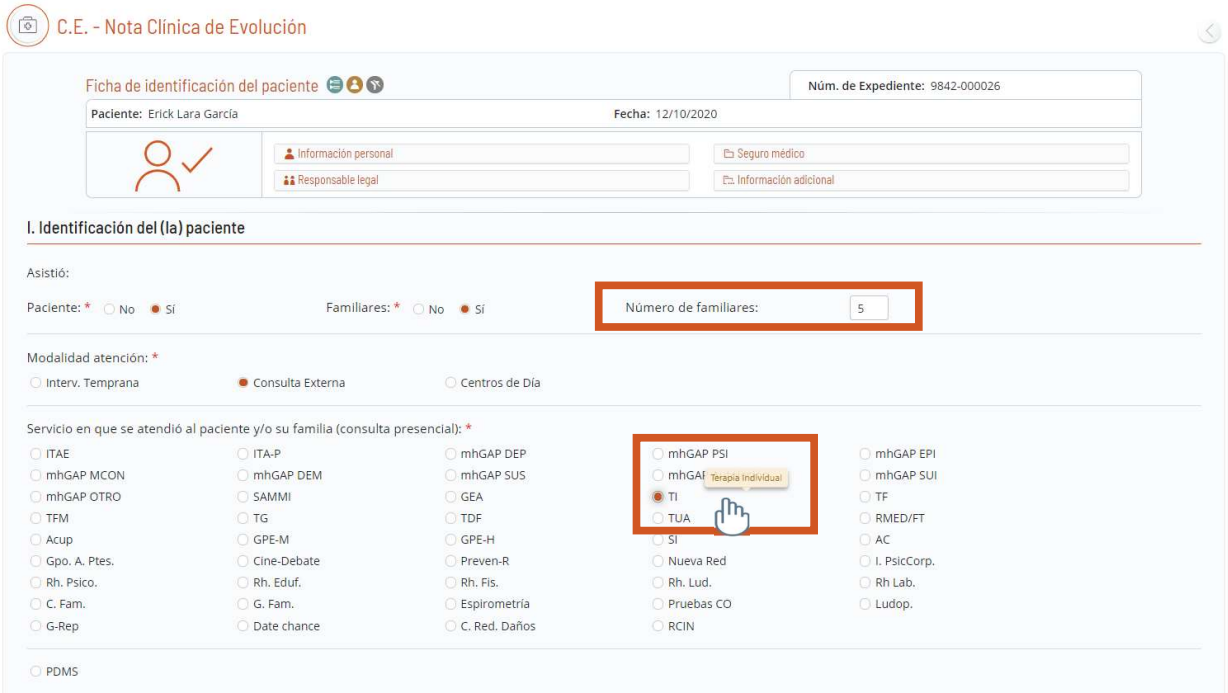
Al pulsar sobre el formato de **“Nota clínica de evolución”** se le desplegarán las siguientes opciones:

Consulta: Estará disponible siempre y cuando el paciente ya tenga un registro previo en el sistema.

Registro: Estará disponible para llenar por primera vez el formato al paciente.

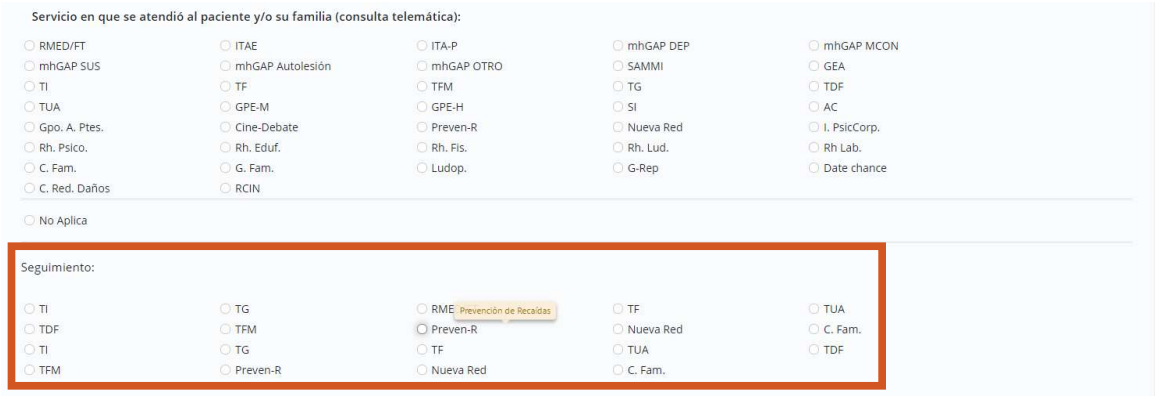
Al hacer clic en el ícono de registro el sistema lo enviará a otra página en la cual aparecerá el formato en blanco para poder realizar el llenado de este.

A continuación, podrá realizar el llenado de este formato de 2 formas: individual o grupal, en caso de registrarlo de forma grupal, deberá agregar los expedientes al registro del paciente. En este ejemplo se mostrará primeramente el llenado de forma individual en consulta presencial.



En caso de que indique la asistencia de **"Familiares"** se habilitará un cuadro de texto para que indique el número, y así deberá ir seleccionando cada reactivo según sea el caso.

En caso de que la consulta sea telemática, deberá indicarlo en la sección siguiente:

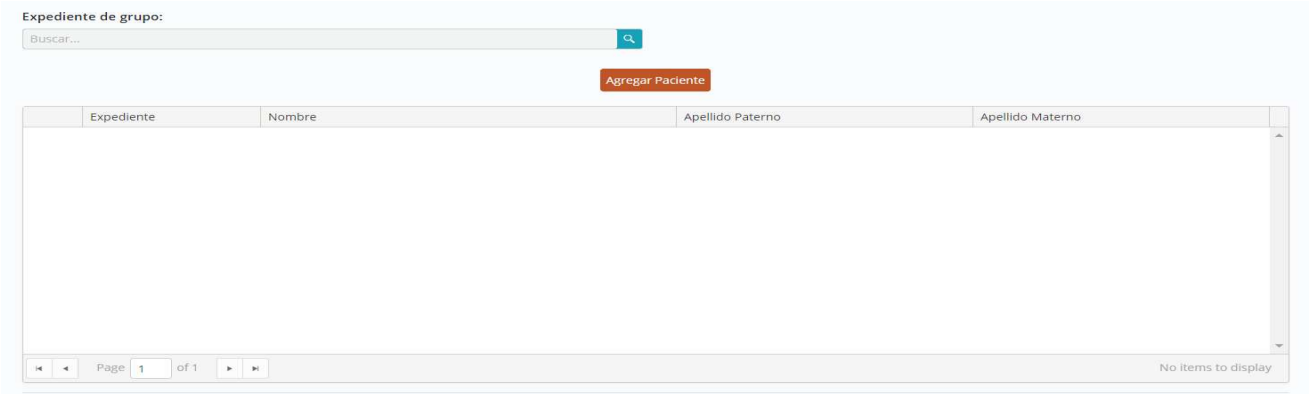


El **"seguimiento"** es una sección de selección opcional, es decir en caso de requerirlo, deberá seleccionar el servicio deseado.

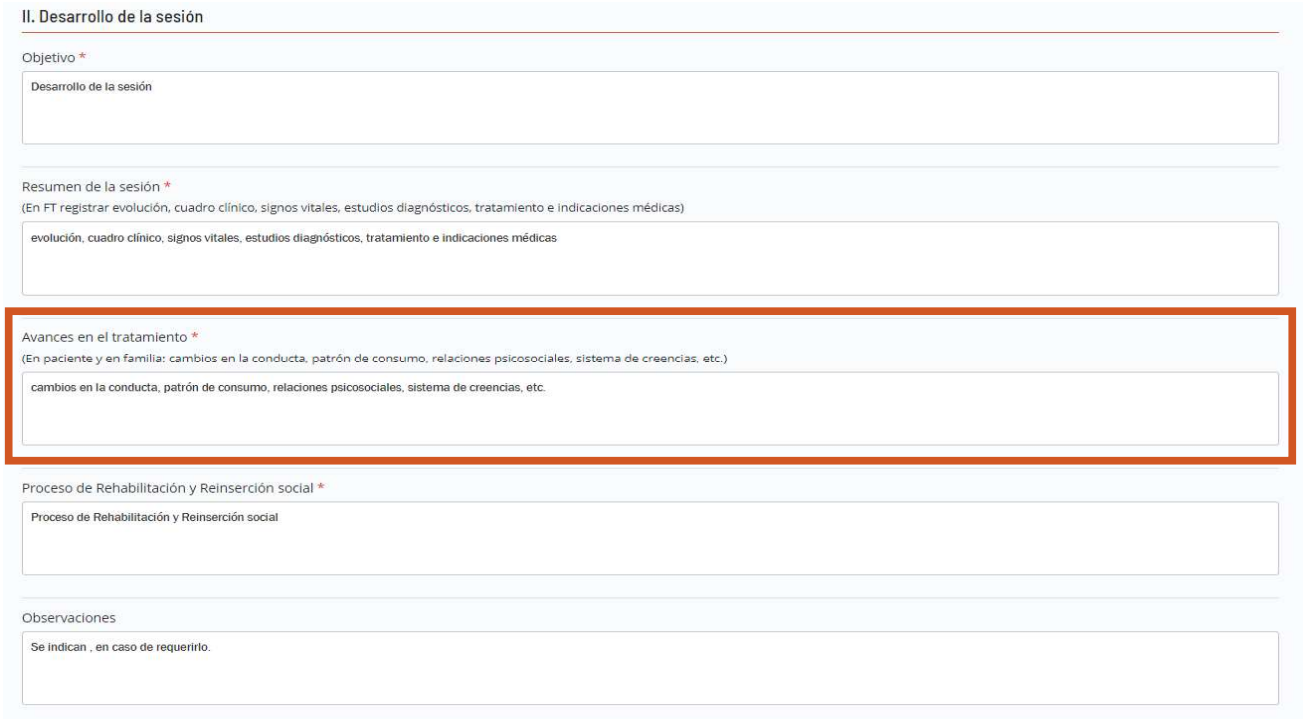
Al pasar el cursor sobre alguna nomenclatura se mostrará la referencia de la selección, en el ejemplo se indica **"TI"**, y su referencia es **"Terapía individual"**, esto mismo ocurrirá si sitúa el cursor sobre alguna otra nomenclatura.

En este formato podrá indicar si la consulta es presencial o telemática, haciendo la selección correspondiente.

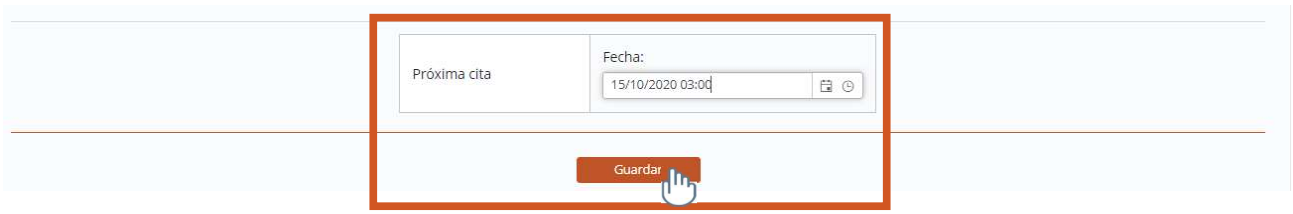
A continuación, visualizara la siguiente sección, en este ejemplo como es individual, deberá omitirlo y continuar a la siguiente sección.



Continuará con el llenado de la sección indicando en cada cuadro de texto lo correspondiente.



Por último, deberá de indicar fecha y hora de la próxima cita.

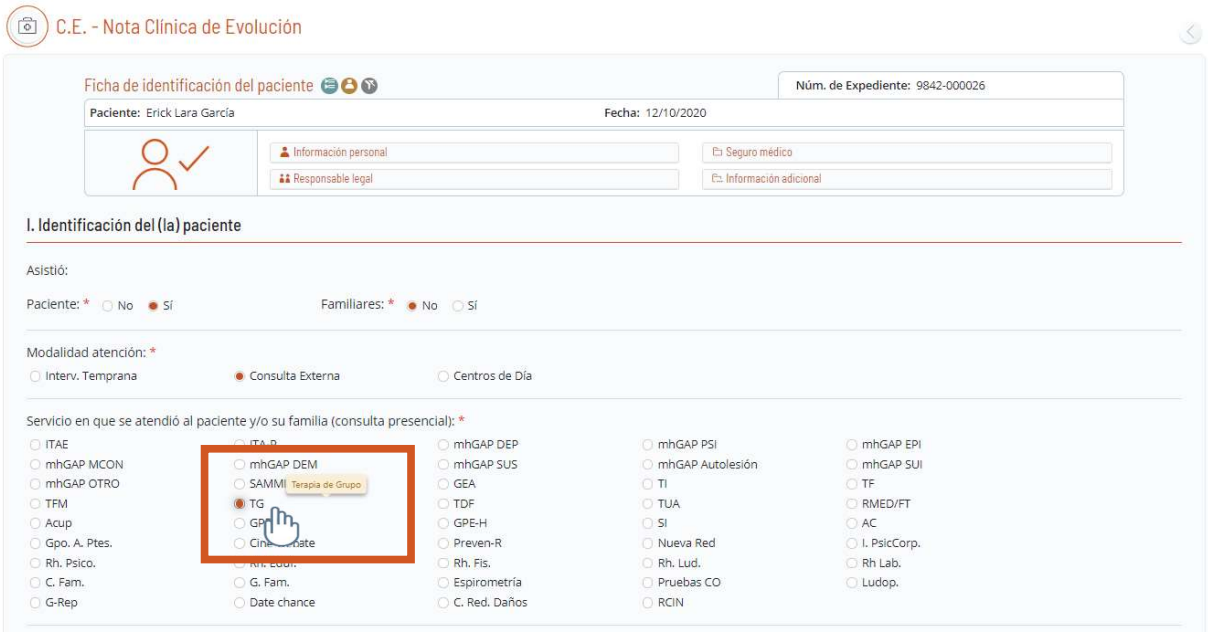


Una vez, este completa la información dentro del formato, deberá pulsar el botón **"Guardar"**, para que esté quede almacenado en el expediente del paciente. Adicional a esto deberá firmar electrónicamente el formato para evitar la pérdida de esta captura.

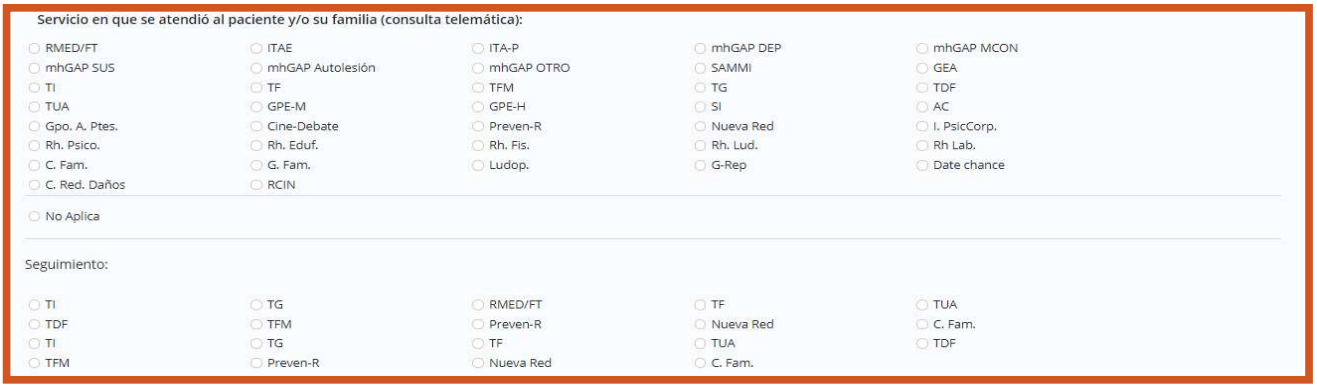
Ir a firma electrónica

Este formato deberá ser firmado electrónicamente para evitar futura perdida de información en el sistema.

Si usted desea realizar el registro del paciente de forma **"Grupal"**; deberá indicarlo en la selección, comenzará con el registro del paciente nuevamente y deberá de ir complementando las secciones de la siguiente manera:

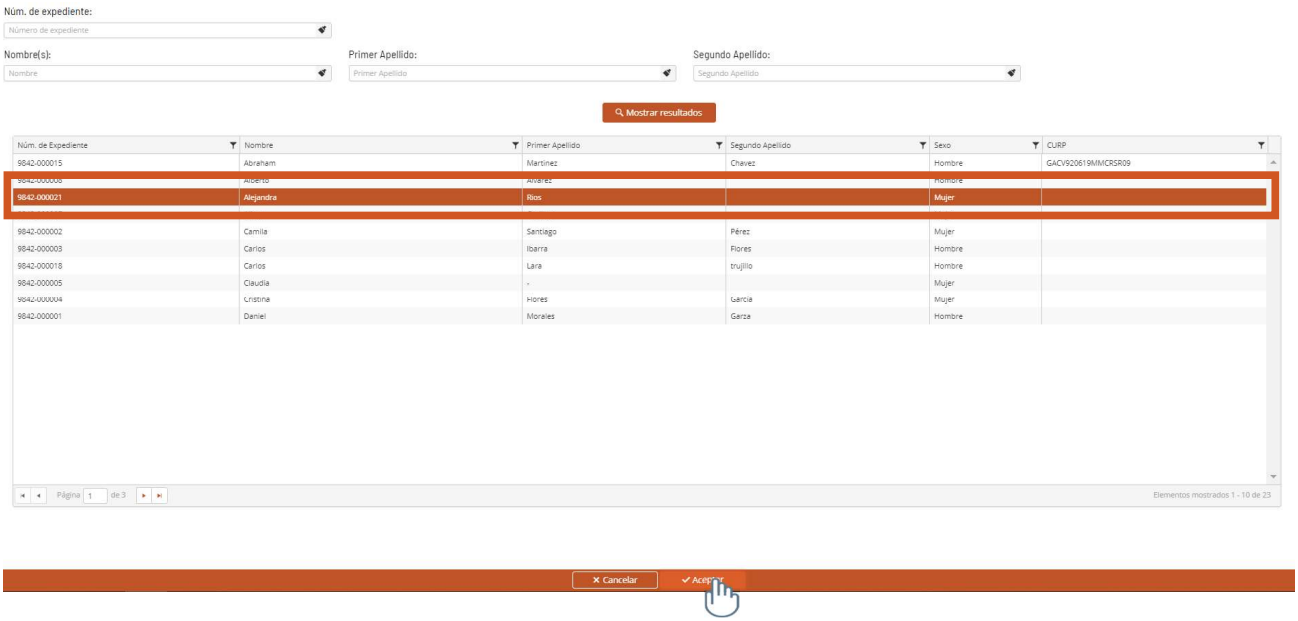


En este ejemplo se realiza nuevamente en consulta presencial, por lo cual los siguientes módulos quedaran sin selección.



Una vez seleccionada la opción **"Terapía de grupo"** deberá pulsar sobre la lupa en color azul, la cual abrirá una ventana emergente que le permitirá seleccionar a los demás pacientes que desee agregar en esta sección.

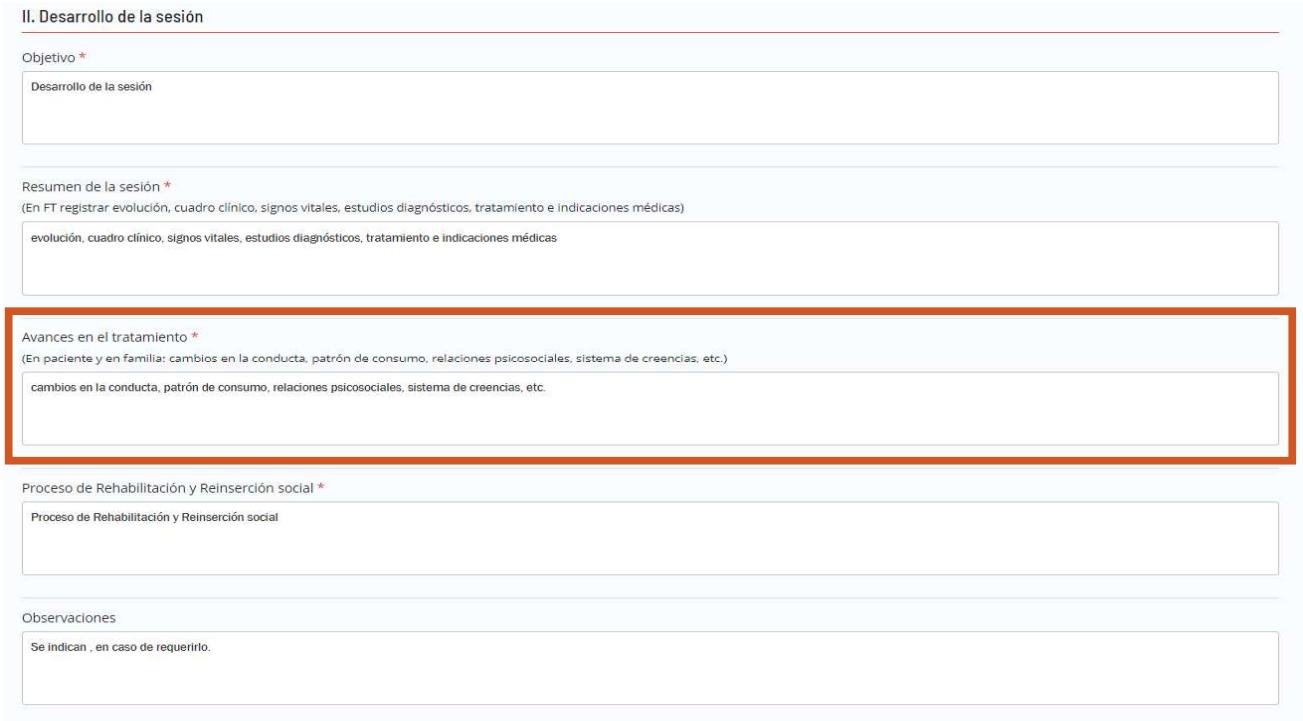
A continuación, podrá buscar a los pacientes que desee agregar mediante: numero de expediente, nombre, apellido paterno y/o materno. Este proceso lo deberá repetir para cada uno de los pacientes que desee agregar al expediente grupal.



Una vez, que haya seleccionado al paciente que agregará, deberá pulsar el botón aceptar, esto lo devolverá a la pantalla principal y aquí deberá pulsar el botón “Agregar paciente” para que este aparezca en la tabla inferior.

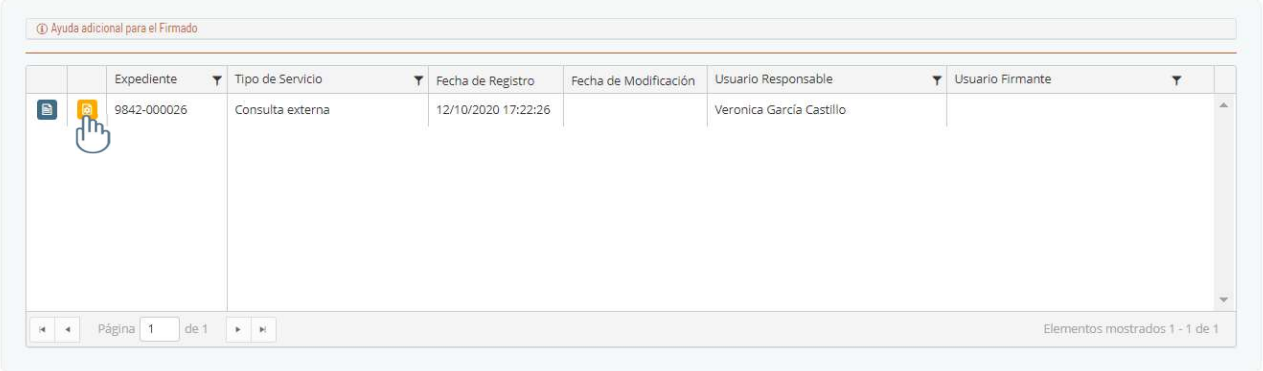
Este proceso lo deberá repetir con cada paciente que desee agregar al expediente grupal.

Este registro de **“Expediente grupal”** lo podrá visualizar a modo de consulta en los registros de los pacientes que agregue aquí. Posteriormente deberá continuar con el llenado del formato indicando en cada cuadro de texto lo correspondiente.



Por último, deberá de indicar fecha y hora de la próxima cita.

Una vez, este completa la información dentro del formato, deberá pulsar el botón **"Guardar"**, para que esté quede almacenado en el expediente del paciente. Adicional a esto deberá firmar electrónicamente el formato para evitar la pérdida de esta captura.



Ir a firma electrónica

Este formato deberá ser firmado electrónicamente para evitar futura perdida de información en el sistema.

Egreso

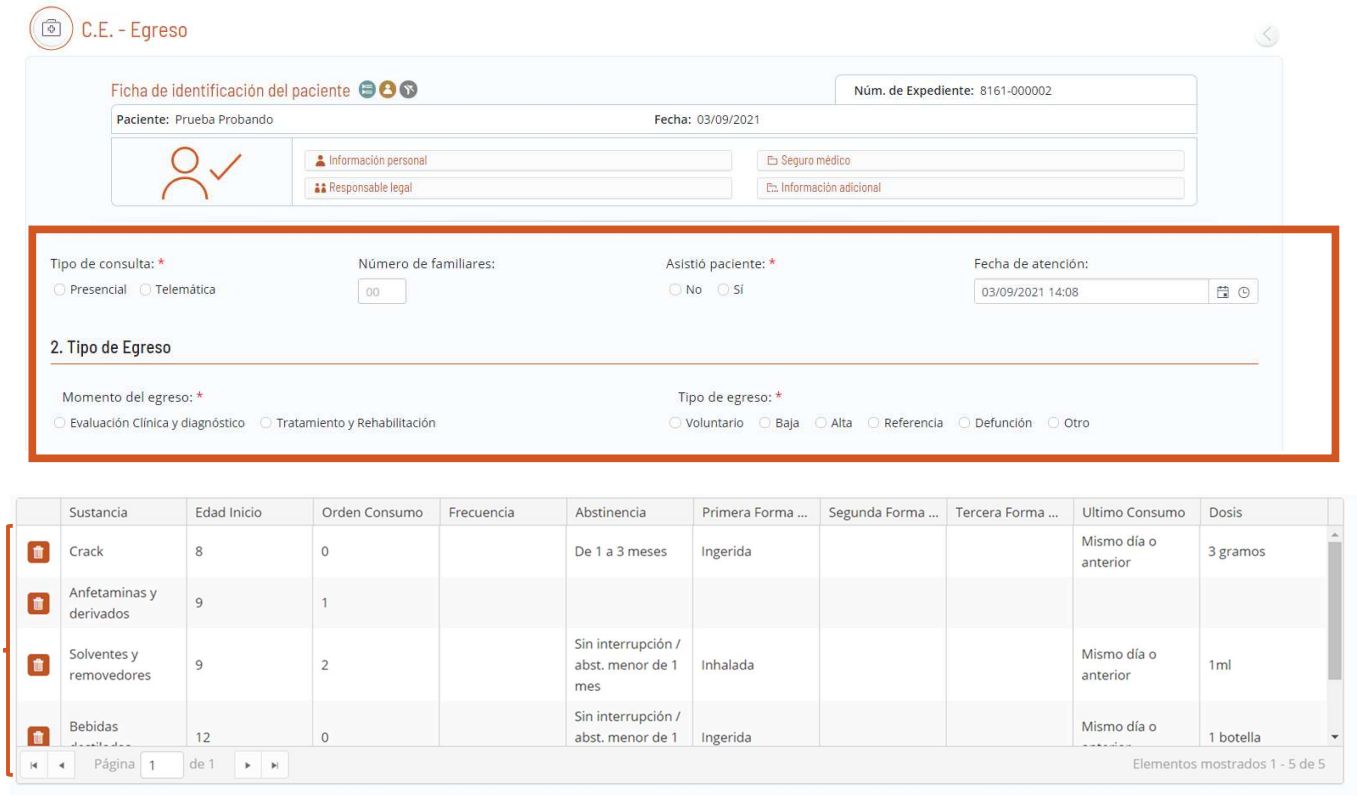
En esta sección se encuentra el formato:

- Egreso

Egreso

Para registrar este formato, siga los siguientes pasos:

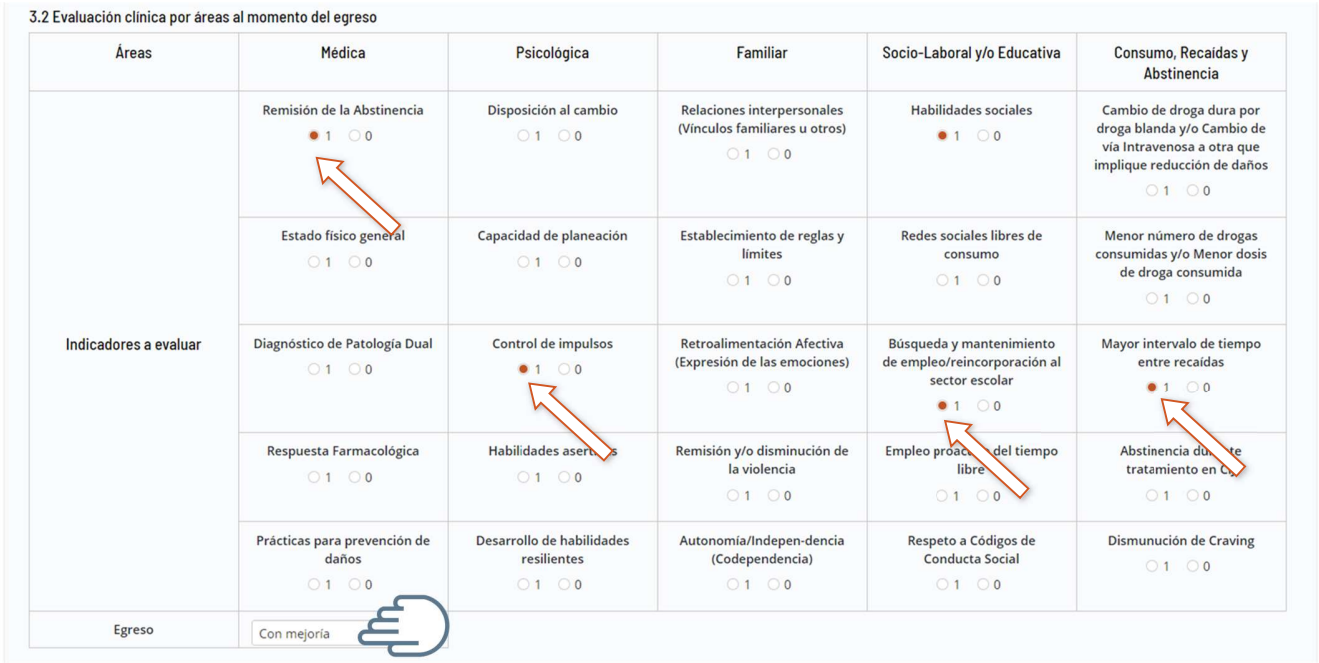
1. Sección **"Egreso"**. El sistema muestra el formato de **Egreso**.
2. Formato **Egreso**. Haga clic y se desplegarán dos opciones:
    a. Registro. En la sección 2, indique el momento y tipo de egreso. En la sección 3, se encuentra el consumo de sustancias al momento del egreso, agregue las que se consuman en ese momento. Estarán precargadas las sustancias registradas en la entrevista inicial.



	Sustancia	Edad Inicio	Orden Consumo	Frecuencia	Abstinencia	Primera Forma ...	Segunda Forma ...	Tercera Forma ...	Ultimo Consumo	Dosis
	Crack	8	0		De 1 a 3 meses	Ingerida			Mismo día o anterior	3 gramos
	Anfetaminas y derivados	9	1							
	Solventes y removedores	9	2		Sin interrupción / abst. menor de 1 mes	Inhalada			Mismo día o anterior	1ml
	Bebidas	12	0		Sin interrupción / abst. menor de 1	Ingerida			Mismo día o	1 botella

Página 1 de 1 Elementos mostrados 1 - 5 de 5

En la sección 3.2 Evaluación clínica por áreas al momento del egreso, no es necesario llenar todas las opciones, únicamente marque aquellas que apliquen. Cuando la suma de la misma área o áreas diferentes de 3 puntos o más, automáticamente el egreso es “Con mejoría”, de lo contrario es “Sin mejoría”.



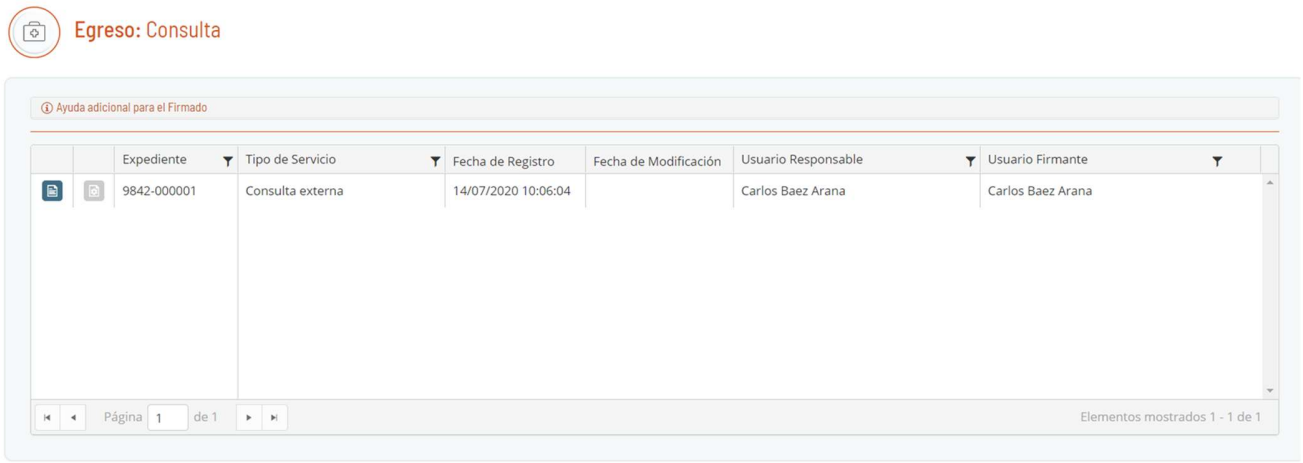
En la parte de diagnósticos, del Eje I al IV, se precargan de la historia clínica, puede agregar los que se necesiten y se registrarán debajo de las que están precargadas.

Seleccione una opción del eje V.

Haga clic en el botón **"Guardar"** para almacenar la información registrada y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. Si selecciona esta opción, el sistema muestra la siguiente pantalla:



Haga clic en el primer ícono para consultar el detalle del formato registrado. A continuación, se muestran algunas pantallas de la consulta. La primera parte es la ficha de identificación del paciente.

2. Tipo de Egreso

Momento del egreso: *
○ Evaluación Clínica y diagnóstico ● Tratamiento y Rehabilitación

Tipo de egreso: *
● Voluntario ○ Baja ○ Alta ○ Referencia ○ Defunción ○ Otro

3. Resumen clínico

3.1 Consumo de sustancias al momento del egreso

Sustancia: Crack

Edad de inicio: 8	**Orden de consumo:** 0	**Frecuencia de consumo:**	**Primer F. de Adm:** Ingerida
Segunda F. de Adm:	**Tercera F. de Adm:**	**Abstinencia:** De 1 a 3 meses	**Último consumo:** Mismo día o anterior
Dósis: 3 gramos			

Sustancia: Anfetaminas y derivados

Edad de inicio: 9	**Orden de consumo:** 1	**Frecuencia de consumo:**	**Primer F. de Adm:**
Segunda F. de Adm:	**Tercera F. de Adm:**	**Abstinencia:**	**Último consumo:**
Dósis:			

3.2 Evaluación clínica por áreas al momento del egreso

Áreas	Médica	Psicológica	Familiar	Socio-Laboral y/o Educativa	Consumo, Recaídas y Abstinencia
Indicadores a evaluar	Remisión de la Abstinencia ● 1 ○ 0	Disposición al cambio ○ 1 ● 0	Relaciones interpersonales (Vínculos familiares u otros) ○ 1 ● 0	Habilidades sociales ○ 1 ● 0	Cambio de droga dura por droga blanda y/o Cambio de vía Intravenosa a otra que implique reducción de daños ○ 1 ● 0
	Estado físico general ● 1 ○ 0	Capacidad de planeación ● 1 ○ 0	Establecimiento de reglas y límites ○ 1 ● 0	Redes sociales libres de consumo ○ 1 ● 0	Menor número de drogas consumidas y/o Menor dosis de droga consumida ○ 1 ● 0
	Diagnóstico de Patología Dual ● 1 ○ 0	Control de impulsos ● 1 ○ 0	Retroalimentación Afectiva (Expresión de las emociones) ○ 1 ● 0	Búsqueda y mantenimiento de empleo/reincorporación al sector escolar ○ 1 ● 0	Mayor intervalo de tiempo entre recaídas ○ 1 ● 0
	Respuesta Farmacológica ○ 1 ● 0	Habilidades asertivas ● 1 ○ 0	Remisión y/o disminución de la violencia ○ 1 ● 0	Empleo proactivo del tiempo libre ○ 1 ● 0	Abstinencia durante tratamiento en CIJ ○ 1 ● 0
	Prácticas para prevención de daños ○ 1 ● 0	Desarrollo de habilidades resilientes ○ 1 ● 0	Autonomía/Independencia (Codependencia) ○ 1 ● 0	Respeto a Códigos de Conducta Social ○ 1 ● 0	Dismunución de Craving ○ 1 ● 0
Egreso	Con mejoría				

Diagnóstico de trastornos clínicos, trastornos de la personalidad, enfermedades médicas, problemas psicosociales y ambientales y evaluación de la actividad global (Ejes I, II, III, IV, V)

Eje I

Eje I: 050501: Trastornos de ansiedad, Subtema: - Trastorno de pánico, Descripción: Trastorno de pánico

Especifique:
Especifique

Eje II

Eje II: 0101: - Trastornos de la personalidad: Grupo A, Descripción: Trastoro de la personalidad paranoide

Especifique:

Eje II: 0402: - Otros trastornos de la personalidad, Descripción: Otro trastorno de la personalidad especificado

Especifique:

Eje II: 0202: - Trastornos de la personalidad: Grupo B, Descripción: Trastorno de la personalidad límite

Especifique:
Espcifique

Eje III

Eje III: 04040003: CAPÍTULO IV: ENFERMEDADES ENDÓCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS, Subtema: - Trastornos de otras glándulas endocrinas., Descripción: Pseudohipoparatiroidismo

Especifique:

Al final del documento se encuentra la firma electrónica con los datos correspondientes.

4. Medidas recomendadas para la protección del paciente y para la atención de factores de riesgo *

Medidas recomendadas para la protección del paciente y para la atención de factores de riesgo.

Información del Sello Digital

Expediente: 9842-000001
Responsable: Carlos Baez Arana
Fecha Firmado: 14/07/2020
Huella MD5: 43CD3E9BCA9F2356851CD1FC19F8A311
Huella Certificado: AC983F00F6064F32B1681C3208220CA37351FC84E59D9FC1775D40F4B69EE437
Firma Certificado:

Antes de imprimir este documento electrónico, piensa si es necesario hacerlo. *El medio ambiente es cosa de todos.*

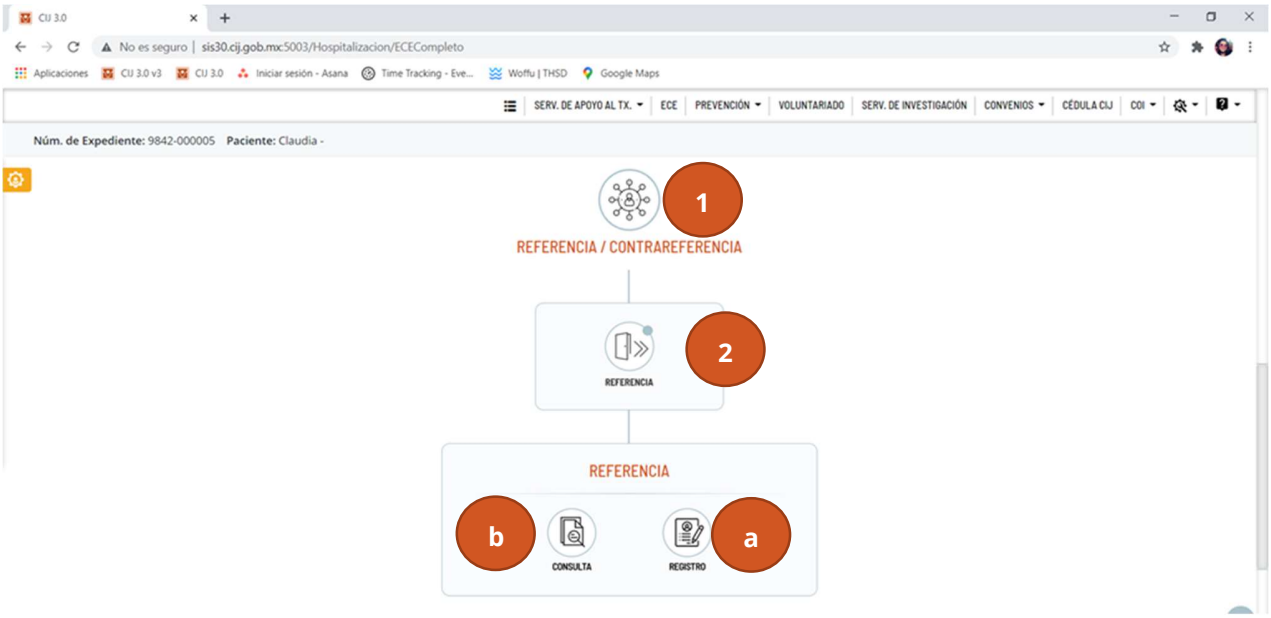
Referencia/ Contrarreferencia

Este formato sirve para referenciar a un paciente a otra unidad operativa, de hospitalización, metadona u otra Institución. En esta sección se encuentra el formato:

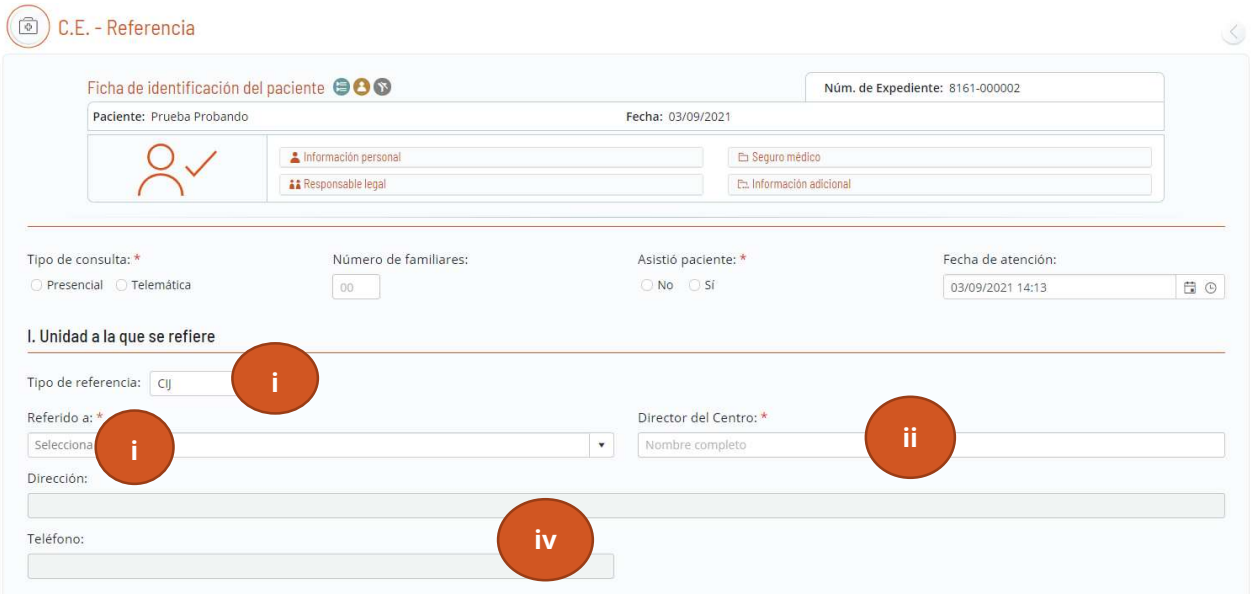
- Referencia

Referencia

Para registrar este formato, siga los siguientes pasos:



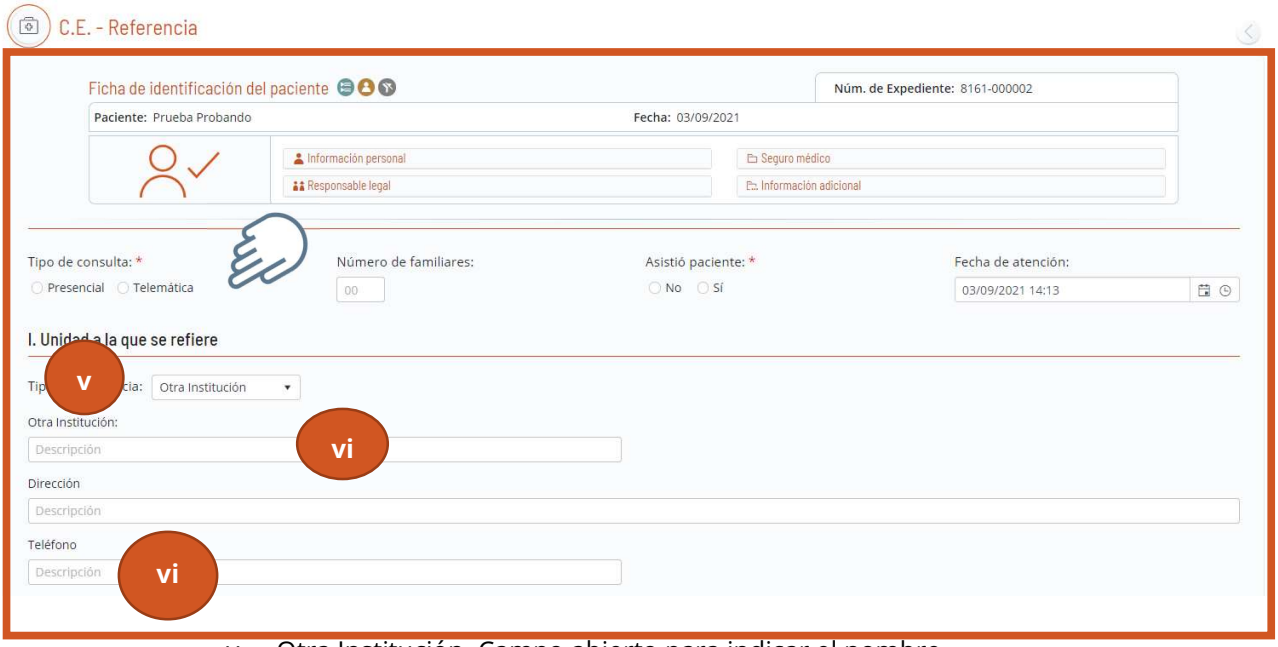
1. Sección “Referencia”. El sistema muestra el/los formatos de esta sección.
2. Formato Referencia. Haga clic y se desplegarán dos opciones:
    a. Registro.



i. Tipo de referencia. Seleccionar si el paciente será referido a un CIJ u otra institución.
ii. Referido a. Seleccionar el CC al que se referirá.
iii. Director del Centro. Al seleccionar el CC (y si este dato ya ha sido registrado en la Cédula de estructura) se llena automáticamente, aunque es editable.

iv. Dirección y teléfono. Estos datos también se llenan automáticamente después de seleccionar el CC a referir, no son editables. Al igual que el director del centro, estos datos se registran en la Cédula de estructura.

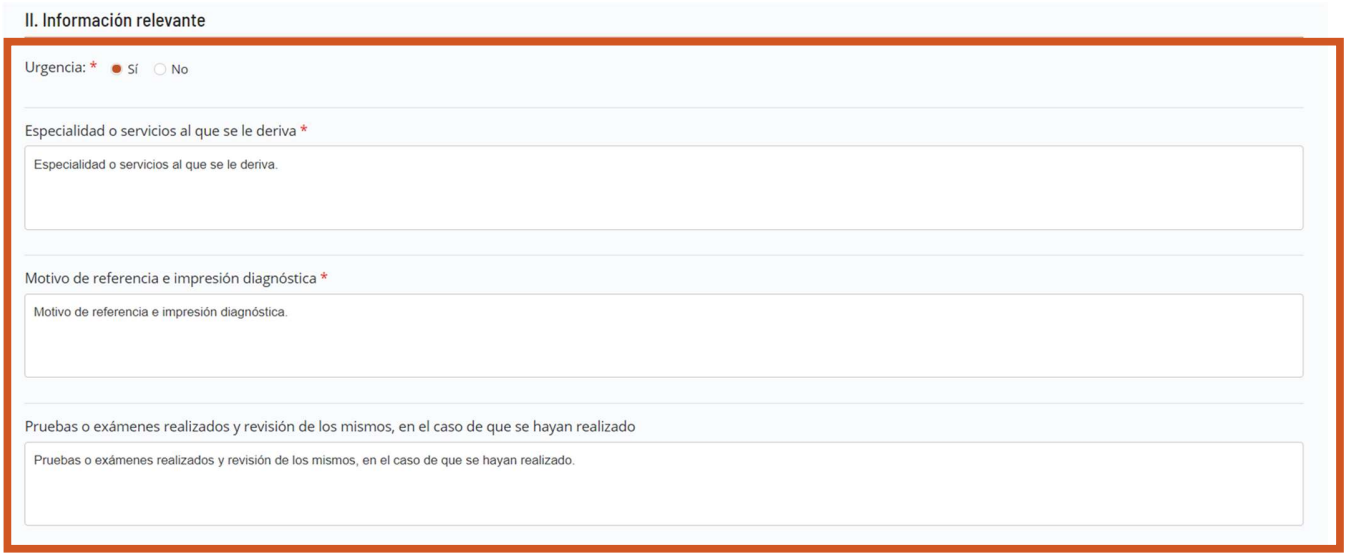
En caso de seleccionar una referencia a otra Institución, el sistema mostrará los siguientes datos:



v. Otra Institución. Campo abierto para indicar el nombre.
vi. Dirección. Indicar la dirección física de la Institución.
vii. Teléfono. Campo abierto para indicar el número telefónico del centro.

La sección II. Información relevante, se compone de indicar si es urgente o no y campos de texto abiertos.

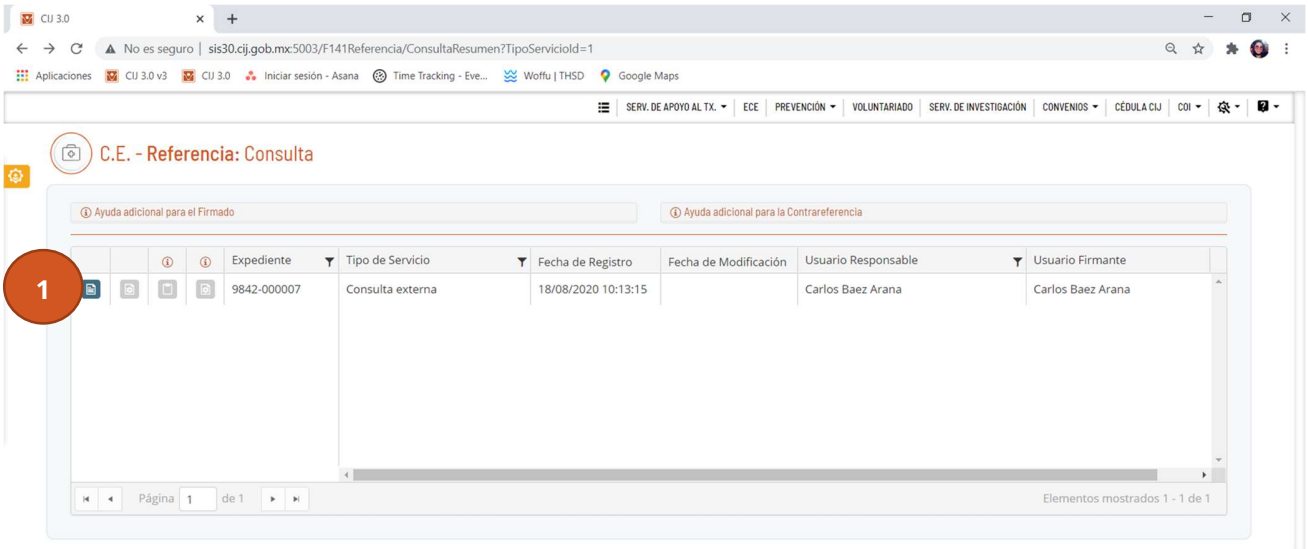
Hay que recordar que los campos marcados con (*) son obligatorios, el sistema no permitirá continuar hasta que el campo tenga un valor seleccionado.



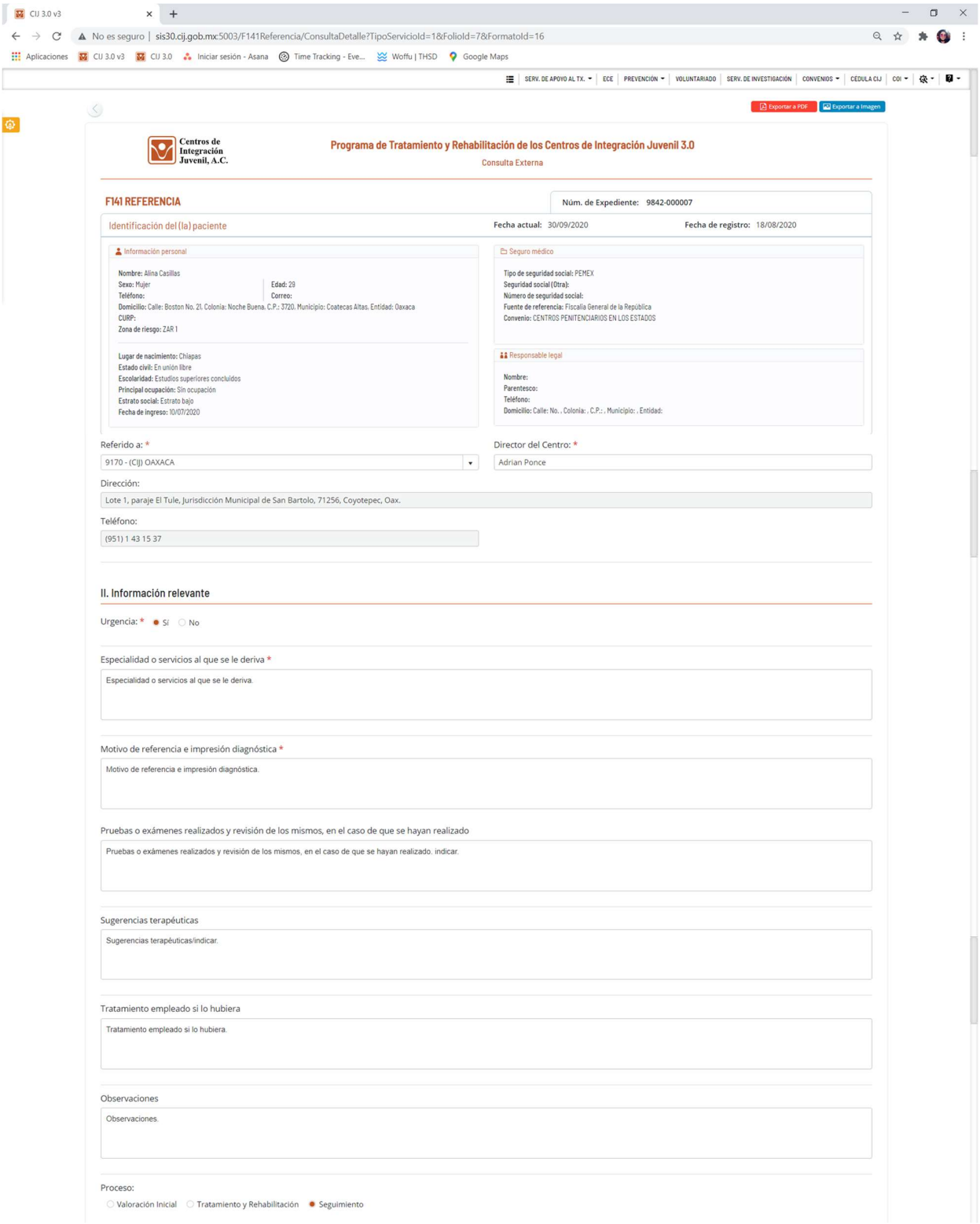
Complete los demás campos abiertos de la misma manera y al finalizar haga clic en **"Guardar"** y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. En caso de que el paciente cuente con al menos un formato de referencia, al hacer clic en el ícono correspondiente, el sistema mostrará la siguiente pantalla:



i. Haga clic en el primer ícono "Ver detalle" y se mostrará la siguiente pantalla.


CIJ 3.0 v3
No es seguro | sis30.cij.gob.mx:5003/F141Referencia/ConsultaDetalle?TipoServicioId=1&FolioId=7&FormatoId=16
Aplicaciones
CIJ 3.0 v3
CIJ 3.0
Iniciar sesión - Asana
Time Tracking - Eve...
Woffu | THSD
Google Maps
SERV. DE APOYO AL TX.
ECE
PREVENCIÓN
VOLUNTARIADO
SERV. DE INVESTIGACIÓN
CONVENIOS
CEDULA CIJ
Exportar a PDF
Exportar a Imagen
Centros de Integración Juvenil, A.C.
Programa de Tratamiento y Rehabilitación de los Centros de Integración Juvenil 3.0
Consulta Externa
F141 REFERENCIA
Núm. de Expediente: 9842-000007
Identificación del (la) paciente
Fecha actual: 30/09/2020
Fecha de registro: 18/08/2020
Información personal
Nombre: Alina Casillas
Sexo: Mujer
Edad: 29
Teléfono:
Correo:
Domicilio: Calle: Boston No. 21, Colonia: Noche Buena, C.P.: 3720, Municipio: Coatecas Altas, Entidad: Oaxaca
CURP:
Zona de riesgo: ZAR 1
Lugar de nacimiento: Chiapas
Estado civil: En unión libre
Escolaridad: Estudios superiores concluidos
Principal ocupación: Sin ocupación
Estrato social: Estrato bajo
Fecha de ingreso: 10/07/2020
Seguro médico
Tipo de seguridad social: PEMEX
Seguridad social (Otra):
Número de seguridad social:
Fuente de referencia: Fiscalía General de la República
Convenio: CENTROS PENITENCIARIOS EN LOS ESTADOS
Responsable legal
Nombre:
Parentesco:
Teléfono:
Domicilio: Calle: No. , Colonia: , C.P.: , Municipio: , Entidad:
Referido a: *
9170 - (CIJ) OAXACA
Director del Centro: *
Adrian Ponce
Dirección:
Lote 1, paraje El Tule, Jurisdicción Municipal de San Bartolo, 71256, Coyotepec, Oax.
Teléfono:
(951) 1 43 15 37
II. Información relevante
Urgencia: * Sí No
Especialidad o servicios al que se le deriva *
Especialidad o servicios al que se le deriva.
Motivo de referencia e impresión diagnóstica *
Motivo de referencia e impresión diagnóstica.
Pruebas o exámenes realizados y revisión de los mismos, en el caso de que se hayan realizado
Pruebas o exámenes realizados y revisión de los mismos, en el caso de que se hayan realizado. indicar.
Sugerencias terapéuticas
Sugerencias terapéuticas/indicar.
Tratamiento empleado si lo hubiera
Tratamiento empleado si lo hubiera.
Observaciones
Observaciones.
Proceso:
Valoración Inicial
Tratamiento y Rehabilitación
Seguimiento

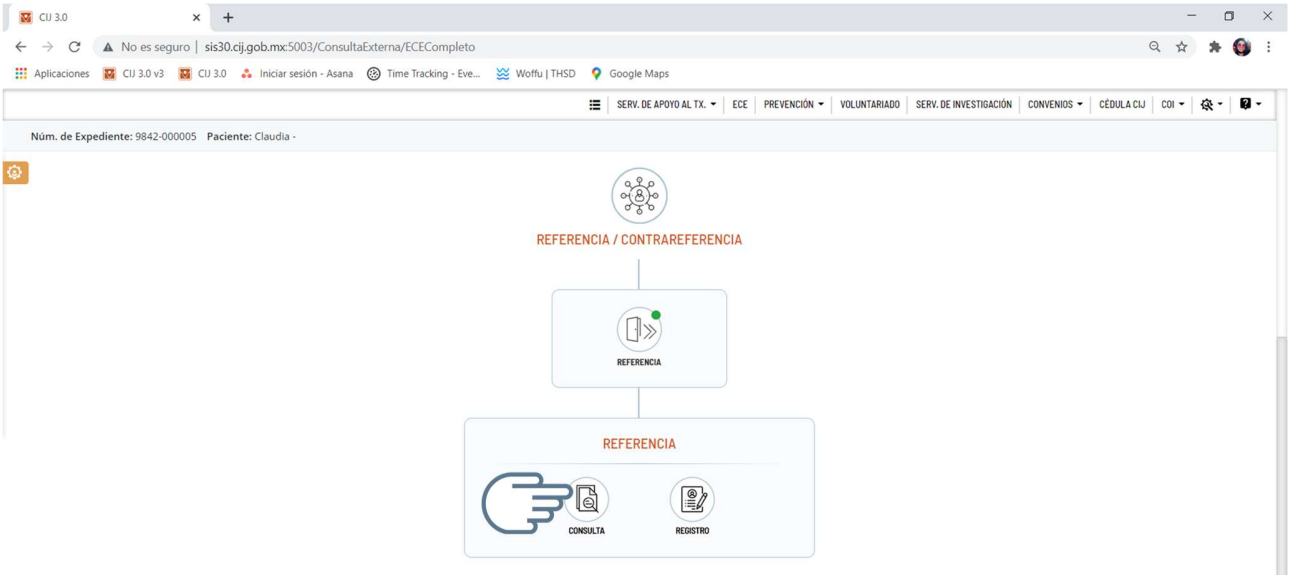
Al final del formato se muestra la firma digital.

Contrarreferencia

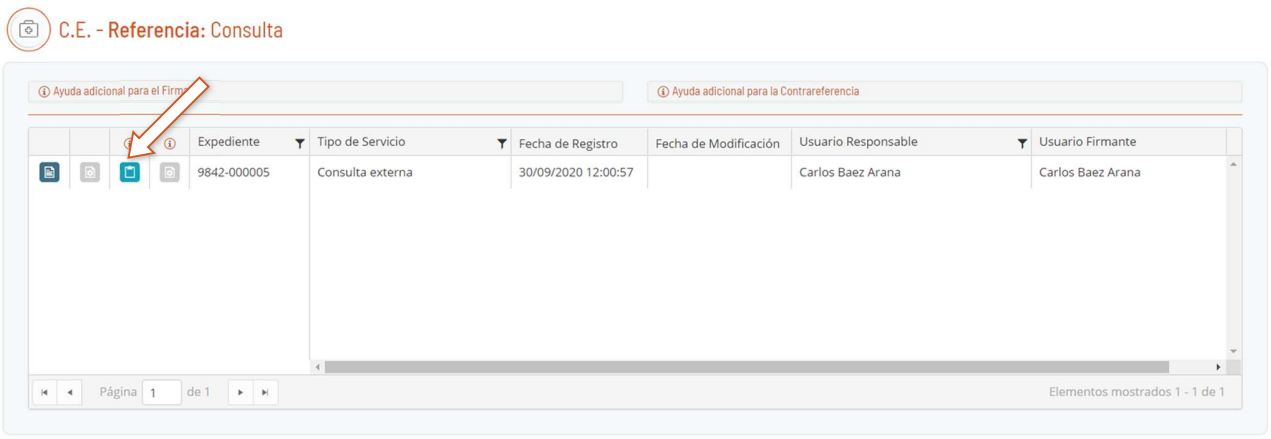
El registro de este formato depende de que haya previamente registrado un formato de referencia. Si el paciente se refiere a otra unidad operativa, ésta será la única que realizará la contrarreferencia a la unidad que referenció. Por ejemplo, si el paciente lo registra el CC 9842 – Zapopan Kena Moreno y le registra una referencia al CC 9870-Aguascalientes, este último centro lo contrarreferencia únicamente al 9842.

Recuerde que para registrar cualquier formato es necesario tener seleccionado un paciente, esto para que el sistema pueda crear la relación paciente-servicio.

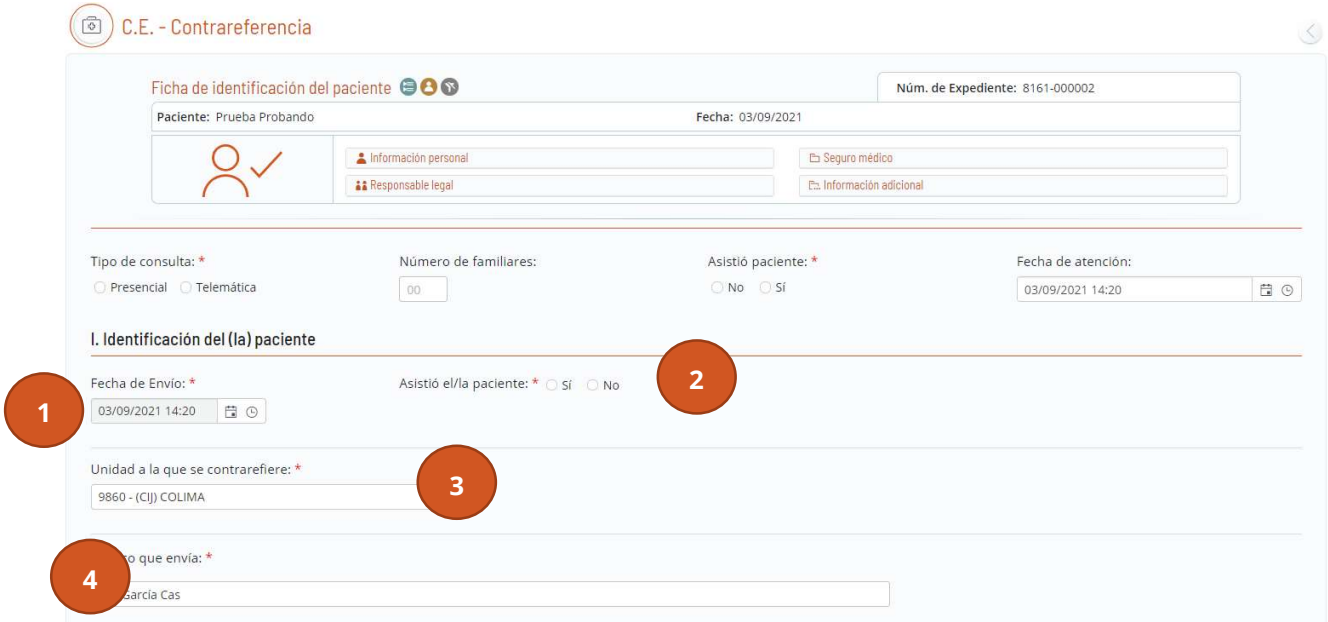
Para registrar este formato, ingrese en el ícono de Referencia, y seleccione la opción consulta.



El sistema muestra la siguiente pantalla:

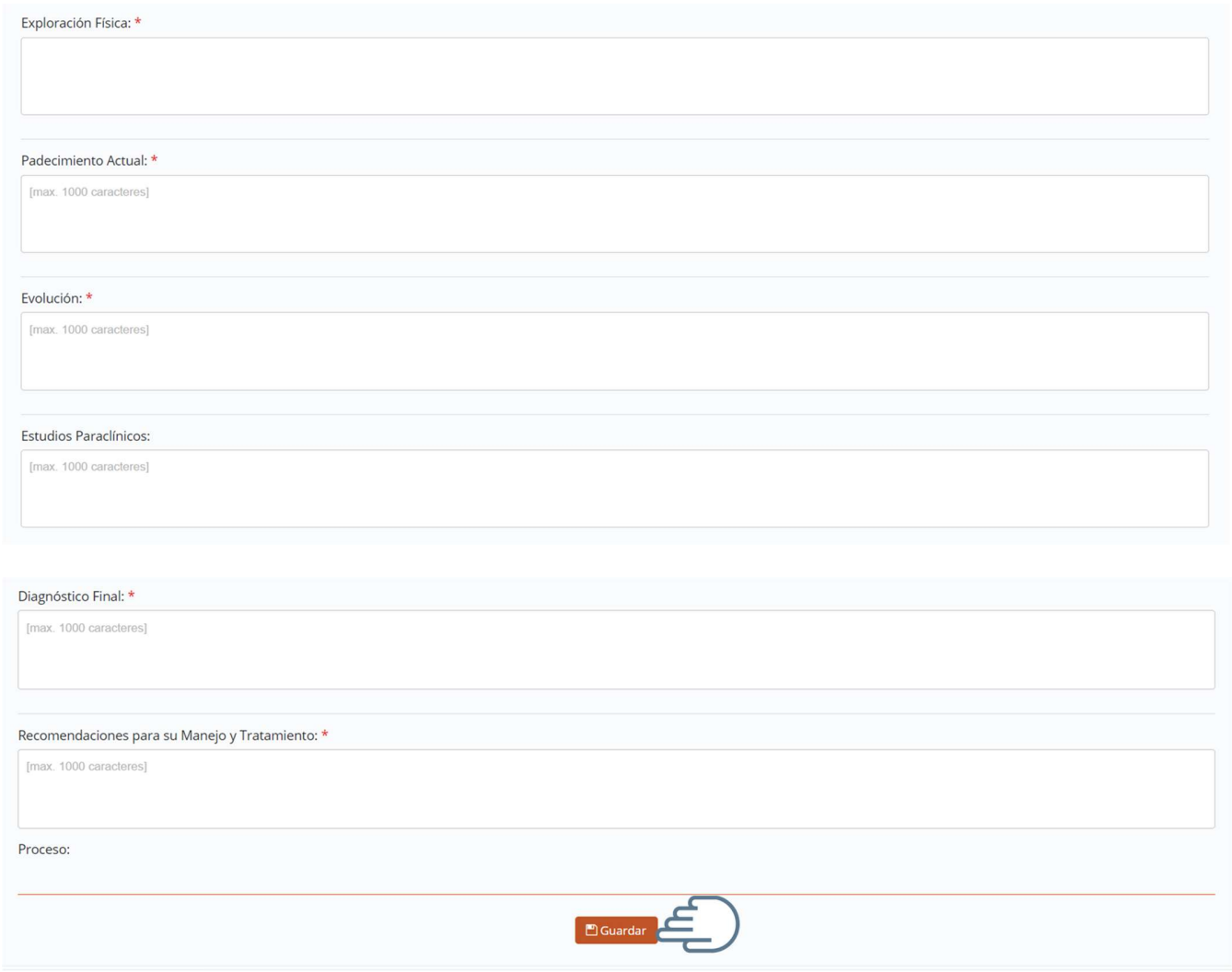


Haga clic en el tercer botón (color azul) y se mostrará la siguiente pantalla:

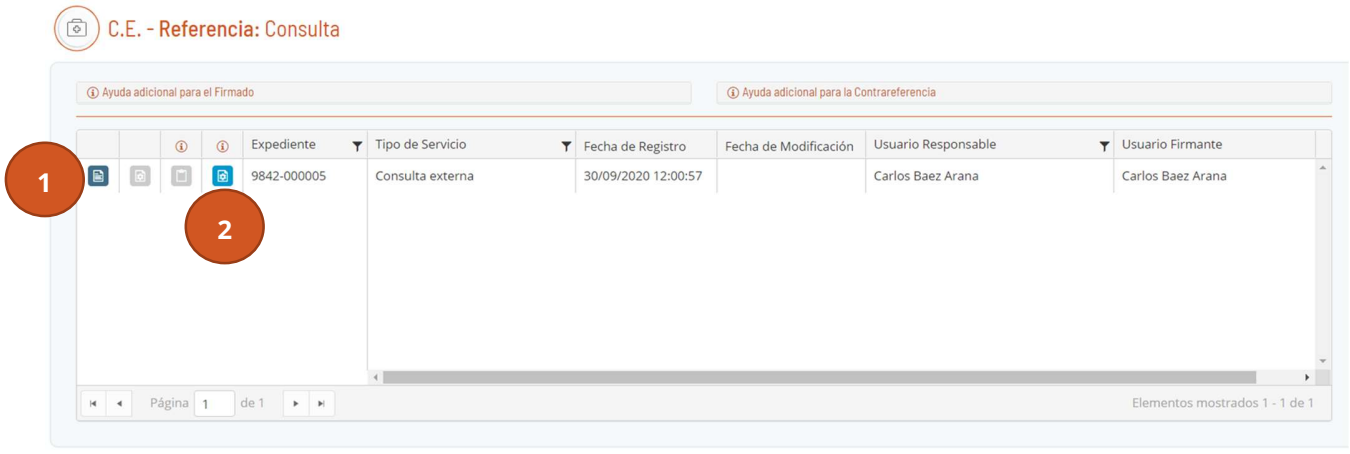


1) Fecha den envío. Son datos generados automáticamente por el sistema y no se editan debido a que debe quedar un registro de la fecha y hora en que se contrarreferencia al paciente.
2) Asistió el/la paciente. Seleccionar una opción.
3) Unidad a la que se contrarrefiere. En este ejemplo es el CC 9842 – Zapopan Kena Moreno y de igual manera este dato no puede editarse.
4) Médico que envía. De manera predeterminada el sistema pone el nombre del usuario en sesión. Este campo se puede modificar, indicar el nombre del médico que contrarrefiere.

Los siguientes campos son abiertos, los marcados con (*) son obligatorios.



Una vez que finalice el registro de la contrarreferencia haga clic en el botón “Guardar” y firme electrónicamente. El sistema mostrará la siguiente pantalla:



1) El primer ícono muestra ambos formatos en modo de consulta.
2) Ícono para firmar el formato de contrarreferencia.

Ir a firma electrónica

Servicios complementarios

En esta sección se encuentran los siguientes formatos:

- Rescate/visita domiciliaria
- Evaluación familiar
- Violencia familiar o sexual
- Registro de puntos acupunturales
- Algoritmo tamizaje y diagnóstico de problemas de alcohol
- Cuestionario dependencia nicotina de Fagerström
- Cuestionario de motivos de consumo de tabaco
- Pruebas psicológicas clinimetría
- Cuestionario de confianza situacional breve
- Inventario de situaciones de consumo de alcohol (ISCA)
- Tipificación de riesgo VIH

Solicitud Visita Domiciliaria

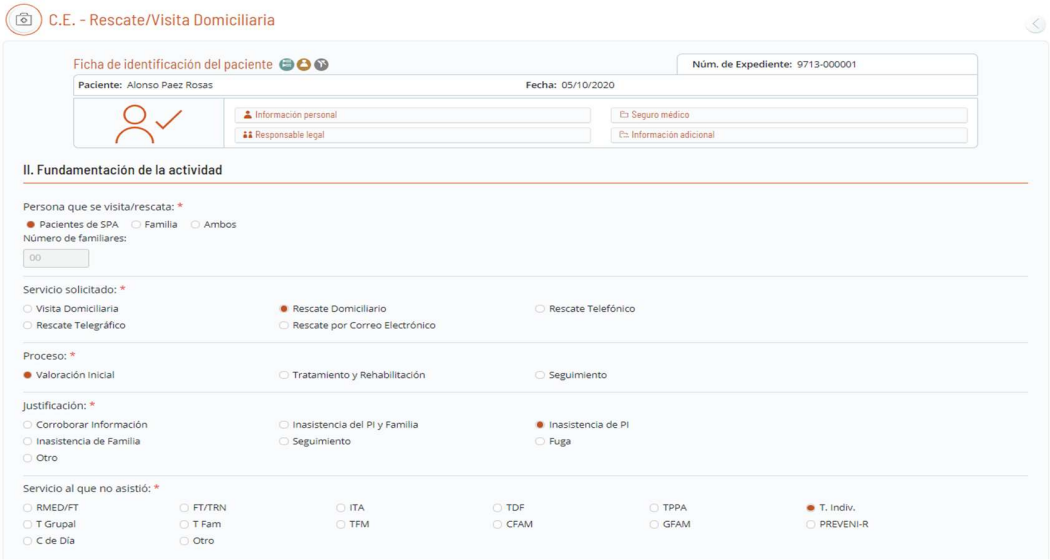
Para registrar el formato **"Rescate/Visita domiciliaria"** de un paciente en el sistema, deberá tener previamente seleccionado al mismo, y dentro del módulo de **"Consulta Externa"** deberá dirigirse a **"capturar formatos"**.

Posteriormente el sistema nos enviará a otra pantalla en la cual deberá desplazarse al módulo de **"Servicios Complementarios"** y al pulsar sobre el ícono le desplegará los formatos disponibles para su consulta o llenado, aquí encontrará el formato **"Rescate/Visita domiciliaria"**.

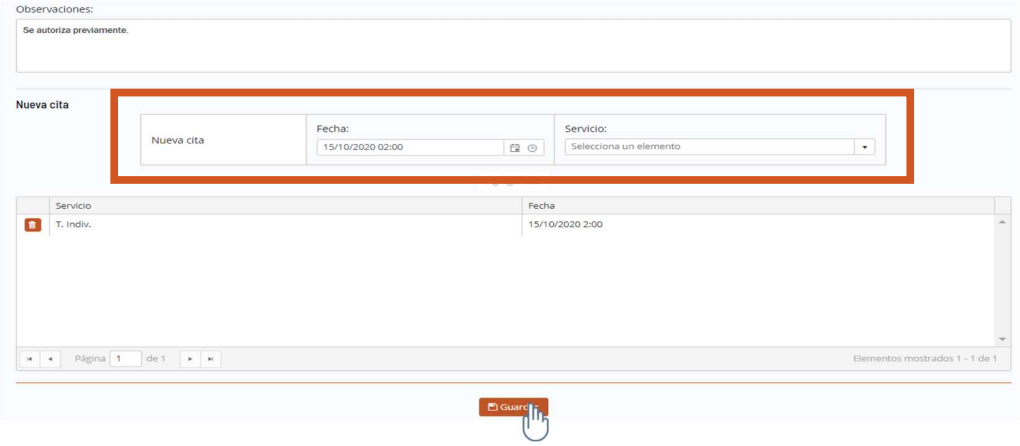
Al pulsar sobre el formato de **"Rescate/Visita domiciliaria"** se le desplegarán las siguientes opciones:

Consulta: Estará disponible siempre y cuando el paciente ya tenga un registro previo en el sistema.
Registro: Estará disponible para llenar por primera vez el formato al paciente.

Al hacer clic en el ícono de registro el sistema lo enviará a otra página en la cual aparecerá el formato en blanco para poder realizar el llenado de este.



El usuario responsable deberá ir llenando los reactivos según corresponda en el formato; en la parte final deberá indicar el servicio al cual el paciente será enviado indicando: fecha, hora, y observación en caso de requerirla.



Una vez, este completa la información dentro del formato, deberá pulsar el botón "Guardar", para que esté quede almacenado en el expediente del paciente. Adicional a esto deberá firmar electrónicamente el formato para evitar la pérdida de esta captura.

Ir a firma electrónica

Este formato deberá ser firmado electrónicamente para evitar futura perdida de información en el sistema.

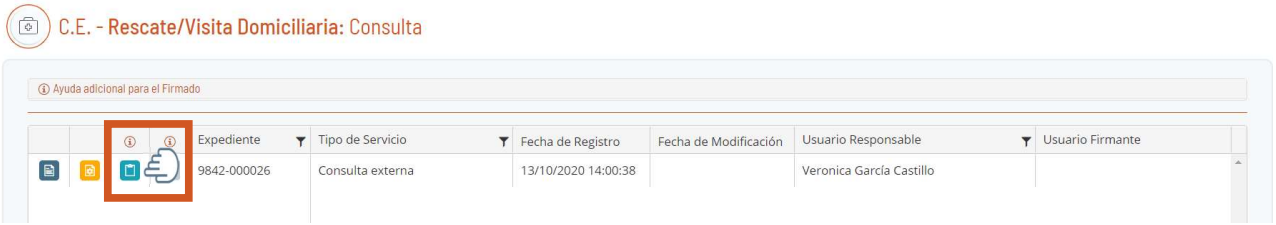
Rescate Visita Domiciliaria

Para registrar el formato **"Rescate"** de un paciente en el sistema, deberá tener previamente seleccionado al mismo, y dentro del módulo de **"Hospitalización"** deberá dirigirse a **"Capturar formatos"**.

Deberá desplazarse al módulo de **"Servicios Complementarios"** y al pulsar sobre el ícono le desplegará los formatos disponibles para su consulta o llenado, aquí encontrará el formato **"Rescate/Visita domiciliaria"**.

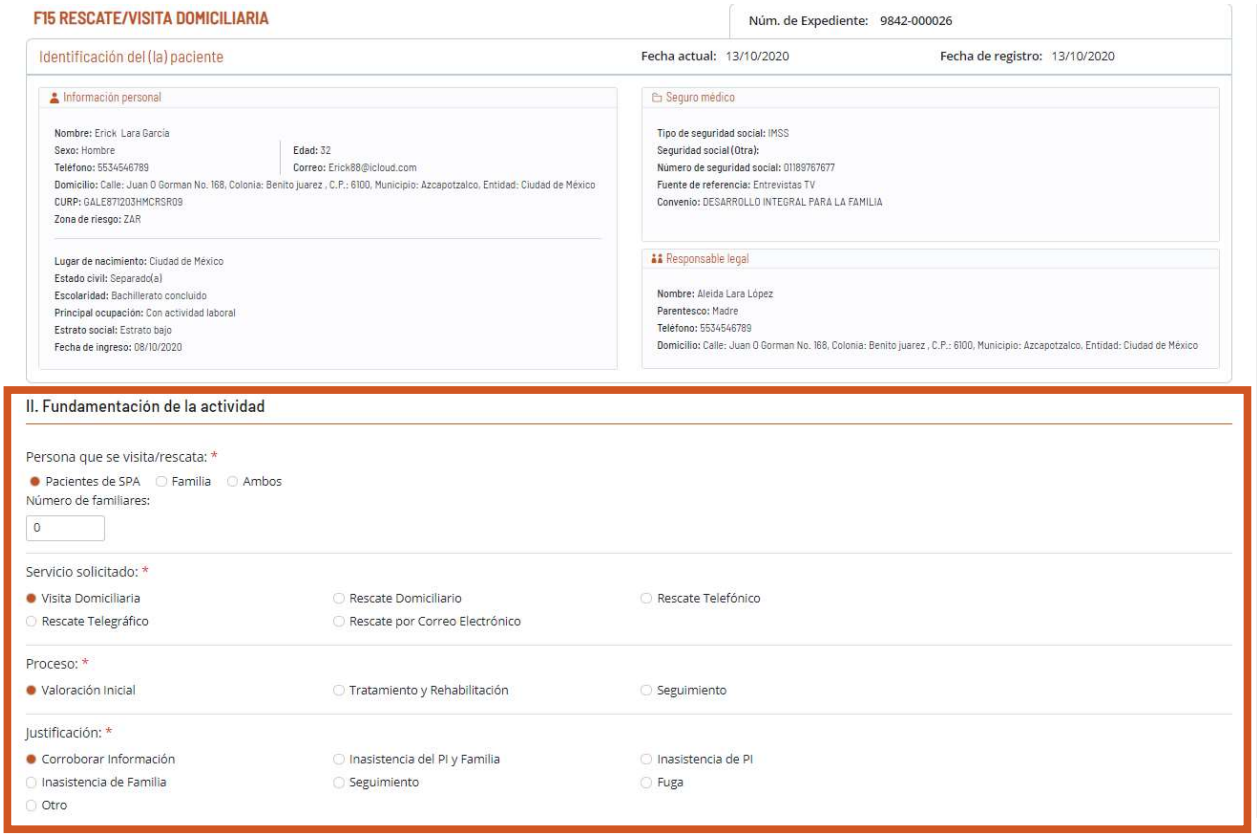
Al pulsar sobre el formato de **“Rescate/Visita domiciliaria”** se le desplegarán las siguientes opciones:

Deberá seleccionar la opción de **“Consulta”** para registrar el formato de **“Rescate”**.

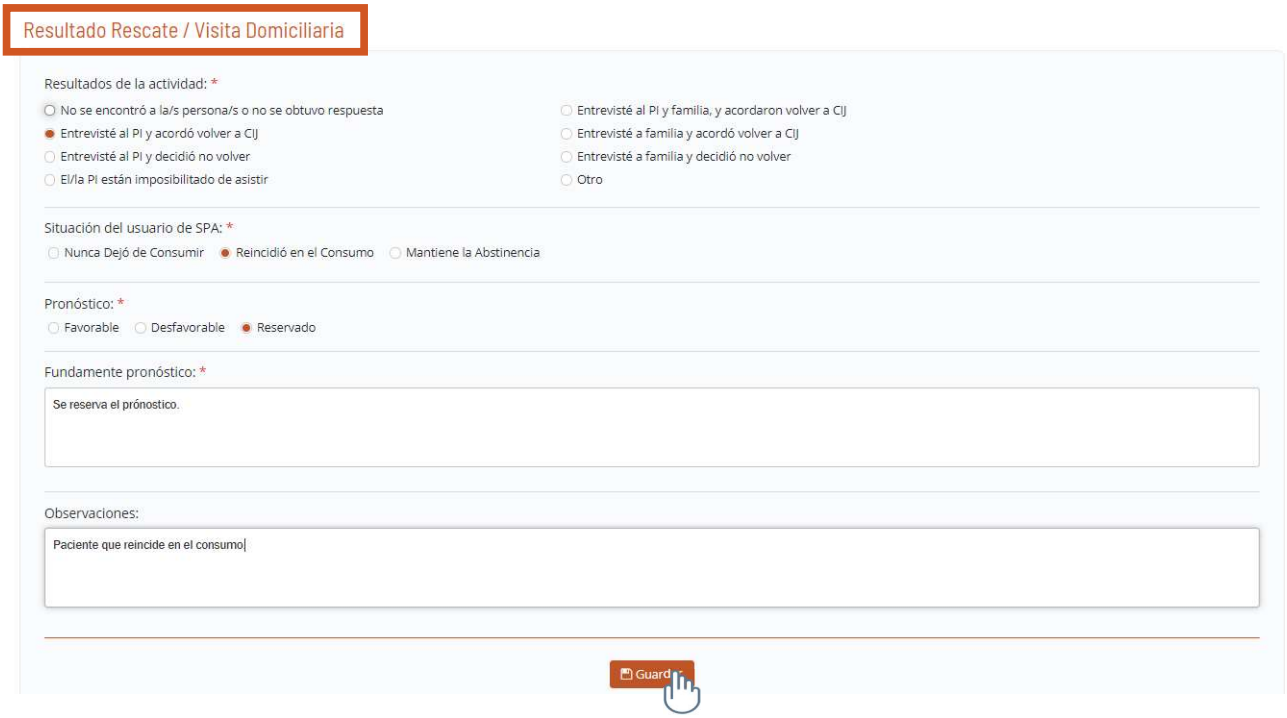


Deberá hacer clic en el icono de **“Rescate”** para registrar la siguiente parte del formato.

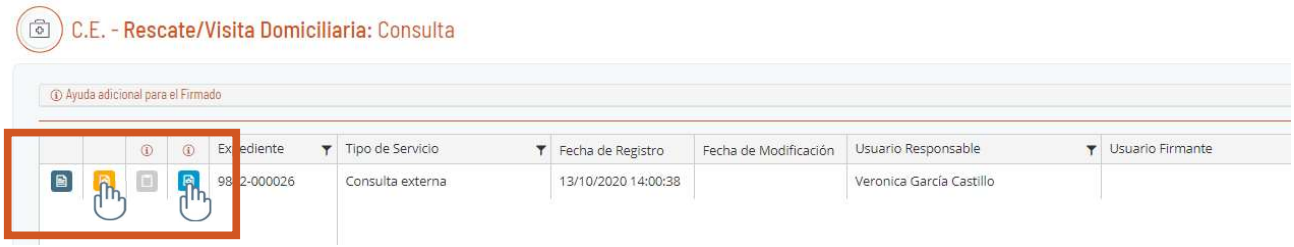
La parte superior del formato corresponde a la consulta del formato de **“Solicitud”**.



Posteriormente se incluye el formato **"Rescate"**; donde deberá llenar los campos correspondientes.



Una vez, este completa la información dentro del formato, deberá pulsar el botón **"Guardar"**, para que esté quede almacenado en el expediente del paciente. Así mismo podrá firmar electrónicamente ambos formatos, (Solicitud/Rescate) para evitar la pérdida de esta captura.



Ir a firma electrónica

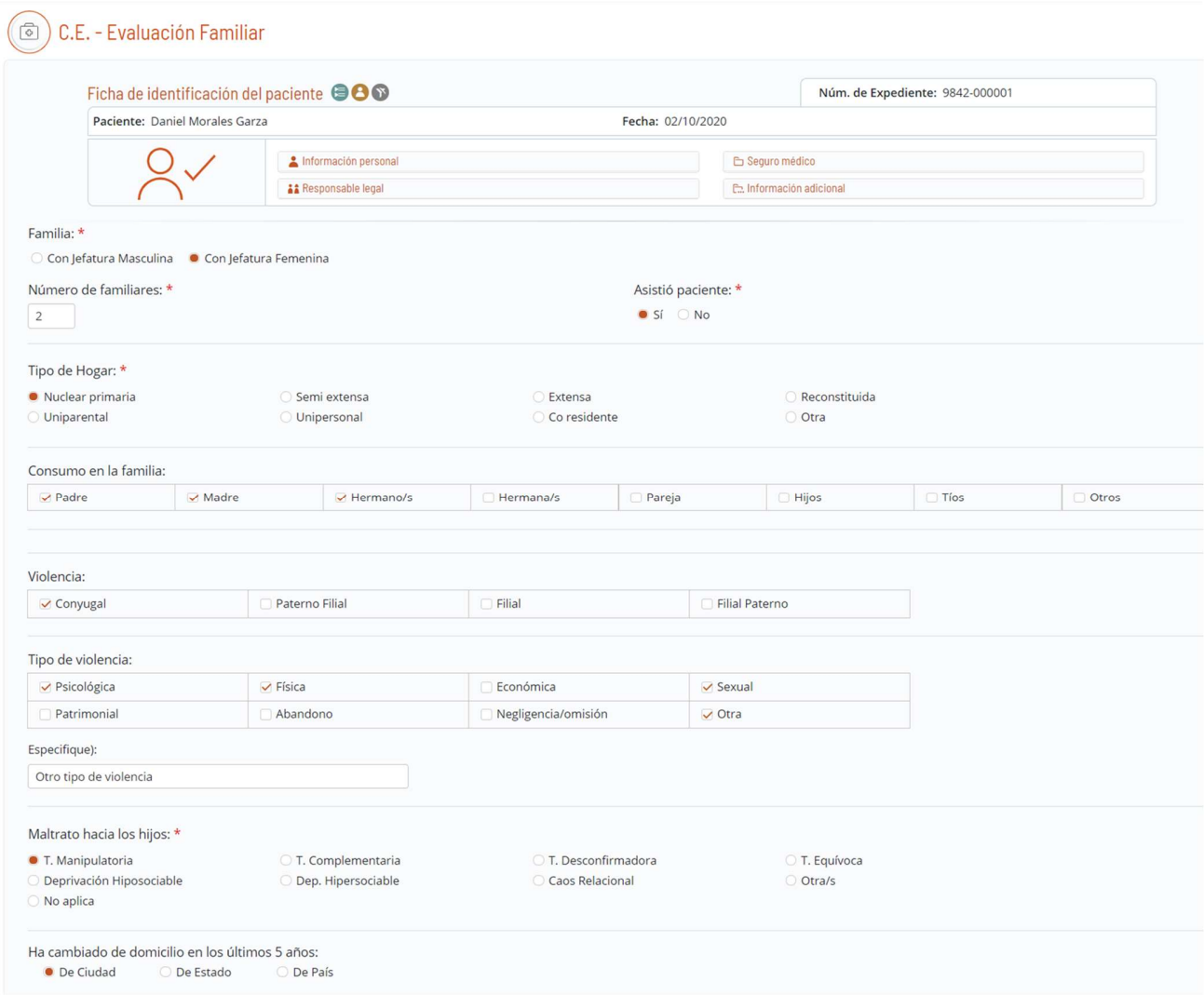
Este formato deberá ser firmado electrónicamente para evitar futura perdida de información en el sistema.

Evaluación Familiar

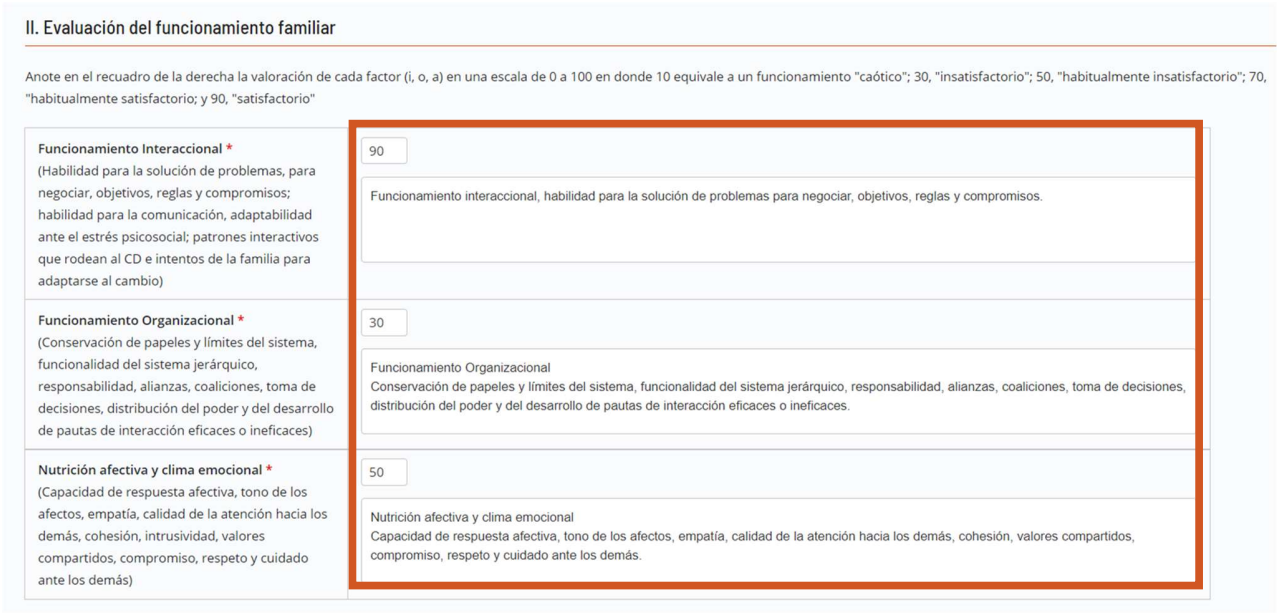
Para registrar este formato, siga los siguientes pasos:

1. Sección **Servicios complementarios**.

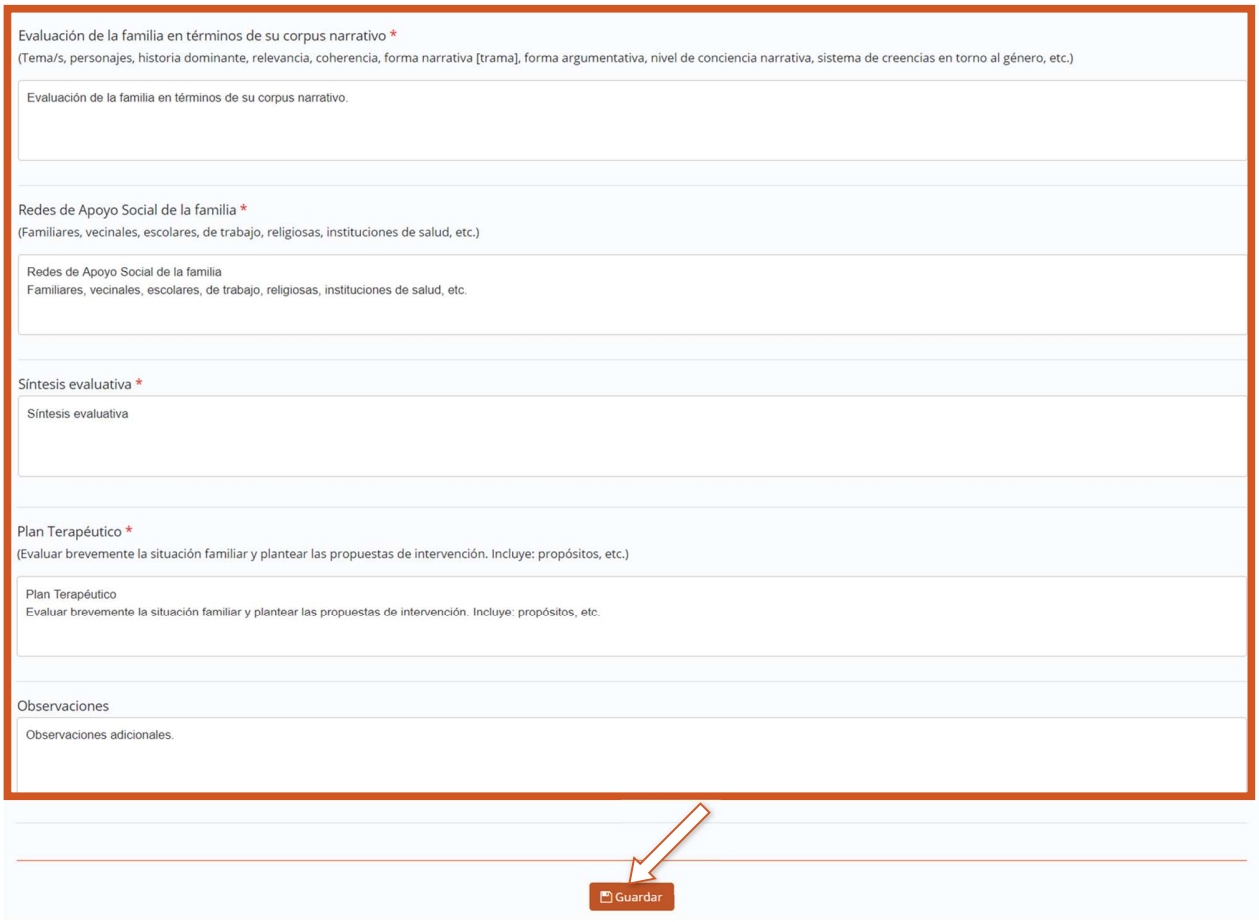
2. Haga clic en el formato **Evaluación familiar**. El sistema desplegará dos opciones:
    a. Registro. En la primera sección, seleccione el tipo de jefatura, número de familiares, si asistió el paciente, tipo de hogar, consumo en la familia, violencia, tipo de violencia, maltrato a los hijos y si el paciente ha cambiado su domicilio en los últimos 5 años.



La sección **II. Evaluación del funcionamiento familiar**, en los tres parámetros indique la cantidad correspondiente en una escala del 0 al 100.



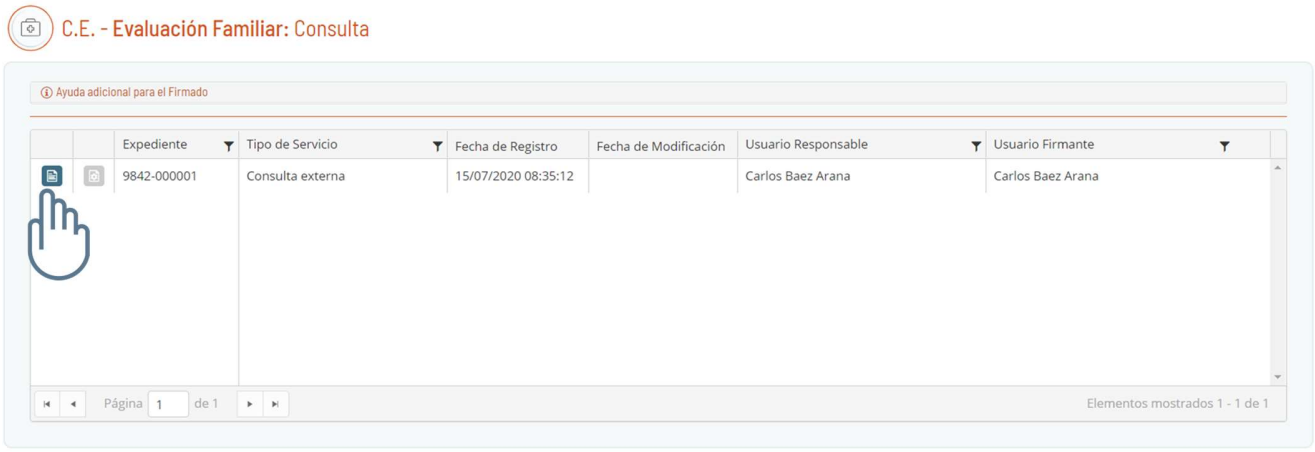
Los siguientes campos son abiertos y prácticamente se puede indicar cualquier cosa.



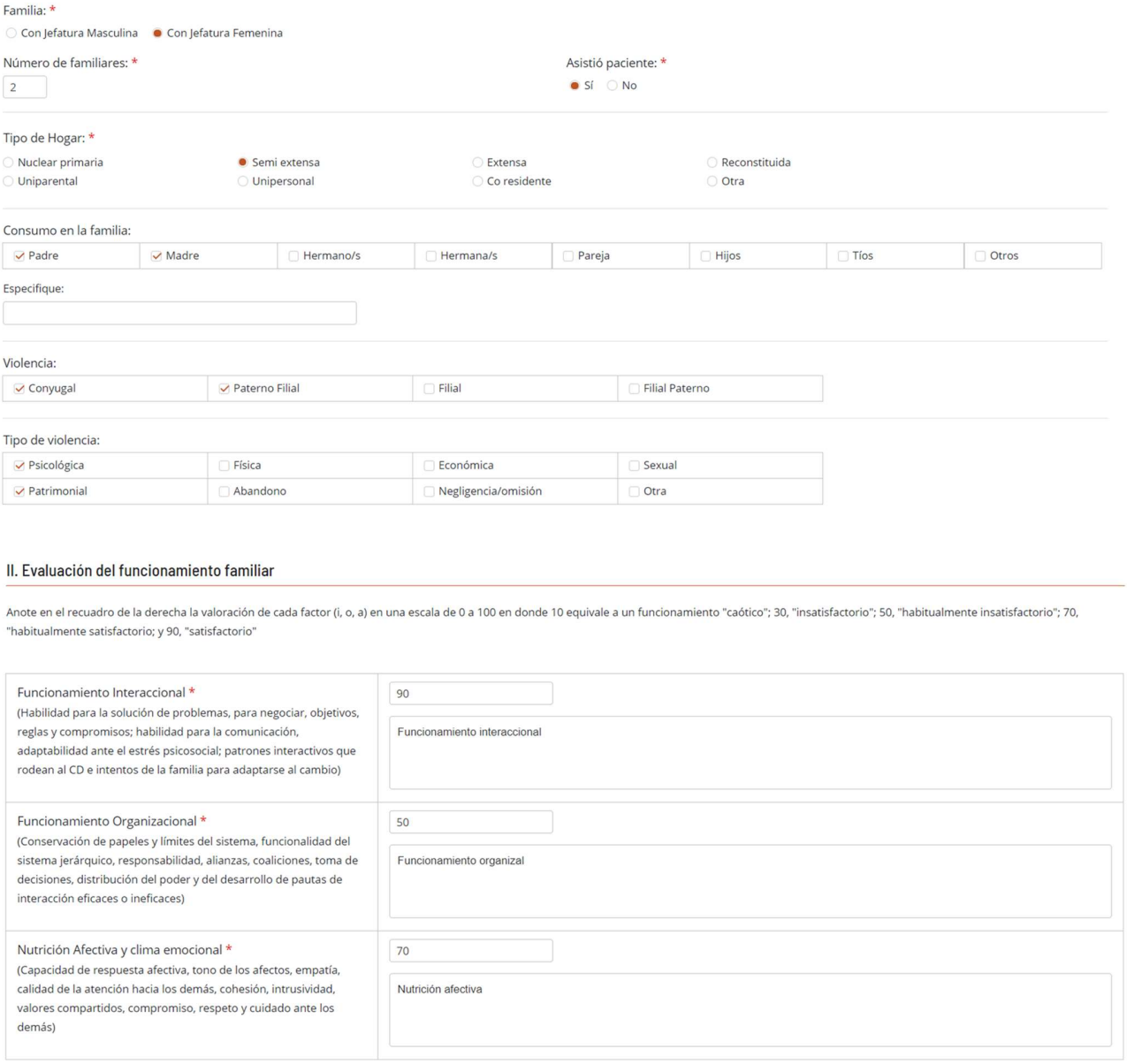
Al finalizar haga clic en **“Guardar”** y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. El sistema muestra la siguiente pantalla



Haga clic en el primer ícono **“Ver detalle”** y el sistema desplegará el formato en forma de consulta, las siguientes imágenes son algunas de las secciones de este formato (el sistema lo muestra completo).


Familia: *
Con Jefatura Masculina Con Jefatura Femenina

Número de familiares: *
2

Asistió paciente: *
Sí No

Tipo de Hogar: *
Nuclear primaria Semi extensa Extensa Reconstituida
Uniparental Unipersonal Co residente Otra

Consumo en la familia:
Padre | Madre | Hermano/s | Hermana/s | Pareja | Hijos | Tíos | Otros

Especifique:

Violencia:
Conyugal | Paterno Filial | Filial | Filial Paterno

Tipo de violencia:
Psicológica | Física | Económica | Sexual
Patrimonial | Abandono | Negligencia/omisión | Otra

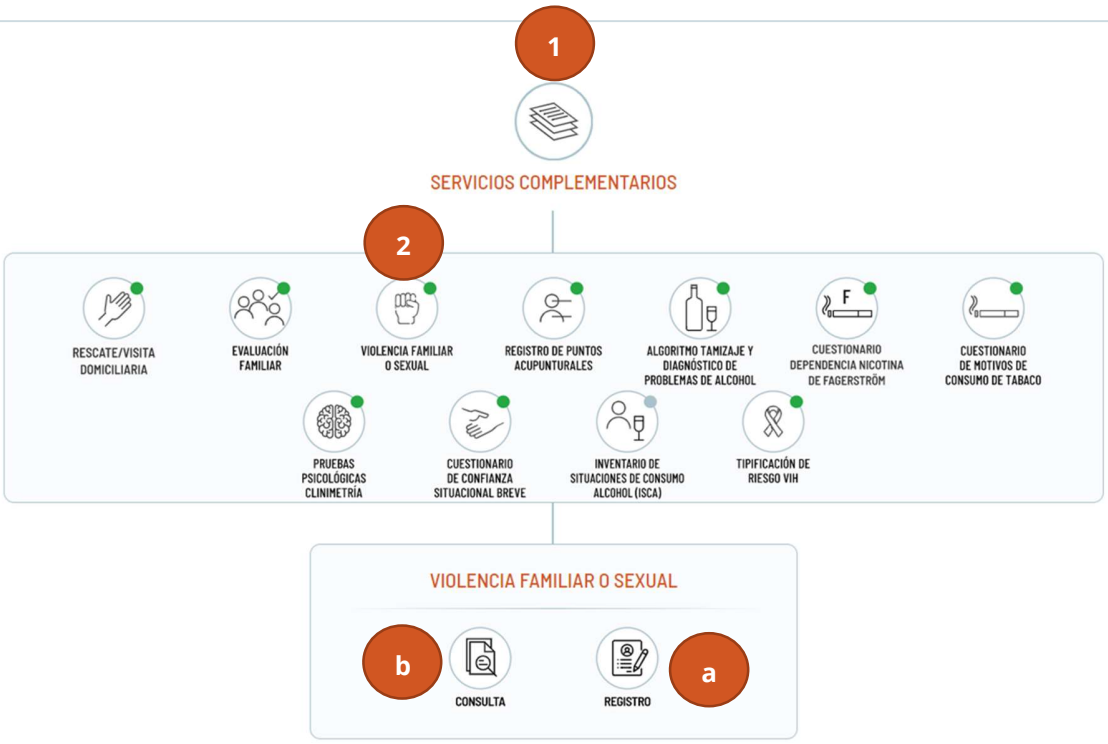
II. Evaluación del funcionamiento familiar

Anote en el recuadro de la derecha la valoración de cada factor (i, o, a) en una escala de 0 a 100 en donde 10 equivale a un funcionamiento "caótico"; 30, "insatisfactorio"; 50, "habitualmente insatisfactorio"; 70, "habitualmente satisfactorio; y 90, "satisfactorio"

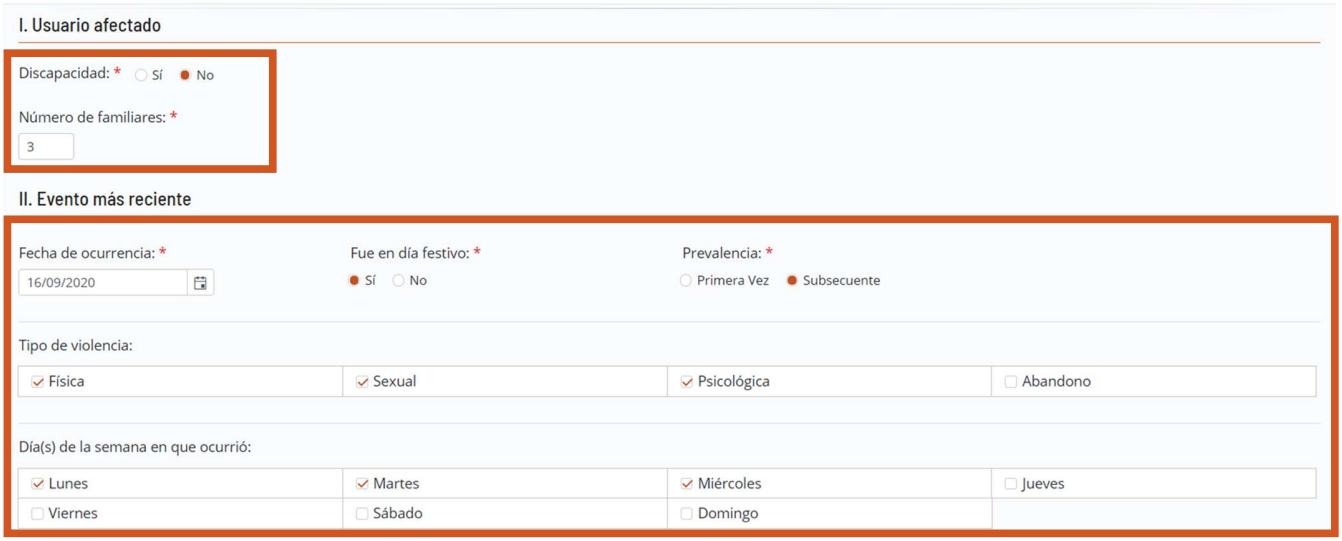
Funcionamiento Interaccional * (Habilidad para la solución de problemas, para negociar, objetivos, reglas y compromisos; habilidad para la comunicación, adaptabilidad ante el estrés psicosocial; patrones interactivos que rodean al CD e intentos de la familia para adaptarse al cambio)	90 Funcionamiento interaccional
Funcionamiento Organizacional * (Conservación de papeles y límites del sistema, funcionalidad del sistema jerárquico, responsabilidad, alianzas, coaliciones, toma de decisiones, distribución del poder y del desarrollo de pautas de interacción eficaces o ineficaces)	50 Funcionamiento organizal
Nutrición Afectiva y clima emocional * (Capacidad de respuesta afectiva, tono de los afectos, empatía, calidad de la atención hacia los demás, cohesión, intrusividad, valores compartidos, compromiso, respeto y cuidado ante los demás)	70 Nutrición afectiva

Violencia Familiar o Sexual

Para registrar este formato siga los siguientes pasos:

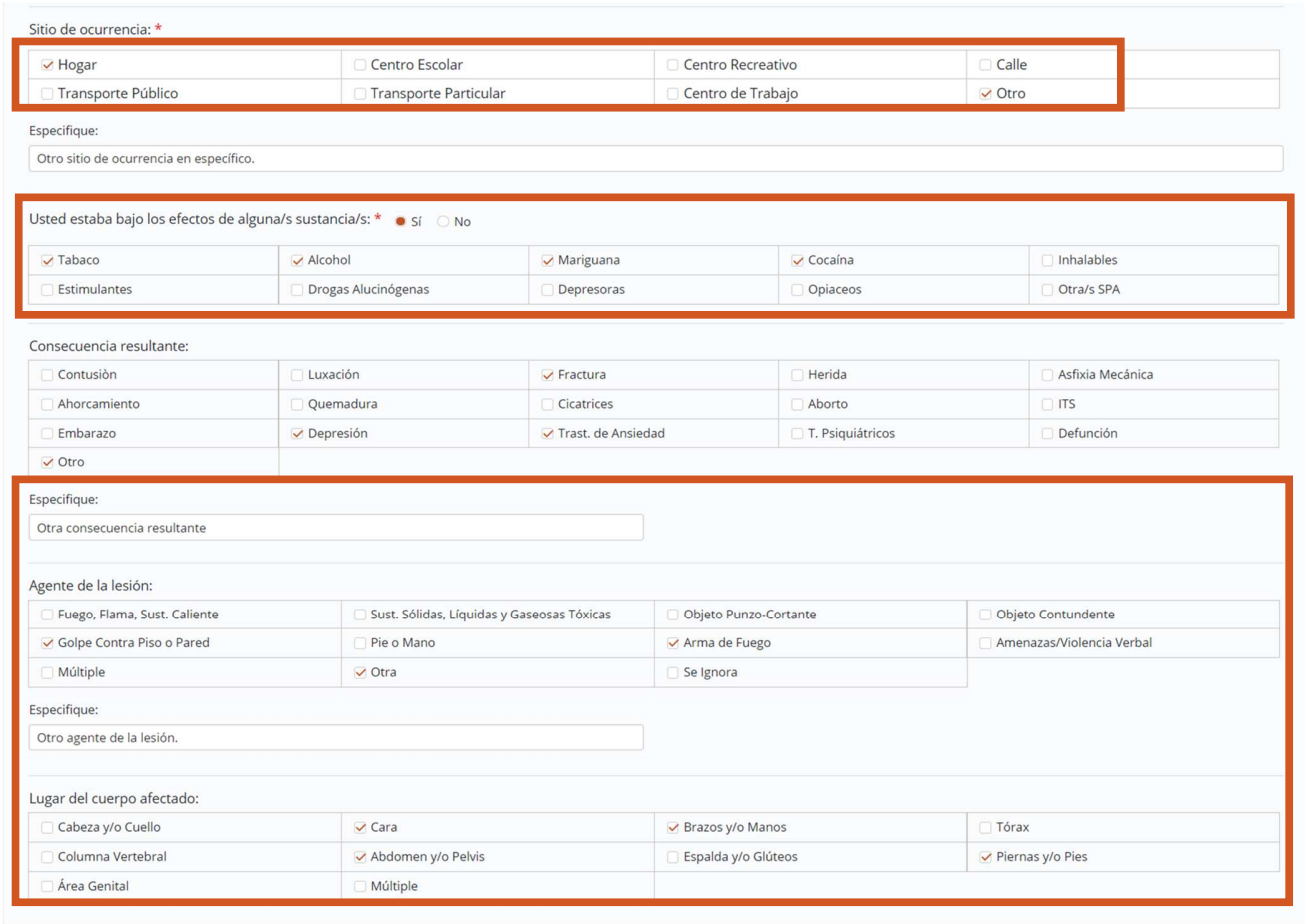


1. En la sección **Servicios complementarios** haga clic para desplegar todos los formatos que contiene.
2. Haga clic en el formato **Violencia familiar o sexual** y el sistema desplegará las siguientes opciones:
    a. Registro

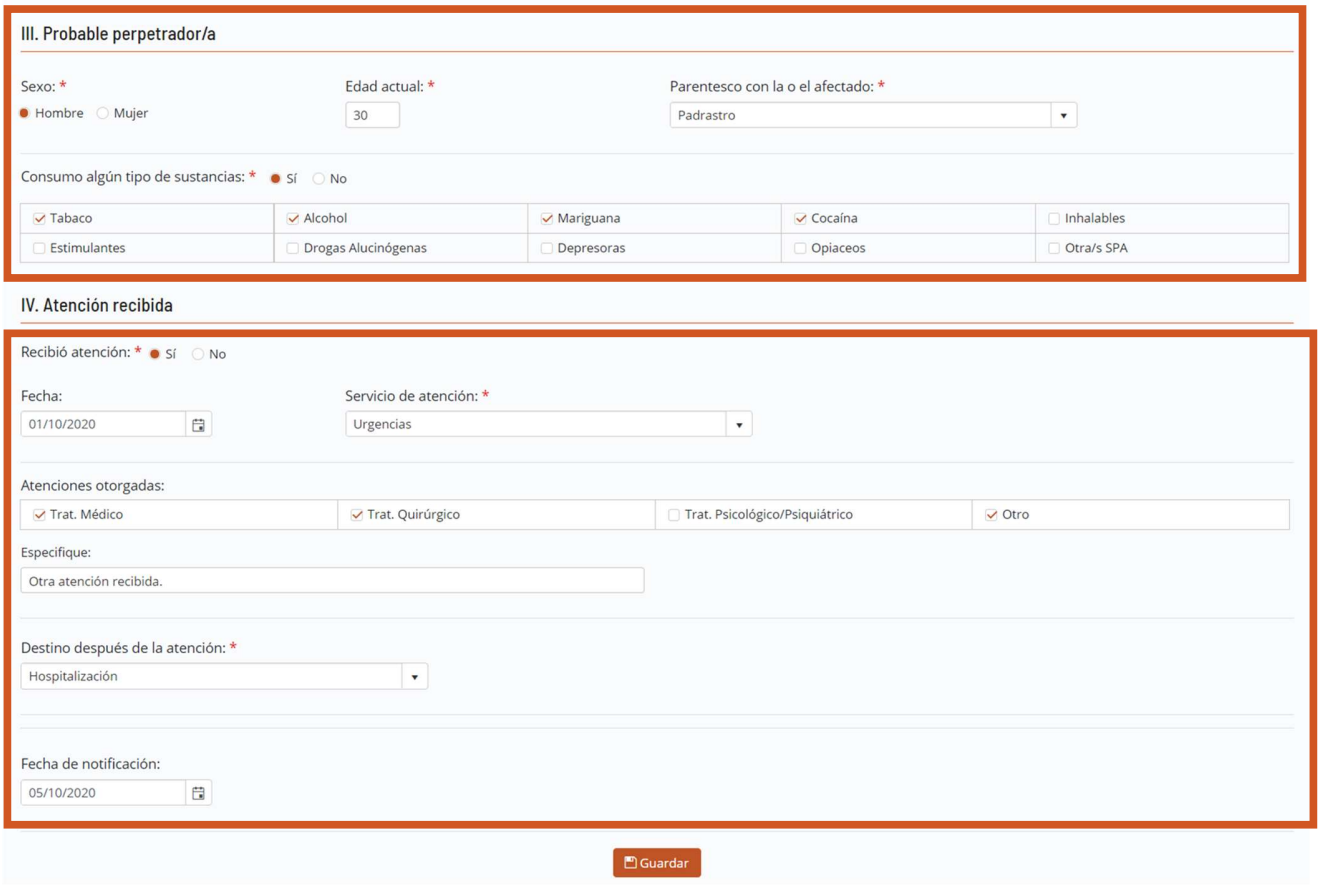


En la sección **I. Usuario afectado**, indique si el paciente tiene alguna discapacidad y el número de familiares. En la sección **II. Evento más reciente** seleccione la fecha de ocurrencia y si fue en un día festivo y la prevalencia; en los campos: **tipo de violencia, día(s) de la semana en que ocurrió, sitio de ocurrencia,** puede seleccionar varias opciones.

En el campo **"Usted estaba bajo los efectos de alguna/s sustancia/s"**, si contesta de manera afirmativa, el sistema muestra las sustancias, marque todas las que apliquen. Haga lo mismo con los siguientes campos que son de selección múltiple.



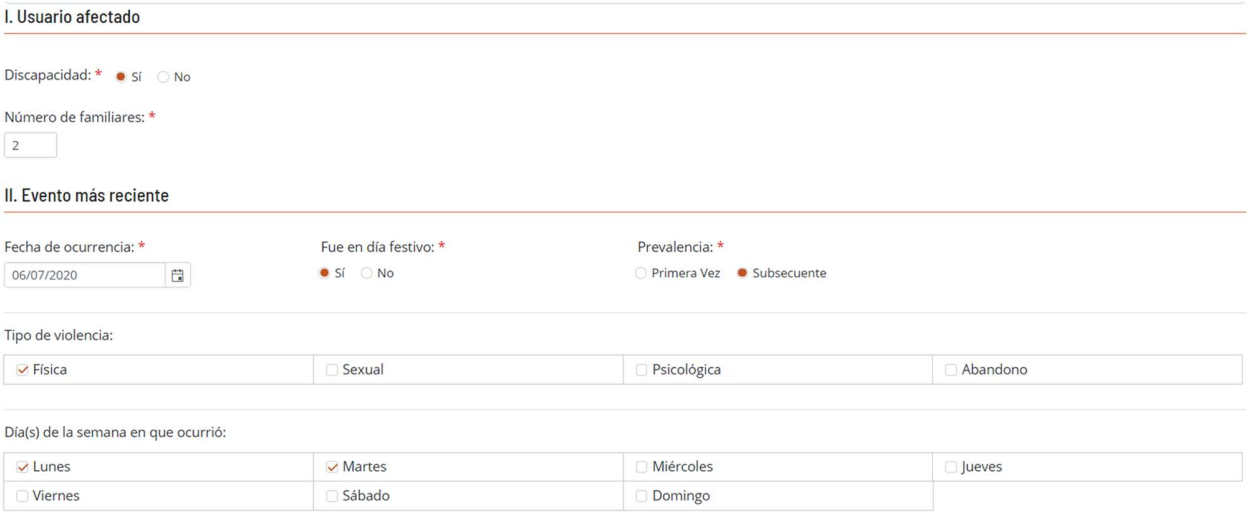
En la sección **III. Probable perpetrador/a**, indique el sexo del probable agresor, edad, parentesco y si consumió alguna/s sustancia/s. En la sección **IV. Atención recibida**, indique si recibió atención y los datos correspondientes a la misma.

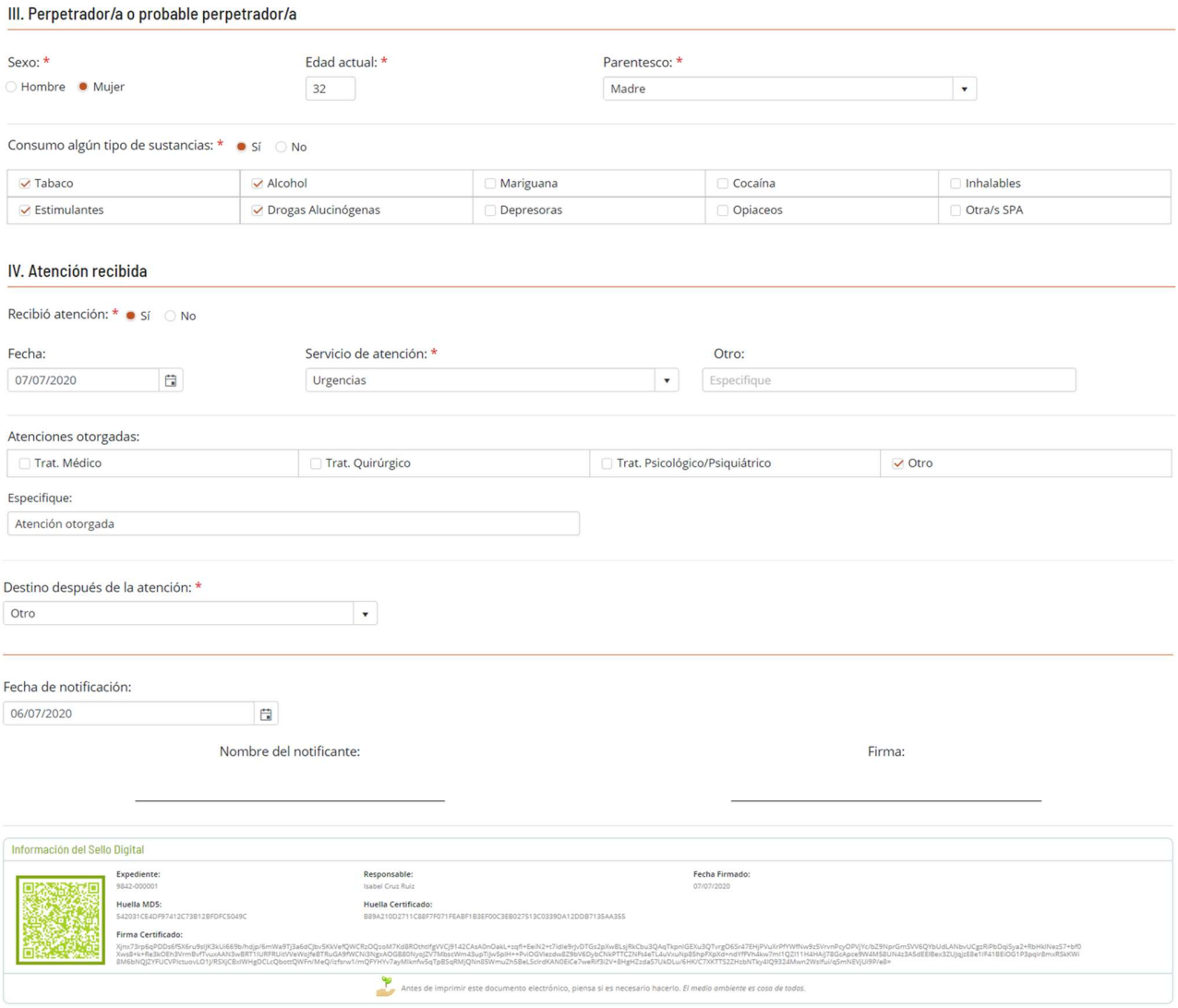


Al finalizar haga clic en **"Guardar"** para que el sistema almacene la información y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. El sistema muestra la siguiente pantalla.

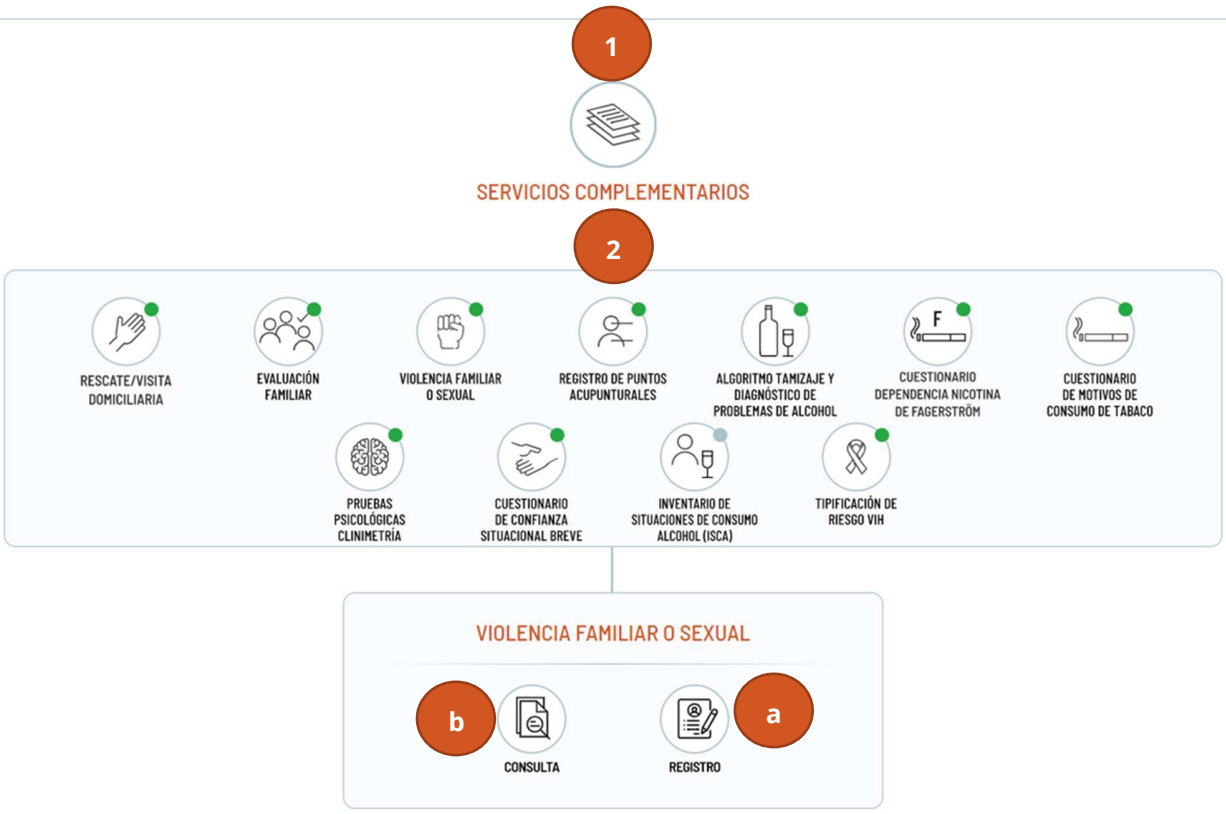




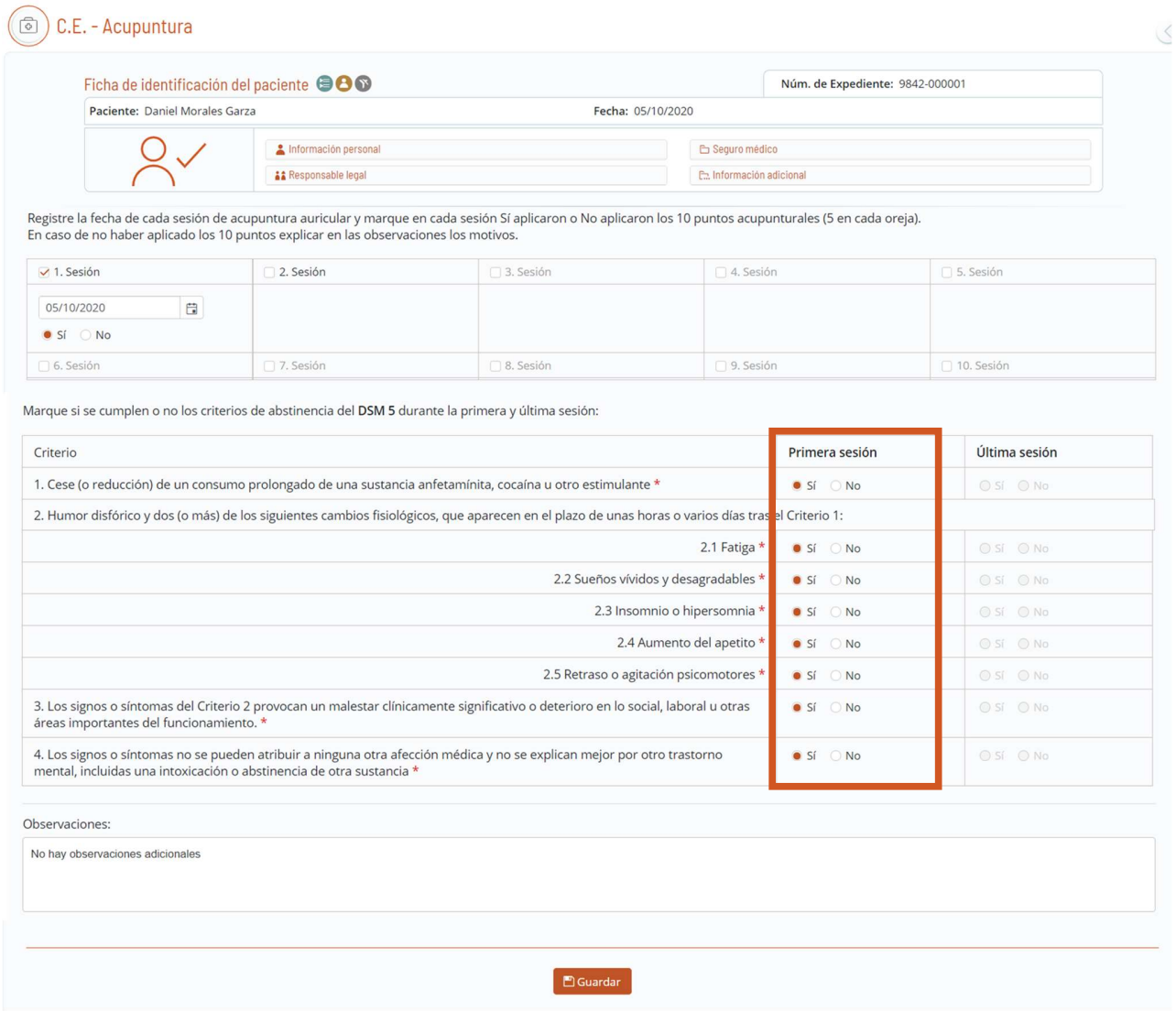
Al final se muestra la firma digital.

Registro de Puntos Acupunturales

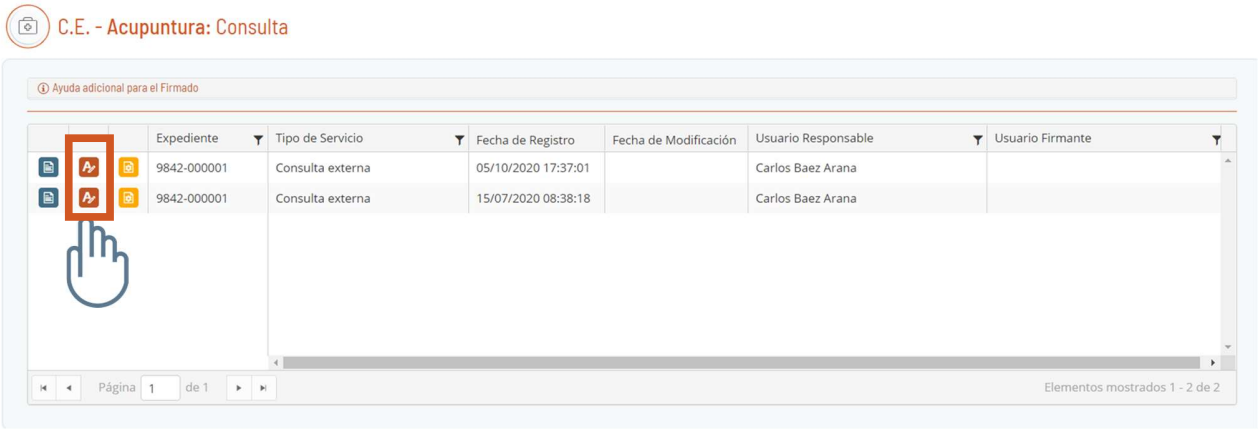
Para registrar este formato siga los siguientes pasos:



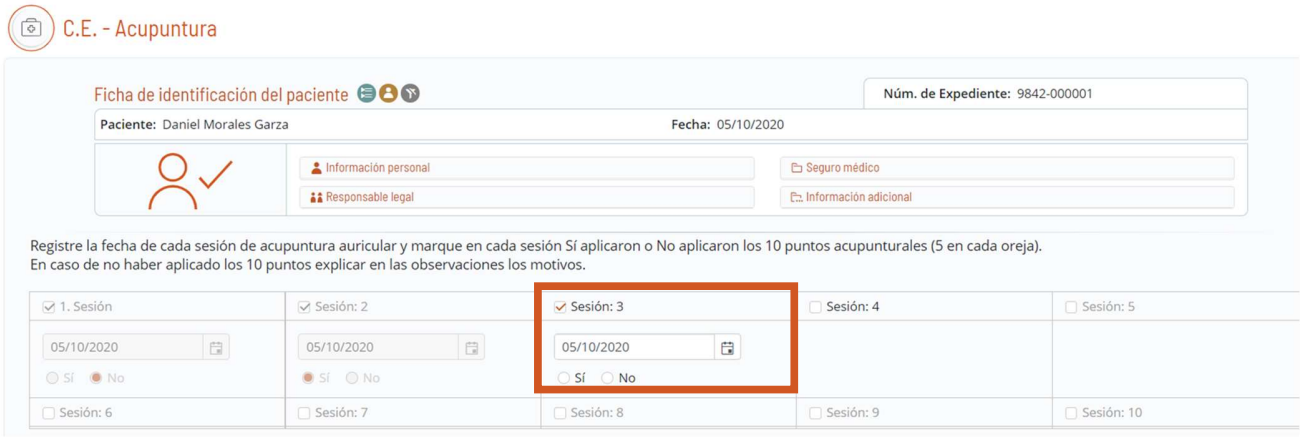
1. En la sección **Servicios complementarios** haga clic para desplegar todos los formatos que contiene.
2. Haga clic en el formato **Registro de puntos acupunturales** y el sistema desplegará las siguientes opciones:
    a. Registro. Cuando se registra este formato en la primera sesión responda si se cumplen o no los criterios de abstinencia del DSM 5 en cada pregunta.



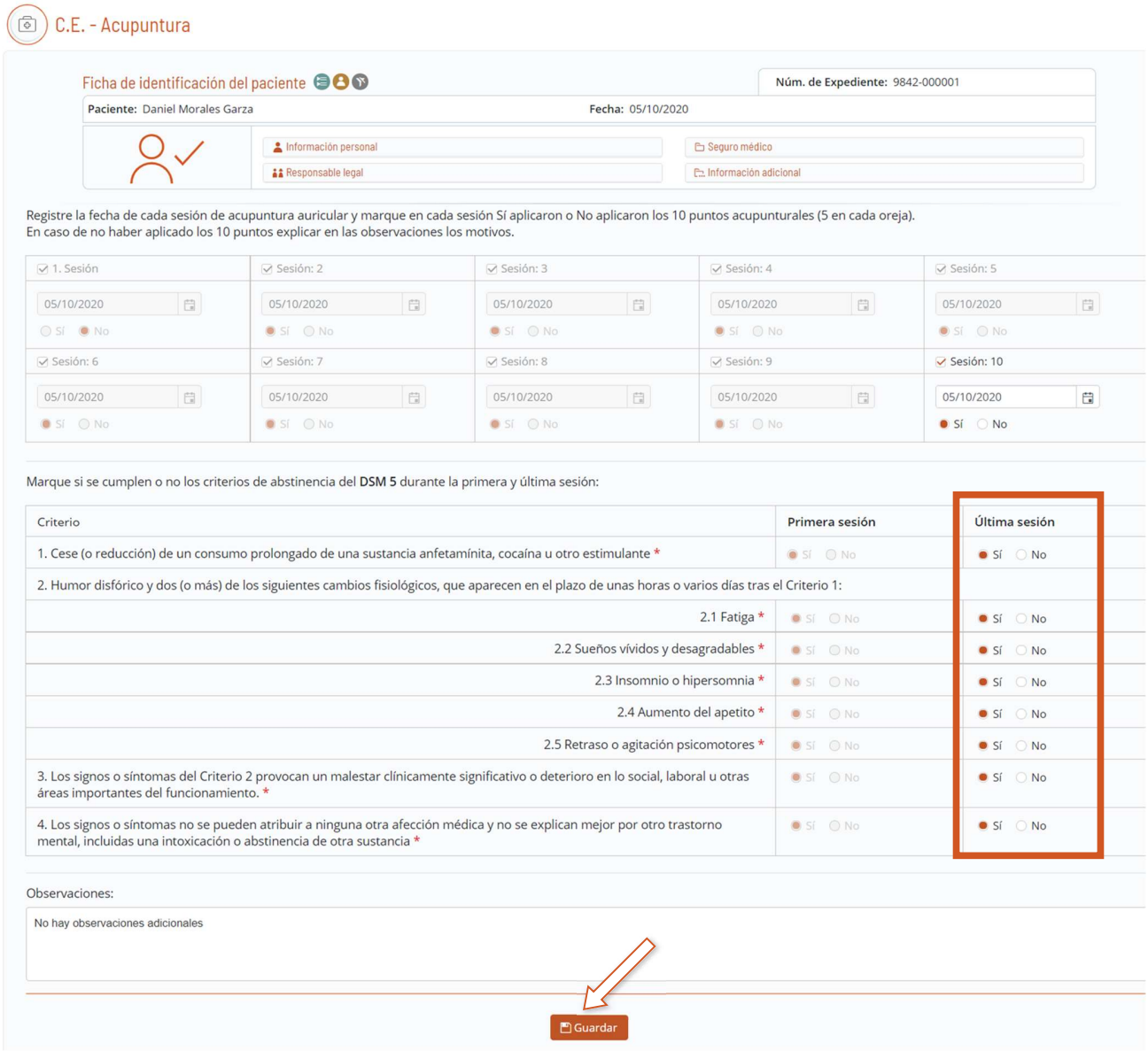
Para registrar la fecha de las siguientes sesiones e indique si se aplicaron los 10 puntos acupunturales haga clic en el ícono de consulta y el sistema mostrará la siguiente pantalla:



El sistema habilitará la siguiente sesión a registrar, es decir, por cada sesión que se registre, la siguiente vez que se “edite” el formato, se mostrará la siguiente sesión para indicar la fecha y si se aplicaron los 10 puntos acupunturales.



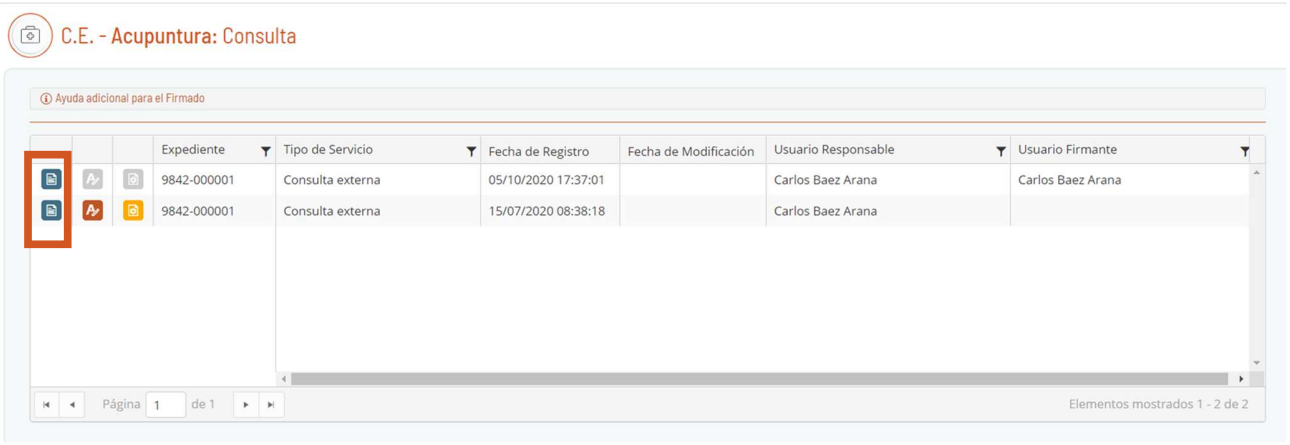
En la sesión 10 complete las últimas preguntas, indicando igual que en la primera sesión si se cumplen o no los criterios de abstinencia del **DSM 5**.



Al registrar cada sesión (incluyendo la primera y la última) haga clic en **"Guardar"**. Firme electrónicamente el formato una vez completo.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. El sistema muestra la siguiente pantalla.



El formato registrado el día 5/10/2020 es el que estamos utilizando de ejemplo, el cual ya fue firmado electrónicamente y al hacer clic en el primer ícono **"Ver detalle"**, el sistema muestra el formato en manera de consulta.

Registre la fecha de cada sesión de acupuntura auricular y marque en cada sesión Sí aplicaron o No aplicaron los 10 puntos acupunturales (5 en cada oreja).
En caso de no haber aplicado los 10 puntos explicar en las observaciones los motivos.

Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5
05/10/2020	05/10/2020	05/10/2020	05/10/2020	05/10/2020
Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Sesión 6	**Sesión 7**	**Sesión 8**	**Sesión 9**	**Sesión 10**
05/10/2020	05/10/2020	05/10/2020	05/10/2020	05/10/2020
Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No

Marque si se cumplen o no los criterios de abstinencia del **DSM 5** durante la primera y última sesión:

Criterio	Primera sesión	Última sesión
1. Cese (o reducción) de un consumo prolongado de una sustancia anfetamínita, cocaína u otro estimulante *	Sí No	Sí No
2. Humor disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos, que aparecen en el plazo de unas horas o varios días tras el Criterio 1:		
2.1 Fatiga *	Sí No	Sí No
2.2 Sueños vívidos y desagradables *	Sí No	Sí No
2.3 Insomnio o hipersomnia *	Sí No	Sí No
2.4 Aumento del apetito *	Sí No	Sí No
2.5 Retraso o agitación psicomotores *	Sí No	Sí No
3. Los signos o síntomas del Criterio 2 provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. *	Sí No	Sí No
4. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia *	Sí No	Sí No

Observaciones:

No hay observaciones adicionales

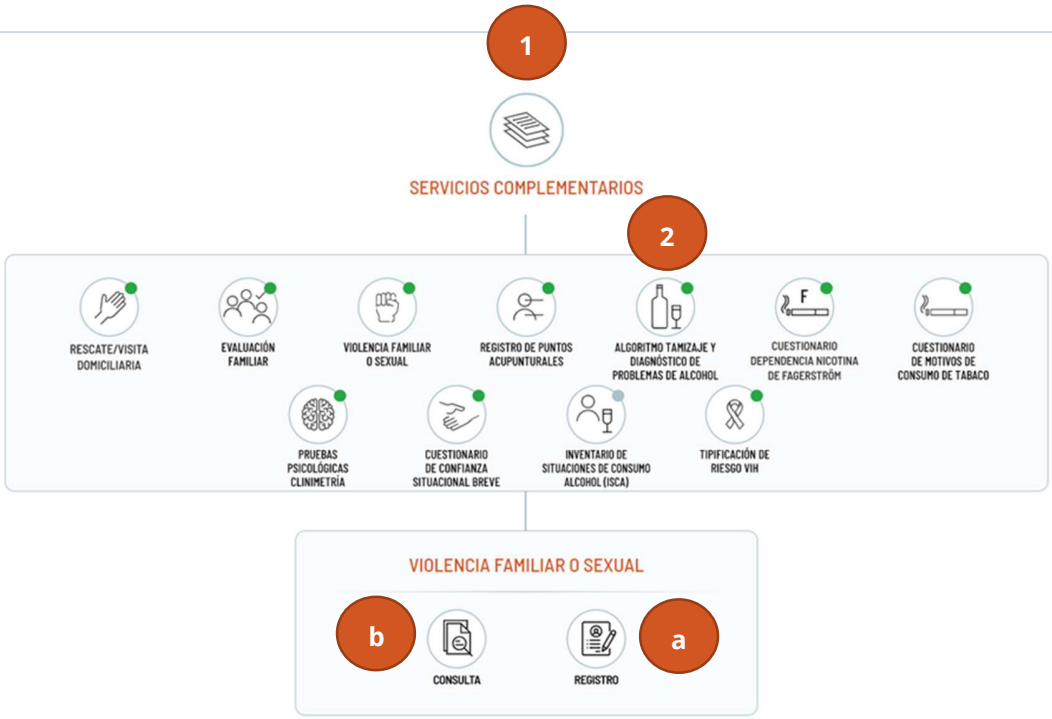
Información del Sello Digital

Expediente: 9842-000001
Responsable: Carlos Baez Arana
Fecha Firmado: 05/10/2020
Huella MD5: 846C5DBFF719276AE22825E5C5E52CF4
Huella Certificado: 7B029OD14E034652E36EDFECA020182415867FD0B7BA48CC3BC8824ED236523
Firma Certificado:

Antes de imprimir este documento electrónico, piensa si es necesario hacerlo. *El medio ambiente es cosa de todos.*

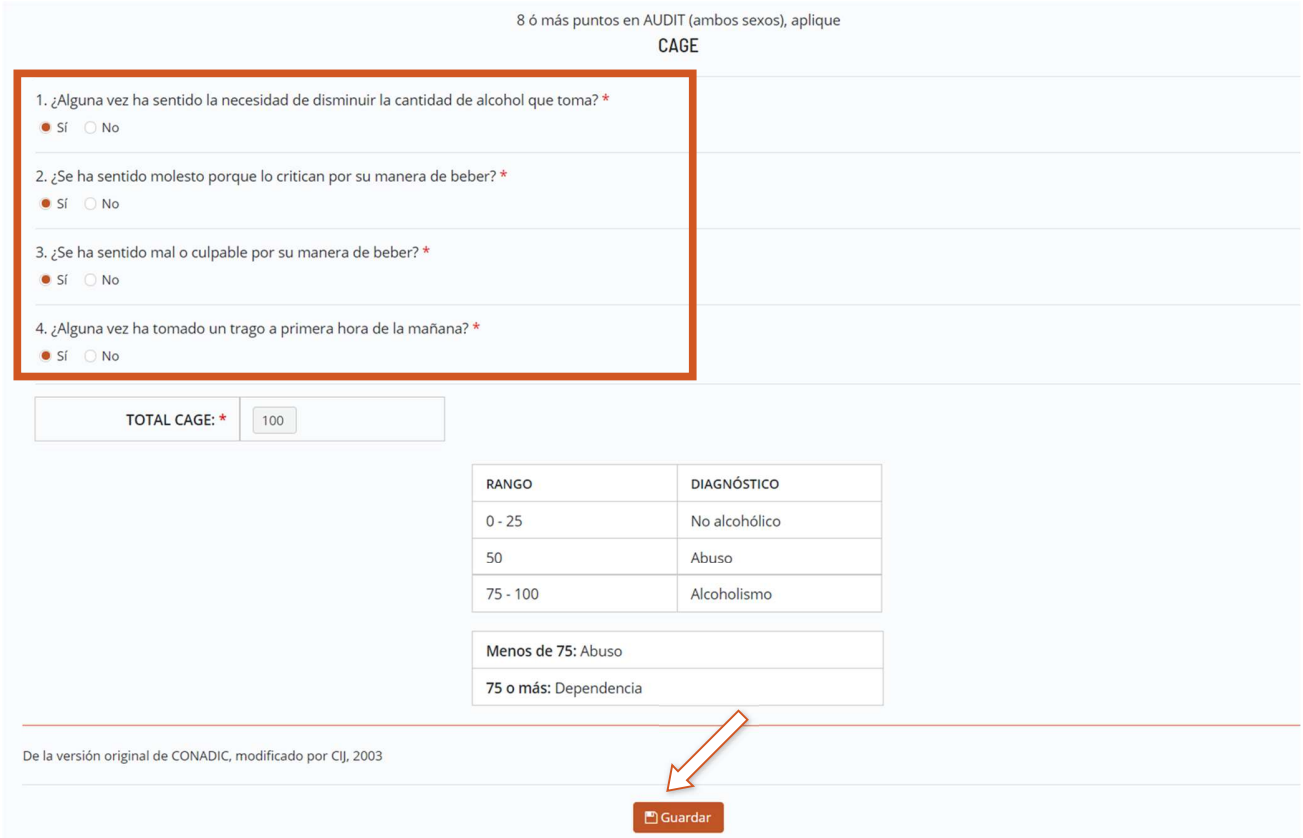
Algoritmo Tamizaje y Diagnóstico de Problemas de Alcohol

Para registrar este formato siga los siguientes pasos:



1. En la sección **Servicios complementarios** haga clic para desplegar todos los formatos que contiene.
2. Haga clic en el formato **Algoritmo tamizaje y diagnóstico de problemas de alcohol** y el sistema desplegará las siguientes opciones:
    a. Registro. Al hacer clic en este ícono, el sistema mostrará el formato a llenar. El paciente que se tomó de ejemplo es de sexo masculino, por lo que el formato a llenar consta de dos cuestionarios: **AUDIT BREVE** y **CAGE**. En cada pregunta responda de acuerdo a las respuestas del paciente.

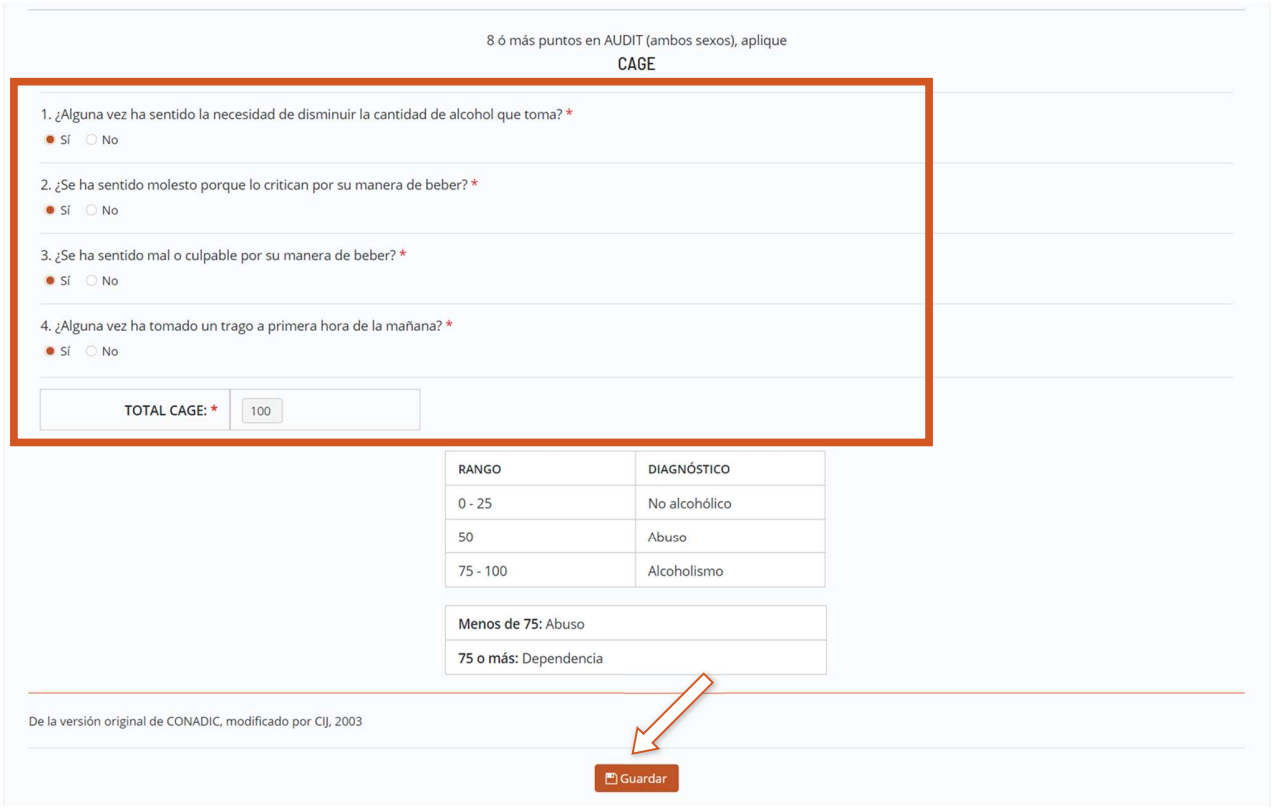
En la parte final del cuestionario se indica el rango de puntos de acuerdo a las respuestas y el diagnóstico que le corresponde al puntaje.



Al finalizar los cuestionarios haga clic en **“Guardar”** y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

En caso de que el paciente sea de sexo femenino, este formato se muestra de la siguiente manera:



Al finalizar el registro del formato haga clic en **"Guardar"** y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. Al hacer clic en este ícono, el sistema muestra la siguiente pantalla.

Haga clic en el primer ícono **"Ver detalle"** y el sistema mostrará el formato en modo de consulta.

En pacientes de sexo femenino iniciar aplicando

TWEAK

1. ¿Cuántas copas aguanta usted? *
● 4 ó Más Copas ○ 3 ó Menos Copas

2. Durante el último año, ¿ha recibido alguna queja por parte de amigos cercanos o familiares sobre su consumo de bebidas alcohólicas? *
● Si ○ No

3. ¿Toma en ocasiones una copa inmediatamente después de levantarse? *
● Si ○ No

4. ¿Siente la necesidad de reducir su consumo de bebidas alcohólicas? *
○ Si ● No

5. ¿Alguna vez un amigo o familiar le ha hablado de cosas que usted haya hecho o dicho cuando estaba bebiendo, las cuales no recuerda? *
● Si ○ No

TOTAL TWEAK: *	6

RANGO	DIAGNÓSTICO
4 ó más puntos	Probable dependencia
2 a 3 puntos	Consumo peligroso o riesgoso
De 0 a 1 punto	Dudoso, aplique AUDIT

Dependiendo el sexo del paciente, el sistema muestra en la consulta el formato completo, aunque si no se llenó la sección por el hecho de ser masculino o femenino se muestra vacía.

En pacientes de sexo masculino iniciar aplicando

AUDIT BREVE

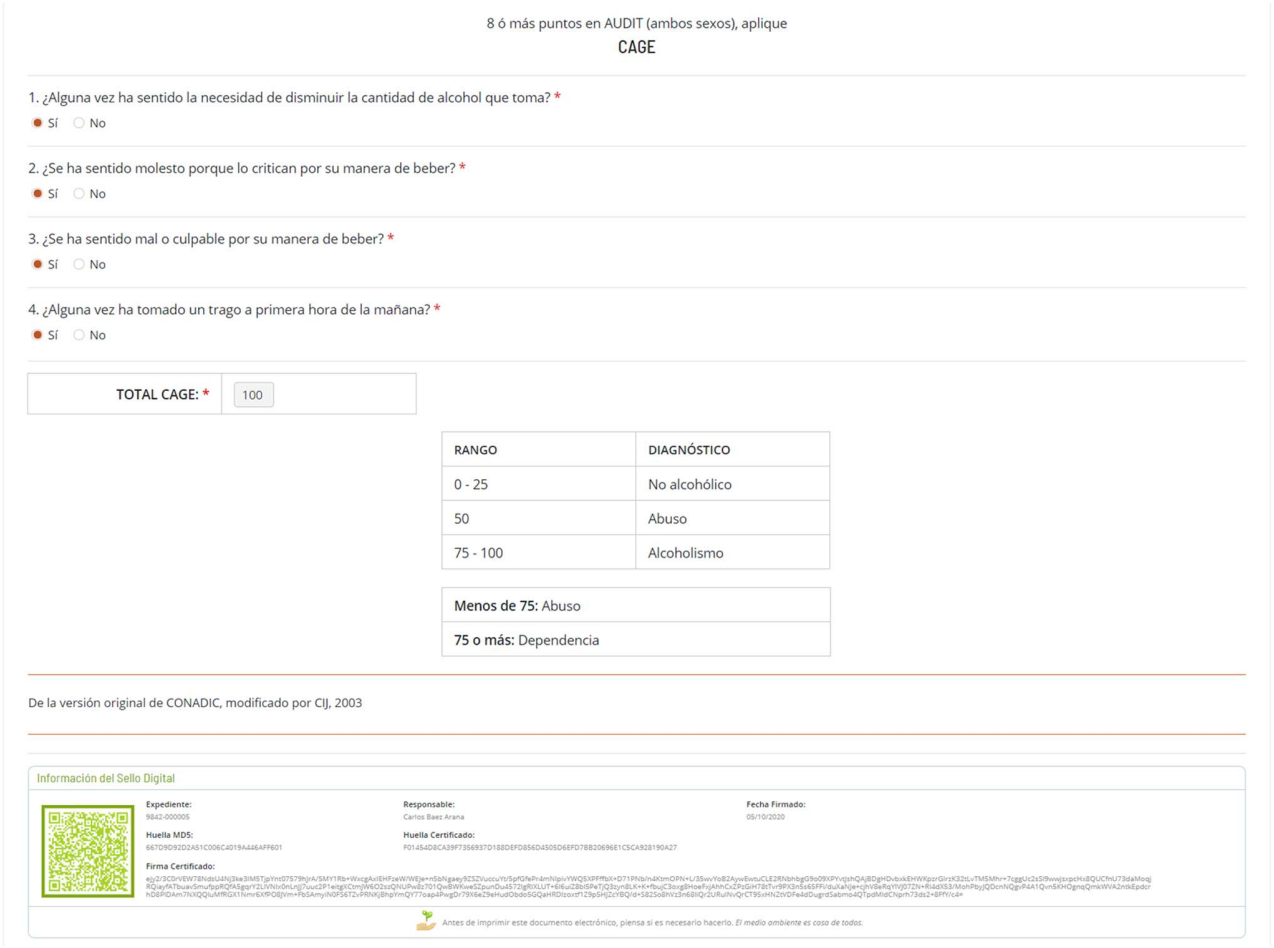
1. ¿Qué tan frecuentemente toma bebidas alcohólicas? *
○ Nunca ○ Una vez al mes o menos ○ Dos o cuatro veces al mes ○ Dos o tres veces por semana ○ Cuatro o más veces por semana

2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico o común de los que bebe? *
○ 1 ó 2 ○ 3 ó 4 ○ 5 ó 6 ○ 7 ó 9 ○ 10 ó más

3. ¿Qué tan frecuentemente toma 6 ó más copas por ocasión? *
○ Nunca ○ Menos de 1 vez por mes ○ Mensualmente ○ Semanalmente ○ Diario o casi diario

TOTAL AUDIT BREVE: *	0

RANGO	DIAGNÓSTICO
0 - 3	Bebe en forma responsable
4 - 7	Bebe en forma riesgosa
8 ó más	Aplique el CAGE para determinar dependencia



8 ó más puntos en AUDIT (ambos sexos), aplique

CAGE

1. ¿Alguna vez ha sentido la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que toma? *
Sí No

2. ¿Se ha sentido molesto porque lo critican por su manera de beber? *
Sí No

3. ¿Se ha sentido mal o culpable por su manera de beber? *
Sí No

4. ¿Alguna vez ha tomado un trago a primera hora de la mañana? *
Sí No

TOTAL CAGE: *	100

RANGO	DIAGNÓSTICO
0 - 25	No alcohólico
50	Abuso
75 - 100	Alcoholismo

Menos de 75: Abuso
75 o más: Dependencia

De la versión original de CONADIC, modificado por CIJ, 2003

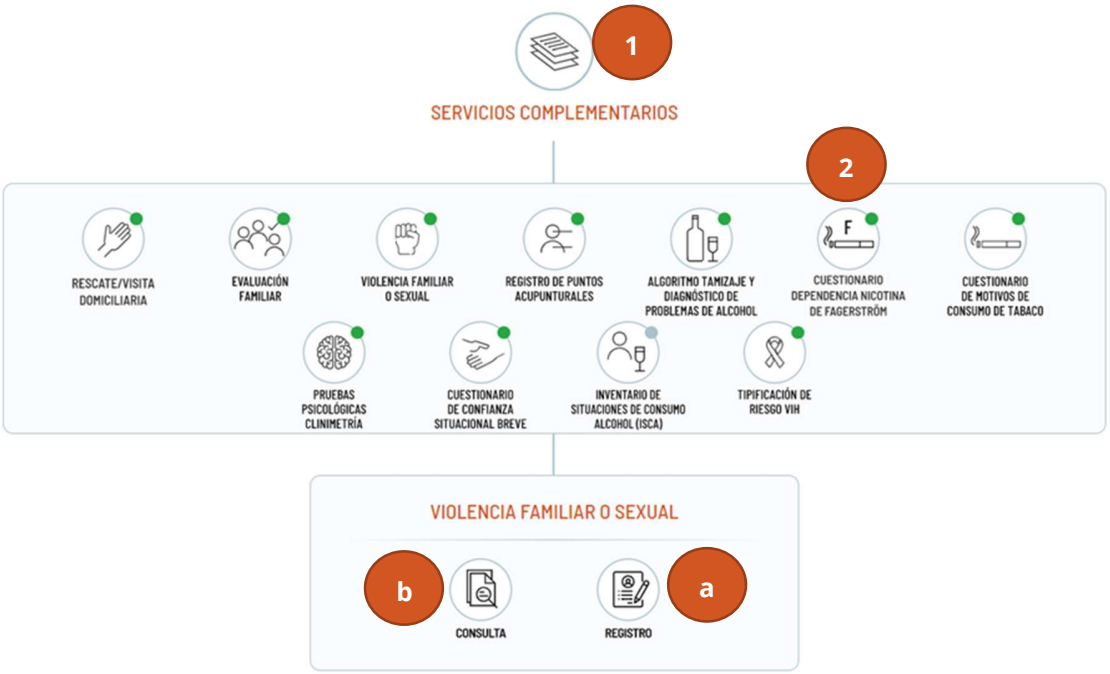
Información del Sello Digital

Expediente: 9842-000005
Responsable: Carlos Baez Arana
Fecha Firmado: 05/10/2020
Huella MD5: 667D9D92D2A51C006C4019A446AFF601
Huella Certificado: F01454D8CA39F7356937D188DEFD856D4505D6EFD7BB20696E1C5CA928190A27
Firma Certificado:

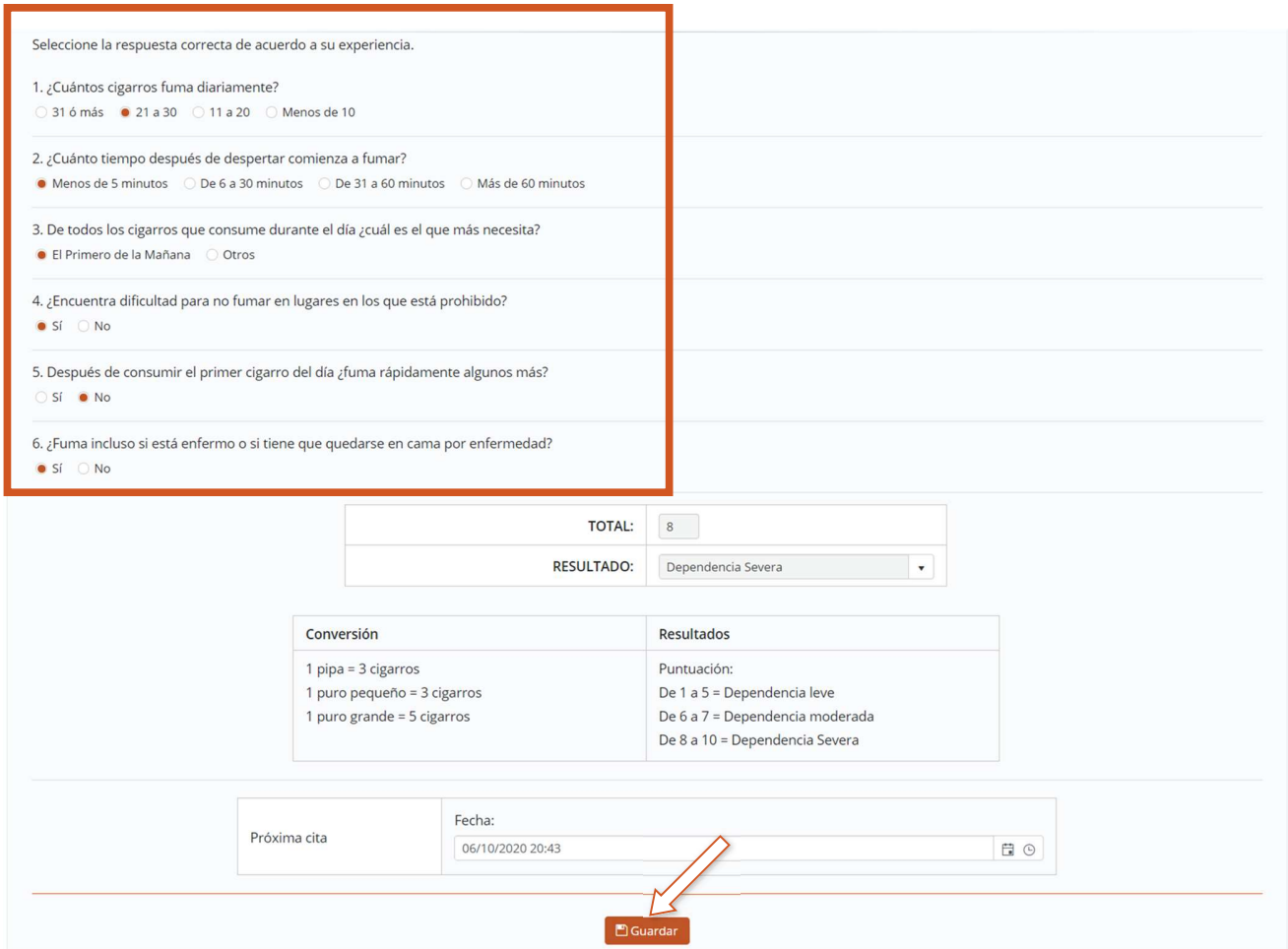
Antes de imprimir este documento electrónico, piensa si es necesario hacerlo. *El medio ambiente es cosa de todos.*

Cuestionario de Dependencia Nicotina de Fagerström

Para registrar este formato siga los siguientes pasos:



1. En la sección **Servicios complementarios** haga clic para desplegar todos los formatos que contiene.
2. Haga clic en el formato **Cuestionario de dependencia nicotina de Fagerström** y el sistema desplegará las siguientes opciones:
    a. Registro. Como su nombre lo indica, es un cuestionario que mide el grado de dependencia a la nicotina, de acuerdo con las respuestas que marque, el sistema sumará automáticamente el puntaje de cada pregunta y clasificará éste con el rango de puntaje correspondiente. El total y la clasificación de la dependencia no son editables.

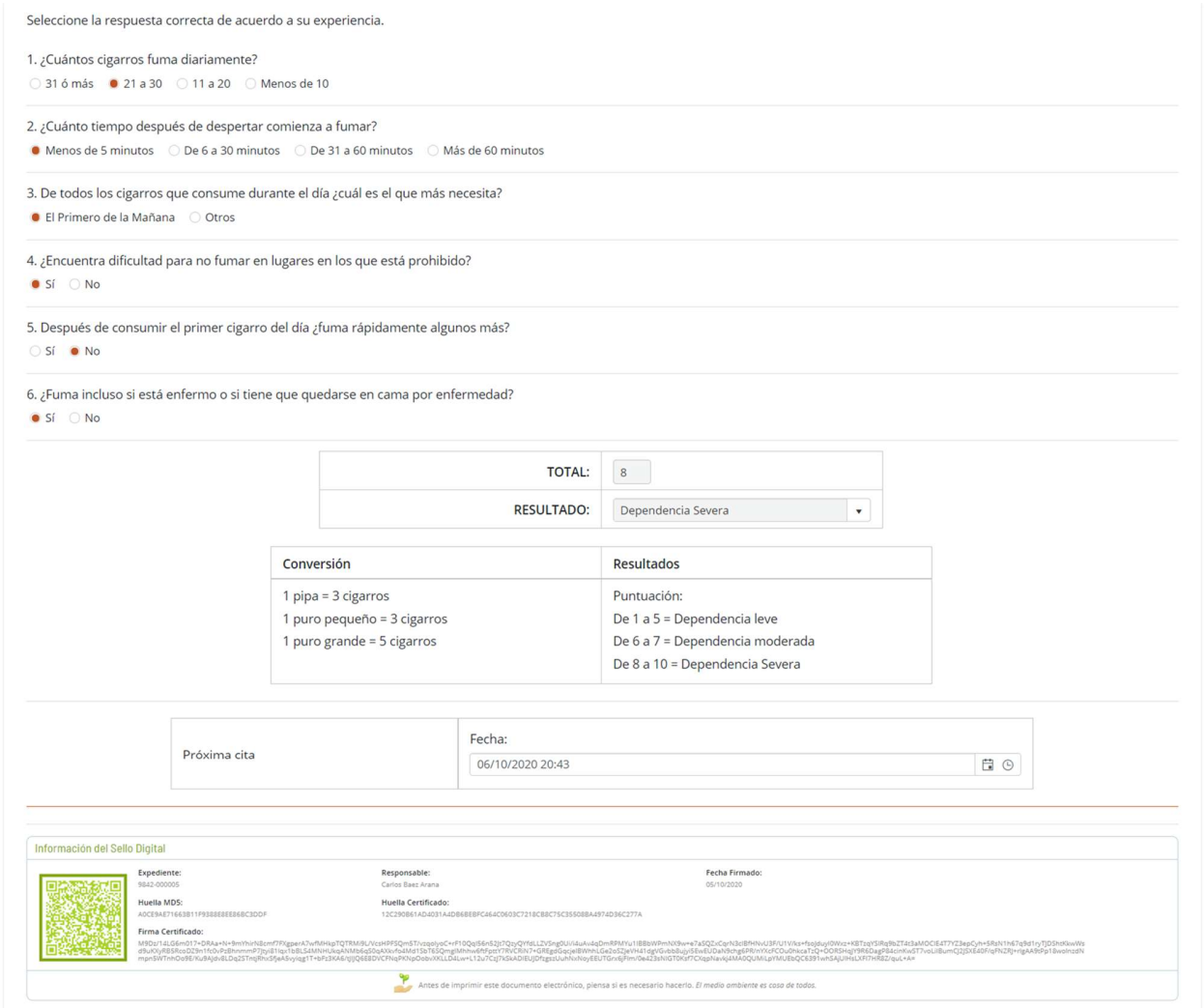


Al finalizar haga clic en el botón **"Guardar"** y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. Al hacer clic en este ícono, el sistema muestra la siguiente pantalla:

Haga clic en el primer ícono **"Ver detalle"** y el sistema mostrará el formato en modo de consulta y al final la firma electrónica.

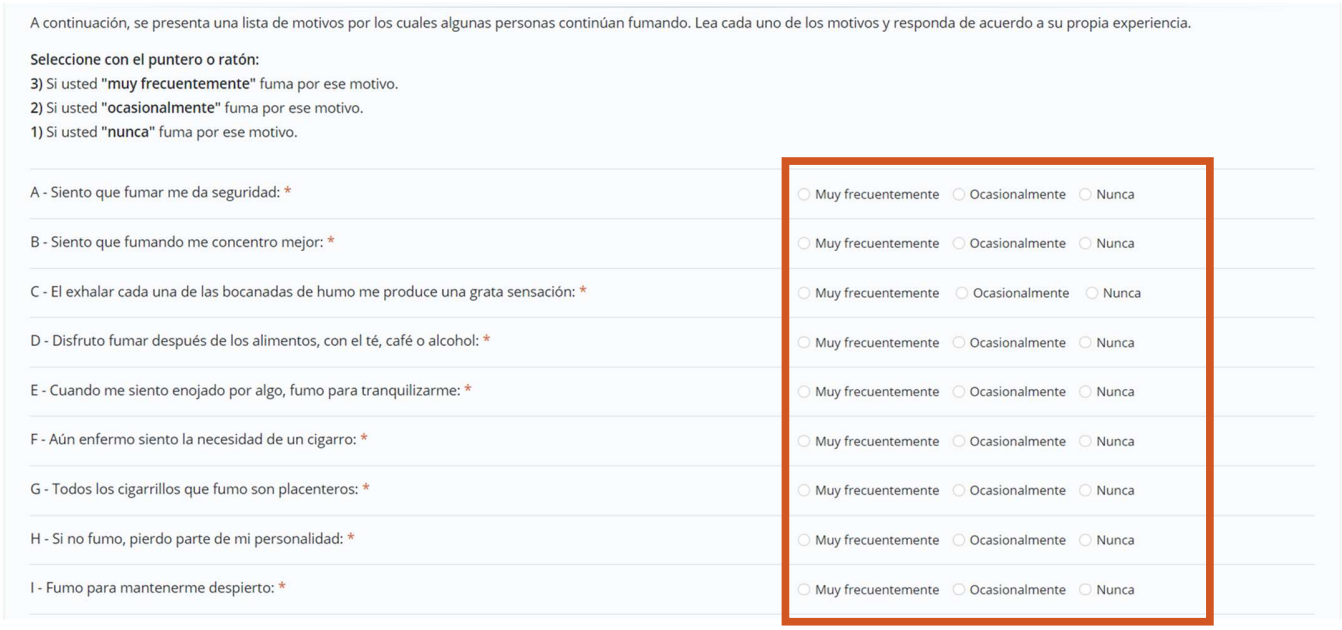


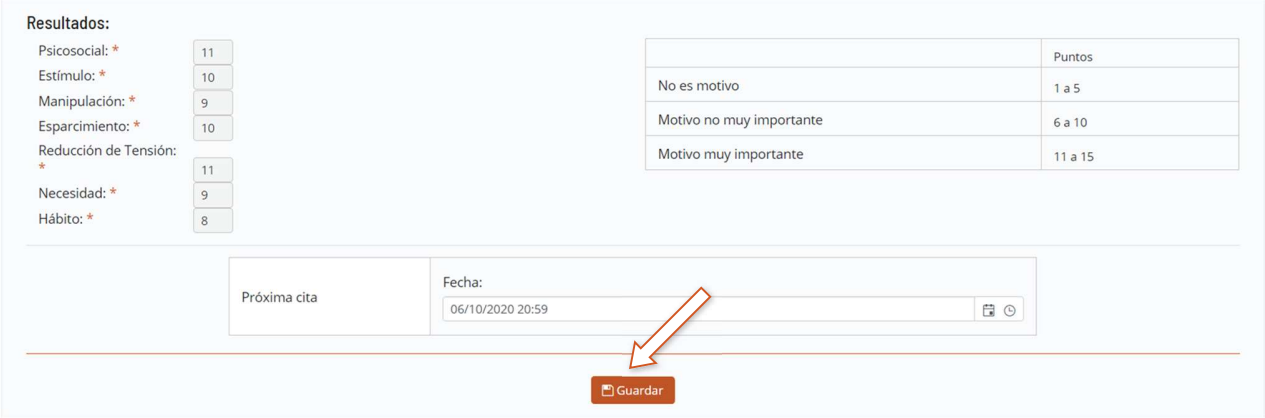
Cuestionario de Motivos de Consumo de Tabaco

Para registrar este formato siga los siguientes pasos:

1. En la sección **Servicios complementarios** haga clic para desplegar todos los formatos que contiene.
2. Haga clic en el formato **Cuestionario de motivos de consumo de tabaco** y el sistema desplegará las siguientes opciones:
    a. Registro. Este formato se compone de varias preguntas y en cada una debe seleccionar una de las tres opciones que se marcan dependiendo la frecuencia con que fuma en las situaciones que se presentan en este cuestionario: **muy frecuentemente**, **ocasionalmente** o **nunca**.

- Nota: No se muestran todas las preguntas, sólo se incluyen las primeras.

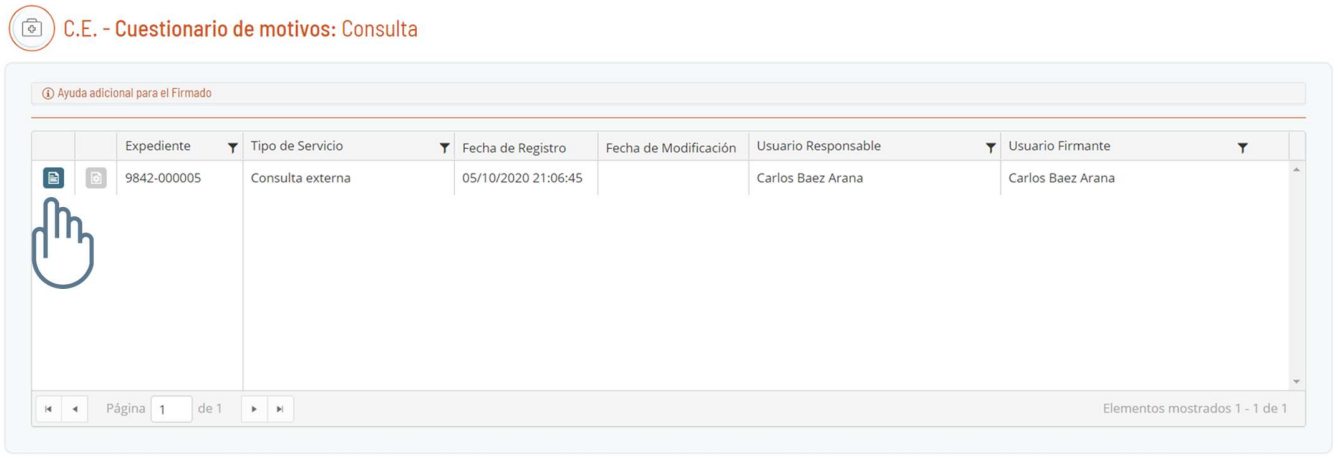




Al final del cuestionario, se muestra una lista con los resultados de acuerdo con ciertos criterios como **psicosocial, estímulo, manipulación, etc.** Y del lado derecho de la pantalla una escala de acuerdo con el puntaje calculado automáticamente en cada resultado.
Haga clic en **"Guardar"** y firme electrónicamente.

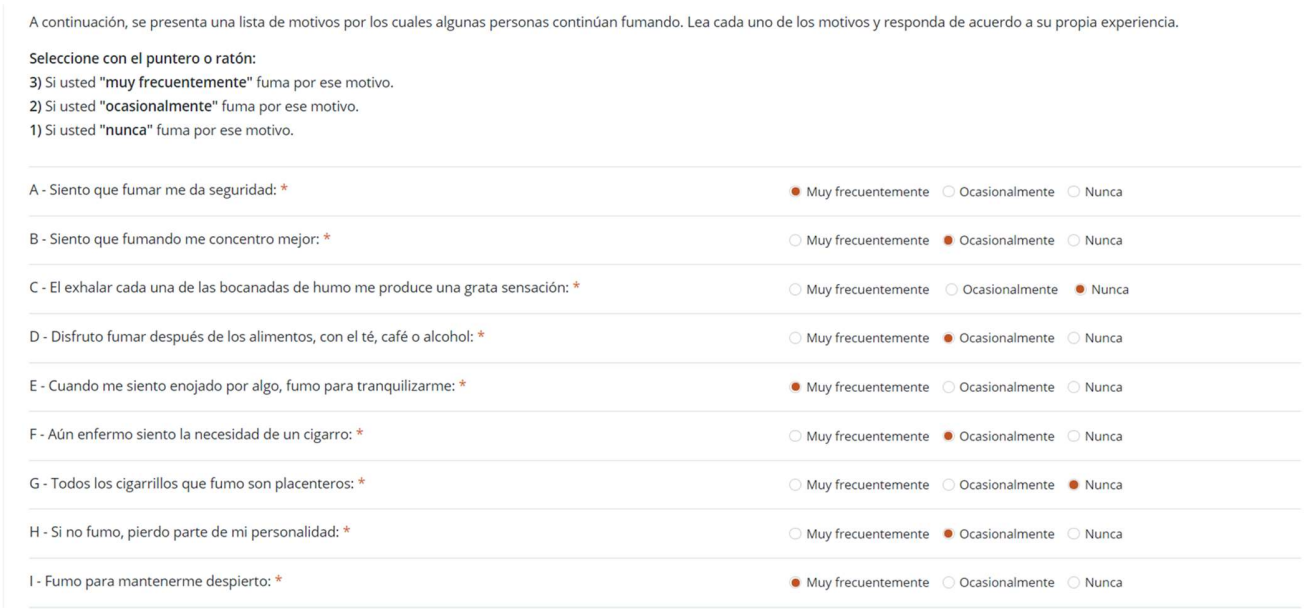
Ir a firma electrónica

b. Consulta. Al hacer clic en este ícono, el sistema muestra la siguiente pantalla.



Al hacer clic en el primer ícono **"Ver detalle"**, el sistema muestra el formato en modo consulta.

- Nota: Por tema de practicidad, sólo se muestran las primeras preguntas del cuestionario de motivos de tabaco y al final la firma electrónica.

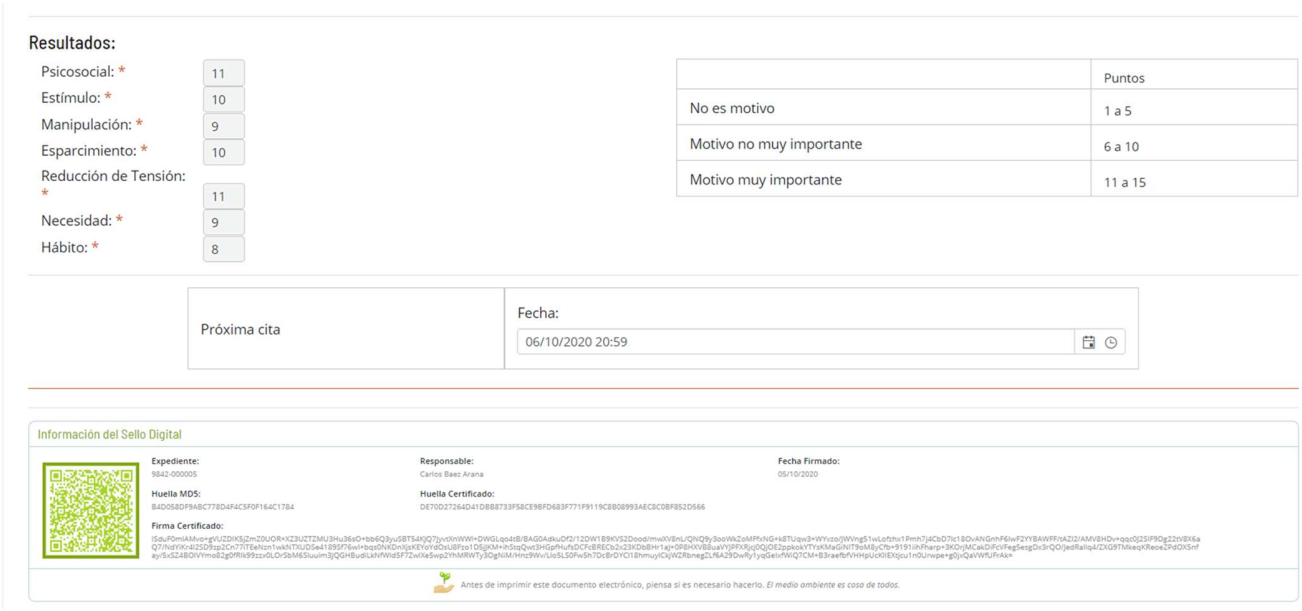


A continuación, se presenta una lista de motivos por los cuales algunas personas continúan fumando. Lea cada uno de los motivos y responda de acuerdo a su propia experiencia.

Seleccione con el puntero o ratón:
3) Si usted **"muy frecuentemente"** fuma por ese motivo.
2) Si usted **"ocasionalmente"** fuma por ese motivo.
1) Si usted **"nunca"** fuma por ese motivo.

A - Siento que fumar me da seguridad: *	● Muy frecuentemente	○ Ocasionalmente	○ Nunca
B - Siento que fumando me concentro mejor: *	○ Muy frecuentemente	● Ocasionalmente	○ Nunca
C - El exhalar cada una de las bocanadas de humo me produce una grata sensación: *	○ Muy frecuentemente	○ Ocasionalmente	● Nunca
D - Disfruto fumar después de los alimentos, con el té, café o alcohol: *	○ Muy frecuentemente	● Ocasionalmente	○ Nunca
E - Cuando me siento enojado por algo, fumo para tranquilizarme: *	● Muy frecuentemente	○ Ocasionalmente	○ Nunca
F - Aún enfermo siento la necesidad de un cigarro: *	○ Muy frecuentemente	● Ocasionalmente	○ Nunca
G - Todos los cigarrillos que fumo son placenteros: *	○ Muy frecuentemente	○ Ocasionalmente	● Nunca
H - Si no fumo, pierdo parte de mi personalidad: *	○ Muy frecuentemente	● Ocasionalmente	○ Nunca
I - Fumo para mantenerme despierto: *	● Muy frecuentemente	○ Ocasionalmente	○ Nunca

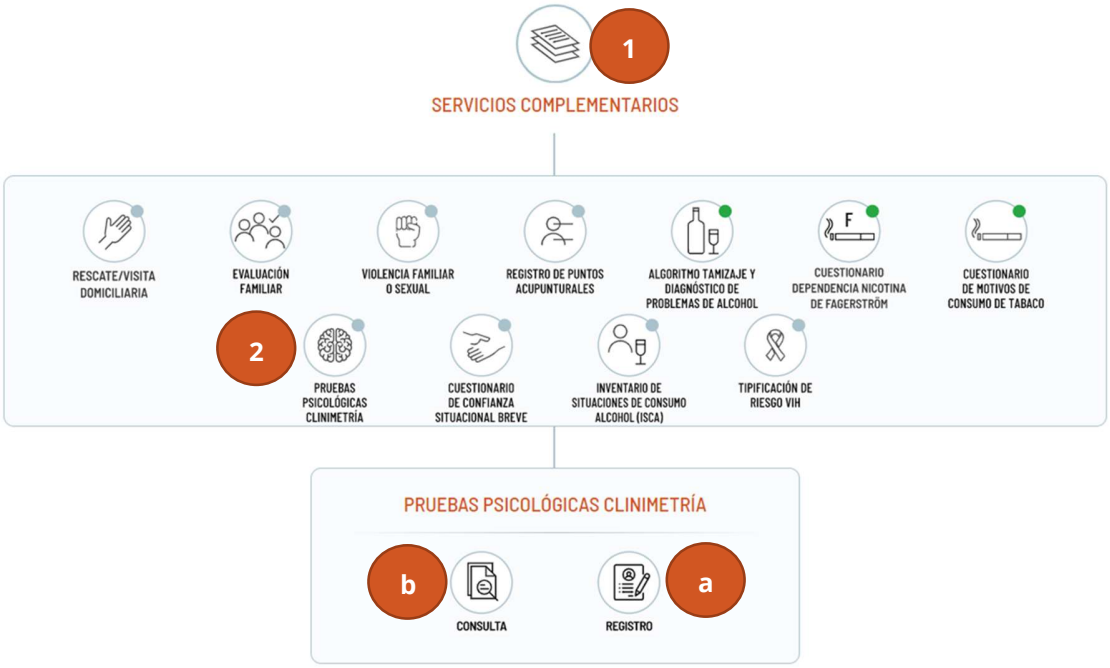
Al final del formato de consulta, se encuentra la firma digital.



Al final se encuentra la firma digital.

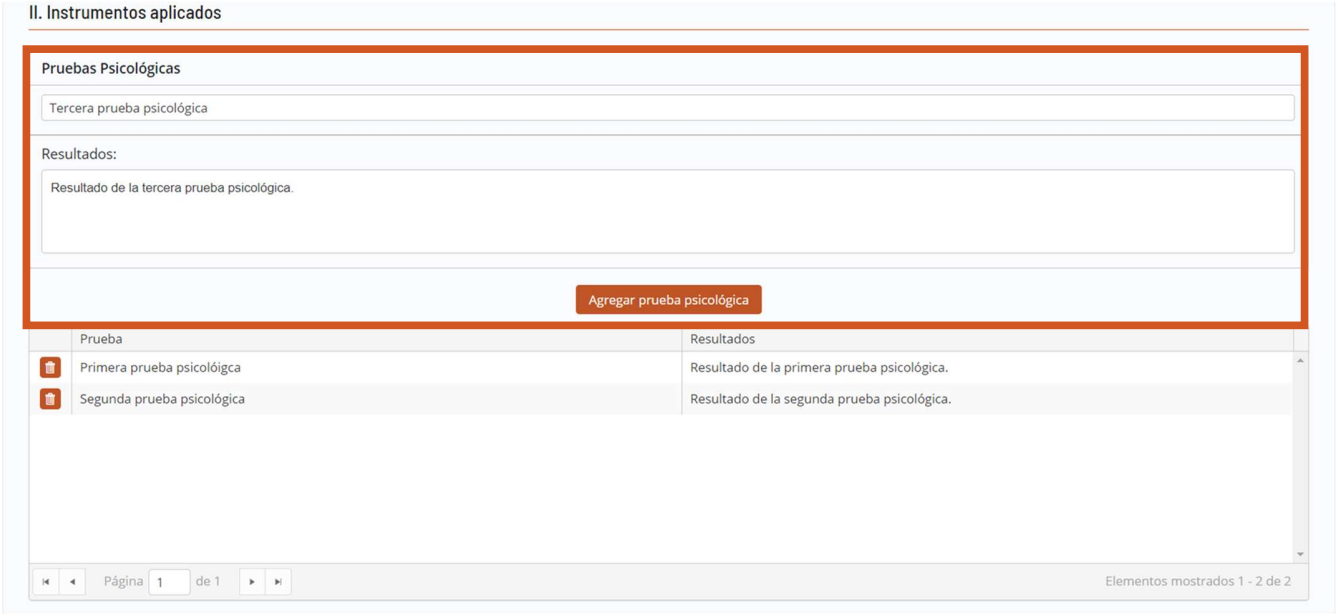
Pruebas Psicológicas Clinimetría

Para registrar este formato siga los siguientes pasos:

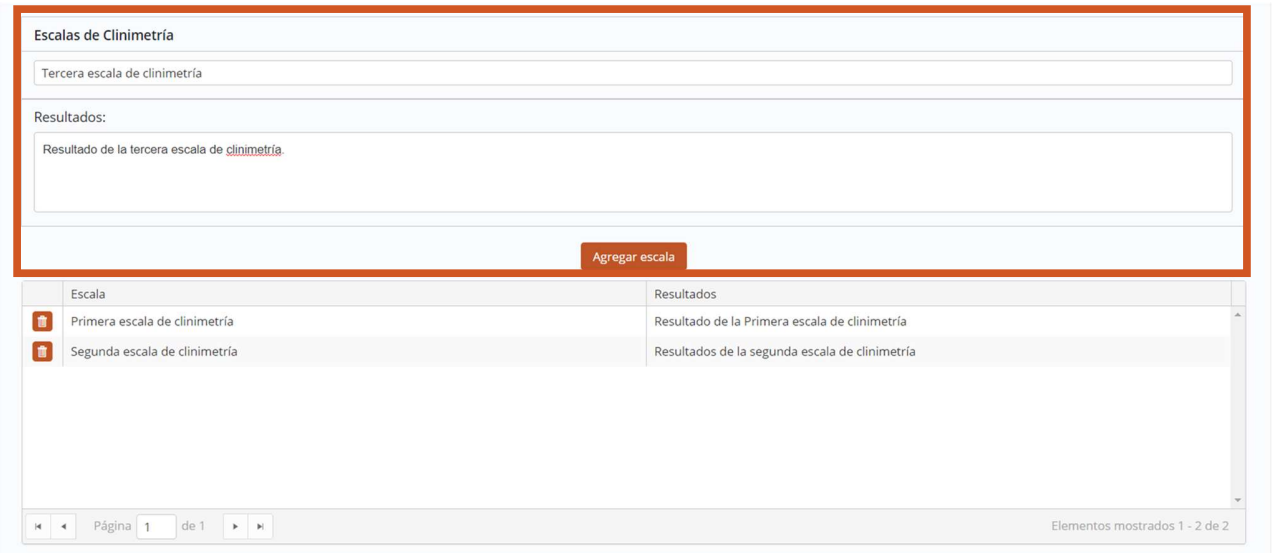


1. En la sección **Servicios complementarios** haga clic para desplegar todos los formatos que contiene.

2. Haga clic en el formato **Pruebas psicológicas clinimetría** y el sistema desplegará las siguientes opciones:
    a. Registro. El sistema muestra el formato a llenar, consta de la sección **II. Instrumentos aplicados**, anote la prueba psicológica, el resultado y haga clic en el botón **"Agregar prueba psicológica"** y automáticamente se almacenará la información en la tabla inferior.

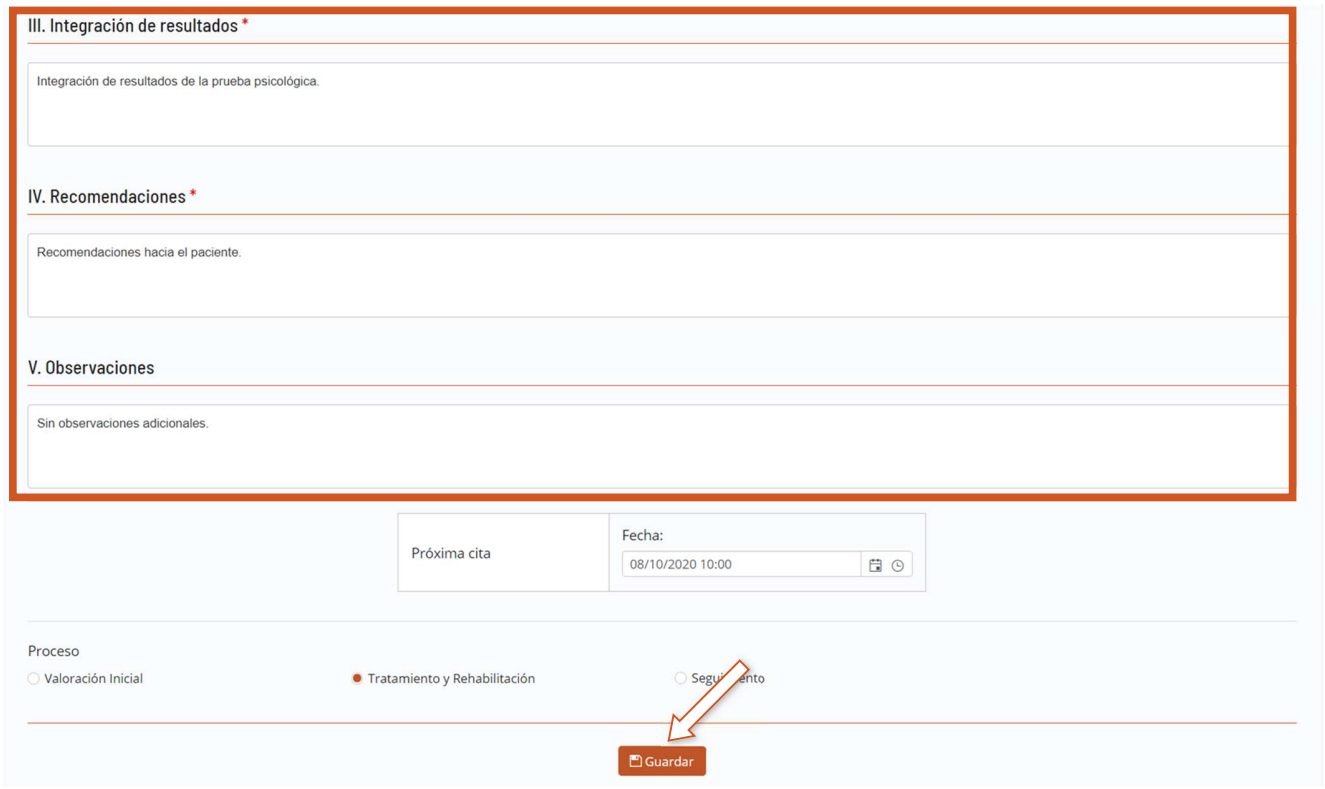


En la parte de **Escalas de clinimetría** funciona igual que en las pruebas psicológicas. Siga el mismo procedimiento.



En la sección **III. Integración de resultados**, complete los campos abiertos con la información correspondiente. En caso de que vaya a existir una nueva cita indique fecha y hora, los puede modificar con

los controles de calendario y reloj que se encuentran al final de este campo e indique si el proceso es **valoración inicial, tratamiento y rehabilitación o seguimiento** que es la pregunta final.

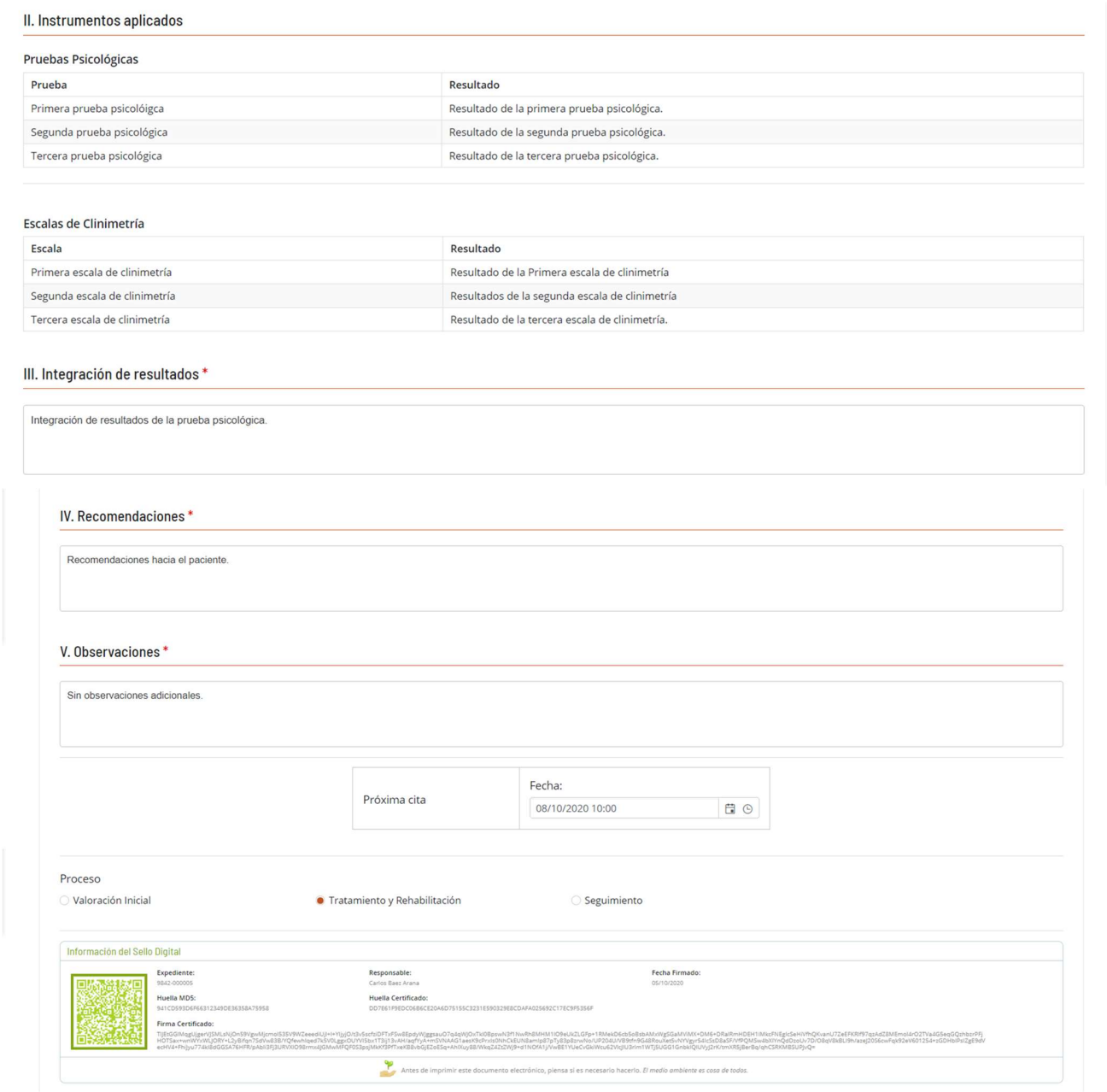


Al terminar el formato haga clic en "**Guardar"** y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. Al seleccionar este ícono, el sistema muestra la siguiente pantalla.

Haga clic en el primer ícono **“Ver detalle”** y el sistema mostrará el formato en forma de consulta.



II. Instrumentos aplicados

Pruebas Psicológicas

Prueba	Resultado
Primera prueba psicolóigca	Resultado de la primera prueba psicológica.
Segunda prueba psicológica	Resultado de la segunda prueba psicológica.
Tercera prueba psicológica	Resultado de la tercera prueba psicológica.

Escalas de Clinimetría

Escala	Resultado
Primera escala de clinimetría	Resultado de la Primera escala de clinimetría
Segunda escala de clinimetría	Resultados de la segunda escala de clinimetría
Tercera escala de clinimetría	Resultado de la tercera escala de clinimetría.

III. Integración de resultados *

Integración de resultados de la prueba psicológica.

IV. Recomendaciones *

Recomendaciones hacia el paciente.

V. Observaciones *

Sin observaciones adicionales.

Próxima cita

Fecha: 08/10/2020 10:00

Proceso

Valoración Inicial — Tratamiento y Rehabilitación — Seguimiento

Información del Sello Digital

Expediente: 9842-000005

Responsable: Carlos Baez Arana

Fecha Firmado: 05/10/2020

Huella MD5: 941CD593D6F66312349DE36358A75958

Huella Certificado: DD7E61F9EDC06B6CE20A6D75155C3231E590329E8CDAFA025692C17EC9F5356F

Firma Certificado:

Antes de imprimir este documento electrónico, piensa si es necesario hacerlo. *El medio ambiente es cosa de todos.*

Al final del formato se encuentra la firma digital.

Cuestionario de Confianza Situacional Breve

Para registrar el formato **“Cuestionario de confianza situacional breve”** de un paciente en el sistema, deberá tener previamente seleccionado al mismo, y dentro del módulo de **“Consulta Externa”** deberá dirigirse a **“Capturar formatos”.**

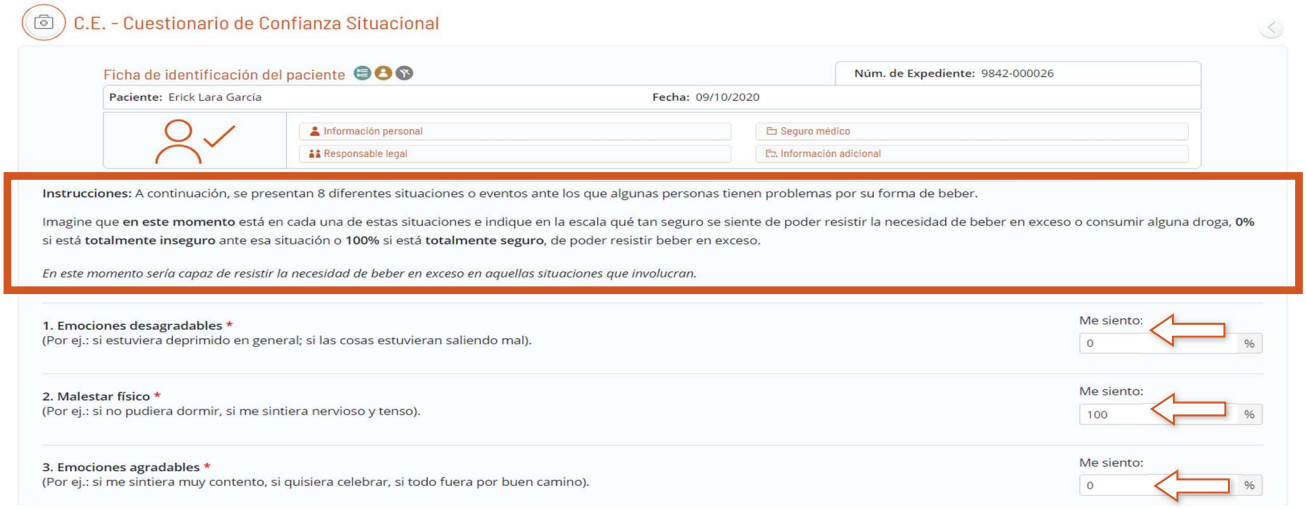
Posteriormente el sistema nos enviará a otra pantalla en la cual deberá desplazarse al módulo de **"Servicios Complementarios"** y al pulsar sobre el ícono le desplegará los formatos disponibles para su consulta o llenado, aquí encontrará el formato **"Cuestionario de confianza situacional breve"**.

Al pulsar sobre el formato de **"Cuestionario de confianza situacional breve"** se le desplegarán las siguientes opciones:

Consulta: Estará disponible siempre y cuando el paciente ya tenga un registro previo en el sistema.
Registro: Estará disponible para llenar por primera vez el formato al paciente.

Al hacer clic en el ícono de registro el sistema lo enviará a otra página en la cual aparecerá el formato en blanco para poder realizar el llenado de este.

A continuación, deberá seguir las instrucciones para el llenado de este formato.



Deberá ir indicando, el porcentaje según la situación o evento en cada caso.

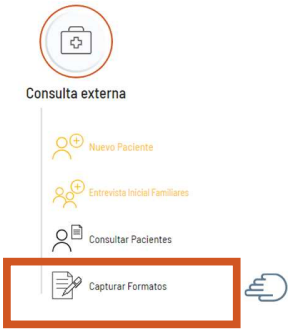
Una vez, este completa la información dentro del formato, deberá pulsar el botón **"Guardar"**, para que esté quede almacenado en el expediente del paciente. Adicional a esto deberá firmar electrónicamente el formato para evitar la pérdida de esta captura.

Ir a firma electrónica

Este formato deberá ser firmado electrónicamente para evitar futura perdida de información en el sistema.

Inventario de Situaciones de Consumo Alcohol (ISCA)

Para registrar el formato **“Inventario de Situaciones de consumo de alcohol (ISCA)”,** de un paciente en el sistema, deberá tener previamente seleccionado al mismo, y dentro del módulo de **“Consulta Externa”** deberá dirigirse a **“Capturar formatos”.**



Posteriormente el sistema nos enviará a otra pantalla en la cual deberá desplazarse al módulo de **“Servicios Complementarios”** y al pulsar sobre el ícono le desplegará los formatos disponibles para su consulta o llenado, aquí encontrará el formato **“Inventario de Situaciones de consumo de alcohol (ISCA)”**.

Al pulsar sobre el formato de **“Inventario de Situaciones de consumo de alcohol (ISCA)”**, se le desplegarán las siguientes opciones:

Consulta: Estará disponible siempre y cuando el paciente ya tenga un registro previo en el sistema.
Registro: Estará disponible para llenar por primera vez el formato al paciente.

Al hacer clic en el ícono de registro el sistema lo enviará a otra página en la cual aparecerá el formato en blanco para poder realizar el llenado de este.

A continuación, deberá ir realizando la selección correspondiente a las situaciones, en un total de 100 reactivos, al inicio del formato, se le brinda una referencia de cada respuesta que usted elegirá según sea el caso.

Asimismo, deberá indicar una fecha y hora de próxima cita al paciente en la parte final del formato.

Una vez, este completa la información dentro del formato, deberá pulsar el botón **"Guardar"**, para que esté quede almacenado en el expediente del paciente. Adicional a esto deberá firmar electrónicamente el formato para evitar la pérdida de esta captura.

Ir a firma electrónica

Este formato deberá ser firmado electrónicamente para evitar futura perdida de información en el sistema.

Tipificación de Riesgo VIH

Para registrar el formato **"Tipificación de Riesgo VIH"** de un paciente en el sistema, deberá tener previamente seleccionado al mismo, y dentro del módulo de **"Consulta Externa"** deberá dirigirse a **"Capturar formatos".**

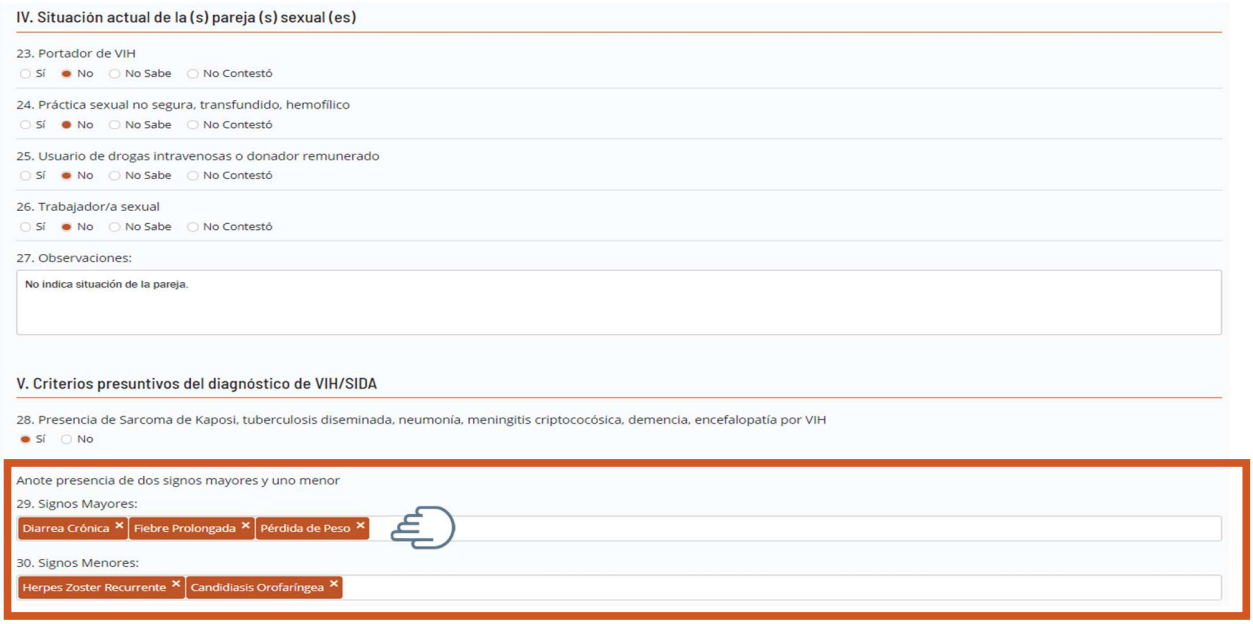
Posteriormente el sistema nos enviará a otra pantalla en la cual deberá desplazarse al módulo de **"Servicios Complementarios"** y al pulsar sobre el ícono le desplegará los formatos disponibles para su consulta o llenado, aquí encontrará el formato **"Tipificación de Riesgo VIH"**.

Al pulsar sobre el formato de **"Tipificación de Riesgo VIH"** se le desplegarán las siguientes opciones:

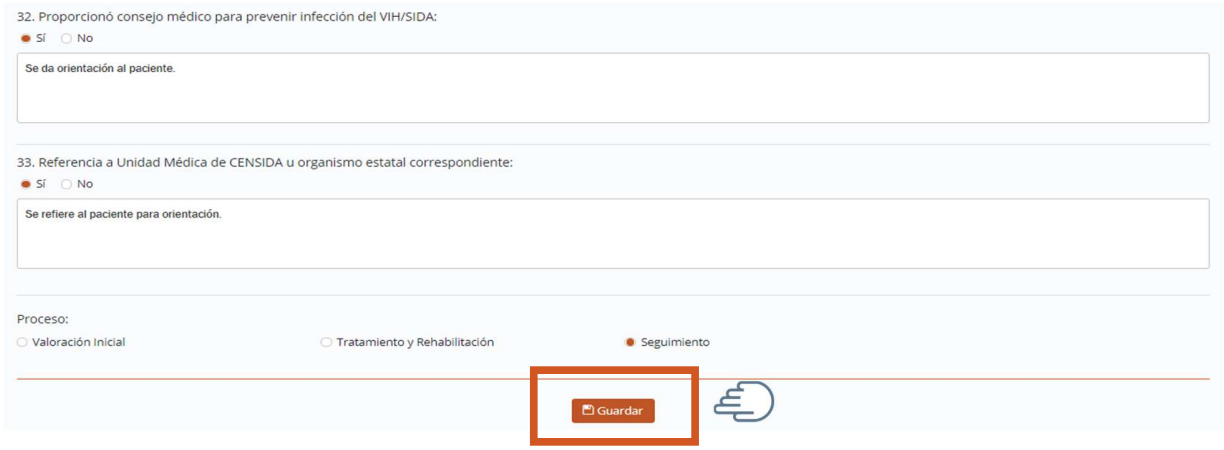
Consulta: Estará disponible siempre y cuando el paciente ya tenga un registro previo en el sistema.
Registro: Estará disponible para llenar por primera vez el formato al paciente.

Al hacer clic en el ícono de registro el sistema lo enviará a otra página en la cual aparecerá el formato en blanco para poder realizar el llenado de este.

Se realizará el llenado de las diferentes secciones de este formato, en caso de que un campo se requiera especificación el sistema habilitará el cuadro de texto ubicado en la parte inferior del reactivo que lo solicite.



En otros reactivos, encontrará preguntas donde podrá realizar una selección de uno o más resultados.



Una vez, este completa la información dentro del formato, deberá pulsar el botón “Guardar”, para que esté quede almacenado en el expediente del paciente. Adicional a esto deberá firmar electrónicamente el formato para evitar la pérdida de esta captura.

Ir a firma electrónica

Este formato deberá ser firmado electrónicamente para evitar futura perdida de información en el sistema.

Documentos anexos

Esta sección tiene el siguiente formato:

- Formatos de carga

Formatos de carga

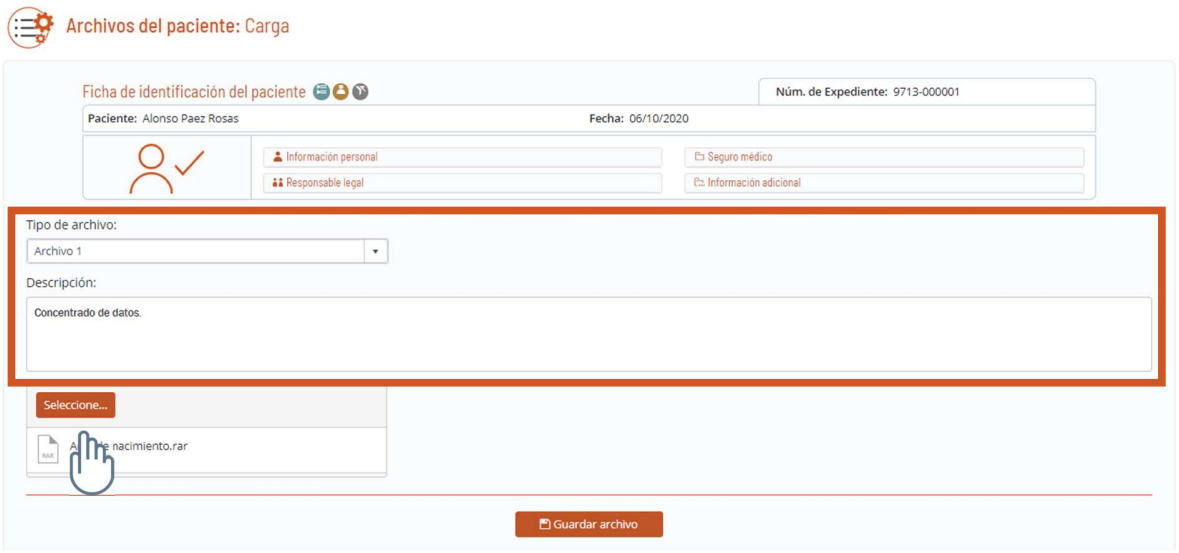
Para que pueda realizar la carga de un documento anexo (Acta de nacimiento, consentimiento informado, análisis clínicos, etc.). Deberá tener previamente seleccionado al mismo, y dentro del módulo de **"Consulta Externa"** deberá dirigirse a **"Capturar formatos".**

Posteriormente el sistema nos enviará a otra pantalla en la cual deberá desplazarse al módulo de **"Documentos anexos"** y al pulsar sobre el ícono le desplegará los formatos disponibles para su consulta o llenado, aquí encontrará el formato **"Formatos de carga"**.

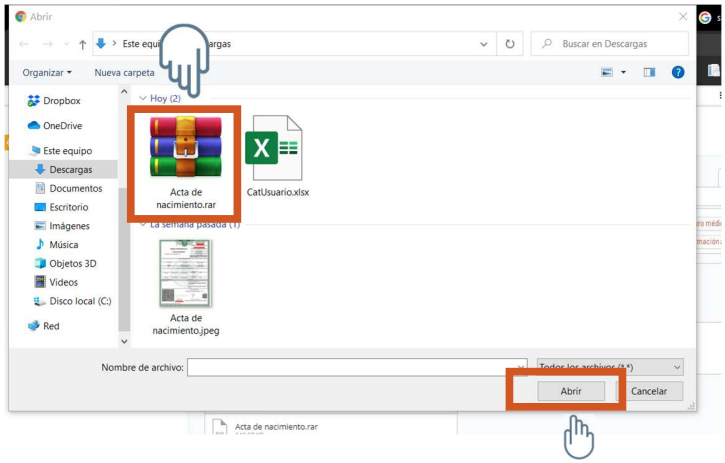
Al pulsar sobre el formato de **"Formatos de carga"** se le desplegarán las siguientes opciones:

Consulta: Estará disponible siempre y cuando el paciente ya tenga un registro previo en el sistema.
Registro: Estará disponible para realizar la carga de los documentos al expediente del paciente.

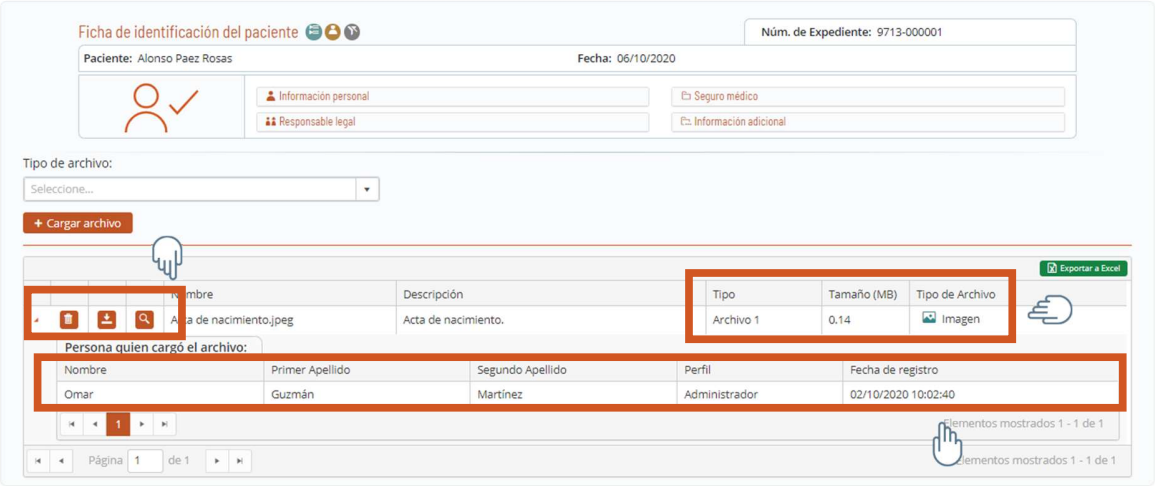
Al hacer clic en el ícono de registro el sistema lo enviará a otra página en la cual podrá comenzar la carga de archivos al expediente.



Deberá seleccionar el tipo de archivo, y agregar una descripción de este en el cuadro de texto, posteriormente al pulsar el botón **"Seleccione..."** se abrirá el explorador de archivos donde deberá seleccionar el archivo o documento a cargar en el expediente.



Una vez seleccionado el archivo deberá pulsar el botón **"Guardar Archivo"** y el sistema comenzará la carga de este al expediente del paciente seleccionado en el sistema.



Cuando la carga del archivo haya finalizado, visualizará esta pantalla en donde podrá: Eliminar, descargar o visualizar el archivo previamente cargado. Además de un detalle que indicará: tipo de archivo, tamaño, perfil, fecha y nombre de quién cargo el archivo. Este proceso será repetido en caso de requerir cargar uno o más archivos al expediente del paciente, pulsando el botón **"+ Cargar archivo"**.

El sistema permite un máximo de 5 MB por archivo, y la carga deberá ser en PDF, imagen, o comprimidos en .ZIP, .RAR.

Hospitalización

Nuevo paciente

Para realizar el registro de un nuevo paciente en el sistema, deberá ingresar pulsando el ícono de **"ECE"**.

Posteriormente en la sección de **“Hospitalización”** seleccionará **“Nuevo paciente”**.

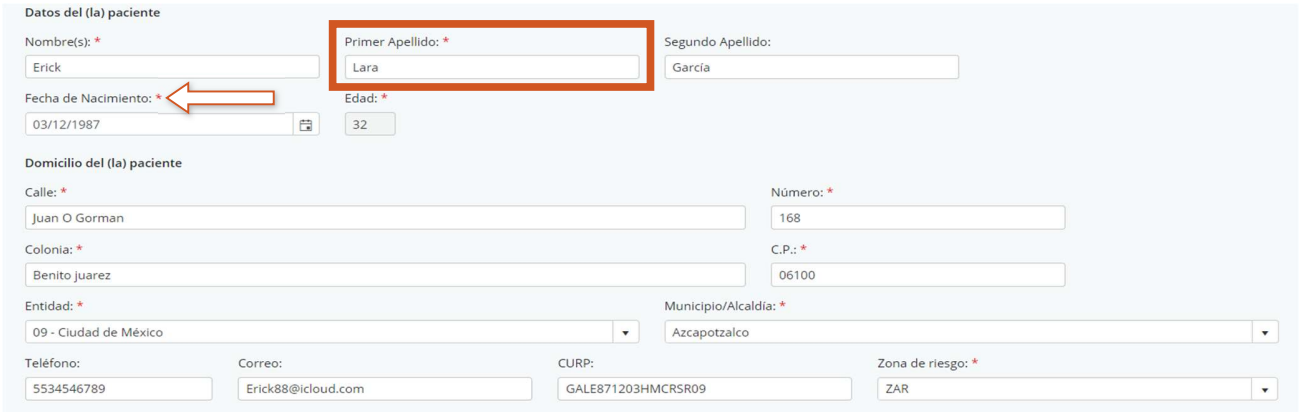
Una vez seleccionado, el sistema le mostrará un **“Aviso de privacidad”** el cual deberá **“Aceptar”** seleccionando la casilla **“Acepto el aviso de privacidad de CIJ”** y pulsando el botón **“Acepto”** ubicado en la parte inferior de este, para que el sistema le permita crear la **“Entrevista inicial”** del paciente.

- La entrevista inicial solo podrá ser registrada si no se ha seleccionado un paciente.
- Los formatos solo podrán ser registrados si previamente se seleccionó un paciente.

A continuación, podrá comenzar con el llenado de la **“Entrevista inicial”** del paciente, esta se encuentra dividida en 7 pestañas, las cuales le permitirán ir realizando un guardado parcial.

Al iniciar la entrevista inicial encontrará esta pestaña en la cual podrá relacionar un **“Familiar”** al paciente en caso de que este, se encuentre registrado en CIJ.

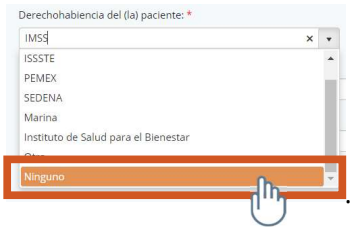
De lo contrario, podrá omitir esta sección y continuar con el llenado del formato.



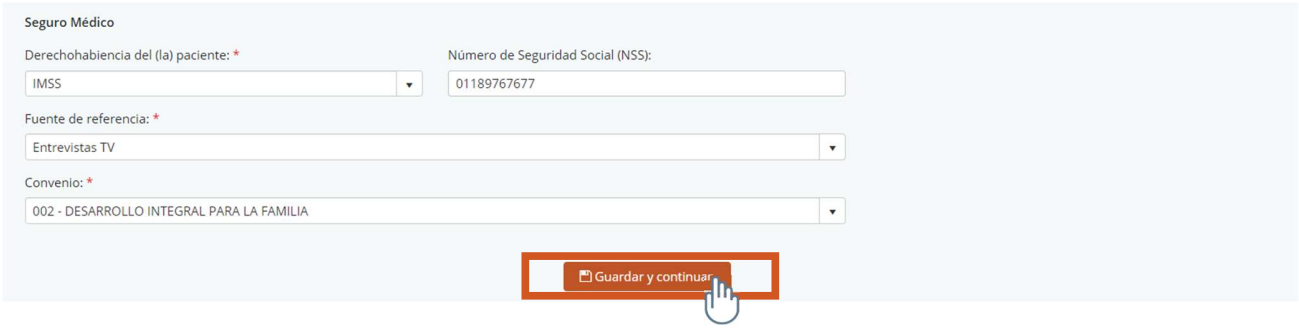
Comenzará el llenado con datos generales del paciente, en caso de que este desconozca su primer apellido, podrá indicar un “Guion medio” (-), y el sistema le permitirá continuar con el llenado del formato.

Todo campo que encuentre marcado con un símbolo de "*", indica que es de llenado obligatorio, el sistema no le permitirá avanzar en caso de omitirlo.

Por último, deberá indicar si el paciente cuenta con seguro médico, en caso de ser así, deberá especificar, ya que se desplegará un catálogo de selección.

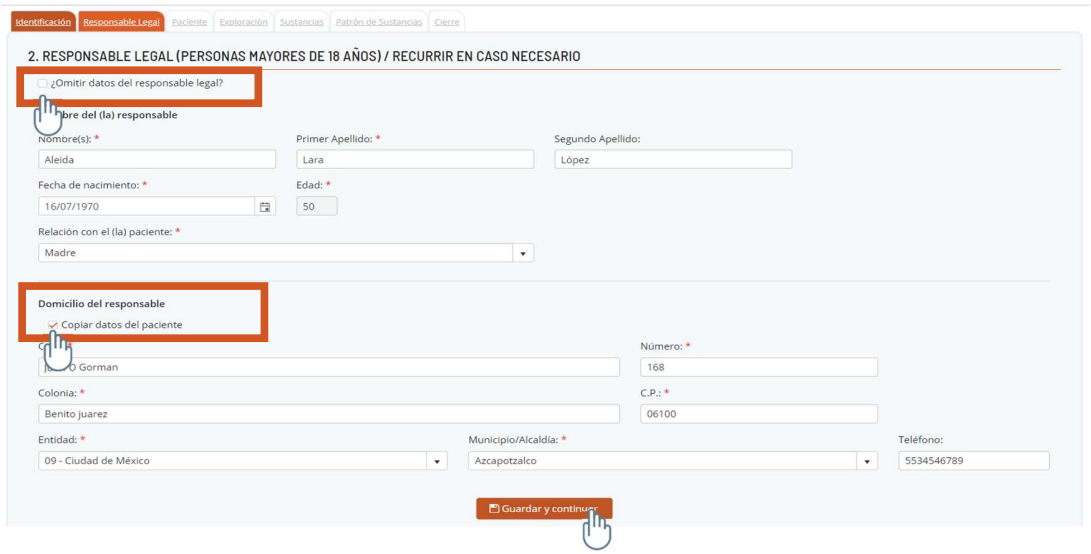


Si el paciente no contará con seguro médico, también lo podrá indicar haciendo la respectiva selección.



Una vez que haya terminado el llenado de la primera pestaña del formato, podrá **"Guardar y continuar"** a la siguiente pestaña.

En la sección de responsable legal indicará al responsable del paciente, podrá copiar la dirección de este seleccionando la casilla en caso de que el domicilio sea el mismo, o podrá omitir al responsable en caso de así requerirlo y el sistema le permitirá avanzar a la siguiente sección.



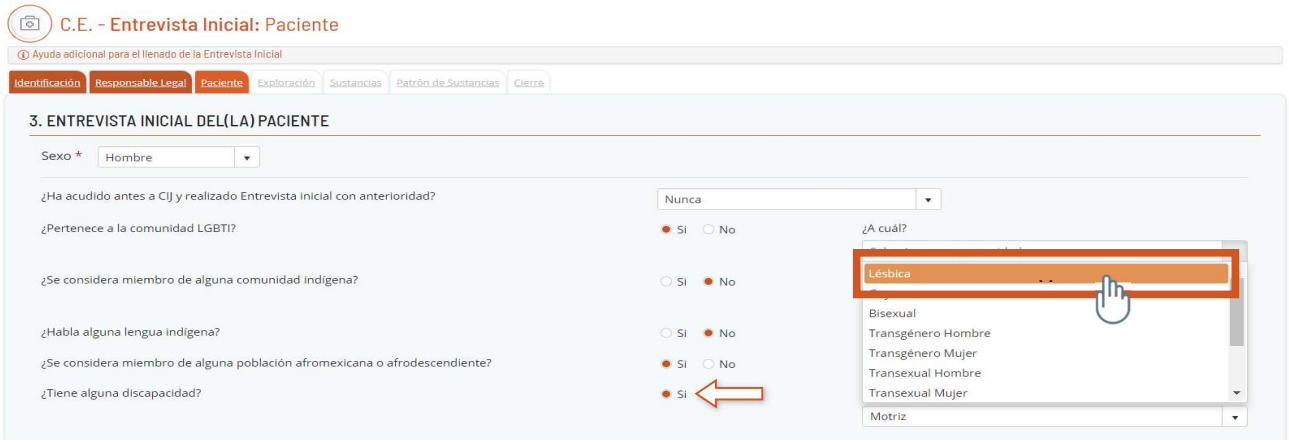
El llenado de esta pestaña será obligatorio en caso de que el paciente que se esté registrando sea menor de 18 años. Si el paciente es mayor de 18 años el llenado de esta sección será opcional.

En caso de haber iniciado la entrevista mediante el formato "Entrevista Inicial Familiar", las pestañas de "Identificación" y "Responsable Legal" estarán llenas, mientras que "Paciente" estará parcialmente llenada.

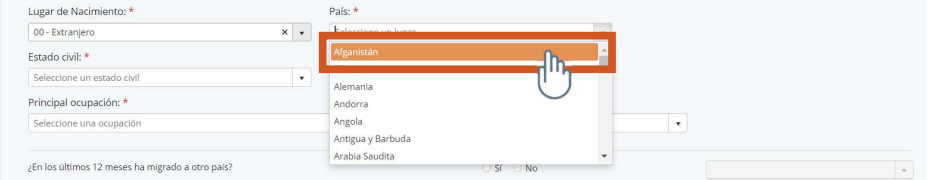
En caso de no contar con responsable legal, podrá omitirlo seleccionando la casilla “Omitir responsable legal”.

Una vez que haya terminado el llenado de la sección, podrá **“Guardar y continuar”** a la siguiente pestaña.

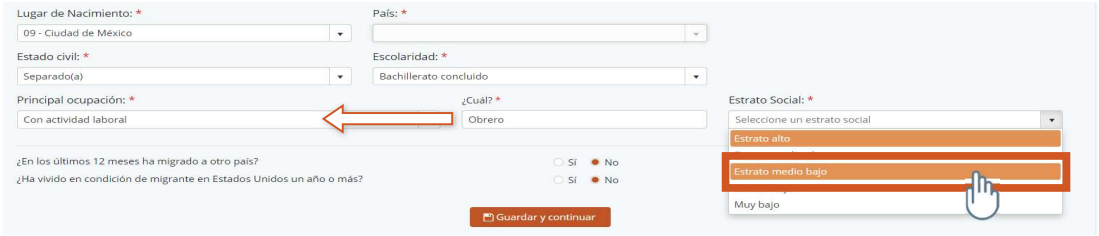
Ahora se encontrará en la sección **“Paciente”** en la cual encontrará una serie de preguntas con combos de selección, en donde deberá indicar el correspondiente o hacer la selección en botón según la pregunta.



Seguido de esto, le solicitará información acerca del lugar de nacimiento, en el cual, si usted, indica que el paciente es extranjero, se habilitara el combo “País” para que indique cual es el país de origen del paciente.



Si el paciente es de nacionalidad mexicana, el combo de selección “País se deshabilitará.



Posteriormente deberá indicar los campos siguientes en los que también encontrará combos de selección.

Una vez que haya terminado el llenado de la sección, podrá **"Guardar y continuar"** a la siguiente pestaña.

A continuación, visualizará la sección de **"Exploración"**.

En la cual deberá indicar "motivos, expectativas y/o condicionantes". Una vez que haya terminado el llenado de la sección, podrá **"Guardar y continuar"** a la siguiente pestaña.

A continuación, visualizará la sección de **"Sustancias"**.

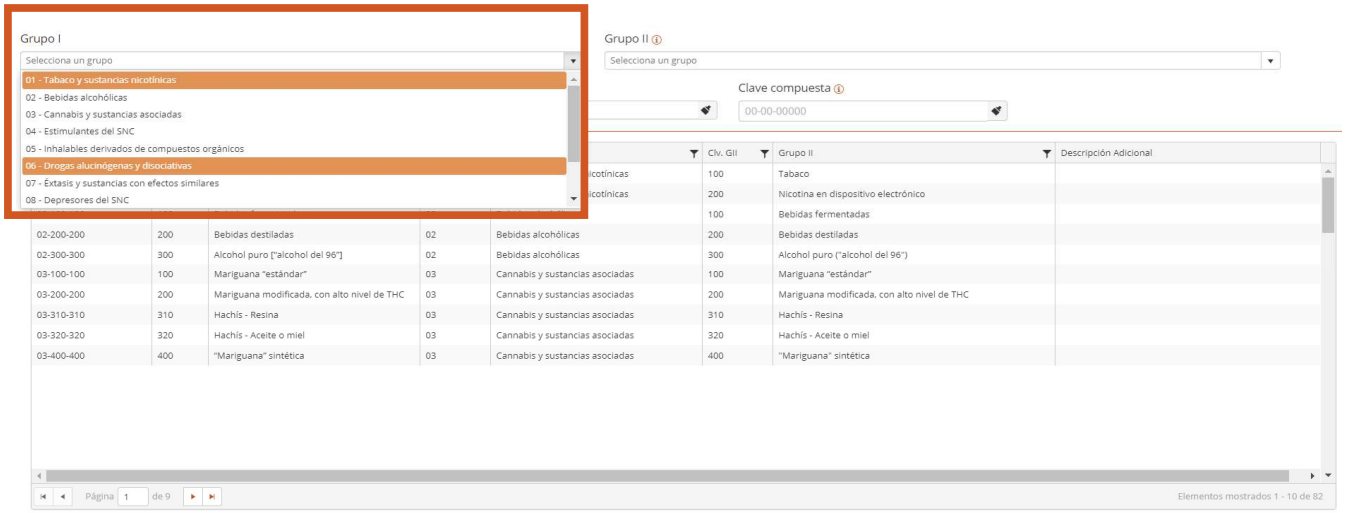
Principalmente encontrará una ayuda adicional para el registro de sustancias (1), y seguido de esto, una sección (2), en la cual podrá realizar una solicitud para el registro de una sustancia nueva en caso de que, la sustancia que utilizará no se encuentre registrada en el catálogo.

Para enviar la solicitud deberá pulsar el botón **"Formato de solicitud"**, y le será enviado a la siguiente página:

Una vez llene, la información solicitada, deberá enviar la solicitud para que dicha sustancia sea dada de alta en el sistema.

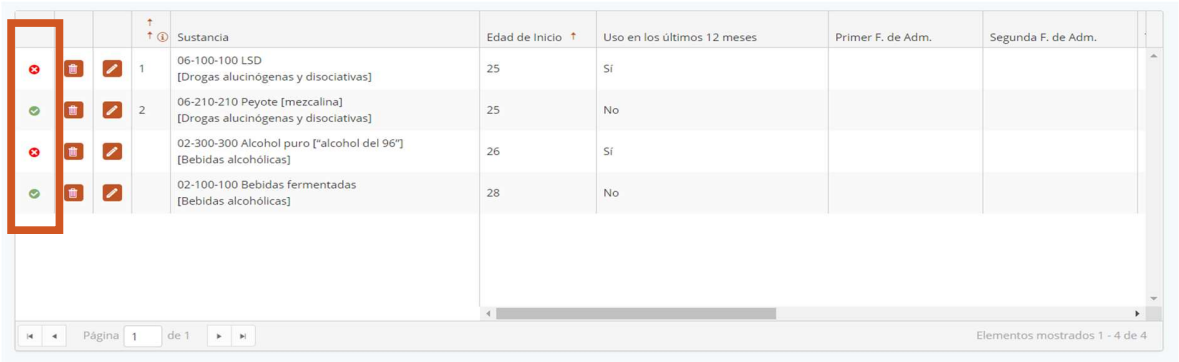
Una vez que llene el formato de solicitud, el área de investigación será la encargada de validar y agregar al catálogo la nueva sustancia.

Para agregar una sustancia deberá seleccionar la barra de búsqueda y se desplegarán las sustancias que se encuentran dentro del catálogo de sustancias, también podrá visualizar las sustancias de forma más especifica pulsando en icono de la lupa azul, y se abrirá una ventana nueva de búsqueda donde encontrará las sustancias con mayor detalle.



Ya que haya seleccionado la sustancia deberá indicar la edad de inicio de consumo, y si esta fue utilizada en los últimos 12 meses, podrá indicarlas sustancias que desee y se irán ordenando en la tabla conforme a edad de consumo.

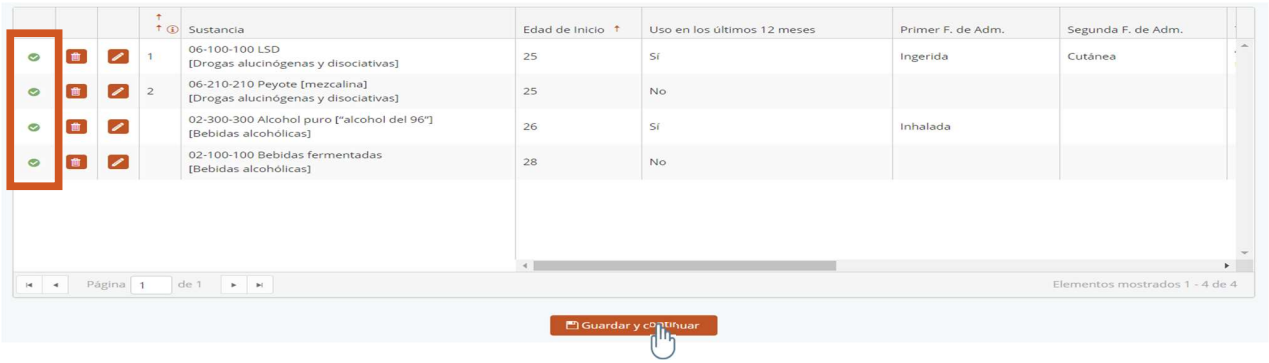
En este ejemplo se agregaron diversas sustancias, y se visualizarán de la siguiente forma:



Si visualiza el siguiente icono en color verde, indicará que el registro esta completo, y se indicó que su consumo no ha sido en los últimos 12 meses; en caso de que al registro le preceda el siguiente icono indicará que debe completar el registro, es decir deberá registrar información adicional como la periodicidad del consumo. Para complementar este registro, deberá pulsar en el ícono y se abrirá la siguiente pantalla:

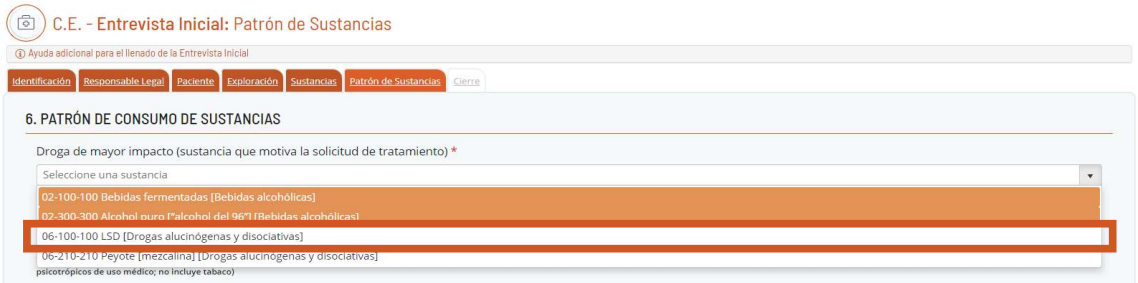
En la que deberá indicar formas de administración, (la primera será obligatoria), abstinencia, última ocasión, y dosis, con esto el registro cambiará el icono y estará completo.

Este procedimiento lo deberá realizar con todas aquellas sustancias en las que haya indicado que fueron consumidas en los últimos 12 meses. Una vez este completo se mostrarán de esta manera y podrá continuar a la siguiente sección.



A continuación, encontrará la sección de **"Patrón de sustancias"**, la cual tendrá información de la sección previa, es decir, esta se llenará con información previamente cargada, como lo son las sustancias que indico el paciente.

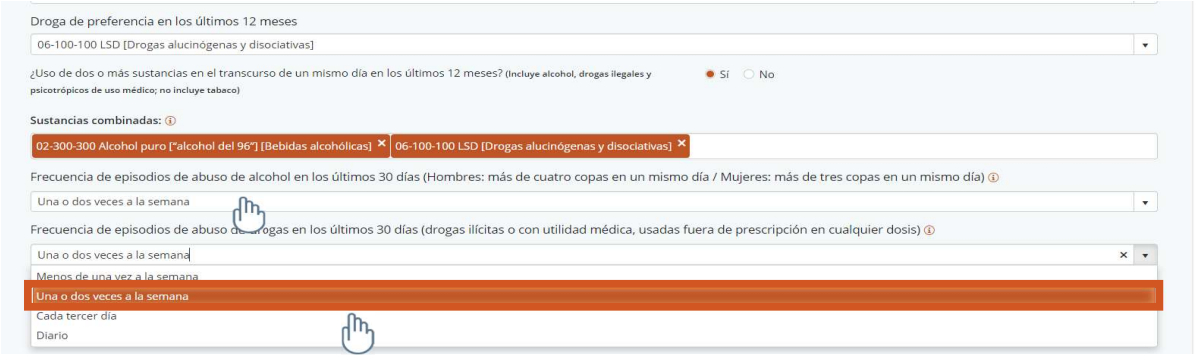
En la primera sección deberá indicar la droga de mayor impacto, seleccionando una opción en el combo que se hablita.



Posteriormente deberá indicar si, de las sustancias que indico un consumo en los últimos 12 meses el paciente hizo una combinación y se habilitara el combo para que seleccione 2 o más opciones según las haya registrado.

Una vez indicadas, se mostrarán de la siguiente manera:

A continuación, deberá seguir con el llenado de los demás campos del formato indicando según sea el cas la selección en el combo que se habilita por pregunta.

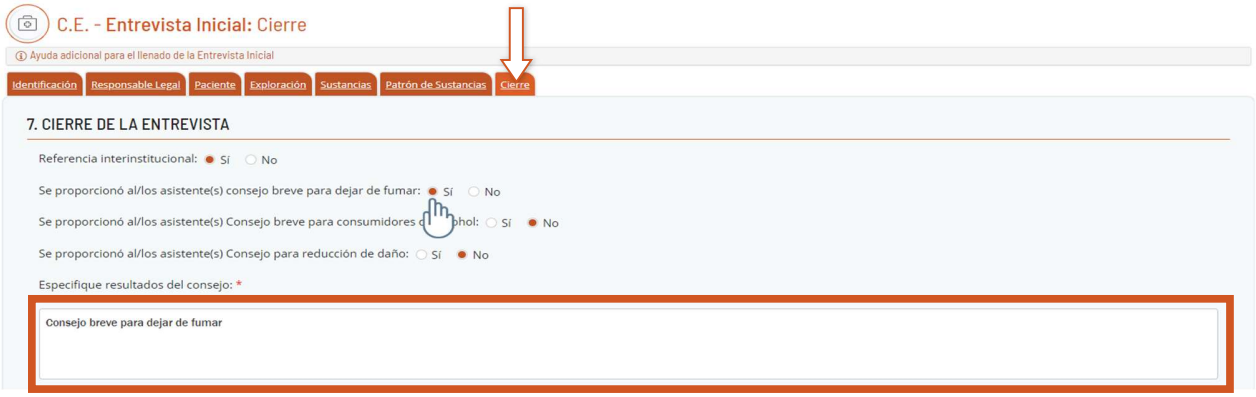


En esta sección hay campos dependientes, es decir, dependiendo de la selección previa se habilitarán o no. Ejemplo. Si usted, no indico una bebida alcohólica en los últimos 12 meses, el combo de **"Frecuencia de episodios de abuso de alcohol en los últimos 30 días"**, no estará disponible.

Por último, encontrará un cuestionario en el que deberá indicar la respuesta (si/no), según sea el caso.

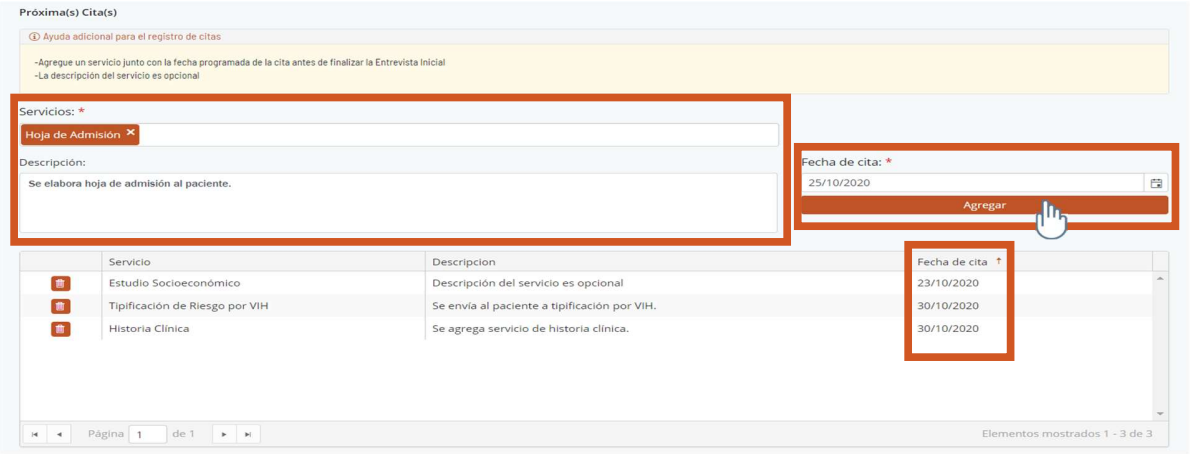
Una vez que haya terminado el llenado de la sección, podrá **"Guardar y continuar"** a la siguiente pestaña.

A continuación, visualizará la sección de **“Cierre”** en la cual se finalizará la **“Entrevista inicial”**.



Deberá indicar la selección correspondiente en cada reactivo, en caso de indicar que la respuesta es **“Sí”** en 1 o más respuestas, se habilitara el cuadro de texto inferior para que indique lo correspondiente.

A continuación, deberá indicar las próximas citas a las que el paciente será enviado, deberá seleccionar el servicio e indicar la descripción en caso de requerirlo, así como la fecha de cita del paciente.



Todo servicio que indique se mostrara en la tabla ordenado por fecha de cita.

Posteriormente deberá indicar si hay observaciones en el recuadro.

Por último, pulsará el botón de “Guardar y finalizar entrevista inicial” y con esto quedará realizado el registro de la entrevista inicial, no olvide firmar la entrevista.

Ir a firma electrónica

Los datos de la entrevista solo podrán ser actualizados el mismo día en el que se ha comenzado.

Una vez finalizada ya no podrá ser modificado algún dato.

Recuerde para hacer válida la entrevista inicial debe dar clic en el botón **"Guardar y Finalizar Entrevista Inicial"** ubicado en la última pestaña de navegación.

Este formato deberá ser firmado electrónicamente para evitar futura perdida de información en el sistema.

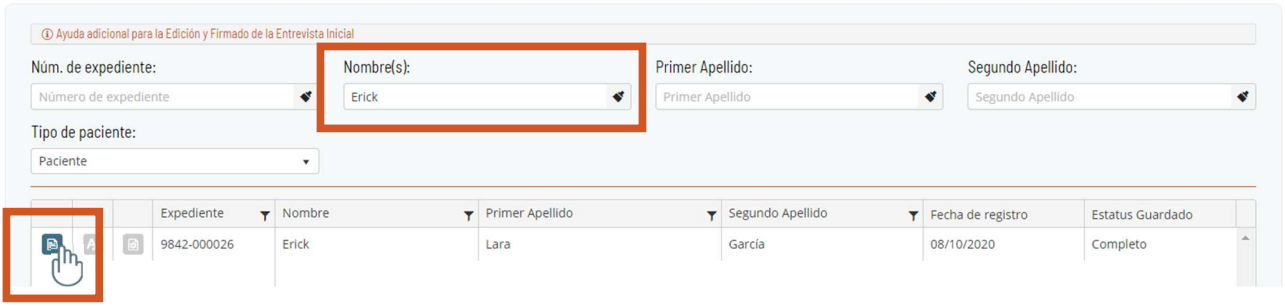
Consultar paciente

Para consultar a un paciente, deberá ingresar mediante el icono de **"ECE"**.

A continuación, el sistema lo dirigirá a la siguiente pantalla, en el módulo de **"Hospitalización"**, deberá seleccionar la sección **"Consultar pacientes"**.

Posteriormente el sistema lo dirigirá a la sección **“Entrevista inicial: Consulta”**, en la cual podrá realizar la búsqueda del paciente o familiar, con diversos tipos de filtrado: No. Expediente, Nombre, Apellido.

En este ejemplo se realizará la búsqueda por **“Nombre”** de un paciente previamente registrado.



Dentro de esta sección del sistema podrá retomar la **“Entrevista inicial”**, en caso de no haberla concluido, así como firmarla electrónicamente o consultarla.

Para consultar la entrevista inicial de este paciente deberá pulsar sobre el icono azul y se abrirá en una nueva pantalla el detalle de este registro.

En la parte superior derecha, contará con 2 botones, los cuales descargaran el detalle en formato PDF, o imagen a su equipo para el uso le requiera.

Por último, en la parte final del detalle, encontrará la firma electrónica integrada por diversos componentes: Expediente, responsable, fecha de formato, huella, firma.

Edición:

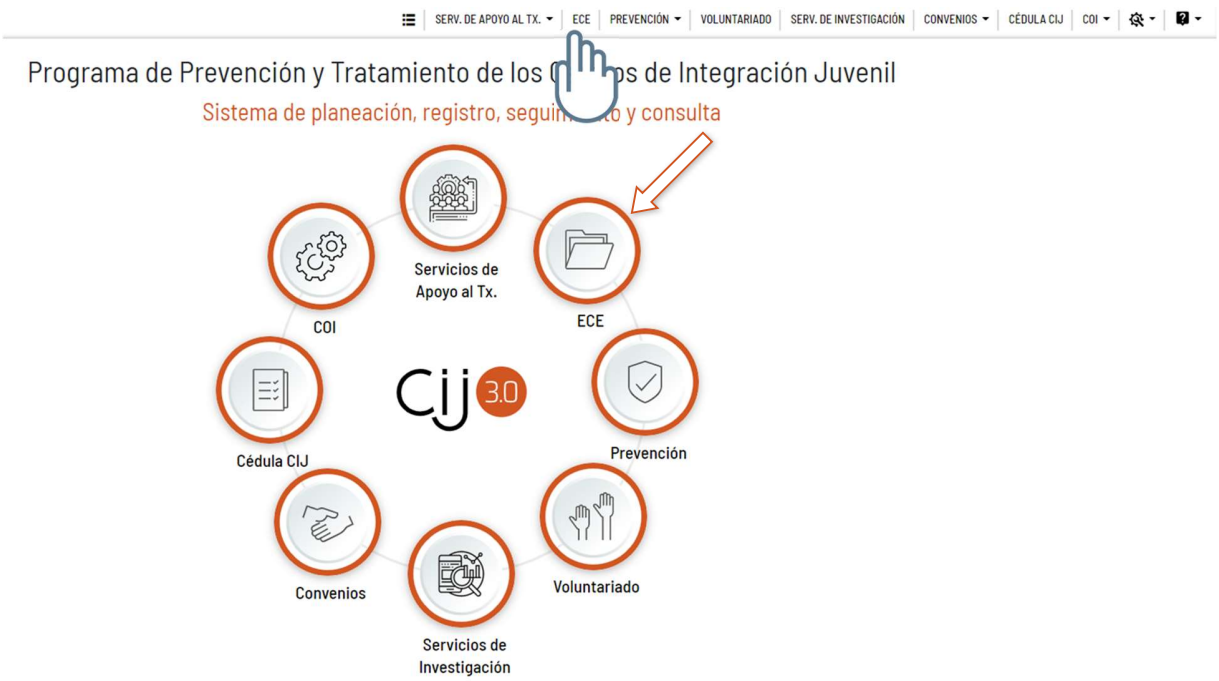
- Los datos de la entrevista solo podrán ser actualizados el mismo día en el que se ha comenzado.
- Una vez finalizada ya no podrá ser modificado ningún dato.

Firmado:

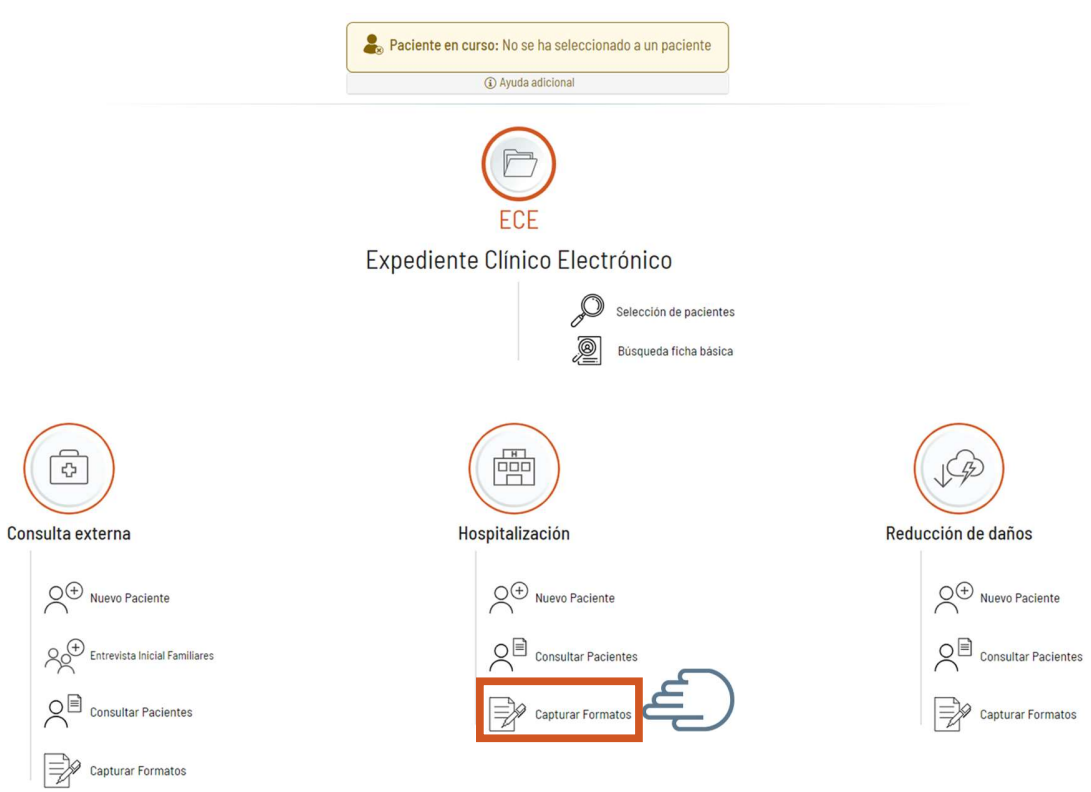
- El formato solo podrá ser firmado por usuarios que cuenten con firma electrónica.
- Solo se podrán firmar los formatos que se encuentren en estatus guardado: Completo.

Capturar formatos

Los siguientes formatos pertenecen al área de consulta externa, la manera de ingresar a ellos es la misa. En el menú principal haga clic en el ícono **ECE** o en el menú superior en la liga con el mismo nombre.



El sistema muestra la pantalla principal del expediente clínico electrónico.



Haga clic en la liga **“Capturar formatos”** en el área de **Hospitalización** y el sistema mostrará todas las secciones con sus respectivos formatos. A continuación, se muestra cada sección y se explica la manera de registro de cada formato.

Valoración y Admisión

En esta sección se encuentran los siguientes formatos:

- Historia clínica
- Estudio socioeconómico
- Evaluación clínica psicológica
- Evaluación familiar
- Violencia familiar o sexual
- Hoja de admisión
- Historia clínica pediátrica
- Reingreso

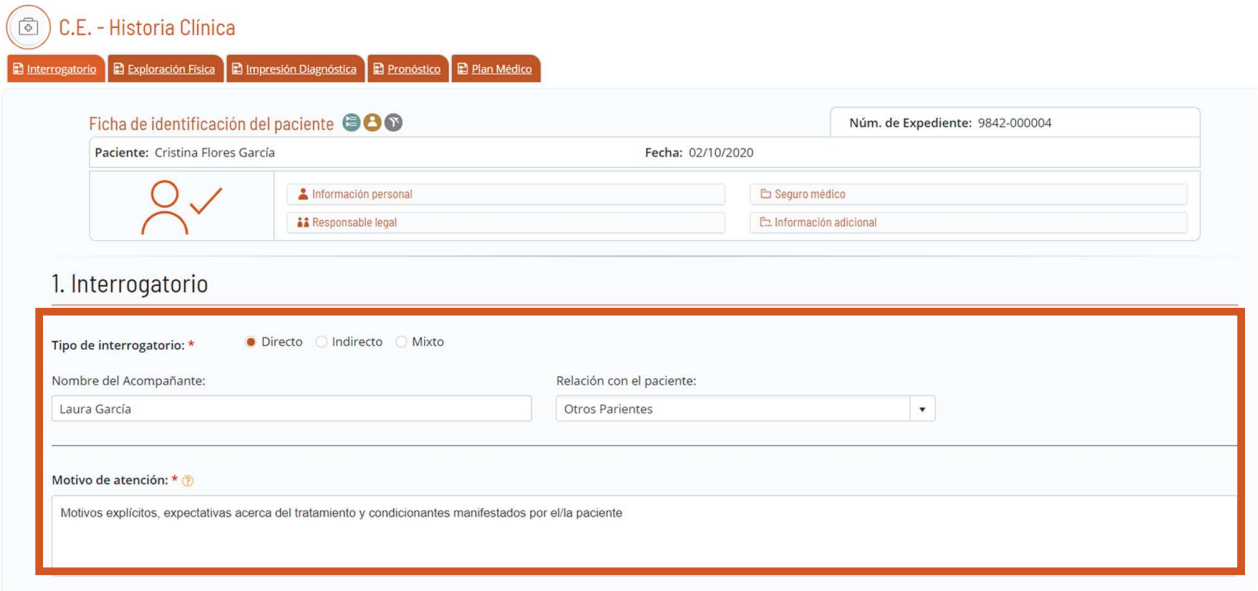
Historia Clínica

Para registrar este formato siga los siguientes pasos:

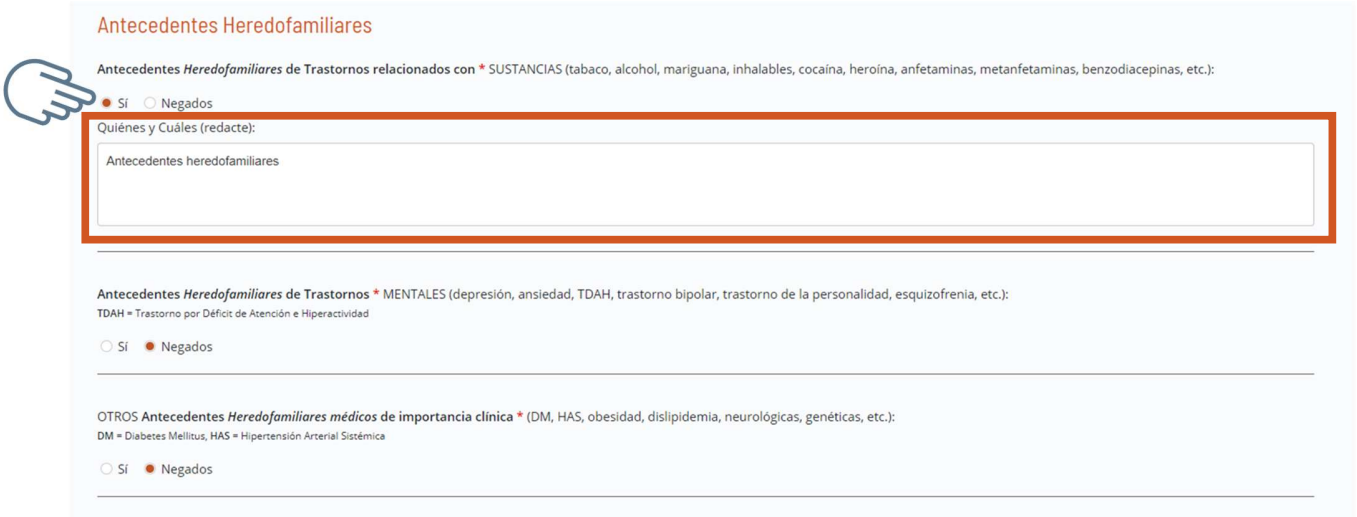
3) Haga clic en la sección “Evaluación clínica y Dx”.
4) Seleccione el formato de Historia clínica.

    a. Registro. Al seleccionar esta operación, el sistema mostrará el formato de historia clínica, el cual consta de cinco pestañas a llenar. Cada pestaña tiene sus respectivos campos, algunos

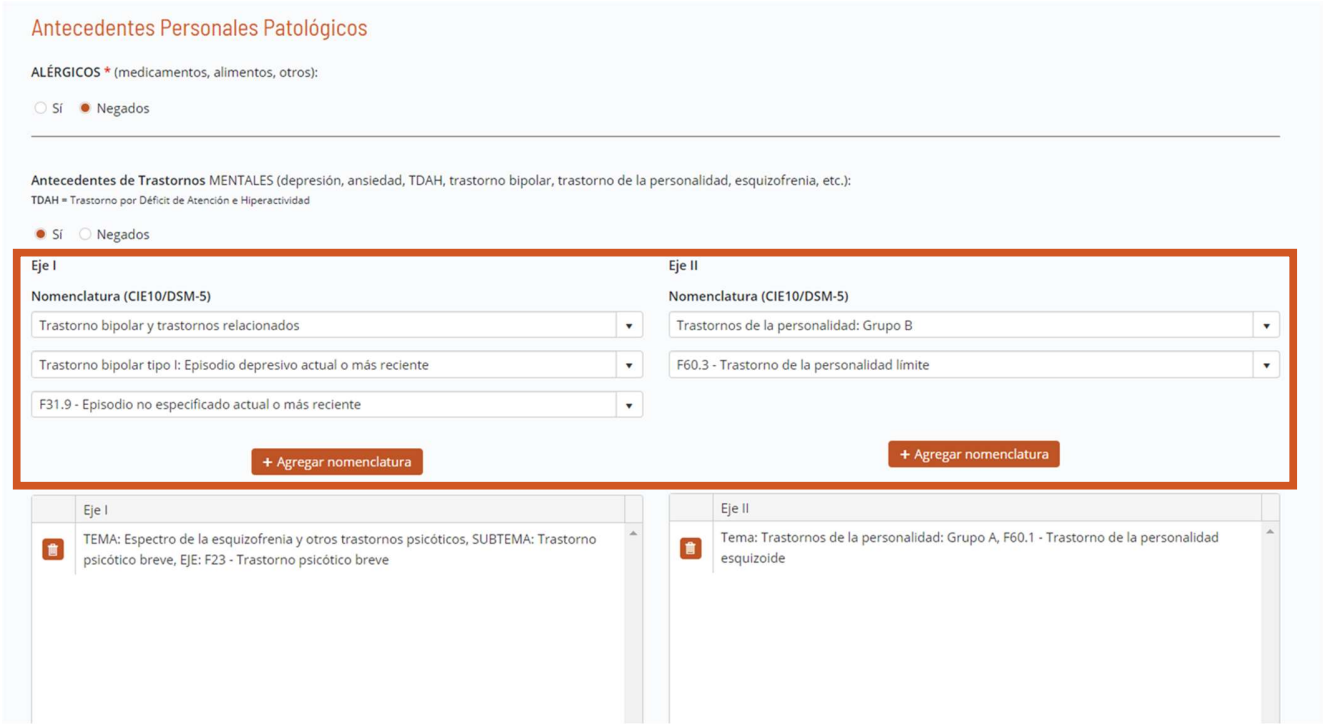
obligatorios y otros opcionales, para avanzar a la pestaña siguiente, debe llenar todos los campos de carácter obligatorio; en caso de faltar alguno el sistema no permitirá continuar e indicará y se posicionará en el campo que falte llenar.



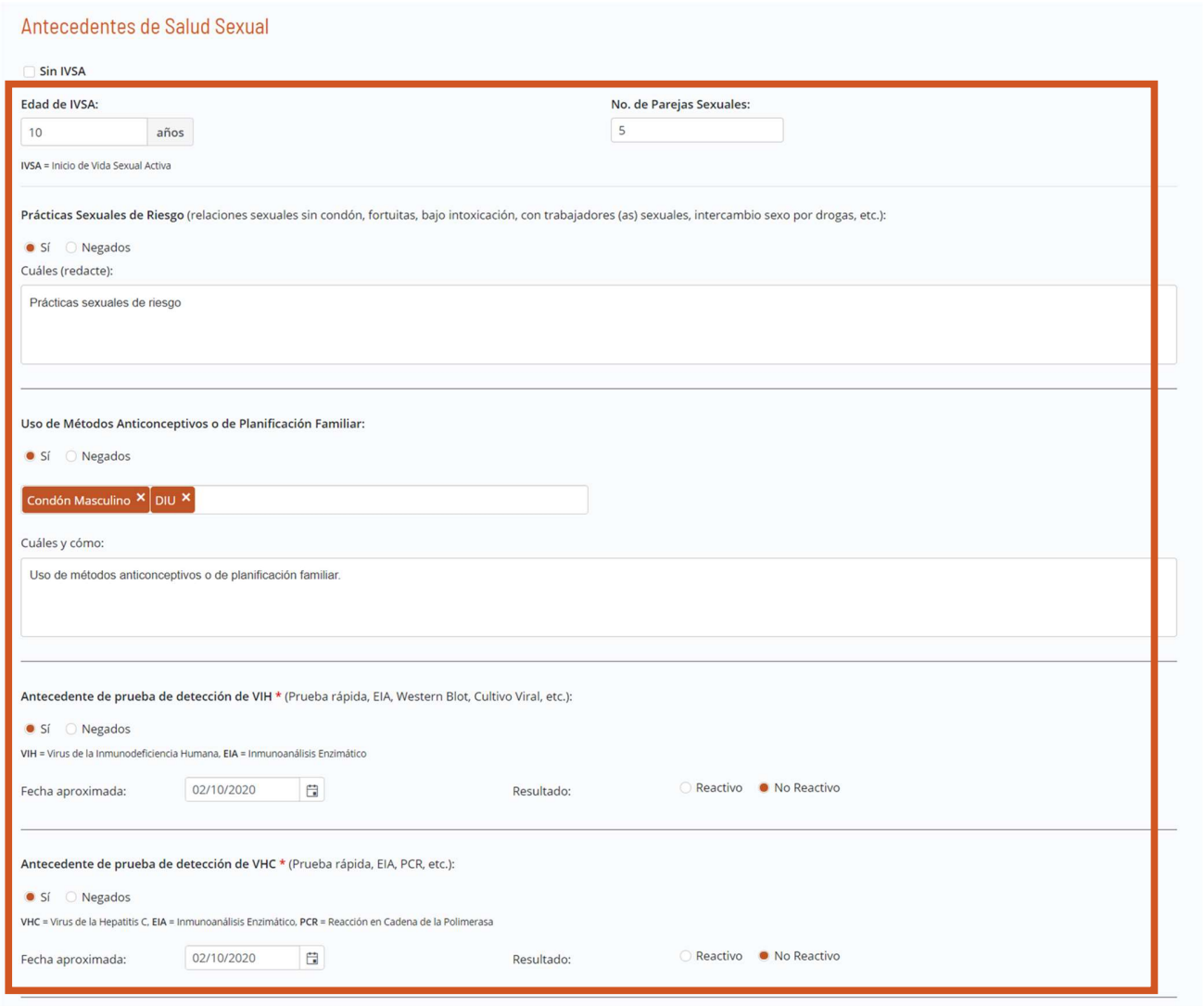
En la parte de **Antecedentes heredofamiliares**, al indicar que "Sí" hay, se mostrará un campo abierto para indicar dichos antecedentes. Haga el mismo procedimiento en los campos siguientes.



En la sección **Antecedentes personales patológicos**, al seleccionar "Sí" en **Antecedentes de Trastornos mentales**, el sistema mostrará los ejes I y II. En cada uno hay que seleccionar un valor para los combos de tema, subtema y eje, según con lo que cuente cada uno. Es importante que, una vez seleccionados los valores correspondientes, haga clic en el botón "Agregar nomenclatura" y el sistema agregará la selección en la tabla inferior. Puede agregar todos los trastornos que sean necesarios.



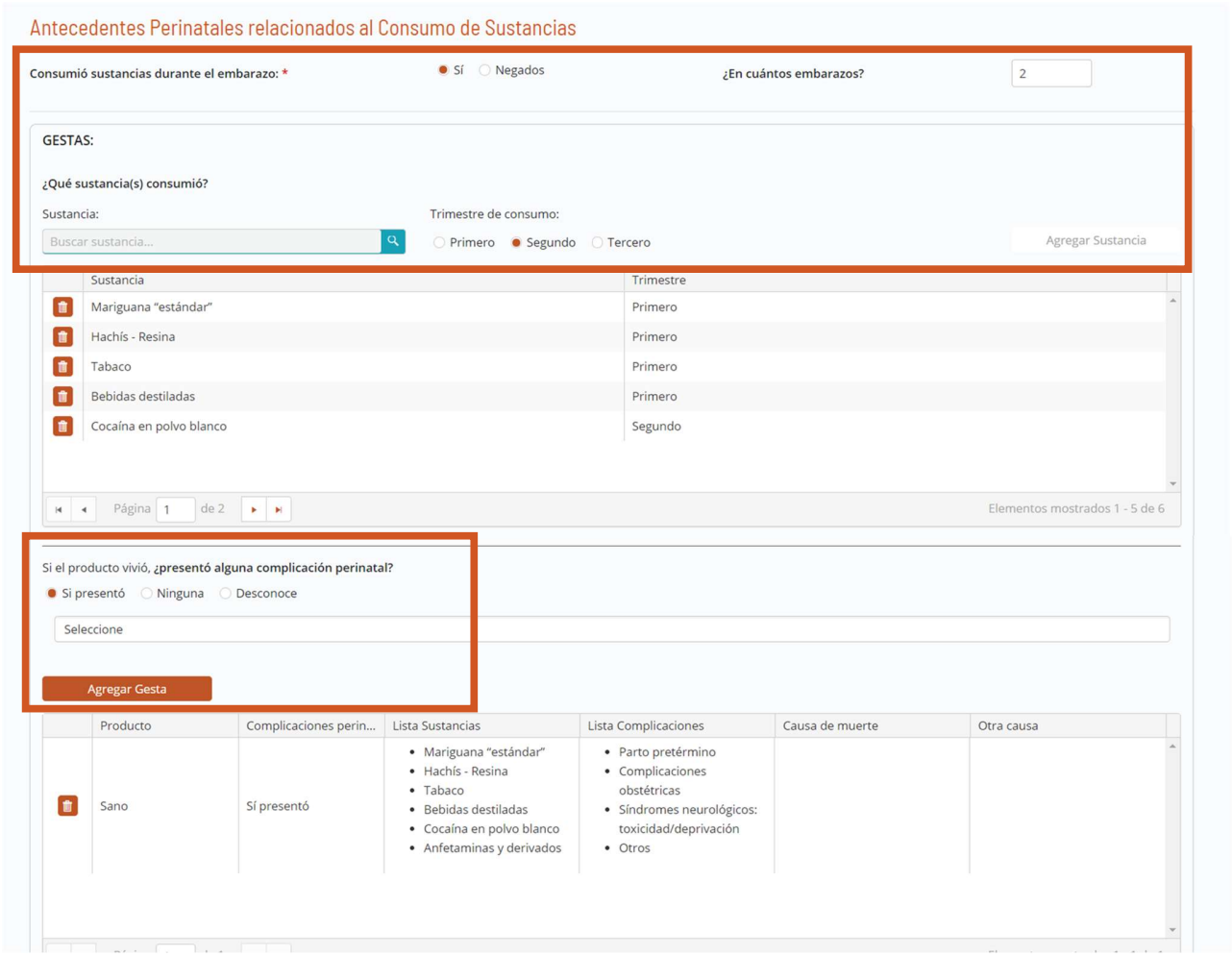
En la sección **Antecedentes de salud sexual** si el paciente no ha iniciado su vida sexual marque la primer casilla, en caso contrario, llene los siguientes datos:



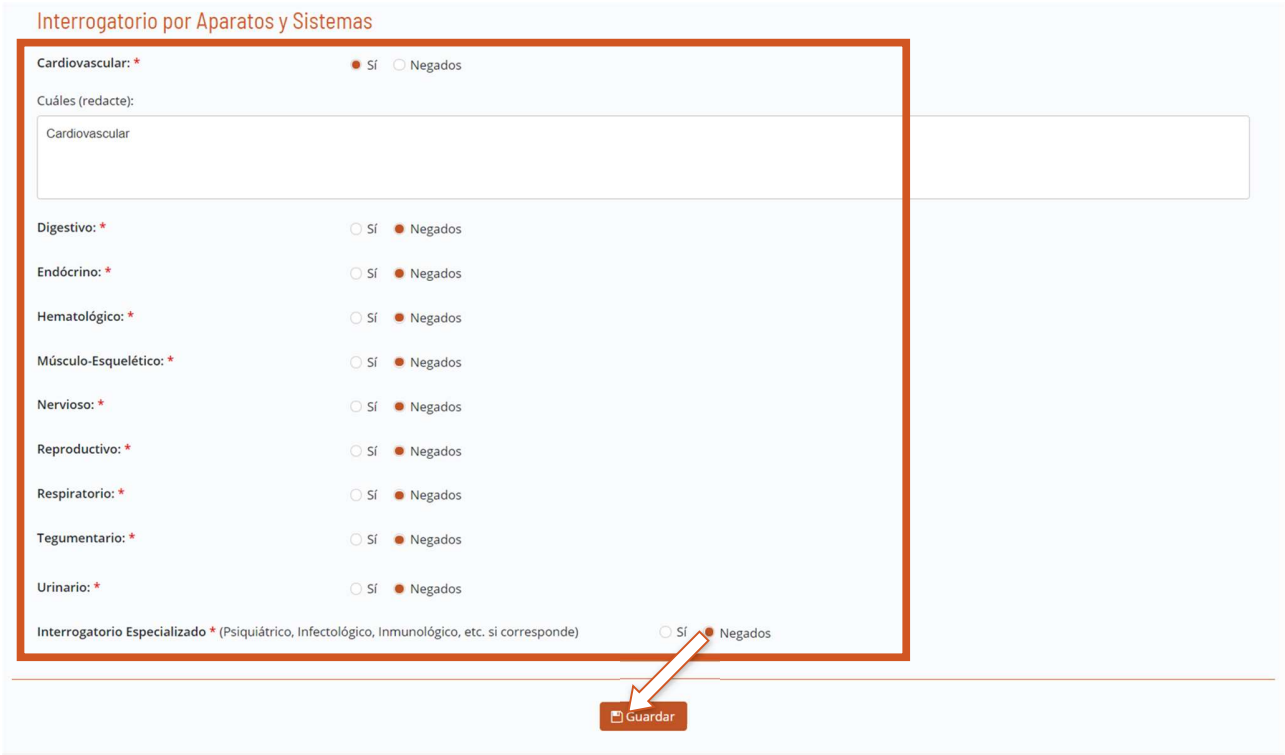
Si el paciente a quien se está registrando la historia clínica es mujer, se deberá contestar la sección **Antecedentes perinatales relacionados al consumo de sustancias**. Si ha consumido sustancias durante el embarazo el sistema mostrará la siguiente pantalla para indicar:

c) En cuántos embarazos. Campo abierto para indicar el número de embarazos en que se consumieron sustancias.
d) Gestas. Por medio del ícono en color azul con una lupa dentro, localizar, una por una, las sustancias consumidas e indicar en qué trimestre del embarazo se consumió cada una.

Recuerde hacer clic en el botón “Agregar gesta” para que la información se almacene en la tabla que se encuentra debajo de dicho botón y el sistema la registre.

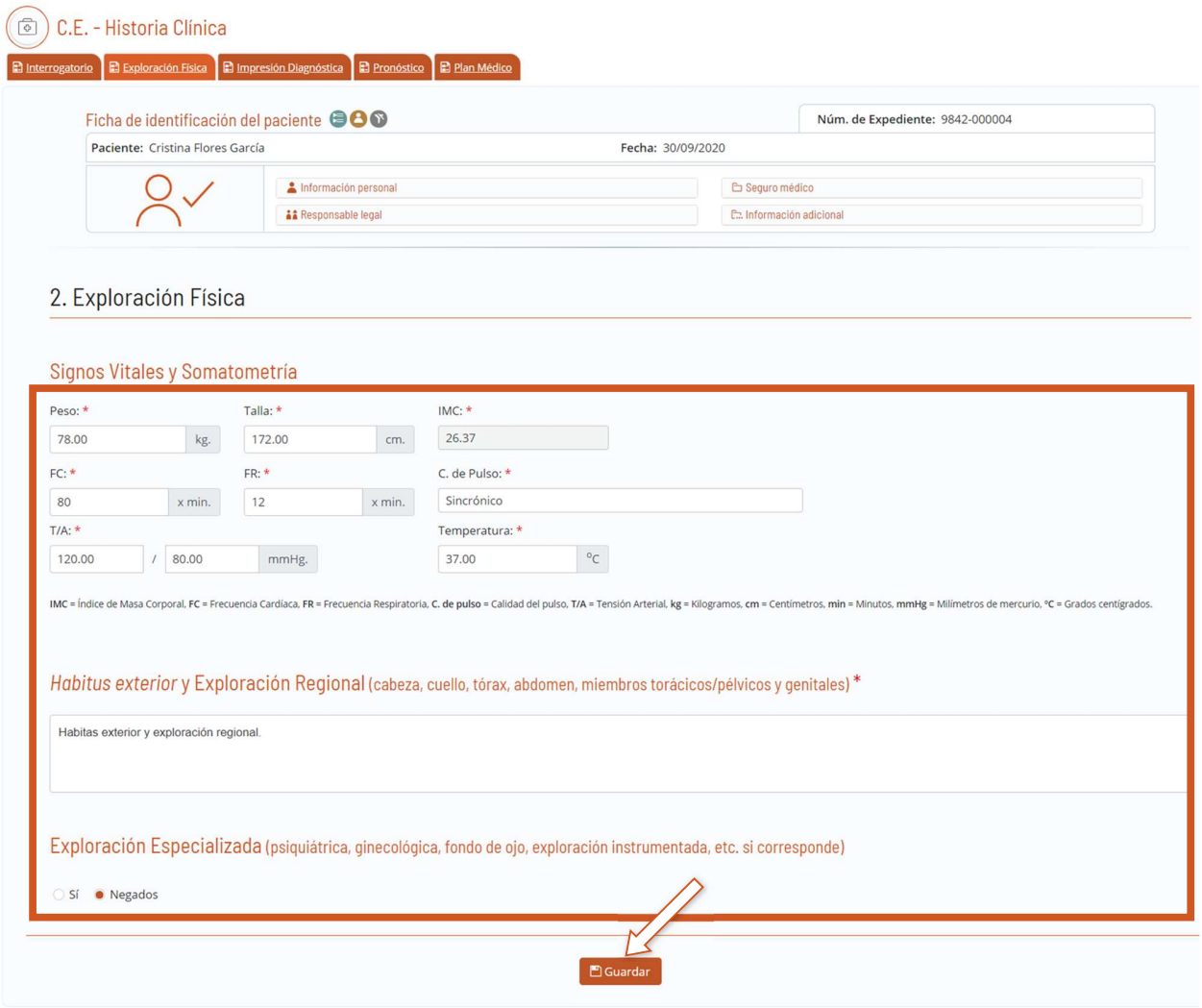


En la sección de **Interrogatorios por aparatos y sistemas**, responda si hubo interrogatorio, en caso afirmativo indique en el campo abierto el resultado, de lo contrario, no hay nada más que realizar.



Al finalizar cada pestaña, haga clic en el botón **"Guardar"** para avanzar a la siguiente.

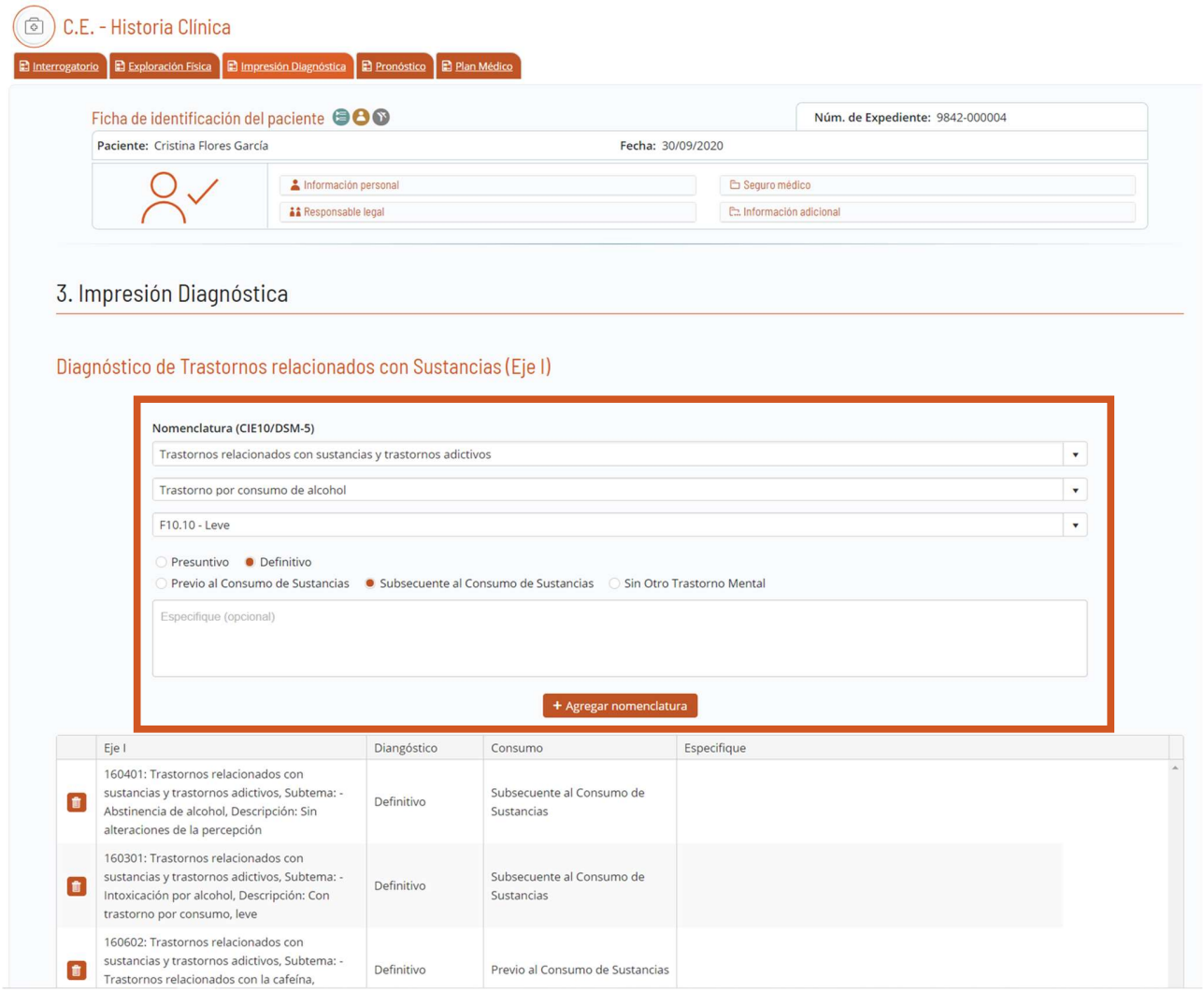
La segunda pestaña del formato de historia clínica es **Exploración física**, en la cual se registran los signos vitales y somatometría, habitus exterior y exploración regional y especializada.



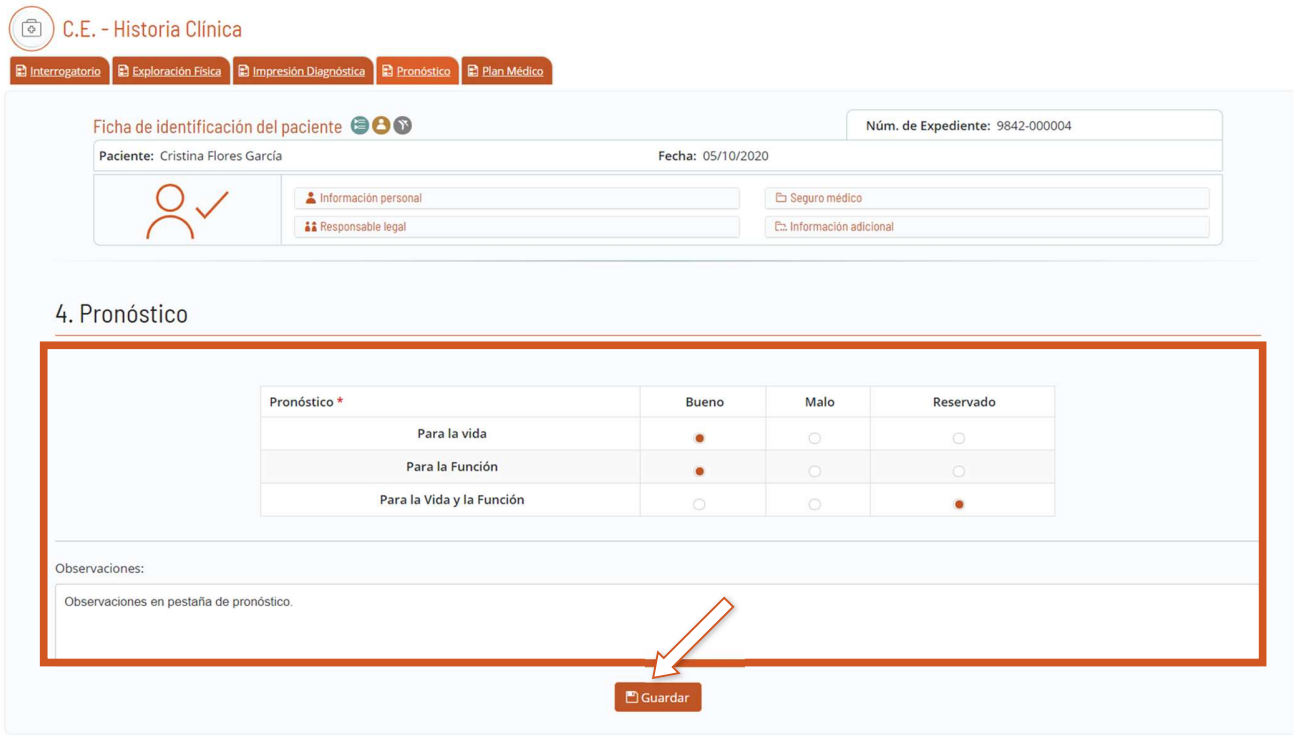
Haga clic en **"Guardar"** para avanzar a la siguiente pestaña.

La tercera pestaña es **Impresión diagnóstica**, en la cual se indican los trastornos relacionados con sustancias o diferentes tipos de enfermedades. En cada eje debe seleccionar tema, subtema y eje, según corresponda y hacer clic en el botón "Agregar nomenclatura". Puede agregar tantos trastornos como se necesite.

Todos estos diagnósticos de trastornos registrados en la historia clínica, en caso de registrar el formato de egreso y/o ingreso estos trastornos se precargarán de manera automática.

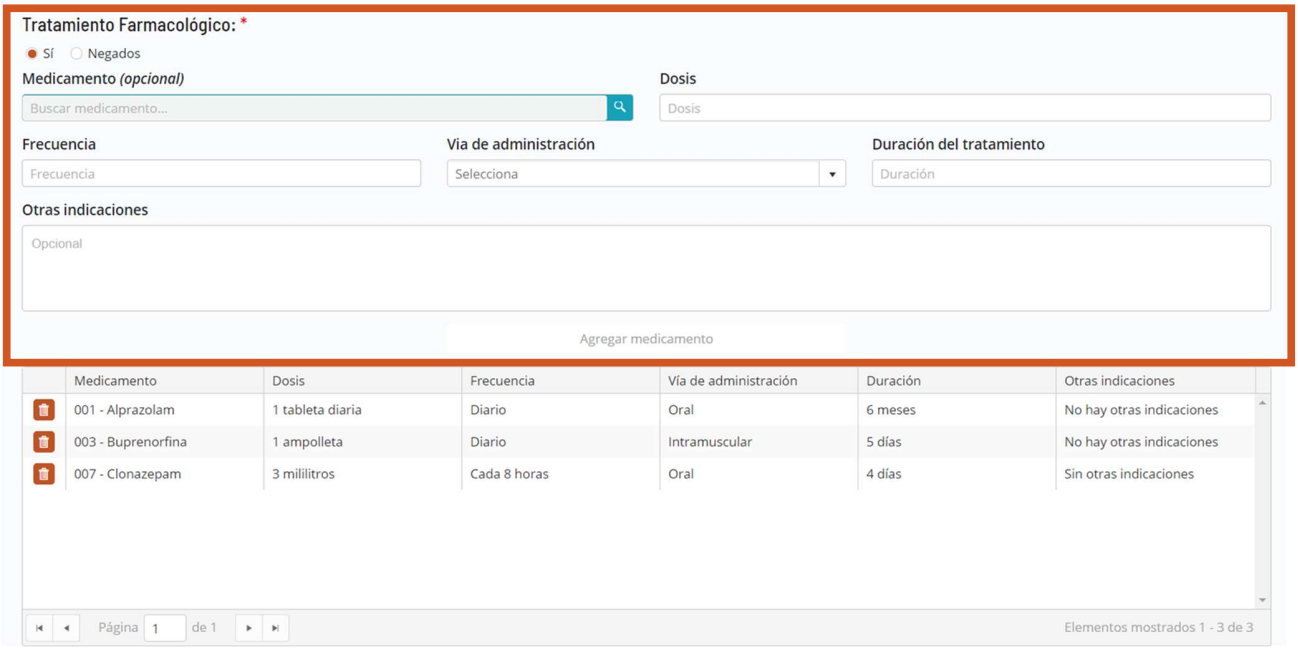


La cuarta pestaña es **Pronóstico**, en la cual se indican tres parámetros si son buenos, malos o reservado y llenar el campo abierto y opcional de **Observaciones**.

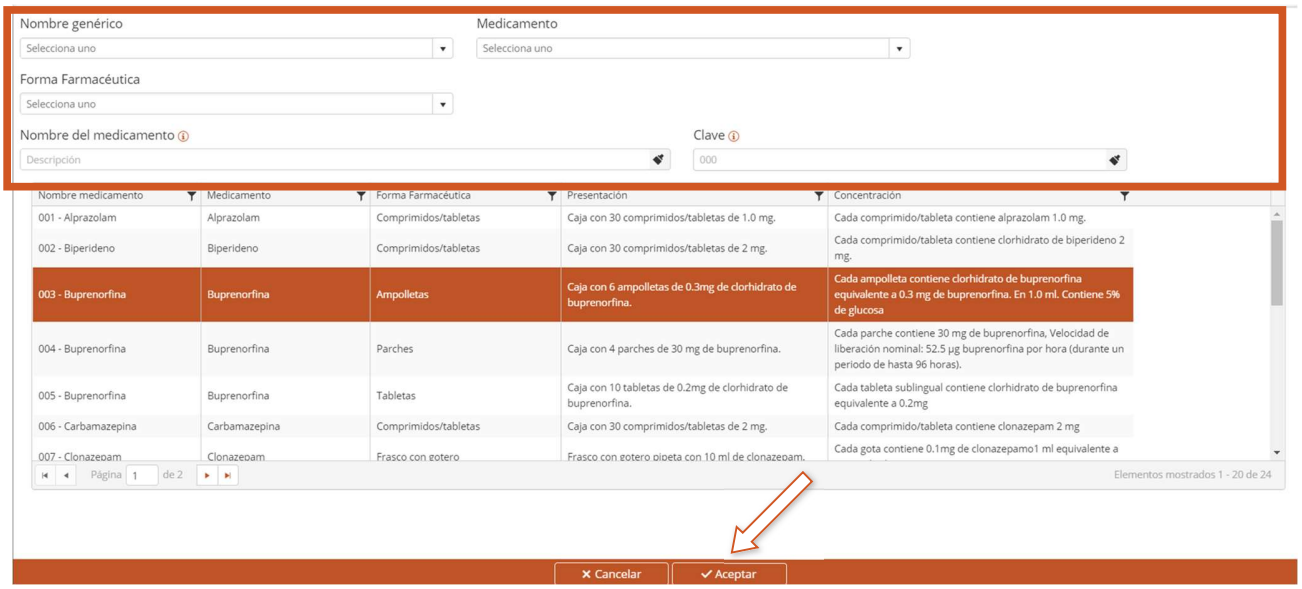


Al finalizar haga clic en **"Guardar".**

La última pestaña es **Plan médico**, en la cual se registran los medicamentos de un cuadro básico y solicitudes de estudios de gabinete, en caso de que haya.

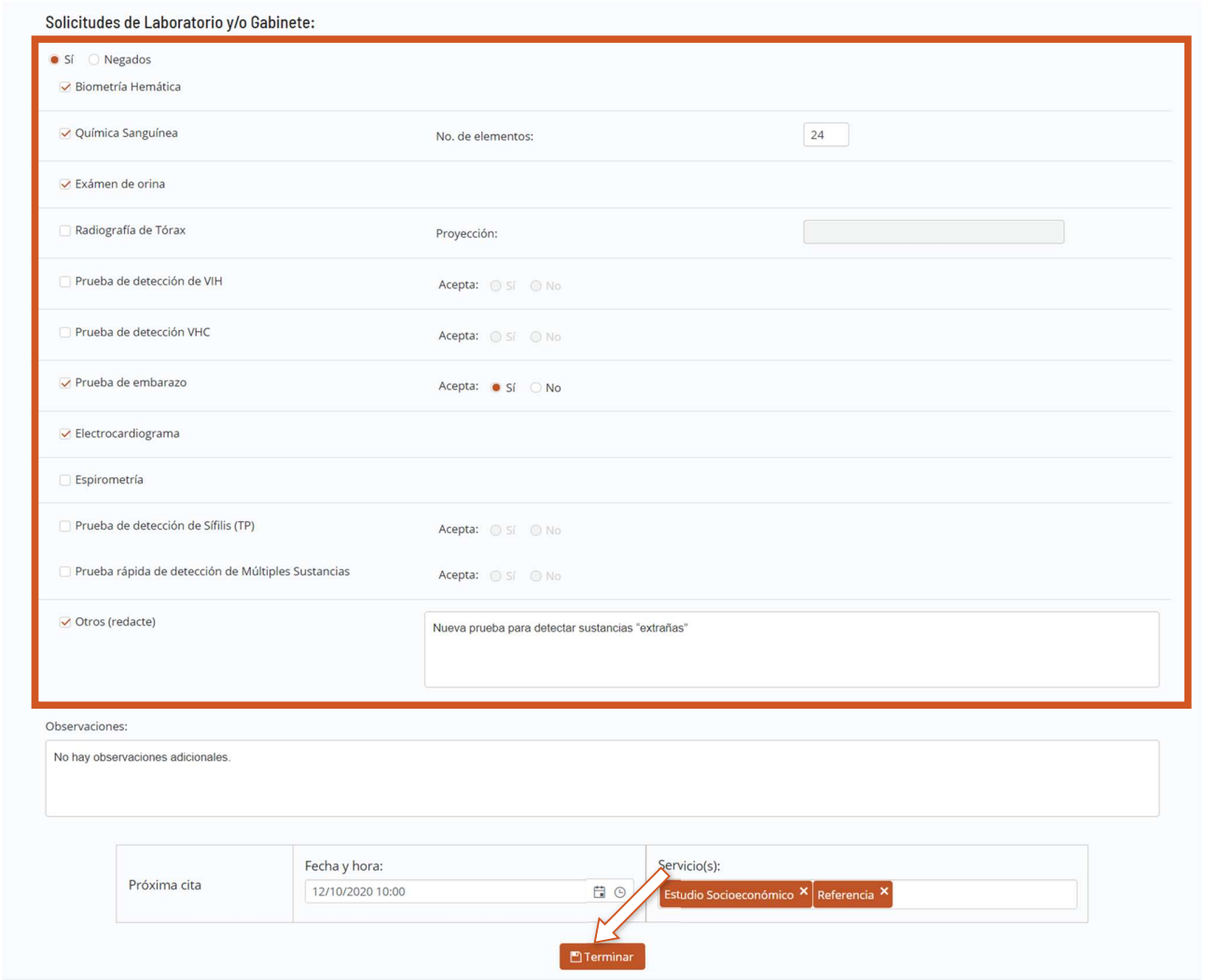


Para agregar un medicamento haga clic en el ícono de lupa color azul y el sistema mostrará la siguiente pantalla con el catálogo del cuadro básico de medicamentos:



Seleccione el renglón donde se encuentra el medicamento a registrar, en la pantalla de registro del plan médico, agregue la dosis, frecuencia, vía de administración, duración de tratamiento, y de manera opcional, otras indicaciones y haga clic en **“Agregar medicamento”**.

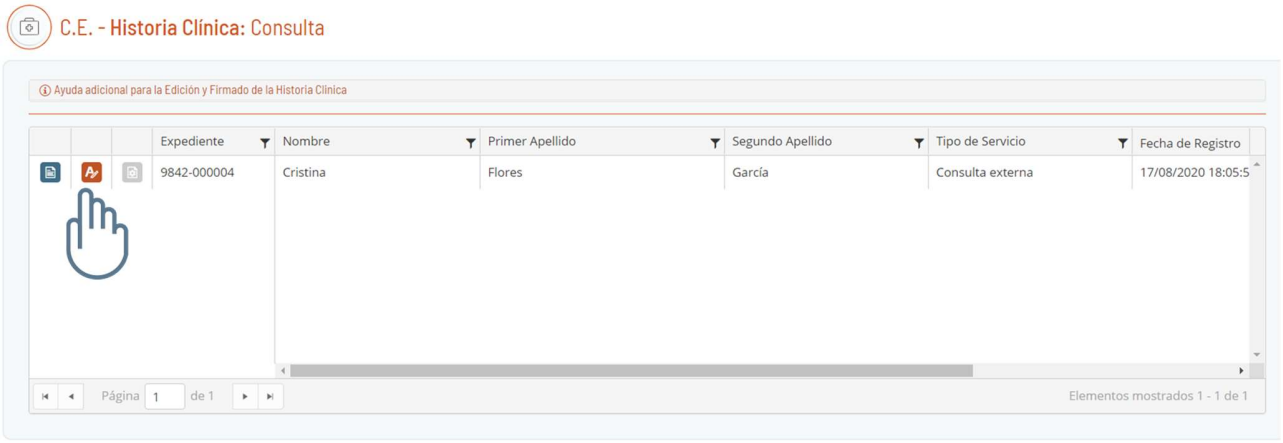
En caso de necesitar registrar solicitudes de laboratorio, marque la afirmación y el sistema mostrará las solicitudes disponibles, en caso de no estar alguna, marque el cuadro de **Otros** y en el campo **Especifique** indique la prueba(s) que haga(n) falta.



Al finalizar el registro haga clic en **"Terminar",** firme electrónicamente y el sistema mostrará la pantalla de consulta.

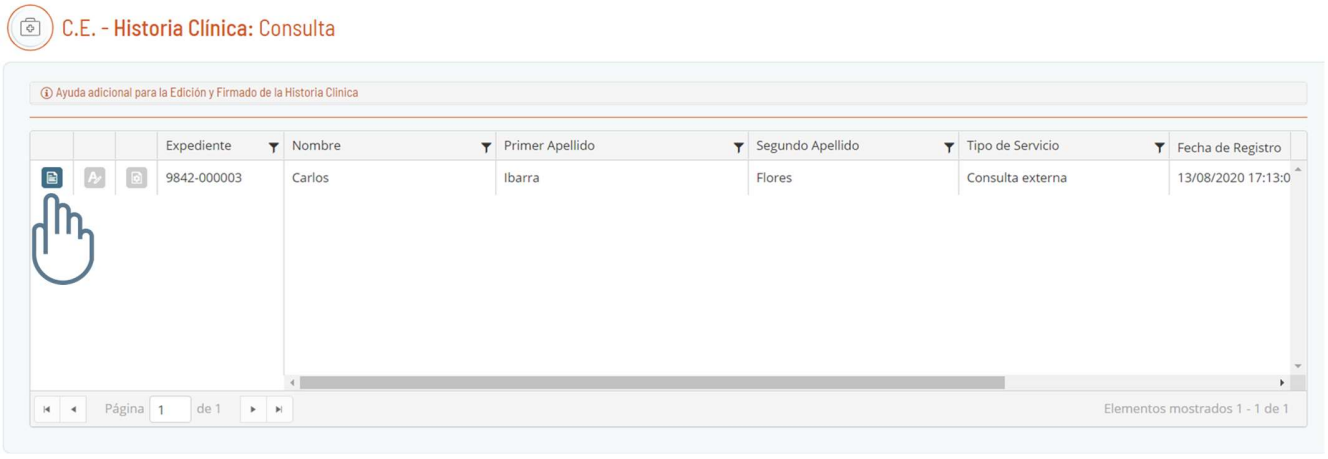
Ir a firma electrónica

Este formato de historia clínica tiene un “guardado parcial” debido a que está dividido en pestañas y se puede ir guardando el avance una por una, como se visualiza en la imagen siguiente, mientras no se termine el formato, el botón de “Editar” en la consulta estará habilitado. Una vez que se termine el formato en su totalidad, este botón se deshabilitará. No olvidar que la normatividad no ha cambiado y cuando se comienza un formato debe terminarse y firmarse electrónicamente.

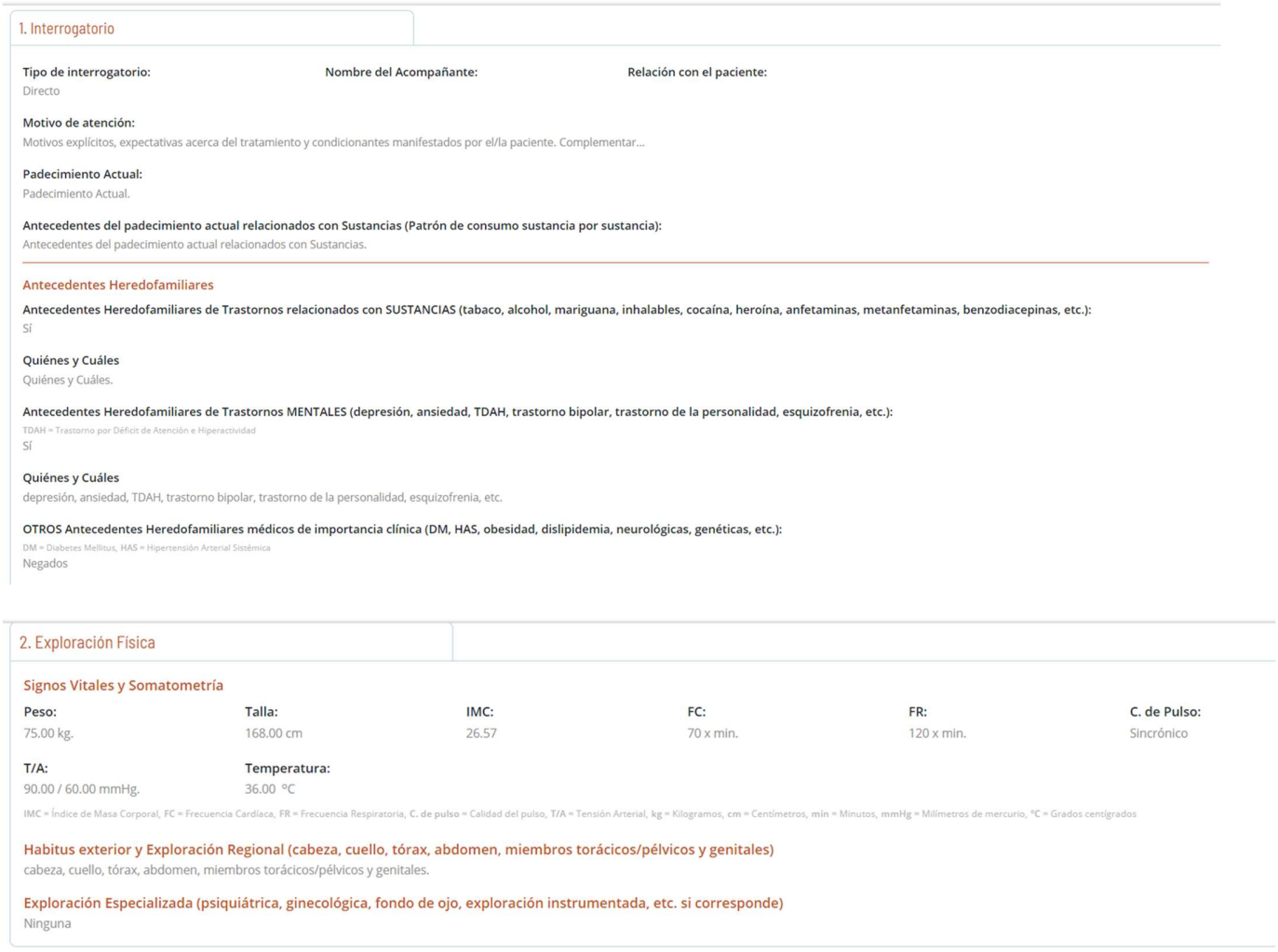


Esta pantalla indica que el formato de historia clínica aún no está terminado, mientras esté habilitado el botón de editar. Una vez finalizado, este botón estará deshabilitado.

b. Consulta. Una vez terminado el registro de la historia clínica, el sistema muestra la siguiente imagen. Para consultar el detalle de este formato, haga clic en el primer ícono **“Ver detalle”**.



El sistema mostrará el detalle de lo registrado en la historia clínica, a continuación, se muestran unas partes de la consulta debido a que el formato es extenso.



1. Interrogatorio

Tipo de interrogatorio: Directo

Nombre del Acompañante:

Relación con el paciente:

Motivo de atención:
Motivos explícitos, expectativas acerca del tratamiento y condicionantes manifestados por el/la paciente. Complementar...

Padecimiento Actual:
Padecimiento Actual.

Antecedentes del padecimiento actual relacionados con Sustancias (Patrón de consumo sustancia por sustancia):
Antecedentes del padecimiento actual relacionados con Sustancias.

Antecedentes Heredofamiliares

Antecedentes Heredofamiliares de Trastornos relacionados con SUSTANCIAS (tabaco, alcohol, mariguana, inhalables, cocaína, heroína, anfetaminas, metanfetaminas, benzodiacepinas, etc.):
Sí

Quiénes y Cuáles
Quiénes y Cuáles.

Antecedentes Heredofamiliares de Trastornos MENTALES (depresión, ansiedad, TDAH, trastorno bipolar, trastorno de la personalidad, esquizofrenia, etc.):
TDAH = Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
Sí

Quiénes y Cuáles
depresión, ansiedad, TDAH, trastorno bipolar, trastorno de la personalidad, esquizofrenia, etc.

OTROS Antecedentes Heredofamiliares médicos de importancia clínica (DM, HAS, obesidad, dislipidemia, neurológicas, genéticas, etc.):
DM = Diabetes Mellitus, HAS = Hipertensión Arterial Sistémica
Negados

2. Exploración Física

Signos Vitales y Somatometría

Peso:	Talla:	IMC:	FC:	FR:	C. de Pulso:
75.00 kg.	168.00 cm	26.57	70 x min.	120 x min.	Sincrónico

T/A:	Temperatura:
90.00 / 60.00 mmHg.	36.00 °C

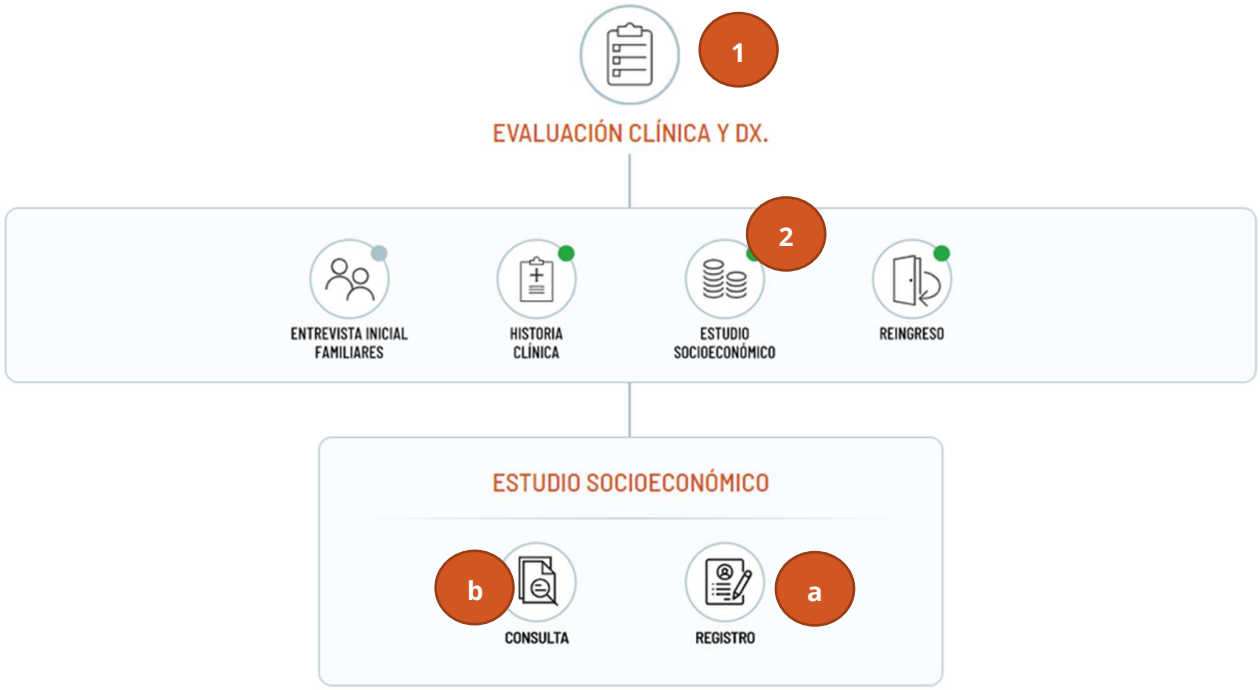
IMC = Índice de Masa Corporal, FC = Frecuencia Cardíaca, FR = Frecuencia Respiratoria, C. de pulso = Calidad del pulso, T/A = Tensión Arterial, kg = Kilogramos, cm = Centímetros, min = Minutos, mmHg = Milímetros de mercurio, °C = Grados centígrados

Habitus exterior y Exploración Regional (cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros torácicos/pélvicos y genitales)
cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros torácicos/pélvicos y genitales.

Exploración Especializada (psiquiátrica, ginecológica, fondo de ojo, exploración instrumentada, etc. si corresponde)
Ninguna

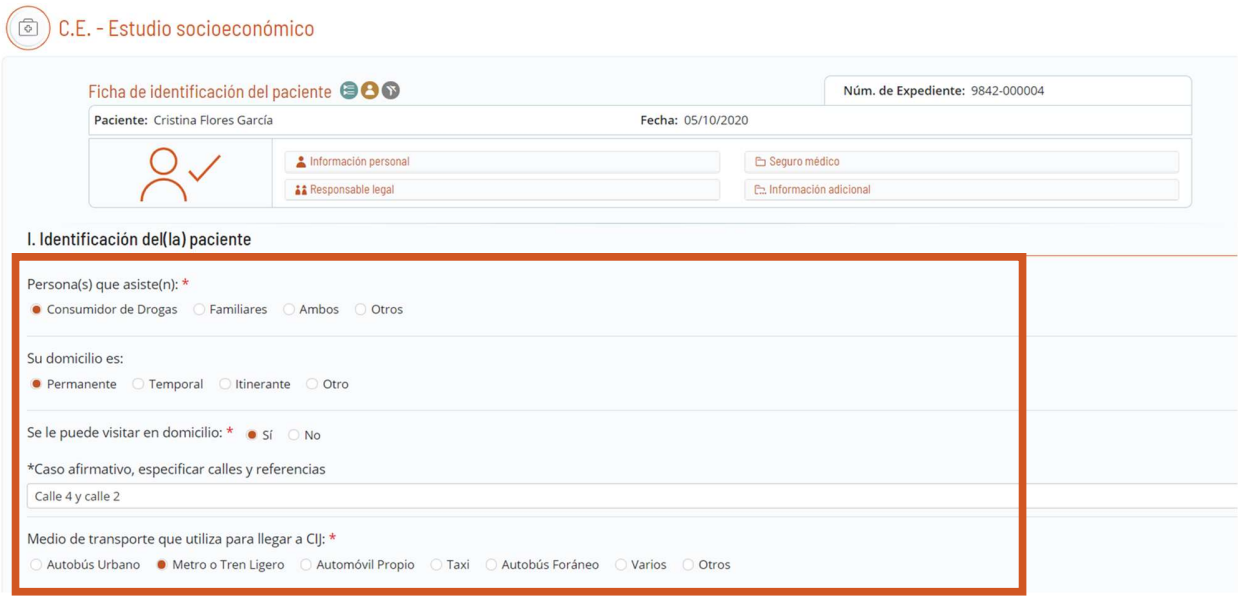
Estudio Socioeconómico

Para registrarlo, siga los siguientes pasos:



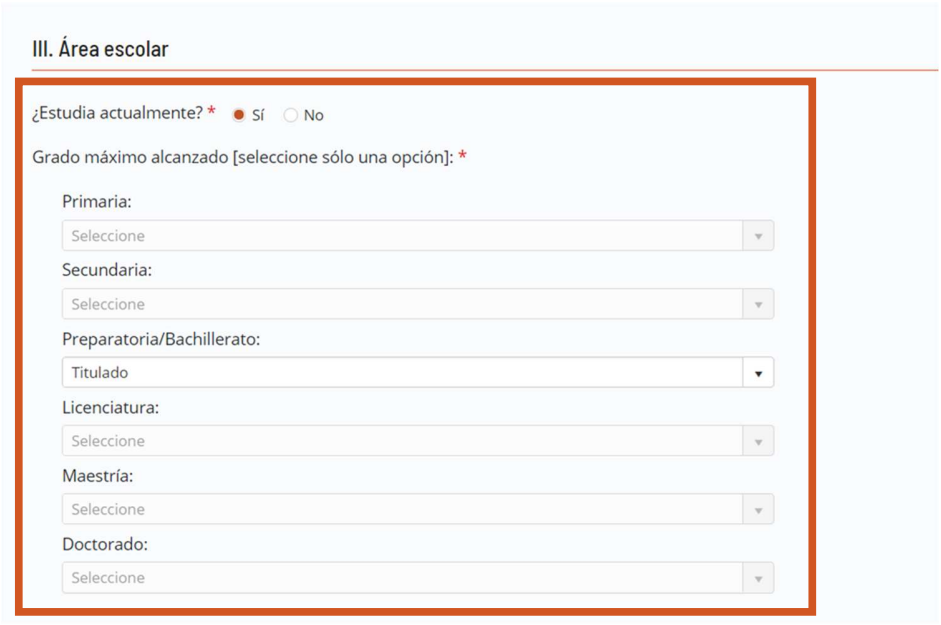
1. En la sección **Evaluación clínica y Dx**. El sistema muestra los formatos de esta sección
2. Haga clic en el formato **Estudio socioeconómico** y el sistema desplegará dos opciones:

    a. Registro. El sistema despliega el formato, el cual consiste en una sola vista.

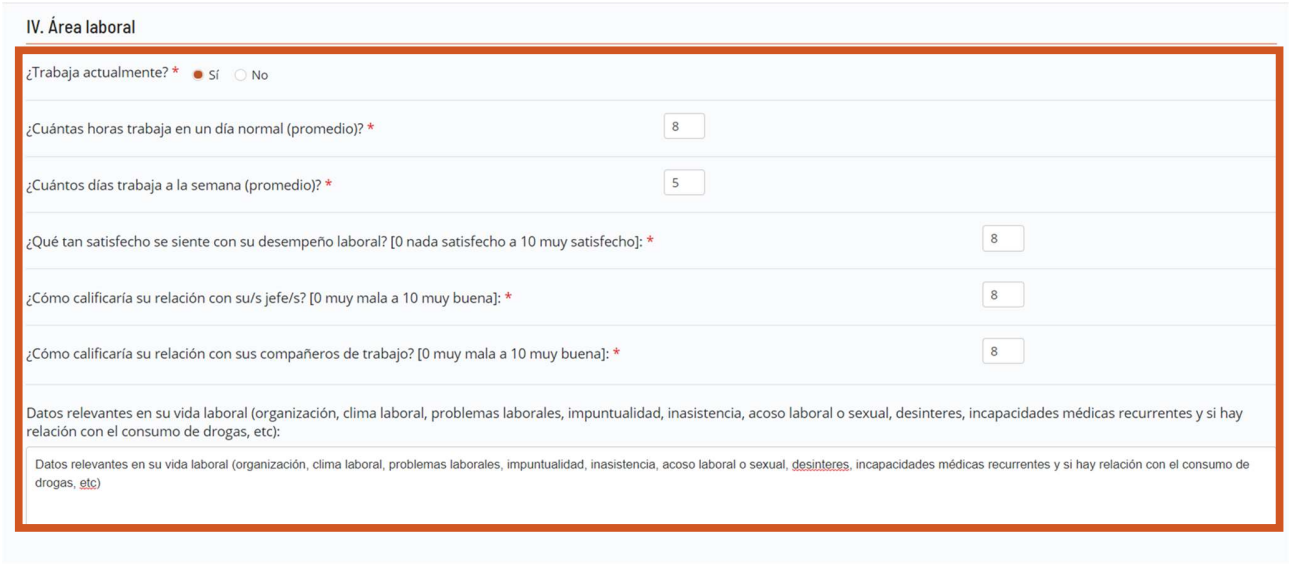


El apartado **II. Composición familiar**, registre los familiares que vivan bajo el mismo techo, registre nombre, parentesco, edad, escolaridad, ocupación, derechohabiencia y al final haga clic en **"Agregar familiar"**. Puede registrar tantos familiares como se necesite.

En la sección **III. Área escolar**, indique si el paciente estudio actualmente y seleccione el grado máximo alcanzado, sólo puede seleccionar una opción.

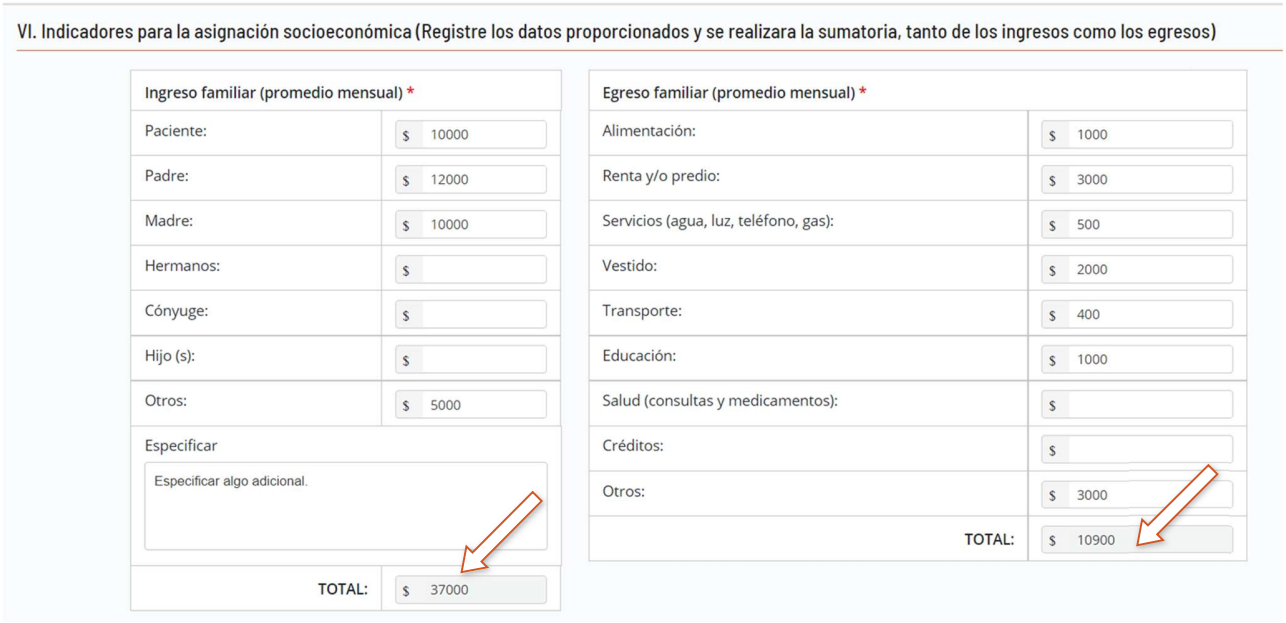


En la sección **IV. Área laboral**, si el paciente mantiene actividad laboral, responda las preguntas sobre el área laboral.



De lo contrario, indique cuánto tiempo (en meses) tiene sin actividad laboral.

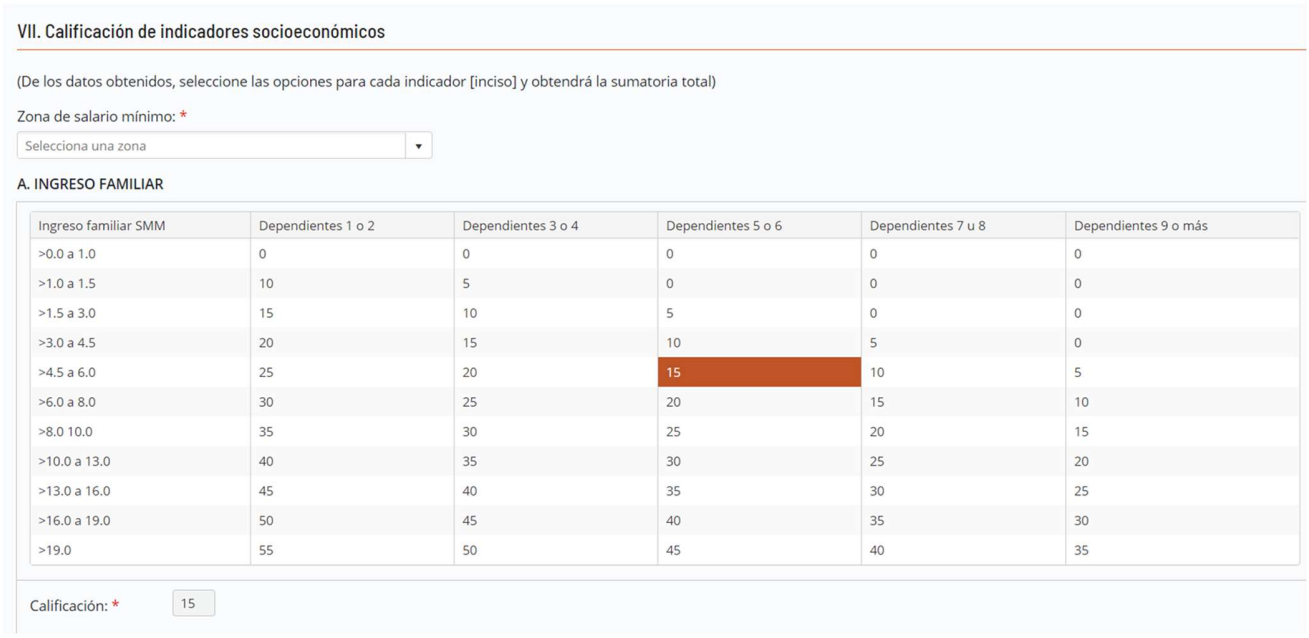
En la sección **VI. Indicadores para la asignación socioeconómica**, indique la cantidad en promedio mensual de los ingresos y egresos por miembro de la familia, el sistema sumará automáticamente las cantidades que indique.


VI. Indicadores para la asignación socioeconómica (Registre los datos proporcionados y se realizara la sumatoria, tanto de los ingresos como los egresos)

Ingreso familiar (promedio mensual) *	
Paciente:	$ 10000
Padre:	$ 12000
Madre:	$ 10000
Hermanos:	$
Cónyuge:	$
Hijo (s):	$
Otros:	$ 5000
Especificar: Especificar algo adicional.	
TOTAL:	$ 37000

Egreso familiar (promedio mensual) *	
Alimentación:	$ 1000
Renta y/o predio:	$ 3000
Servicios (agua, luz, teléfono, gas):	$ 500
Vestido:	$ 2000
Transporte:	$ 400
Educación:	$ 1000
Salud (consultas y medicamentos):	$
Créditos:	$
Otros:	$ 3000
TOTAL:	$ 10900

En la sección **VII. Calificación de indicadores socioeconómicos**, haga clic sobre las opciones correspondientes, únicamente puede seleccionar un valor y el sistema sumará automáticamente cada sección y un total al final de esta sección.


VII. Calificación de indicadores socioeconómicos

(De los datos obtenidos, seleccione las opciones para cada indicador [inciso] y obtendrá la sumatoria total)

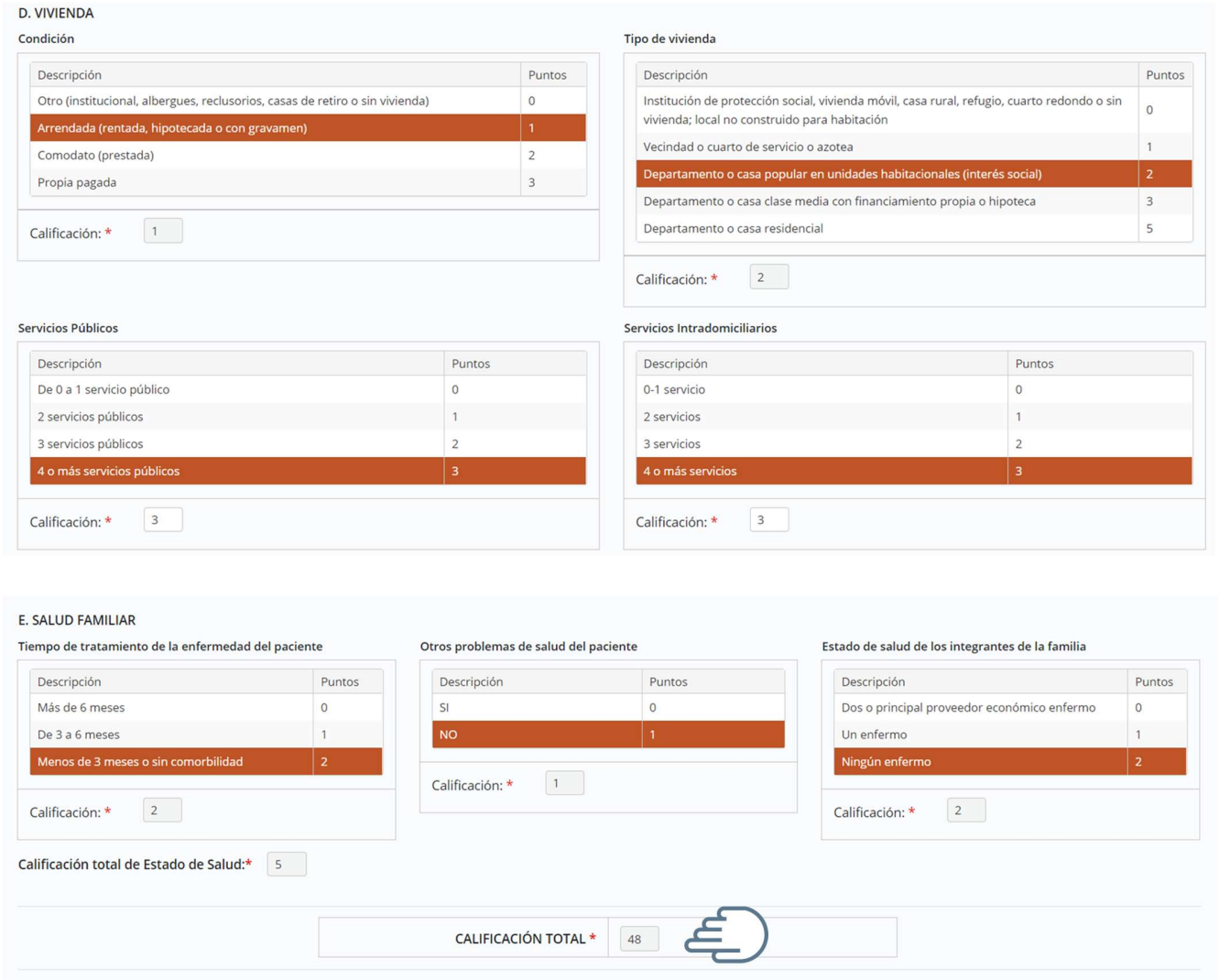
Zona de salario mínimo: *

Selecciona una zona

A. INGRESO FAMILIAR

Ingreso familiar SMM	Dependientes 1 o 2	Dependientes 3 o 4	Dependientes 5 o 6	Dependientes 7 u 8	Dependientes 9 o más
>0.0 a 1.0	0	0	0	0	0
>1.0 a 1.5	10	5	0	0	0
>1.5 a 3.0	15	10	5	0	0
>3.0 a 4.5	20	15	10	5	0
>4.5 a 6.0	25	20	15	10	5
>6.0 a 8.0	30	25	20	15	10
>8.0 10.0	35	30	25	20	15
>10.0 a 13.0	40	35	30	25	20
>13.0 a 16.0	45	40	35	30	25
>16.0 a 19.0	50	45	40	35	30
>19.0	55	50	45	40	35

Calificación: * 15


D. VIVIENDA

Condición

Descripción	Puntos
Otro (institucional, albergues, reclusorios, casas de retiro o sin vivienda)	0
Arrendada (rentada, hipotecada o con gravamen)	1
Comodato (prestada)	2
Propia pagada	3

Calificación: * 1

Tipo de vivienda

Descripción	Puntos
Institución de protección social, vivienda móvil, casa rural, refugio, cuarto redondo o sin vivienda; local no construido para habitación	0
Vecindad o cuarto de servicio o azotea	1
Departamento o casa popular en unidades habitacionales (interés social)	2
Departamento o casa clase media con financiamiento propia o hipoteca	3
Departamento o casa residencial	5

Calificación: * 2

Servicios Públicos

Descripción	Puntos
De 0 a 1 servicio público	0
2 servicios públicos	1
3 servicios públicos	2
4 o más servicios públicos	3

Calificación: * 3

Servicios Intradomiciliarios

Descripción	Puntos
0-1 servicio	0
2 servicios	1
3 servicios	2
4 o más servicios	3

Calificación: * 3

E. SALUD FAMILIAR

Tiempo de tratamiento de la enfermedad del paciente

Descripción	Puntos
Más de 6 meses	0
De 3 a 6 meses	1
Menos de 3 meses o sin comorbilidad	2

Calificación: * 2

Otros problemas de salud del paciente

Descripción	Puntos
SI	0
NO	1

Calificación: * 1

Estado de salud de los integrantes de la familia

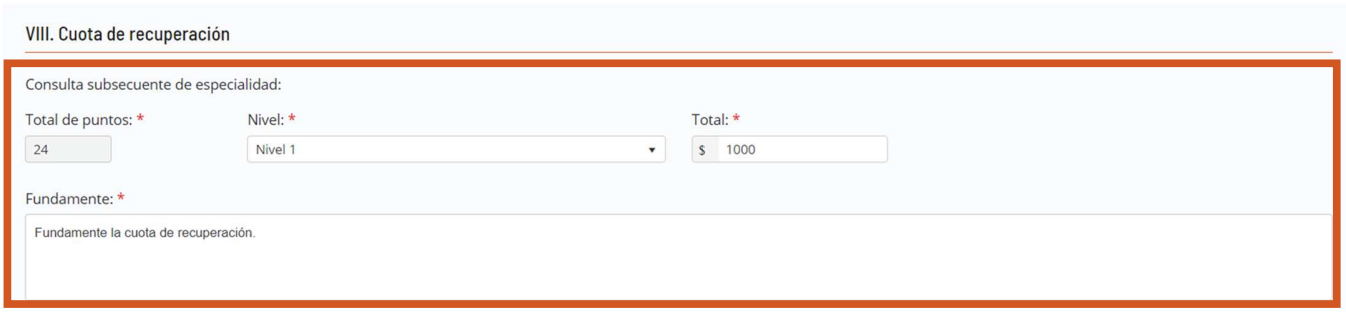
Descripción	Puntos
Dos o principal proveedor económico enfermo	0
Un enfermo	1
Ningún enfermo	2

Calificación: * 2

Calificación total de Estado de Salud:* 5

CALIFICACIÓN TOTAL * 48

En la sección **VIII. Cuota de recuperación**, el sistema pone la calificación total y calcula automáticamente el nivel, la cuota de recuperación es un campo abierto para que indique la cantidad correspondiente y fundamente en el campo indicado.


VIII. Cuota de recuperación

Consulta subsecuente de especialidad:

Total de puntos: * 24

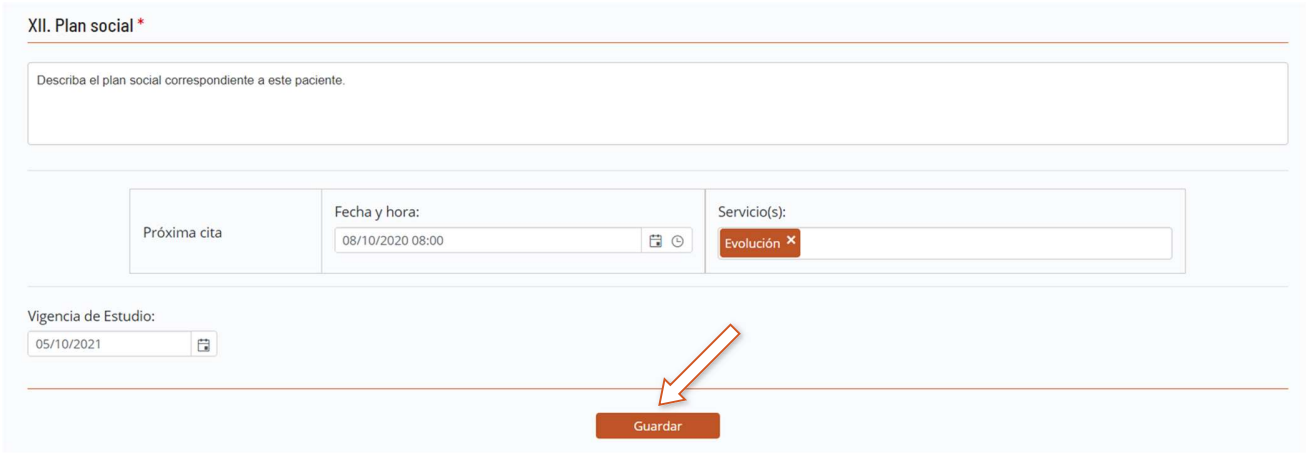
Nivel: * Nivel 1

Total: * $ 1000

Fundamente: *

Fundamente la cuota de recuperación.

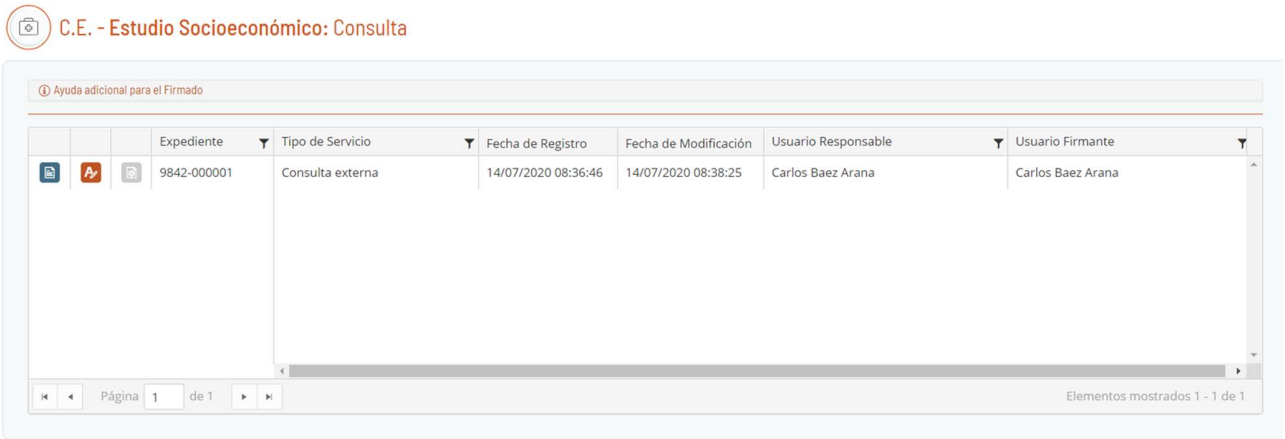
Complete las secciones X, XI y XII con la información correspondiente.



Al finalizar el formato haga clic en **"Guardar"** y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. Al hacer clic en esta opción, el sistema muestra la siguiente pantalla:



Haga clic en el primer ícono **"Ver detalle"** y el sistema mostrará el formato de estudio socioeconómico en modo consulta:

I. Identificación del(la) paciente

Persona(s) que asiste(n): *

(•) Consumidor de Drogas ( ) Familiares ( ) Ambos ( ) Otros

Su domicilio es:

(•) Permanente ( ) Temporal ( ) Itinerante ( ) Otro

Se le puede visitar en domicilio: * (•) Sí ( ) No

*Caso afirmativo, especificar calles y referencias

Calle 1 y calle 2

Medio de transporte que utiliza para llegar a CIJ: *

( ) Autobús Urbano ( ) Metro o Tren Ligero ( ) Automóvil Propio (•) Taxi ( ) Autobús Foráneo ( ) Varios ( ) Otros

El motivo de su asistencia es condicionada o indicada por alguna institución: * (•) Sí ( ) No

IMSS

¿Profesa alguna religión? *

(•) Ninguna ( ) Católica ( ) Protestantes y evangélicas ( ) Bíblicas no evangélicas ( ) Judaica ( ) Otras Religiones

III. Área escolar

¿Estudia actualmente? * (•) Sí ( ) No

Grado máximo alcanzado [seleccione sólo una opción]: *

Primaria:

Secundaria:

Preparatoria/Bachillerato:

Titulado

Licenciatura:

Maestría:

Doctorado:

Si interrumpió sus estudios, especifique motivos [seleccione las 3 principales]: *

Relacionado con su Consumo de Drogas × | No le Gustaba la Escuela × | Dejaron de Apoyarlo/a Financieramente ×

IV. Área laboral

¿Trabaja actualmente? * Sí No

¿Cuánto tiempo tiene de no trabajar [trabajo remunerado]? (meses) *

¿Cuántas horas trabaja en un día normal (promedio)? * 20

¿Cuántos días trabaja a la semana (promedio)? * 5

¿Qué tan satisfecho se siente con su desempeño laboral? [0 nada satisfecho a 10 muy satisfecho]: * 8

¿Cómo calificaría su relación con su/s jefe/s? [0 muy mala a 10 muy buena]: * 7

¿Cómo calificaría su relación con sus compañeros de trabajo? [0 muy mala a 10 muy buena]: * 9

Datos relevantes en su vida laboral (organización, clima laboral, problemas laborales, impuntualidad, inasistencia, acoso laboral o sexual, desinterés, incapacidades médicas recurrentes y si hay relación con el consumo de drogas, etc):

Datos relevantes en su vida laboral.

Evaluación Clínica Psicológica

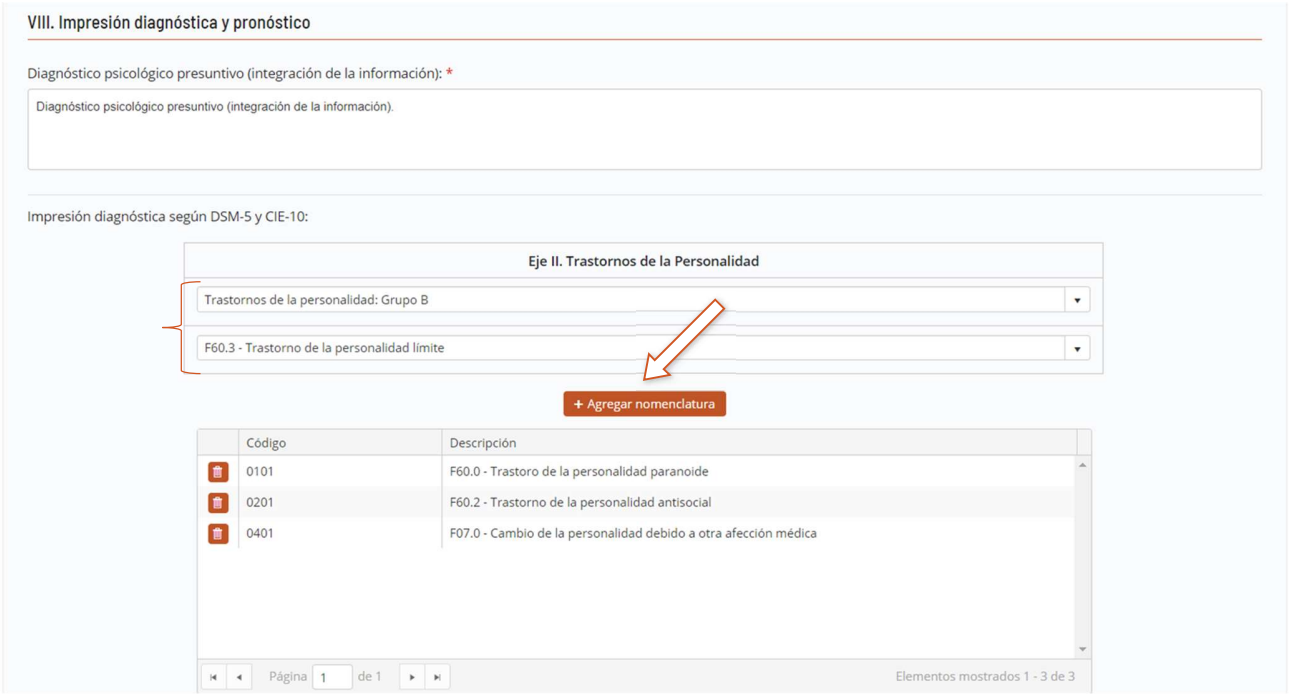
Para registrar este formato siga los siguientes pasos

1. En la sección **Valoración y admisión** haga clic para desplegar todos los formatos que contiene.

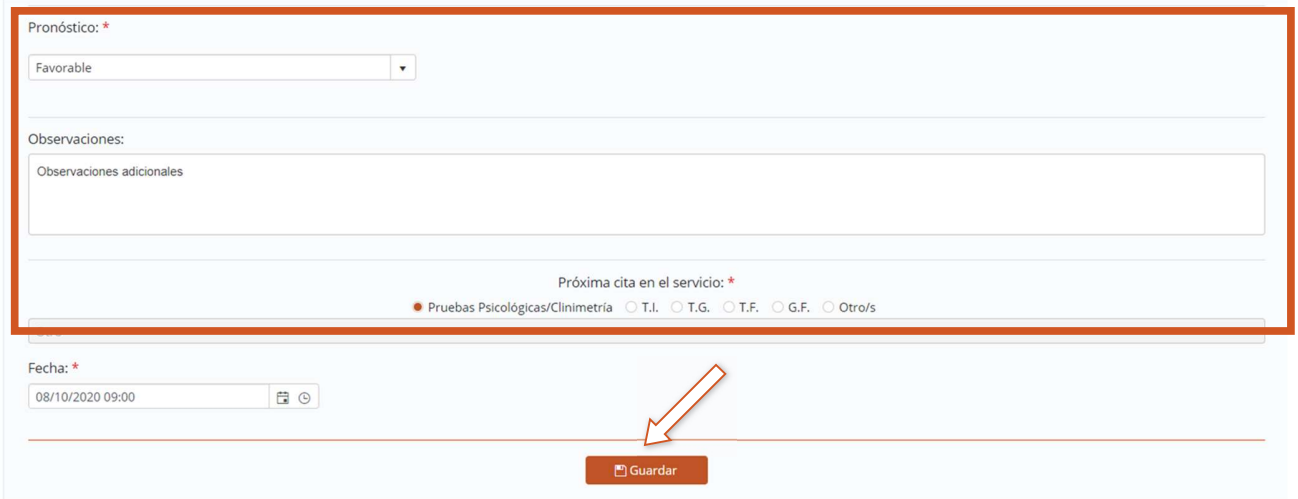
2. Haga clic en el formato **Evaluación clínica y psicológica** y el sistema desplegará las siguientes opciones:
    a. Registro. Las secciones I, II, III, IV, V, VI y los primeros campos de la sección VII son campos abiertos, la siguiente pantalla muestra los primeros campos, los siguientes se llenan exactamente igual. No se adjuntan por razones de practicidad.

Al final de la sección VII, indique el estadio del cambio en el que se encuentra el/la residente de acuerdo con la aplicación de la Escala Sócrates 8D, puede marcar uno o ambos, seleccione el puntaje y el sistema calculará automáticamente el rango.

En la sección **VII. Impresión diagnóstica y pronóstico**, se incluye el **Eje II. Trastornos de la personalidad**, seleccione el tema y subtema y se habilitará el botón de **"Agregar nomenclatura"**, puede agregar tantos trastornos como se necesite.



Al final de esta sección, indique el tipo de pronóstico, el campo de observaciones es opcional, indicar el servicio para una próxima cita y la fecha de esta.

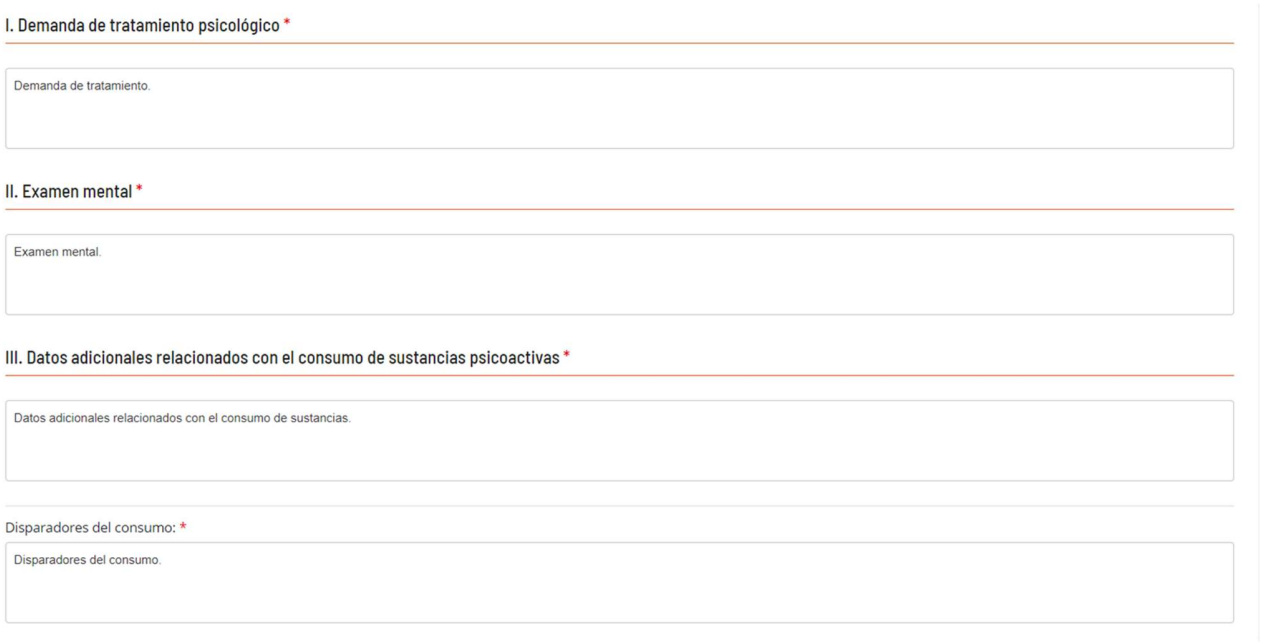


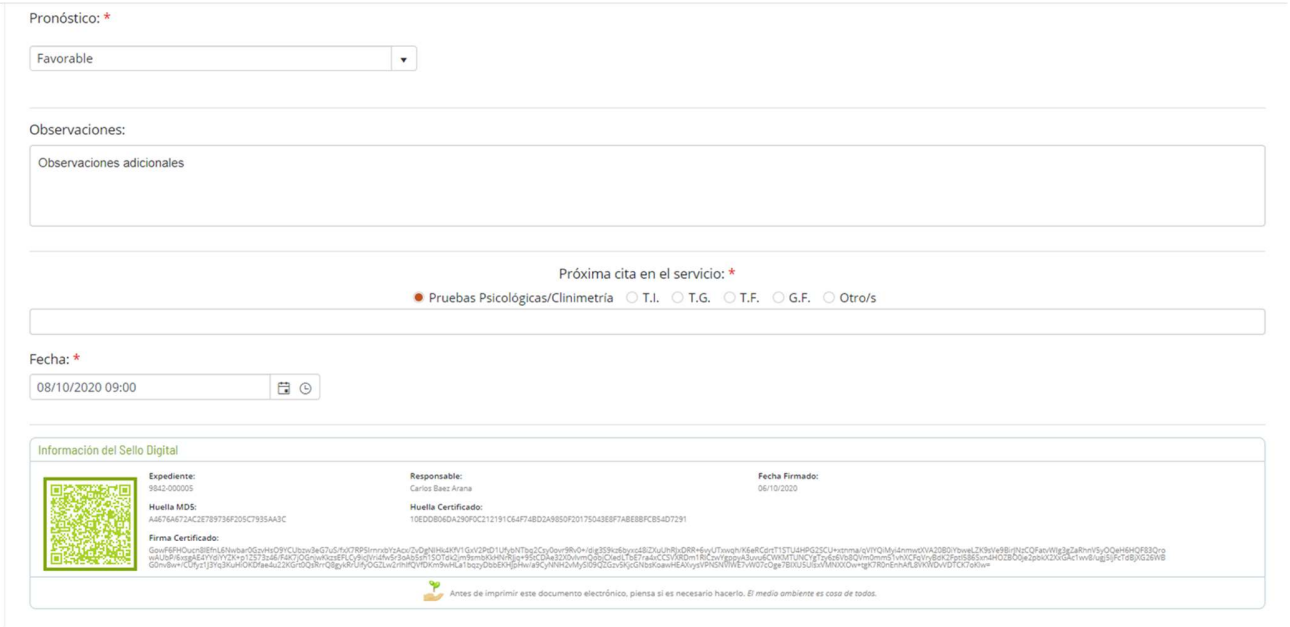
Una vez terminado el formato haga clic en **"Guardar"** y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. Al hacer clic en este ícono, el sistema muestra la siguiente pantalla.

Haga clic en el primer ícono de **"Ver detalle"** y el sistema mostrará el formato en modo consulta. Las siguientes pantallas son una extracción de una parte de la consulta de este formato, no se pone completo por tema de practicidad.



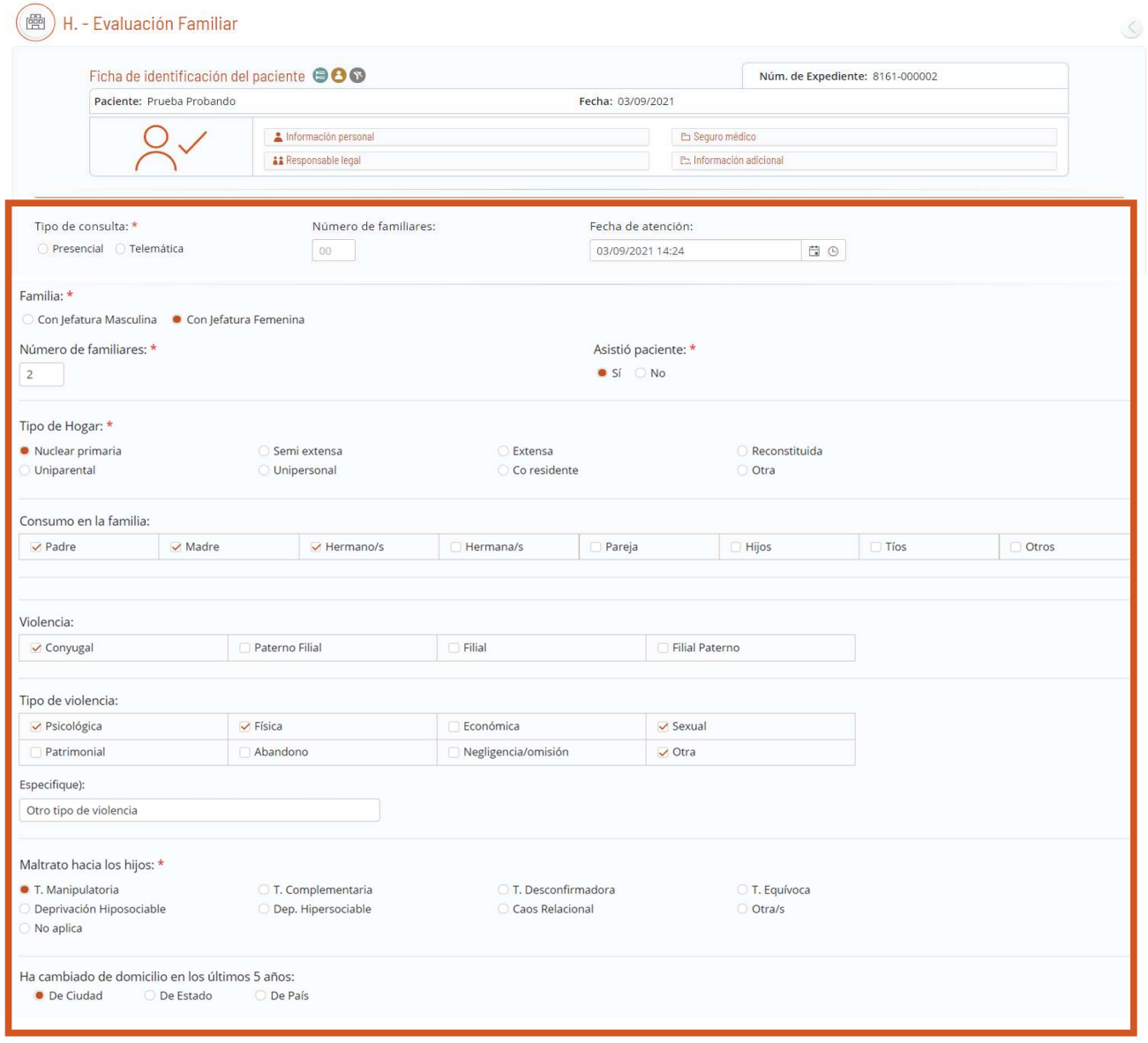


Evaluación Familiar

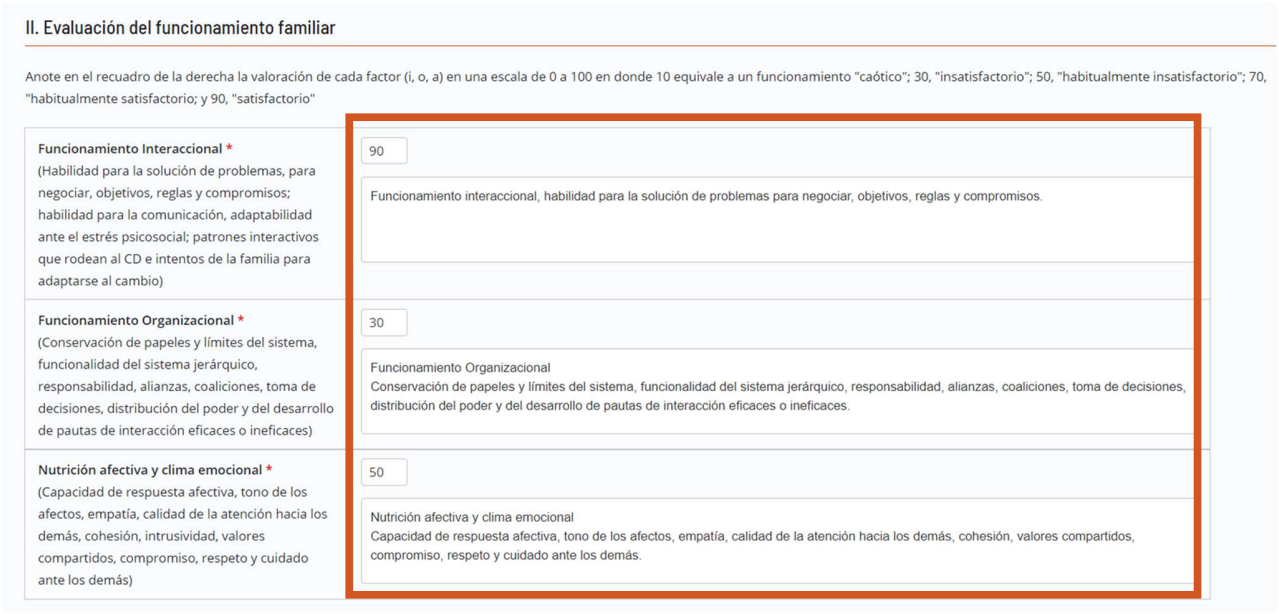
Para registrar este formato, siga los siguientes pasos:

1. Sección **Servicios complementarios**.

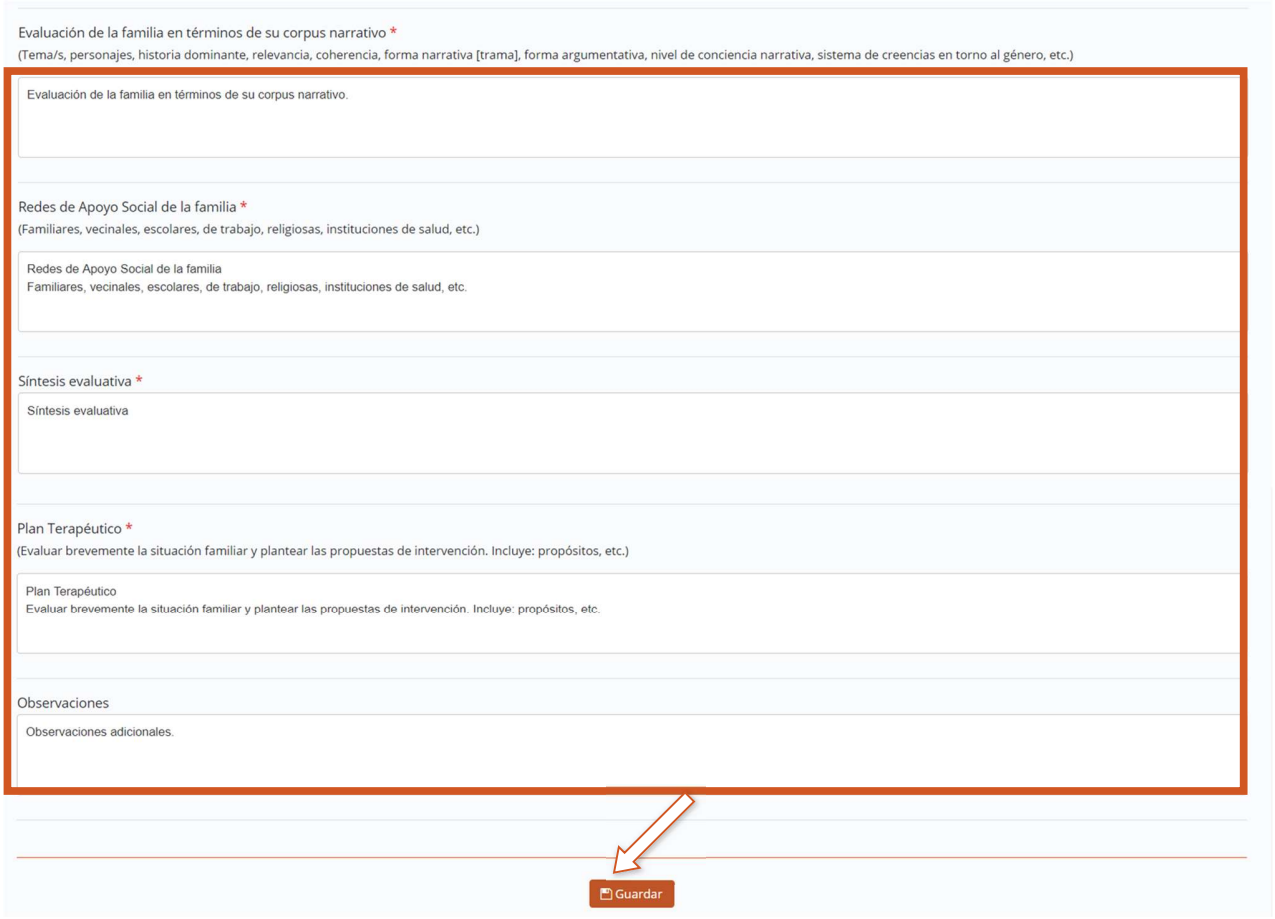
2. Haga clic en el formato **Evaluación familiar**. El sistema desplegará dos opciones:
    a. Registro. En la primera sección, seleccione el tipo de jefatura, número de familiares, si asistió el paciente, tipo de hogar, consumo en la familia, violencia, tipo de violencia, maltrato a los hijos y si el paciente ha cambiado su domicilio en los últimos 5 años.



La sección **II. Evaluación del funcionamiento familiar**, en los tres parámetros indique la cantidad correspondiente en una escala del 0 al 100.



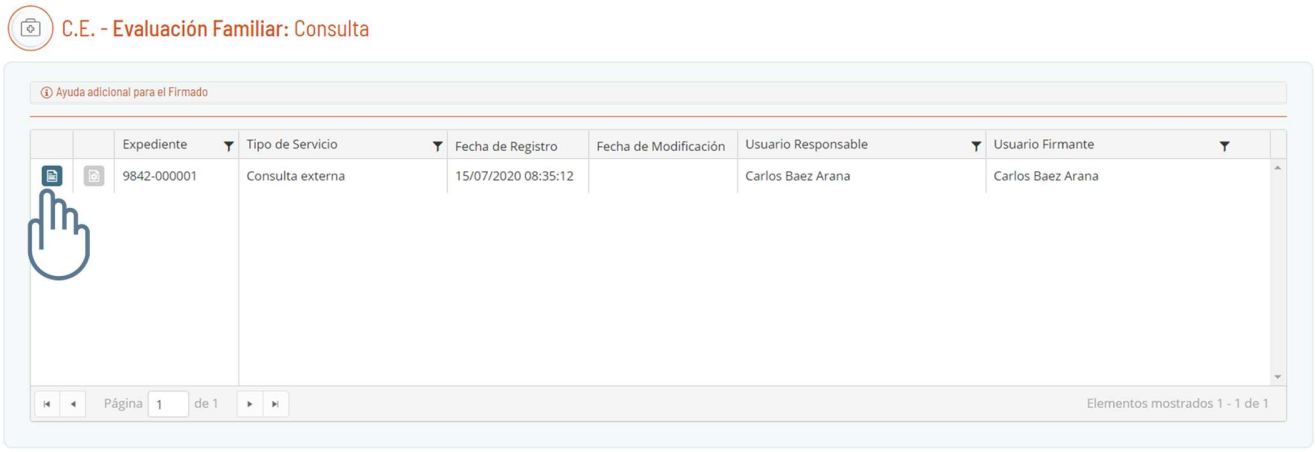
Los siguientes campos son abiertos y prácticamente se puede indicar cualquier cosa.



Al finalizar haga clic en **“Guardar”** y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. El sistema muestra la siguiente pantalla



Haga clic en el primer ícono **“Ver detalle”** y el sistema desplegará el formato en forma de consulta, las siguientes imágenes son algunas de las secciones de este formato (el sistema lo muestra completo).

Familia: *
○ Con Jefatura Masculina ● Con Jefatura Femenina

Número de familiares: *
2

Asistió paciente: *
● Sí ○ No

Tipo de Hogar: *

○ Nuclear primaria	● Semi extensa	○ Extensa	○ Reconstituida
○ Uniparental	○ Unipersonal	○ Co residente	○ Otra

Consumo en la familia:

☑ Padre	☑ Madre	☐ Hermano/s	☐ Hermana/s	☐ Pareja	☐ Hijos	☐ Tíos	☐ Otros

Especifique:

Violencia:

☑ Conyugal	☑ Paterno Filial	☐ Filial	☐ Filial Paterno

Tipo de violencia:

☑ Psicológica	☐ Física	☐ Económica	☐ Sexual
☑ Patrimonial	☐ Abandono	☐ Negligencia/omisión	☐ Otra

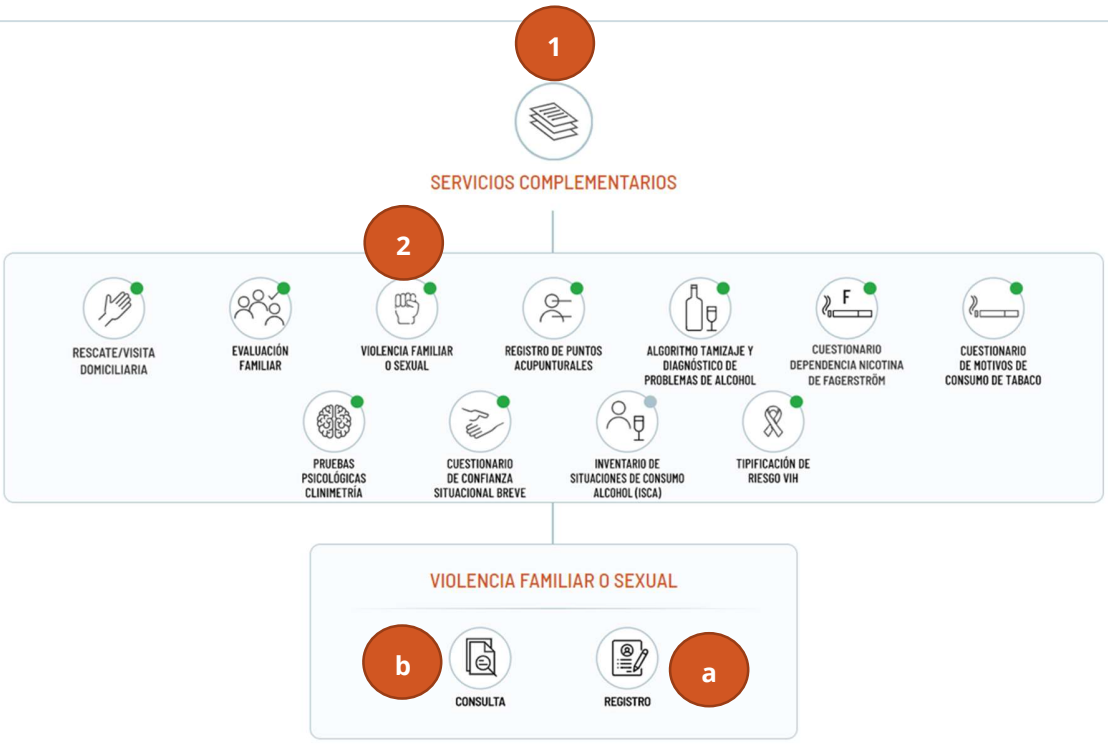
II. Evaluación del funcionamiento familiar

Anote en el recuadro de la derecha la valoración de cada factor (i, o, a) en una escala de 0 a 100 en donde 10 equivale a un funcionamiento "caótico"; 30, "insatisfactorio"; 50, "habitualmente insatisfactorio"; 70, "habitualmente satisfactorio; y 90, "satisfactorio"

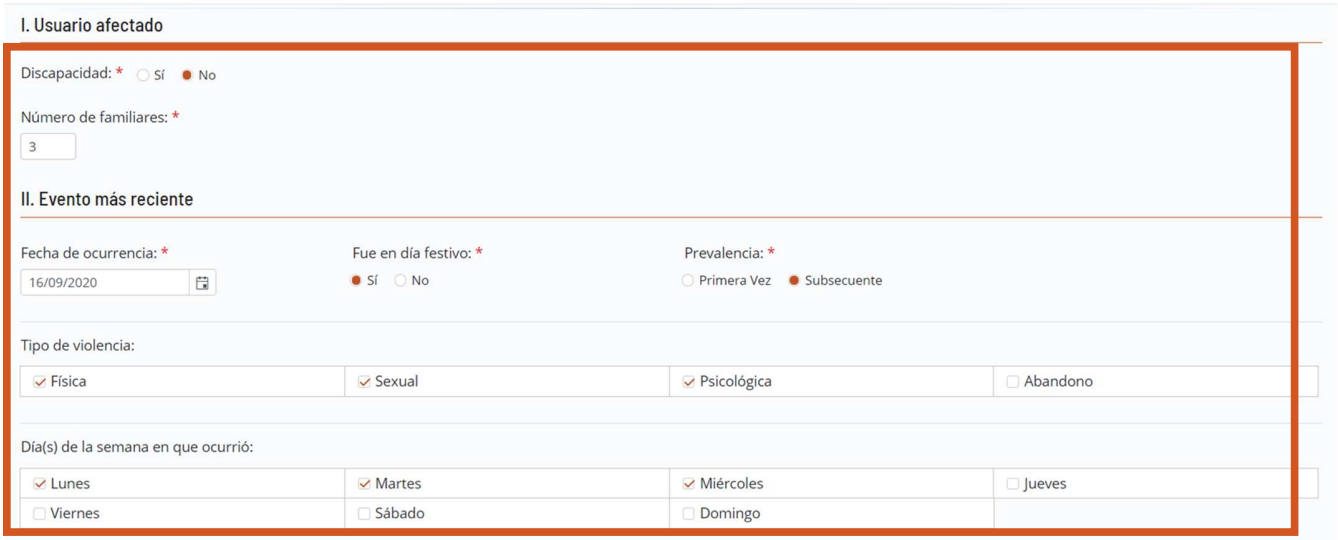
Funcionamiento Interaccional * (Habilidad para la solución de problemas, para negociar, objetivos, reglas y compromisos; habilidad para la comunicación, adaptabilidad ante el estrés psicosocial; patrones interactivos que rodean al CD e intentos de la familia para adaptarse al cambio)	90 Funcionamiento interaccional
Funcionamiento Organizacional * (Conservación de papeles y límites del sistema, funcionalidad del sistema jerárquico, responsabilidad, alianzas, coaliciones, toma de decisiones, distribución del poder y del desarrollo de pautas de interacción eficaces o ineficaces)	50 Funcionamiento organizal
Nutrición Afectiva y clima emocional * (Capacidad de respuesta afectiva, tono de los afectos, empatía, calidad de la atención hacia los demás, cohesión, intrusividad, valores compartidos, compromiso, respeto y cuidado ante los demás)	70 Nutrición afectiva

Violencia Familiar o Sexual

Para registrar este formato siga los siguientes pasos:

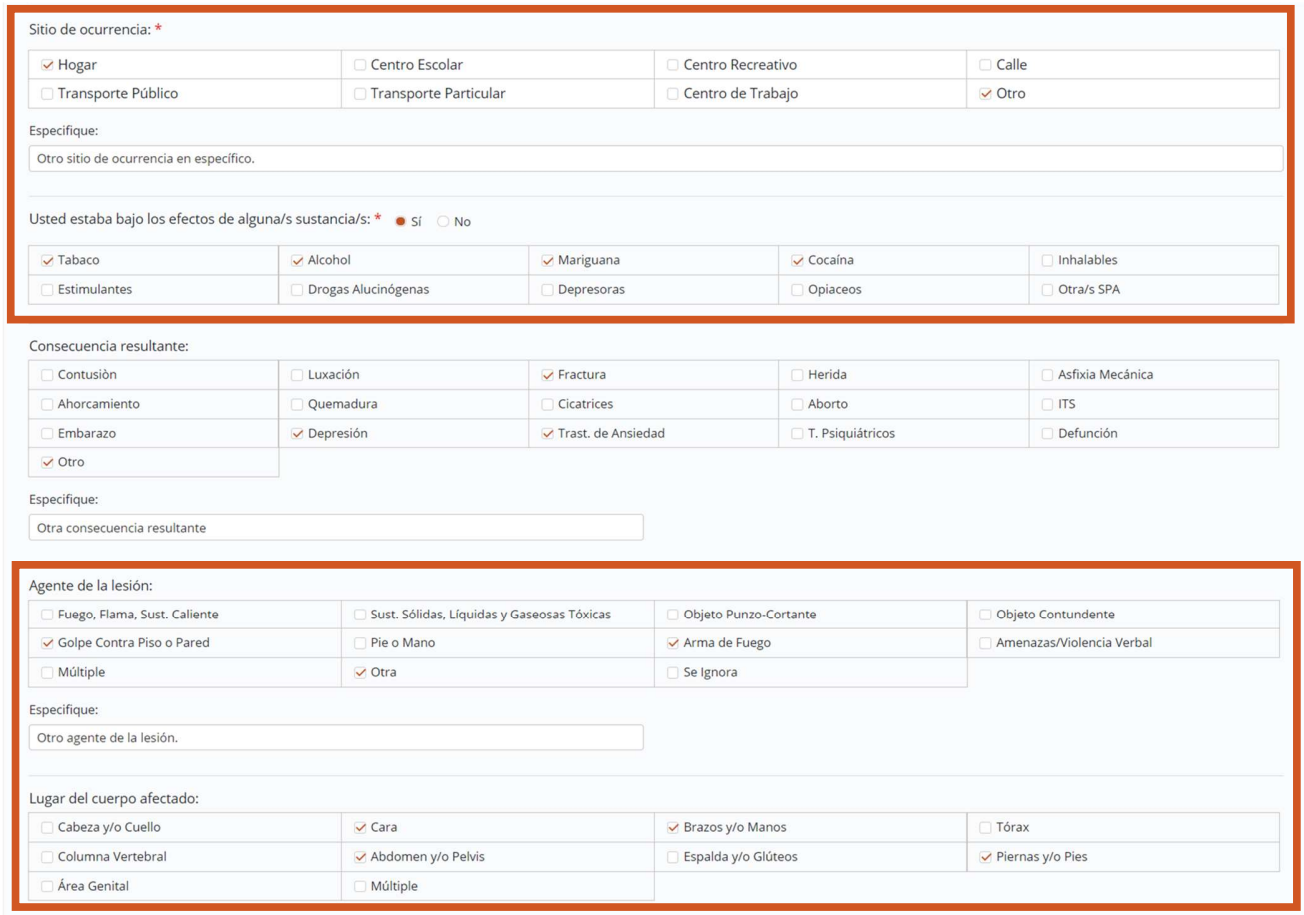


1. En la sección **Servicios complementarios** haga clic para desplegar todos los formatos que contiene.
2. Haga clic en el formato **Violencia familiar o sexual** y el sistema desplegará las siguientes opciones:
    a. Registro

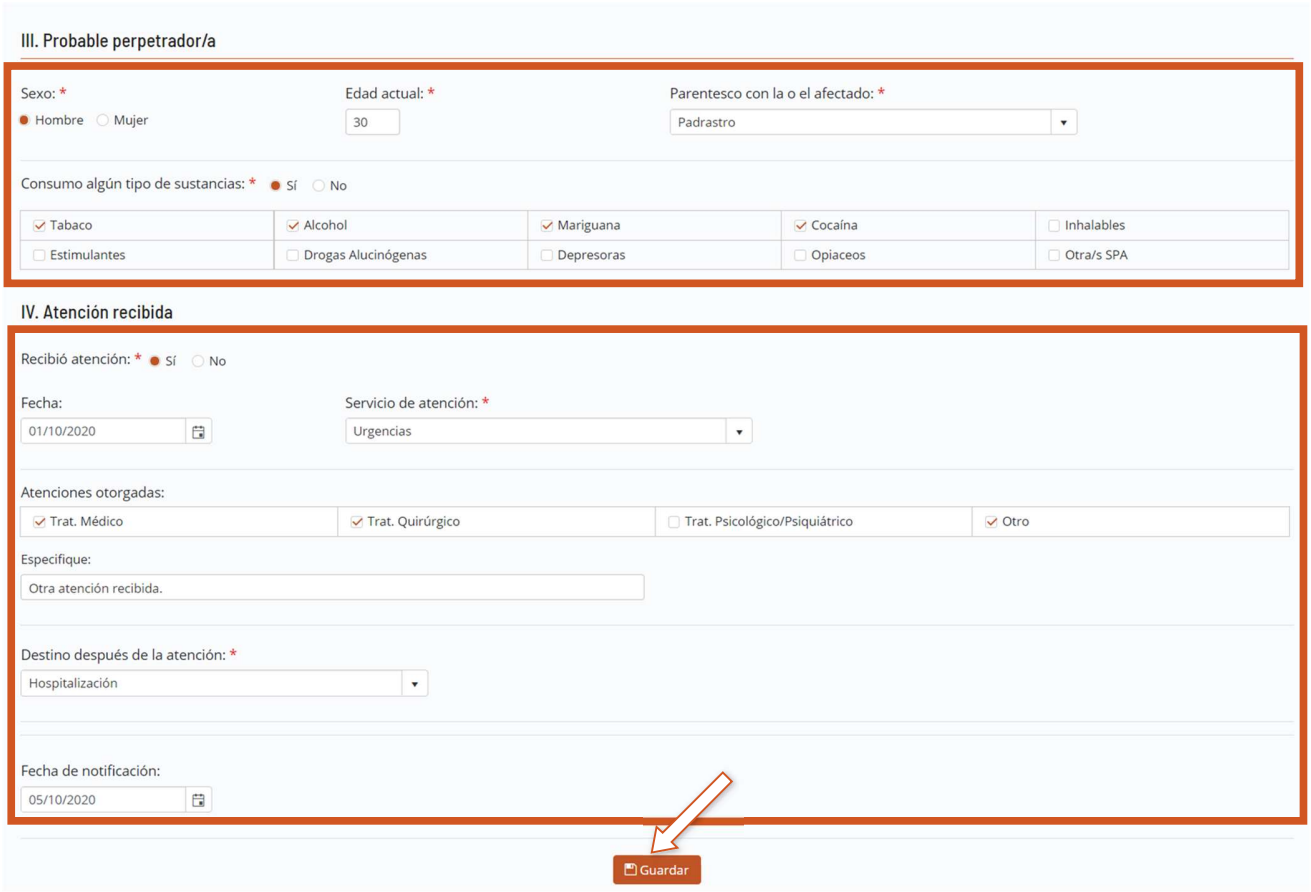


En la sección **I. Usuario afectado**, indique si el paciente tiene alguna discapacidad y el número de familiares. En la sección **II. Evento más reciente** seleccione la fecha de ocurrencia y si fue en un día festivo y la prevalencia; en los campos: **tipo de violencia, día(s) de la semana en que ocurrió, sitio de ocurrencia,** puede seleccionar varias opciones.

En el campo **"Usted estaba bajo los efectos de alguna/s sustancia/s"**, si contesta de manera afirmativa, el sistema muestra las sustancias, marque todas las que apliquen. Haga lo mismo con los siguientes campos que son de selección múltiple.



En la sección **III. Probable perpetrador/a**, indique el sexo del probable agresor, edad, parentesco y si consumió alguna/s sustancia/s. En la sección **IV. Atención recibida**, indique si recibió atención y los datos correspondientes a la misma.



Al finalizar haga clic en **"Guardar"** para que el sistema almacene la información y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. El sistema muestra la siguiente pantalla.

I. Usuario afectado

Discapacidad: * (●) Sí ( ) No

Número de familiares: *

2

II. Evento más reciente

Fecha de ocurrencia: * 06/07/2020

Fue en día festivo: * (●) Sí ( ) No

Prevalencia: * ( ) Primera Vez (●) Subsecuente

Tipo de violencia:

☑ Física	☐ Sexual	☐ Psicológica	☐ Abandono

Día(s) de la semana en que ocurrió:

☑ Lunes	☑ Martes	☐ Miércoles	☐ Jueves
☐ Viernes	☐ Sábado	☐ Domingo	

III. Perpetrador/a o probable perpetrador/a

Sexo: * ( ) Hombre (●) Mujer

Edad actual: * 32

Parentesco: * Madre

Consumo algún tipo de sustancias: * (●) Sí ( ) No

☑ Tabaco	☑ Alcohol	☐ Mariguana	☐ Cocaína	☐ Inhalables
☑ Estimulantes	☑ Drogas Alucinógenas	☐ Depresoras	☐ Opiaceos	☐ Otra/s SPA

IV. Atención recibida

Recibió atención: * (●) Sí ( ) No

Fecha: 07/07/2020

Servicio de atención: * Urgencias

Otro: Especifique

Atenciones otorgadas:

☐ Trat. Médico	☐ Trat. Quirúrgico	☐ Trat. Psicológico/Psiquiátrico	☑ Otro

Especifique:

Atención otorgada

Destino después de la atención: *

Otro

Fecha de notificación:

06/07/2020

Nombre del notificante: ______________________

Firma: ______________________

Información del Sello Digital

Expediente: 9842-000001

Responsable: Isabel Cruz Ruiz

Fecha Firmado: 07/07/2020

Huella MD5: 542031CE4DF97412C73B12BFDFC5049C

Huella Certificado: B89A210D2711C88F7F071FEABF1B3EF00C3EB027513C0339DA12DDB7135AA355

Firma Certificado:

Xjnx73rp6qPDDs6f5X6ru9sIJK3kUi669b/hdjp/6mWa9Tj3a6dCJbv5KkVefQWCRzOQzoM7Kd8ROthtIfgVVCj9142CAsA0nOakL+zqfl+EeiN2+t7idle9rJvDTGs2pXwBLsjRkCbu3QAqTkpnIGEXu3QTvrgO6Sr47EHjPVuXrPfYWfNw9z5VrvnPcyOPVjYc/bZ9NprGmSVV6QYbUdLANbvUCgzRiPbDqiSya2+RbHkINezS7+bf0
Xws8+k+Re3kOEh3VrmBvfTvuxAAN3wBRT1IURFRUitVVeWoJfeBTRuGA9fWCNi3NgxAOGB80NyoJZV7MbscWm43upTiJw5pIH++PviOGVlezdw8Z9bV6DybCNkPTTCZNFt4eTL4uVxuNp85hpFXpXd+ndYfFVh4kw7mI1QZI11H4HAiJ78GcApce9W4M58UN4z3A5dEEIBex3ZUJqjzE8e1IF41BEiOG1P3pqIr8mxRSkKWi
8M6bNQJZYFUCVPIctuovLO1J/RSXjCBxIWHgDCLcQbottQWFn/MeQ/izfsrw1/mQFYHYv7ayMIknfw5qTpBSqRMjQNn85WmuZh5BeLScIrdKAN0EiCe7weRif3i2V+8HgHZzdaS7UkDLu/6HK/C7XKTTS2ZHzbNTky4IQ9324Mwn2WsIfui/qSmNEVjUi9P/e8=

Antes de imprimir este documento electrónico, piensa si es necesario hacerlo. *El medio ambiente es cosa de todos.*

Al final del formato se encuentra la firma digital.

Hoja de Admisión

Para registrar este formato siga los siguientes pasos:

1. En la sección **Valoración y admisión** haga clic para desplegar todos los formatos que contiene.
2. Haga clic en el formato **Hoja de admisión** y el sistema desplegará las siguientes opciones:
    a. Registro. El formato comienza con las sustancias registradas en la entrevista inicial, esta tabla es únicamente de consulta.

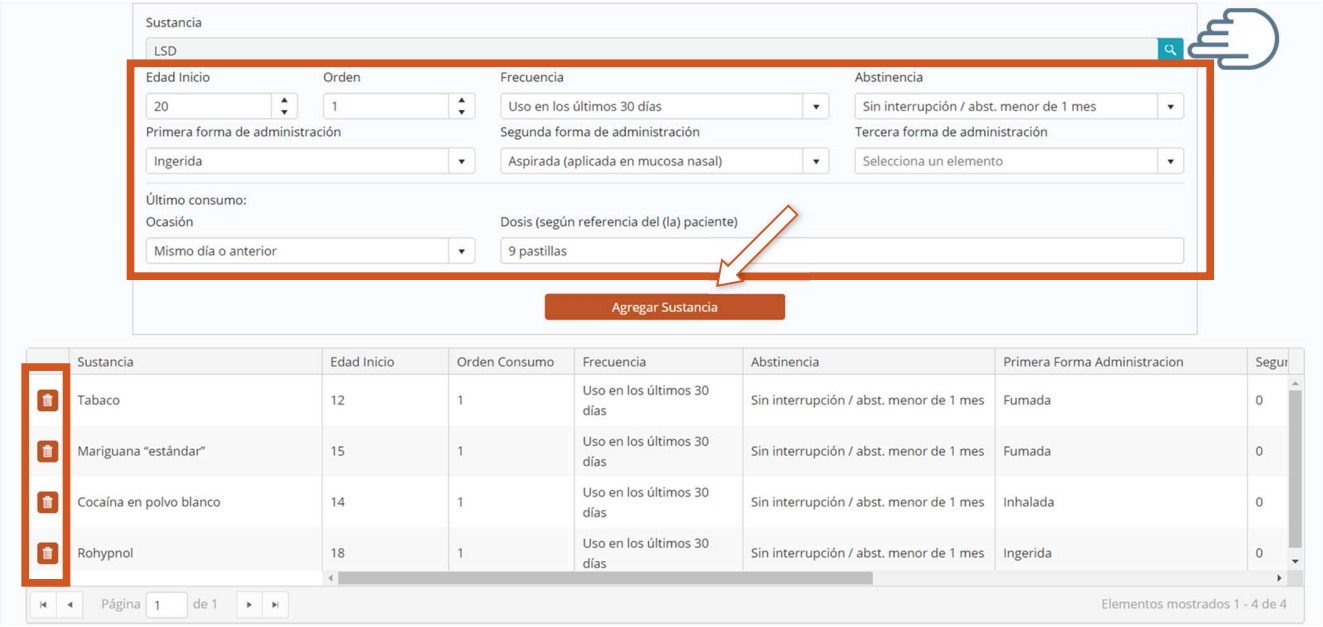
II. Consumo de sustancias

Sustancias utilizadas alguna vez en la vida

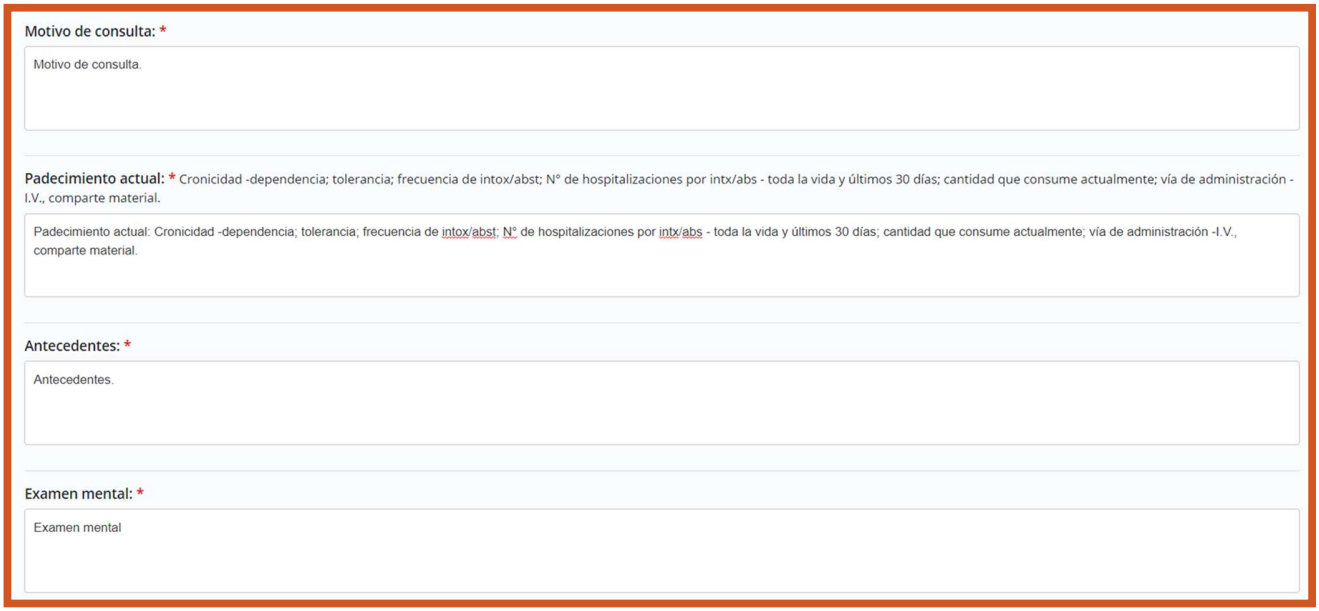
Grupo I	Grupo II	Sustancia	Edad de Inicio	Órden de consu...	Dósis
Estimulantes del SNC	Cocaína en polvo blanco	Cocaína en polvo blanco	22	0	Dosis
Cannabis y sustancias asociadas	Mariguana modificada, con alto nivel de THC	Mariguana modificada, con alto nivel de THC	19	0	Dosis
Inhalables derivados de compuestos orgánicos	Solventes y removedores	Solventes y removedores	29	0	
Tabaco y sustancias nicotínicas	Nicotina en dispositivo electrónico	Nicotina en dispositivo electrónico	17	1	Dosis
Bebidas alcohólicas	Bebidas fermentadas	Bebidas fermentadas	17	2	4 cervezas

Página 1 de 1 Elementos mostrados 1 - 5 de 5

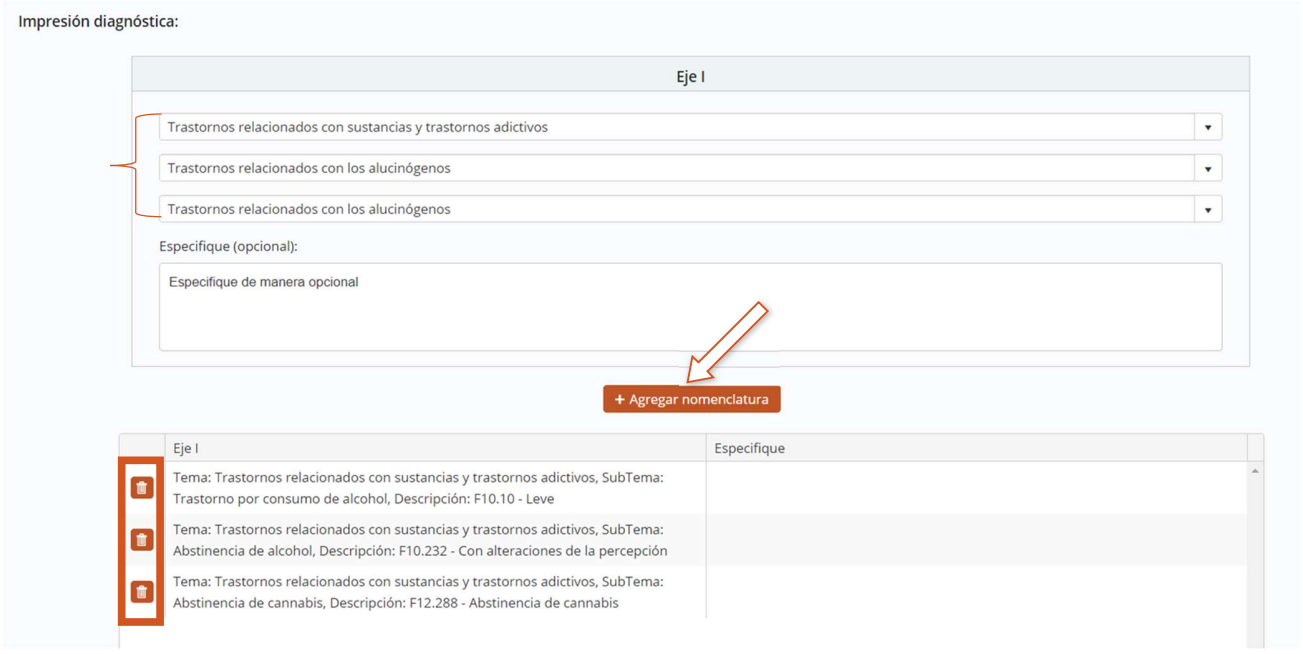
Si desea agregar nuevas sustancias utilice la tabla que está inmediatamente después. Haga clic en el ícono azul con la lupa y localice la sustancia a registrar. Una vez seleccionada la sustancia, complete la información adicional referente al patrón de consumo de esta, es decir, indique la edad de inicio, orden (este campo significa diferenciar la/s sustancia/s que tienen la misma edad de inicio, por ejemplo, edad: 16 - orden 1, edad: 16 – orden 2, edad: 16 – orden 3, etc.), frecuencia de consumo, abstinencia, primera forma de administración, la segunda y tercera forma de administración es opcional su llenado, último consumo y dosis. Hasta que complete los campos mencionados el sistema habilitará el botón **"Agregar sustancia"**, repita este proceso para registrar todas las sustancias que indique el paciente.
Si desea eliminar alguna sustancia que no aplique o por alguna equivocación, haga clic en el primer ícono de la tabla inferior **"Eliminar"** y la sustancia se borrará y no se registrará.



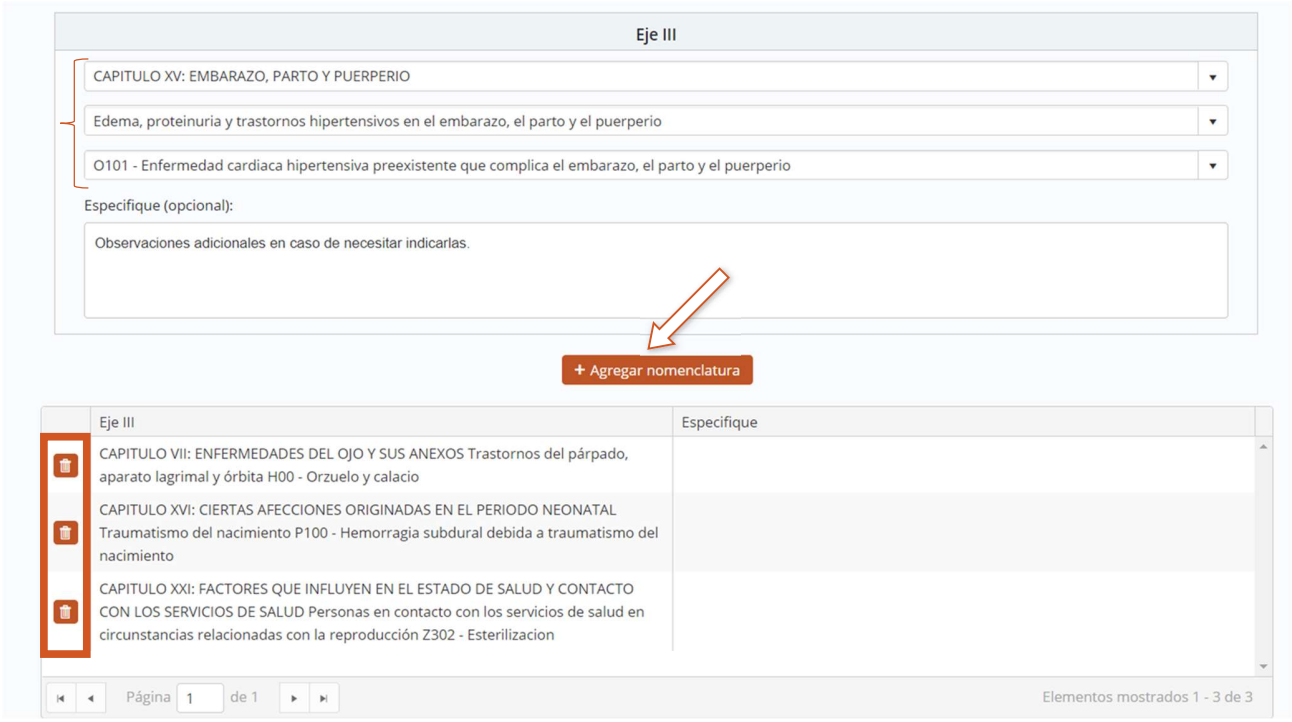
Los siguientes campos: **motivo de consulta, padecimiento actual, antecedentes, examen mental, examen físico y examen neurológico** son abiertos, en éstos puede indicar lo que necesite.



En la **Impresión diagnóstica** indique tema, subtema y eje para habilitar el botón de **"Agregar nomenclatura"** y registrar todos los trastornos que se necesite. Para eliminar aquellos que no apliquen y/o se hayan registrado por error, haga clic en el primer ícono **"Eliminar"** en la tabla inferior.



El **Eje III** funciona igual que el **Eje I**, seleccione tema, subtema y eje para habilitar el botón de **"Agregar nomenclatura"** y de esta manera agregar los trastornos que apliquen al paciente en curso. Para eliminar algún trastorno haga clic en el primer ícono **"Eliminar"**.

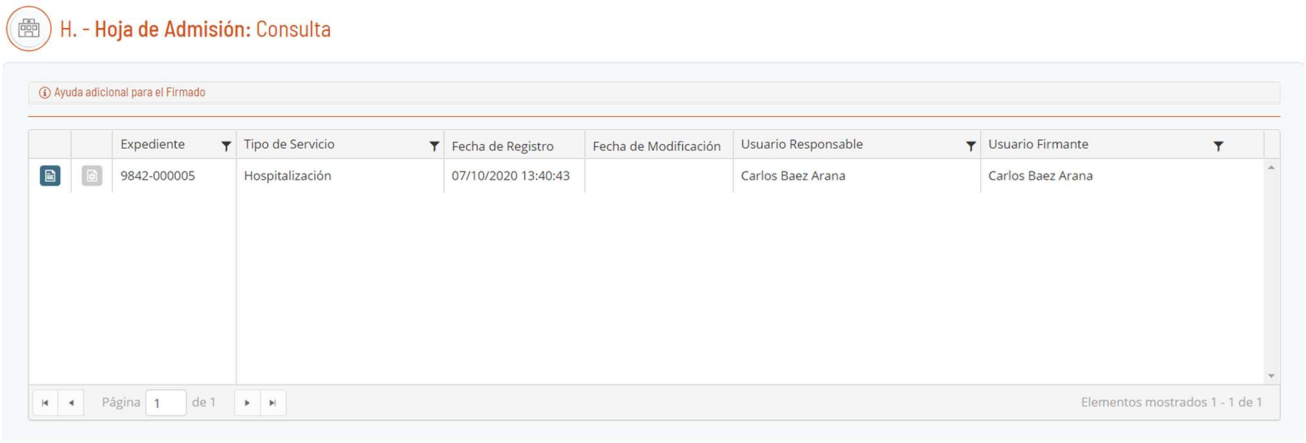


Al final del formato, complete el último campo abierto **Plan terapéutico inicial**.

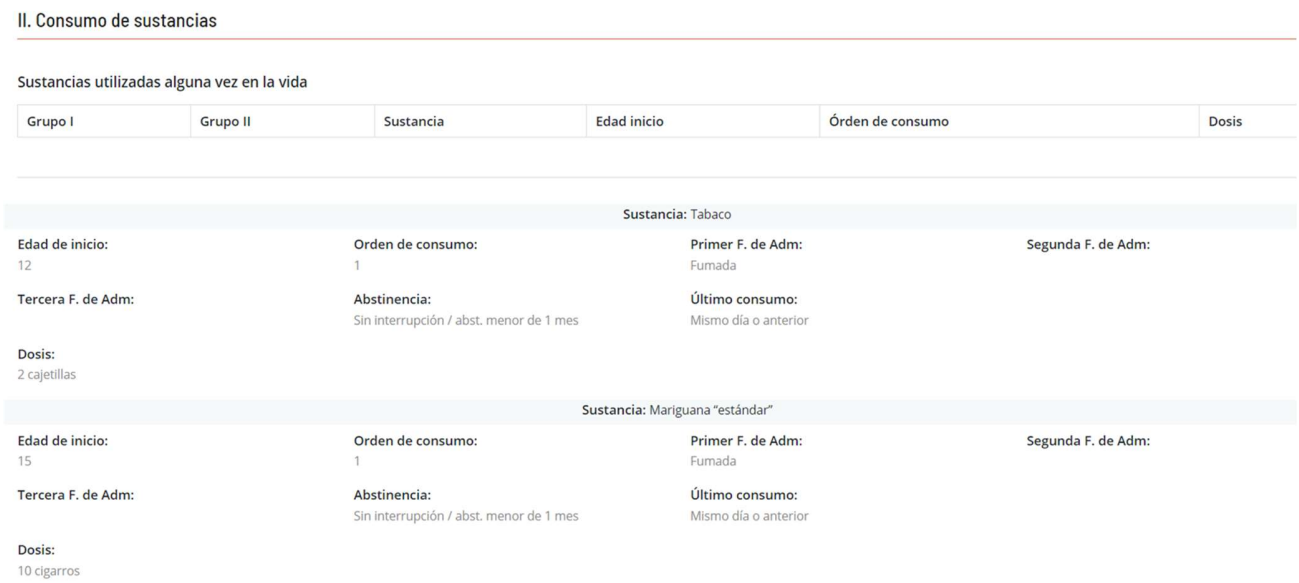
Al finalizar haga clic en el botón **"Guardar"**, el sistema almacenará la información y firme electrónicamente.

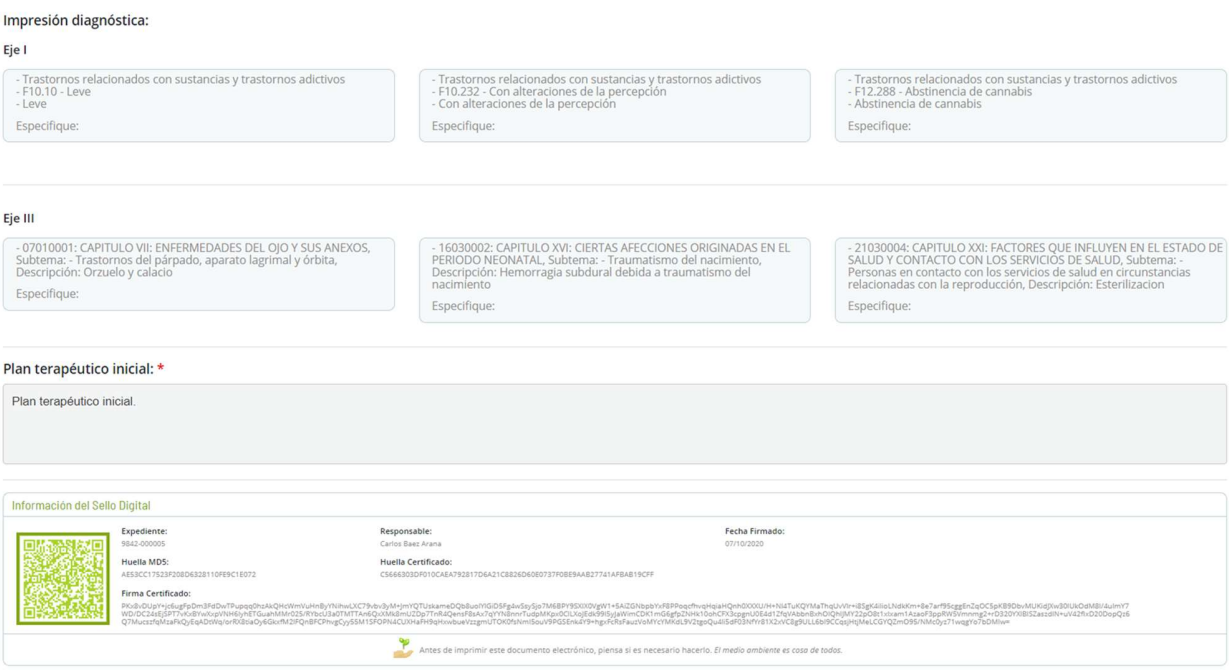
Ir a firma electrónica

b. Consulta. Al hacer clic en este ícono, el sistema muestra la siguiente pantalla.



Al hacer clic en el primer ícono **"Ver detalle"**, el sistema muestra el formato en modo consulta. Las siguientes pantallas son una extracción de algunas partes de la consulta de este.



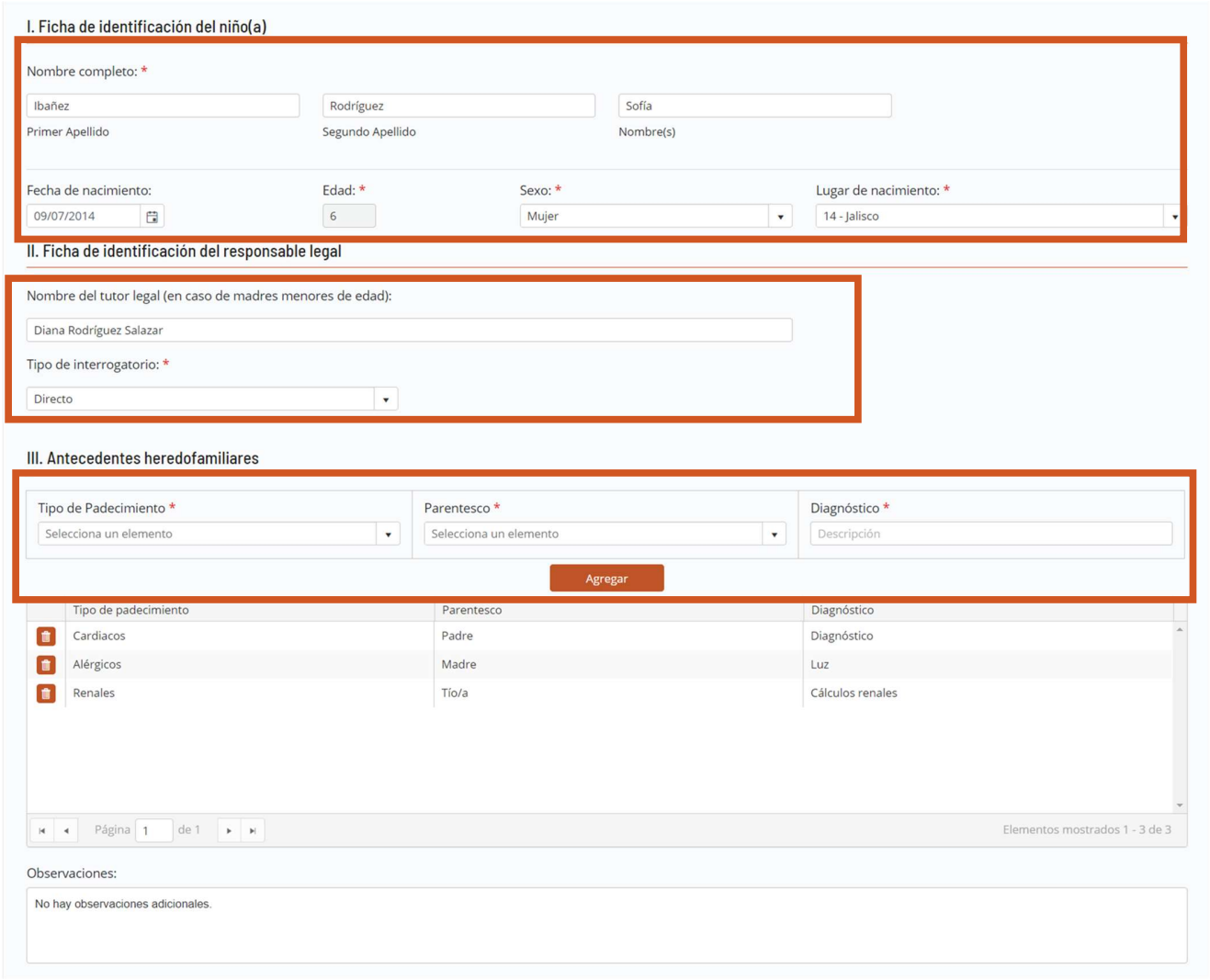


Al final de la consulta del formato se muestra la firma digital.

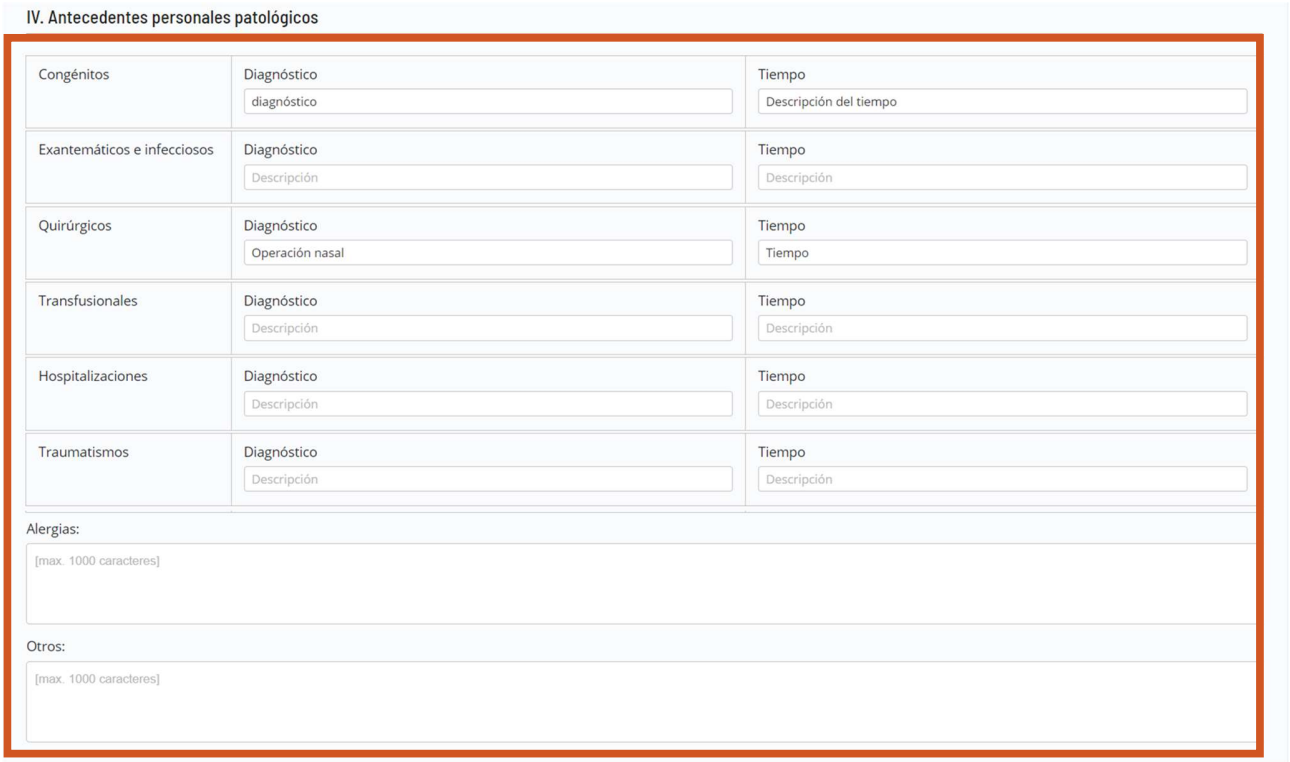
Historia Clínica Pediátrica

Para registrar este formato siga los siguientes pasos:

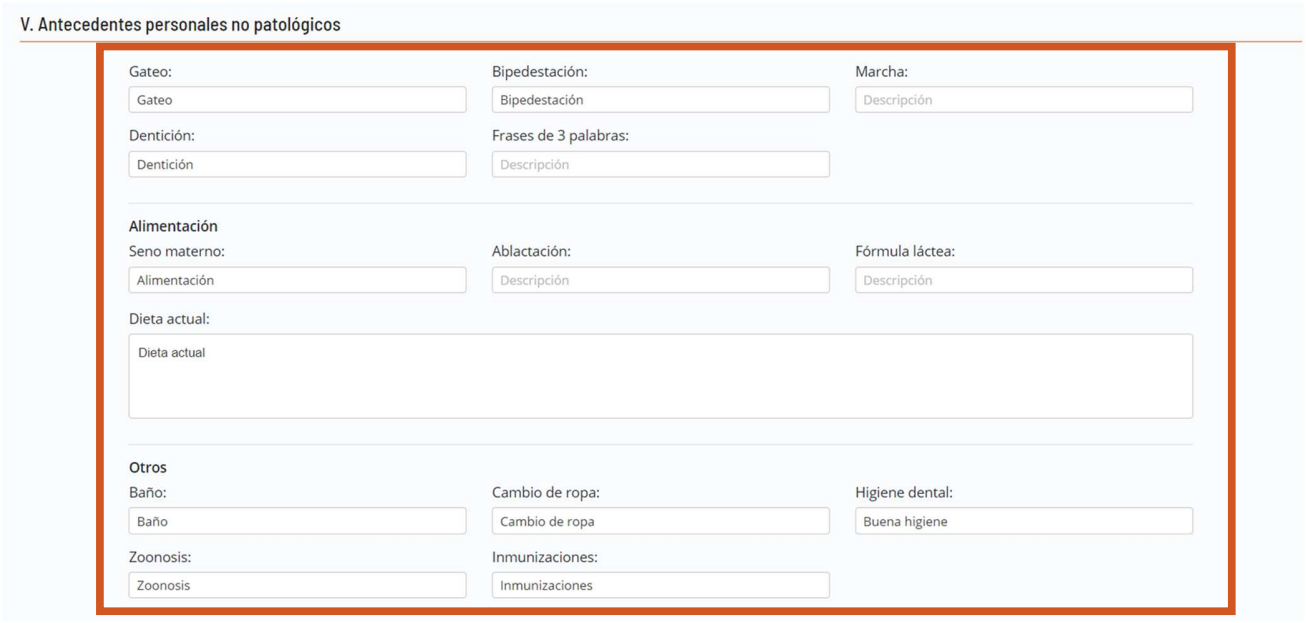
1. En la sección **Valoración y admisión** haga clic para desplegar todos los formatos que contiene.
2. Haga clic en el formato **Historia clínica pediátrica** y el sistema desplegará las siguientes opciones:
    a. Registro. El sistema muestra el formato a llenar. En la primera sección **I. Ficha de identificación del niño(a)**, anote el nombre completo, fecha de nacimiento (y la edad se calcula automáticamente), sexo y lugar de nacimiento del niño(a). La sección **II. Ficha de identificación del responsable legal**, indique el nombre del tutor legal y el tipo de interrogatorio. En la sección **III. Antecedentes heredofamiliares**, indique tipo de padecimiento, parentesco, diagnóstico y haga clic en el botón **"Agregar"** para registrar cada familiar con un antecedente.



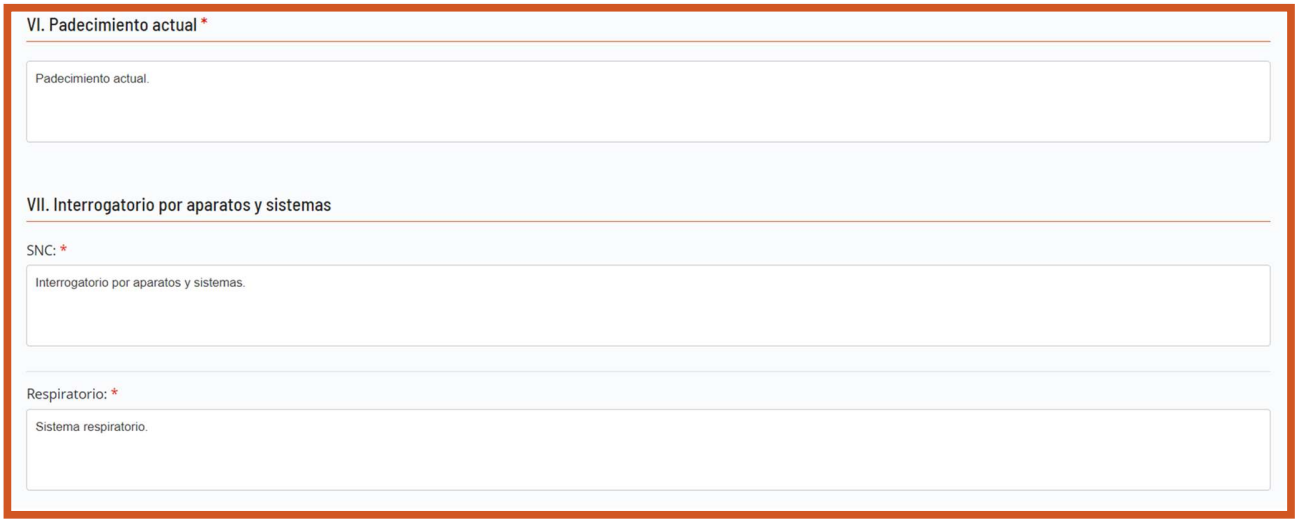
En la sección **IV. Antecedentes personales patológicos**, escriba en el campo correspondiente el diagnóstico y el tiempo. En los campos abiertos **alergias y otro,** indique en cada uno lo que corresponda.



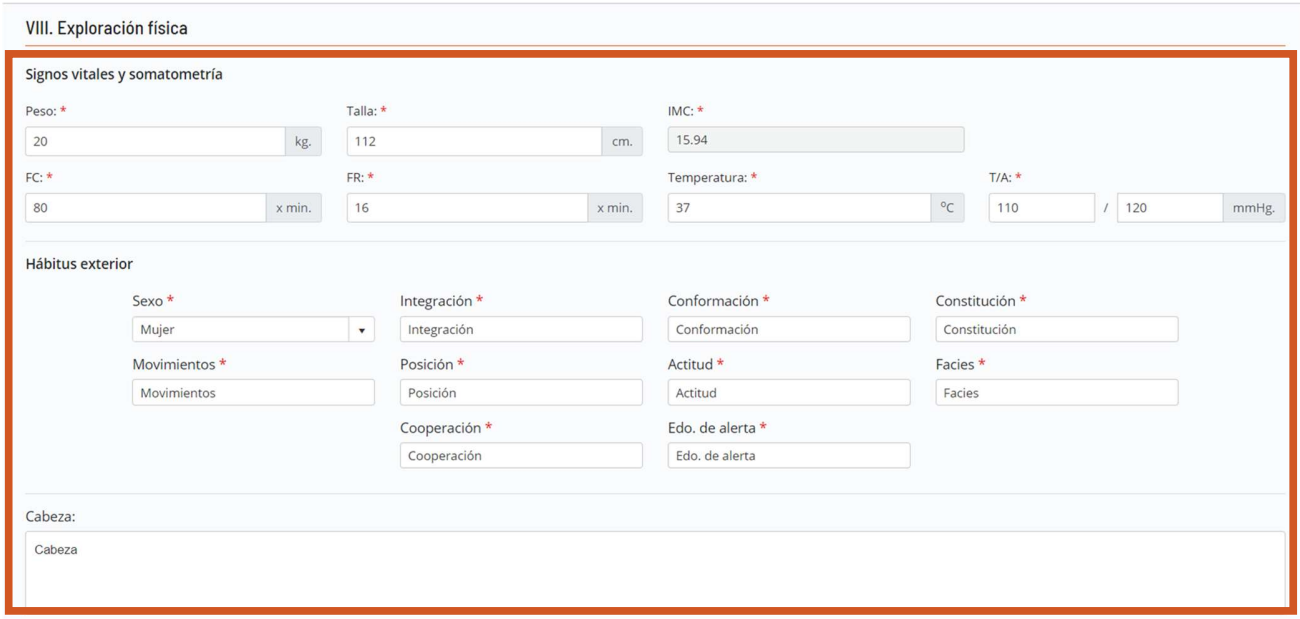
En la sección **V. Antecedentes personales no patológicos**, indique en los campos abiertos de acuerdo a lo que se marca en la etiqueta.



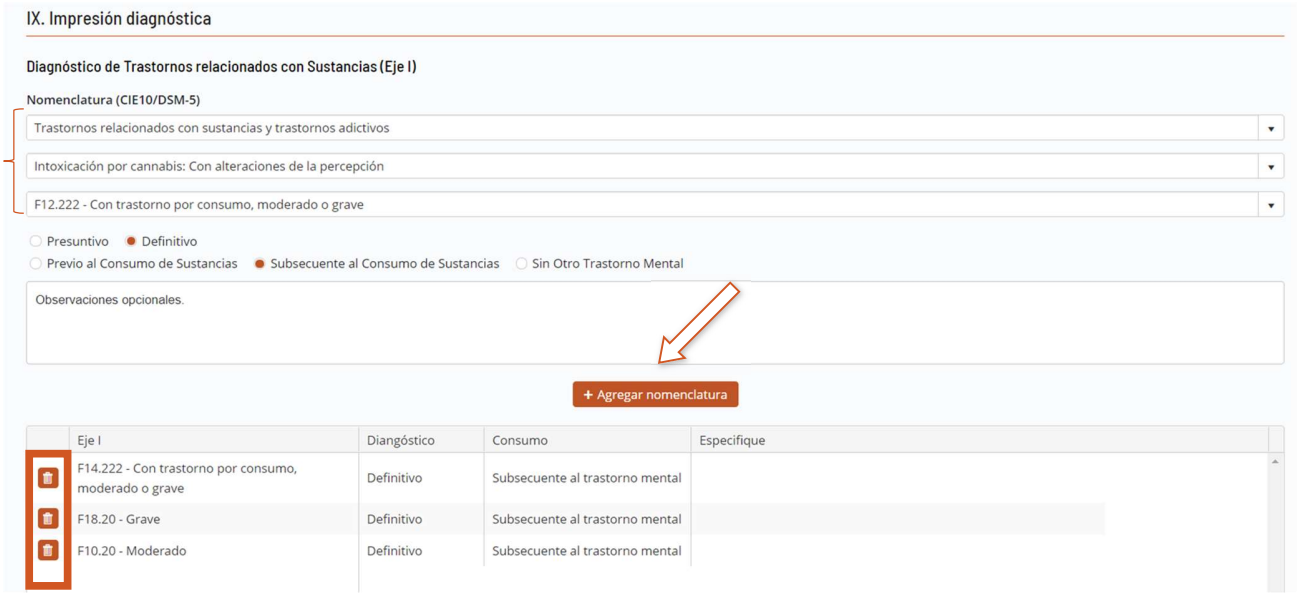
En la sección **VI. Padecimiento actual** y la **VII. Interrogatorio por aparatos y sistemas**, contienen campos abiertos, indique en cada uno lo que corresponda. Por temas de practicidad no se pone la sección completa.



En la sección **VIII. Exploración física**, llene los campos respectivos a los signos vitales y somatometría. Después de completarlos llene los campos abiertos de **cabeza, cara, cuello, tórax, abdomen, región lumbar, miembros superiores, miembros inferiores, genitales, piel y anexos, pares craneales, exploración neurológica, marcha y ROTs.**



En la sección **IX. Impresión diagnóstica**, agregue todos los trastornos relacionados con sustancias, indicando **tema**, **subtema, eje** y de manera opcional el campo abierto de **Especifique**; indique si el diagnóstico es presuntivo o definitivo y si es previo, subsecuente al consumo o sin otro trastorno mental; posteriormente se habilitará el botón **"Agregar nomenclatura"** para registrar cada trastorno.



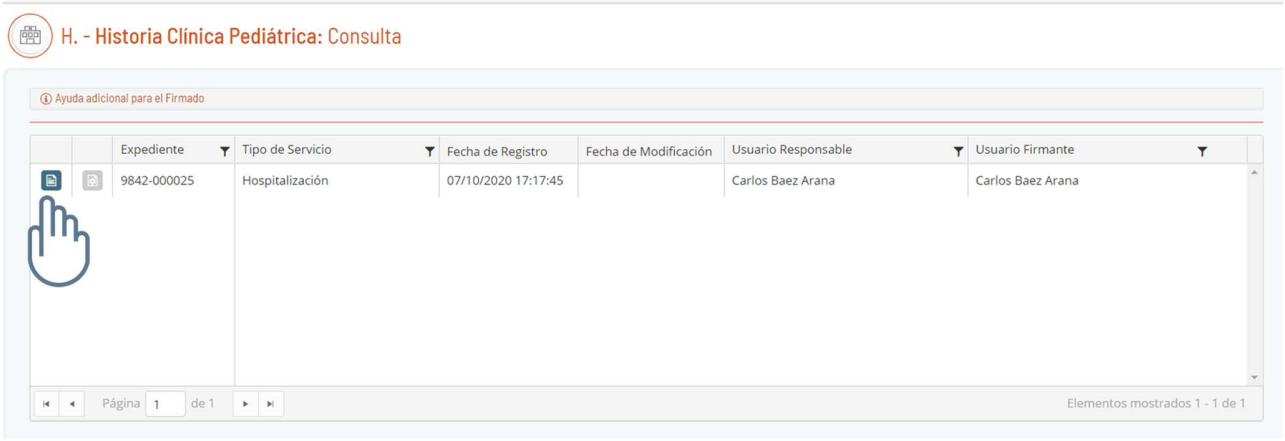
Puede eliminar uno o varios trastornos haciendo clic en el primer ícono de **"Eliminar"**.

Complete los Ejes del I al IV usando el mismo procedimiento anterior. En el eje V seleccione una sola opción e indique en el campo abierto de **Plan de tratamiento y pronóstico** lo que corresponda.

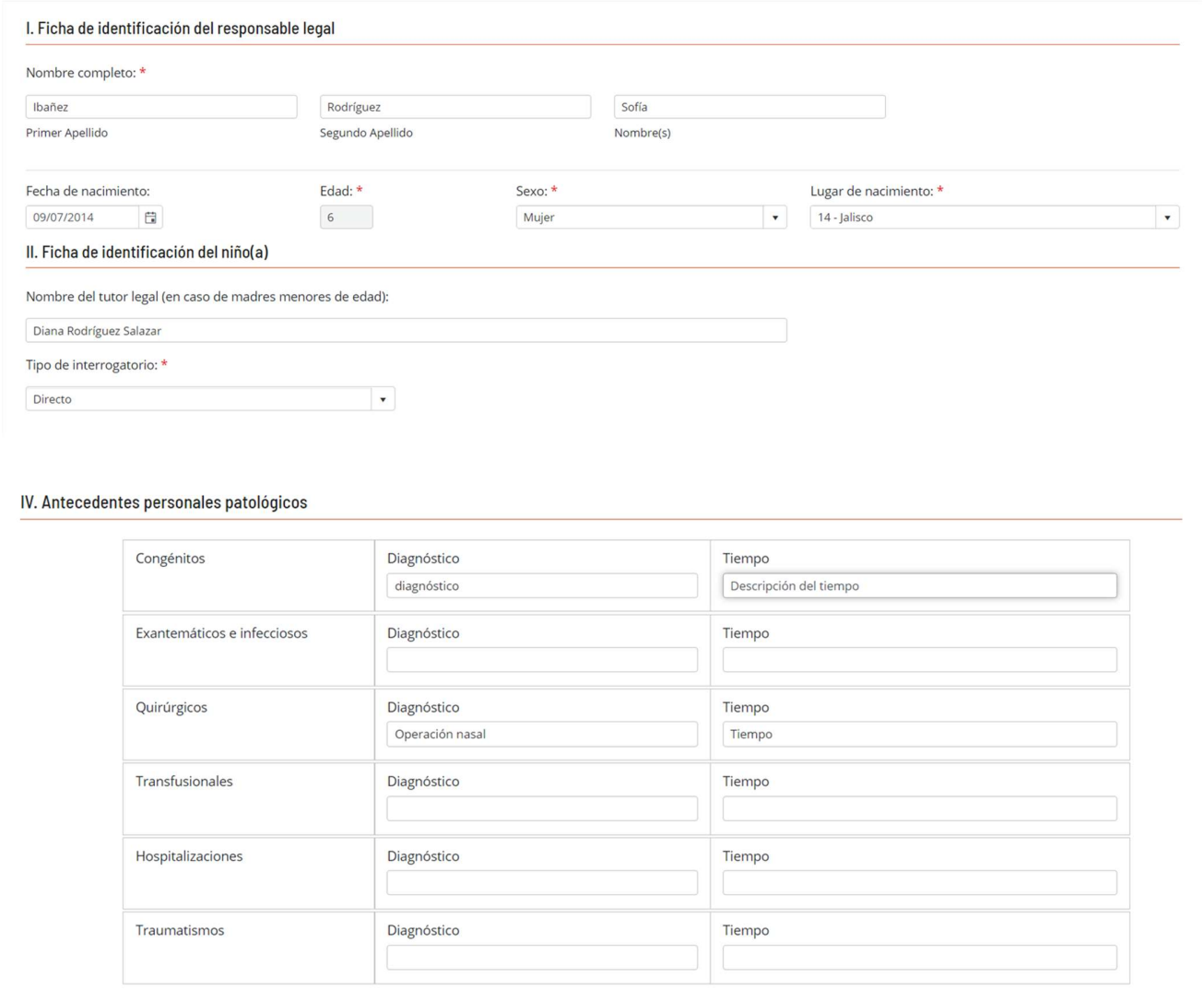
Al finalizar el formato haga clic en el botón **"Guardar"** y firme electrónicamente.

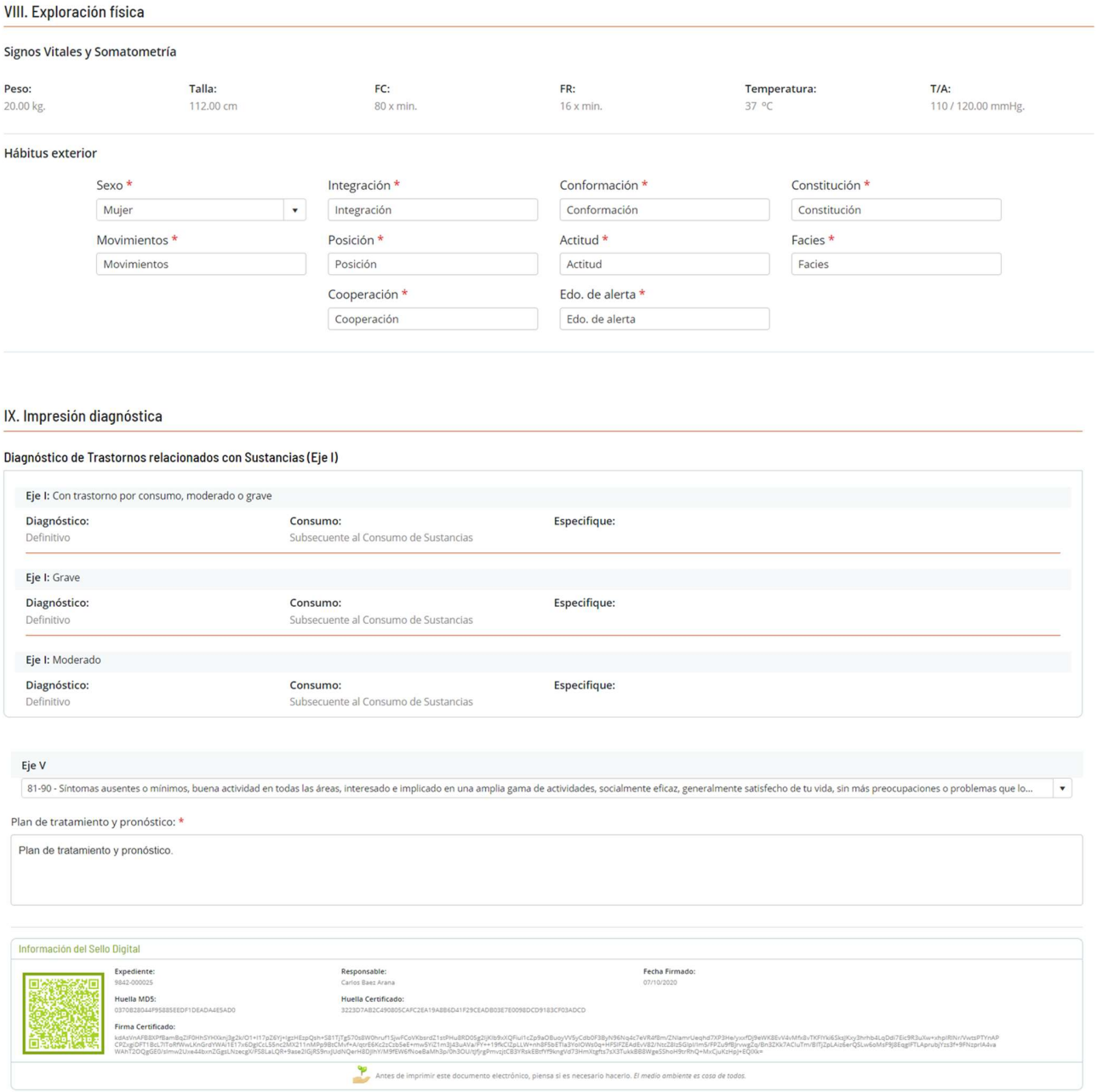
Ir a firma electrónica

b. Consulta. Al hacer clic en este ícono, el sistema muestra la siguiente pantalla.



Haga clic en el primer ícono **"Ver detalle"** y el sistema mostrará el formato en modo consulta.





VIII. Exploración física

Signos Vitales y Somatometría

Peso:	Talla:	FC:	FR:	Temperatura:	T/A:
20.00 kg.	112.00 cm	80 x min.	16 x min.	37 °C	110 / 120.00 mmHg.

Hábitus exterior

Sexo * Mujer
Integración * Integración
Conformación * Conformación
Constitución * Constitución
Movimientos * Movimientos
Posición * Posición
Actitud * Actitud
Facies * Facies
Cooperación * Cooperación
Edo. de alerta * Edo. de alerta

IX. Impresión diagnóstica

Diagnóstico de Trastornos relacionados con Sustancias (Eje I)

Eje I: Con trastorno por consumo, moderado o grave

Diagnóstico:	Consumo:	Especifique:
Definitivo	Subsecuente al Consumo de Sustancias	

Eje I: Grave

Diagnóstico:	Consumo:	Especifique:
Definitivo	Subsecuente al Consumo de Sustancias	

Eje I: Moderado

Diagnóstico:	Consumo:	Especifique:
Definitivo	Subsecuente al Consumo de Sustancias	

Eje V

81-90 - Síntomas ausentes o mínimos, buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de tu vida, sin más preocupaciones o problemas que lo...

Plan de tratamiento y pronóstico: *

Plan de tratamiento y pronóstico.

Información del Sello Digital

Expediente: 9842-000025
Responsable: Carlos Baez Arana
Fecha Firmado: 07/10/2020
Huella MDS: 0370B28044F95885EEDF1DEADAAE5AD0
Huella Certificado: 3223D7AB2C490B05CAFC2EA19A8B6D41F29CEADB03E7E0098DCD9183CF03ADCD
Firma Certificado:

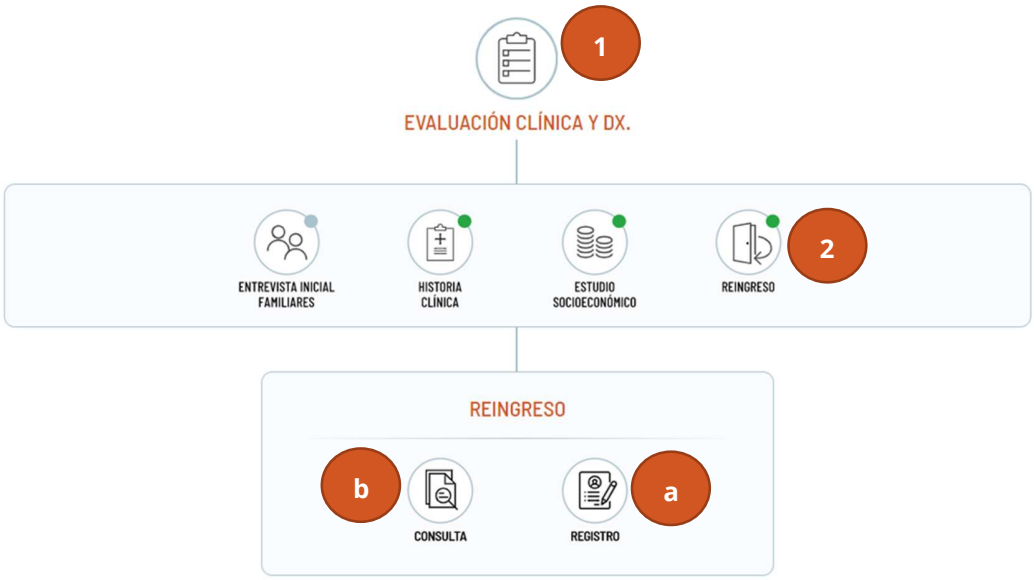
Antes de imprimir este documento electrónico, piensa si es necesario hacerlo. *El medio ambiente es cosa de todos.*

Al final del formato se encuentra la firma electrónica.

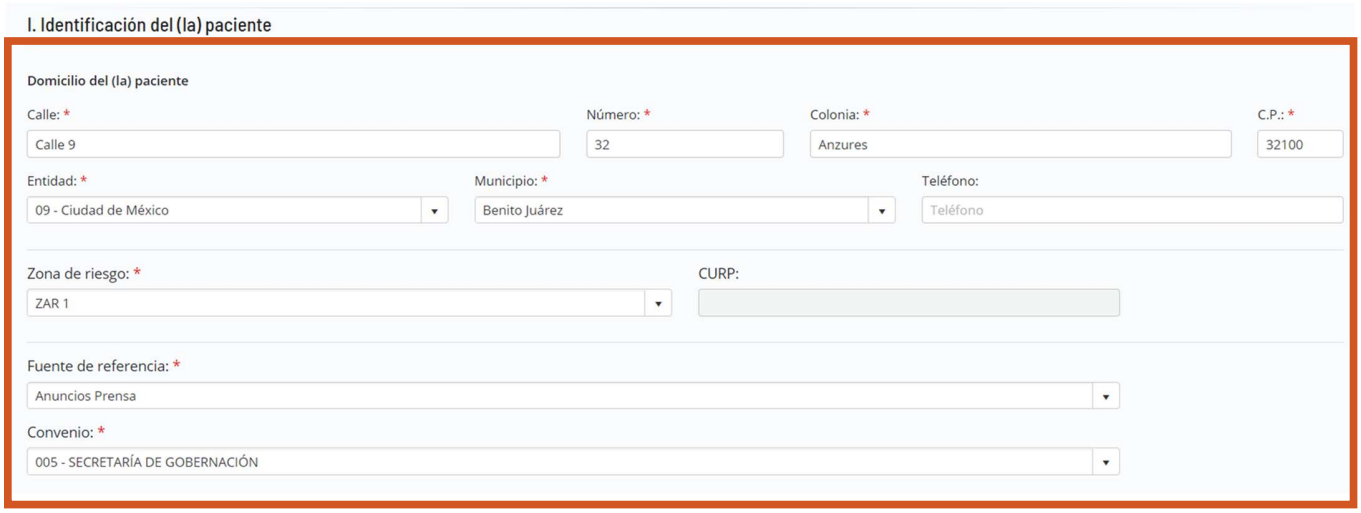
Reingreso

Para registrar este formato, previamente tiene que haber un registro del formato de Egreso, de lo contrario no se podrá hacer el registro del formato de Reingreso.

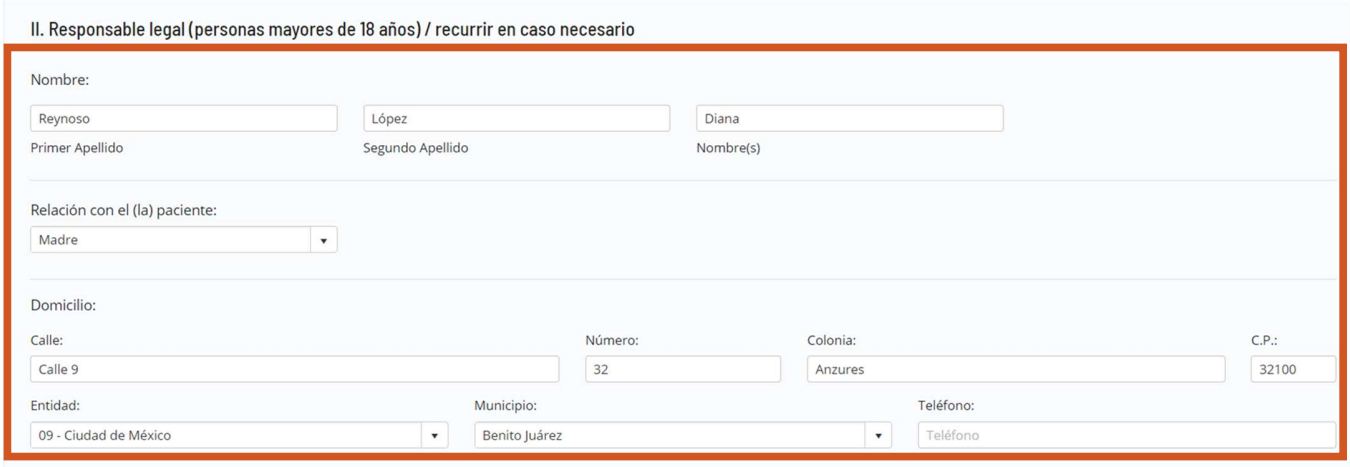
Este formato se registra de la siguiente manera:



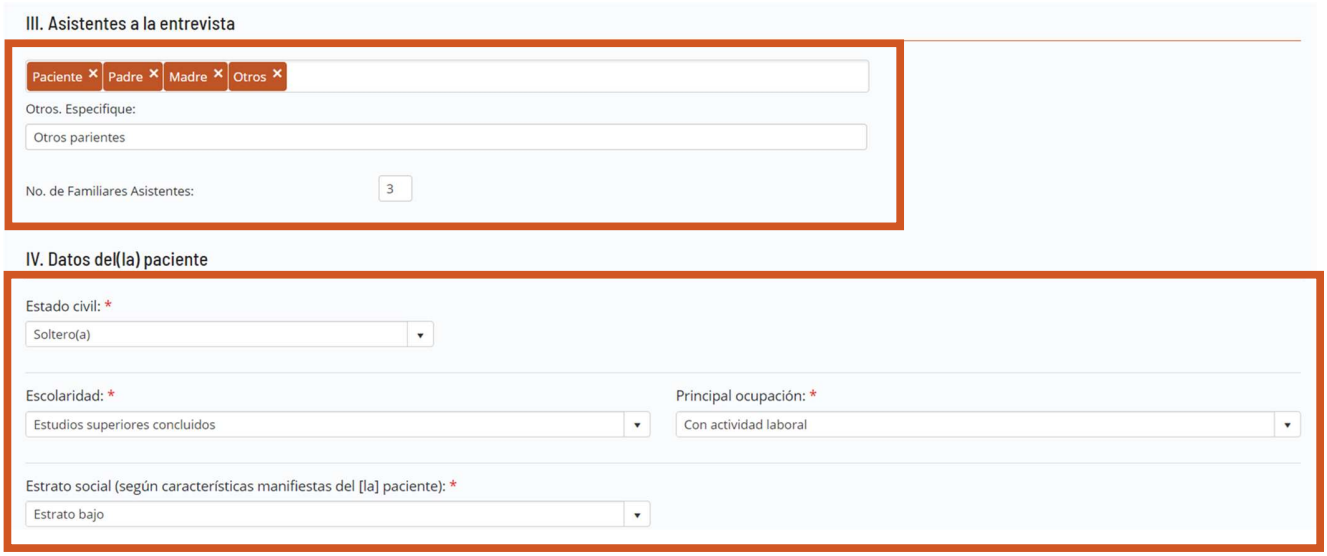
1. Sección **"Evaluación clínica y Dx"**, el sistema muestra los formatos que corresponden a esta sección.
2. Haga clic en el formato **Reingreso**.
    a. Registro. En la primera sección los datos del paciente están precargados automáticamente, sin embargo, se encuentran editables por si se necesita modificar alguno de ellos.



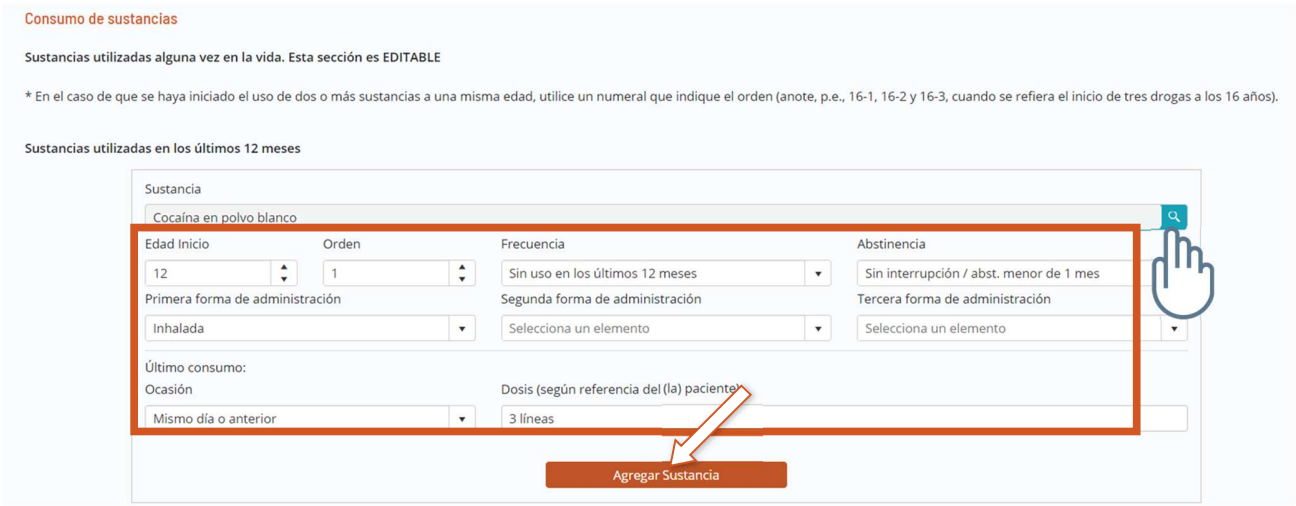
En la sección **II. Responsable legal**, registre a una persona mayor de 18 años, si es que cuenta con sus datos. Esta sección es opcional.



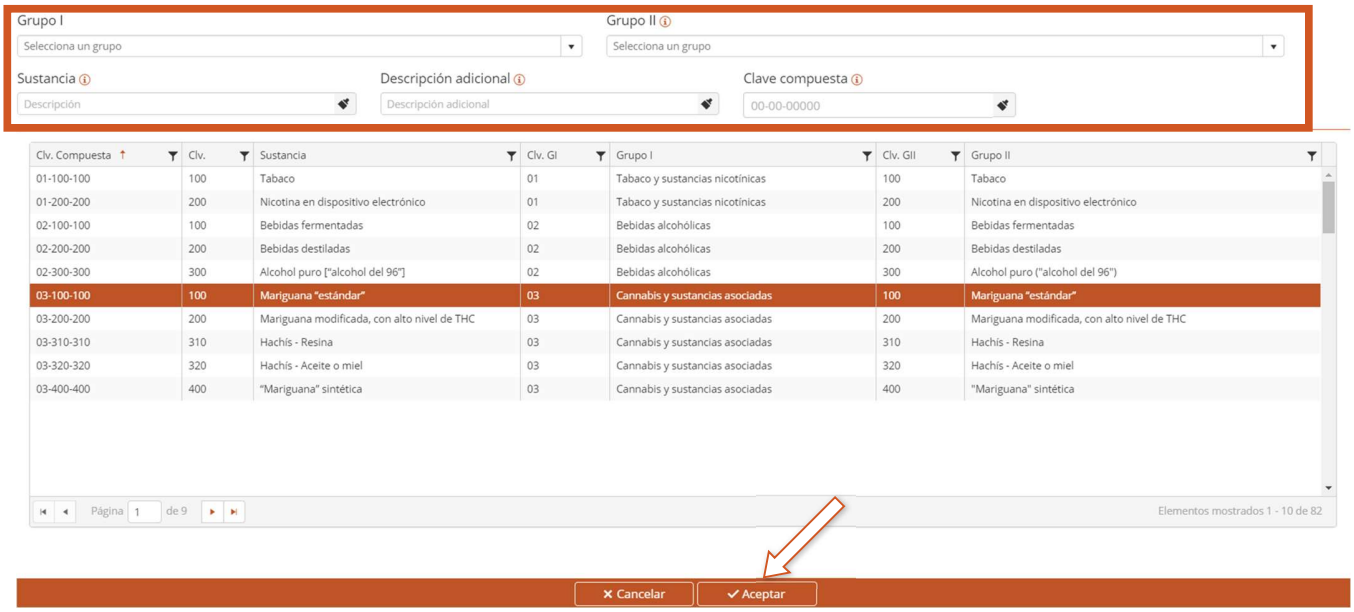
En la sección III y IV, llene los datos correspondientes.



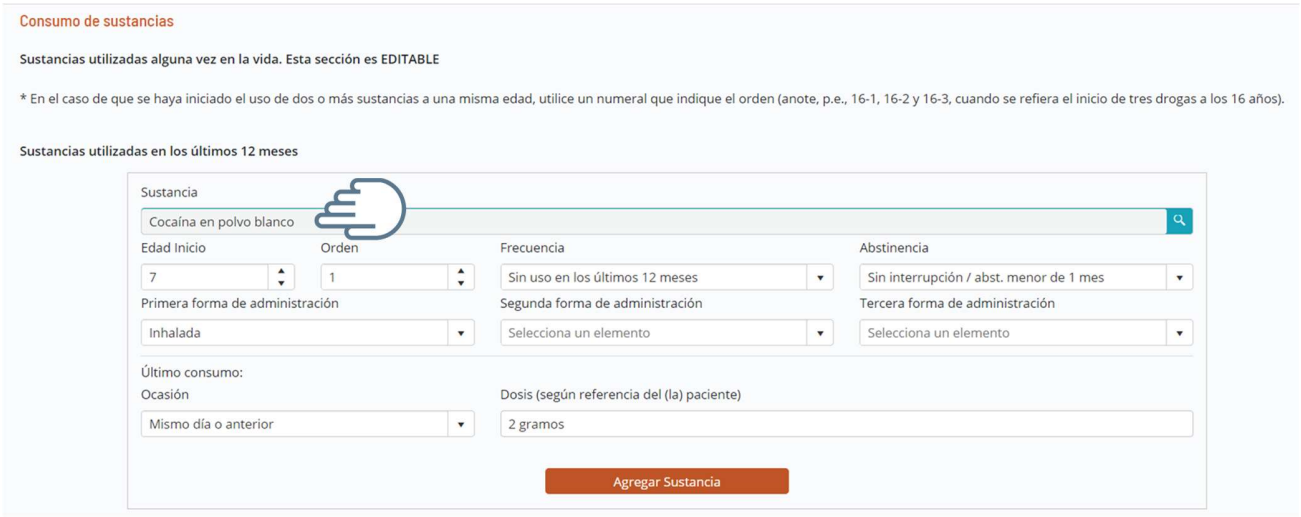
En la sección V, se encuentran precargadas las sustancias de la entrevista inicial. Esta sección es editable, puede registrar la misma sustancia y actualizar el patrón de consumo.



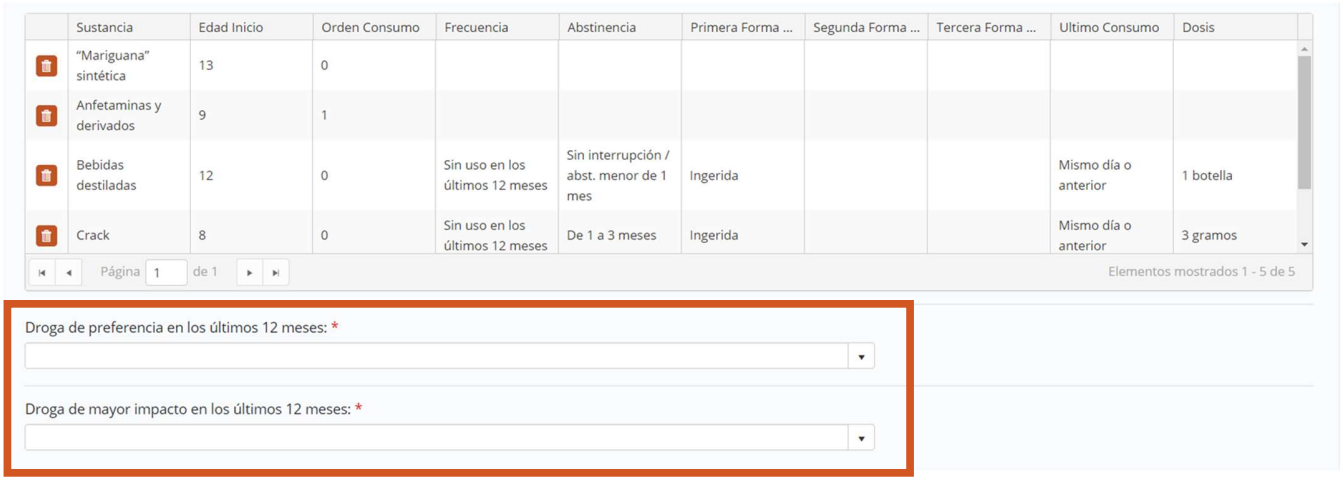
Para agregar una sustancia haga clic en el ícono de lupa y el sistema mostrará la siguiente pantalla:



Puede localizar la sustancia a registrar, a través de los filtros de búsqueda (Grupo I, Grupo II, Sustancia, Descripción adicional, Clave compuesta), seleccione uno o varios y el sistema mostrará las coincidencias en la tabla. Seleccione el renglón donde se encuentra la sustancia y haga clic en “Aceptar”.

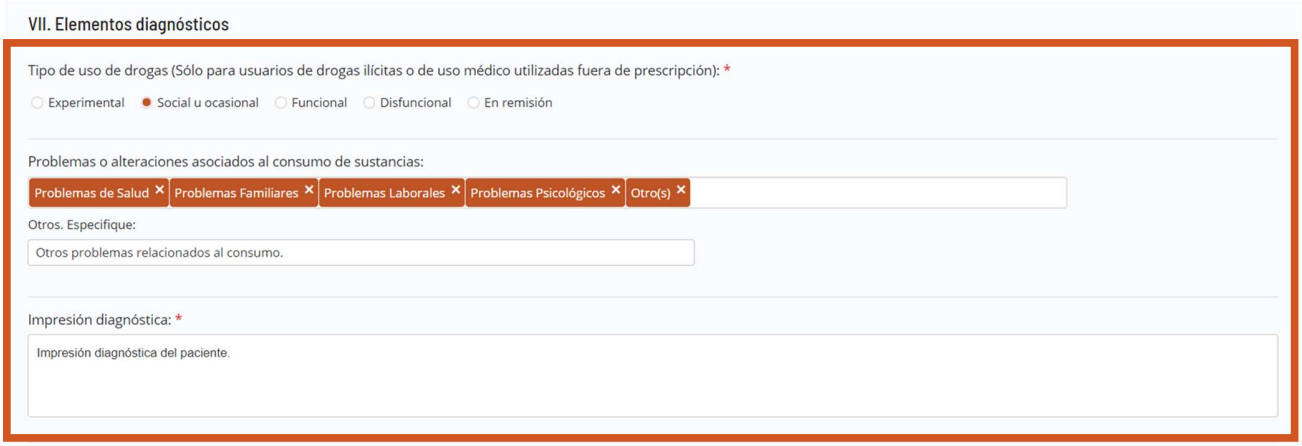


Una vez seleccionada la sustancia, llene los siguientes campos para establecer el patrón de consumo: edad de inicio, orden, frecuencia, abstinencia, primera forma de administración, la segunda y tercera forma es opcional, último consumo y dosis de la sustancia; después de indicar estos datos, se habilita el botón para **Agregar sustancia**.

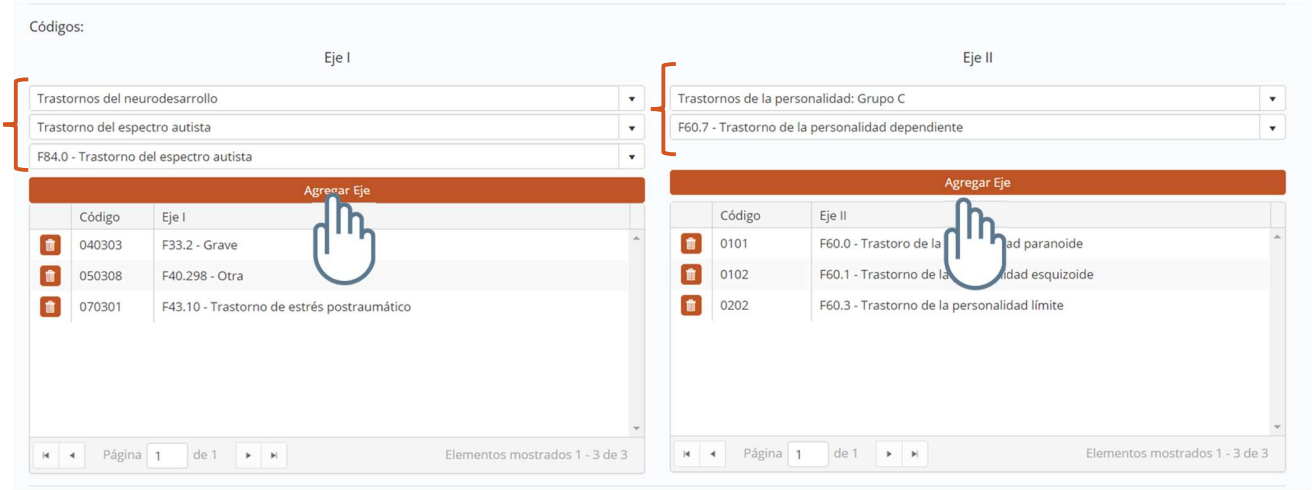


Sustancias registradas en la entrevista inicial, debajo de ellas se agregarán las "nuevas" que agregue con el proceso anterior, aunque las sustancias sean las mismas. Seleccione de la lista la droga de preferencia y de mayor impacto en los últimos doce meses.

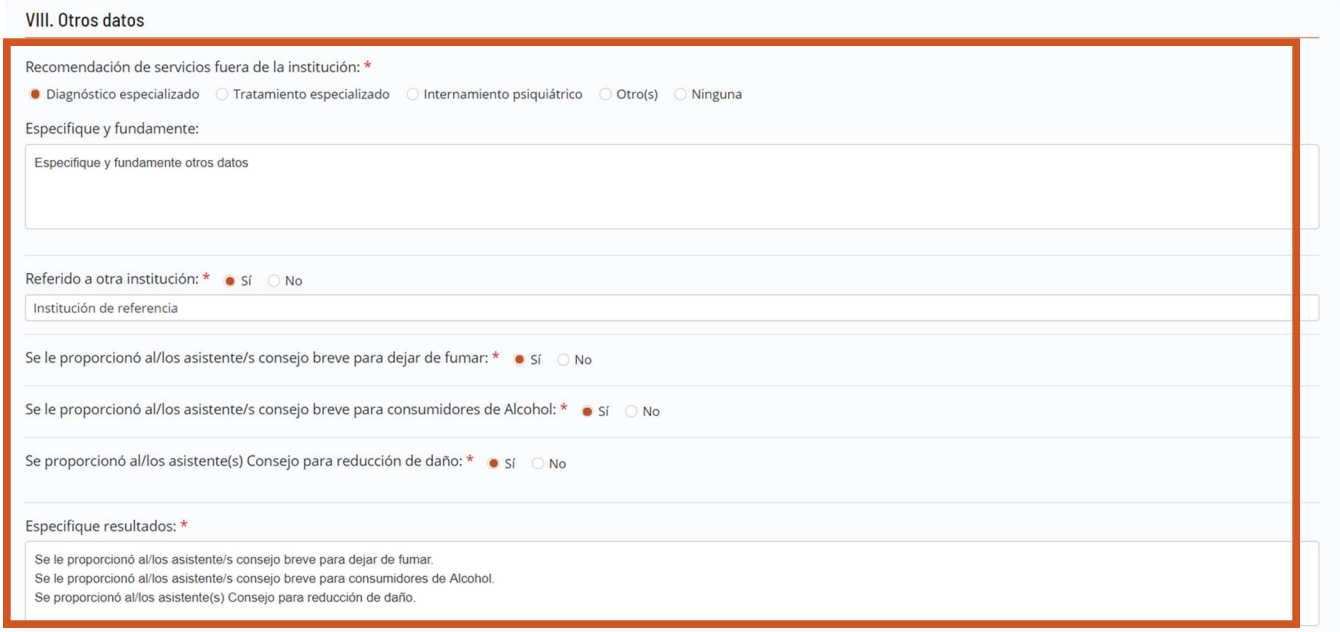
En la sección **VII. Elementos diagnósticos**, indique el tipo de uso de drogas, otros problemas o alteraciones e impresión diagnóstica.



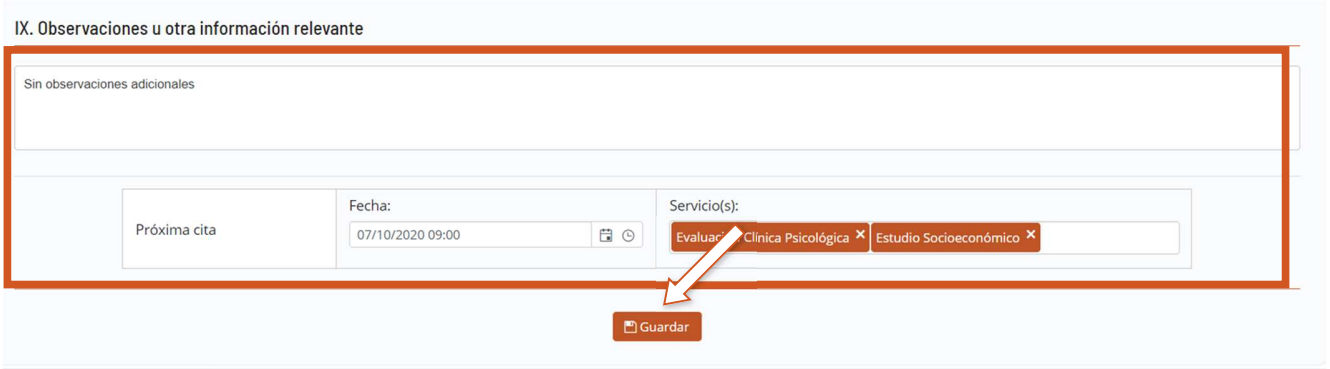
También indique los ejes I y II, en caso de que aplique. En el eje I indique tema, subtema y eje, en el Eje II sólo tema y subtema. No olvide hacer clic en el botón **"Agregar eje"** para que el sistema guarde la información registrada.



Llene la sección **VIII. Otros datos**, completando cada campo como corresponde.



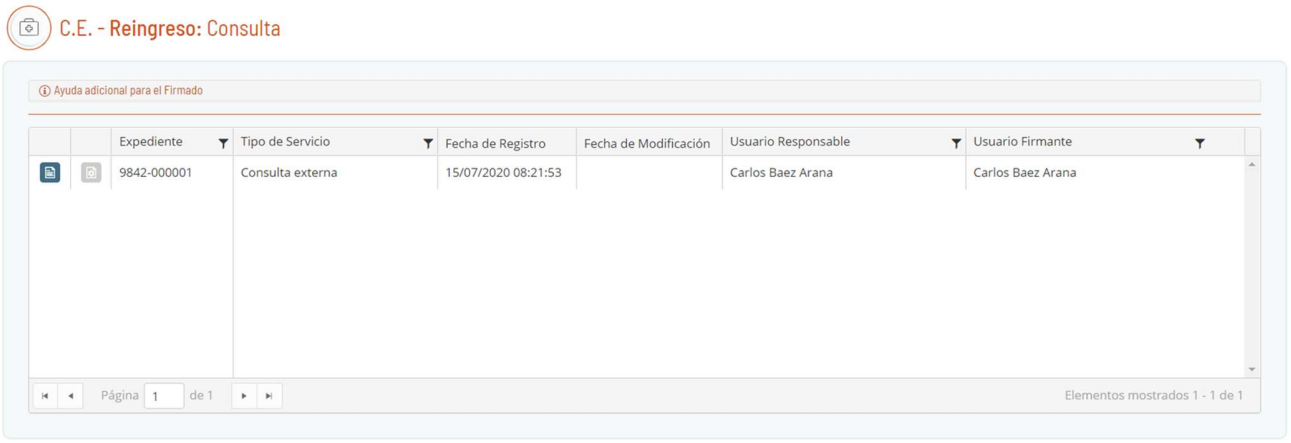
La sección **IX. Observaciones u otra información relevante**, indique si hay algo adicional que agregar sobre el paciente o algo relacionado sobre el formato que deba mencionarse. En caso de que se necesite una próxima cita indique fecha y hora de esta y los servicios que recibirá el paciente en dicha cita.



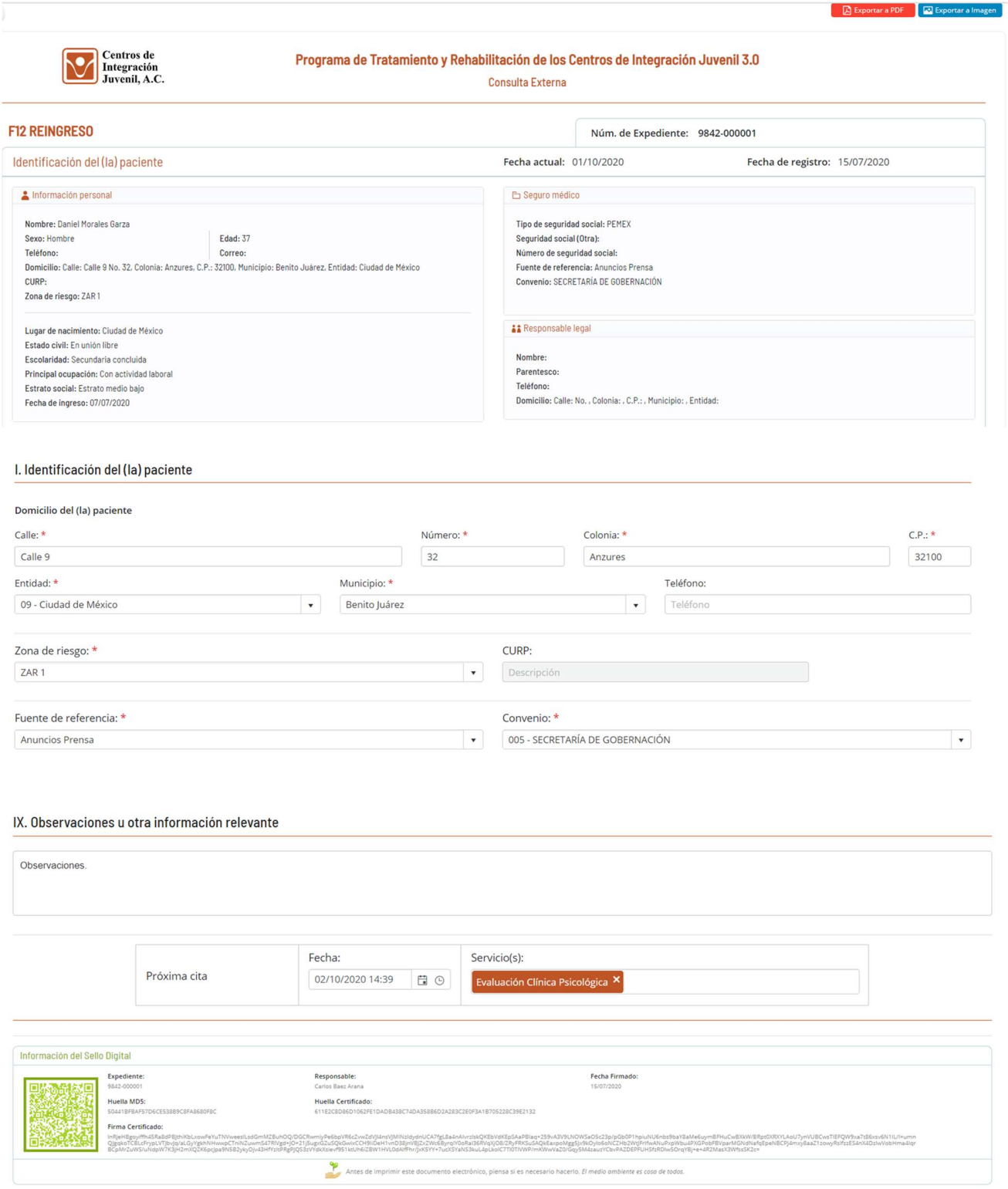
Al finalizar haga clic en **"Guardar"** y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. Al seleccionar esta opción el sistema muestra la siguiente pantalla:



Seleccione el primer ícono **"Ver detalle"** y el sistema mostrará el formato de egreso en modo consulta. Aquí algunas partes de la consulta de este formato.



Exportar a PDF Exportar a Imagen

Centros de Integración Juvenil, A.C.

Programa de Tratamiento y Rehabilitación de los Centros de Integración Juvenil 3.0

Consulta Externa

F12 REINGRESO

Núm. de Expediente: 9842-000001

Identificación del (la) paciente

Fecha actual: 01/10/2020 Fecha de registro: 15/07/2020

Información personal

Nombre: Daniel Morales Garza
Sexo: Hombre **Edad:** 37
Teléfono: **Correo:**
Domicilio: Calle: Calle 9 No. 32, Colonia: Anzures, C.P.: 32100, Municipio: Benito Juárez, Entidad: Ciudad de México
CURP:
Zona de riesgo: ZAR 1

Lugar de nacimiento: Ciudad de México
Estado civil: En unión libre
Escolaridad: Secundaria concluida
Principal ocupación: Con actividad laboral
Estrato social: Estrato medio bajo
Fecha de ingreso: 07/07/2020

Seguro médico

Tipo de seguridad social: PEMEX
Seguridad social (Otra):
Número de seguridad social:
Fuente de referencia: Anuncios Prensa
Convenio: SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN

Responsable legal

Nombre:
Parentesco:
Teléfono:
Domicilio: Calle: No. , Colonia: , C.P.: , Municipio: , Entidad:

I. Identificación del (la) paciente

Domicilio del (la) paciente

Calle: * Calle 9
Número: * 32
Colonia: * Anzures
C.P.: * 32100
Entidad: * 09 - Ciudad de México
Municipio: * Benito Juárez
Teléfono: Teléfono
Zona de riesgo: * ZAR 1
CURP: Descripción
Fuente de referencia: * Anuncios Prensa
Convenio: * 005 - SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN

IX. Observaciones u otra información relevante

Observaciones.

Próxima cita
Fecha: 02/10/2020 14:39
Servicio(s): Evaluación Clínica Psicológica

Información del Sello Digital

Expediente: 9842-000001
Responsable: Carlos Baez Arana
Fecha Firmado: 15/07/2020
Huella MD5: 504418FBAF57D6CE53BB9C8FA8680FBC
Huella Certificado: 611E2CBDB6D1062FE1DADB438C74DA358B6D2A283C2E0F3A1B705228C39E2132
Firma Certificado:

Antes de imprimir este documento electrónico, piensa si es necesario hacerlo. *El medio ambiente es cosa de todos.*

Al final del formato se encuentra la firma digital.

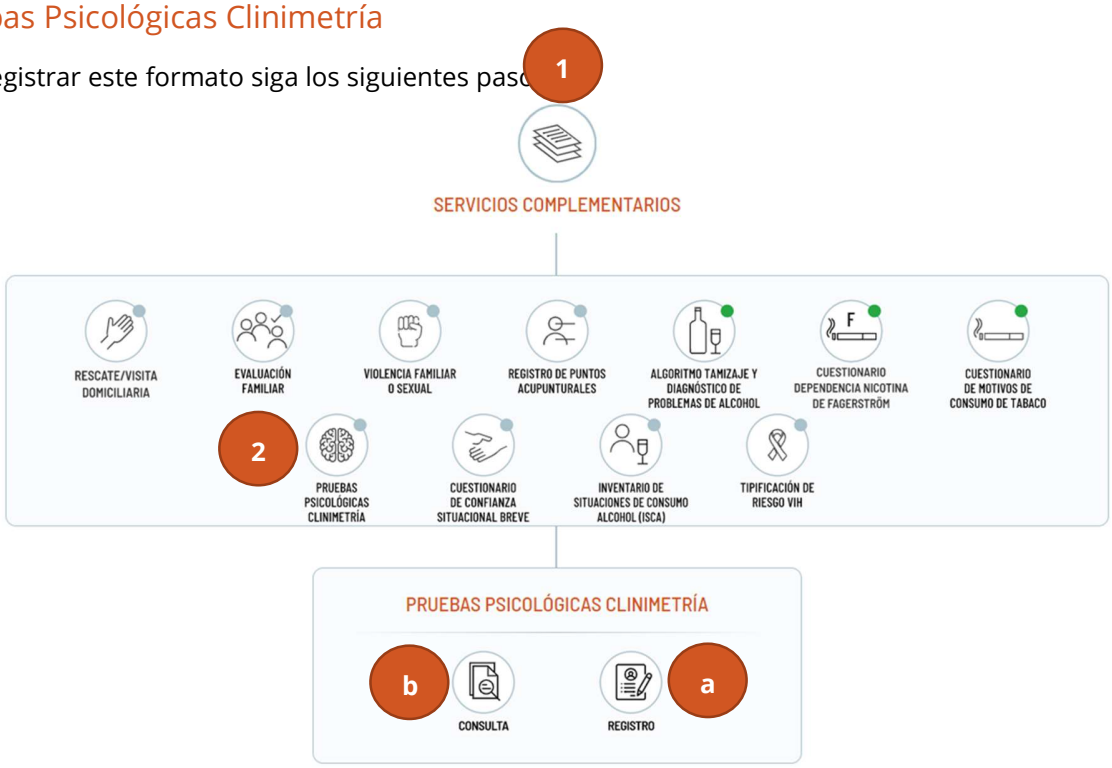
Pruebas

En esta sección se encuentran los siguientes formatos:

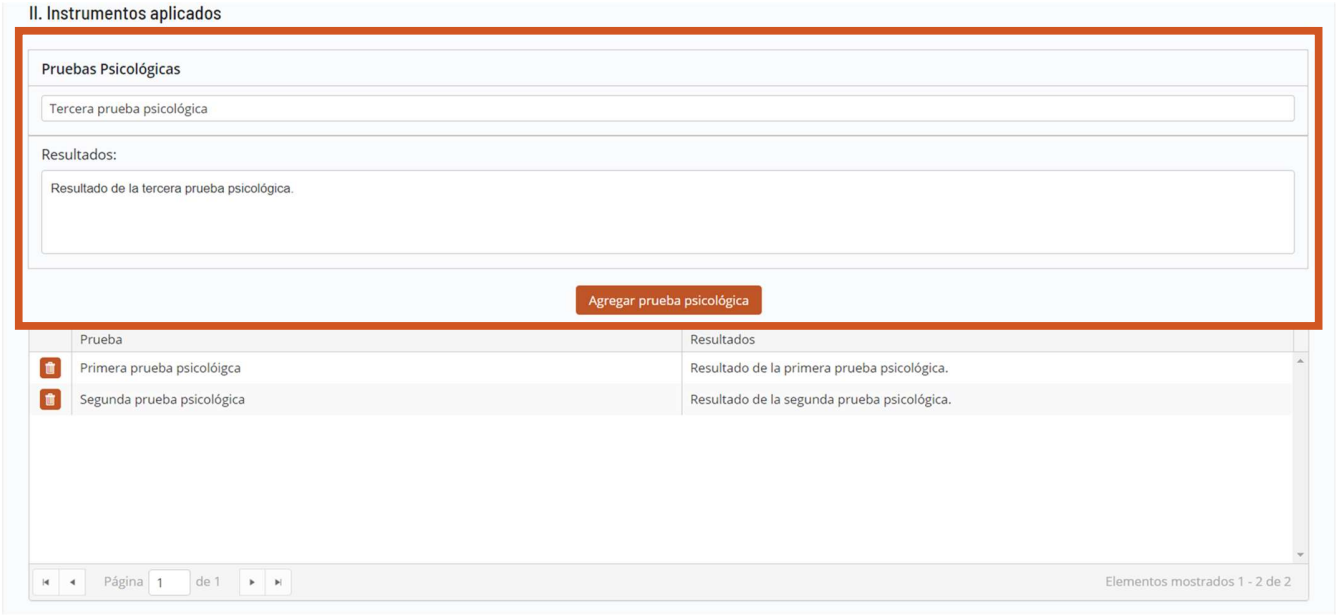
- Pruebas psicológicas clinimetría
- Tipificación de riesgo VIH

Pruebas Psicológicas Clinimetría

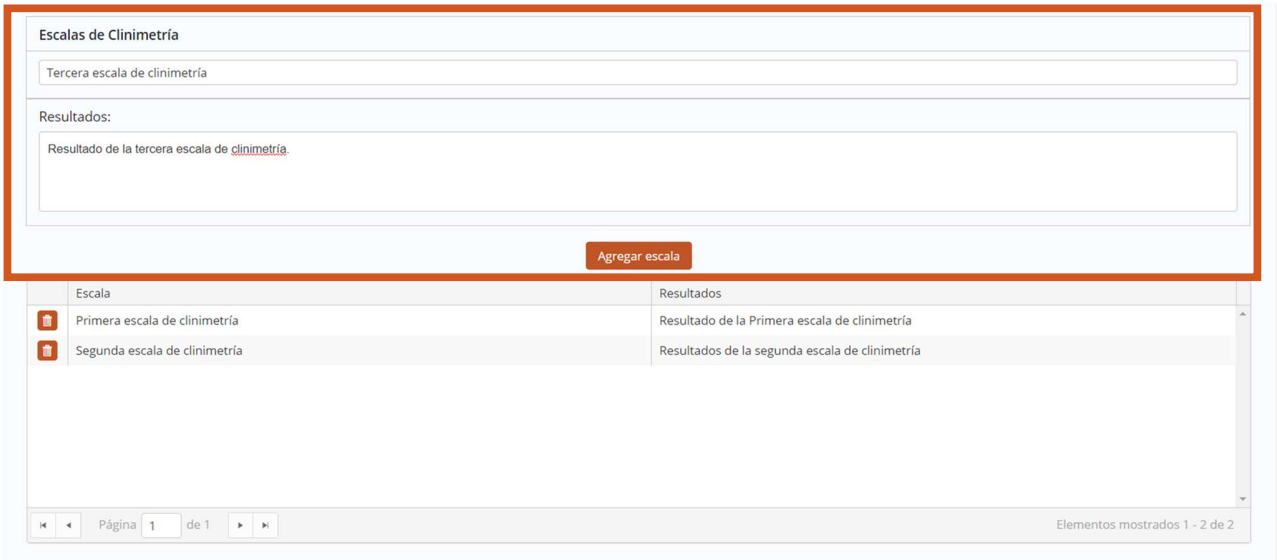
Para registrar este formato siga los siguientes pasos:



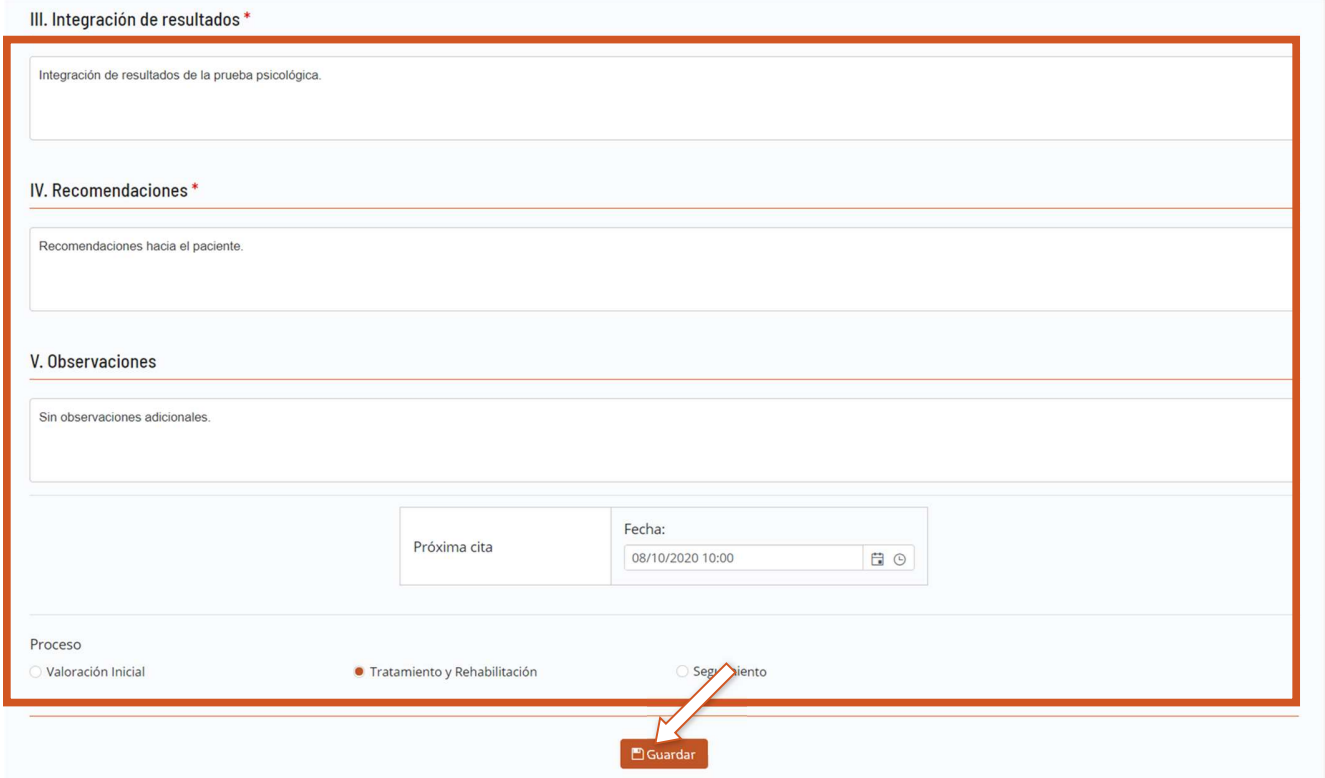
1. En la sección **Servicios complementarios** haga clic para desplegar todos los formatos que contiene.
2. Haga clic en el formato **Pruebas psicológicas clinimetría** y el sistema desplegará las siguientes opciones:
    a. Registro. El sistema muestra el formato a llenar, consta de la sección **II. Instrumentos aplicados**, anote la prueba psicológica, el resultado y haga clic en el botón **"Agregar prueba psicológica"** y automáticamente se almacenará la información en la tabla inferior.



En la parte de **Escalas de clinimetría** funciona igual que en las pruebas psicológicas. Siga el mismo procedimiento.



En la sección **III. Integración de resultados**, complete los campos abiertos con la información correspondiente. En caso de que vaya a existir una nueva cita indique fecha y hora, los puede modificar con los controles de calendario y reloj que se encuentran al final de este campo e indique si el proceso es **valoración inicial, tratamiento y rehabilitación o seguimiento** que es la pregunta final.

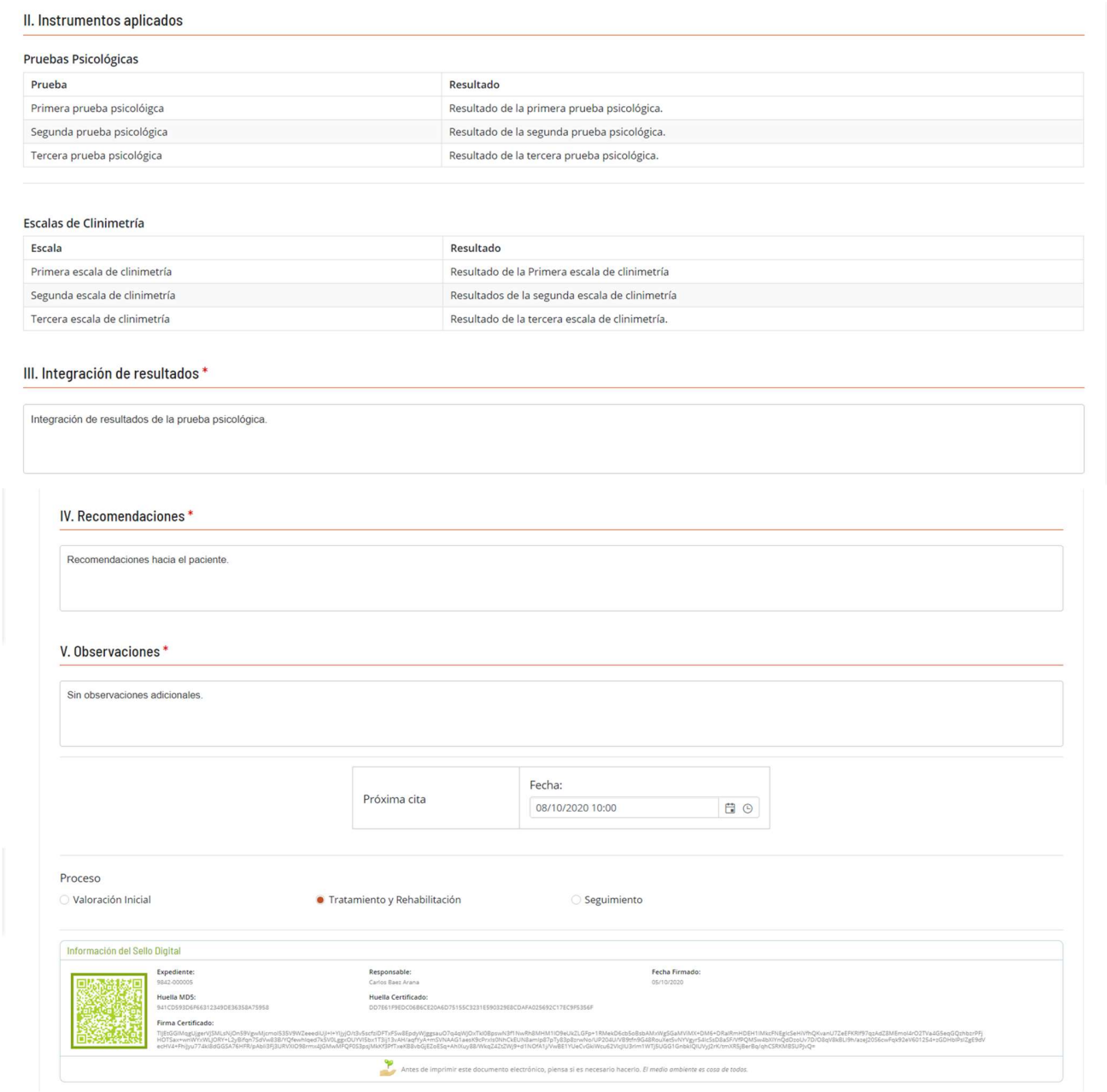


Al terminar el formato haga clic en "**Guardar"** y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. Al seleccionar este ícono, el sistema muestra la siguiente pantalla.

Haga clic en el primer ícono **"Ver detalle"** y el sistema mostrará el formato en forma de consulta.



II. Instrumentos aplicados

Pruebas Psicológicas

Prueba	Resultado
Primera prueba psicolóigca	Resultado de la primera prueba psicológica.
Segunda prueba psicológica	Resultado de la segunda prueba psicológica.
Tercera prueba psicológica	Resultado de la tercera prueba psicológica.

Escalas de Clinimetría

Escala	Resultado
Primera escala de clinimetría	Resultado de la Primera escala de clinimetría
Segunda escala de clinimetría	Resultados de la segunda escala de clinimetría
Tercera escala de clinimetría	Resultado de la tercera escala de clinimetría.

III. Integración de resultados *

Integración de resultados de la prueba psicológica.

IV. Recomendaciones *

Recomendaciones hacia el paciente.

V. Observaciones *

Sin observaciones adicionales.

Próxima cita

Fecha:

08/10/2020 10:00

Proceso

Valoración Inicial Tratamiento y Rehabilitación Seguimiento

Información del Sello Digital

Expediente: 9842-000005

Responsable: Carlos Baez Arana

Fecha Firmado: 05/10/2020

Huella MD5: 941CD593D6F66312349DE3635BA75958

Huella Certificado: DD7E61F9EDC06B6CE20A6D75155C3231E6903298ECDAFA025692C178EC9F5356F

Firma Certificado:

Antes de imprimir este documento electrónico, piensa si es necesario hacerlo. *El medio ambiente es cosa de todos.*

Al final del formato se encuentra la firma digital.

Tipificación de Riesgo VIH

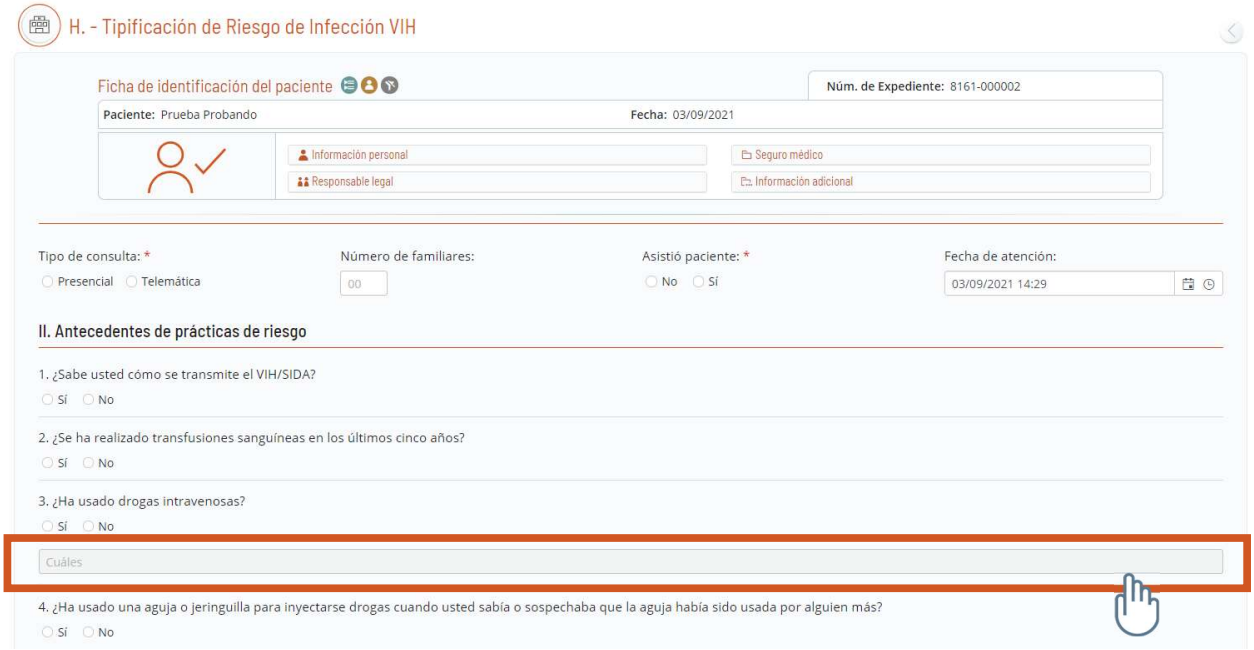
Para registrar el formato **“Tipificación de Riesgo VIH”** de un paciente en el sistema, deberá tener previamente seleccionado al mismo, y dentro del módulo de **“Consulta Externa”** deberá dirigirse a **“Capturar formatos”.**

Posteriormente el sistema nos enviará a otra pantalla en la cual deberá desplazarse al módulo de **"Servicios Complementarios"** y al pulsar sobre el ícono le desplegará los formatos disponibles para su consulta o llenado, aquí encontrará el formato **"Tipificación de Riesgo VIH"**.

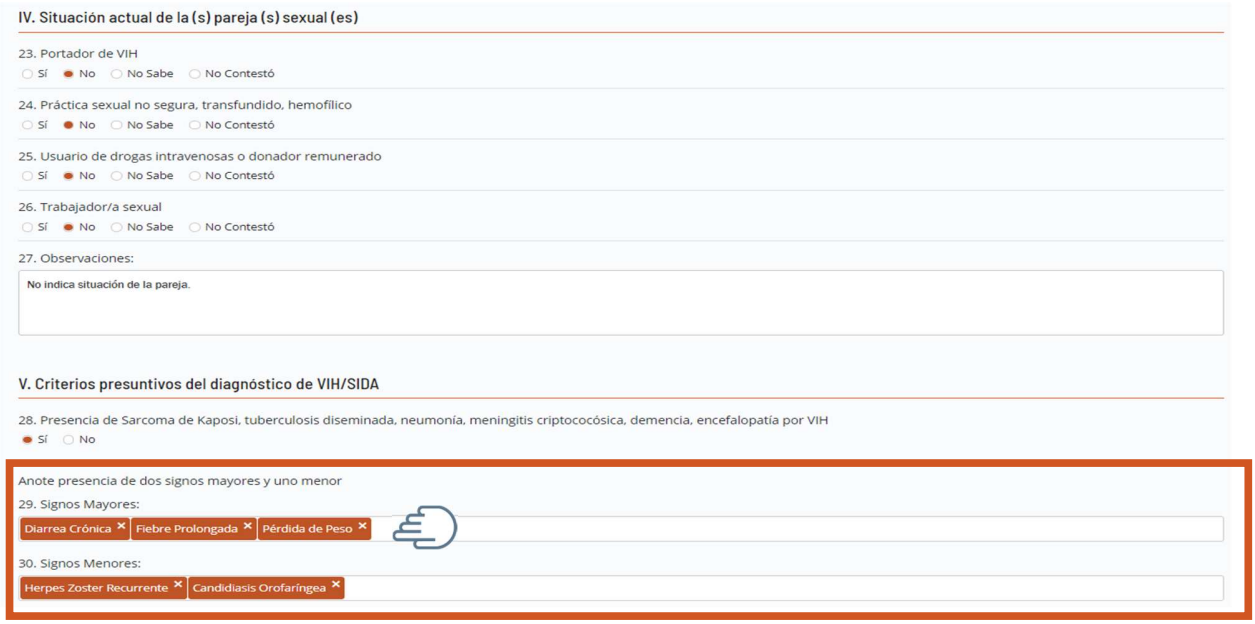
Al pulsar sobre el formato de **"Tipificación de Riesgo VIH"** se le desplegarán las siguientes opciones:

Consulta: Estará disponible siempre y cuando el paciente ya tenga un registro previo en el sistema.
Registro: Estará disponible para llenar por primera vez el formato al paciente.

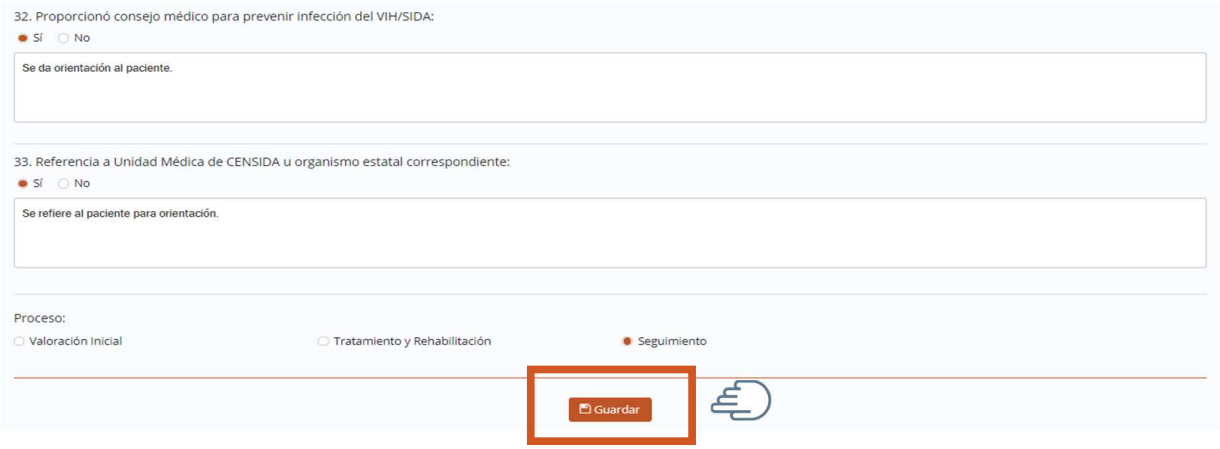
Al hacer clic en el ícono de registro el sistema lo enviará a otra página en la cual aparecerá el formato en blanco para poder realizar el llenado de este.



Se realizará el llenado de las diferentes secciones de este formato, en caso de que un campo se requiera especificación el sistema habilitará el cuadro de texto ubicado en la parte inferior del reactivo que lo solicite.



En otros reactivos, encontrará preguntas donde podrá realizar una selección de uno o más resultados.



Una vez, este completa la información dentro del formato, deberá pulsar el botón "Guardar", para que esté quede almacenado en el expediente del paciente. Adicional a esto deberá firmar electrónicamente el formato para evitar la pérdida de esta captura.

Ir a firma electrónica

Este formato deberá ser firmado electrónicamente para evitar futura perdida de información en el sistema.

Tratamiento

En esta sección se encuentran los siguientes formatos:

- Nota clínica de evolución
- Evolución
- Indicaciones
- Hoja de enfermería

Nota Clínica Evolución

Para registrar el formato **"Nota clínica de evolución"** de un paciente en el sistema, deberá tener previamente seleccionado al mismo, y dentro del módulo de **"Consulta Externa"** deberá dirigirse a **"Capturar formatos"**.

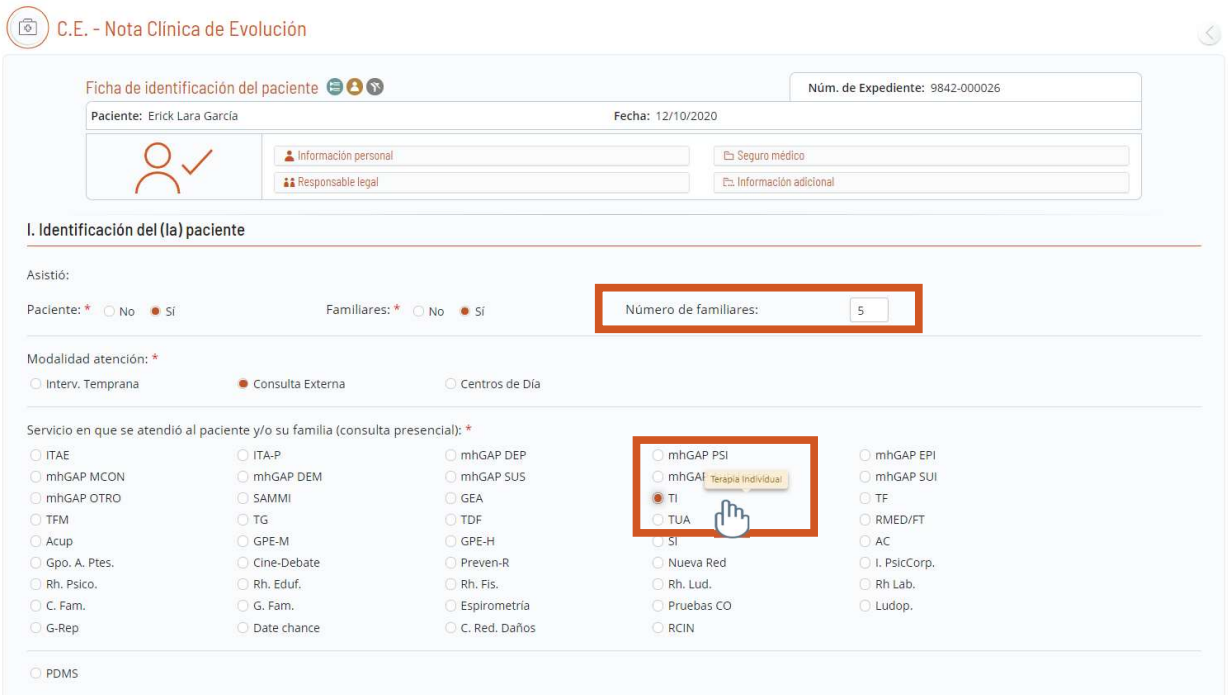
Posteriormente el sistema nos enviará a otra pantalla en la cual deberá desplazarse al módulo de **"Tratamiento"** y al pulsar sobre el ícono le desplegará los formatos disponibles para su consulta o llenado, aquí encontrará el formato **"Nota clínica de evolución"**.

Al pulsar sobre el formato de **"Nota clínica de evolución"** se le desplegarán las siguientes opciones:

Consulta: Estará disponible siempre y cuando el paciente ya tenga un registro previo en el sistema.
Registro: Estará disponible para llenar por primera vez el formato al paciente.

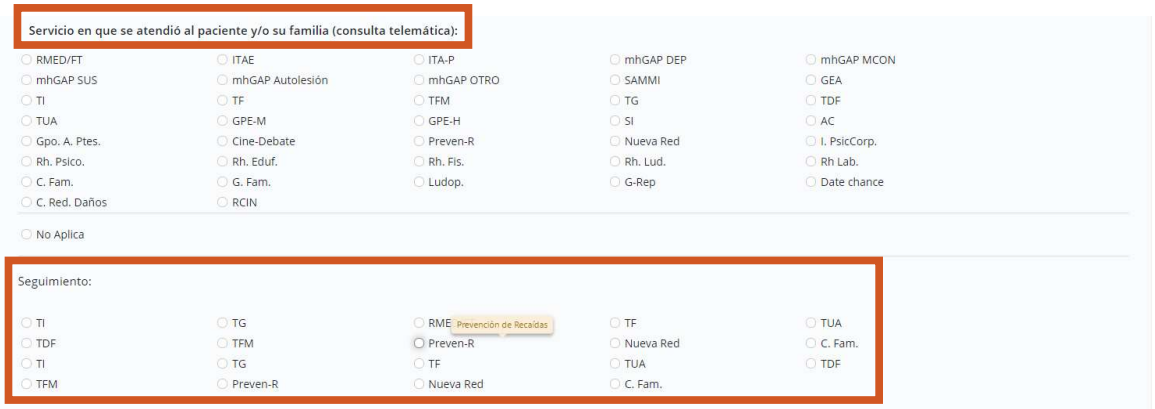
Al hacer clic en el ícono de registro el sistema lo enviará a otra página en la cual aparecerá el formato en blanco para poder realizar el llenado de este.

A continuación, podrá realizar el llenado de este formato de 2 formas: individual o grupal, en caso de registrarlo de forma grupal, deberá agregar los expedientes al registro del paciente. En este ejemplo se mostrará primeramente el llenado de forma individual en consulta presencial.



En caso de que indique la asistencia de **"Familiares"** se habilitará un cuadro de texto para que indique el número, y así deberá ir seleccionando cada reactivo según sea el caso.

En caso de que la consulta sea telemática, deberá indicarlo en la sección siguiente:

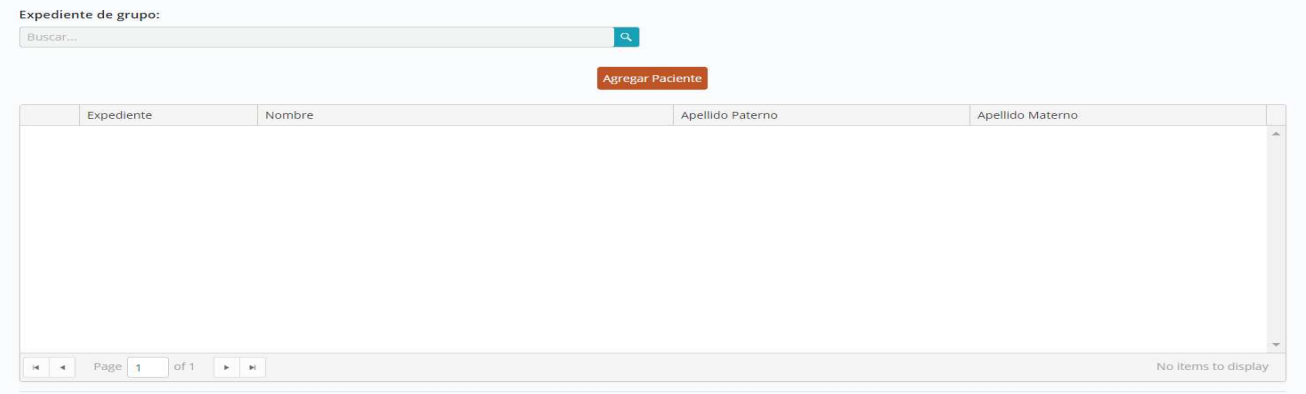


El **"seguimiento"** es una sección de selección opcional, es decir en caso de requerirlo, deberá seleccionar el servicio deseado.

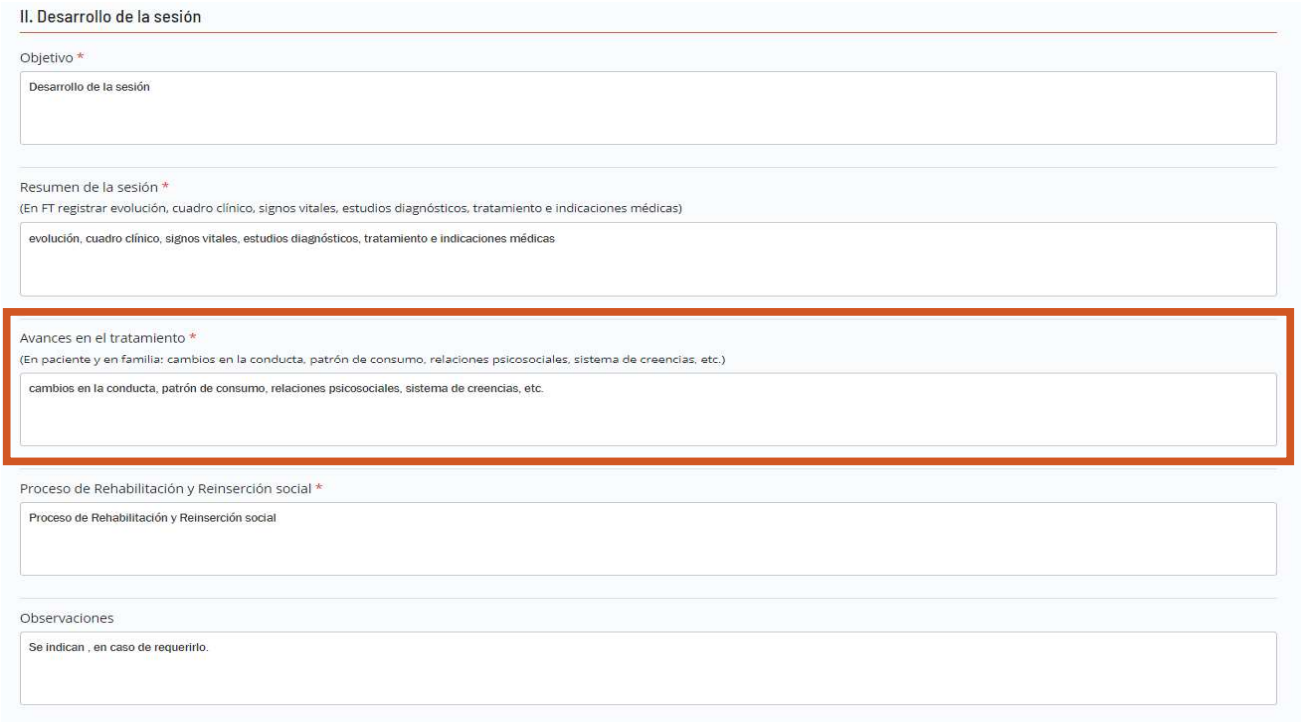
Al pasar el cursor sobre alguna nomenclatura se mostrará la referencia de la selección, en el ejemplo se indica **"TI"**, y su referencia es **"Terapía individual"**, esto mismo ocurrirá si sitúa el cursor sobre alguna otra nomenclatura.

En este formato podrá indicar si la consulta es presencial o telemática, haciendo la selección correspondiente.

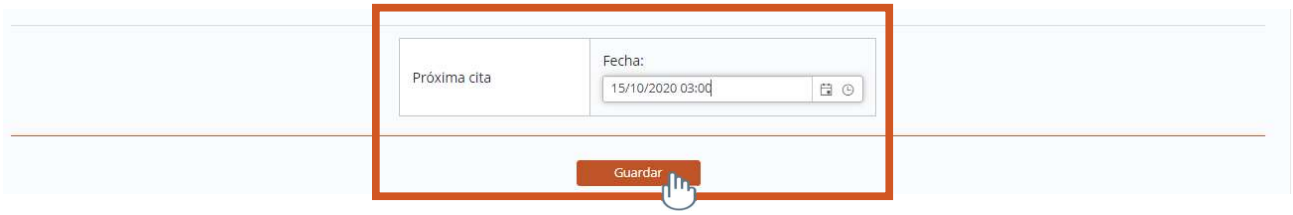
A continuación, visualizara la siguiente sección, en este ejemplo como es individual, deberá omitirlo y continuar a la siguiente sección.



Continuará con el llenado de la sección indicando en cada cuadro de texto lo correspondiente.



Por último, deberá de indicar fecha y hora de la próxima cita.

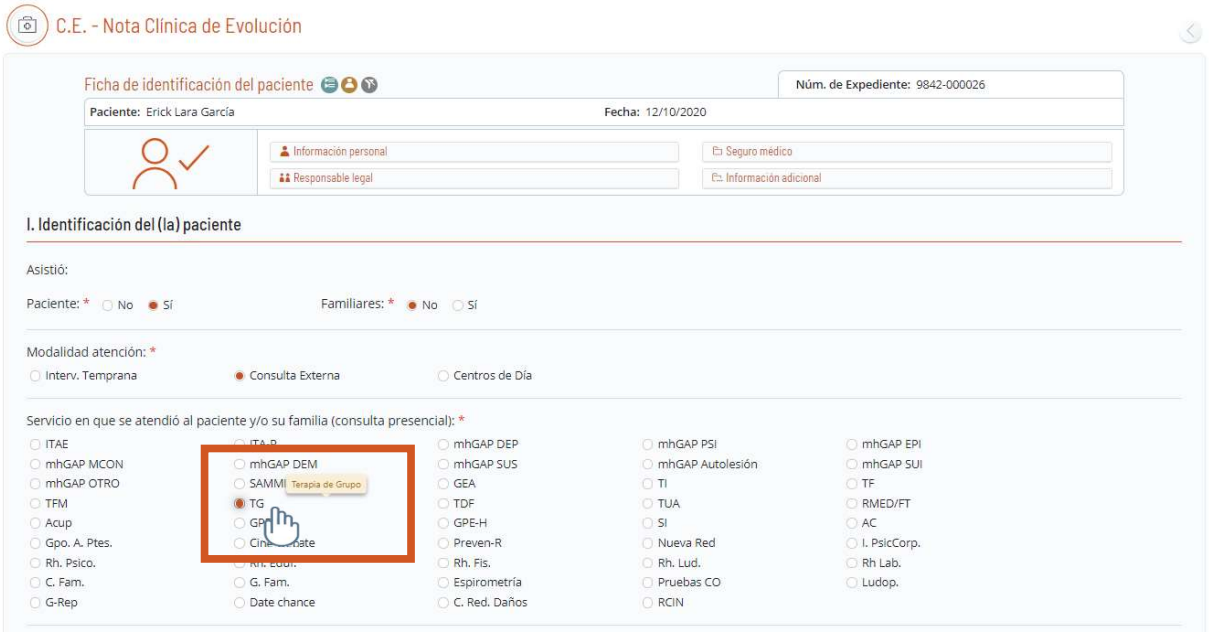


Una vez, este completa la información dentro del formato, deberá pulsar el botón **"Guardar"**, para que esté quede almacenado en el expediente del paciente. Adicional a esto deberá firmar electrónicamente el formato para evitar la pérdida de esta captura.

Ir a firma electrónica

Este formato deberá ser firmado electrónicamente para evitar futura perdida de información en el sistema.

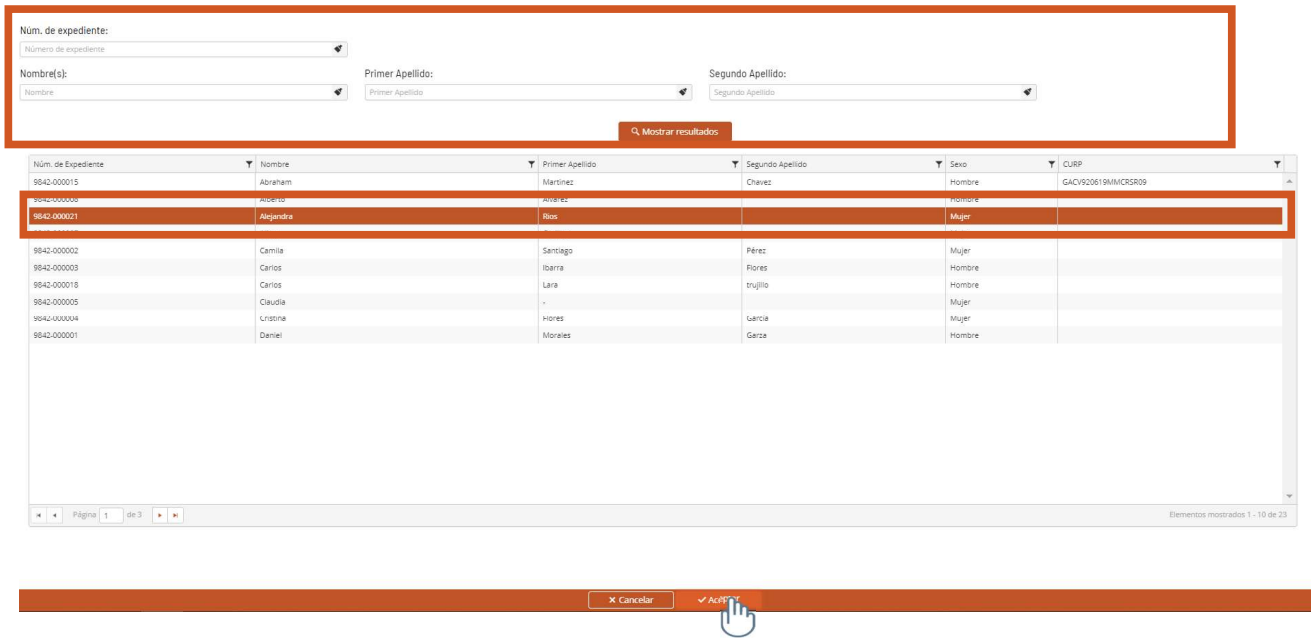
Si usted desea realizar el registro del paciente de forma **"Grupal"**; deberá indicarlo en la selección, comenzará con el registro del paciente nuevamente y deberá de ir complementando las secciones de la siguiente manera:



En este ejemplo se realiza nuevamente en consulta presencial, por lo cual los siguientes módulos quedaran sin selección.

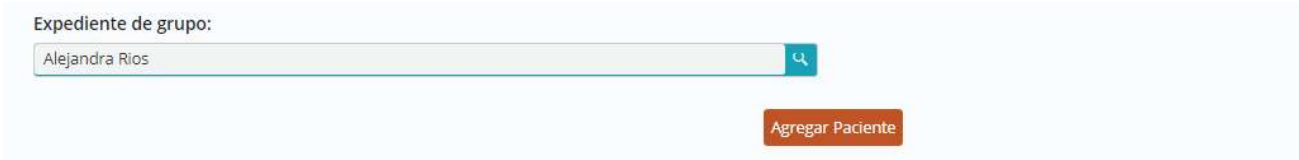
Una vez seleccionada la opción **"Terapía de grupo"** deberá pulsar sobre la lupa en color azul, la cual abrirá una ventana emergente que le permitirá seleccionar a los demás pacientes que desee agregar en esta sección.

A continuación, podrá buscar a los pacientes que desee agregar mediante: numero de expediente, nombre, apellido paterno y/o materno. Este proceso lo deberá repetir para cada uno de los pacientes que desee agregar al expediente grupal.



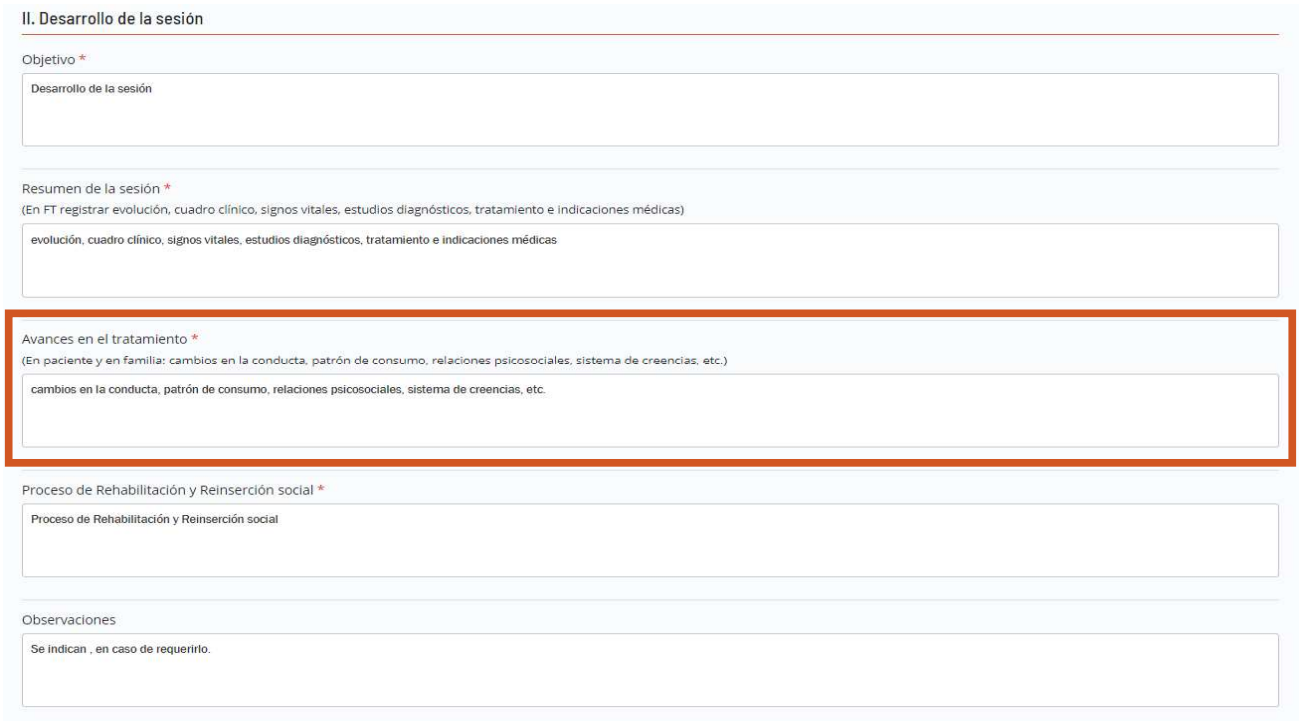
Una vez, que haya seleccionado al paciente que agregará, deberá pulsar el botón aceptar, esto lo devolverá a la pantalla principal y aquí deberá pulsar el botón "Agregar paciente" para que este aparezca

en la tabla inferior.

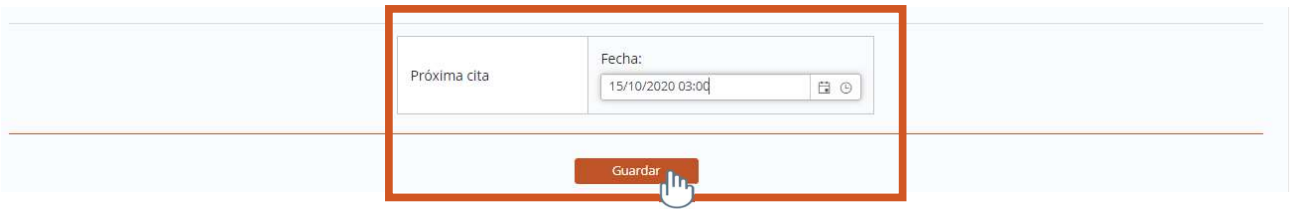


Este proceso lo deberá repetir con cada paciente que desee agregar al expediente grupal.

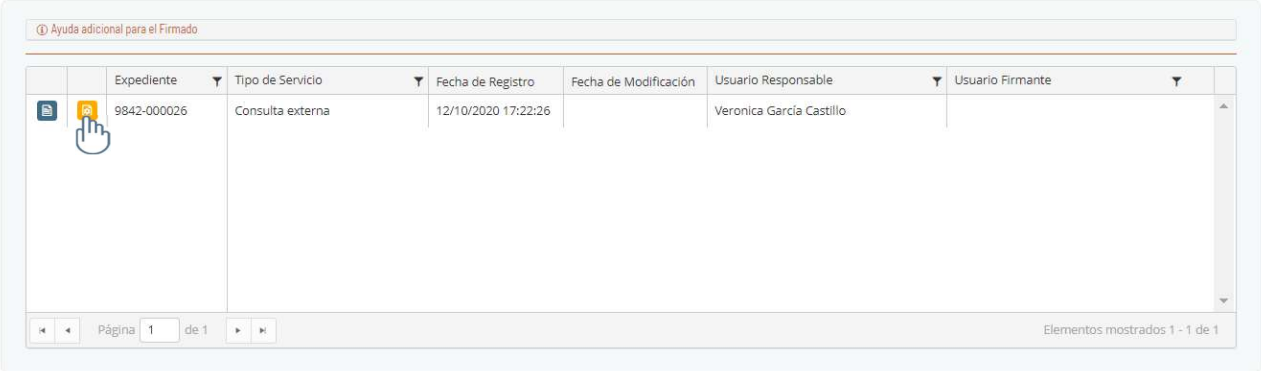
Este registro de **"Expediente grupal"** lo podrá visualizar a modo de consulta en los registros de los pacientes que agregue aquí. Posteriormente deberá continuar con el llenado del formato indicando en cada cuadro de texto lo correspondiente.



Por último, deberá de indicar fecha y hora de la próxima cita.



Una vez, este completa la información dentro del formato, deberá pulsar el botón **"Guardar"**, para que esté quede almacenado en el expediente del paciente. Adicional a esto deberá firmar electrónicamente el formato para evitar la pérdida de esta captura.



Ir a firma electrónica

Este formato deberá ser firmado electrónicamente para evitar futura perdida de información en el sistema.

Evolución

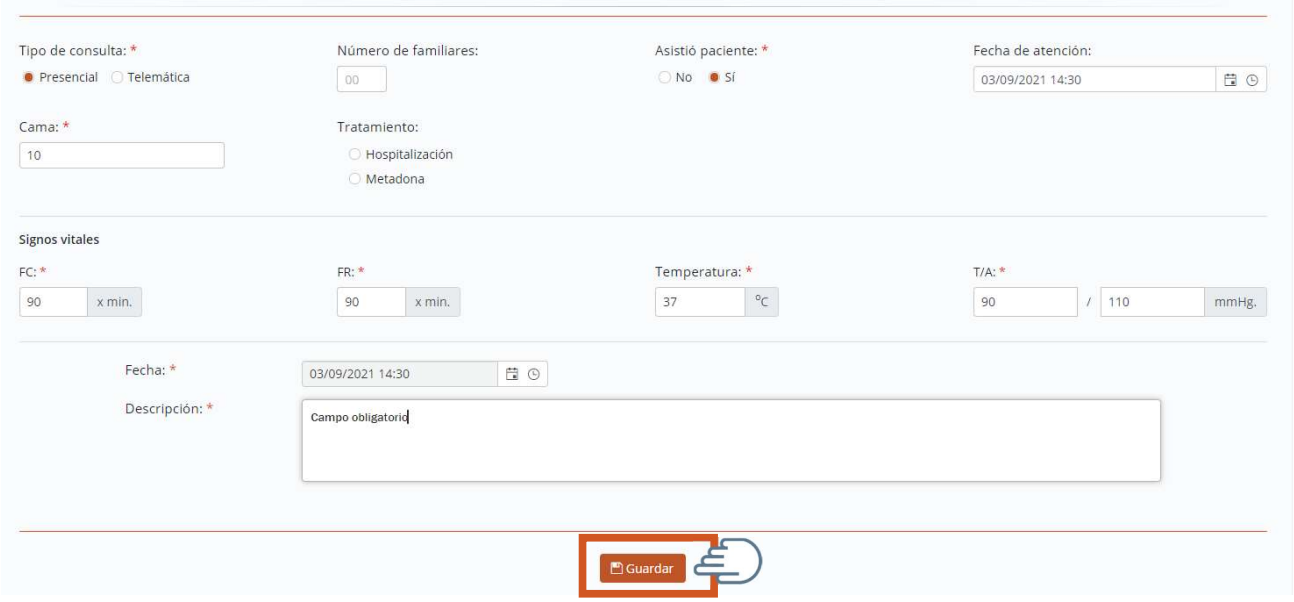
Para registrar la evolución de un paciente en el sistema, deberá tener previamente seleccionado al mismo, y dentro del módulo de **"Hospitalización"** deberá dirigirse a **"Capturar formatos"**.

Posteriormente el sistema nos enviará a otra pantalla en la cual deberá desplazarse al módulo de **"Tratamiento"** y al pulsar sobre el ícono le desplegará los formatos disponibles para su consulta o llenado, aquí encontrará el formato **"Evolución"**.

Al pulsar sobre el formato de **"Evolución"** se le desplegarán las siguientes opciones:

Consulta: Estará disponible siempre y cuando el paciente ya tenga un registro previo en el sistema.
Registro: Estará disponible para llenar por primera vez el formato al paciente.

Al hacer clic en el ícono de registro el sistema lo enviará a otra página en la cual aparecerá el formato en blanco para poder realizar el llenado de este.



Una vez, este completa la información dentro del formato, deberá pulsar el botón “Guardar”, para que esté quede almacenado en el expediente del paciente. Adicional a esto deberá firmar electrónicamente el formato para evitar la pérdida de esta captura.

Ir a firma electrónica

Este formato deberá ser firmado electrónicamente para evitar futura perdida de información en el sistema.

Indicaciones

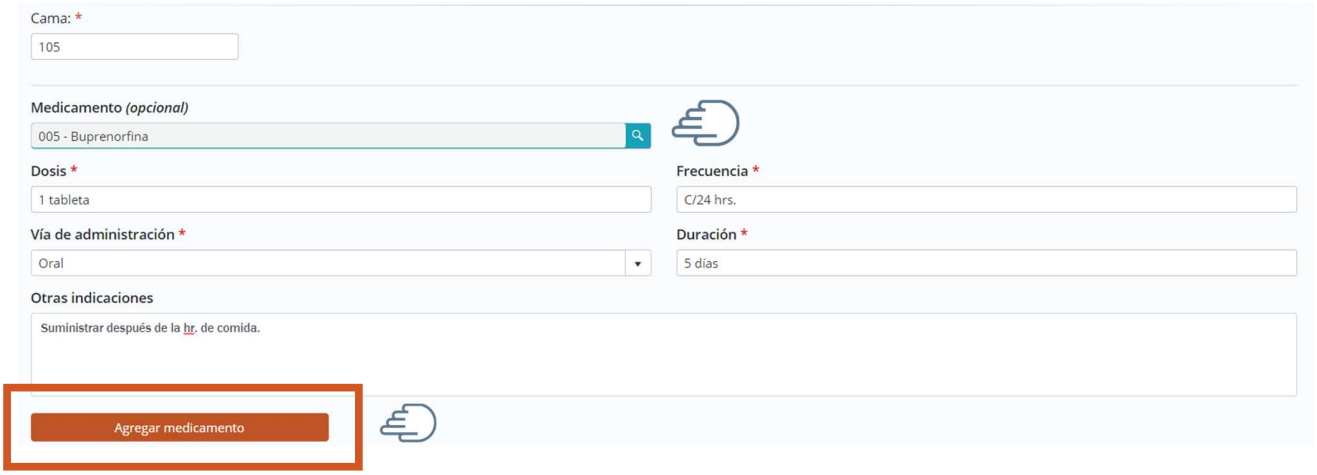
Para registrar el formato de **“Indicaciones”** de un paciente en el sistema, deberá tener previamente seleccionado al mismo, y dentro del módulo de **“Hospitalización”** deberá dirigirse a **“Capturar formatos”**.

Posteriormente el sistema nos enviará a otra pantalla en la cual deberá desplazarse al módulo de **“Tratamiento”** y al pulsar sobre el ícono le desplegará los formatos disponibles para su consulta o llenado, aquí encontrará el formato **“Indicaciones”**.

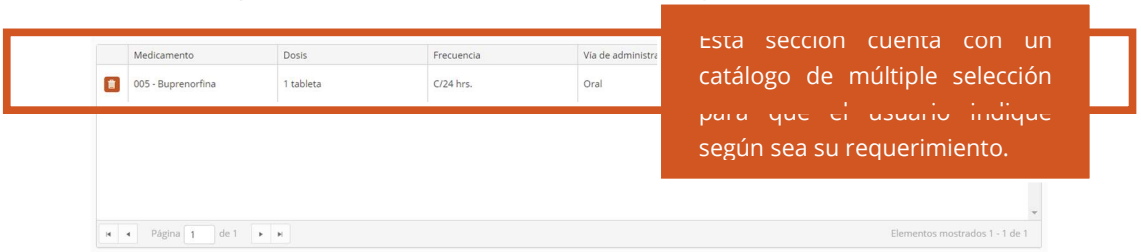
Al pulsar sobre el formato de **“Indicaciones”** se le desplegarán las siguientes opciones:

Consulta: Estará disponible siempre y cuando el paciente ya tenga un registro previo en el sistema.
Registro: Estará disponible para llenar por primera vez el formato al paciente.

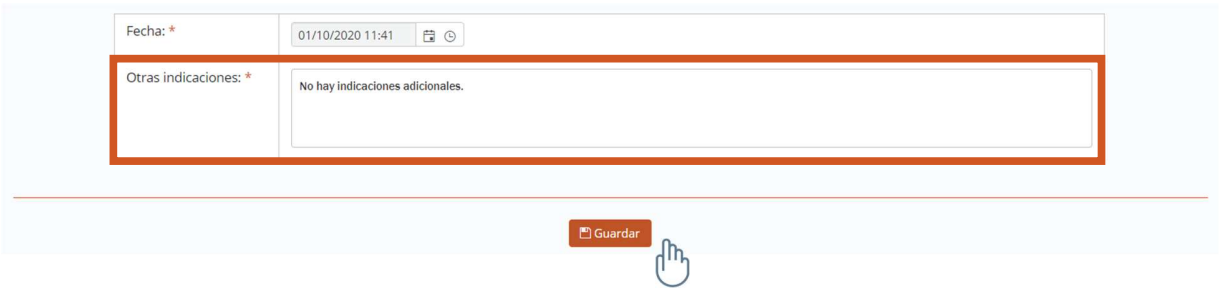
Al hacer clic en el ícono de registro el sistema lo enviará a otra página en la cual aparecerá el formato en blanco para poder realizar el llenado de este. El usuario responsable realizará el llenado según sea el caso, y deberá ir indicando los campos conforme sea requerido.



Una vez que en esta primera parte haya realizado el llenado, deberá pulsar el botón **"Agregar medicamento"** y esta información aparecerá en la tabla que se localiza en la parte inferior. El proceso de agregar medicamentos lo podrá realizar con los medicamentos que desee.



Posteriormente si existe alguna otra indicación contará con un cuadro de texto para poder indicarla; si ya ha terminado el llenado de este formato podrá realizar el guardado de este pulsando en el botón **"Guardar"**.



Una vez, este completa la información dentro del formato, deberá pulsar el botón “Guardar”, para que esté quede almacenado en el expediente del paciente. Adicional a esto deberá firmar electrónicamente el formato para evitar la pérdida de esta captura.

Ir a firma electrónica

Este formato deberá ser firmado electrónicamente para evitar futura perdida de información en el sistema.

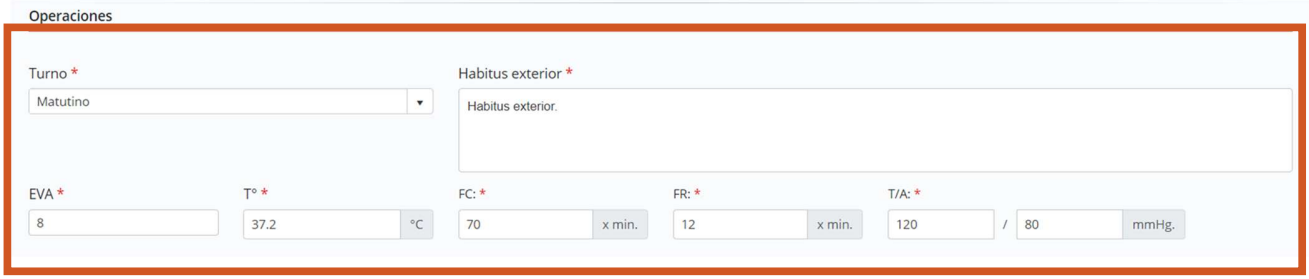
Hoja de Enfermería

Para registrar este formato siga los siguientes pasos

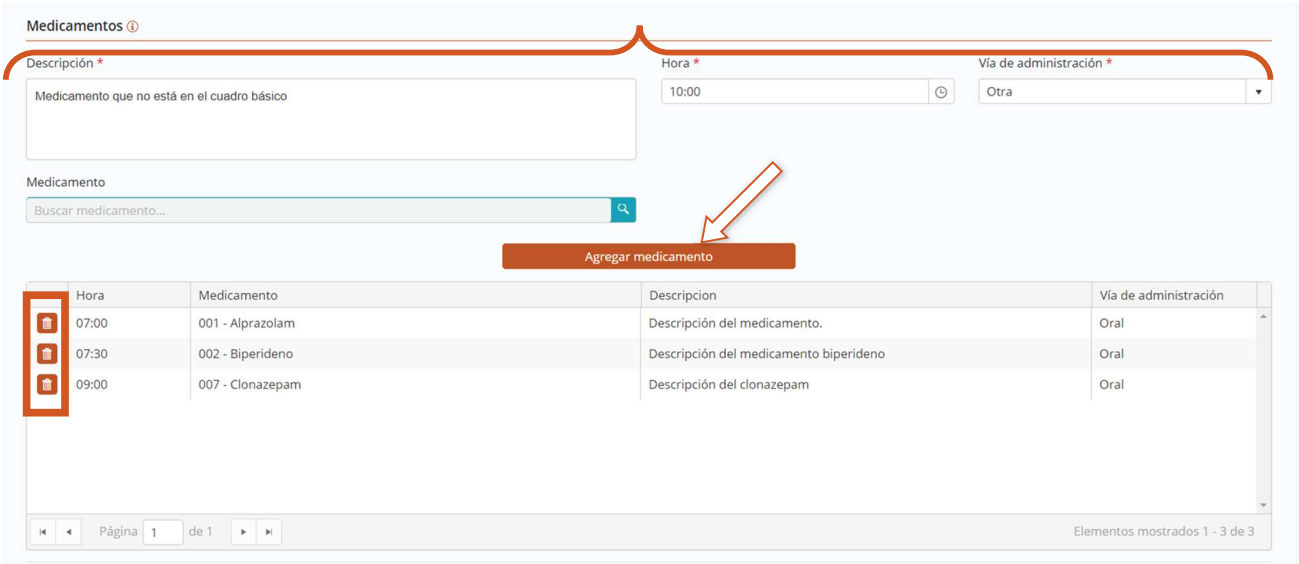
1. En la sección **Tratamiento** haga clic para desplegar todos los formatos que contiene.
2. Haga clic en el formato **Hoja de enfermería** y el sistema desplegará las siguientes opciones:
    a. Registro. El sistema muestra el formato a llenar. Indique el tipo de consulta, el número de familiares, si asistió el paciente, y por último el número cama y haga clic en el botón **“Guardar hoja del día”**.

Una vez hecho este paso, haga clic en el nuevo botón que se muestra **"Agregar operación"** para comenzar el llenado de la hoja.

El sistema muestra la siguiente pantalla, en la cual debe seleccionar el **turno** a registrar, cada vez que registre un turno éste desaparecerá de la lista. Ejemplo, al principio están los tres turnos: matutino, vespertino y nocturno; después de que usted registre el turno matutino, este combo sólo mostrará los turnos vespertino y nocturno, **Habitus exterior**, y lo referente a signos vitales: **EVA, temperatura, frecuencia cardiaca, respiratoria y la presión arterial.**

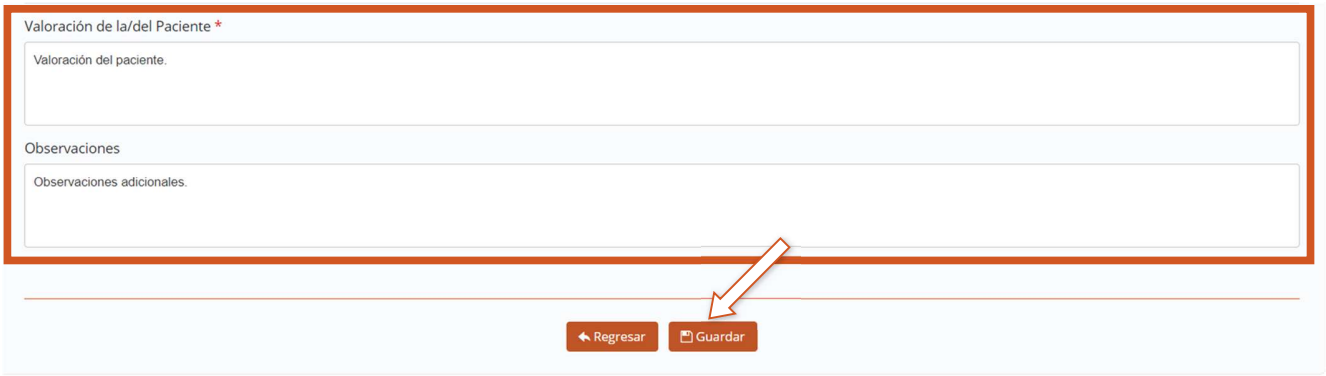


Para agregar un medicamento indique la **descripción, hora y vía de administración,** estos campos son obligatorios para agregar un medicamento**.** Haga clic en el ícono de lupa para buscar en el cuadro básico de medicamento, en caso de no estar el solicitado, en el campo de **descripción** indique cuál es y agregue los demás campos.



Si desea eliminar algún medicamento, haga clic en el primer ícono de la tabla donde están almacenados; el sistema le preguntará si está seguro de ejecutar la operación. Haga clic en **"Aceptar"** para confirmar o **"Cancelar"** para anular el borrado.

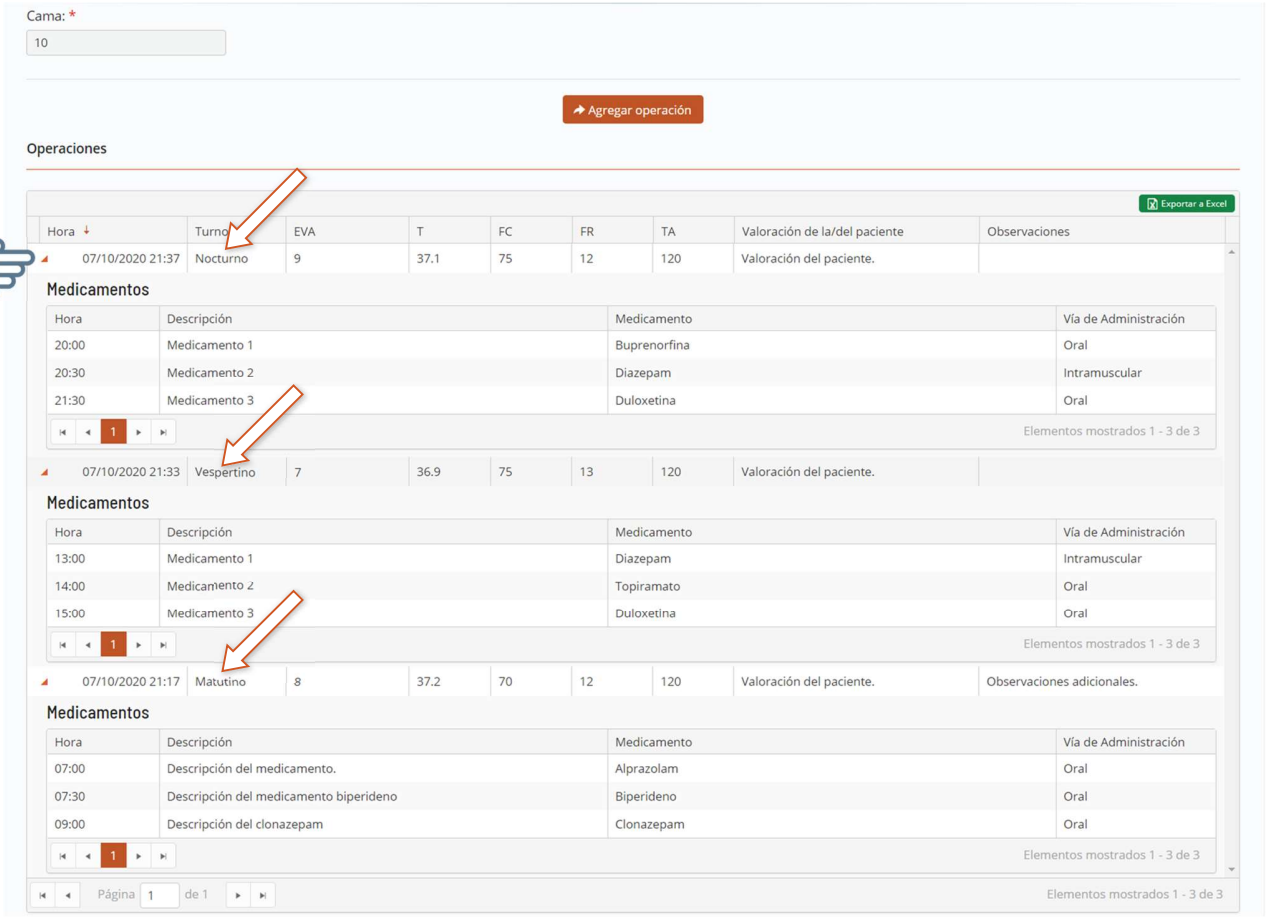
Después de indicar los medicamentos, llene los últimos campos abiertos, **valoración del paciente** y **observaciones**.



Al finalizar el formato haga clic en **"Guardar"** y una vez registrados los tres turnos firme electrónicamente. La firma es una sola vez.

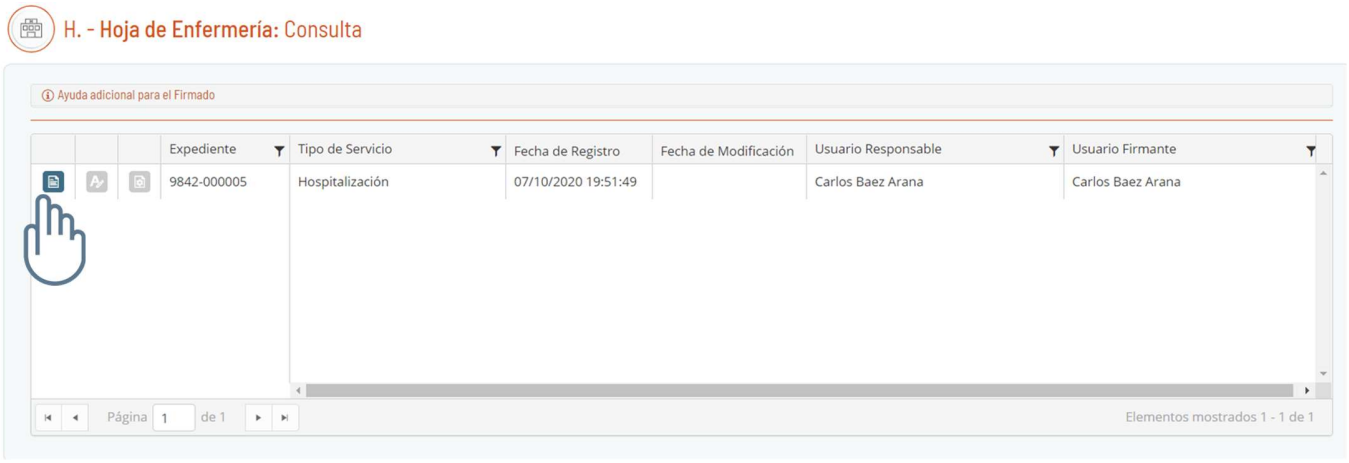
Ir a firma electrónica

Al hacer clic en el botón regresar, el sistema muestra la siguiente pantalla con los detalles de los turnos registrados; al abrir la flecha de la izquierda se muestran los medicamentos registrados en el turno.

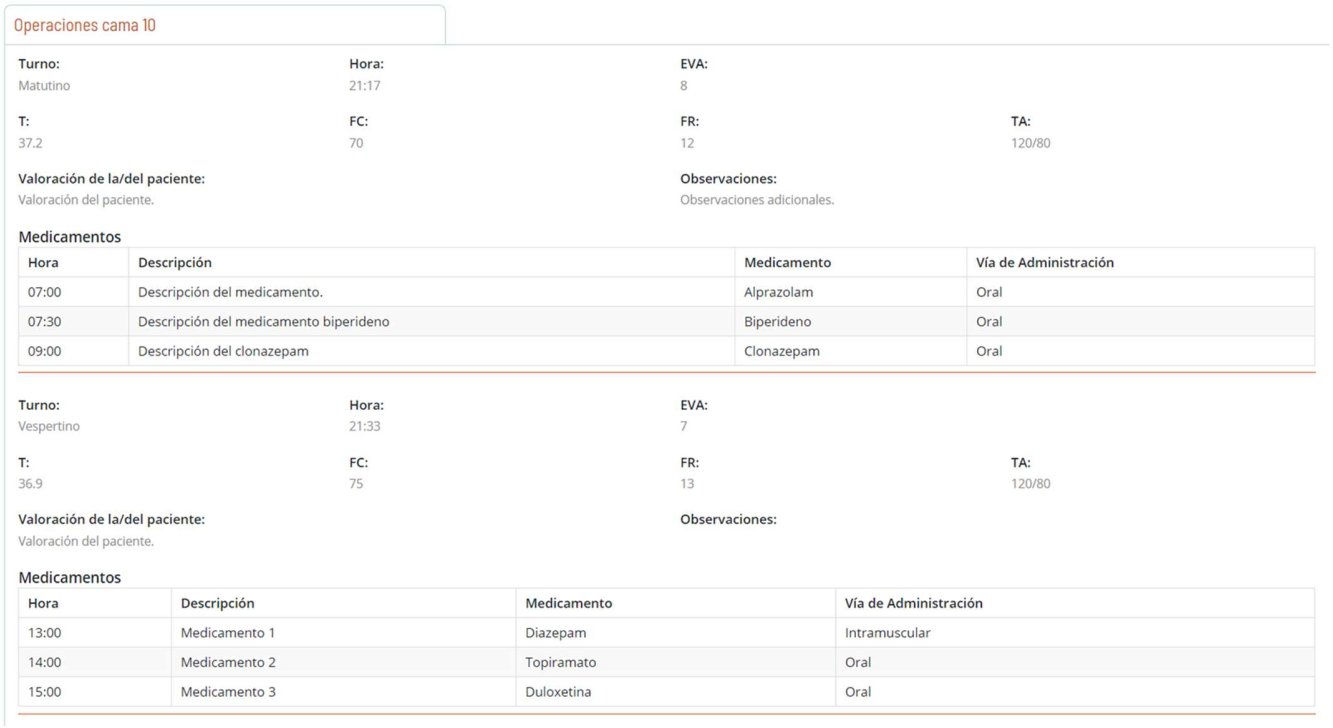


Si firma el formato electrónicamente y no se han registrado los tres turnos, la hoja de enfermería no se podrá editar y si desea registrar un turno deberá abrir una nueva hoja.

b. Consulta. Al hacer clic en este ícono el sistema muestra la siguiente pantalla.



Haga clic en el primer ícono **"Ver detalle"** y el sistema mostrará el formato en modo consulta.



Operaciones cama 10

Turno: Matutino
Hora: 21:17
EVA: 8
T: 37.2
FC: 70
FR: 12
TA: 120/80
Valoración de la/del paciente: Valoración del paciente.
Observaciones: Observaciones adicionales.

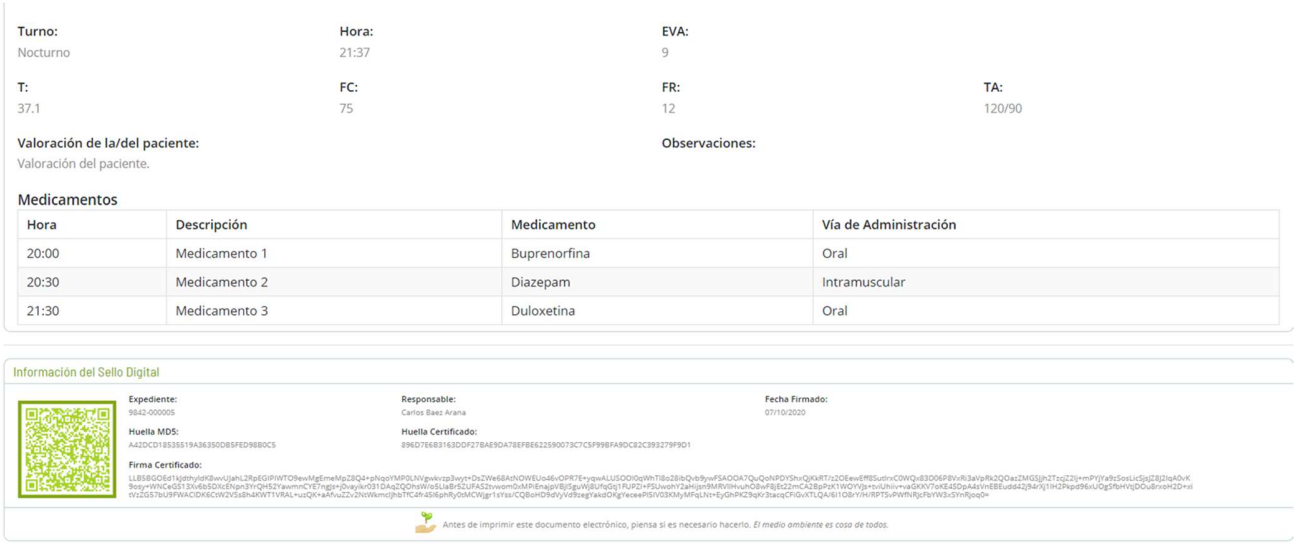
Medicamentos

Hora	Descripción	Medicamento	Vía de Administración
07:00	Descripción del medicamento.	Alprazolam	Oral
07:30	Descripción del medicamento biperideno	Biperideno	Oral
09:00	Descripción del clonazepam	Clonazepam	Oral

Turno: Vespertino
Hora: 21:33
EVA: 7
T: 36.9
FC: 75
FR: 13
TA: 120/80
Valoración de la/del paciente: Valoración del paciente.
Observaciones:

Medicamentos

Hora	Descripción	Medicamento	Vía de Administración
13:00	Medicamento 1	Diazepam	Intramuscular
14:00	Medicamento 2	Topiramato	Oral
15:00	Medicamento 3	Duloxetina	Oral



Turno: Nocturno
Hora: 21:37
EVA: 9
T: 37.1
FC: 75
FR: 12
TA: 120/90
Valoración de la/del paciente: Valoración del paciente.
Observaciones:

Medicamentos

Hora	Descripción	Medicamento	Vía de Administración
20:00	Medicamento 1	Buprenorfina	Oral
20:30	Medicamento 2	Diazepam	Intramuscular
21:30	Medicamento 3	Duloxetina	Oral

Información del Sello Digital
Expediente: 9842-000005
Responsable: Carlos Baez Arana
Fecha Firmado: 07/10/2020
Huella MD5: A42DCD18535519A36350DB5FED98B0C5
Huella Certificado: 896D7E6B3163DDF27BAE9DA78EFBE622590073C7C5F99BFA9DC82C393279F9D1
Firma Certificado:
Antes de imprimir este documento electrónico, piensa si es necesario hacerlo. *El medio ambiente es cosa de todos.*

Al final del formato se encuentra la firma digital.

Egreso

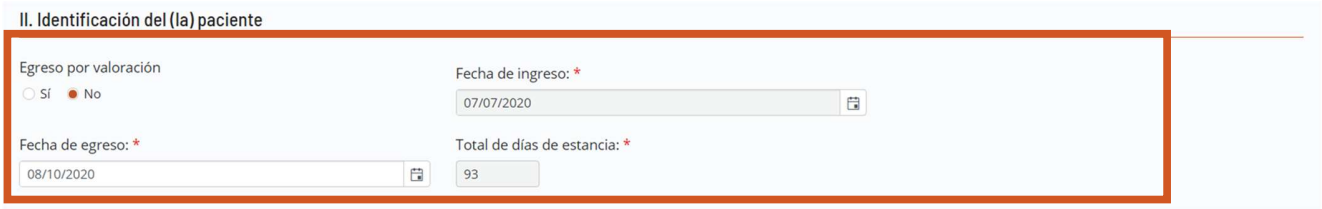
En esta sección se encuentra el formato:

- Egreso

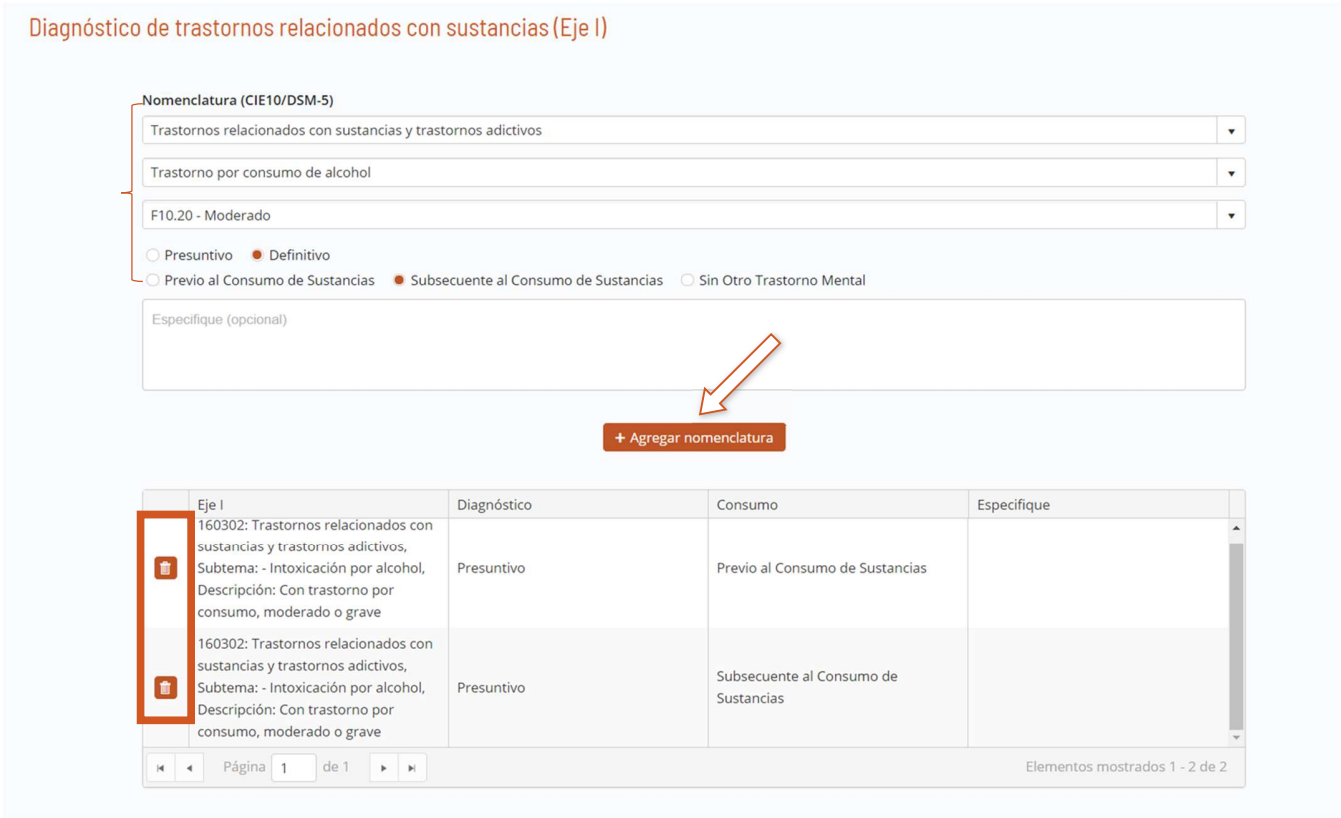
Hoja de Egreso

Para registrar este formato siga los siguientes pasos:

1. En la sección **Egreso** haga clic para desplegar todos los formatos que contiene.
2. Haga clic en el formato **Hoja de egreso** y el sistema desplegará las siguientes opciones:
    a. Registro. Sección **II. Identificación del paciente**, indique si el paciente **egresa por valoración**, en caso de afirmación no hay que llenar otro campo en esta parte; si es negativa, indique la **fecha de egreso** y el sistema automáticamente calcula el número **total de días de estancia**.

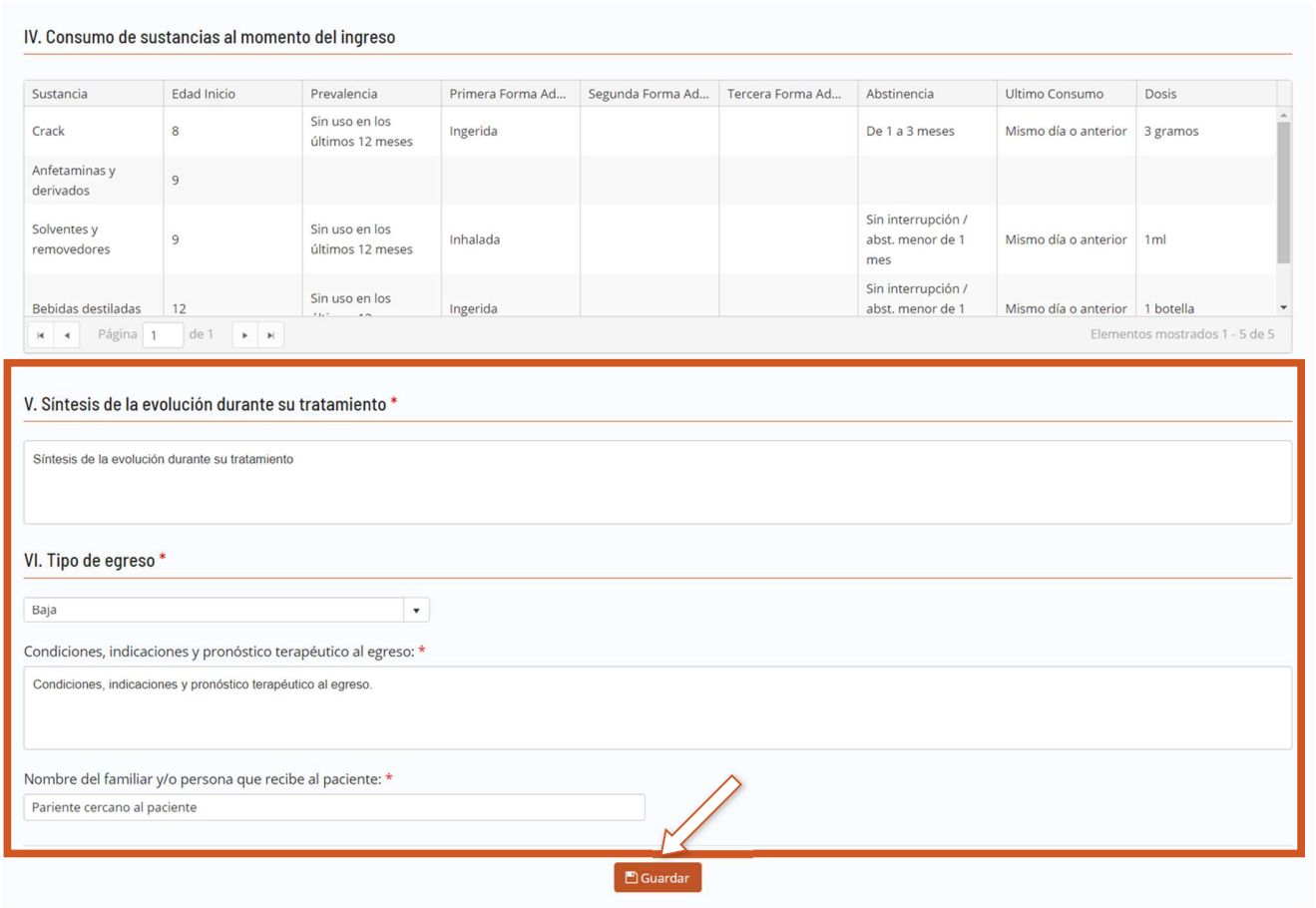


En la siguiente sección **III. Diagnóstico**, en caso de tener un registro previo del formato de historia clínica, los diagnósticos registrados en ésta se precargarán en la hoja de egreso; sin embargo, esta sección es editable, es decir, puede eliminar aquellos trastornos que ya no apliquen y/o puede agregar uno o los que sean necesarios.



En los siguientes ejes del I al IV es el mismo procedimiento; el eje V es opcional su llenado.

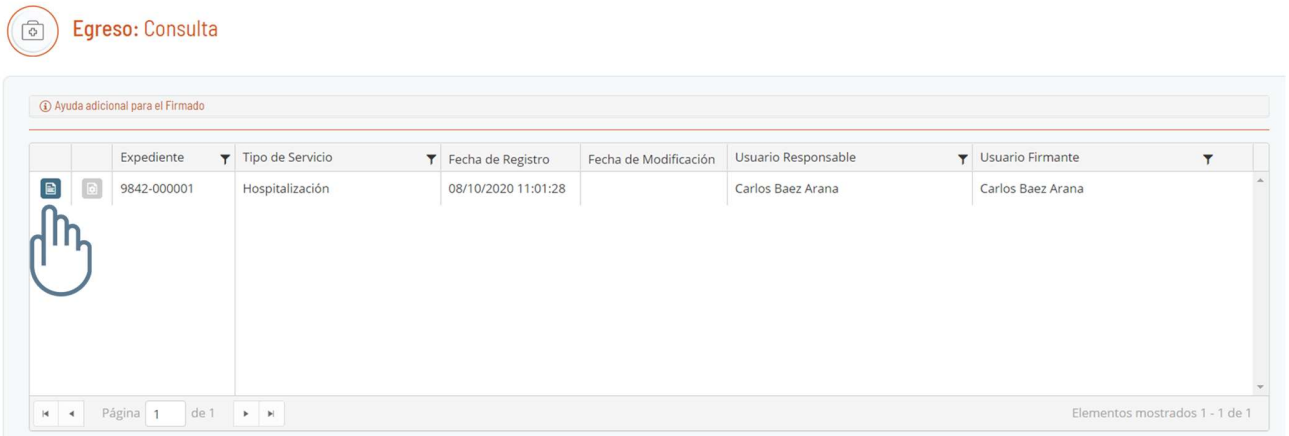
La sección **IV. Consumo de sustancias al momento del egreso**, el sistema muestra las sustancias que se registraron en la entrevista inicial, en modo consulta. La sección **V. Síntesis de la evolución durante su tratamiento**, indique lo correspondiente en el campo abierto. En la sección **VI. Tipo de egreso**, indique la manera en que el paciente egresó, después llene el campo **Condiciones, indicaciones y pronóstico terapéutico al egreso** y anota el nombre del familiar que recibe al paciente.



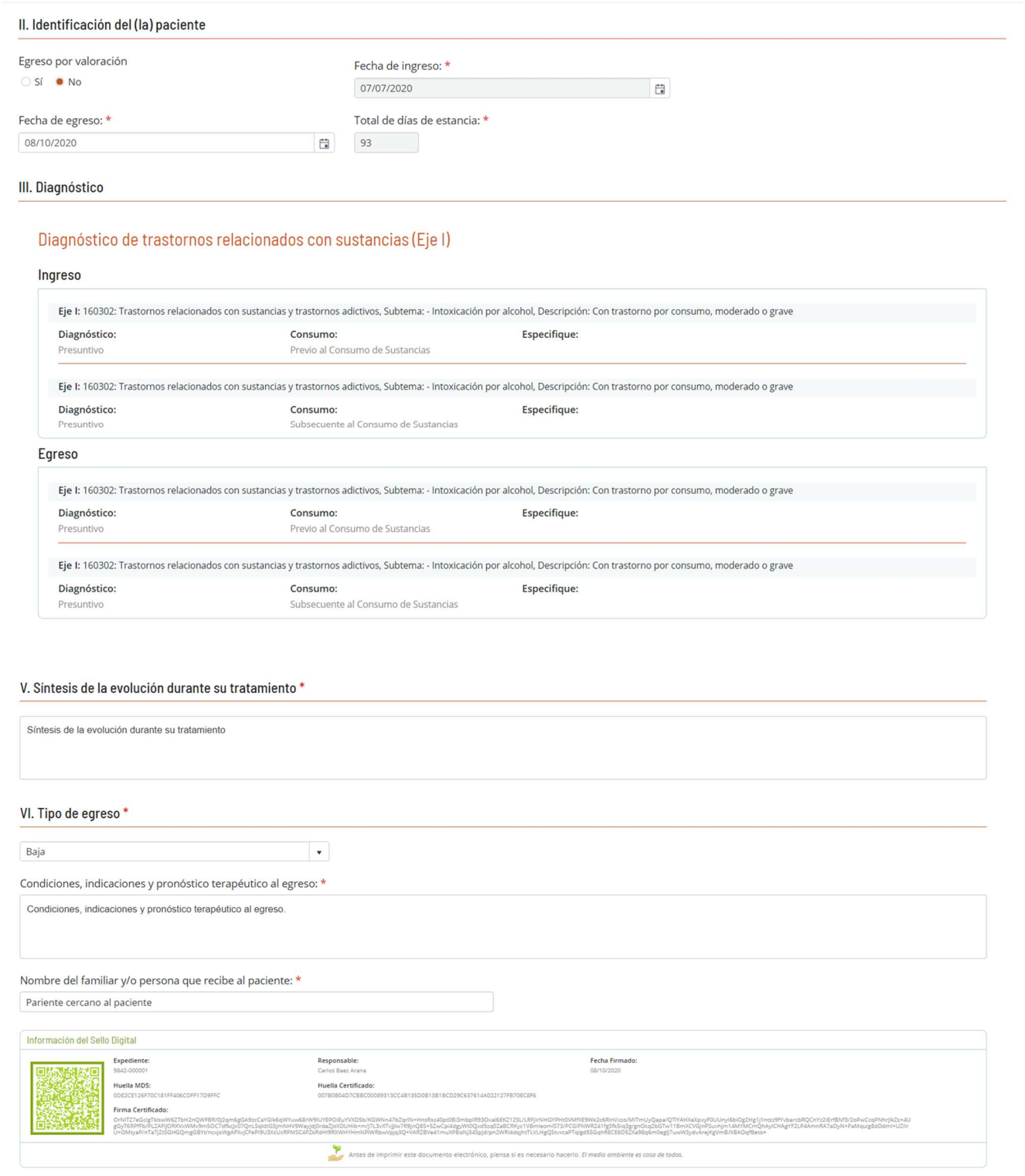
Al terminar el registro del formato haga clic en **"Guardar"** y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. Al hace clic en este ícono el sistema muestra la siguiente pantalla.



Haga clic en el primer ícono **“Ver detalle”** y el sistema mostrará el formato en modo consulta.



II. Identificación del (la) paciente

Egreso por valoración
Sí ● No

Fecha de ingreso: *
07/07/2020

Fecha de egreso: *
08/10/2020

Total de días de estancia: *
93

III. Diagnóstico

Diagnóstico de trastornos relacionados con sustancias (Eje I)

Ingreso

Eje I: 160302: Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, Subtema: - Intoxicación por alcohol, Descripción: Con trastorno por consumo, moderado o grave

Diagnóstico:	Consumo:	Especifique:
Presuntivo	Previo al Consumo de Sustancias	

Eje I: 160302: Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, Subtema: - Intoxicación por alcohol, Descripción: Con trastorno por consumo, moderado o grave

Diagnóstico:	Consumo:	Especifique:
Presuntivo	Subsecuente al Consumo de Sustancias	

Egreso

Eje I: 160302: Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, Subtema: - Intoxicación por alcohol, Descripción: Con trastorno por consumo, moderado o grave

Diagnóstico:	Consumo:	Especifique:
Presuntivo	Previo al Consumo de Sustancias	

Eje I: 160302: Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, Subtema: - Intoxicación por alcohol, Descripción: Con trastorno por consumo, moderado o grave

Diagnóstico:	Consumo:	Especifique:
Presuntivo	Subsecuente al Consumo de Sustancias	

V. Síntesis de la evolución durante su tratamiento *

Síntesis de la evolución durante su tratamiento

VI. Tipo de egreso *

Baja

Condiciones, indicaciones y pronóstico terapéutico al egreso: *

Condiciones, indicaciones y pronóstico terapéutico al egreso.

Nombre del familiar y/o persona que recibe al paciente: *

Pariente cercano al paciente

Información del Sello Digital

Expediente: 9842-000001
Responsable: Carlos Baez Arana
Fecha Firmado: 08/10/2020

Huella MD5: 0DE2CE126F70C181FF406CDFF17D9FFC
Huella Certificado: 007B0B04D7CBBC00089313CC4B135D0B13B1BCD29C637614A022127FB70EC8F6

Firma Certificado:

Antes de imprimir este documento electrónico, piensa si es necesario hacerlo. *El medio ambiente es cosa de todos.*

Al final del formato se encuentra la firma digital.

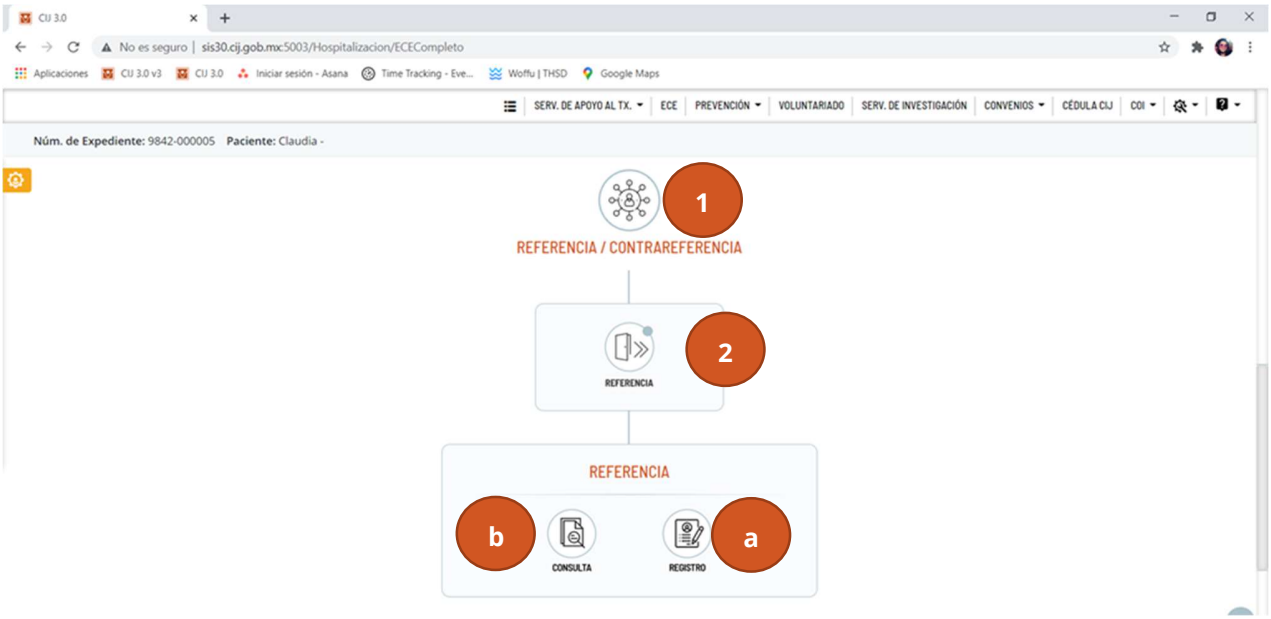
Referencia/ Contrarreferencia

En esta sección se encuentran los formatos:

- Referencia
- Contrarreferencia

Referencia

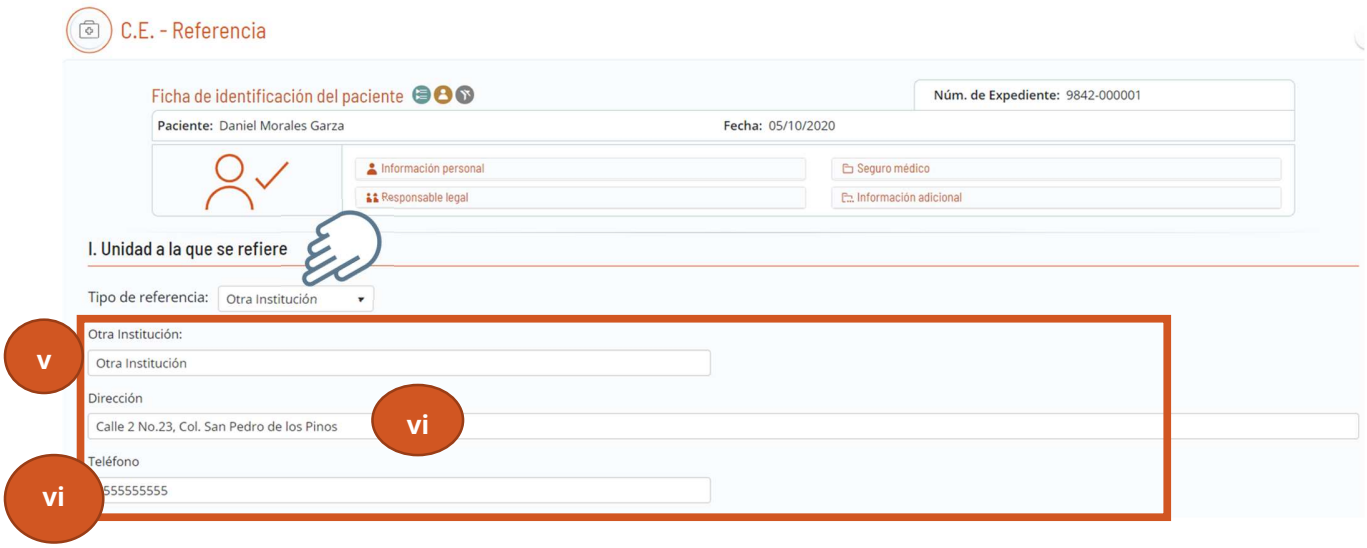
Para registrar este formato, siga los siguientes pasos:



1. Sección “Referencia”. El sistema muestra el/los formatos de esta sección.
2. Formato Referencia. Haga clic y se desplegarán dos opciones:
    a. Registro.

        i. Tipo de referencia. Seleccionar si el paciente será referido a un CIJ u otra institución.
        ii. Referido a. Seleccionar el CC al que se referirá.
        iii. Director del Centro. Al seleccionar el CC (y si este dato ya ha sido registrado en la Cédula de estructura) se llena automáticamente, aunque es editable.
        iv. Dirección y teléfono. Estos datos también se llenan automáticamente después de seleccionar el CC a referir, no son editables. Al igual que el director del centro, estos datos se registran en la Cédula de estructura.

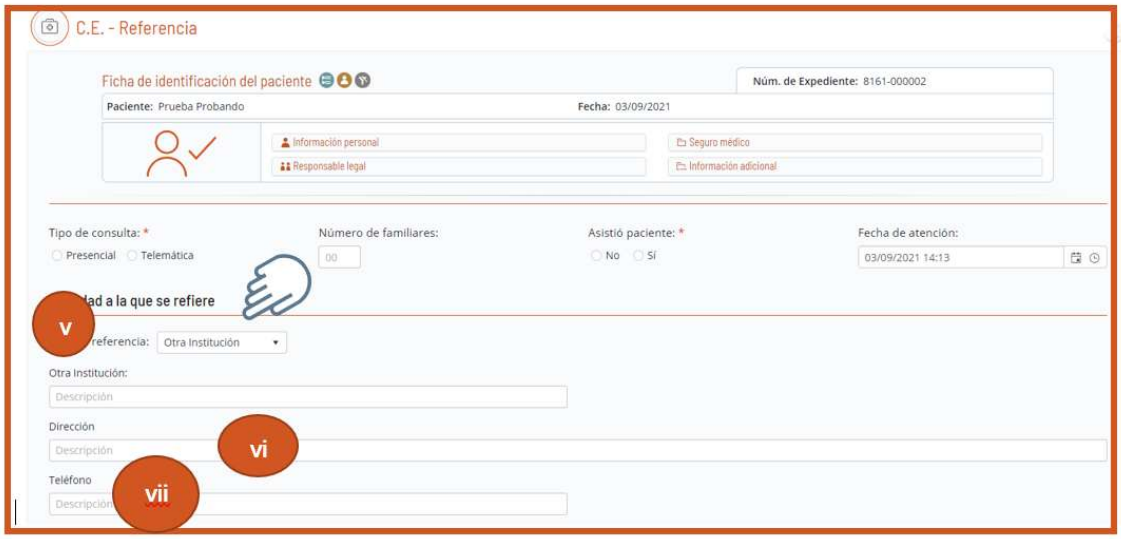
En caso de seleccionar una referencia a otra Institución, el sistema mostrará los siguientes datos:

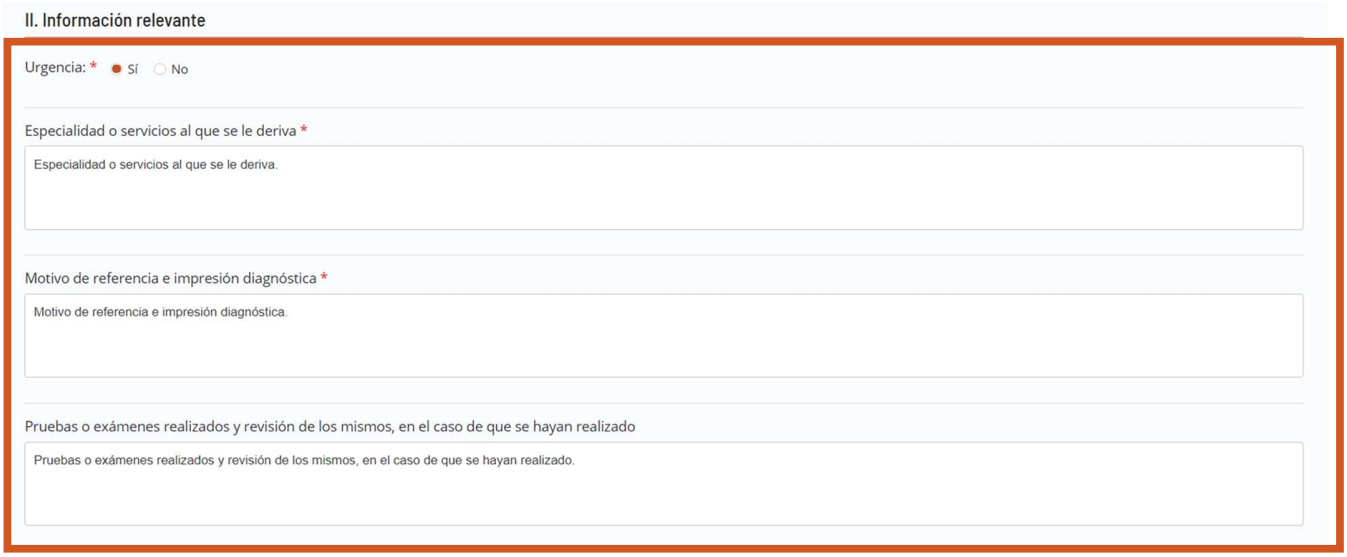


v. Otra Institución. Campo abierto para indicar el nombre.
vi. Dirección. Indicar la dirección física de la Institución.
vii. Teléfono. Campo abierto para indicar el número telefónico del centro.

La sección II. Información relevante, se compone de indicar si es urgente o no y campos de texto abiertos.

Hay que recordar que los campos marcados con (*) son obligatorios, el sistema no permitirá continuar hasta que el campo tenga un valor seleccionado.

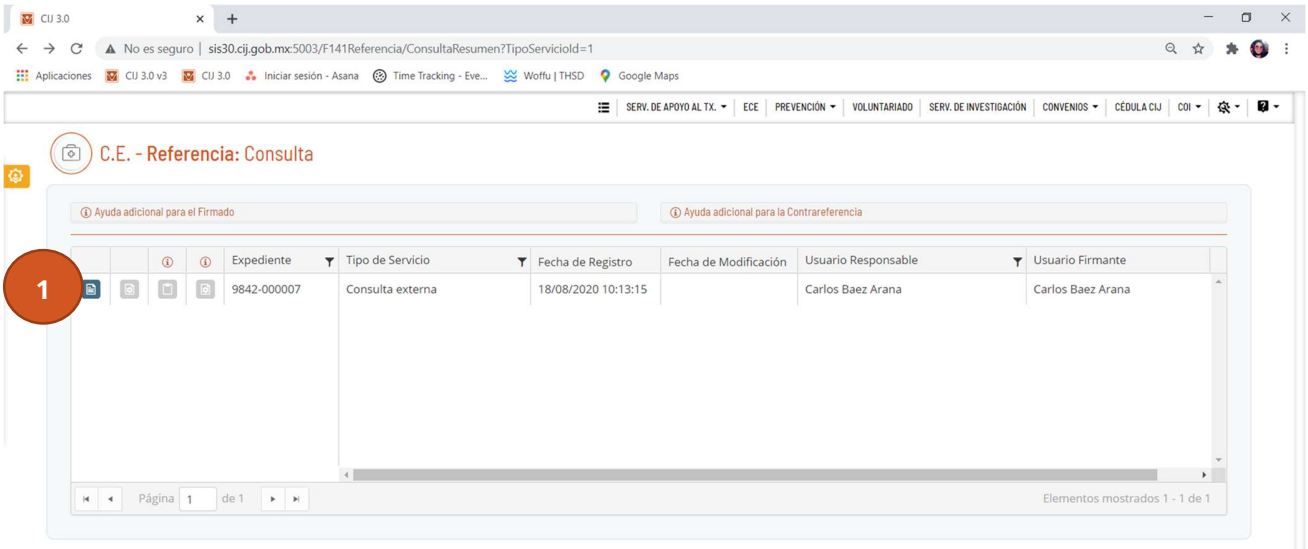




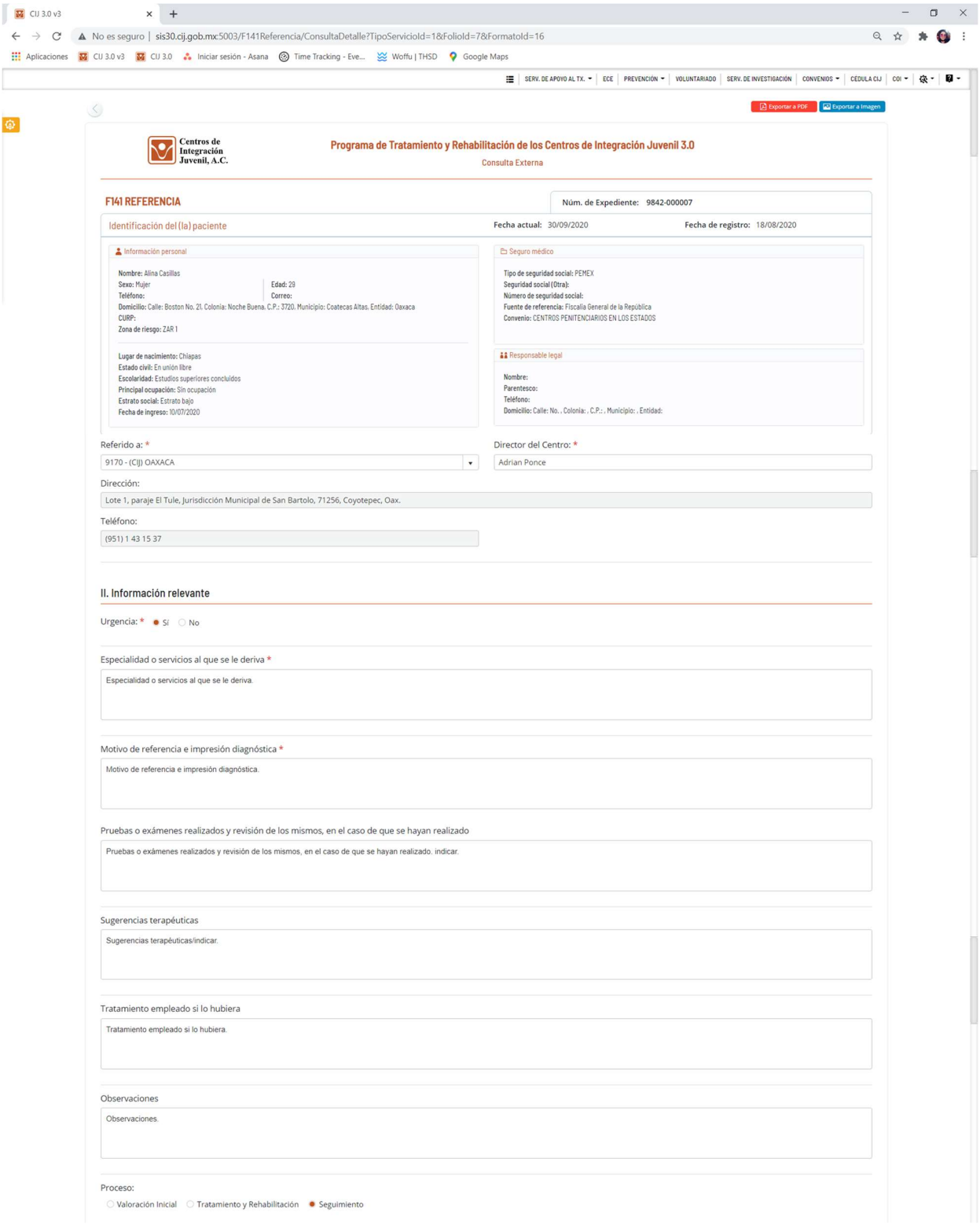
Complete los demás campos abiertos de la misma manera, al finalizar haga clic en **"Guardar"** y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. En caso de que el paciente cuente con al menos un formato de referencia, al hacer clic en el ícono correspondiente, el sistema mostrará la siguiente pantalla:



i. Haga clic en el primer ícono **"Ver detalle"** y se mostrará la siguiente pantalla.


CIJ 3.0 v3
No es seguro | sis30.cij.gob.mx:5003/F141Referencia/ConsultaDetalle?TipoServicioId=1&FolioId=7&FormatoId=16
Aplicaciones
CIJ 3.0 v3
CIJ 3.0
Iniciar sesión - Asana
Time Tracking - Eve...
Woffu | THSD
Google Maps
SERV. DE APOYO AL TX.
ECE
PREVENCIÓN
VOLUNTARIADO
SERV. DE INVESTIGACIÓN
CONVENIOS
CEDULA CIJ
Exportar a PDF
Exportar a Imagen
Centros de Integración Juvenil, A.C.
Programa de Tratamiento y Rehabilitación de los Centros de Integración Juvenil 3.0
Consulta Externa
F141 REFERENCIA
Núm. de Expediente: 9842-000007
Identificación del (la) paciente
Fecha actual: 30/09/2020
Fecha de registro: 18/08/2020
Información personal
Nombre: Alina Casillas
Sexo: Mujer
Edad: 29
Teléfono:
Correo:
Domicilio: Calle: Boston No. 21, Colonia: Noche Buena, C.P.: 3720, Municipio: Coatecas Altas, Entidad: Oaxaca
CURP:
Zona de riesgo: ZAR 1
Lugar de nacimiento: Chiapas
Estado civil: En unión libre
Escolaridad: Estudios superiores concluidos
Principal ocupación: Sin ocupación
Estrato social: Estrato bajo
Fecha de ingreso: 10/07/2020
Seguro médico
Tipo de seguridad social: PEMEX
Seguridad social (Otra):
Número de seguridad social:
Fuente de referencia: Fiscalía General de la República
Convenio: CENTROS PENITENCIARIOS EN LOS ESTADOS
Responsable legal
Nombre:
Parentesco:
Teléfono:
Domicilio: Calle: No. , Colonia: , C.P.: , Municipio: , Entidad:
Referido a: *
9170 - (CIJ) OAXACA
Director del Centro: *
Adrian Ponce
Dirección:
Lote 1, paraje El Tule, Jurisdicción Municipal de San Bartolo, 71256, Coyotepec, Oax.
Teléfono:
(951) 1 43 15 37
II. Información relevante
Urgencia: * Sí No
Especialidad o servicios al que se le deriva *
Especialidad o servicios al que se le deriva.
Motivo de referencia e impresión diagnóstica *
Motivo de referencia e impresión diagnóstica.
Pruebas o exámenes realizados y revisión de los mismos, en el caso de que se hayan realizado
Pruebas o exámenes realizados y revisión de los mismos, en el caso de que se hayan realizado. indicar.
Sugerencias terapéuticas
Sugerencias terapéuticas/indicar.
Tratamiento empleado si lo hubiera
Tratamiento empleado si lo hubiera.
Observaciones
Observaciones.
Proceso:
Valoración Inicial
Tratamiento y Rehabilitación
Seguimiento

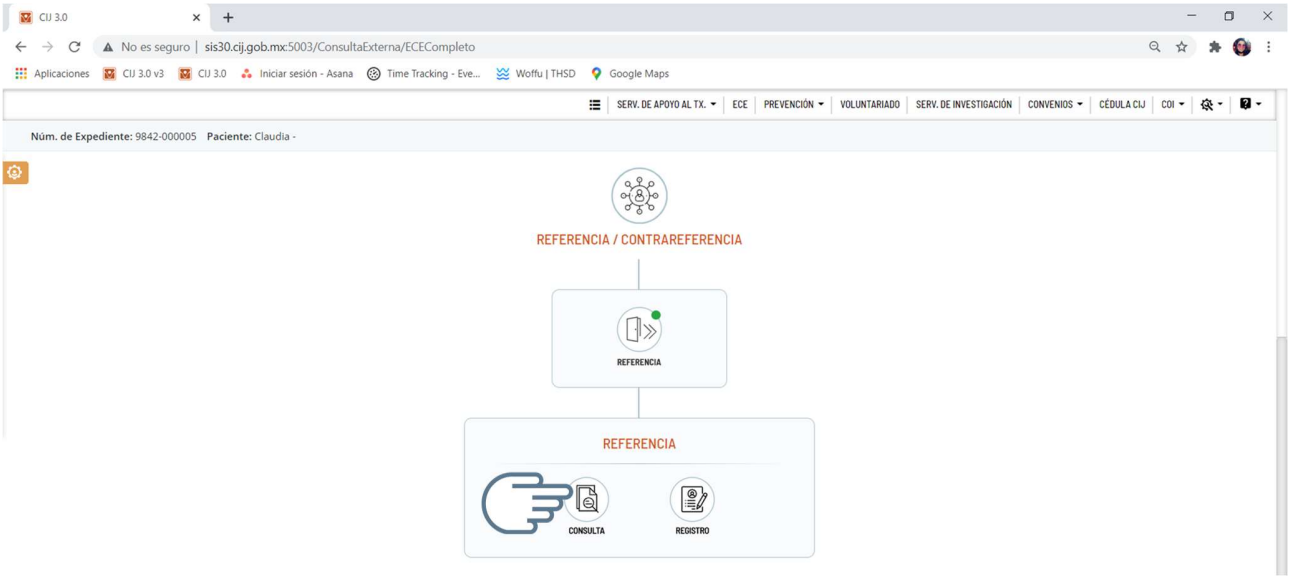
Al final del formato se encuentra la firma digital.

Contrarreferencia

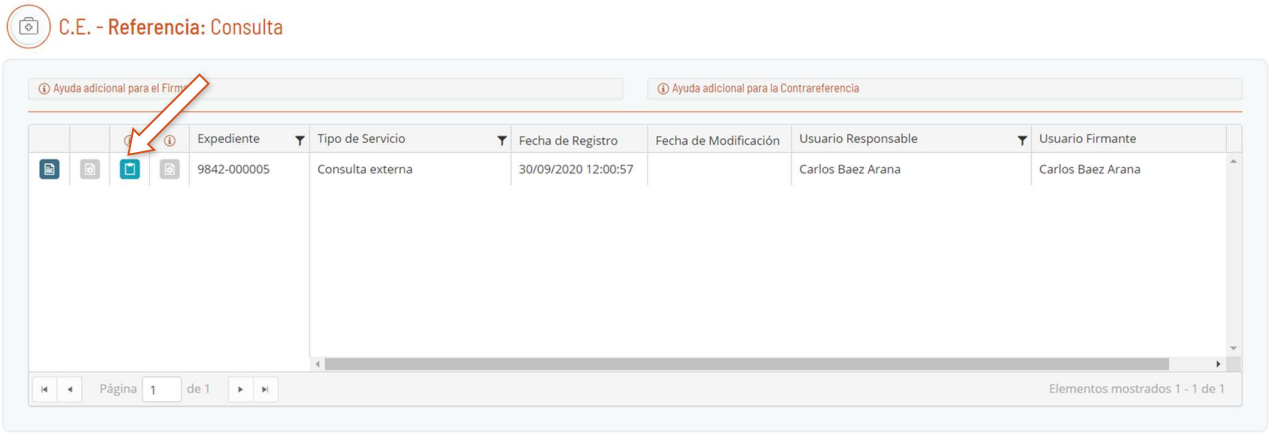
El registro de este formato depende de que haya previamente registrado un formato de referencia. Si el paciente se refiere a otra unidad operativa, ésta será la única que realizará la contrarreferencia a la unidad que referenció. Por ejemplo, si el paciente lo registra el **CC 9842 – Zapopan Kena Moreno** y le registra una referencia al **CC 9870-Aguascalientes**, este último centro lo contrarreferencia únicamente al 9842.

Recuerde que para registrar cualquier formato es necesario tener seleccionado un paciente, esto para que el sistema pueda crear la relación paciente-servicio.

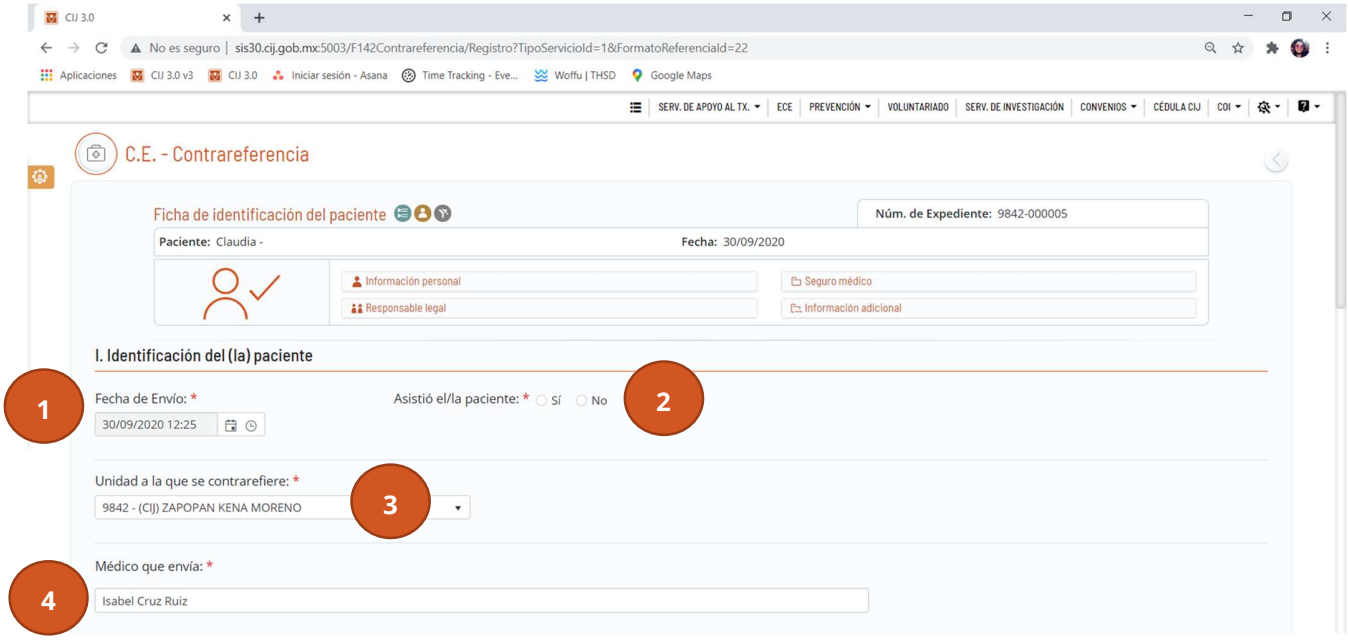
Para registrar este formato, ingrese en el ícono de Referencia, y seleccione la opción consulta.



El sistema muestra la siguiente pantalla:

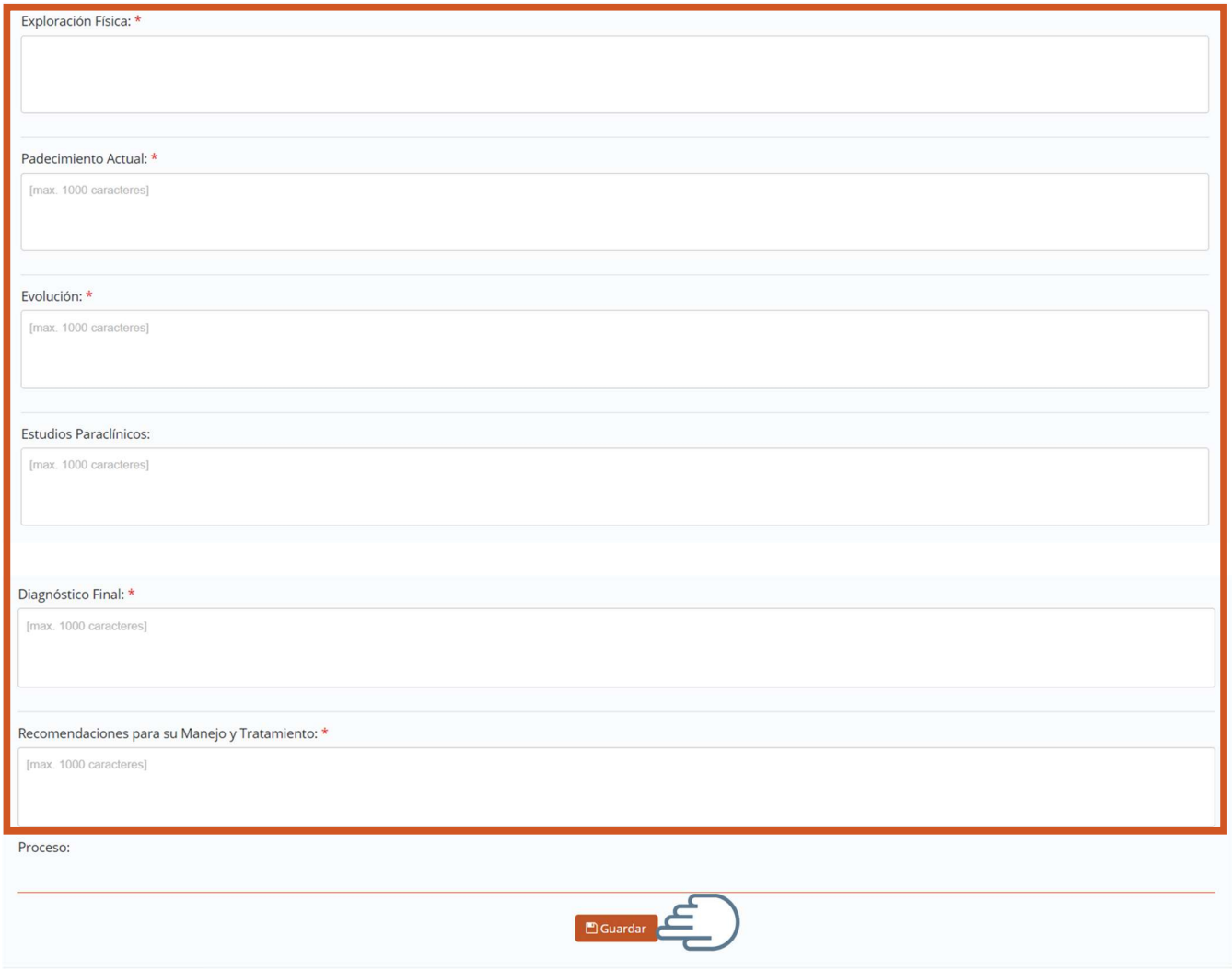


Haga clic en el tercer botón (color azul) y se mostrará la siguiente pantalla:

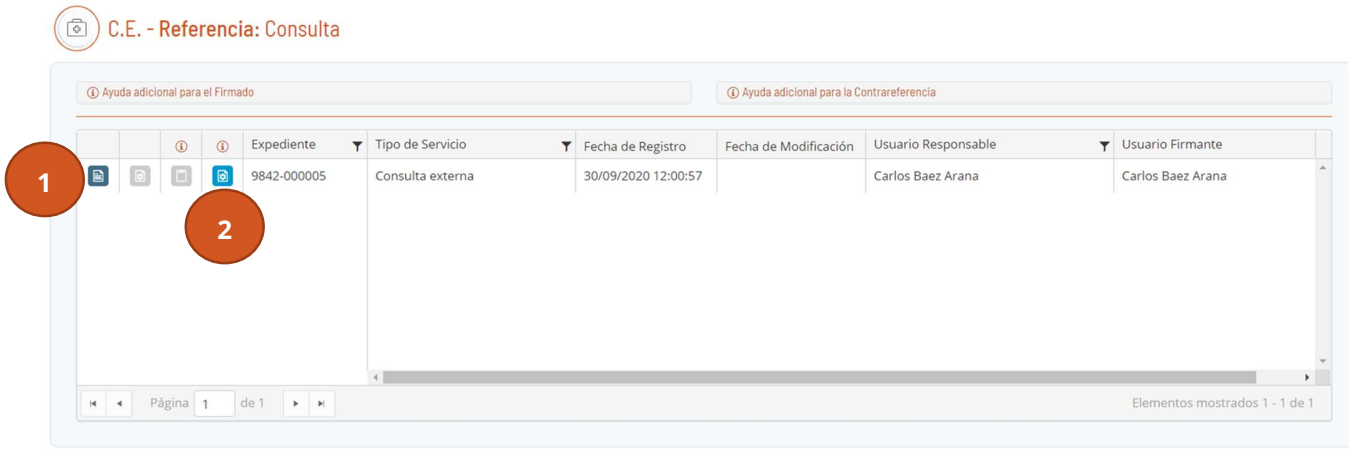


1) Fecha den envío. Son datos generados automáticamente por el sistema y no se editan debido a que debe quedar un registro de la fecha y hora en que se contrarreferencia al paciente.
2) Asistió el/la paciente. Seleccionar una opción.
3) Unidad a la que se contrarrefiere. En este ejemplo es el **CC 9842 – Zapopan Kena Moreno** y de igual manera este dato no puede editarse.
4) Médico que envía. De manera predeterminada el sistema pone el nombre del usuario en sesión. Este campo se puede modificar, indicar el nombre del médico que contrarrefiere.

Los siguientes campos son abiertos, los marcados con (*) son obligatorios.



Una vez que finalice el registro de la contrarreferencia haga clic en el botón **"Guardar"** y el sistema mostrará la siguiente pantalla:



3) El primer ícono muestra ambos formatos en modo de consulta.
4) Ícono para firmar el formato de contrarreferencia.

Ir a firma electrónica

Servicios de Ayuda

En esta sección se encuentran los siguientes formatos:

- Rescate visita domiciliaria
- Solicitud visita domiciliaria

Solicitud Visita Domiciliaria

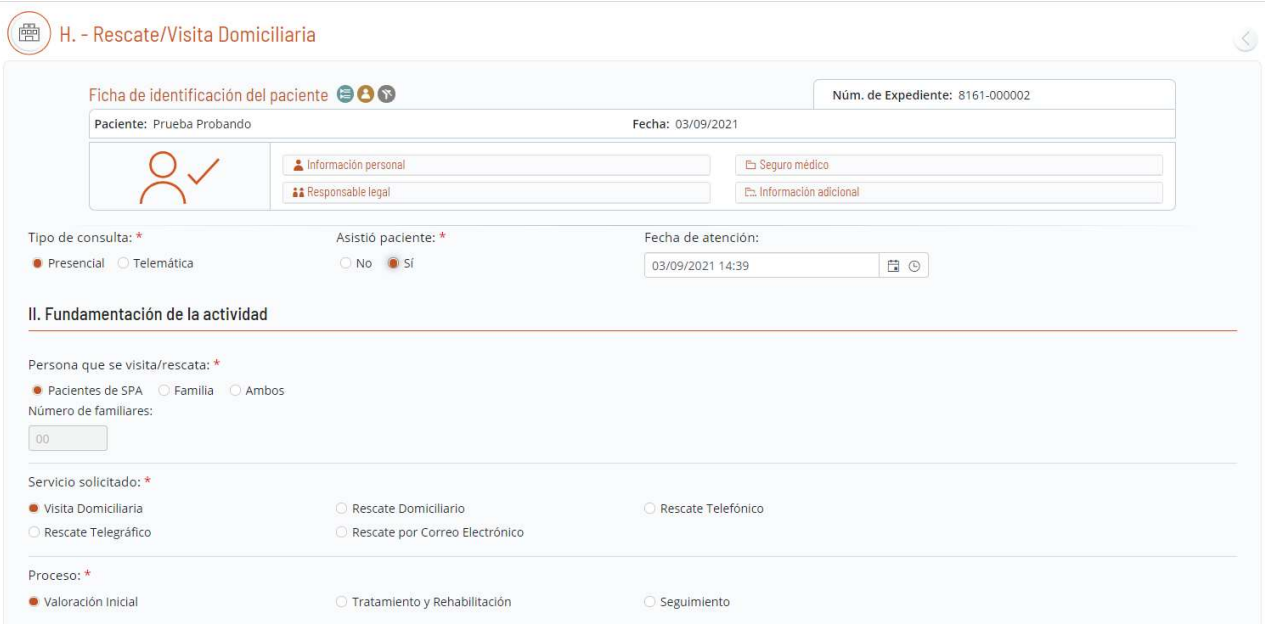
Para registrar el formato **"Rescate/Visita domiciliaria"** de un paciente en el sistema, deberá tener previamente seleccionado al mismo, y dentro del módulo de **"Consulta Externa"** deberá dirigirse a **"capturar formatos"**.

Posteriormente el sistema nos enviará a otra pantalla en la cual deberá desplazarse al módulo de **"Servicios Complementarios"** y al pulsar sobre el ícono le desplegará los formatos disponibles para su consulta o llenado, aquí encontrará el formato **"Rescate/Visita domiciliaria"**.

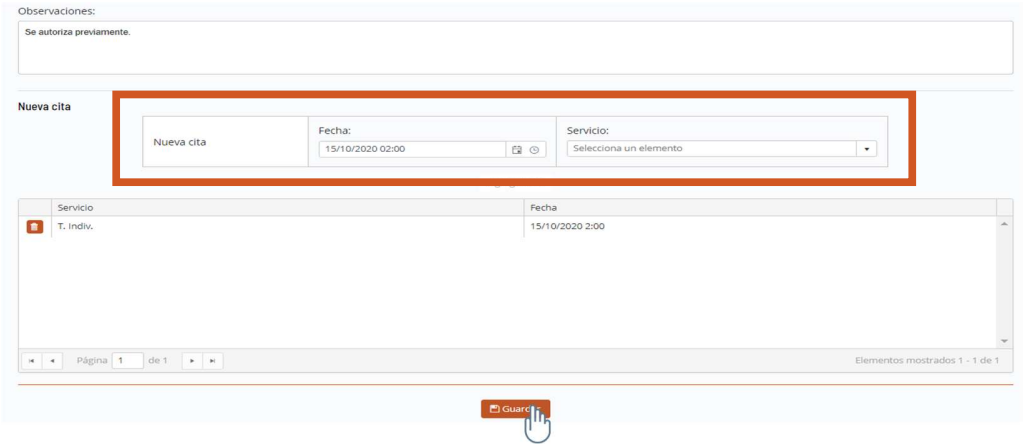
Al pulsar sobre el formato de **"Rescate/Visita domiciliaria"** se le desplegarán las siguientes opciones:

Consulta: Estará disponible siempre y cuando el paciente ya tenga un registro previo en el sistema.
Registro: Estará disponible para llenar por primera vez el formato al paciente.

Al hacer clic en el ícono de registro el sistema lo enviará a otra página en la cual aparecerá el formato en blanco para poder realizar el llenado de este.



El usuario responsable deberá ir llenando los reactivos según corresponda en el formato; en la parte final deberá indicar el servicio al cual el paciente será enviado indicando: fecha, hora, y observación en caso de requerirla.



Una vez, este completa la información dentro del formato, deberá pulsar el botón "Guardar", para que esté quede almacenado en el expediente del paciente. Adicional a esto deberá firmar electrónicamente el formato para evitar la pérdida de esta captura.

Ir a firma electrónica

Este formato deberá ser firmado electrónicamente para evitar futura perdida de información en el sistema.

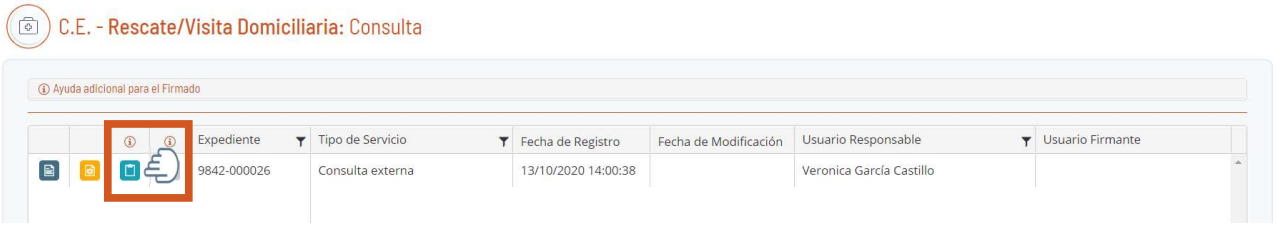
Rescate Visita Domiciliaria

Para registrar el formato **"Rescate"** de un paciente en el sistema, deberá tener previamente seleccionado al mismo, y dentro del módulo de **"Hospitalización"** deberá dirigirse a **"Capturar formatos"**.

Deberá desplazarse al módulo de **"Servicios Complementarios"** y al pulsar sobre el ícono le desplegará los formatos disponibles para su consulta o llenado, aquí encontrará el formato **"Rescate/Visita domiciliaria"**.

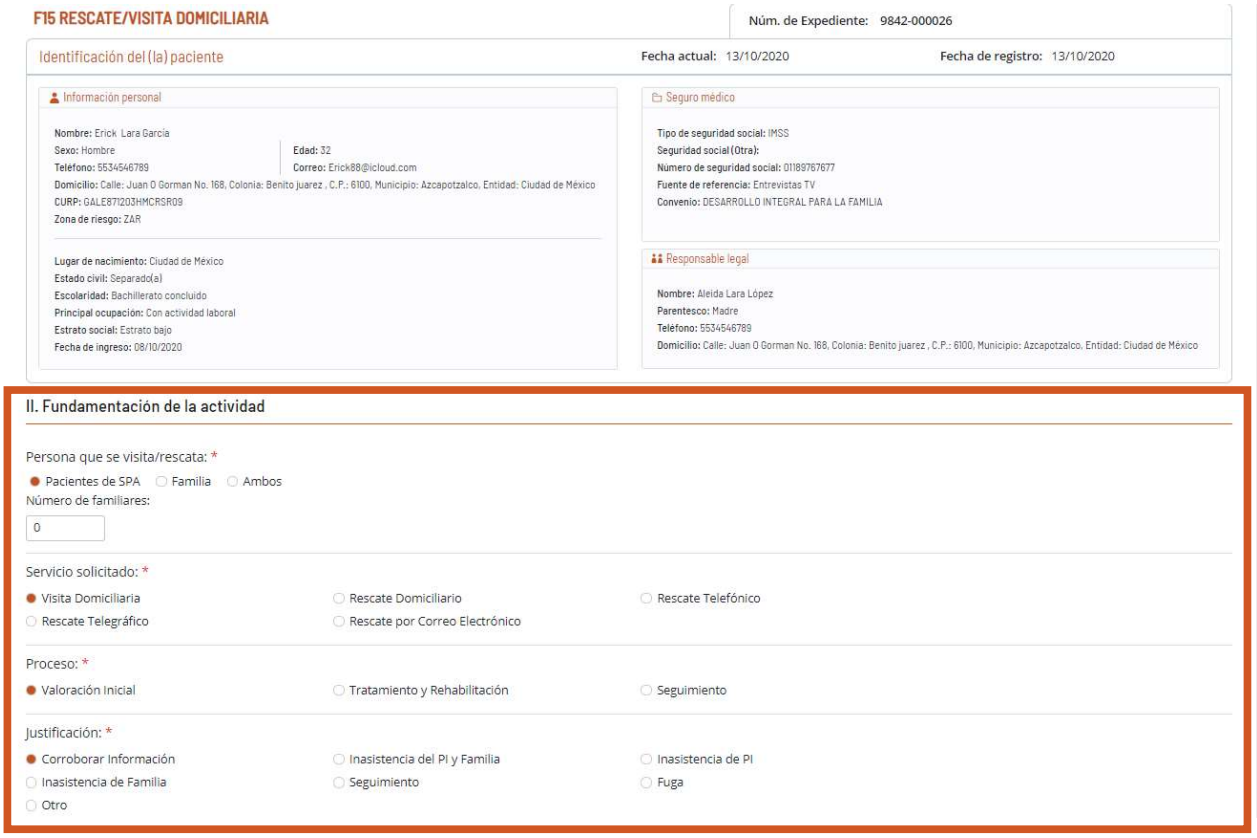
Al pulsar sobre el formato de **“Rescate/Visita domiciliaria”** se le desplegarán las siguientes opciones:

Deberá seleccionar la opción de **“Consulta”** para registrar el formato de **“Rescate”**.

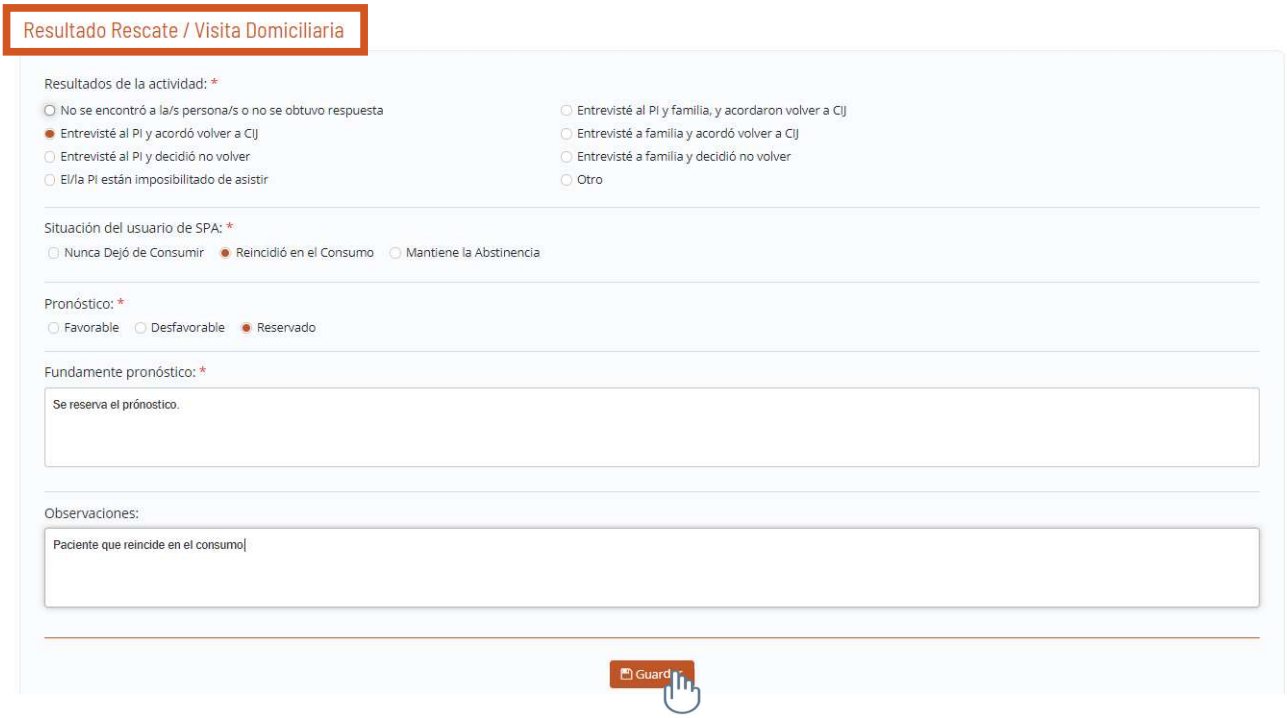


Deberá hacer clic en el icono de **“Rescate”** para registrar la siguiente parte del formato.

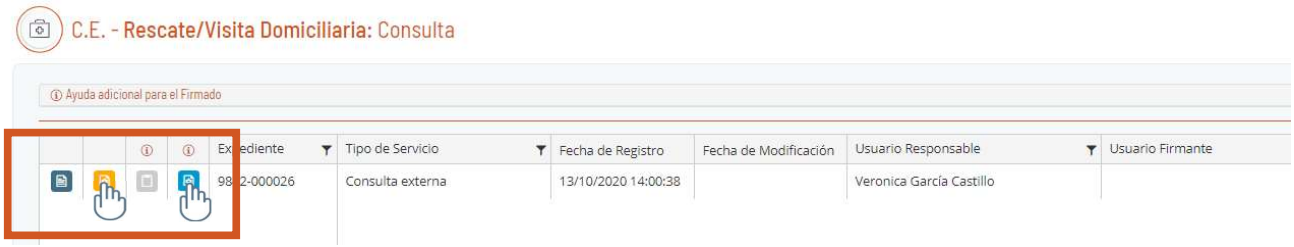
La parte superior del formato corresponde a la consulta del formato de **“Solicitud”**.



Posteriormente se incluye el formato **"Rescate"**; donde deberá llenar los campos correspondientes.



Una vez, este completa la información dentro del formato, deberá pulsar el botón **“Guardar”**, para que esté quede almacenado en el expediente del paciente. Así mismo podrá firmar electrónicamente ambos formatos, (Solicitud/Rescate) para evitar la pérdida de esta captura.



Ir a firma electrónica

Este formato deberá ser firmado electrónicamente para evitar futura perdida de información en el sistema.

Documentos anexos

En esta sección se encuentra el formato:

- Documentos de carga

Formatos de carga

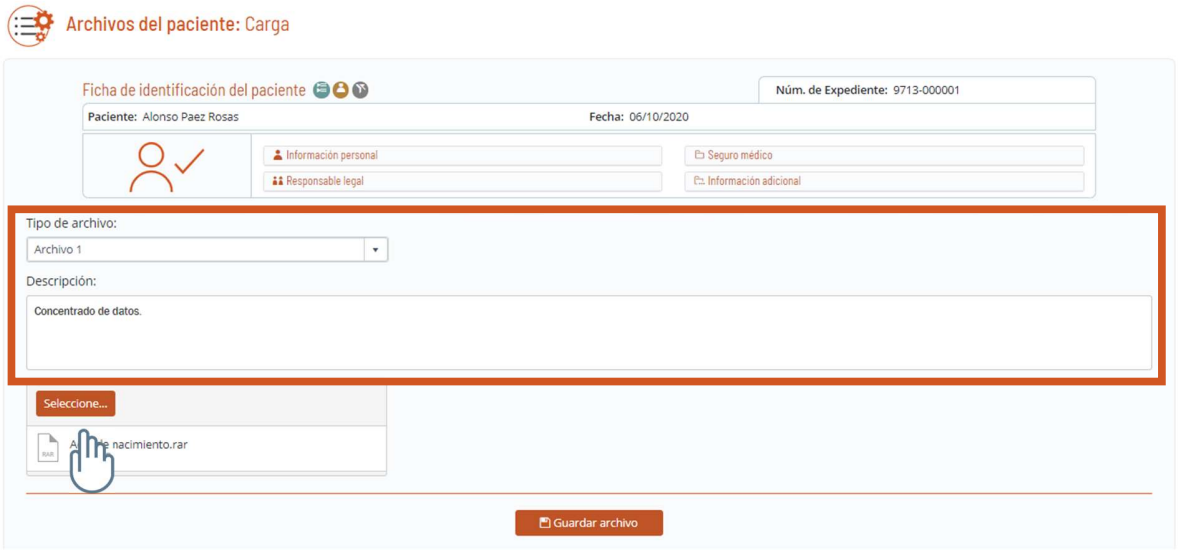
Para que pueda realizar la carga de un documento anexo (Acta de nacimiento, consentimiento informado, análisis clínicos, etc.). Deberá tener previamente seleccionado al mismo, y dentro del módulo de **“Consulta Externa”** deberá dirigirse a **“Capturar formatos”.**

Posteriormente el sistema nos enviará a otra pantalla en la cual deberá desplazarse al módulo de **“Documentos anexos”** y al pulsar sobre el ícono le desplegará los formatos disponibles para su consulta o llenado, aquí encontrará el formato **“Formatos de carga”**.

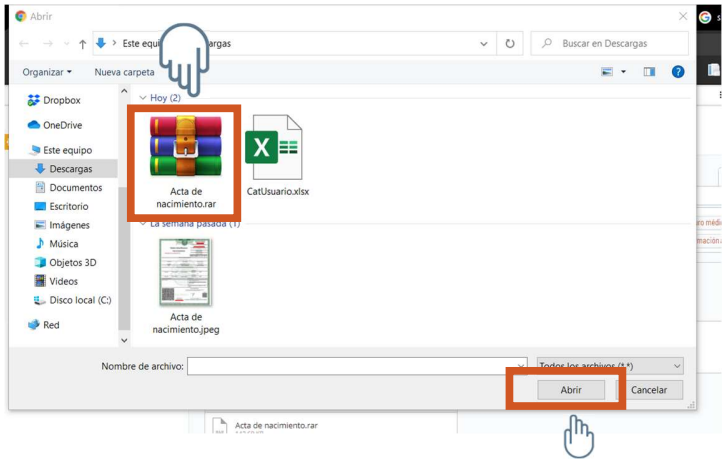
Al pulsar sobre el formato de **"Formatos de carga"** se le desplegarán las siguientes opciones:

Consulta: Estará disponible siempre y cuando el paciente ya tenga un registro previo en el sistema.
Registro: Estará disponible para realizar la carga de los documentos al expediente del paciente.

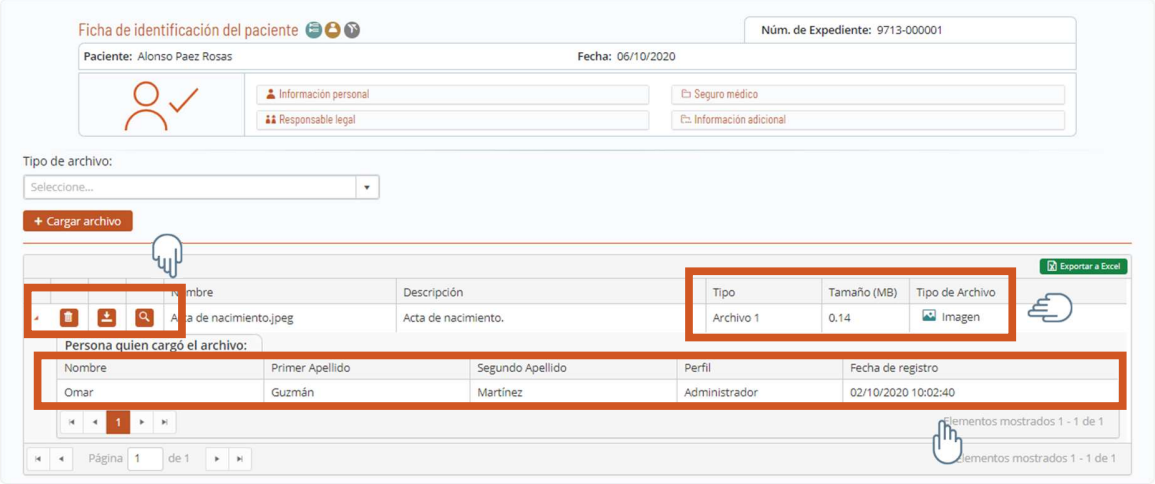
Al hacer clic en el ícono de registro el sistema lo enviará a otra página en la cual podrá comenzar la carga de archivos al expediente.



Deberá seleccionar el tipo de archivo, y agregar una descripción de este en el cuadro de texto, posteriormente al pulsar el botón **"Seleccione..."** se abrirá el explorador de archivos donde deberá seleccionar el archivo o documento a cargar en el expediente.



Una vez seleccionado el archivo deberá pulsar el botón **"Guardar Archivo"** y el sistema comenzará la carga de este al expediente del paciente seleccionado en el sistema.



Cuando la carga del archivo haya finalizado, visualizará esta pantalla en donde podrá: Eliminar, descargar o visualizar el archivo previamente cargado. Además de un detalle que indicará: tipo de archivo, tamaño, perfil, fecha y nombre de quién cargo el archivo. Este proceso será repetido en caso de requerir cargar uno o más archivos al expediente del paciente, pulsando el botón **"+ Cargar archivo"**.

El sistema permite un máximo de 5 MB por archivo, y la carga deberá ser en PDF, imagen, o comprimidos en .ZIP, .RAR.

Reducción de daños

Nuevo paciente

Para realizar el registro de un nuevo paciente en el sistema, deberá ingresar pulsando el ícono de **“ECE”**.

Posteriormente en la sección de **“Reducción de daños”** seleccionará **“Nuevo paciente”**.

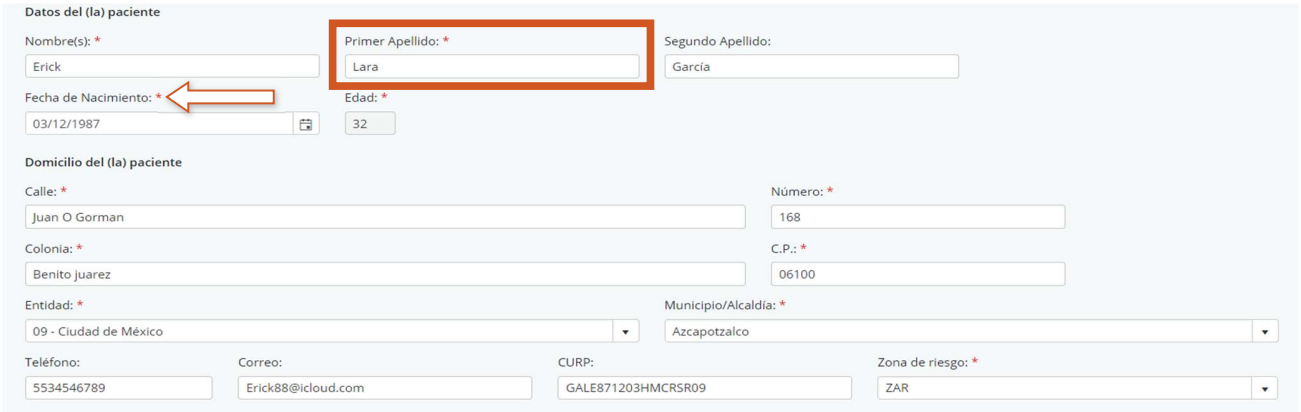
Una vez seleccionado, el sistema le mostrará un **“Aviso de privacidad”** el cual deberá **“Aceptar”** seleccionando la casilla **“Acepto el aviso de privacidad de CIJ”** y pulsando el botón **“Acepto”** ubicado en la parte inferior de este, para que el sistema le permita crear la **“Entrevista inicial”** del paciente.

- La entrevista inicial solo podrá ser registrada si no se ha seleccionado un paciente.
- Los formatos solo podrán ser registrados si previamente se seleccionó un paciente.

A continuación, podrá comenzar con el llenado de la **"Entrevista inicial"** del paciente, esta se encuentra dividida en 7 pestañas, las cuales le permitirán ir realizando un guardado parcial.

Al iniciar la entrevista inicial encontrará esta pestaña en la cual podrá relacionar un **"Familiar"** al paciente en caso de que este, se encuentre registrado en CIJ.

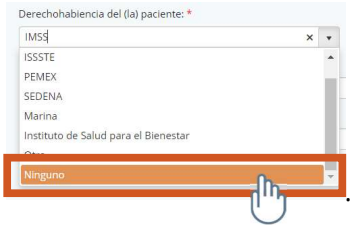
De lo contrario, podrá omitir esta sección y continuar con el llenado del formato.



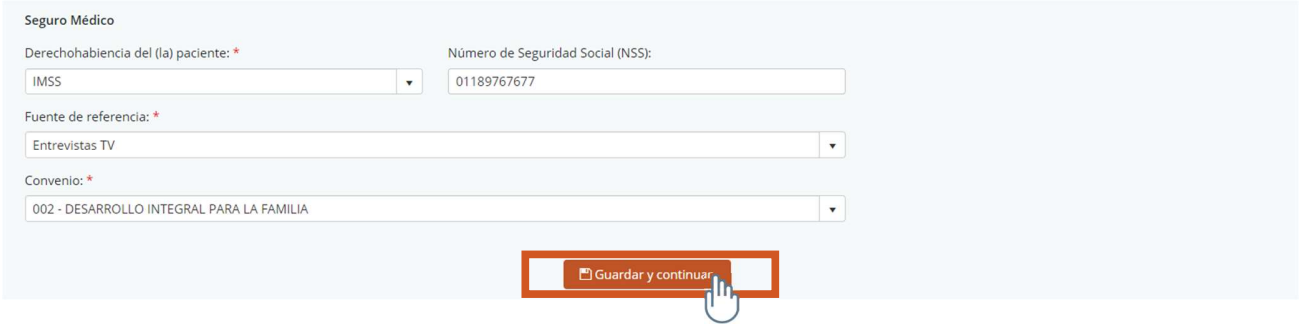
Comenzará el llenado con datos generales del paciente, en caso de que este desconozca su primer apellido, podrá indicar un “Guion medio” (-), y el sistema le permitirá continuar con el llenado del formato.

Todo campo que encuentre marcado con un símbolo de **“*”**, indica que es de llenado obligatorio, el sistema no le permitirá avanzar en caso de omitirlo.

Por último, deberá indicar si el paciente cuenta con seguro médico, en caso de ser así, deberá especificar, ya que se desplegará un catálogo de selección.

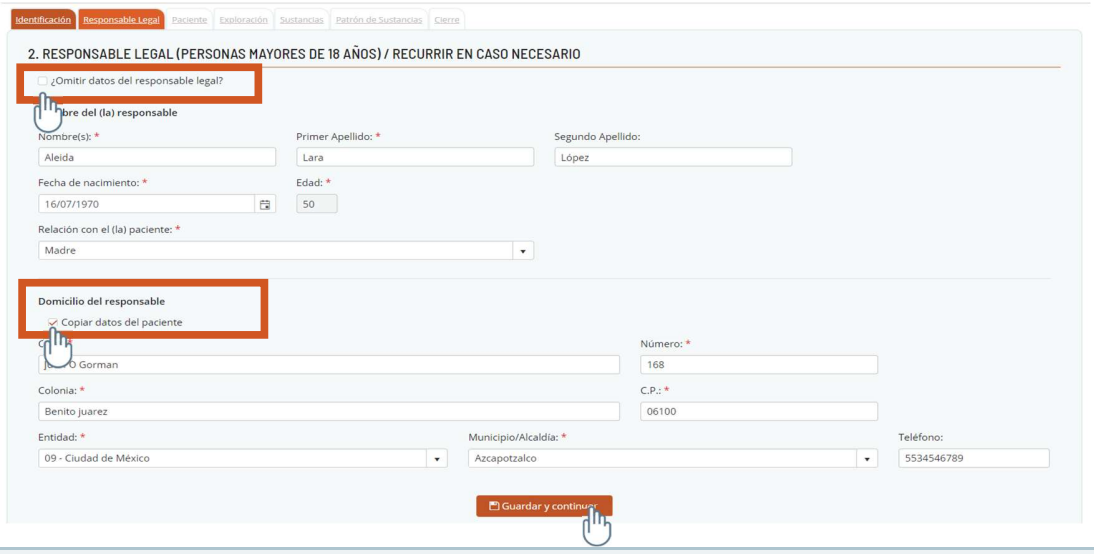


Si el paciente no contará con seguro médico, también lo podrá indicar haciendo la respectiva selección.



Una vez que haya terminado el llenado de la primera pestaña del formato, podrá **“Guardar y continuar”** a la siguiente pestaña.

En la sección de responsable legal indicará al responsable del paciente, podrá copiar la dirección de este seleccionando la casilla en caso de que el domicilio sea el mismo, o podrá omitir al responsable en caso de así requerirlo y el sistema le permitirá avanzar a la siguiente sección.



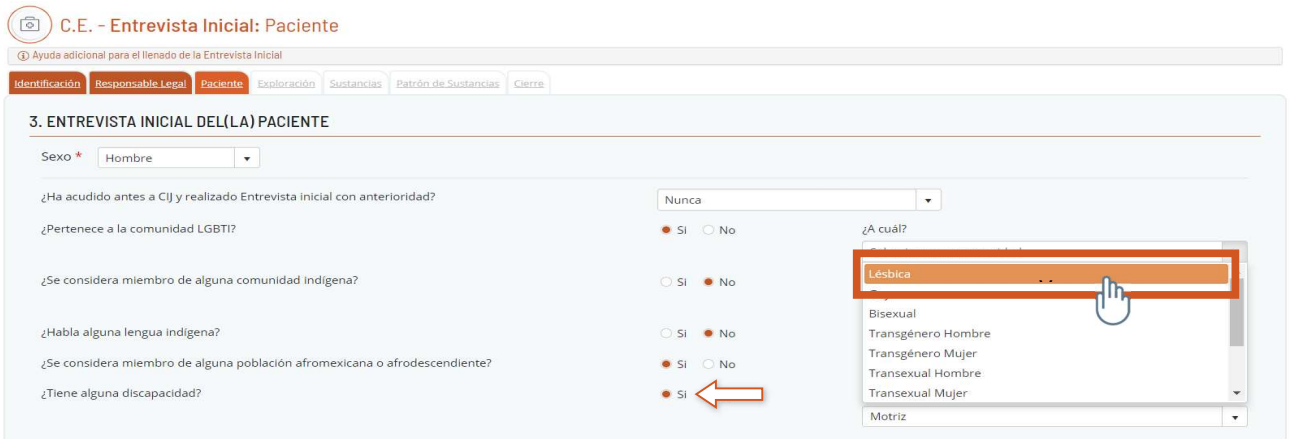
El llenado de esta pestaña será obligatorio en caso de que el paciente que se esté registrando sea menor de 18 años. Si el paciente es mayor de 18 años el llenado de esta sección será opcional.

En caso de haber iniciado la entrevista mediante el formato "Entrevista Inicial Familiar", las pestañas de "Identificación" y "Responsable Legal" estarán llenas, mientras que "Paciente" estará parcialmente llenada.

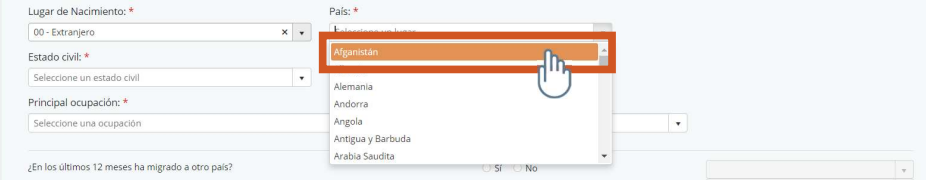
En caso de no contar con responsable legal, podrá omitirlo seleccionando la casilla “Omitir responsable legal”.

Una vez que haya terminado el llenado de la sección, podrá **“Guardar y continuar”** a la siguiente pestaña.

Ahora se encontrará en la sección **“Paciente”** en la cual encontrará una serie de preguntas con combos de selección, en donde deberá indicar el correspondiente o hacer la selección en botón según la pregunta.



Seguido de esto, le solicitará información acerca del lugar de nacimiento, en el cual, si usted, indica que el paciente es extranjero, se habilitara el combo “País” para que indique cual es el país de origen del paciente.



Si el paciente es de nacionalidad mexicana, el combo de selección “País se deshabilitará.

Posteriormente deberá indicar los campos siguientes en los que también encontrará combos de selección.

Una vez que haya terminado el llenado de la sección, podrá **“Guardar y continuar”** a la siguiente pestaña.

A continuación, visualizará la sección de **“Exploración”**.

En la cual deberá indicar “motivos, expectativas y/o condicionantes”. Una vez que haya terminado el llenado de la sección, podrá **“Guardar y continuar”** a la siguiente pestaña.

A continuación, visualizará la sección de **“Sustancias”**.

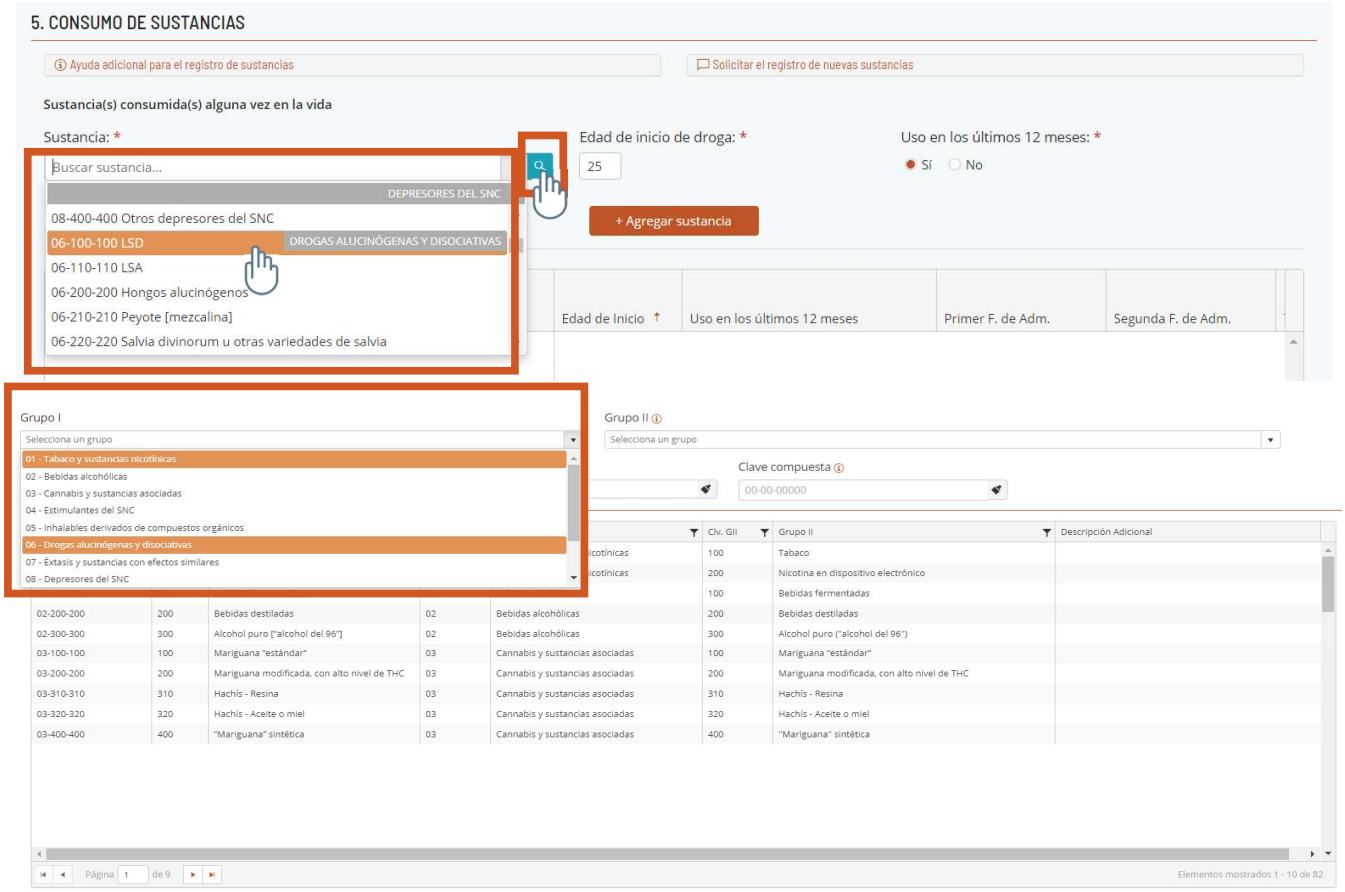
Principalmente encontrará una ayuda adicional para el registro de sustancias (1), y seguido de esto, una sección (2), en la cual podrá realizar una solicitud para el registro de una sustancia nueva en caso de que, la sustancia que utilizará no se encuentre registrada en el catálogo.

Para enviar la solicitud deberá pulsar el botón “Formato de solicitud, y le será enviado a la siguiente página:

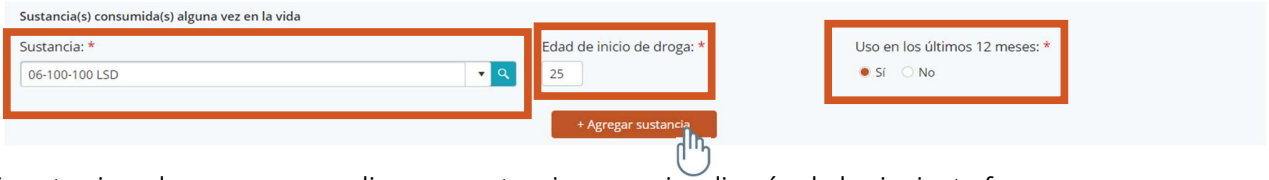
Una vez llene, la información solicitada, deberá enviar la solicitud para que dicha sustancia sea dada de alta en el sistema.

> Una vez que llene el formato de solicitud, el área de investigación será la encargada de validar y agregar al catálogo la nueva sustancia.

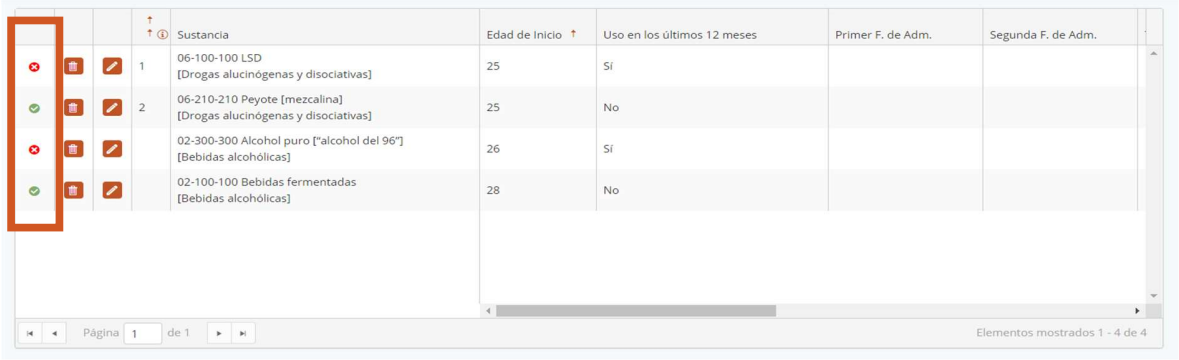
Para agregar una sustancia deberá seleccionar la barra de búsqueda y se desplegarán las sustancias que se encuentran dentro del catálogo de sustancias, también podrá visualizar las sustancias de forma mas especifica pulsando en icono de la lupa azul, y se abrirá una ventana nueva de búsqueda donde encontrara las sustancias con mayor detalle.



Ya que haya seleccionado la sustancia deberá indicar la edad de inicio de consumo, y si esta fue utilizada en los últimos 12 meses, podrá indicarlas sustancias que desee y se irán ordenando en la tabla conforme a edad de consumo.



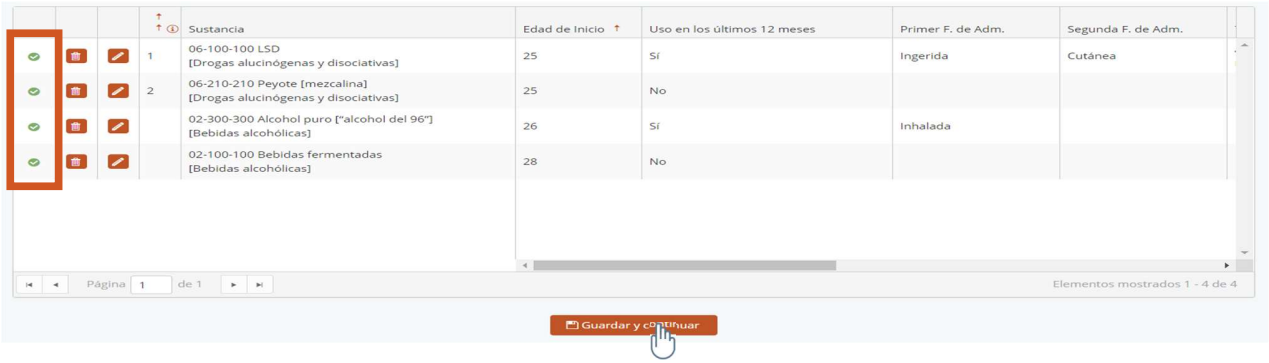
En este ejemplo se agregaron diversas sustancias, y se visualizarán de la siguiente forma:



Si visualiza el siguiente icono en color verde, indicará que el registro esta completo, y se indico que su consumo no ha sido en los últimos 12 meses; en caso de que al registro le preceda el siguiente icono indicará que debe completar el registro, es decir deberá registrar información adicional como la periodicidad del consumo. Para complementar este registro, deberá pulsar en el ícono y se abrirá la siguiente pantalla:

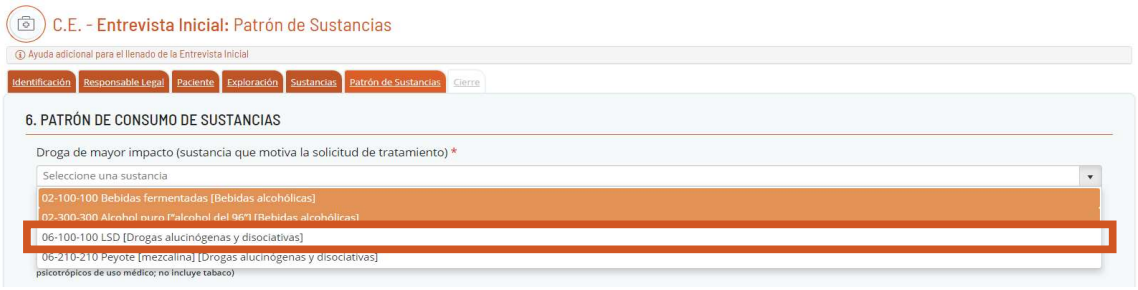
En la que deberá indicar formas de administración, (la primera será obligatoria), abstinencia, última ocasión, y dosis, con esto el registro cambiará el icono y estará completo.

Este procedimiento lo deberá realizar con todas aquellas sustancias en las que haya indicado que fueron consumidas en los últimos 12 meses. Una vez este completo se mostrarán de esta manera y podrá continuar a la siguiente sección.



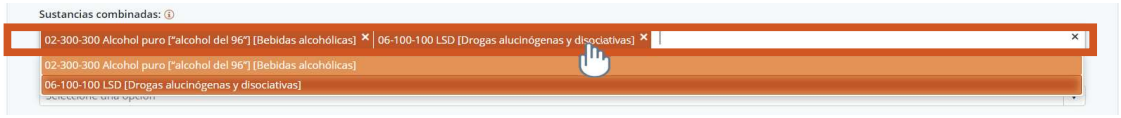
A continuación, encontrará la sección de “Patrón de sustancias”, la cual tendrá información de la sección previa, es decir, esta se llenará con información previamente cargada, como lo son las sustancias que indico el paciente.

En la primera sección deberá indicar la droga de mayor impacto, seleccionando una opción en el combo que se hablita.

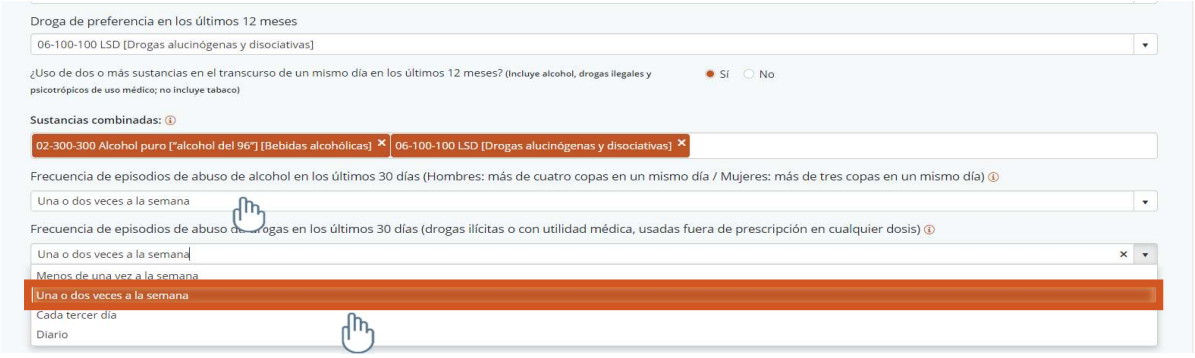


Posteriormente deberá indicar si, de las sustancias que indico un consumo en los últimos 12 meses el paciente hizo una combinación y se habilitara el combo para que seleccione 2 o más opciones según las haya registrado.

Una vez indicadas, se mostrarán de la siguiente manera:



A continuación, deberá seguir con el llenado de los demás campos del formato indicando según sea el cas la selección en el combo que se habilita por pregunta.

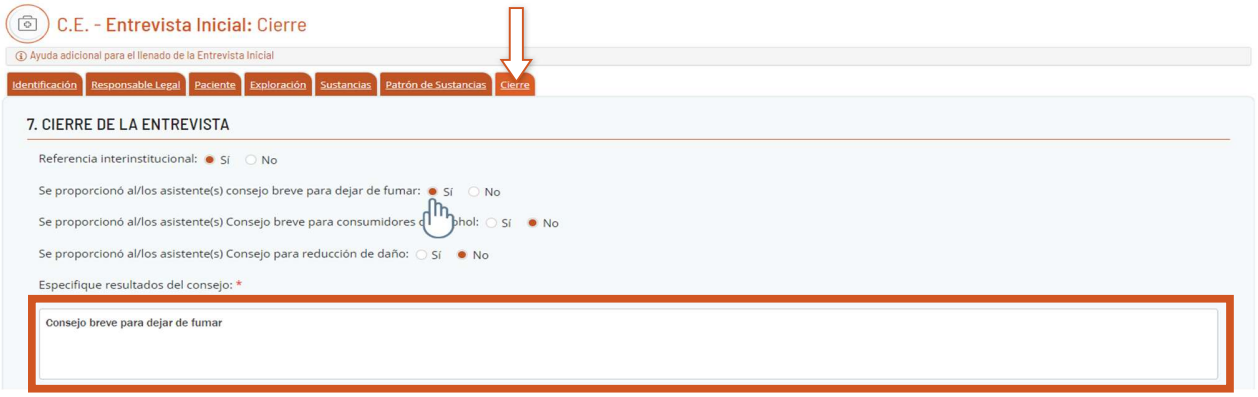


En esta sección hay campos dependientes, es decir, dependiendo de la selección previa se habilitarán o no. Ejemplo. Si usted, no indico una bebida alcohólica en los últimos 12 meses, el combo de "Frecuencia de episodios de abuso de alcohol en los últimos 30 días, no estará disponible.

Por último, encontrará un cuestionario en el que deberá indicar la respuesta (si/no), según sea el caso.

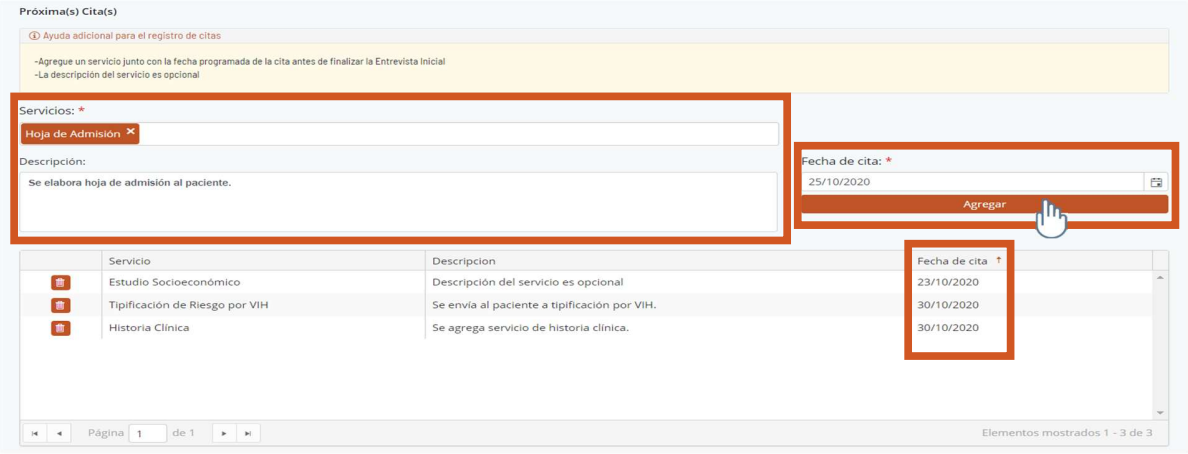
Una vez que haya terminado el llenado de la sección, podrá **"Guardar y continuar"** a la siguiente pestaña.

A continuación, visualizará la sección de **"Cierre"** en la cual se finalizará la **"Entrevista inicial"**.



Deberá indicar la selección correspondiente en cada reactivo, en caso de indicar que la respuesta es **"Sí"** en 1 o más respuestas, se habilitara el cuadro de texto inferior para que indique lo correspondiente.

A continuación, deberá indicar las próximas citas a las que el paciente será enviado, deberá seleccionar el servicio e indicar la descripción en caso de requerirlo, así como la fecha de cita del paciente.



Todo servicio que indique se mostrara en la tabla ordenado por fecha de cita.

Posteriormente deberá indicar si hay observaciones en el recuadro.

Por último, pulsará el botón de “Guardar y finalizar entrevista inicial” y con esto quedará realizado el registro de la entrevista inicial, no olvide firmar la entrevista.

Ir a firma electrónica

Los datos de la entrevista solo podrán ser actualizados el mismo día en el que se ha comenzado.

Una vez finalizada ya no podrá ser modificado algún dato.

Recuerde para hacer válida la entrevista inicial debe dar clic en el botón **"Guardar y Finalizar Entrevista Inicial"** ubicado en la última pestaña de navegación.

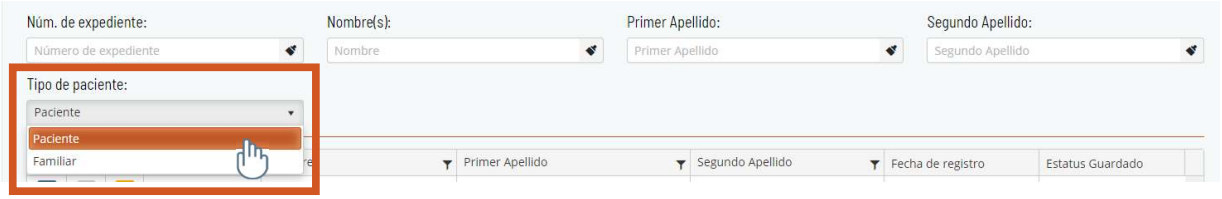
Este formato deberá ser firmado electrónicamente para evitar futura perdida de información en el sistema.

Consultar paciente

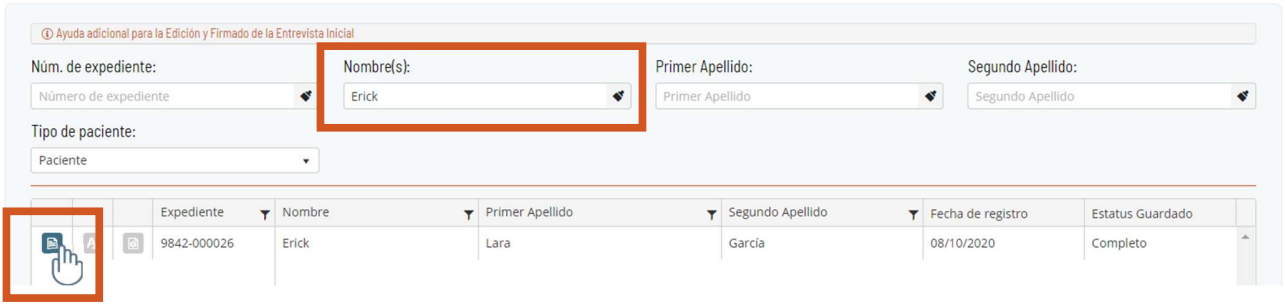
Para consultar a un paciente, deberá ingresar mediante el icono de **“ECE”**.

A continuación, el sistema lo dirigirá a la siguiente pantalla, en el módulo de **“Hospitalización”**, deberá seleccionar la sección **“Consultar pacientes”**.

Posteriormente el sistema lo dirigirá a la sección **“Entrevista inicial: Consulta”**, en la cual podrá realizar la búsqueda del paciente o familiar, con diversos tipos de filtrado: No. Expediente, Nombre, Apellido.



En este ejemplo se realizará la búsqueda por **“Nombre”** de un paciente previamente registrado.



Dentro de esta sección del sistema podrá retomar la **“Entrevista inicial”**, en caso de no haberla concluido, así como firmarla electrónicamente o consultarla.

Para consultar la entrevista inicial de este paciente deberá pulsar sobre el icono azul y se abrirá en una nueva pantalla el detalle de este registro.

En la parte superior derecha, contará con 2 botones, los cuales descargaran el detalle en formato PDF, o imagen a su equipo para el uso le requiera.

Por último, en la parte final del detalle, encontrará la firma electrónica integrada por diversos componentes: Expediente, responsable, fecha de formato, huella, firma.

Edición:

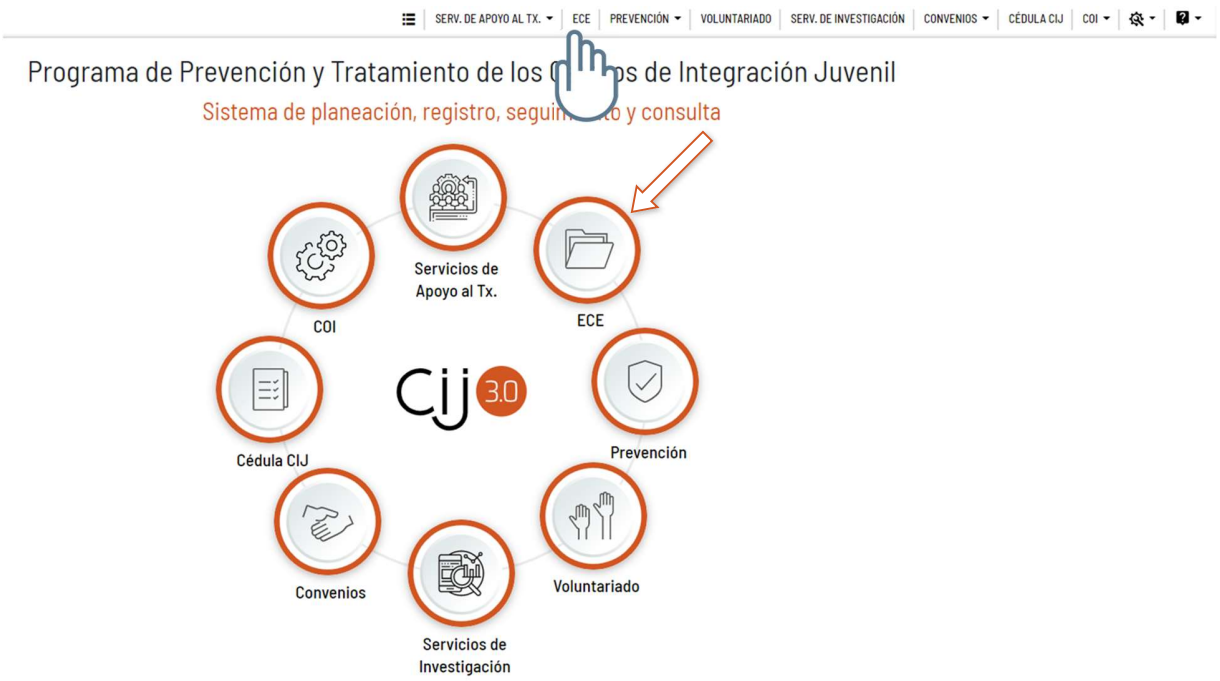
- Los datos de la entrevista solo podrán ser actualizados el mismo día en el que se ha comenzado.
- Una vez finalizada ya no podrá ser modificado ningún dato.

Firmado:

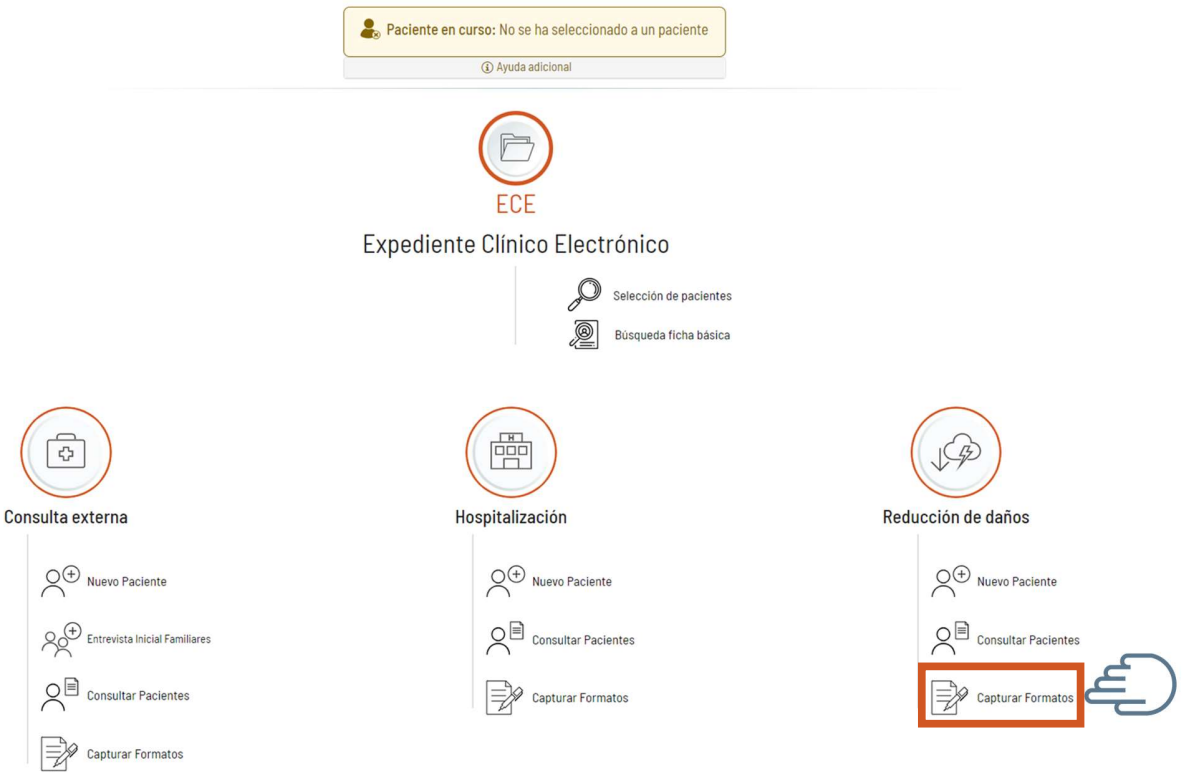
- El formato solo podrá ser firmado por usuarios que cuenten con firma electrónica.
- Solo se podrán firmar los formatos que se encuentren en estatus guardado: Completo.

Capturar formatos

Los siguientes formatos pertenecen al área de consulta externa, la manera de ingresar a ellos es la misa. En el menú principal haga clic en el ícono **ECE** o en el menú superior en la liga con el mismo nombre.



El sistema muestra la pantalla principal del expediente clínico electrónico.



Haga clic en la liga **"Capturar formatos"** en el área de **Reducción de daños** y el sistema mostrará todas las secciones con sus respectivos formatos. A continuación, se muestra cada sección y se explica la manera de registro de cada formato.

Valoración y Admisión

En esta sección se encuentran los siguientes formatos:

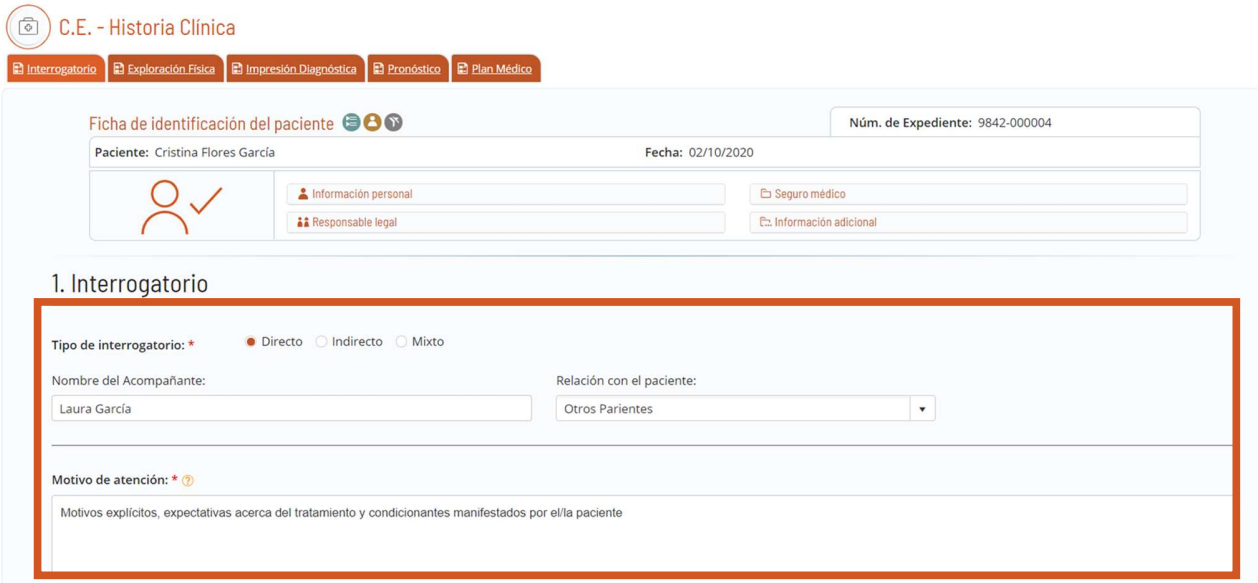
- Historia clínica
- Estudio socioeconómico
- Evaluación clínica psicológica
- Evaluación familiar
- Violencia familiar o sexual
- Reingreso

Historia Clínica

Para registrar este formato siga los siguientes pasos:

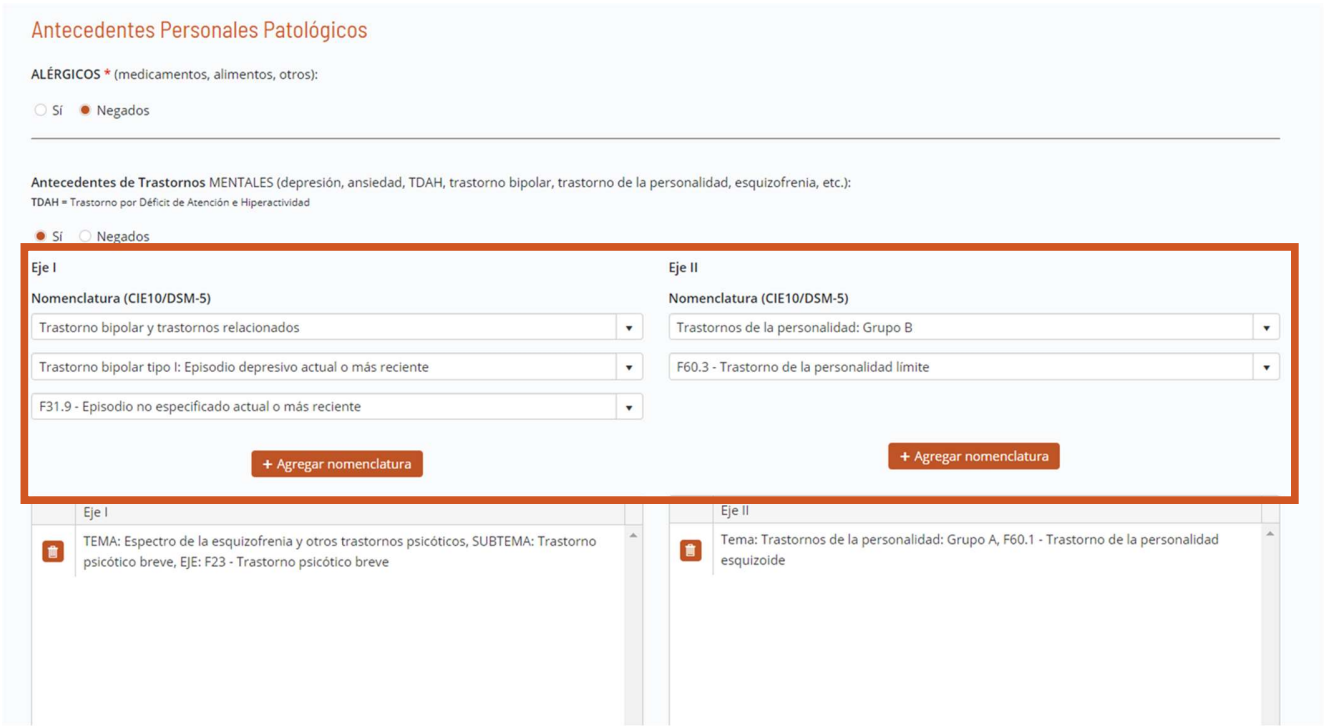
5) Haga clic en la sección “Evaluación clínica y Dx”.
6) Seleccione el formato de Historia clínica.

   a. Registro. Al seleccionar esta operación, el sistema mostrará el formato de historia clínica, el cual consta de cinco pestañas a llenar. Cada pestaña tiene sus respectivos campos, algunos obligatorios y otros opcionales, para avanzar a la pestaña siguiente, debe llenar todos los campos de carácter obligatorio; en caso de faltar alguno el sistema no permitirá continuar e indicará y se posicionará en el campo que falte llenar.

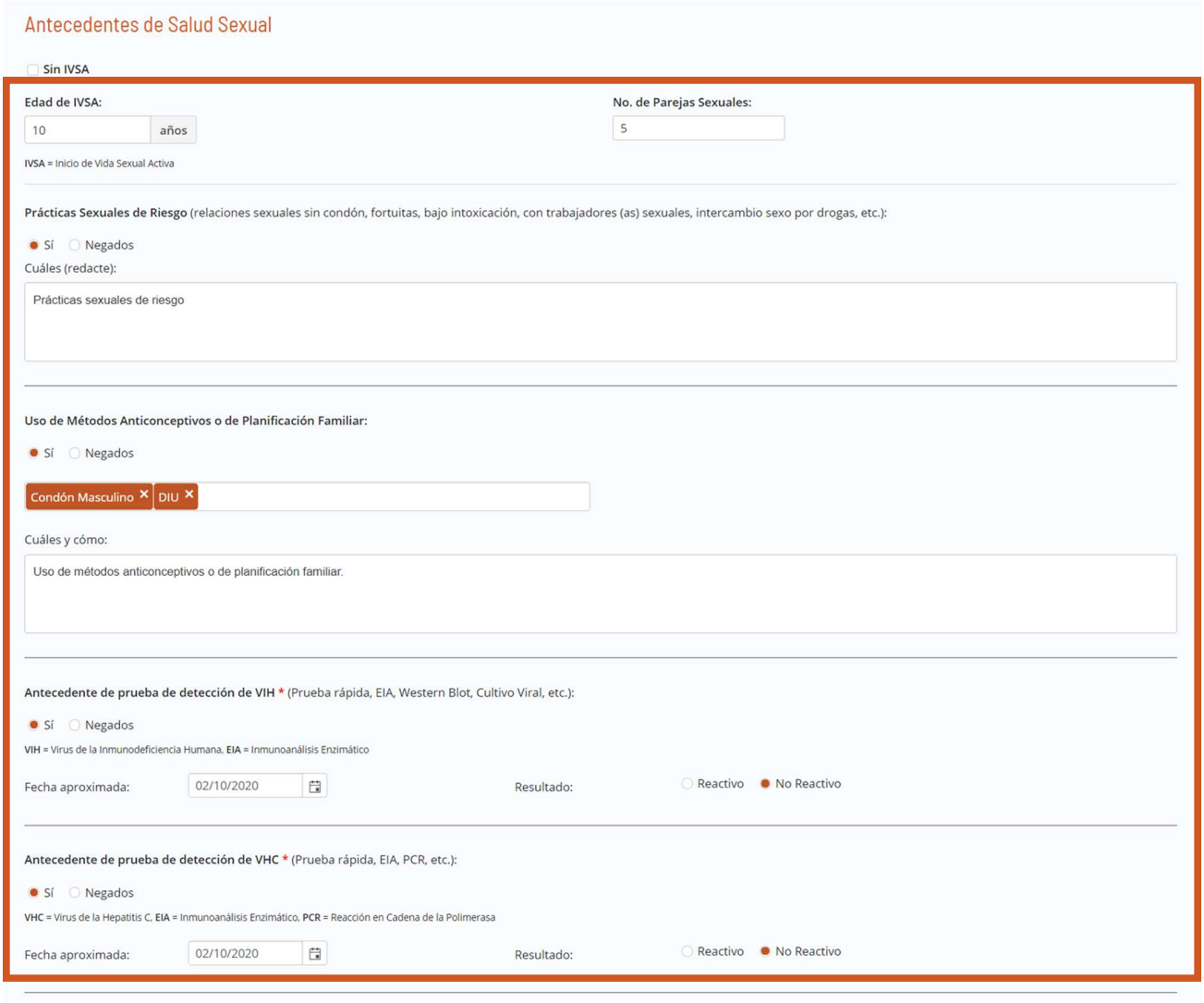


En la parte de **Antecedentes heredofamiliares**, al indicar que “Sí” hay, se mostrará un campo abierto para indicar dichos antecedentes. Haga el mismo procedimiento en los campos siguientes.

En la sección **Antecedentes personales patológicos**, al seleccionar “Sí” en **Antecedentes de Trastornos mentales**, el sistema mostrará los ejes I y II. En cada uno hay que seleccionar un valor para los combos de tema, subtema y eje, según con lo que cuente cada uno. Es importante que, una vez seleccionados los valores correspondientes, haga clic en el botón “Agregar nomenclatura” y el sistema agregará la selección en la tabla inferior. Puede agregar todos los trastornos que sean necesarios.



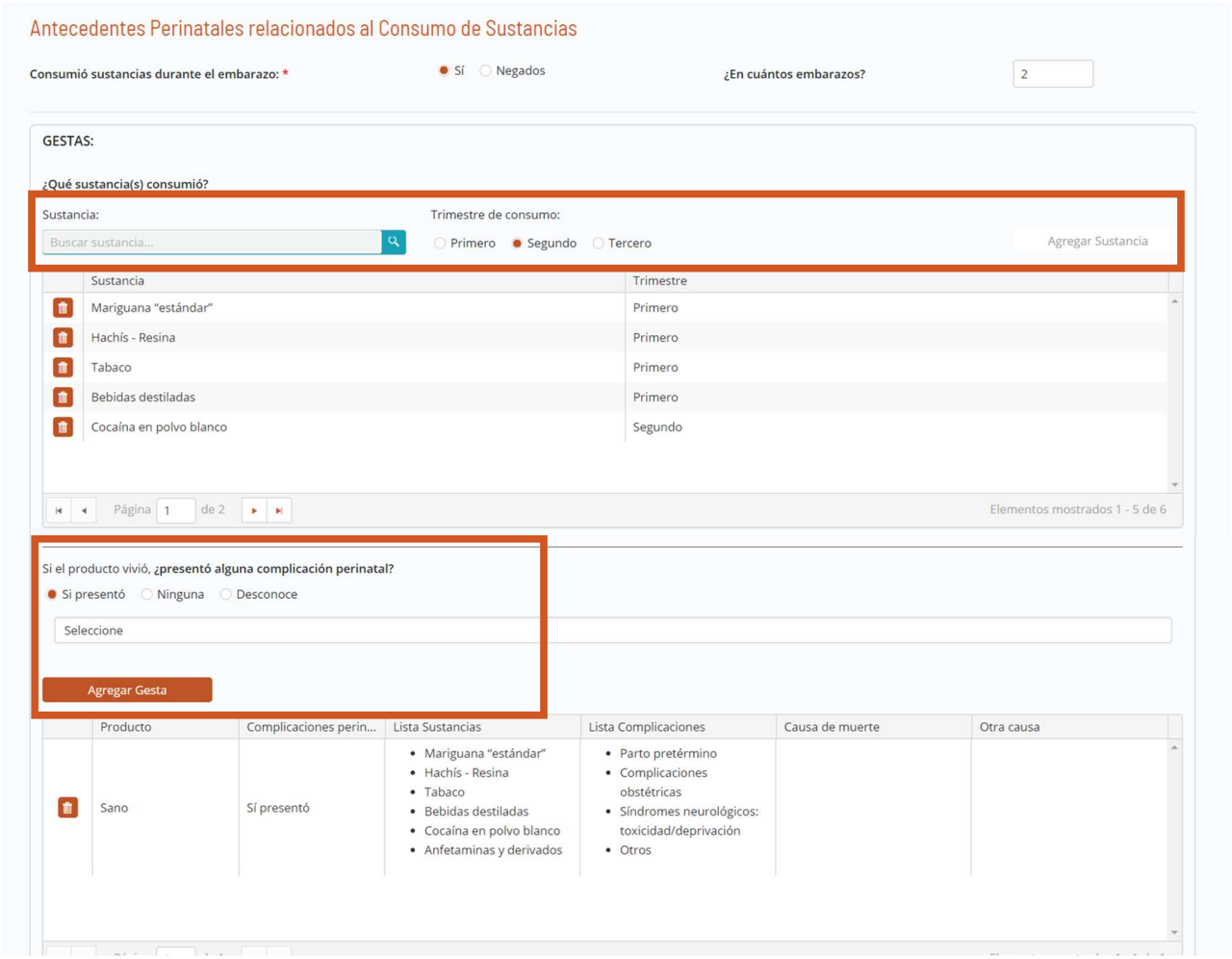
En la sección **Antecedentes de salud sexual** si el paciente no ha iniciado su vida sexual marque la primer casilla, en caso contrario, llene los siguientes datos:



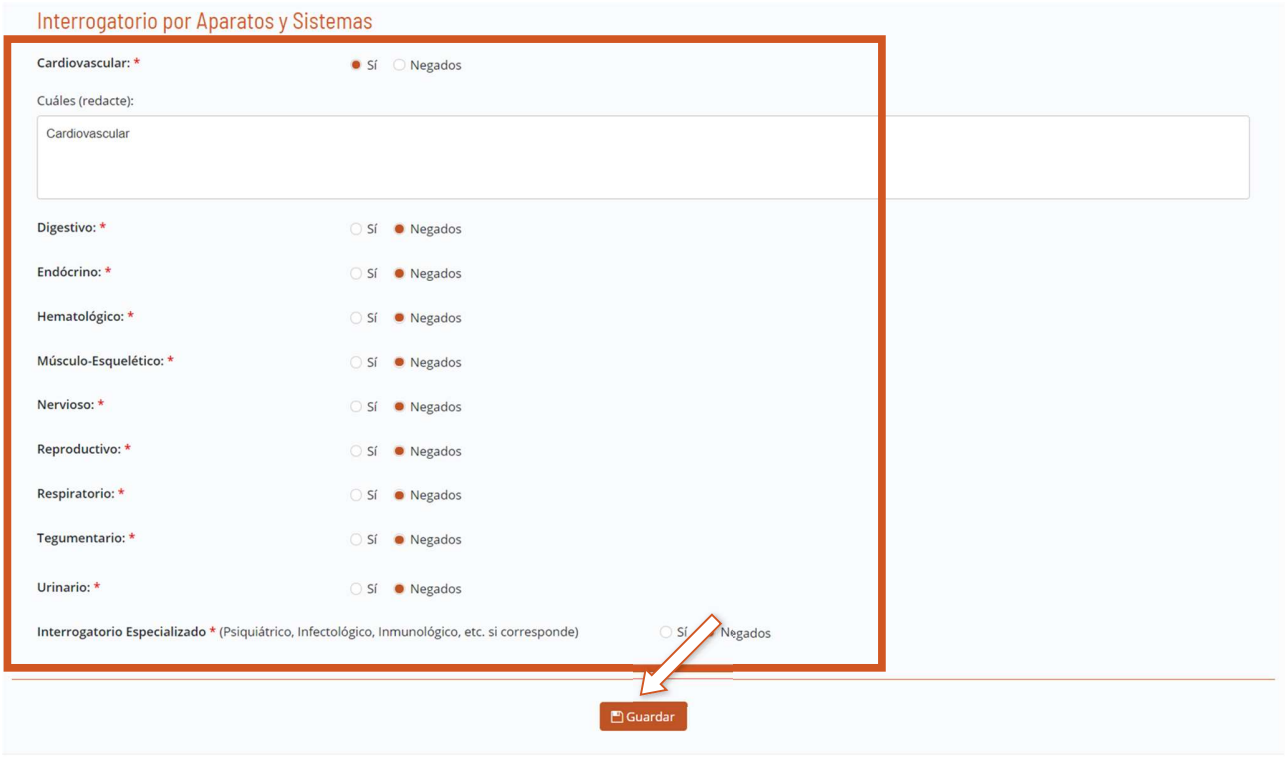
Si el paciente a quien se está registrando la historia clínica es mujer, se deberá contestar la sección **Antecedentes perinatales relacionados al consumo de sustancias**. Si ha consumido sustancias durante el embarazo el sistema mostrará la siguiente pantalla para indicar:

e) En cuántos embarazos. Campo abierto para indicar el número de embarazos en que se consumieron sustancias.
f) Gestas. Por medio del ícono en color azul con una lupa dentro, localizar, una por una, las sustancias consumidas e indicar en qué trimestre del embarazo se consumió cada una.

Recuerde hacer clic en el botón “Agregar gesta” para que la información se almacene en la tabla que se encuentra debajo de dicho botón y el sistema la registre.

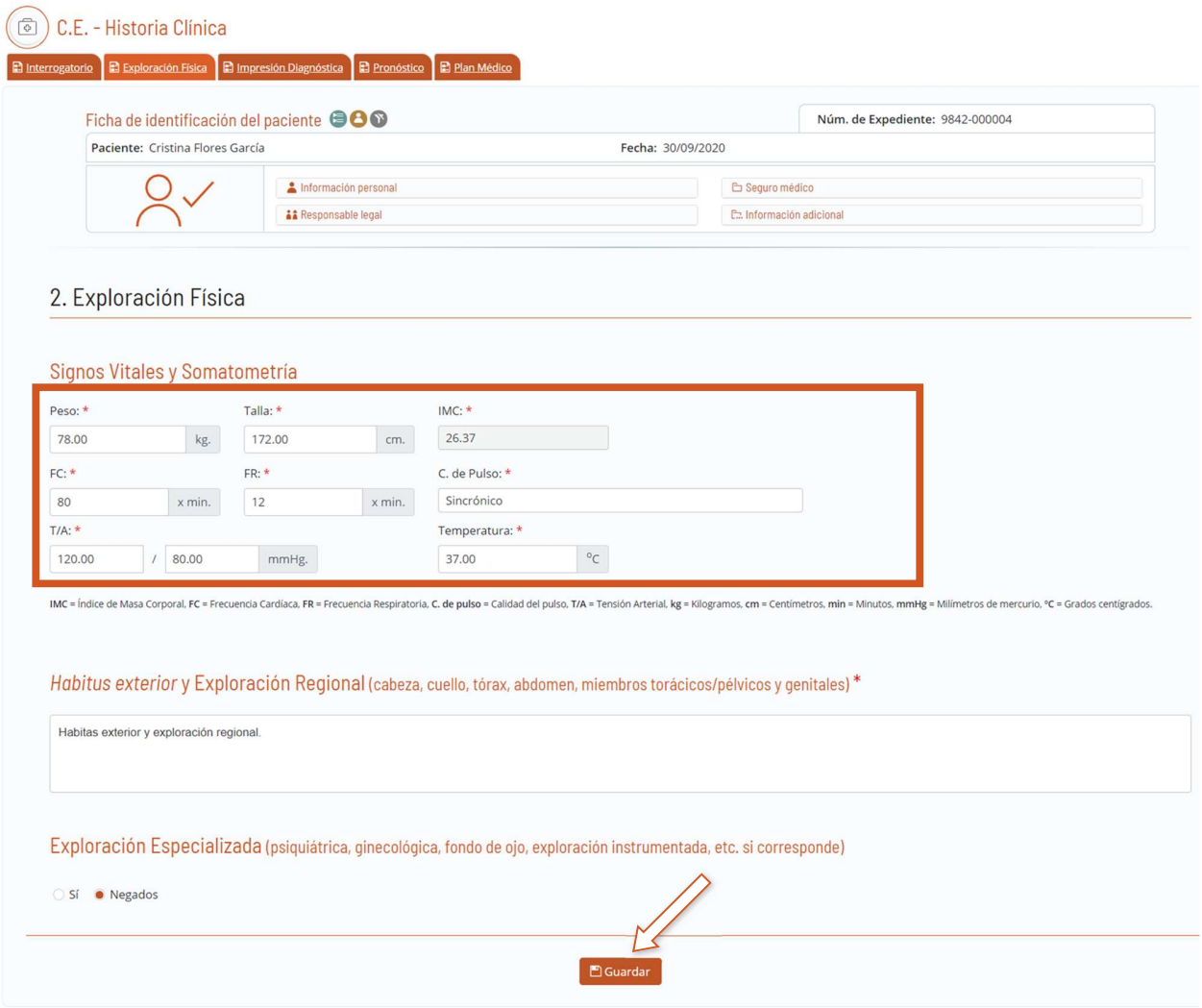


En la sección de **Interrogatorios por aparatos y sistemas**, responda si hubo interrogatorio, en caso afirmativo indique en el campo abierto el resultado, de lo contrario, no hay nada más que realizar.



Al finalizar cada pestaña, haga clic en el botón **"Guardar"** para avanzar a la siguiente.

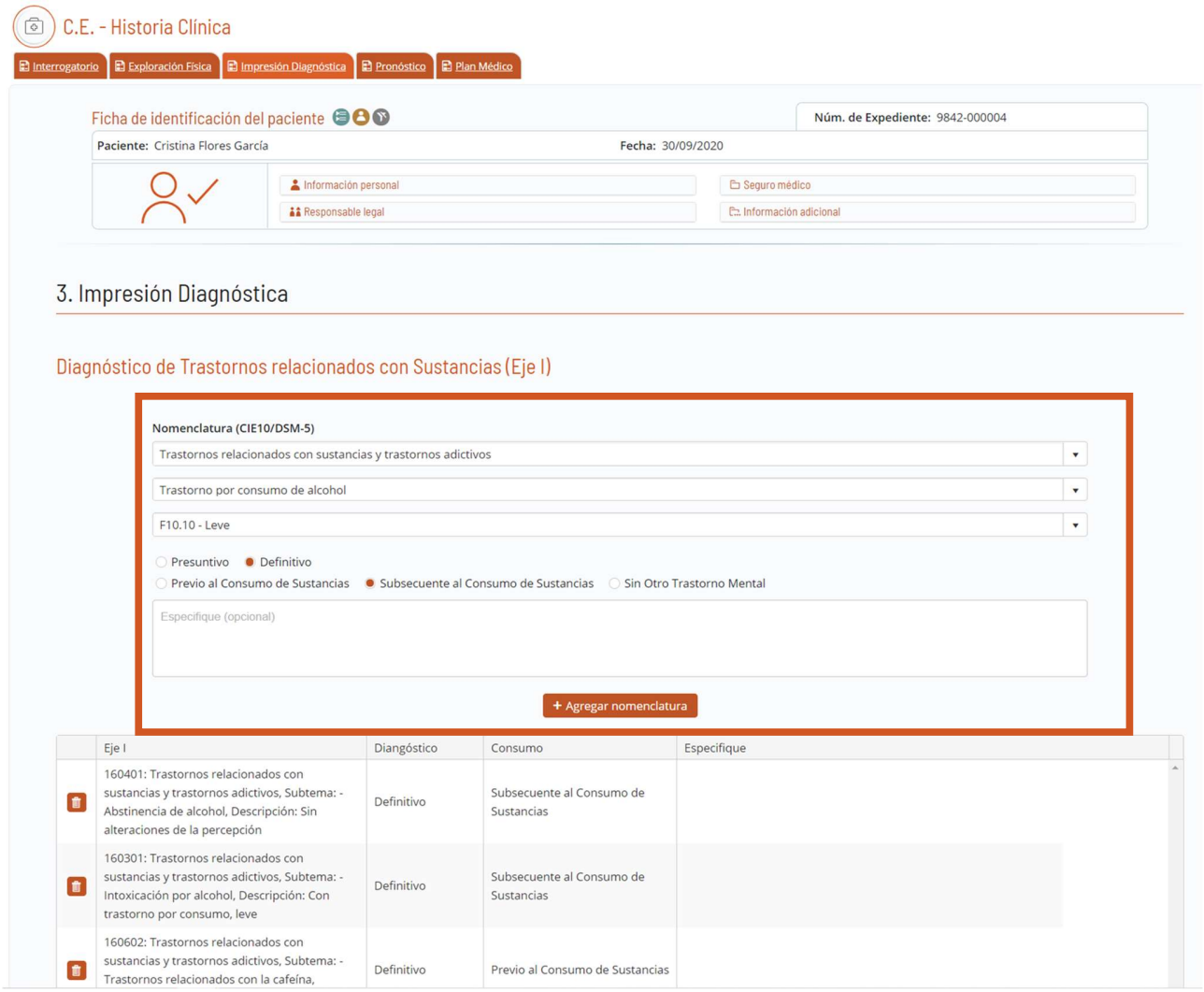
La segunda pestaña del formato de historia clínica es **Exploración física**, en la cual se registran los signos vitales y somatometría, habitus exterior y exploración regional y especializada.



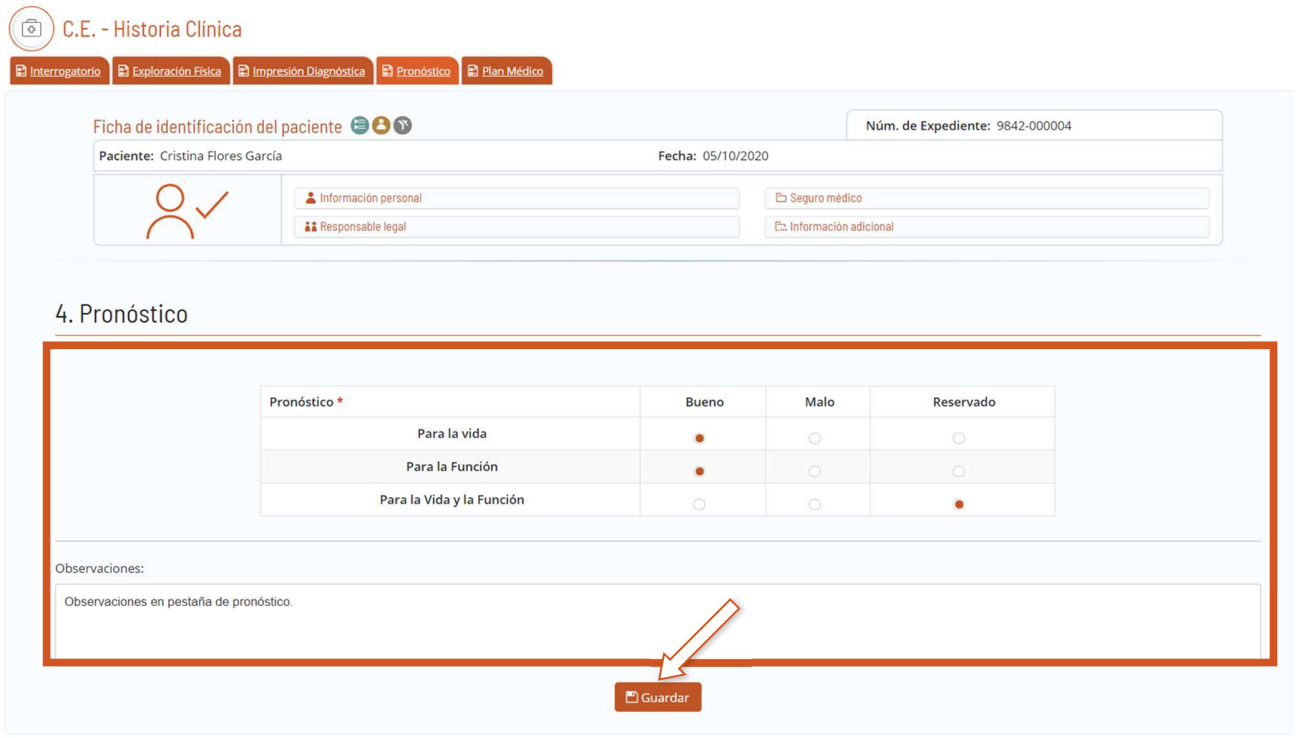
Haga clic en **"Guardar"** para avanzar a la siguiente pestaña.

La tercera pestaña es **Impresión diagnóstica**, en la cual se indican los trastornos relacionados con sustancias o diferentes tipos de enfermedades. En cada eje debe seleccionar tema, subtema y eje, según corresponda y hacer clic en el botón "Agregar nomenclatura". Puede agregar tantos trastornos como se necesite.

Todos estos diagnósticos de trastornos registrados en la historia clínica, en caso de registrar el formato de egreso y/o ingreso estos trastornos se precargarán de manera automática.

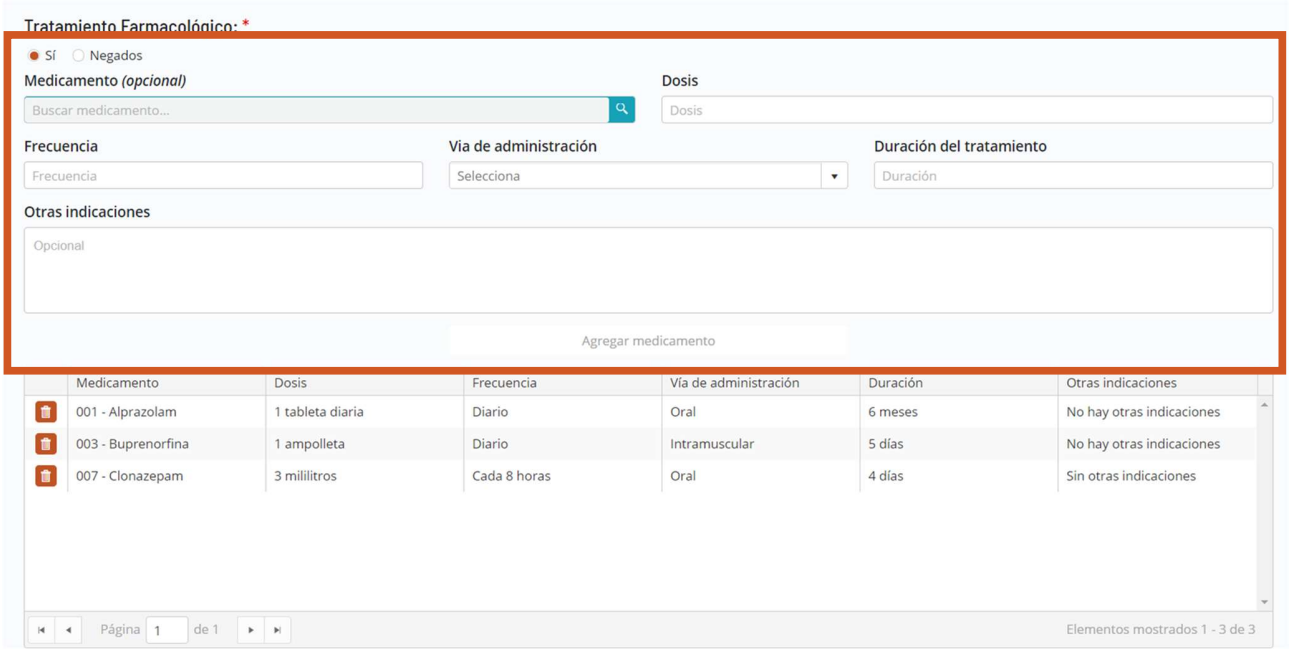


La cuarta pestaña es **Pronóstico**, en la cual se indican tres parámetros si son buenos, malos o reservado y llenar el campo abierto y opcional de **Observaciones**.

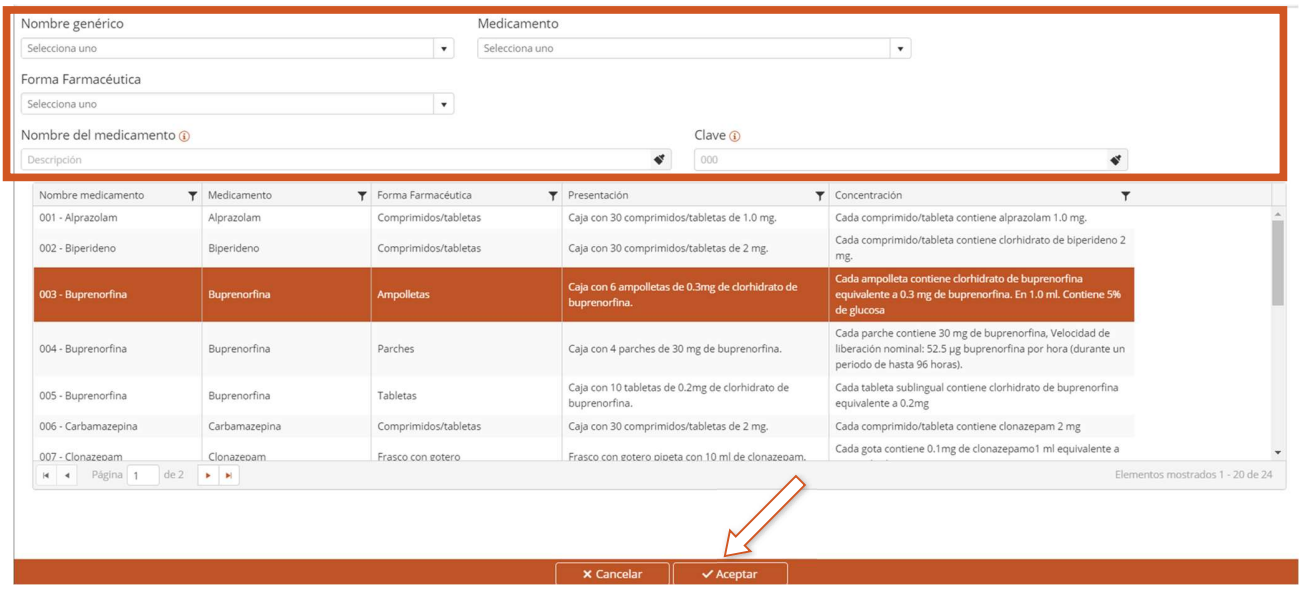


Al finalizar haga clic en **"Guardar".**

La última pestaña es **Plan médico**, en la cual se registran los medicamentos de un cuadro básico y solicitudes de estudios de gabinete, en caso de que haya.

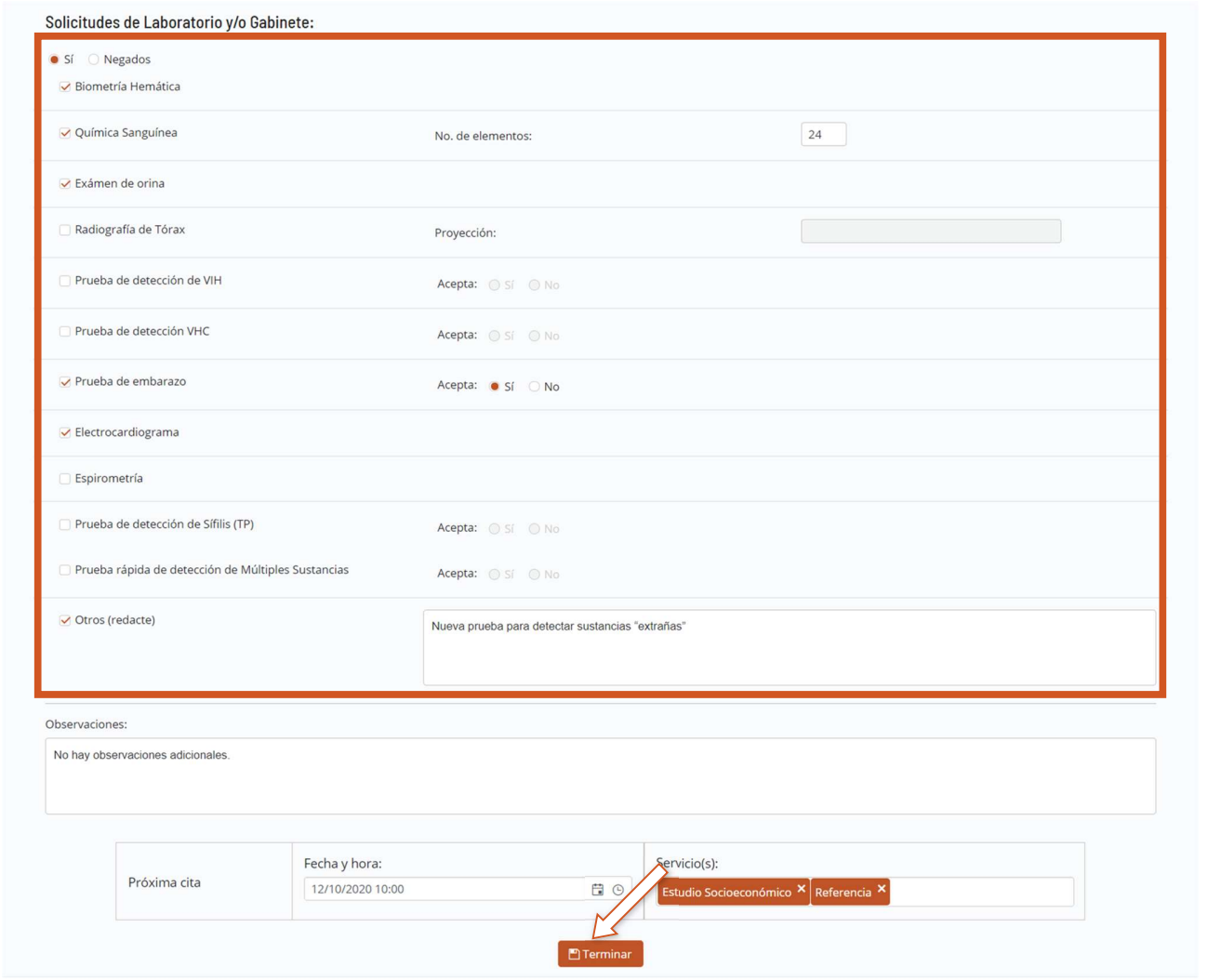


Para agregar un medicamento haga clic en el ícono de lupa color azul y el sistema mostrará la siguiente pantalla con el catálogo del cuadro básico de medicamentos:



Seleccione el renglón donde se encuentra el medicamento a registrar, en la pantalla de registro del plan médico, agregue la dosis, frecuencia, vía de administración, duración de tratamiento, y de manera opcional, otras indicaciones y haga clic en **“Agregar medicamento”**.

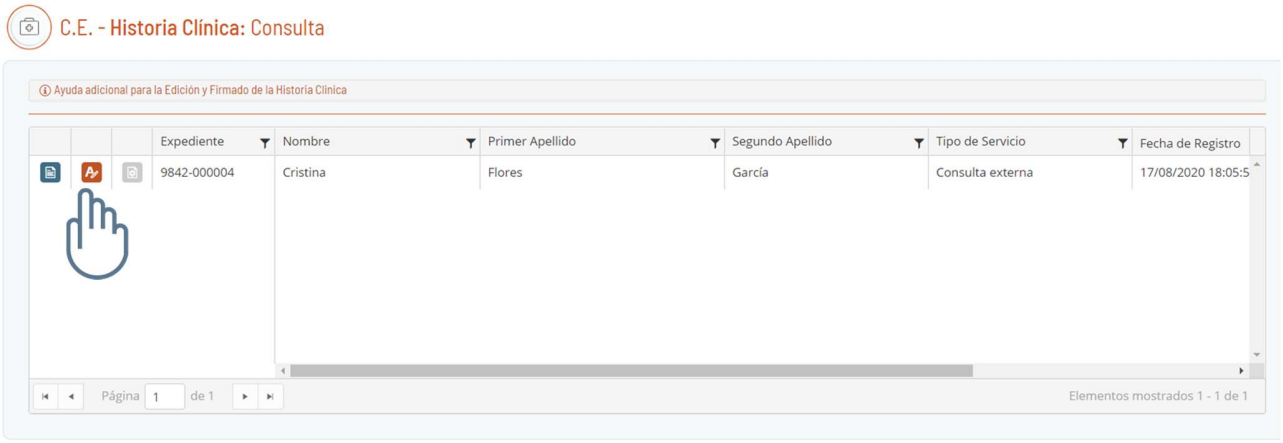
En caso de necesitar registrar solicitudes de laboratorio, marque la afirmación y el sistema mostrará las solicitudes disponibles, en caso de no estar alguna, marque el cuadro de **Otros** y en el campo **Especifique** indique la prueba(s) que haga(n) falta.



Al finalizar el registro haga clic en **"Terminar"** y firme electrónicamente.

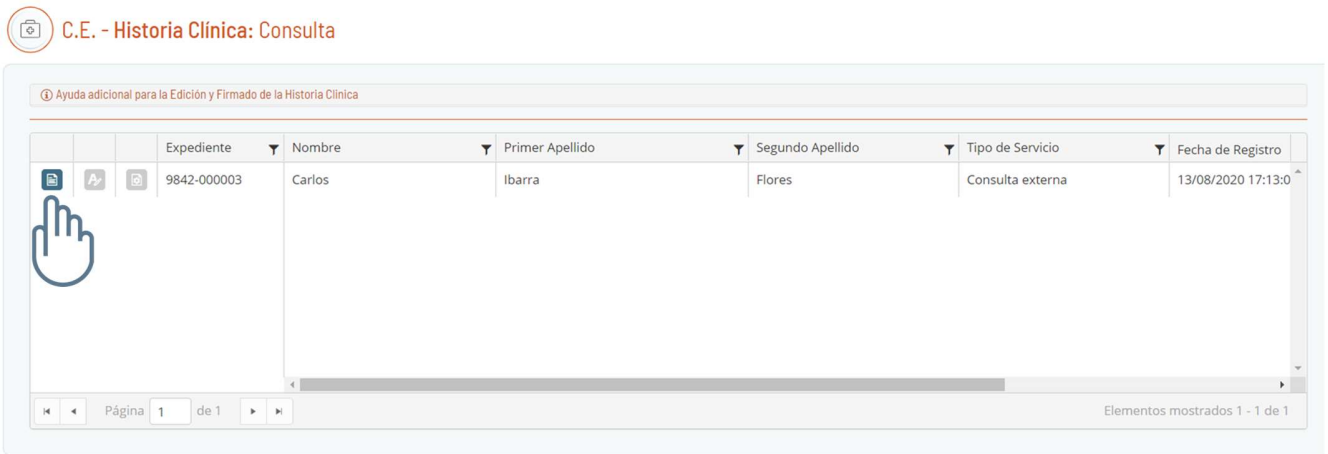
Ir a firma electrónica

Este formato de historia clínica tiene un “guardado parcial” debido a que está dividido en pestañas y se puede ir guardando el avance una por una, como se visualiza en la imagen siguiente, mientras no se termine el formato, el botón de “Editar” en la consulta estará habilitado. Una vez que se termine el formato en su totalidad, este botón se deshabilitará. No olvidar que la normatividad no ha cambiado y cuando se comienza un formato debe terminarse y firmarse electrónicamente.

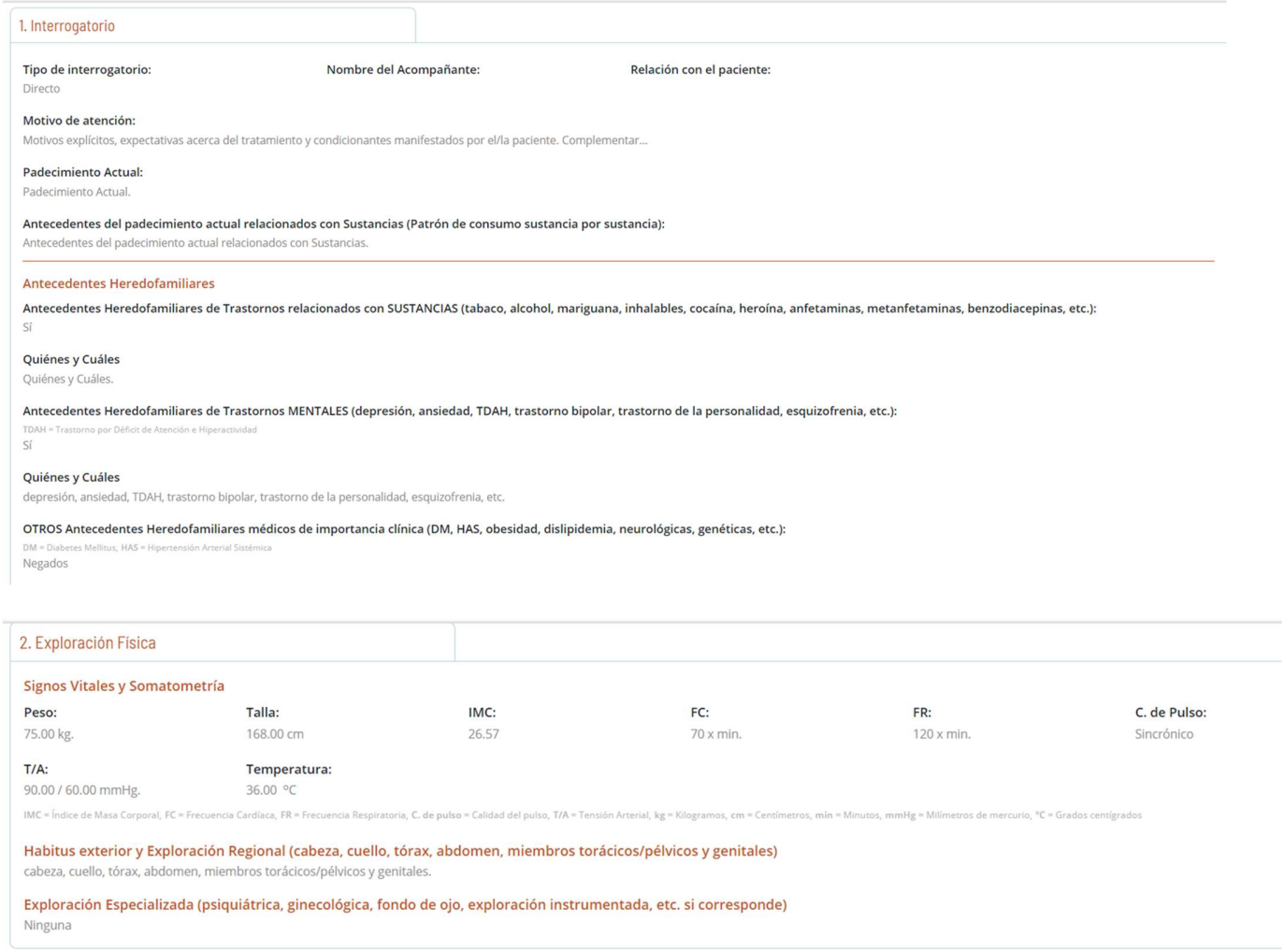


Esta pantalla indica que el formato de historia clínica aún no está terminado, mientras esté habilitado el botón de editar. Una vez finalizado, este botón estará deshabilitado.

b. Consulta. Una vez terminado el registro de la historia clínica, el sistema muestra la siguiente imagen. Para consultar el detalle de este formato, haga clic en el primer ícono **“Ver detalle”**.



El sistema mostrará el detalle de lo registrado en la historia clínica, a continuación, se muestran unas partes de la consulta debido a que el formato es extenso.



1. Interrogatorio

Tipo de interrogatorio: Directo

Nombre del Acompañante:

Relación con el paciente:

Motivo de atención:
Motivos explícitos, expectativas acerca del tratamiento y condicionantes manifestados por el/la paciente. Complementar...

Padecimiento Actual:
Padecimiento Actual.

Antecedentes del padecimiento actual relacionados con Sustancias (Patrón de consumo sustancia por sustancia):
Antecedentes del padecimiento actual relacionados con Sustancias.

Antecedentes Heredofamiliares

Antecedentes Heredofamiliares de Trastornos relacionados con SUSTANCIAS (tabaco, alcohol, mariguana, inhalables, cocaína, heroína, anfetaminas, metanfetaminas, benzodiacepinas, etc.):
Sí

Quiénes y Cuáles
Quiénes y Cuáles.

Antecedentes Heredofamiliares de Trastornos MENTALES (depresión, ansiedad, TDAH, trastorno bipolar, trastorno de la personalidad, esquizofrenia, etc.):
TDAH = Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
Sí

Quiénes y Cuáles
depresión, ansiedad, TDAH, trastorno bipolar, trastorno de la personalidad, esquizofrenia, etc.

OTROS Antecedentes Heredofamiliares médicos de importancia clínica (DM, HAS, obesidad, dislipidemia, neurológicas, genéticas, etc.):
DM = Diabetes Mellitus, HAS = Hipertensión Arterial Sistémica
Negados

2. Exploración Física

Signos Vitales y Somatometría

Peso:	Talla:	IMC:	FC:	FR:	C. de Pulso:
75.00 kg.	168.00 cm	26.57	70 x min.	120 x min.	Sincrónico

T/A:	Temperatura:
90.00 / 60.00 mmHg.	36.00 °C

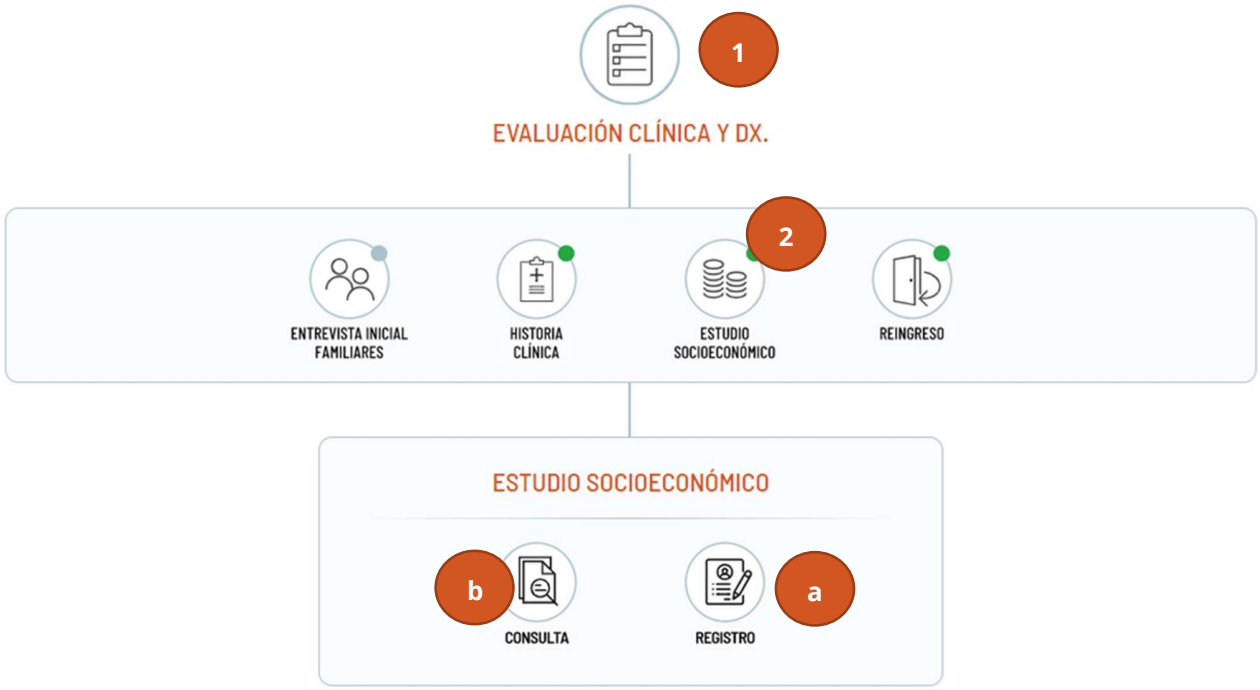
IMC = Índice de Masa Corporal, FC = Frecuencia Cardíaca, FR = Frecuencia Respiratoria, C. de pulso = Calidad del pulso, T/A = Tensión Arterial, kg = Kilogramos, cm = Centímetros, min = Minutos, mmHg = Milímetros de mercurio, °C = Grados centígrados

Habitus exterior y Exploración Regional (cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros torácicos/pélvicos y genitales)
cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros torácicos/pélvicos y genitales.

Exploración Especializada (psiquiátrica, ginecológica, fondo de ojo, exploración instrumentada, etc. si corresponde)
Ninguna

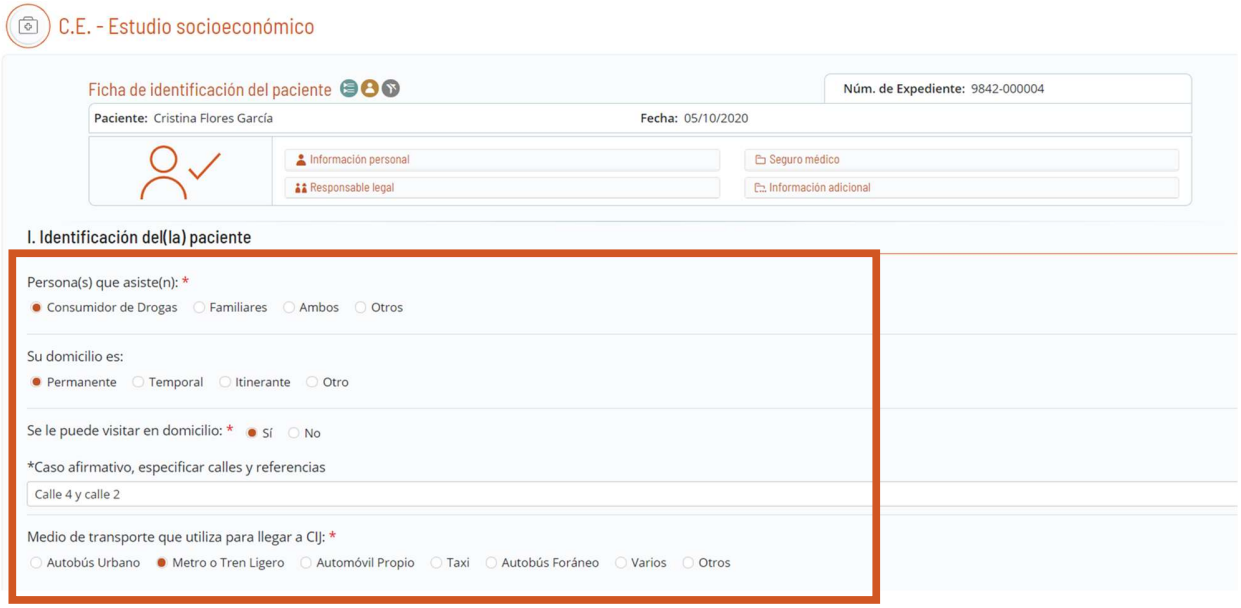
Estudio Socioeconómico

Para registrarlo, siga los siguientes pasos:



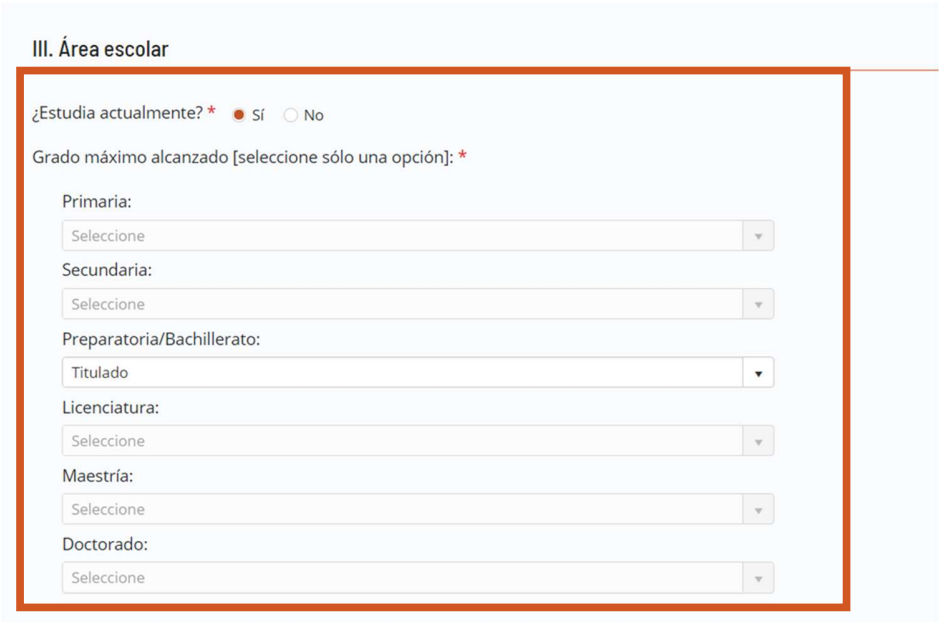
1. En la sección **Evaluación clínica y Dx**. El sistema muestra los formatos de esta sección
2. Haga clic en el formato **Estudio socioeconómico** y el sistema desplegará dos opciones:

    a. Registro. El sistema despliega el formato, el cual consiste en una sola vista.

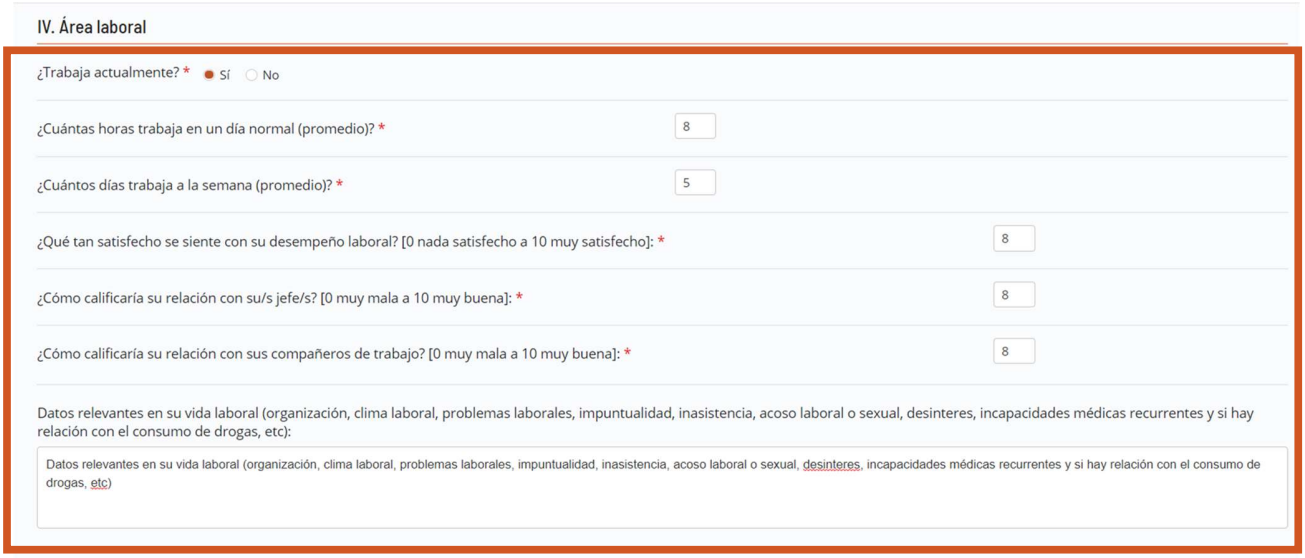


El apartado **II. Composición familiar**, registre los familiares que vivan bajo el mismo techo, registre nombre, parentesco, edad, escolaridad, ocupación, derechohabiencia y al final haga clic en **"Agregar familiar"**. Puede registrar tantos familiares como se necesite.

En la sección **III. Área escolar**, indique si el paciente estudio actualmente y seleccione el grado máximo alcanzado, sólo puede seleccionar una opción.

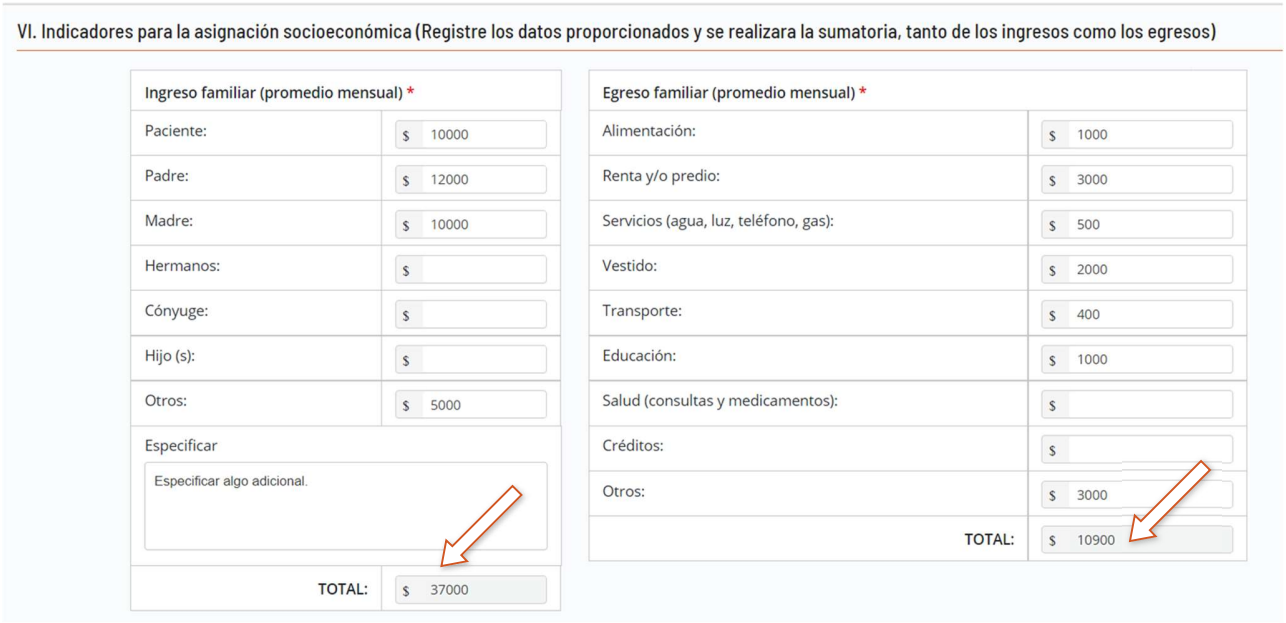


En la sección **IV. Área laboral**, si el paciente mantiene actividad laboral, responda las preguntas sobre el área laboral.



De lo contrario, indique cuánto tiempo (en meses) tiene sin actividad laboral.

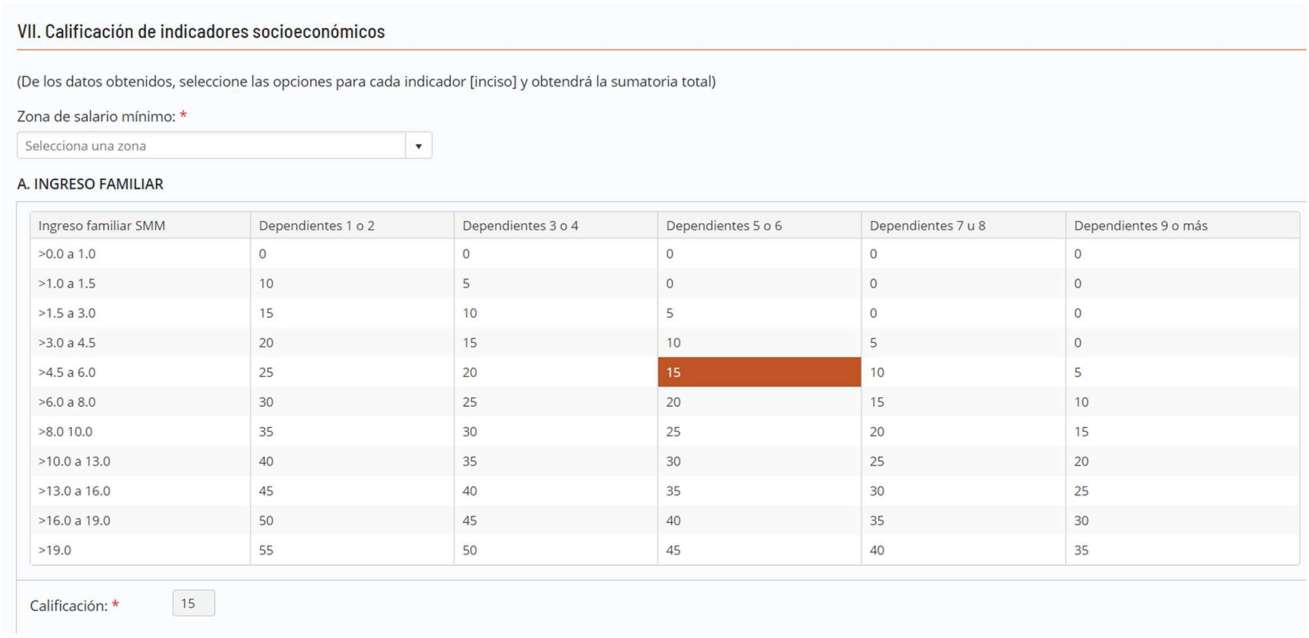
En la sección **VI. Indicadores para la asignación socioeconómica**, indique la cantidad en promedio mensual de los ingresos y egresos por miembro de la familia, el sistema sumará automáticamente las cantidades que indique.


VI. Indicadores para la asignación socioeconómica (Registre los datos proporcionados y se realizara la sumatoria, tanto de los ingresos como los egresos)

Ingreso familiar (promedio mensual) *	
Paciente:	$ 10000
Padre:	$ 12000
Madre:	$ 10000
Hermanos:	$
Cónyuge:	$
Hijo (s):	$
Otros:	$ 5000
Especificar: Especificar algo adicional.	
TOTAL:	$ 37000

Egreso familiar (promedio mensual) *	
Alimentación:	$ 1000
Renta y/o predio:	$ 3000
Servicios (agua, luz, teléfono, gas):	$ 500
Vestido:	$ 2000
Transporte:	$ 400
Educación:	$ 1000
Salud (consultas y medicamentos):	$
Créditos:	$
Otros:	$ 3000
TOTAL:	$ 10900

En la sección **VII. Calificación de indicadores socioeconómicos**, haga clic sobre las opciones correspondientes, únicamente puede seleccionar un valor y el sistema sumará automáticamente cada sección y un total al final de esta sección.


VII. Calificación de indicadores socioeconómicos

(De los datos obtenidos, seleccione las opciones para cada indicador [inciso] y obtendrá la sumatoria total)

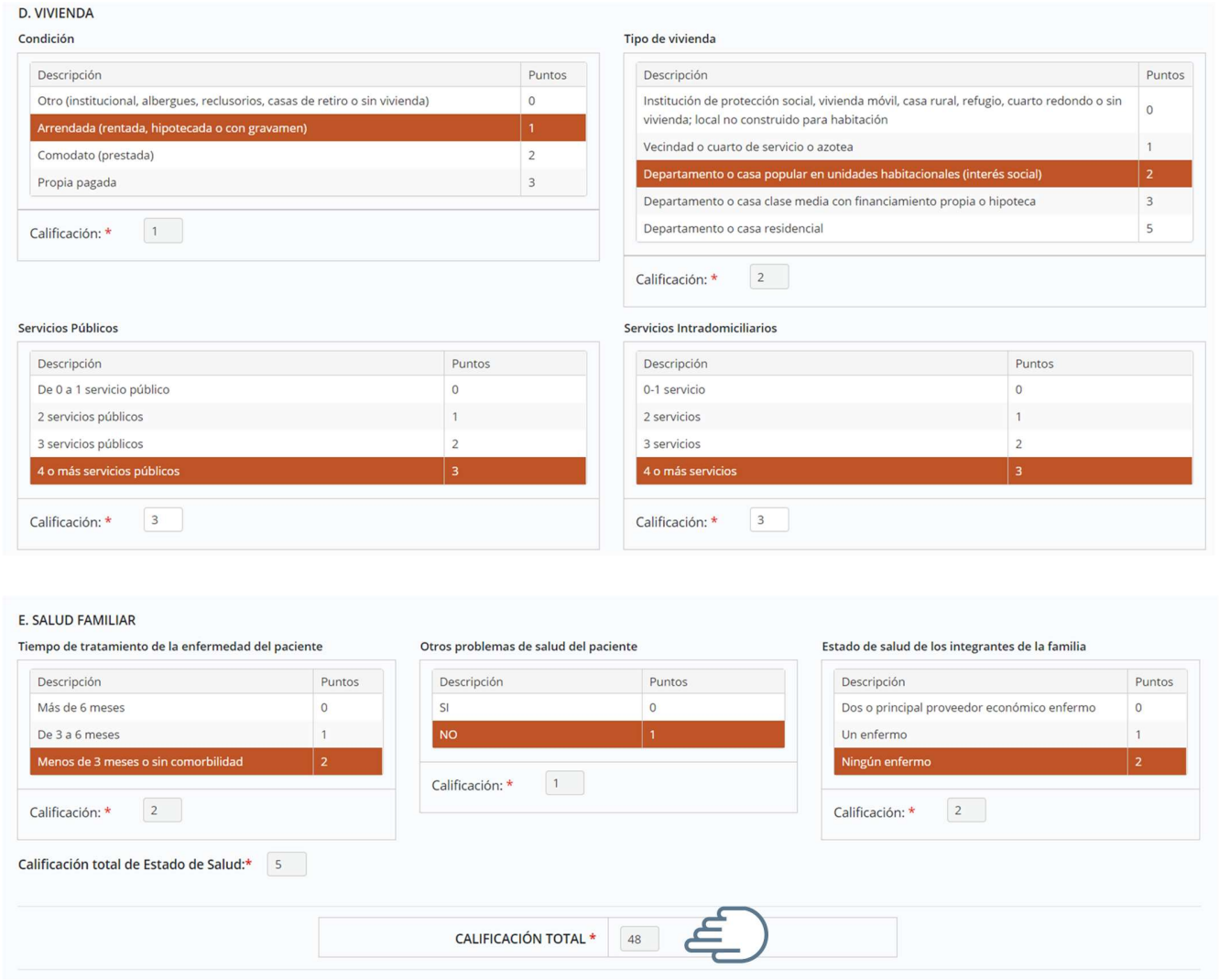
Zona de salario mínimo: *

Selecciona una zona

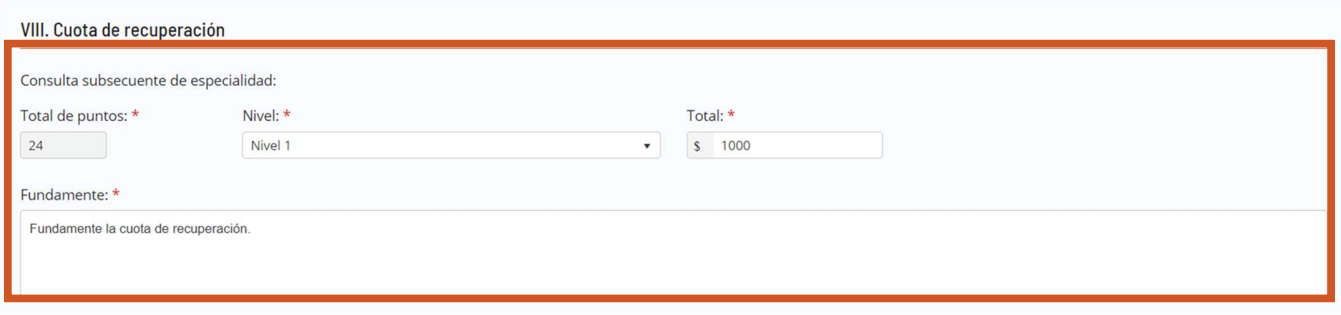
A. INGRESO FAMILIAR

Ingreso familiar SMM	Dependientes 1 o 2	Dependientes 3 o 4	Dependientes 5 o 6	Dependientes 7 u 8	Dependientes 9 o más
>0.0 a 1.0	0	0	0	0	0
>1.0 a 1.5	10	5	0	0	0
>1.5 a 3.0	15	10	5	0	0
>3.0 a 4.5	20	15	10	5	0
>4.5 a 6.0	25	20	15	10	5
>6.0 a 8.0	30	25	20	15	10
>8.0 10.0	35	30	25	20	15
>10.0 a 13.0	40	35	30	25	20
>13.0 a 16.0	45	40	35	30	25
>16.0 a 19.0	50	45	40	35	30
>19.0	55	50	45	40	35

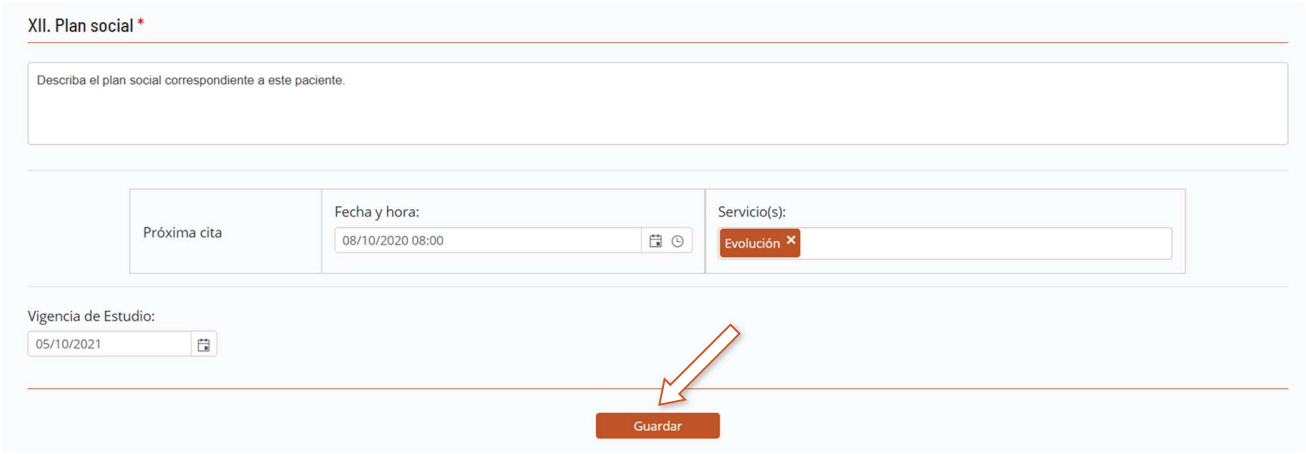
Calificación: * 15



En la sección **VIII. Cuota de recuperación**, el sistema pone la calificación total y calcula automáticamente el nivel, la cuota de recuperación es un campo abierto para que indique la cantidad correspondiente y fundamente en el campo indicado.

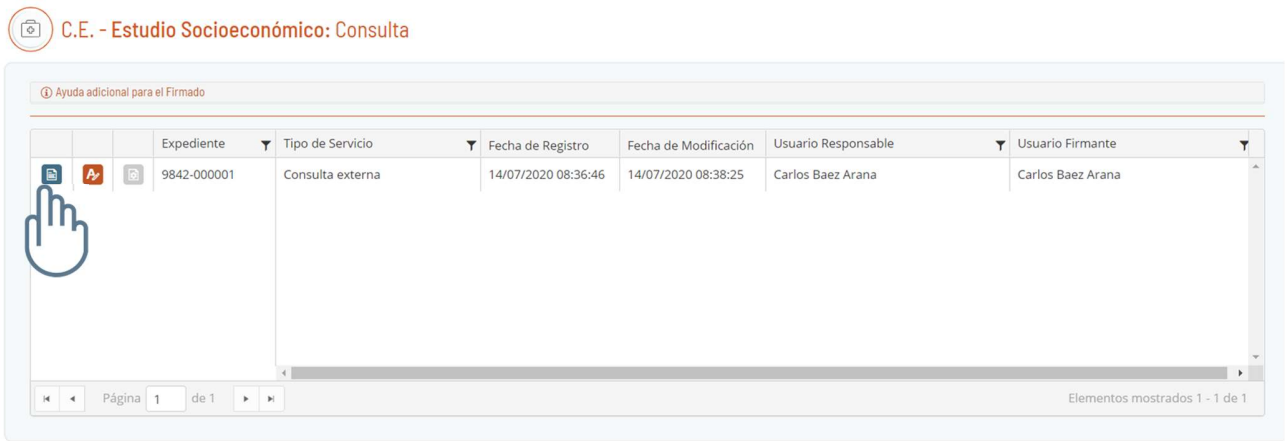


Complete las secciones X, XI y XII con la información correspondiente.



Al finalizar el formato haga clic en **"Guardar"** y firme electrónicamente.
Ir a firma electrónica

b. Consulta. Al hacer clic en esta opción, el sistema muestra la siguiente pantalla:



Haga clic en el primer ícono **"Ver detalle"** y el sistema mostrará el formato de estudio socioeconómico en modo consulta:

I. Identificación del(la) paciente

Persona(s) que asiste(n): *

● Consumidor de Drogas ○ Familiares ○ Ambos ○ Otros

Su domicilio es:

● Permanente ○ Temporal ○ Itinerante ○ Otro

Se le puede visitar en domicilio: * ● Sí ○ No

*Caso afirmativo, especificar calles y referencias

Calle 1 y calle 2

Medio de transporte que utiliza para llegar a CIJ: *

○ Autobús Urbano ○ Metro o Tren Ligero ○ Automóvil Propio ● Taxi ○ Autobús Foráneo ○ Varios ○ Otros

El motivo de su asistencia es condicionada o indicada por alguna institución: * ● Sí ○ No

IMSS

¿Profesa alguna religión? *

● Ninguna ○ Católica ○ Protestantes y evangélicas ○ Bíblicas no evangélicas ○ Judaica ○ Otras Religiones

III. Área escolar

¿Estudia actualmente? * ● Sí ○ No

Grado máximo alcanzado [seleccione sólo una opción]: *

Primaria:

Secundaria:

Preparatoria/Bachillerato:

Titulado

Licenciatura:

Maestría:

Doctorado:

Si interrumpió sus estudios, especifique motivos [seleccione las 3 principales]: *

Relacionado con su Consumo de Drogas × | No le Gustaba la Escuela × | Dejaron de Apoyarlo/a Financieramente ×

IV. Área laboral

¿Trabaja actualmente? * Sí No

¿Cuánto tiempo tiene de no trabajar [trabajo remunerado]? (meses) *

¿Cuántas horas trabaja en un día normal (promedio)? * 20

¿Cuántos días trabaja a la semana (promedio)? * 5

¿Qué tan satisfecho se siente con su desempeño laboral? [0 nada satisfecho a 10 muy satisfecho]: * 8

¿Cómo calificaría su relación con su/s jefe/s? [0 muy mala a 10 muy buena]: * 7

¿Cómo calificaría su relación con sus compañeros de trabajo? [0 muy mala a 10 muy buena]: * 9

Datos relevantes en su vida laboral (organización, clima laboral, problemas laborales, impuntualidad, inasistencia, acoso laboral o sexual, desinterés, incapacidades médicas recurrentes y si hay relación con el consumo de drogas, etc):

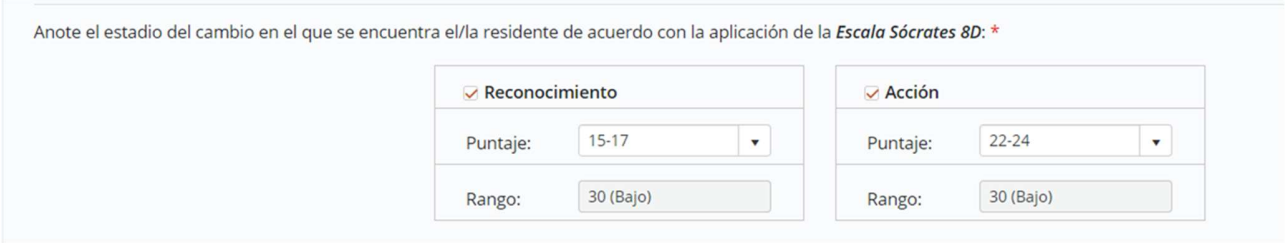
Datos relevantes en su vida laboral.

Evaluación Clínica Psicológica

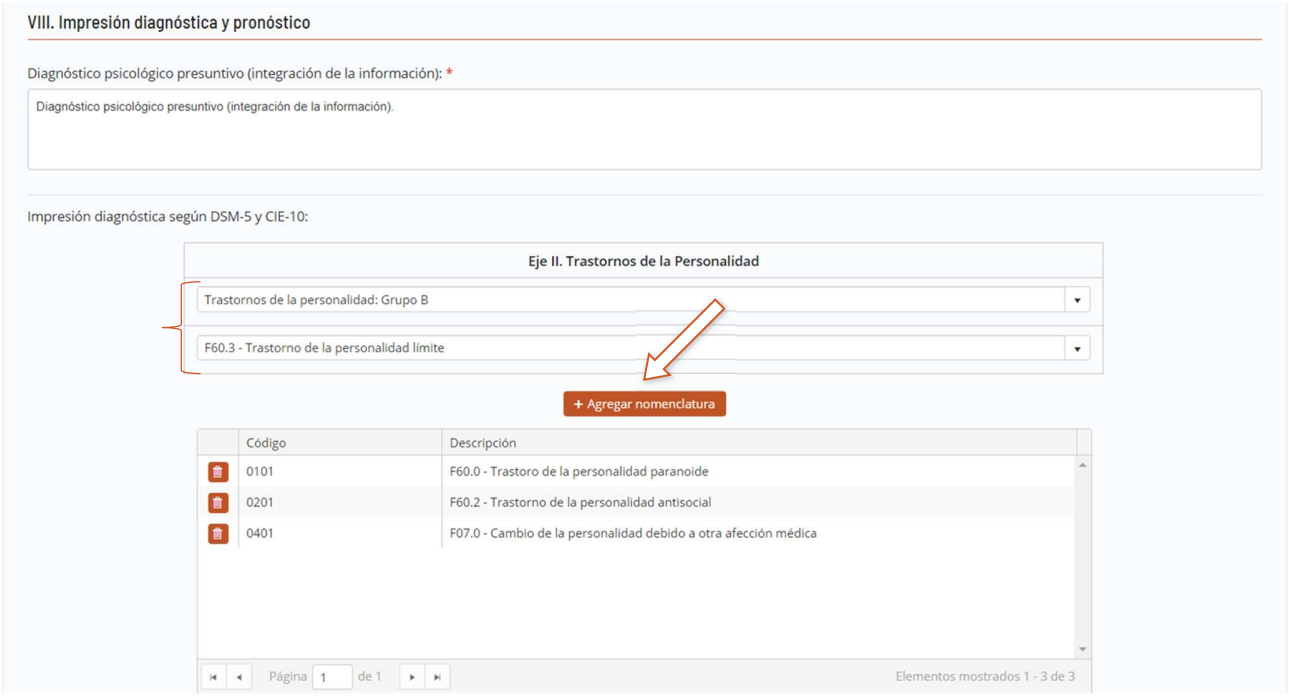
Para registrar este formato siga los siguientes pasos

1. En la sección **Valoración y admisión** haga clic para desplegar todos los formatos que contiene.
2. Haga clic en el formato **Evaluación clínica y psicológica** y el sistema desplegará las siguientes opciones:
    a. Registro. Las secciones I, II, III, IV, V, VI y los primeros campos de la sección VII son campos abiertos, la siguiente pantalla muestra los primeros campos, los siguientes se llenan exactamente igual. No se adjuntan por razones de practicidad.

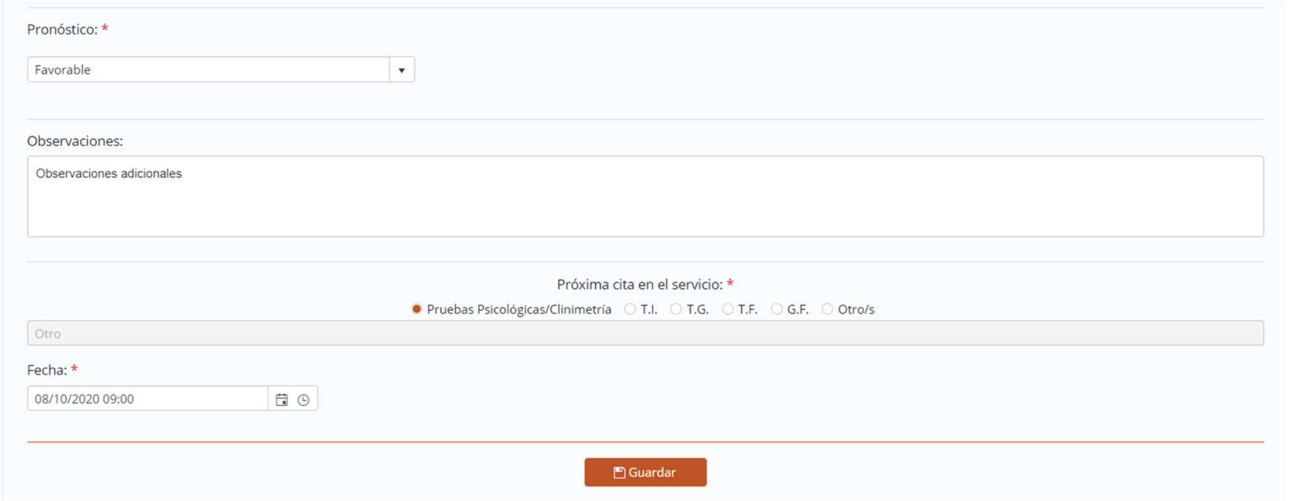
Al final de la sección VII, indique el estadio del cambio en el que se encuentra el/la residente de acuerdo con la aplicación de la Escala Sócrates 8D, puede marcar uno o ambos, seleccione el puntaje y el sistema calculará automáticamente el rango.



En la sección **VII. Impresión diagnóstica y pronóstico**, se incluye el **Eje II. Trastornos de la personalidad**, seleccione el tema y subtema y se habilitará el botón de **"Agregar nomenclatura"**, puede agregar tantos trastornos como se necesite.



Al final de esta sección, indique el tipo de pronóstico, el campo de observaciones es opcional, indicar el servicio para una próxima cita y la fecha de esta.

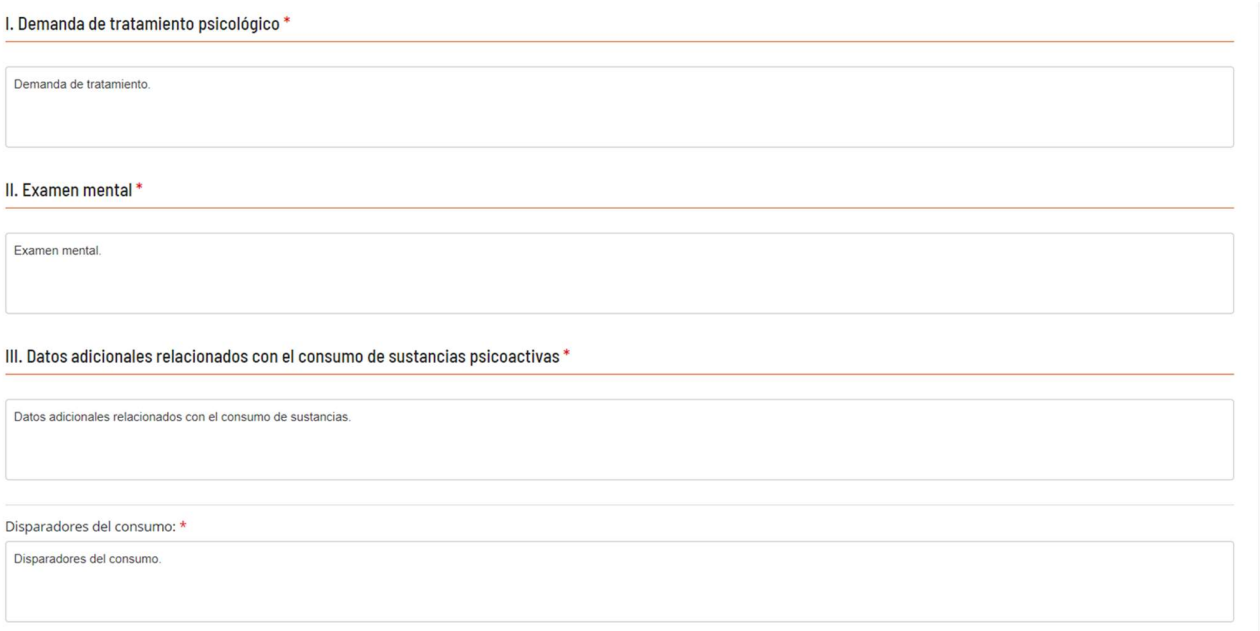


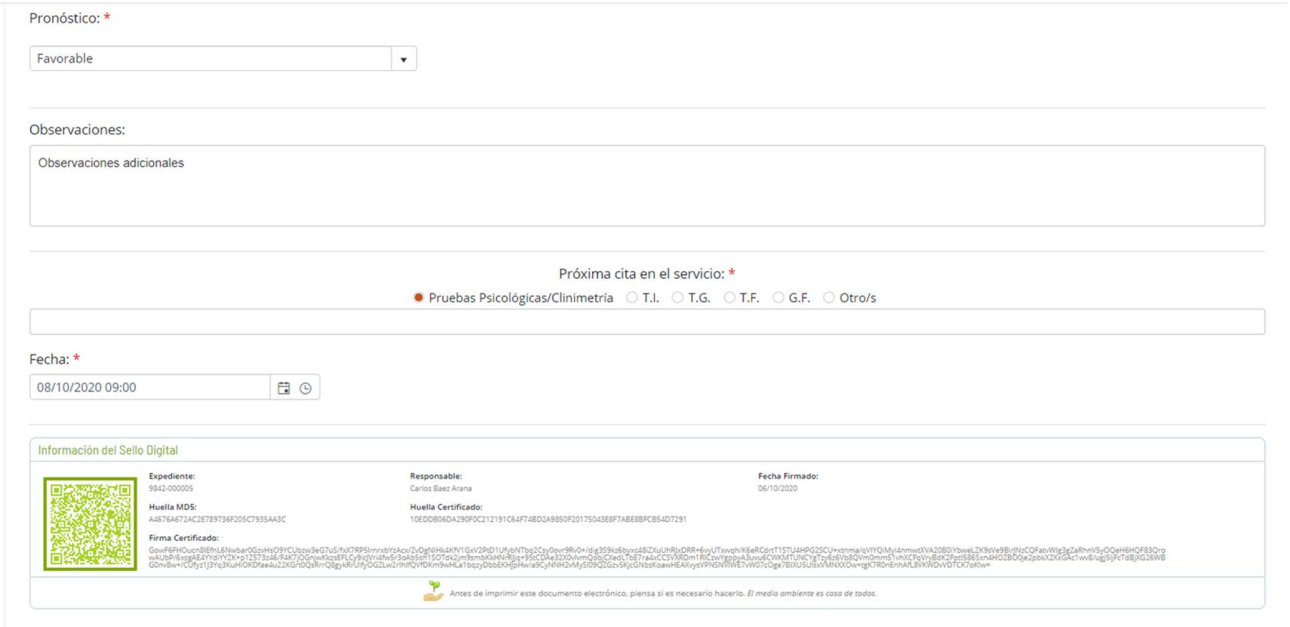
Una vez terminado el formato haga clic en **"Guardar"** y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. Al hacer clic en este ícono, el sistema muestra la siguiente pantalla.

Haga clic en el primer ícono de **"Ver detalle"** y el sistema mostrará el formato en modo consulta. Las siguientes pantallas son una extracción de una parte de la consulta de este formato, no se pone completo por tema de practicidad.



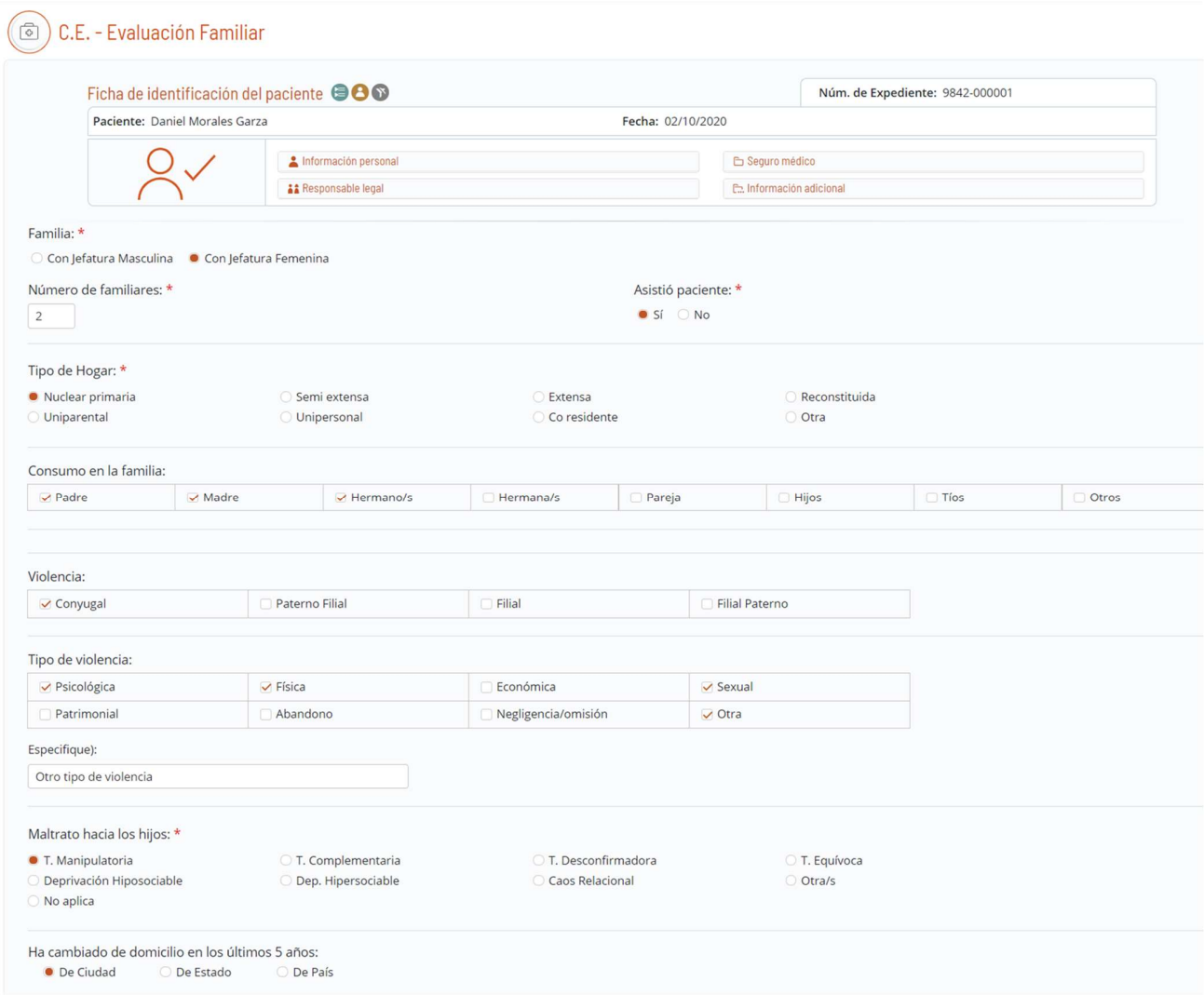


Evaluación Familiar

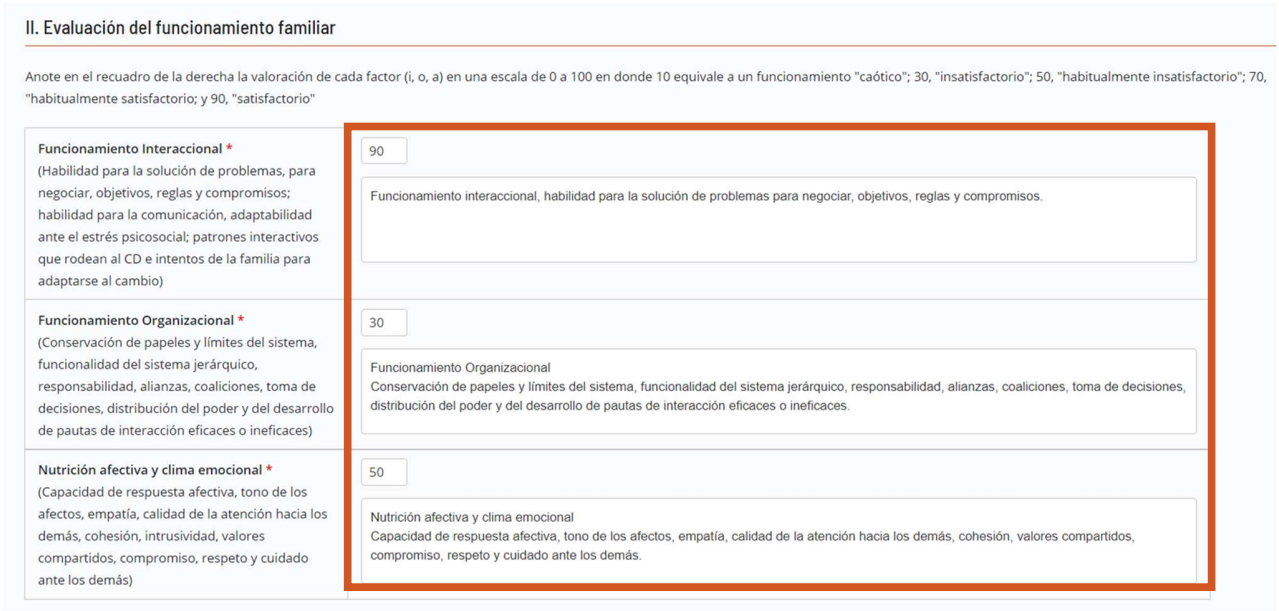
Para registrar este formato, siga los siguientes pasos:

1. Sección **Servicios complementarios**.

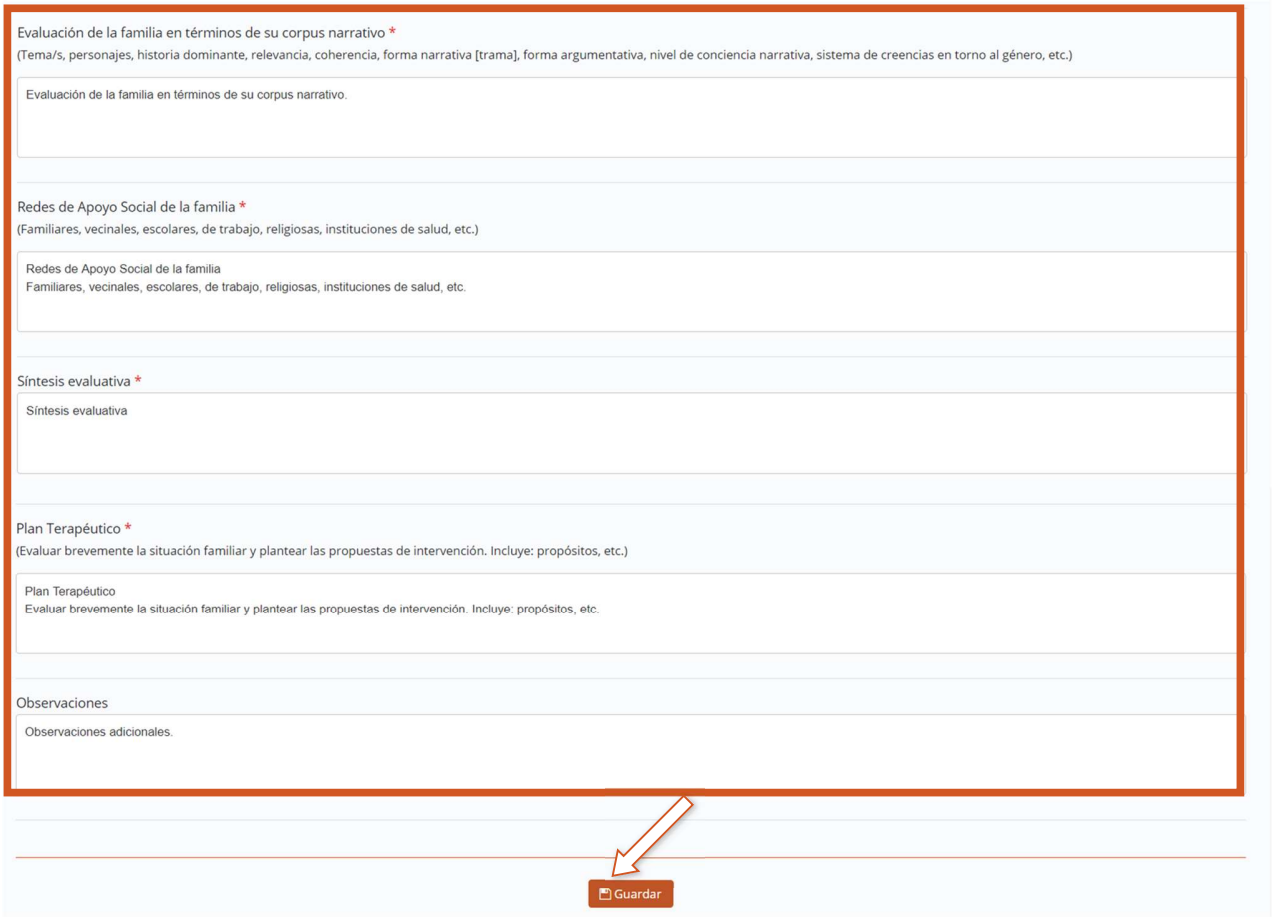
2. Haga clic en el formato **Evaluación familiar**. El sistema desplegará dos opciones:
    a. Registro. En la primera sección, seleccione el tipo de jefatura, número de familiares, si asistió el paciente, tipo de hogar, consumo en la familia, violencia, tipo de violencia, maltrato a los hijos y si el paciente ha cambiado su domicilio en los últimos 5 años.



La sección **II. Evaluación del funcionamiento familiar**, en los tres parámetros indique la cantidad correspondiente en una escala del 0 al 100.



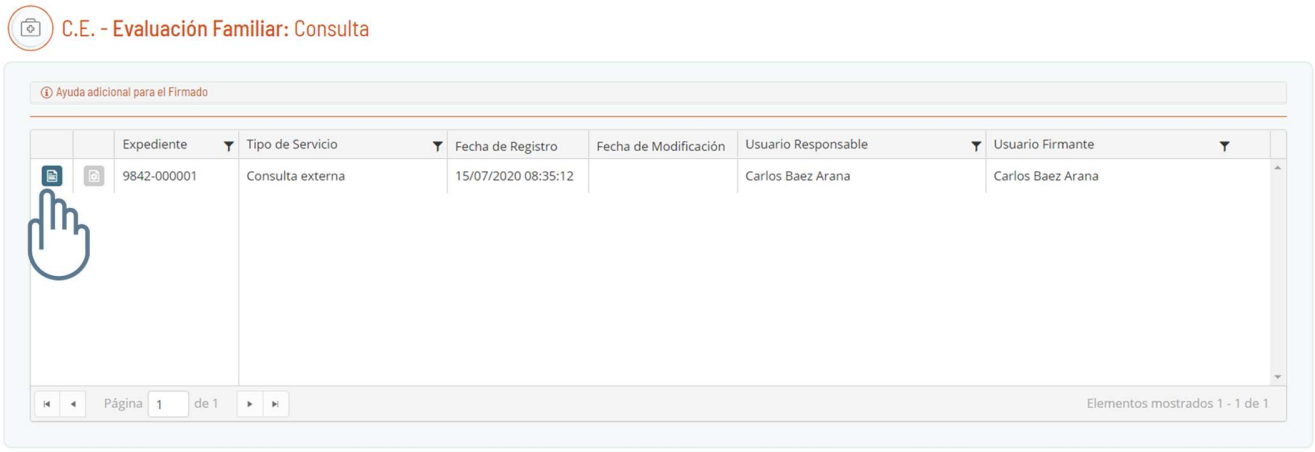
Los siguientes campos son abiertos y prácticamente se puede indicar cualquier cosa.



Al finalizar haga clic en **“Guardar”** y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. El sistema muestra la siguiente pantalla



Haga clic en el primer ícono **“Ver detalle”** y el sistema desplegará el formato en forma de consulta, las siguientes imágenes son algunas de las secciones de este formato (el sistema lo muestra completo).

Familia: *
○ Con Jefatura Masculina ● Con Jefatura Femenina

Número de familiares: *
2

Asistió paciente: *
● Sí ○ No

Tipo de Hogar: *

○ Nuclear primaria	● Semi extensa	○ Extensa	○ Reconstituida
○ Uniparental	○ Unipersonal	○ Co residente	○ Otra

Consumo en la familia:

☑ Padre	☑ Madre	☐ Hermano/s	☐ Hermana/s	☐ Pareja	☐ Hijos	☐ Tíos	☐ Otros

Especifique:

Violencia:

☑ Conyugal	☑ Paterno Filial	☐ Filial	☐ Filial Paterno

Tipo de violencia:

☑ Psicológica	☐ Física	☐ Económica	☐ Sexual
☑ Patrimonial	☐ Abandono	☐ Negligencia/omisión	☐ Otra

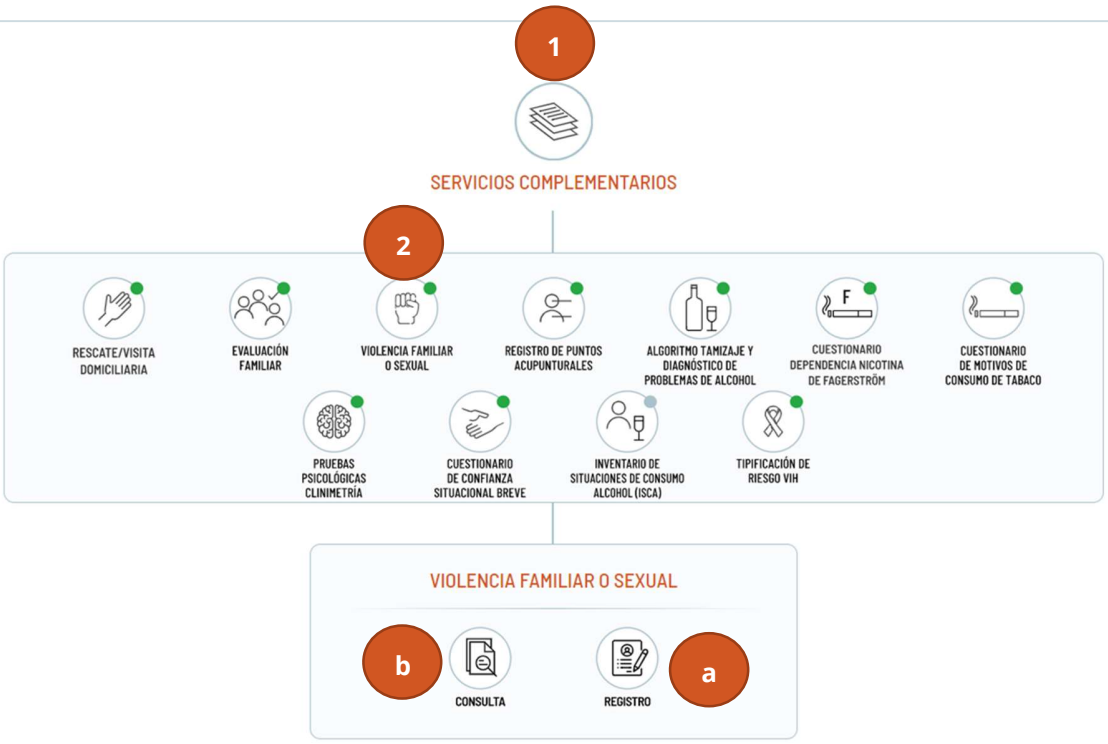
II. Evaluación del funcionamiento familiar

Anote en el recuadro de la derecha la valoración de cada factor (i, o, a) en una escala de 0 a 100 en donde 10 equivale a un funcionamiento "caótico"; 30, "insatisfactorio"; 50, "habitualmente insatisfactorio"; 70, "habitualmente satisfactorio; y 90, "satisfactorio"

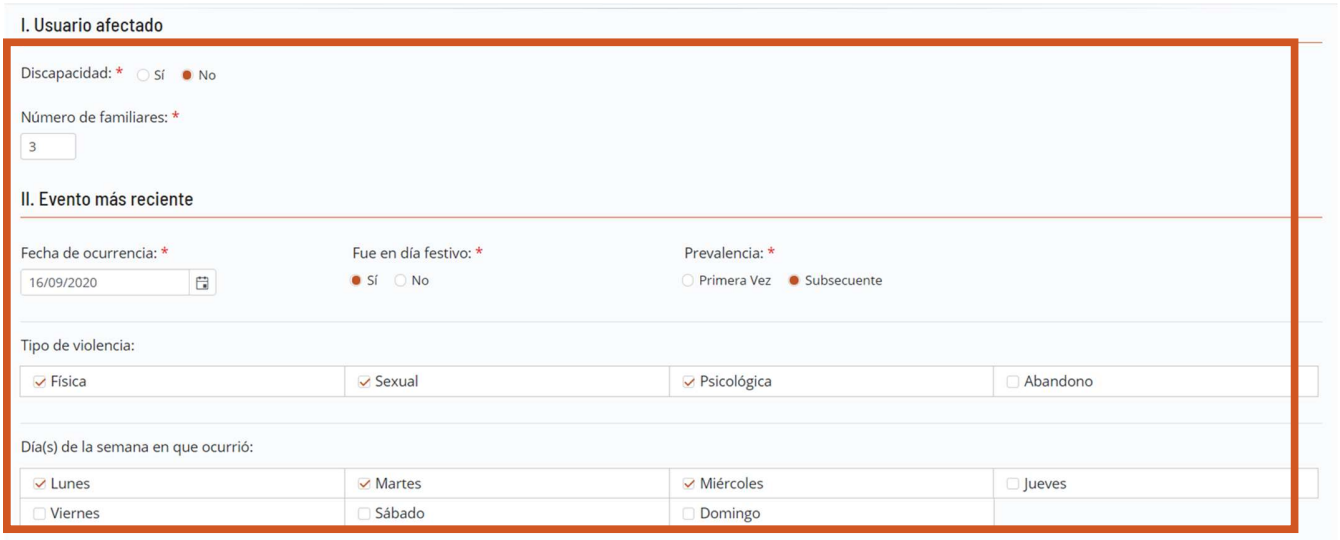
Funcionamiento Interaccional * (Habilidad para la solución de problemas, para negociar, objetivos, reglas y compromisos; habilidad para la comunicación, adaptabilidad ante el estrés psicosocial; patrones interactivos que rodean al CD e intentos de la familia para adaptarse al cambio)	90 Funcionamiento interaccional
Funcionamiento Organizacional * (Conservación de papeles y límites del sistema, funcionalidad del sistema jerárquico, responsabilidad, alianzas, coaliciones, toma de decisiones, distribución del poder y del desarrollo de pautas de interacción eficaces o ineficaces)	50 Funcionamiento organizal
Nutrición Afectiva y clima emocional * (Capacidad de respuesta afectiva, tono de los afectos, empatía, calidad de la atención hacia los demás, cohesión, intrusividad, valores compartidos, compromiso, respeto y cuidado ante los demás)	70 Nutrición afectiva

Violencia Familiar o Sexual

Para registrar este formato siga los siguientes pasos:

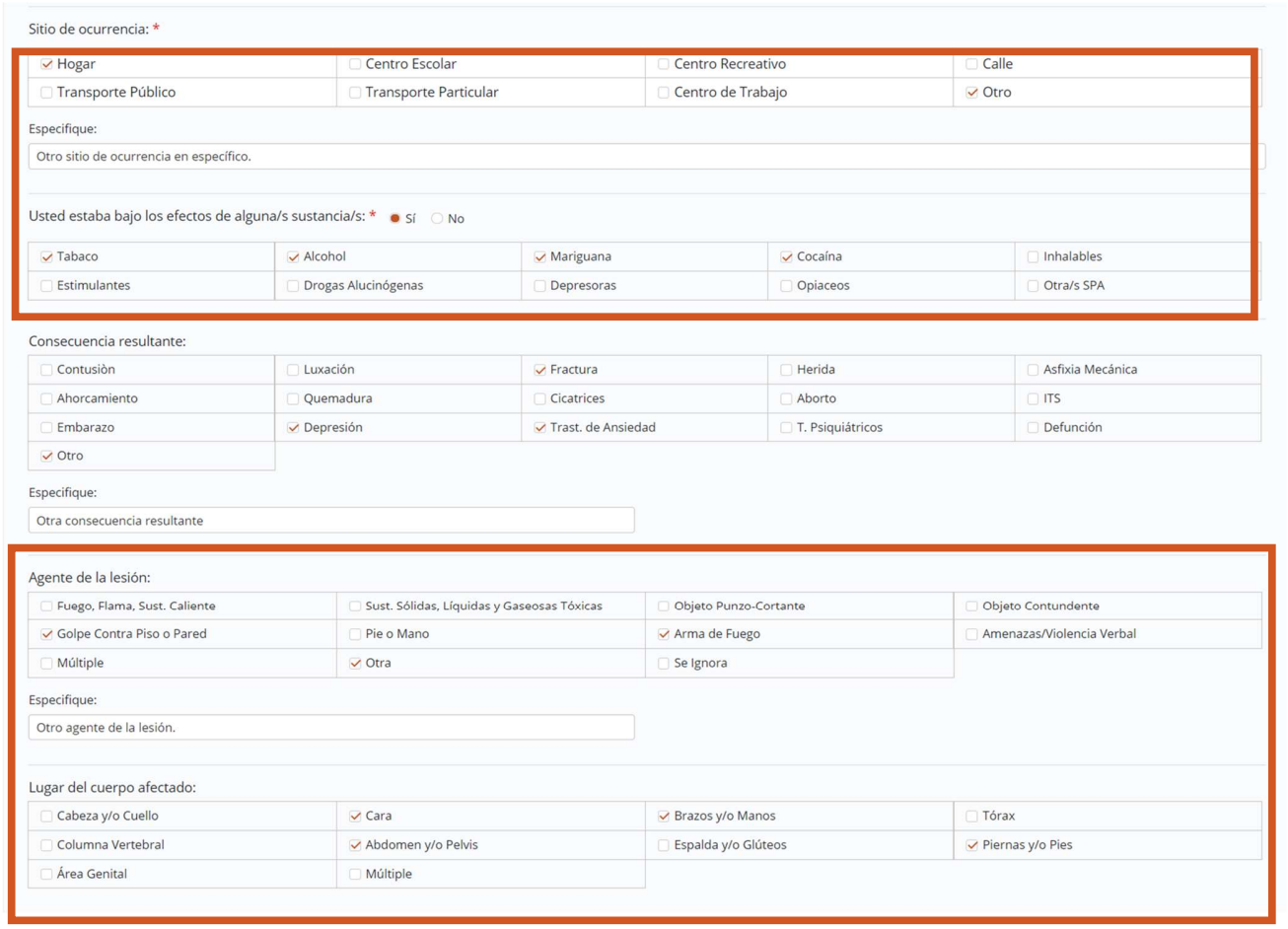


1. En la sección **Servicios complementarios** haga clic para desplegar todos los formatos que contiene.
2. Haga clic en el formato **Violencia familiar o sexual** y el sistema desplegará las siguientes opciones:
    a. Registro

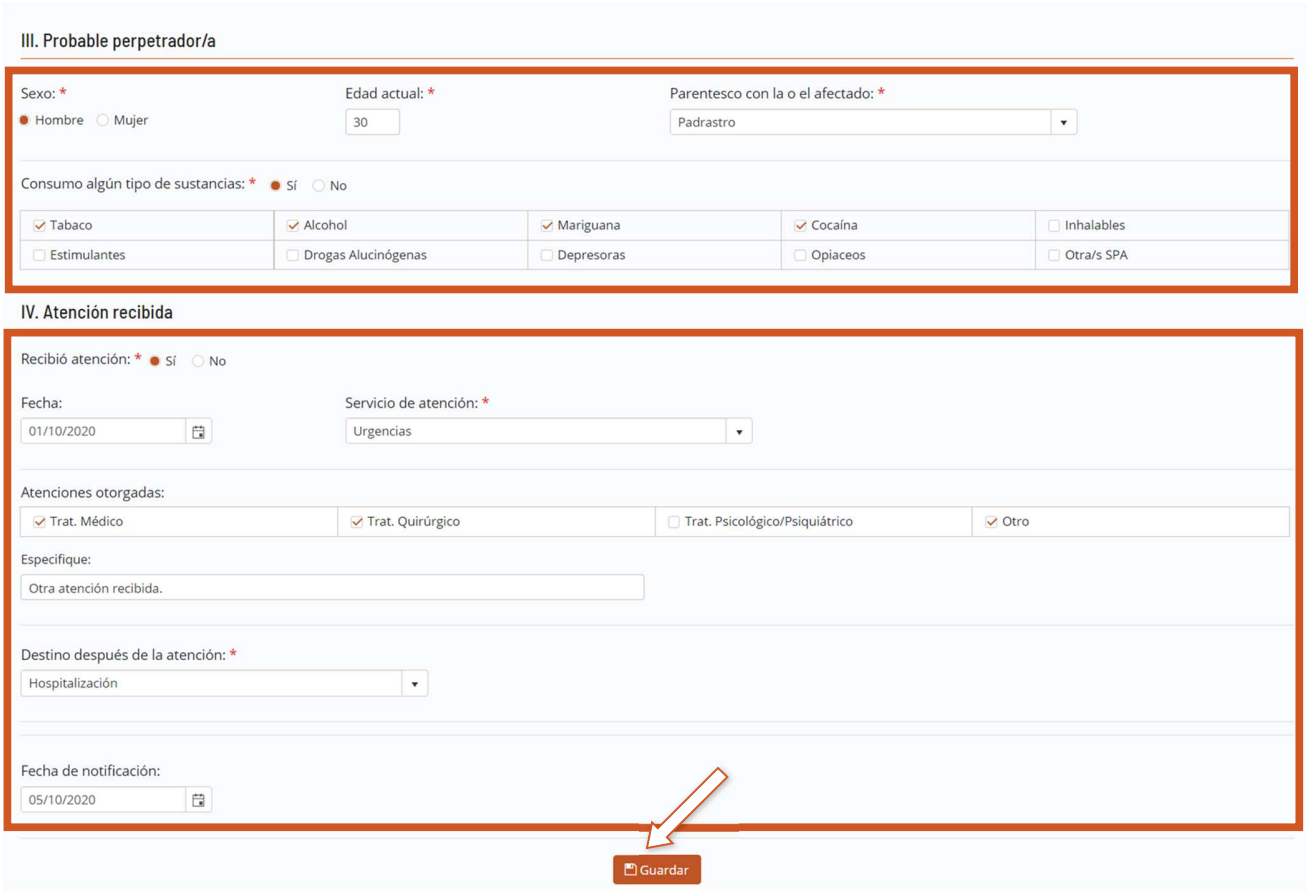


En la sección **I. Usuario afectado**, indique si el paciente tiene alguna discapacidad y el número de familiares. En la sección **II. Evento más reciente** seleccione la fecha de ocurrencia y si fue en un día festivo y la prevalencia; en los campos: **tipo de violencia, día(s) de la semana en que ocurrió, sitio de ocurrencia,** puede seleccionar varias opciones.

En el campo **"Usted estaba bajo los efectos de alguna/s sustancia/s"**, si contesta de manera afirmativa, el sistema muestra las sustancias, marque todas las que apliquen. Haga lo mismo con los siguientes campos que son de selección múltiple.



En la sección **III. Probable perpetrador/a**, indique el sexo del probable agresor, edad, parentesco y si consumió alguna/s sustancia/s. En la sección **IV. Atención recibida**, indique si recibió atención y los datos correspondientes a la misma.



Al finalizar haga clic en **"Guardar"** y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. El sistema muestra la siguiente pantalla.

I. Usuario afectado

Discapacidad: * (●) Sí ( ) No

Número de familiares: *
2

II. Evento más reciente

Fecha de ocurrencia: * 06/07/2020

Fue en día festivo: * (●) Sí ( ) No

Prevalencia: * ( ) Primera Vez (●) Subsecuente

Tipo de violencia:

☑ Física	☐ Sexual	☐ Psicológica	☐ Abandono

Día(s) de la semana en que ocurrió:

☑ Lunes	☑ Martes	☐ Miércoles	☐ Jueves
☐ Viernes	☐ Sábado	☐ Domingo	

III. Perpetrador/a o probable perpetrador/a

Sexo: * ( ) Hombre (●) Mujer

Edad actual: * 32

Parentesco: * Madre

Consumo algún tipo de sustancias: * (●) Sí ( ) No

☑ Tabaco	☑ Alcohol	☐ Mariguana	☐ Cocaína	☐ Inhalables
☑ Estimulantes	☑ Drogas Alucinógenas	☐ Depresoras	☐ Opiaceos	☐ Otra/s SPA

IV. Atención recibida

Recibió atención: * (●) Sí ( ) No

Fecha: 07/07/2020

Servicio de atención: * Urgencias

Otro: Especifique

Atenciones otorgadas:

☐ Trat. Médico	☐ Trat. Quirúrgico	☐ Trat. Psicológico/Psiquiátrico	☑ Otro

Especifique:
Atención otorgada

Destino después de la atención: *
Otro

Fecha de notificación:
06/07/2020

Nombre del notificante: ____________________

Firma: ____________________

Información del Sello Digital

Expediente: 9842-000001

Responsable: Isabel Cruz Ruiz

Fecha Firmado: 07/07/2020

Huella MD5: 542031CE4DF97412C73B12BFDFC5049C

Huella Certificado: B89A210D2711C88F7F071FEABF1B3EF00C3EB027513C0339DA12DDB7135AA355

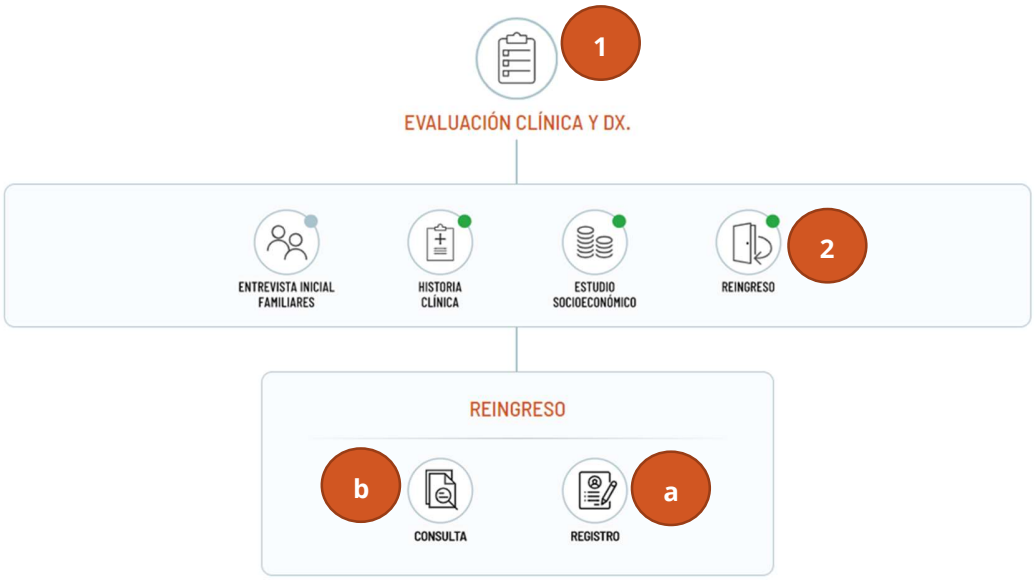
Firma Certificado:
Xjnx73rp6qPDDs6f5X6ru9sIJK3kUi669b/hdjp/6mWa9Tj3a6dCjbv5KkVefQWCRzOQzoM7Kd8ROthtIfgVVCj9142CAsA0nOakL+zqfl+EeiN2+t7idle9rJvDTGs2pXwBLsjRkCbu3QAqTkpnIGEXu3QTvrgO6Sr47EHjPVuXrPfYWfNw9z5VrvnPcyOPVjYc/bZ9NprGmSVV6QYbUdLANbvUCgzRiPbDqiSya2+RbHkINezS7+bf0Xws8+k+Re3kOEh3VrmBvfTvuxAAN3wBRT1IURFRUitVVeWojfeBTRuGA9fWCNi3NgxAOGB80NyoJZV7MbscWm43upTijw5pIH++PviOGVlezdw8Z9bV6DybCNkPTTCZNFt4eTL4uVxuNp85hpFXpXd+ndYfFVh4kw7mI1QZI11H4HAjJ78GcApce9W4M58UN4z3A5dEEIBex3ZUJqjzE8e1IF41BEiOG1P3pqlr8mxRSkKWi8M6bNQJZYFUCVPIctuovLO1J/RSXjCBxIWHgDCLcQbottQWFn/MeQ/izfsrw1/mQFYHYv7ayMlknfw5qTpBSqRMjQNn85WmuZh5BeLScIrdKAN0EiCe7weRif3i2V+8HgHZzdaS7UkDLu/6HK/C7XKTTS2ZHzbNTky4IQ9324Mwn2WsIfui/qSmNEVjUi9P/e8=

Antes de imprimir este documento electrónico, piensa si es necesario hacerlo. *El medio ambiente es cosa de todos.*

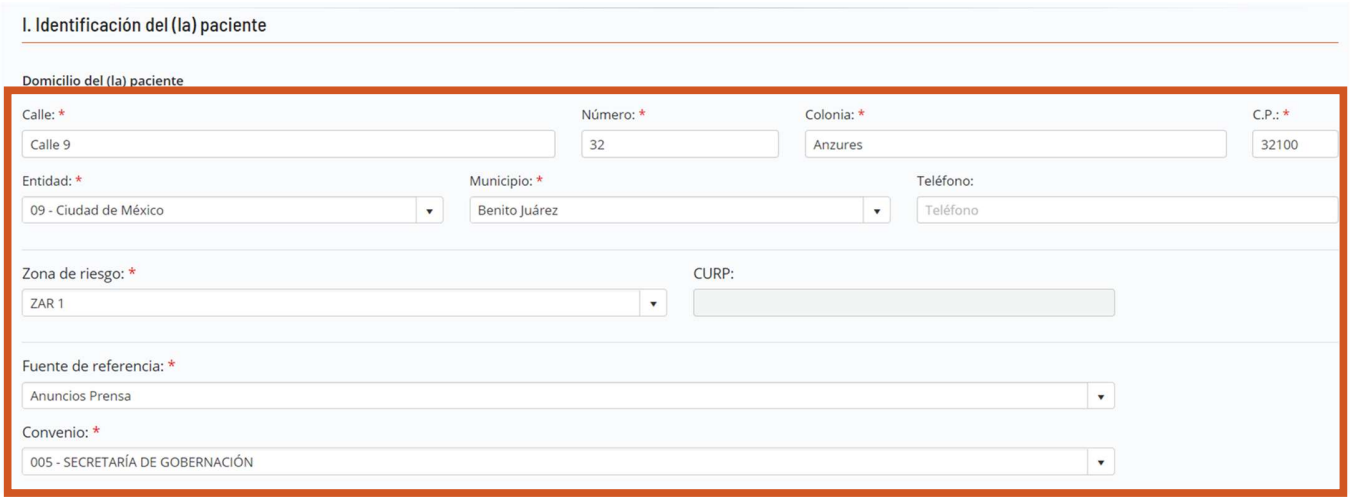
Reingreso

Para registrar este formato, previamente tiene que haber un registro del formato de Egreso, de lo contrario no se podrá hacer el registro del formato de Reingreso.

Este formato se registra de la siguiente manera:

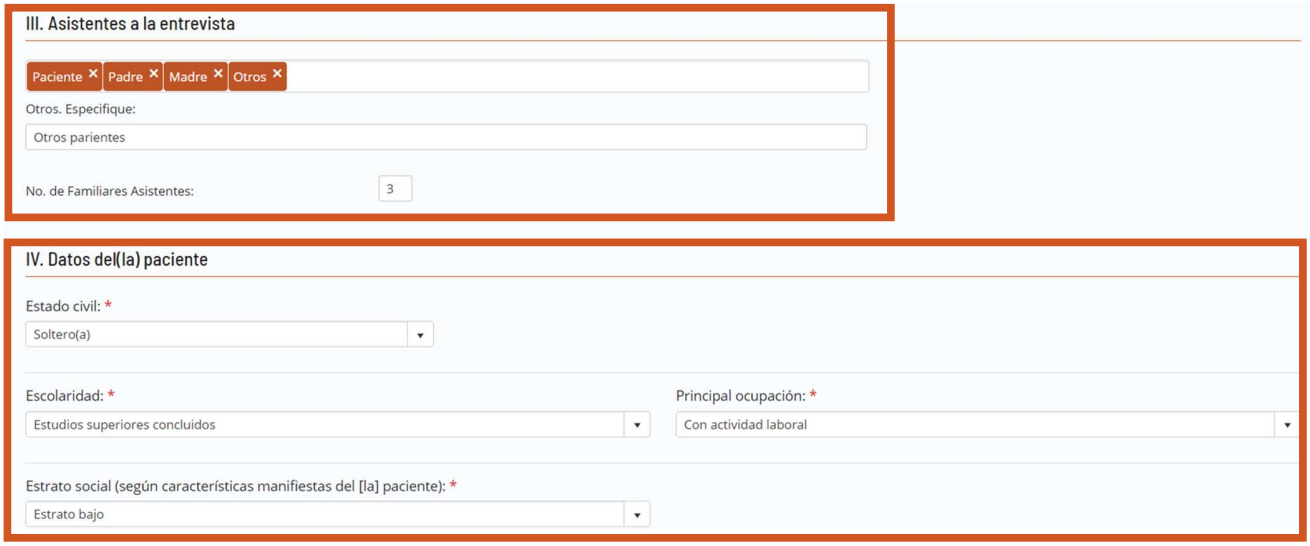


1. Sección **"Evaluación clínica y Dx"**, el sistema muestra los formatos que corresponden a esta sección.
2. Haga clic en el formato **Reingreso**.
    a. Registro. En la primera sección los datos del paciente están precargados automáticamente, sin embargo, se encuentran editables por si se necesita modificar alguno de ellos.

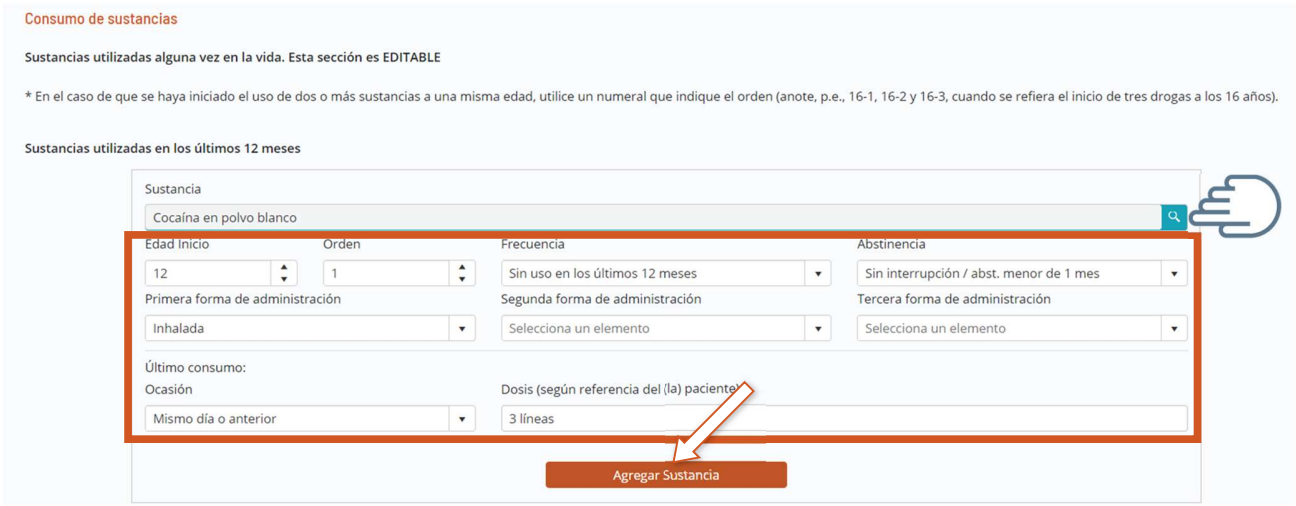


En la sección **II. Responsable legal**, registre a una persona mayor de 18 años, si es que cuenta con sus datos. Esta sección es opcional.

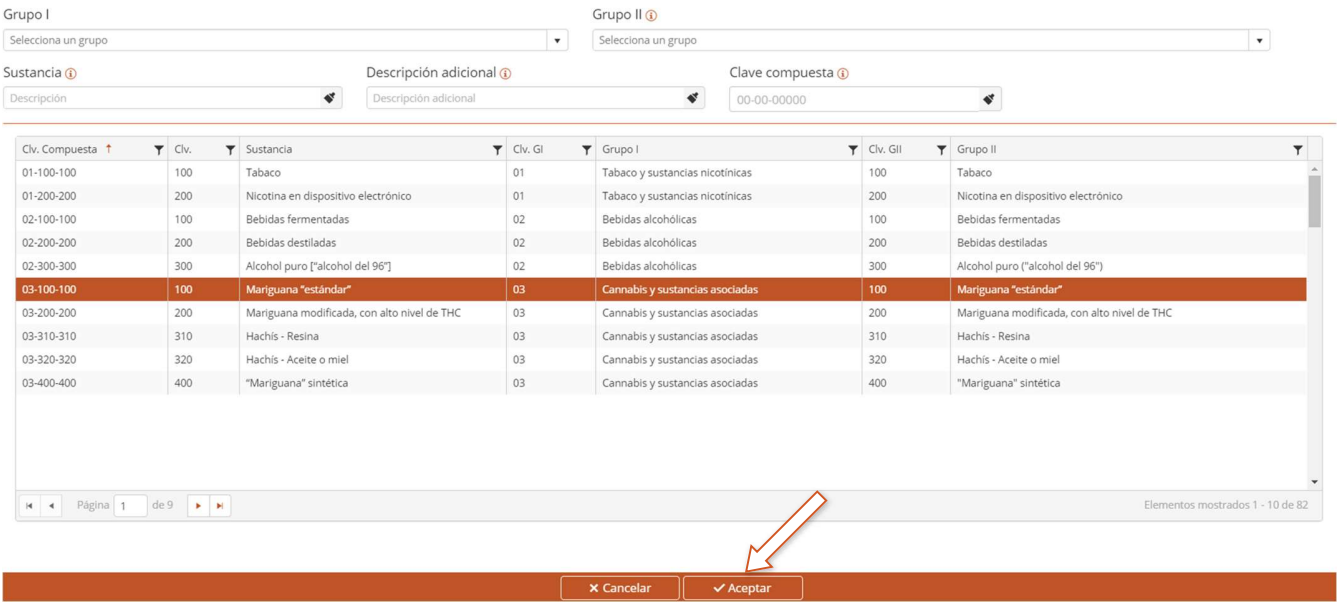
En la sección III y IV, llene los datos correspondientes.



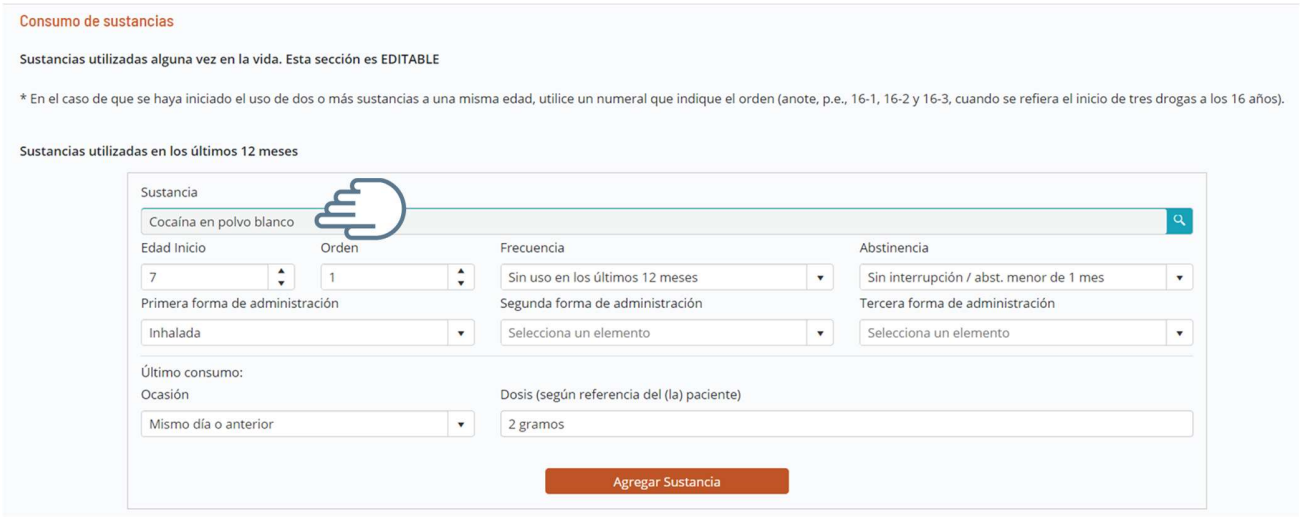
En la sección V, se encuentran precargadas las sustancias de la entrevista inicial. Esta sección es editable, puede registrar la misma sustancia y actualizar el patrón de consumo.



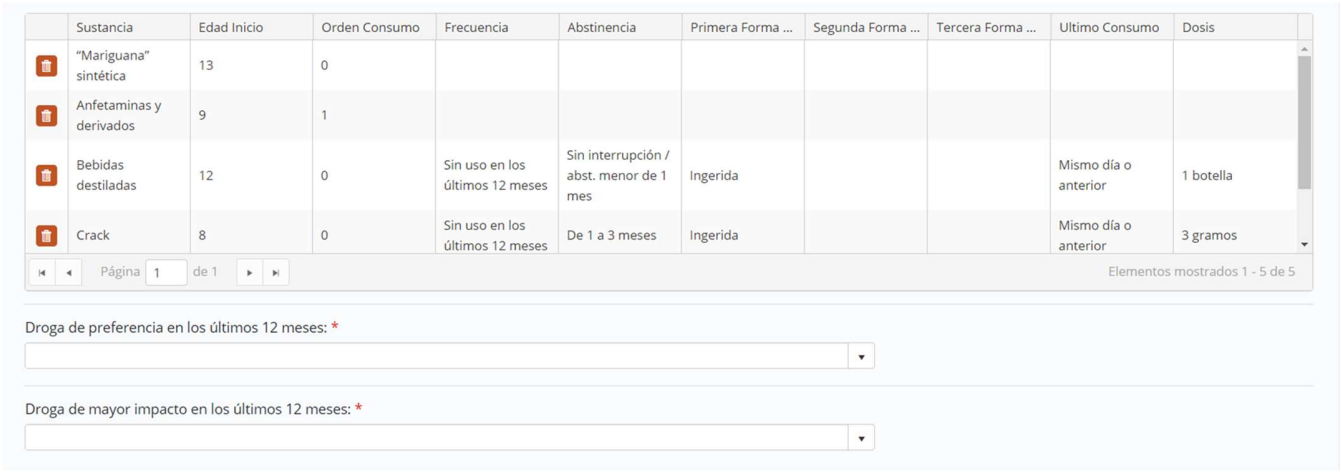
Para agregar una sustancia haga clic en el ícono de lupa y el sistema mostrará la siguiente pantalla:



Puede localizar la sustancia a registrar, a través de los filtros de búsqueda (Grupo I, Grupo II, Sustancia, Descripción adicional, Clave compuesta), seleccione uno o varios y el sistema mostrará las coincidencias en la tabla. Seleccione el renglón donde se encuentra la sustancia y haga clic en “Aceptar”.

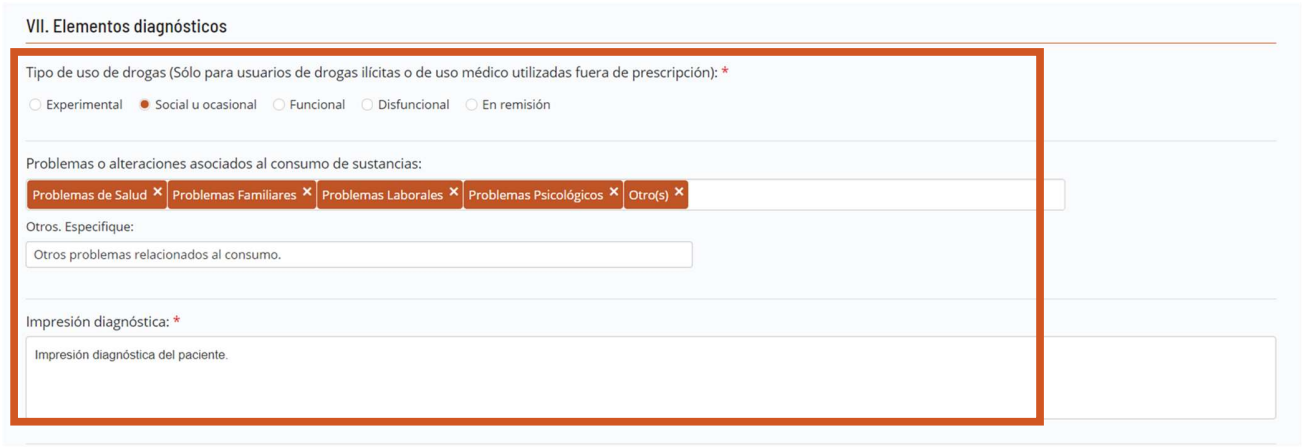


Una vez seleccionada la sustancia, llene los siguientes campos para establecer el patrón de consumo: edad de inicio, orden, frecuencia, abstinencia, primera forma de administración, la segunda y tercera forma es opcional, último consumo y dosis de la sustancia; después de indicar estos datos, se habilita el botón para **Agregar sustancia**.

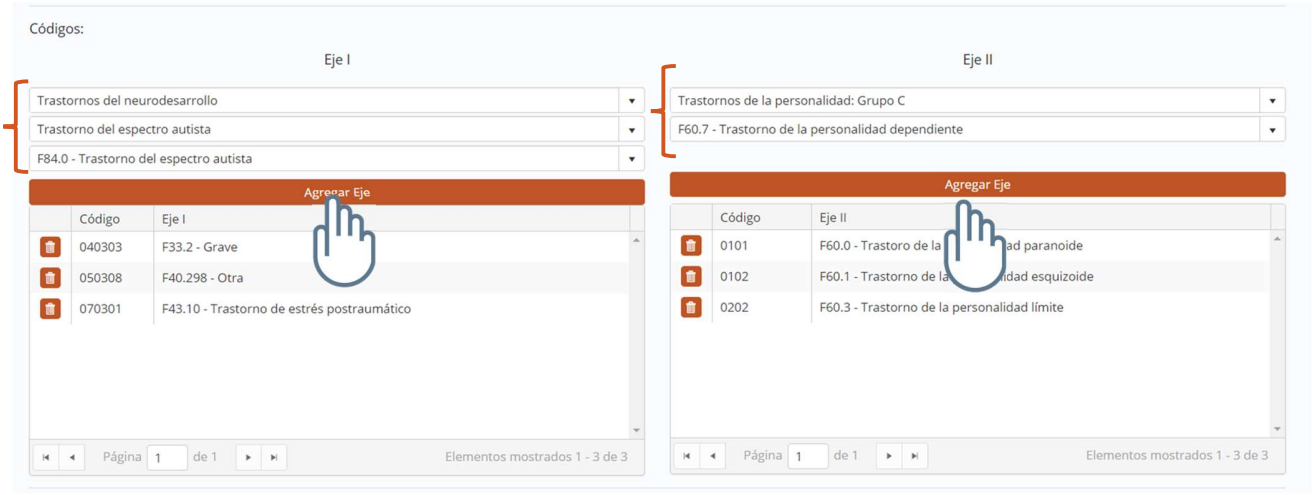


Sustancias registradas en la entrevista inicial, debajo de ellas se agregarán las "nuevas" que agregue con el proceso anterior, aunque las sustancias sean las mismas. Seleccione de la lista la droga de preferencia y de mayor impacto en los últimos doce meses.

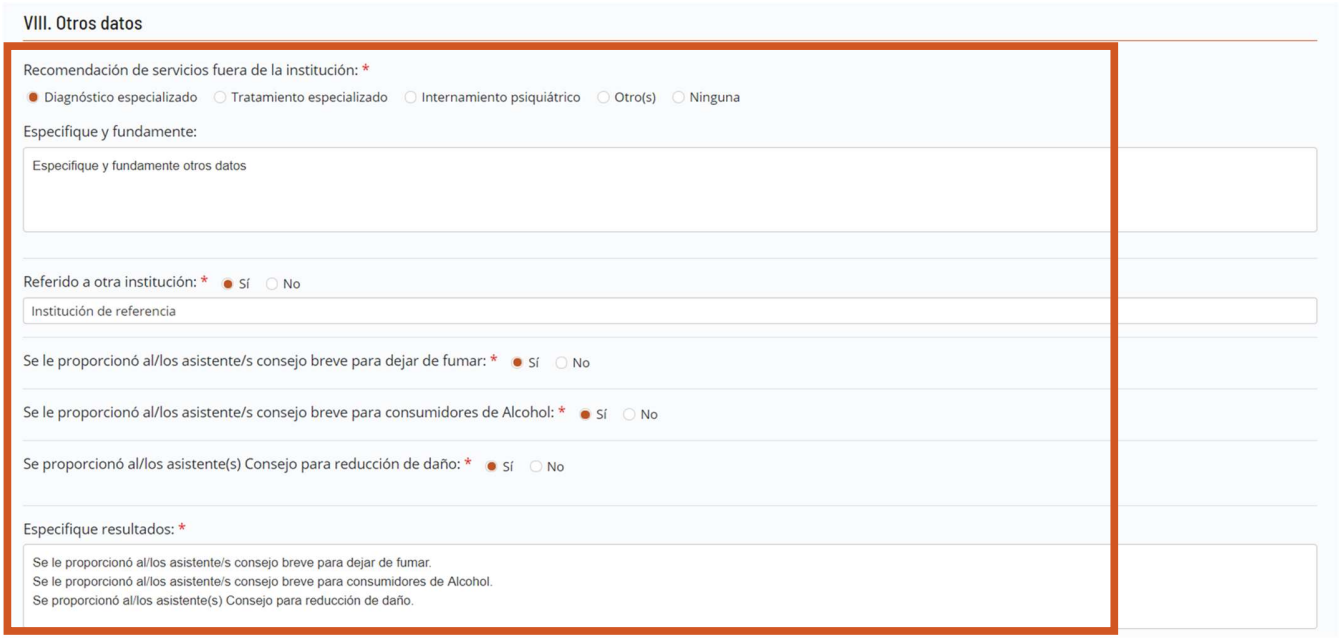
En la sección **VII. Elementos diagnósticos**, indique el tipo de uso de drogas, otros problemas o alteraciones e impresión diagnóstica.



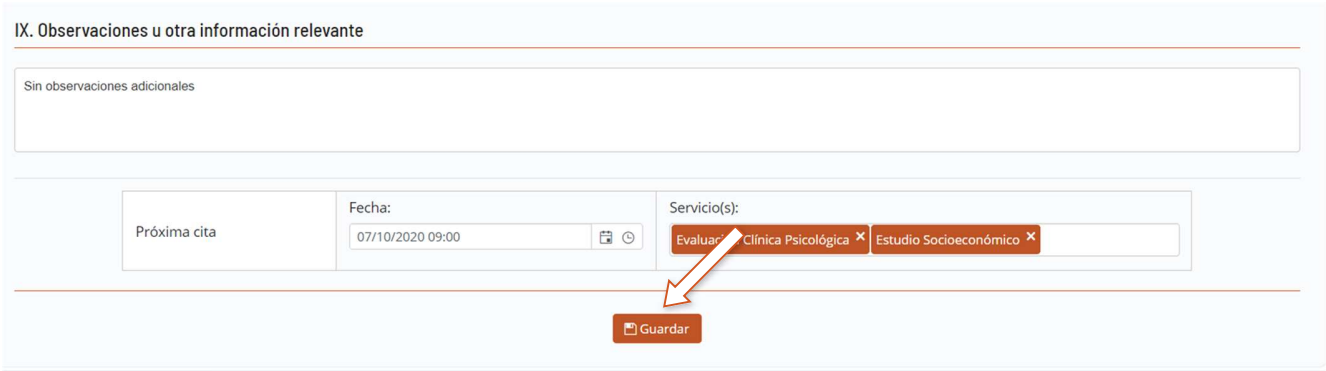
También indique los ejes I y II, en caso de que aplique. En el eje I indique tema, subtema y eje, en el Eje II sólo tema y subtema. No olvide hacer clic en el botón **"Agregar eje"** para que el sistema guarde la información registrada.



Llene la sección **VIII. Otros datos**, completando cada campo como corresponde.

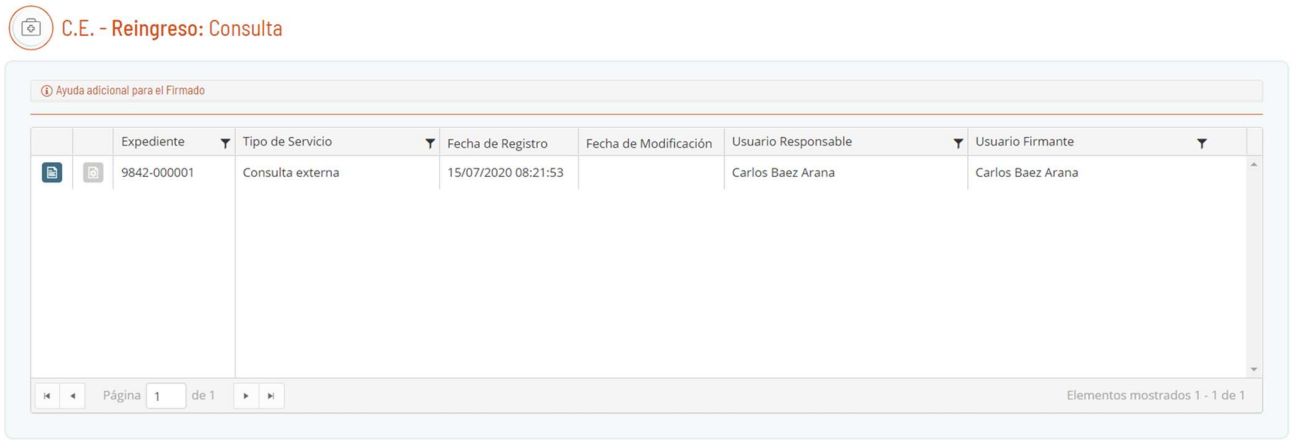


La sección **IX. Observaciones u otra información relevante**, indique si hay algo adicional que agregar sobre el paciente o algo relacionado sobre el formato que deba mencionarse. En caso de que se necesite una próxima cita indique fecha y hora de esta y los servicios que recibirá el paciente en dicha cita.

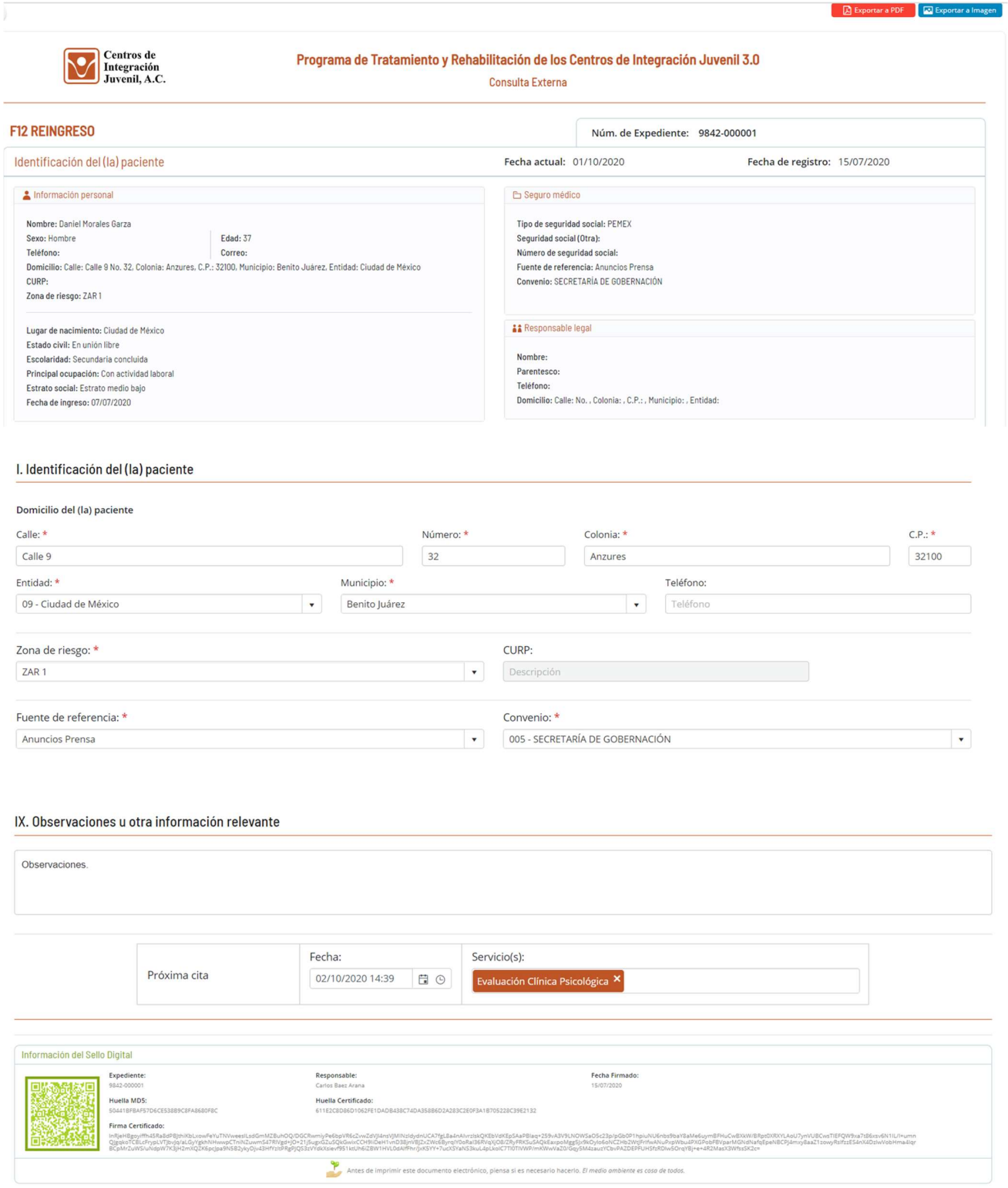


Al finalizar haga clic en **"Guardar"** y firme electrónicamente.
Ir a firma electrónica

b. Consulta. Al seleccionar esta opción el sistema muestra la siguiente pantalla:



Seleccione el primer ícono **"Ver detalle"** y el sistema mostrará el formato de egreso en modo consulta. Aquí algunas partes de la consulta de este formato.



Exportar a PDF | Exportar a Imagen

Centros de Integración Juvenil, A.C.

Programa de Tratamiento y Rehabilitación de los Centros de Integración Juvenil 3.0

Consulta Externa

F12 REINGRESO

Núm. de Expediente: 9842-000001

Identificación del (la) paciente

Fecha actual: 01/10/2020 **Fecha de registro:** 15/07/2020

Información personal

Nombre: Daniel Morales Garza
Sexo: Hombre **Edad:** 37
Teléfono: **Correo:**
Domicilio: Calle: Calle 9 No. 32, Colonia: Anzures, C.P.: 32100, Municipio: Benito Juárez, Entidad: Ciudad de México
CURP:
Zona de riesgo: ZAR 1

Lugar de nacimiento: Ciudad de México
Estado civil: En unión libre
Escolaridad: Secundaria concluida
Principal ocupación: Con actividad laboral
Estrato social: Estrato medio bajo
Fecha de ingreso: 07/07/2020

Seguro médico

Tipo de seguridad social: PEMEX
Seguridad social (Otra):
Número de seguridad social:
Fuente de referencia: Anuncios Prensa
Convenio: SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN

Responsable legal

Nombre:
Parentesco:
Teléfono:
Domicilio: Calle: No. , Colonia: , C.P.: , Municipio: , Entidad:

I. Identificación del (la) paciente

Domicilio del (la) paciente

Calle: * Calle 9
Número: * 32
Colonia: * Anzures
C.P.: * 32100
Entidad: * 09 - Ciudad de México
Municipio: * Benito Juárez
Teléfono: Teléfono
Zona de riesgo: * ZAR 1
CURP: Descripción
Fuente de referencia: * Anuncios Prensa
Convenio: * 005 - SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN

IX. Observaciones u otra información relevante

Observaciones.

Próxima cita	Fecha: 02/10/2020 14:39	Servicio(s): Evaluación Clínica Psicológica

Información del Sello Digital

Expediente: 9842-000001
Responsable: Carlos Baez Arana
Fecha Firmado: 15/07/2020
Huella MD5: 50441BFBAF57D6CE538B9C8FA8680F8C
Huella Certificado: 611E2C8D86D1062FE1DADB438C74DA358B6D2A283C2E0F3A1B705228C39E2132
Firma Certificado:
InRjeHBgoyiffh45Ra8dPBjthiKbLxowFeYuTNVweesILsdGmMZBuhOQ/DGCRwmiyPe6bpVR6cZvwZdVjl4nsVjMlNzldydnUCA7fgL8a4nAlvrzlskQKEbVdKEpSAaPBlaq+259vA3V9LNOWSaO5c23p/pGb0P1hpiuNU6nbs9baY8aMe6uymBFHuCwBXkW/BRpt0XRXYLAoU7ynVUBCwsTiEFQW9xa7t86xsv6N1iL/l+umnQjgqkoTCBLcFrypLVTjbvjq/aLGyYgkhNHwwpCTniNZuwm547RlVgd+jO+21j5ugxGZuSQkGwixCCH9IiDeH1vnD38jnVBjZxZWc6ByrqlY0oRaI36RVqXjO8/ZRyFRKSuSAQkEaxpoMgg5jx9kOylo6oNCZHb2WtjFrlfwANuPxpWbu4PXGPobFBVparMGNdNafqEpeNBCPj4mxy8aaZ1zowyRslfzzES4nX4DzlwVobHma4lqrBCpMrZuWS/uNdpW7K3jH2mXQZK6pcjpa9N5B2ykyOjv43HfYzlsPRgPjQS3zVYdkXsievf951ktUh6iZBW1HVL0dAlfFhr/jxX5YY+7ucX5YaN53kuL4pLkoIC7Tl0TlVWP/mKWwVaZ0/Gqy5M4zauzYCbvPAZDEPFUH5fzRDlw5OrqYBj+e+4R2MasX3WfssSK2c=

Antes de imprimir este documento electrónico, piensa si es necesario hacerlo. *El medio ambiente es cosa de todos.*

Al final del formato se encuentra la firma digital.

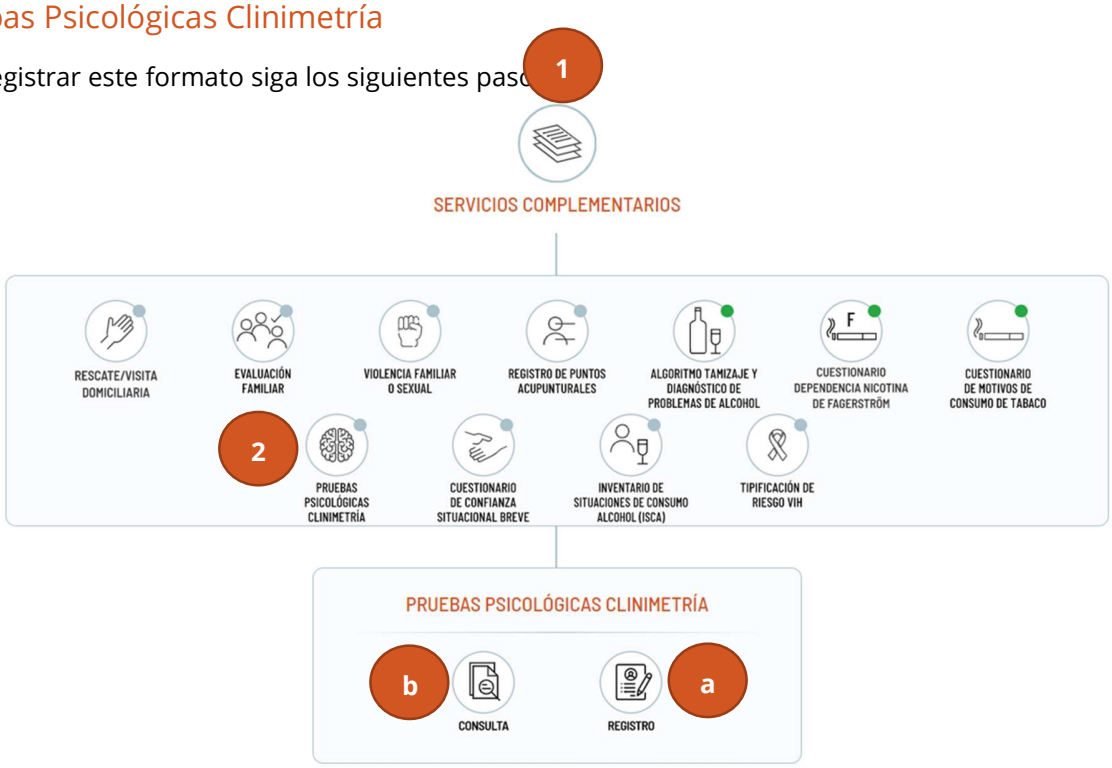
Pruebas

En esta sección se encuentran los siguientes formatos:

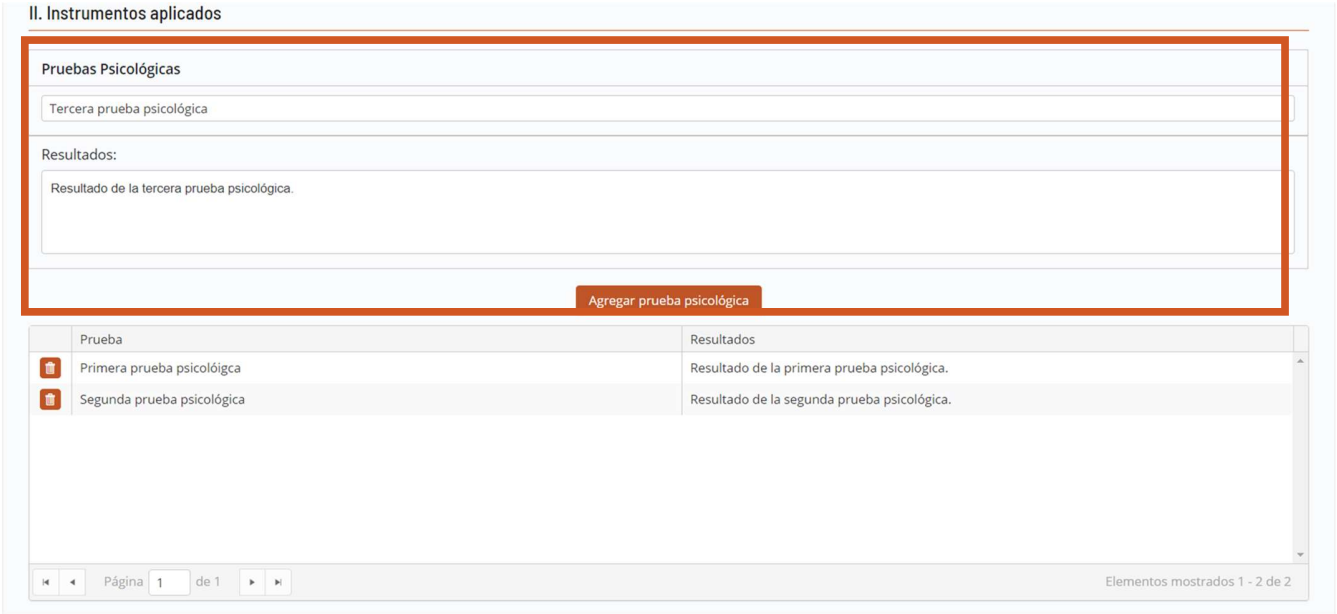
- Pruebas psicológicas clinimetría
- Tipificación de riesgo VIH

Pruebas Psicológicas Clinimetría

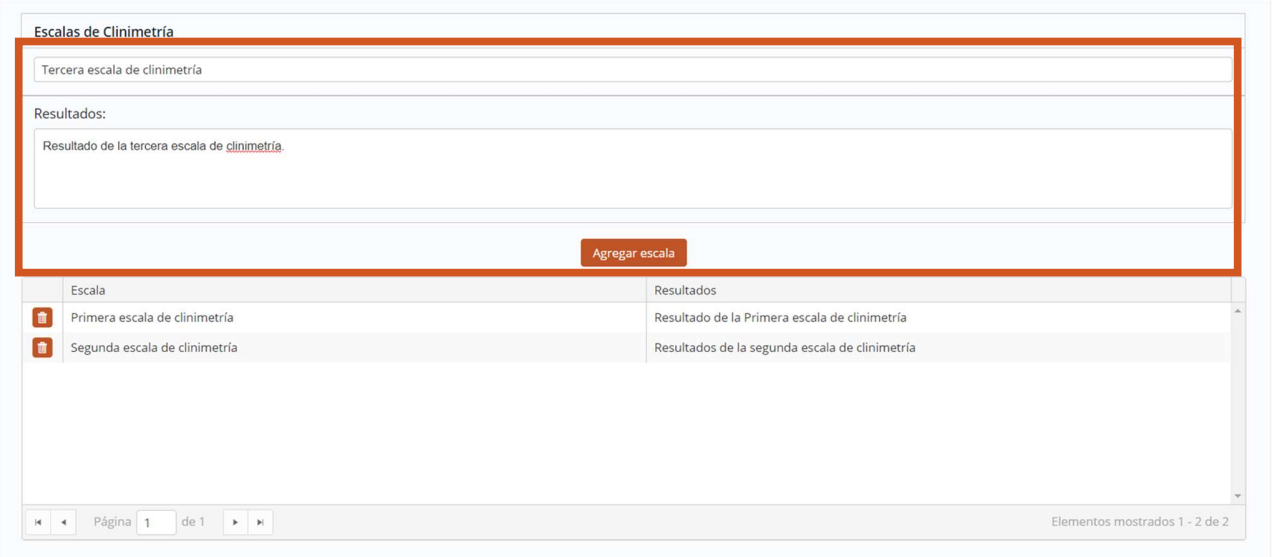
Para registrar este formato siga los siguientes pasos:



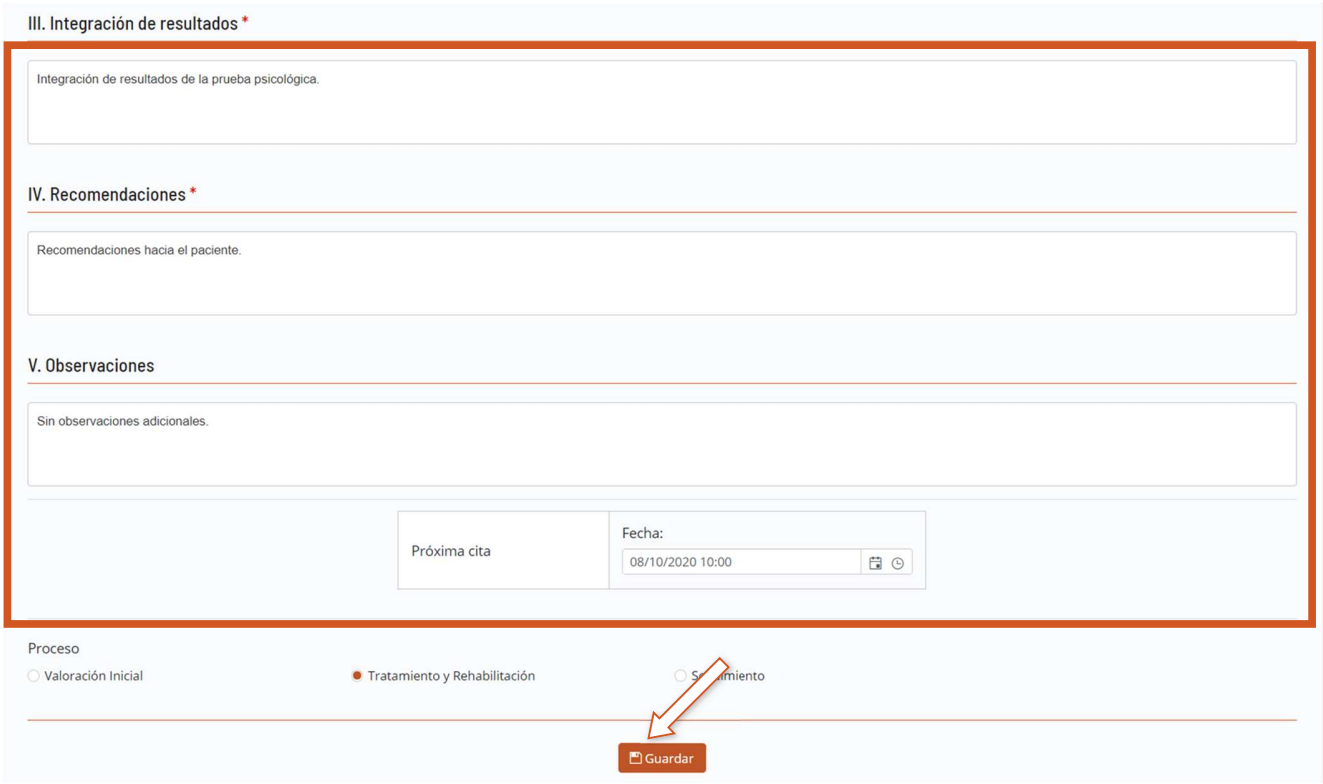
1. En la sección **Servicios complementarios** haga clic para desplegar todos los formatos que contiene.
2. Haga clic en el formato **Pruebas psicológicas clinimetría** y el sistema desplegará las siguientes opciones:
    a. Registro. El sistema muestra el formato a llenar, consta de la sección **II. Instrumentos aplicados**, anote la prueba psicológica, el resultado y haga clic en el botón **"Agregar prueba psicológica"** y automáticamente se almacenará la información en la tabla inferior.



En la parte de **Escalas de clinimetría** funciona igual que en las pruebas psicológicas. Siga el mismo procedimiento.



En la sección **III. Integración de resultados**, complete los campos abiertos con la información correspondiente. En caso de que vaya a existir una nueva cita indique fecha y hora, los puede modificar con los controles de calendario y reloj que se encuentran al final de este campo e indique si el proceso es **valoración inicial, tratamiento y rehabilitación o seguimiento** que es la pregunta final.

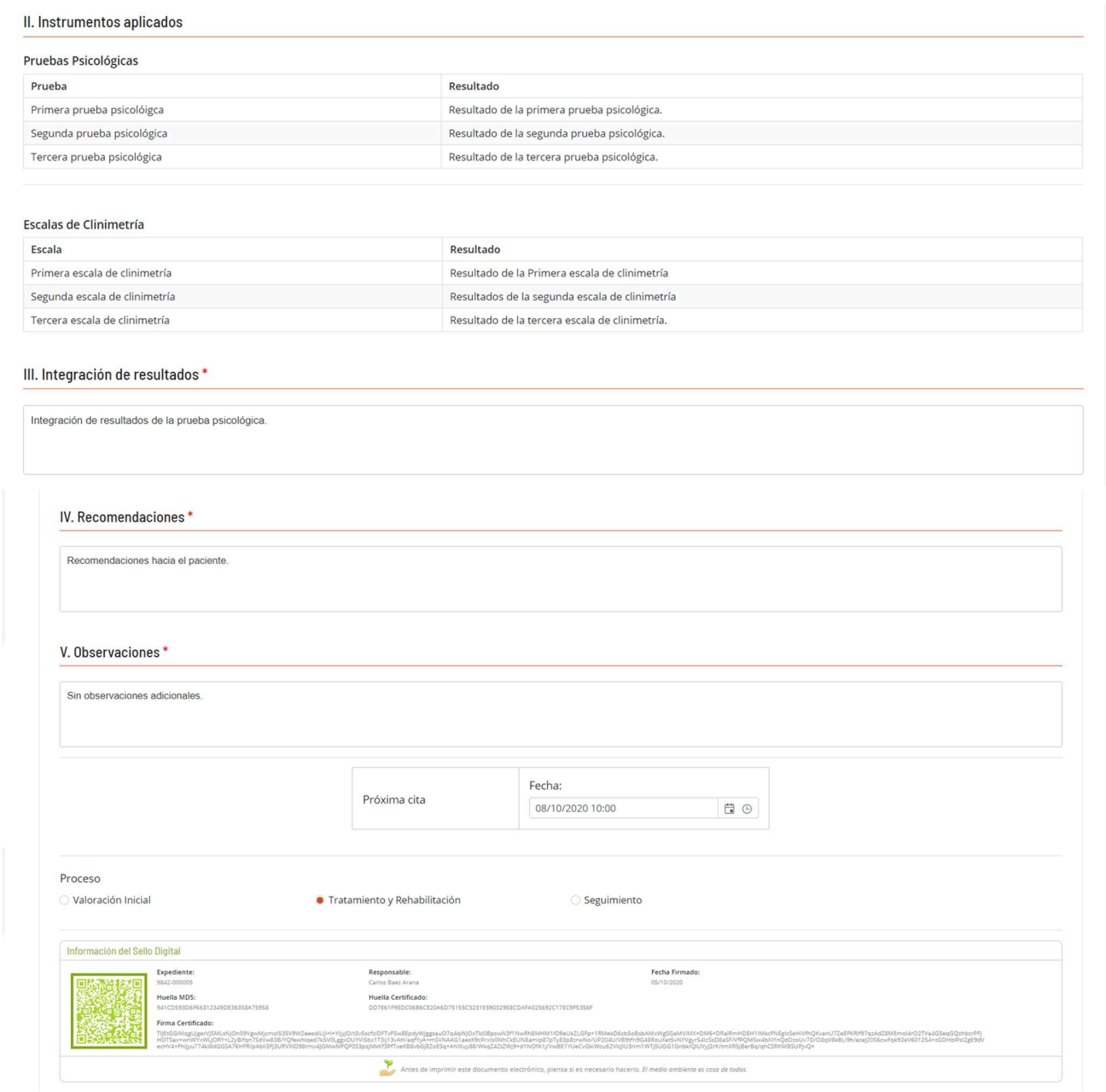


Al terminar el formato haga clic en "**Guardar"** y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. Al seleccionar este ícono, el sistema muestra la siguiente pantalla.

Haga clic en el primer ícono **"Ver detalle"** y el sistema mostrará el formato en forma de consulta.



II. Instrumentos aplicados

Pruebas Psicológicas

Prueba	Resultado
Primera prueba psicolóigca	Resultado de la primera prueba psicológica.
Segunda prueba psicológica	Resultado de la segunda prueba psicológica.
Tercera prueba psicológica	Resultado de la tercera prueba psicológica.

Escalas de Clinimetría

Escala	Resultado
Primera escala de clinimetría	Resultado de la Primera escala de clinimetría
Segunda escala de clinimetría	Resultados de la segunda escala de clinimetría
Tercera escala de clinimetría	Resultado de la tercera escala de clinimetría.

III. Integración de resultados *

Integración de resultados de la prueba psicológica.

IV. Recomendaciones *

Recomendaciones hacia el paciente.

V. Observaciones *

Sin observaciones adicionales.

Próxima cita

Fecha:

08/10/2020 10:00

Proceso

Valoración Inicial Tratamiento y Rehabilitación Seguimiento

Información del Sello Digital

Expediente: 9842-000005

Responsable: Carlos Baez Arana

Fecha Firmado: 05/10/2020

Huella MD5: 941CD593D6F66312349DE36358A75958

Huella Certificado: DD7E61F9EDC06B6CE20A6D75155C3231E6903298CDAFA025692C178EC9F5356F

Firma Certificado:

Antes de imprimir este documento electrónico, piensa si es necesario hacerlo. *El medio ambiente es cosa de todos.*

Al final del formato se encuentra la firma digital.

Tipificación de Riesgo VIH

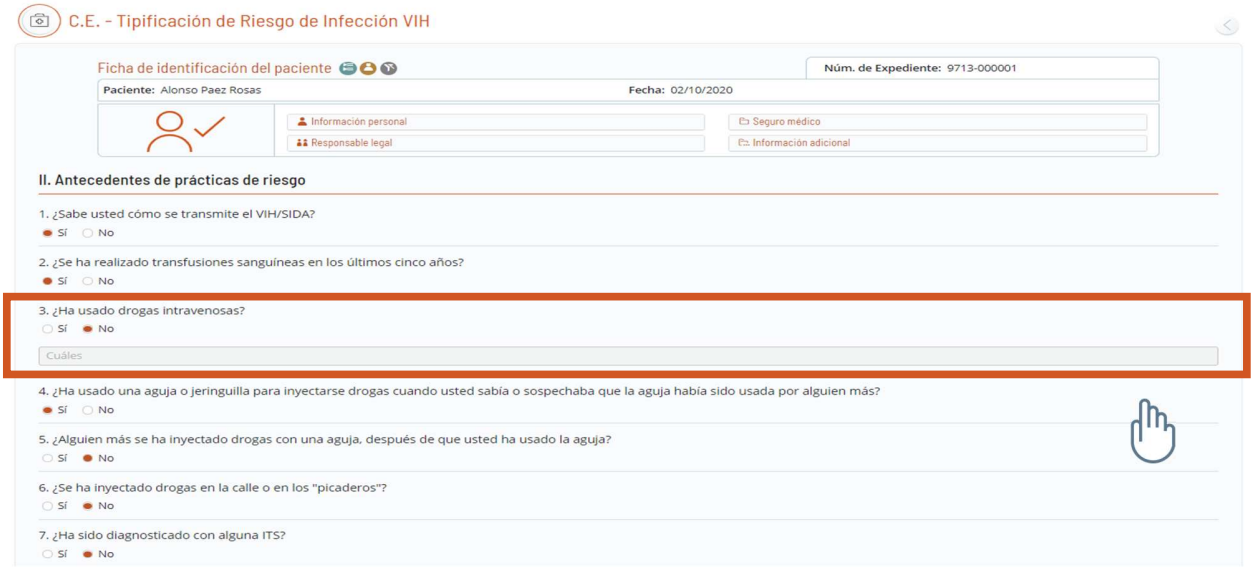
Para registrar el formato **“Tipificación de Riesgo VIH”** de un paciente en el sistema, deberá tener previamente seleccionado al mismo, y dentro del módulo de **“Consulta Externa”** deberá dirigirse a **“Capturar formatos”.**

Posteriormente el sistema nos enviará a otra pantalla en la cual deberá desplazarse al módulo de **"Servicios Complementarios"** y al pulsar sobre el ícono le desplegará los formatos disponibles para su consulta o llenado, aquí encontrará el formato **"Tipificación de Riesgo VIH"**.

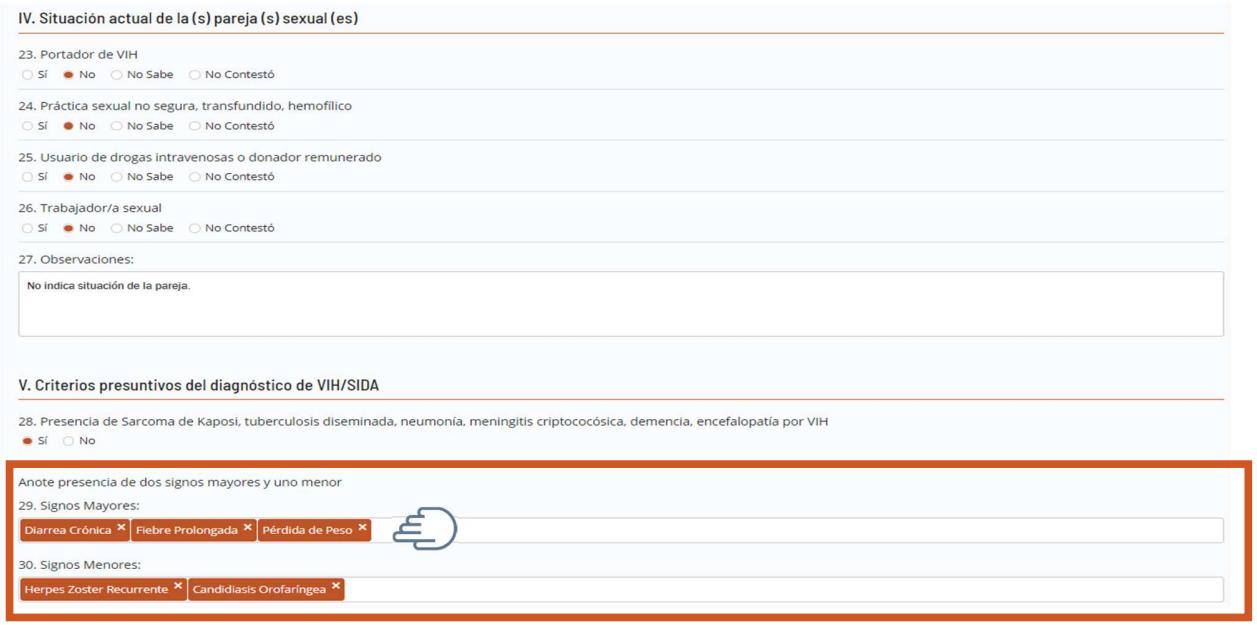
Al pulsar sobre el formato de **"Tipificación de Riesgo VIH"** se le desplegarán las siguientes opciones:

Consulta: Estará disponible siempre y cuando el paciente ya tenga un registro previo en el sistema.
Registro: Estará disponible para llenar por primera vez el formato al paciente.

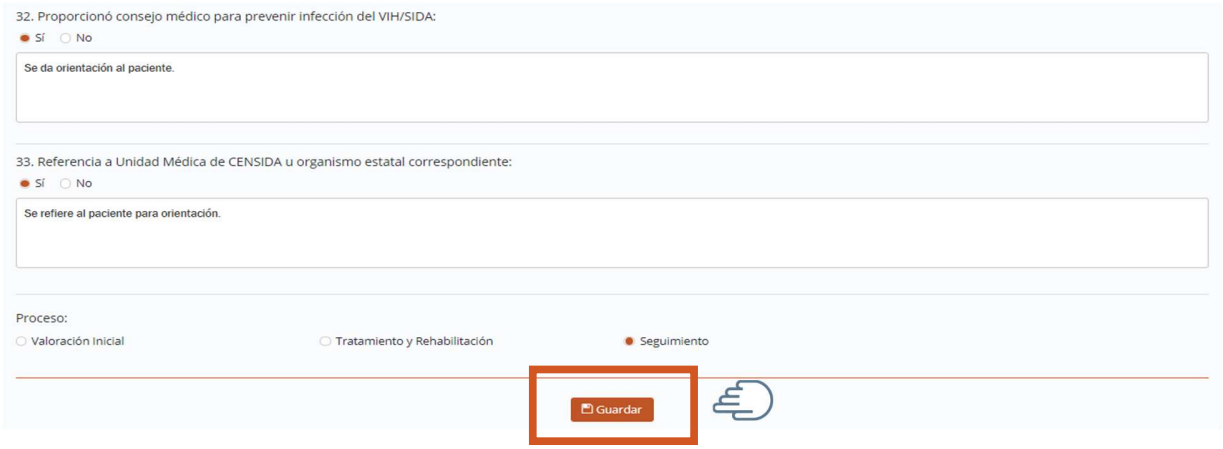
Al hacer clic en el ícono de registro el sistema lo enviará a otra página en la cual aparecerá el formato en blanco para poder realizar el llenado de este.



Se realizará el llenado de las diferentes secciones de este formato, en caso de que un campo se requiera especificación el sistema habilitará el cuadro de texto ubicado en la parte inferior del reactivo que lo solicite.



En otros reactivos, encontrará preguntas donde podrá realizar una selección de uno o más resultados.



Una vez, este completa la información dentro del formato, deberá pulsar el botón “Guardar”, para que esté quede almacenado en el expediente del paciente. Adicional a esto deberá firmar electrónicamente el formato para evitar la pérdida de esta captura.

Ir a firma electrónica

Este formato deberá ser firmado electrónicamente para evitar futura perdida de información en el sistema.

Tratamiento

En esta sección se encuentran los siguientes formatos:

- Nota clínica de evolución
- Nota evolución de tx con metadona
- Registro de integración y reinserción social

Nota Clínica Evolución

Para registrar el formato **“Nota clínica de evolución”** de un paciente en el sistema, deberá tener previamente seleccionado al mismo, y dentro del módulo de **“Consulta Externa”** deberá dirigirse a **“Capturar formatos”**.

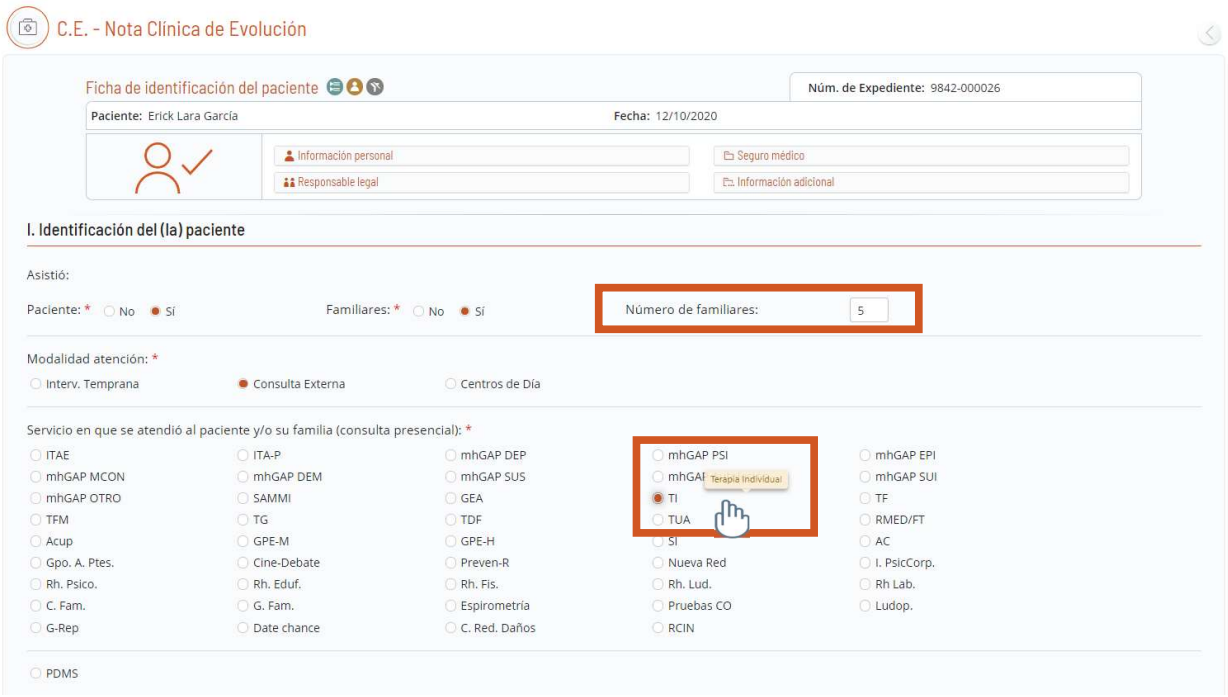
Posteriormente el sistema nos enviará a otra pantalla en la cual deberá desplazarse al módulo de **"Tratamiento"** y al pulsar sobre el ícono le desplegará los formatos disponibles para su consulta o llenado, aquí encontrará el formato **"Nota clínica de evolución"**.

Al pulsar sobre el formato de **"Nota clínica de evolución"** se le desplegarán las siguientes opciones:

Consulta: Estará disponible siempre y cuando el paciente ya tenga un registro previo en el sistema.
Registro: Estará disponible para llenar por primera vez el formato al paciente.

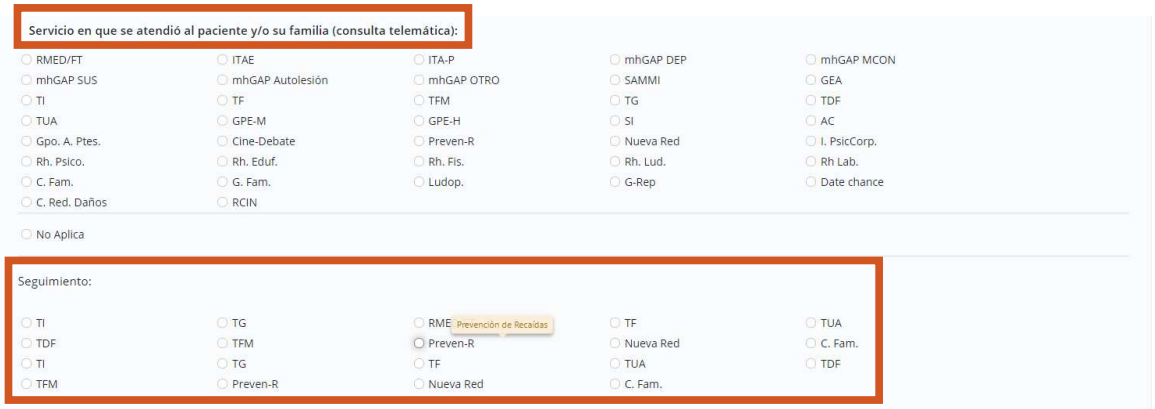
Al hacer clic en el ícono de registro el sistema lo enviará a otra página en la cual aparecerá el formato en blanco para poder realizar el llenado de este.

A continuación, podrá realizar el llenado de este formato de 2 formas: individual o grupal, en caso de registrarlo de forma grupal, deberá agregar los expedientes al registro del paciente. En este ejemplo se mostrará primeramente el llenado de forma individual en consulta presencial.



En caso de que indique la asistencia de **"Familiares"** se habilitará un cuadro de texto para que indique el número, y así deberá ir seleccionando cada reactivo según sea el caso.

En caso de que la consulta sea telemática, deberá indicarlo en la sección siguiente:

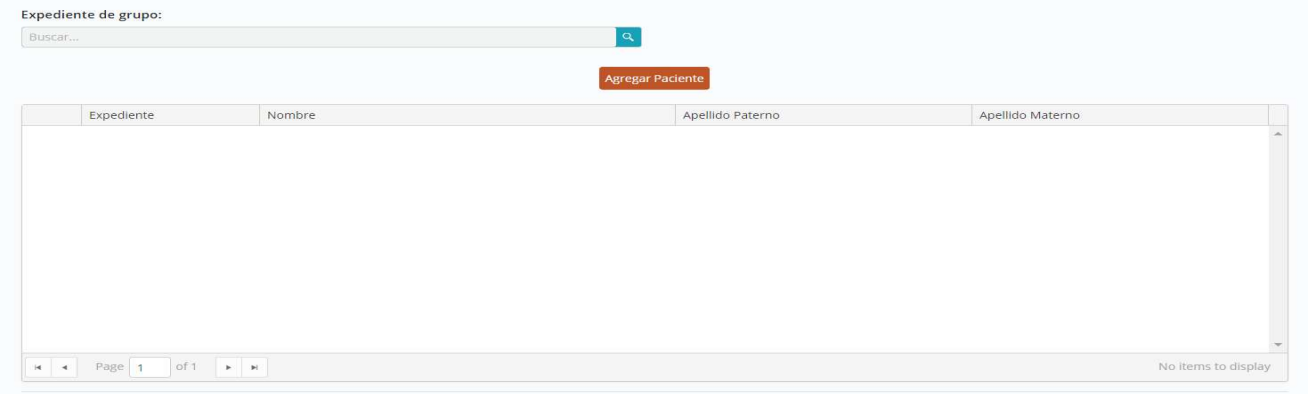


El **"seguimiento"** es una sección de selección opcional, es decir en caso de requerirlo, deberá seleccionar el servicio deseado.

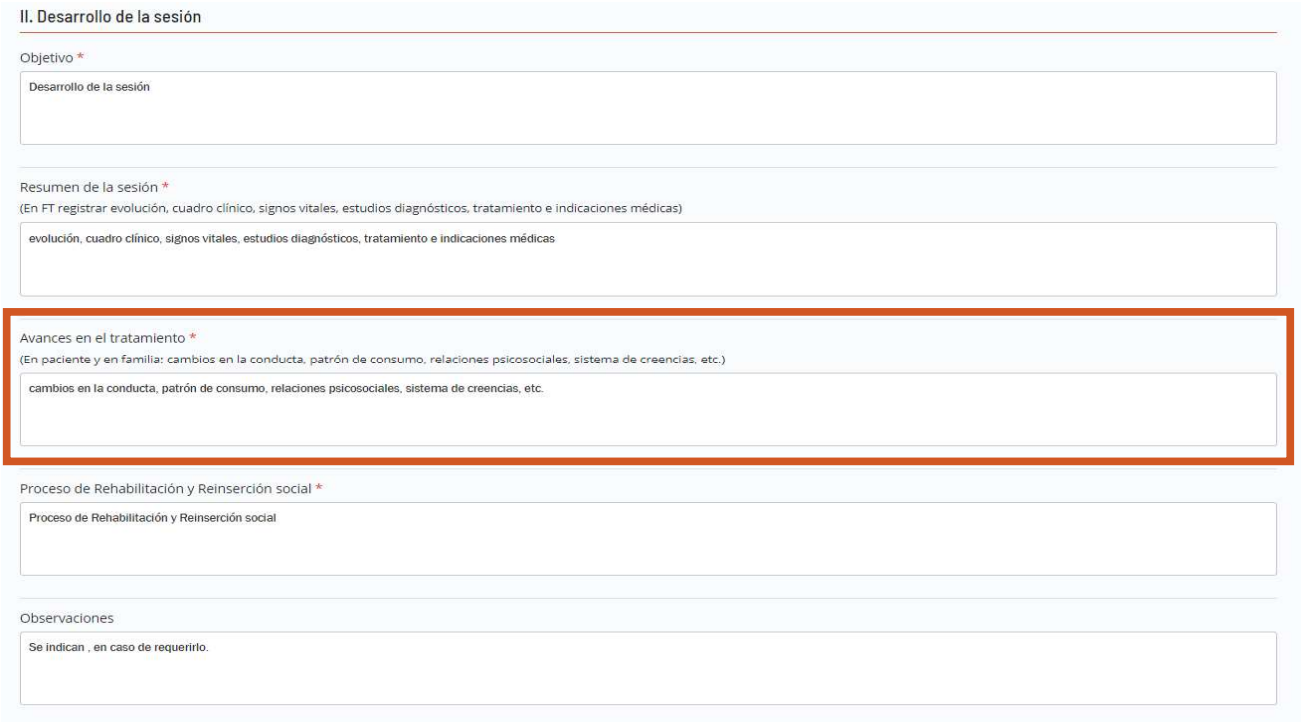
Al pasar el cursor sobre alguna nomenclatura se mostrará la referencia de la selección, en el ejemplo se indica **"TI"**, y su referencia es **"Terapía individual"**, esto mismo ocurrirá si sitúa el cursor sobre alguna otra nomenclatura.

En este formato podrá indicar si la consulta es presencial o telemática, haciendo la selección correspondiente.

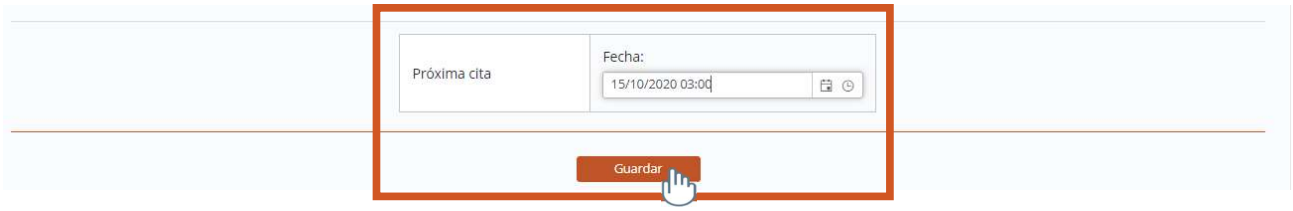
A continuación, visualizara la siguiente sección, en este ejemplo como es individual, deberá omitirlo y continuar a la siguiente sección.



Continuará con el llenado de la sección indicando en cada cuadro de texto lo correspondiente.



Por último, deberá de indicar fecha y hora de la próxima cita.

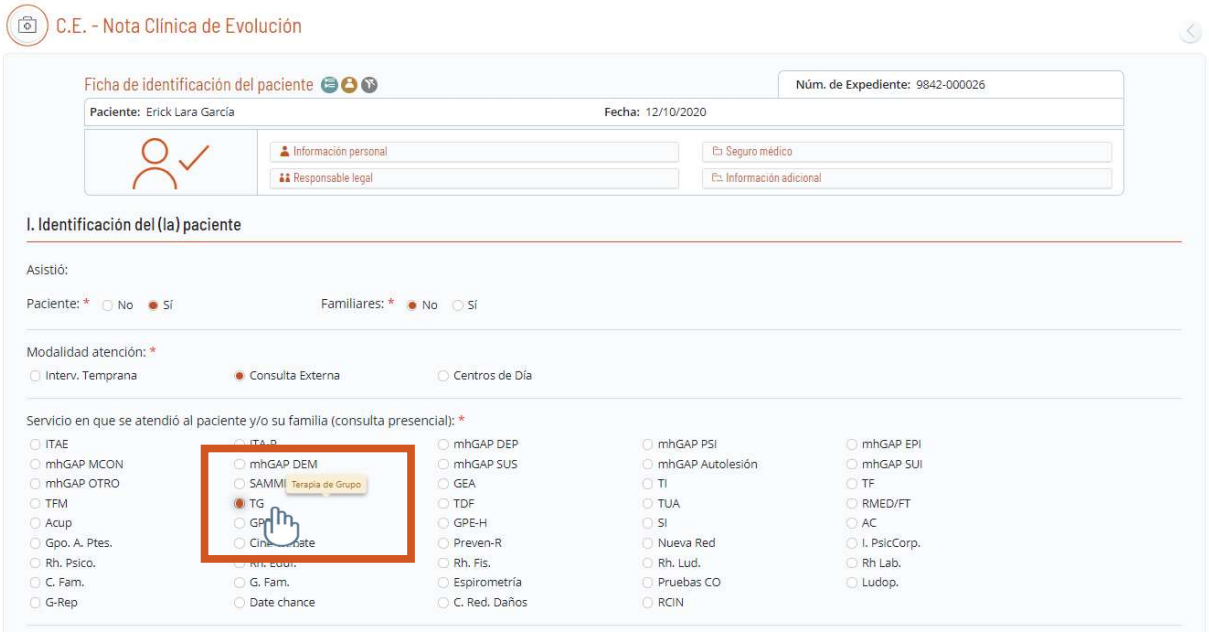


Una vez, este completa la información dentro del formato, deberá pulsar el botón **"Guardar"**, para que esté quede almacenado en el expediente del paciente. Adicional a esto deberá firmar electrónicamente el formato para evitar la pérdida de esta captura.

Ir a firma electrónica

Este formato deberá ser firmado electrónicamente para evitar futura perdida de información en el sistema.

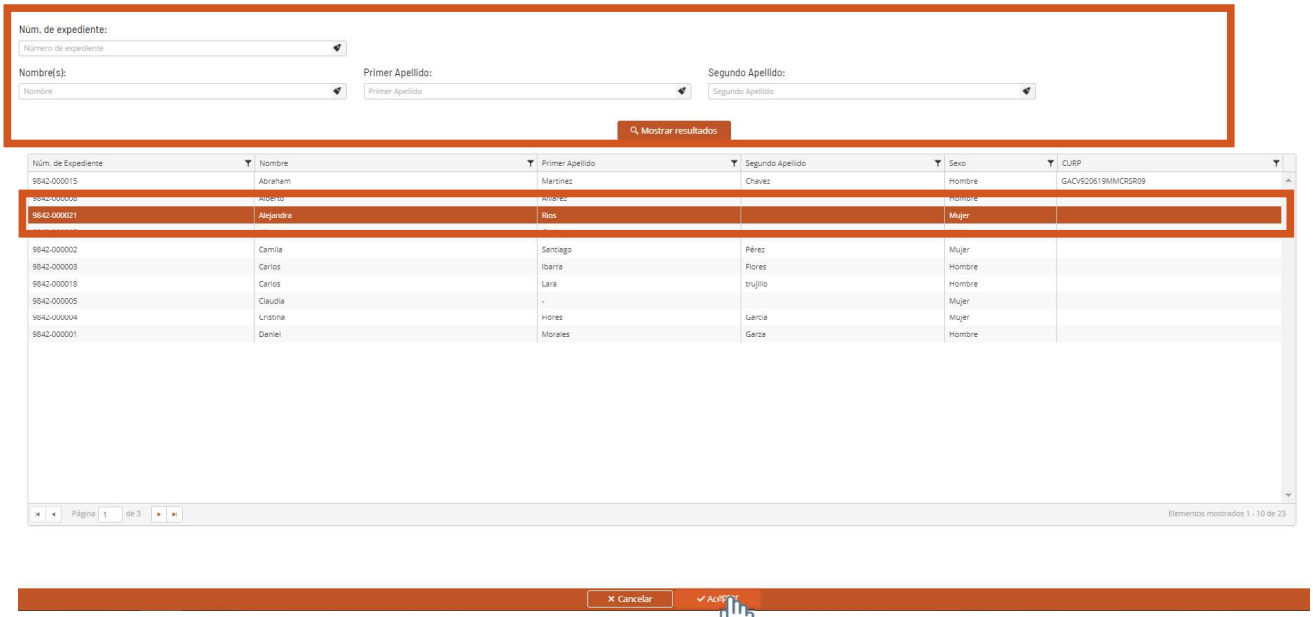
Si usted desea realizar el registro del paciente de forma **"Grupal"**; deberá indicarlo en la selección, comenzará con el registro del paciente nuevamente y deberá de ir complementando las secciones de la siguiente manera:



En este ejemplo se realiza nuevamente en consulta presencial, por lo cual los siguientes módulos quedaran sin selección.

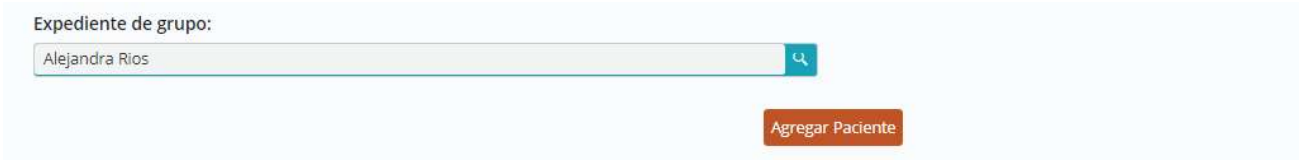
Una vez seleccionada la opción **"Terapía de grupo"** deberá pulsar sobre la lupa en color azul, la cual abrirá una ventana emergente que le permitirá seleccionar a los demás pacientes que desee agregar en esta sección.

A continuación, podrá buscar a los pacientes que desee agregar mediante: numero de expediente, nombre, apellido paterno y/o materno. Este proceso lo deberá repetir para cada uno de los pacientes que desee agregar al expediente grupal.



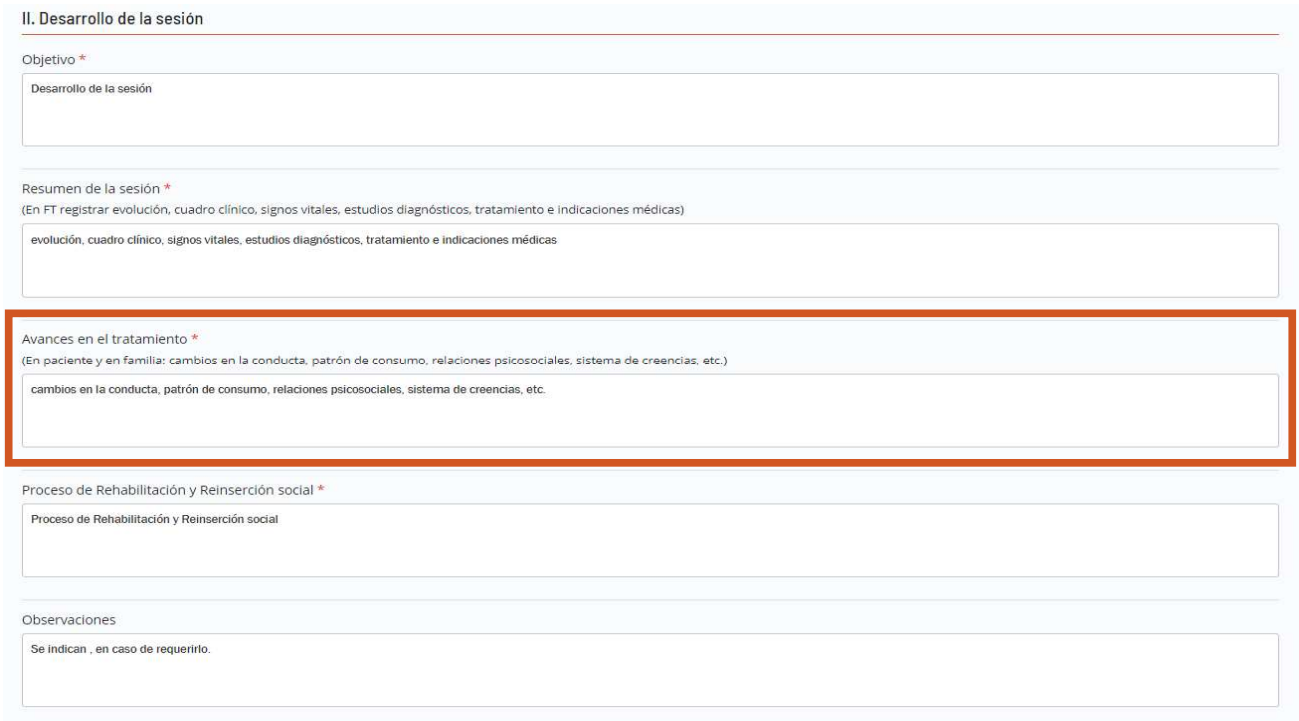
Una vez, que haya seleccionado al paciente que agregará, deberá pulsar el botón aceptar, esto lo devolverá a la pantalla principal y aquí deberá pulsar el botón "Agregar paciente" para que este aparezca

en la tabla inferior.

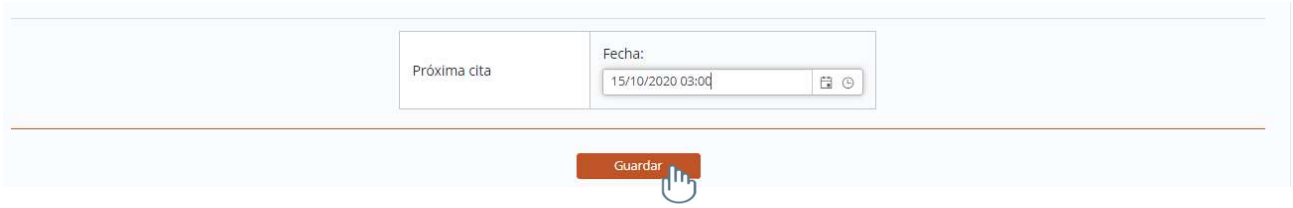


Este proceso lo deberá repetir con cada paciente que desee agregar al expediente grupal.

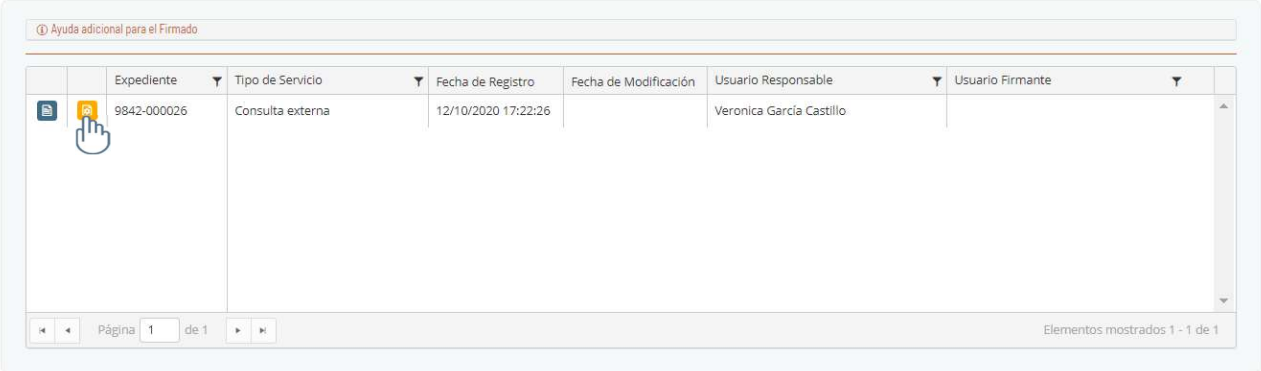
Este registro de **"Expediente grupal"** lo podrá visualizar a modo de consulta en los registros de los pacientes que agregue aquí. Posteriormente deberá continuar con el llenado del formato indicando en cada cuadro de texto lo correspondiente.



Por último, deberá de indicar fecha y hora de la próxima cita.



Una vez, este completa la información dentro del formato, deberá pulsar el botón **"Guardar"**, para que esté quede almacenado en el expediente del paciente. Adicional a esto deberá firmar electrónicamente el formato para evitar la pérdida de esta captura.



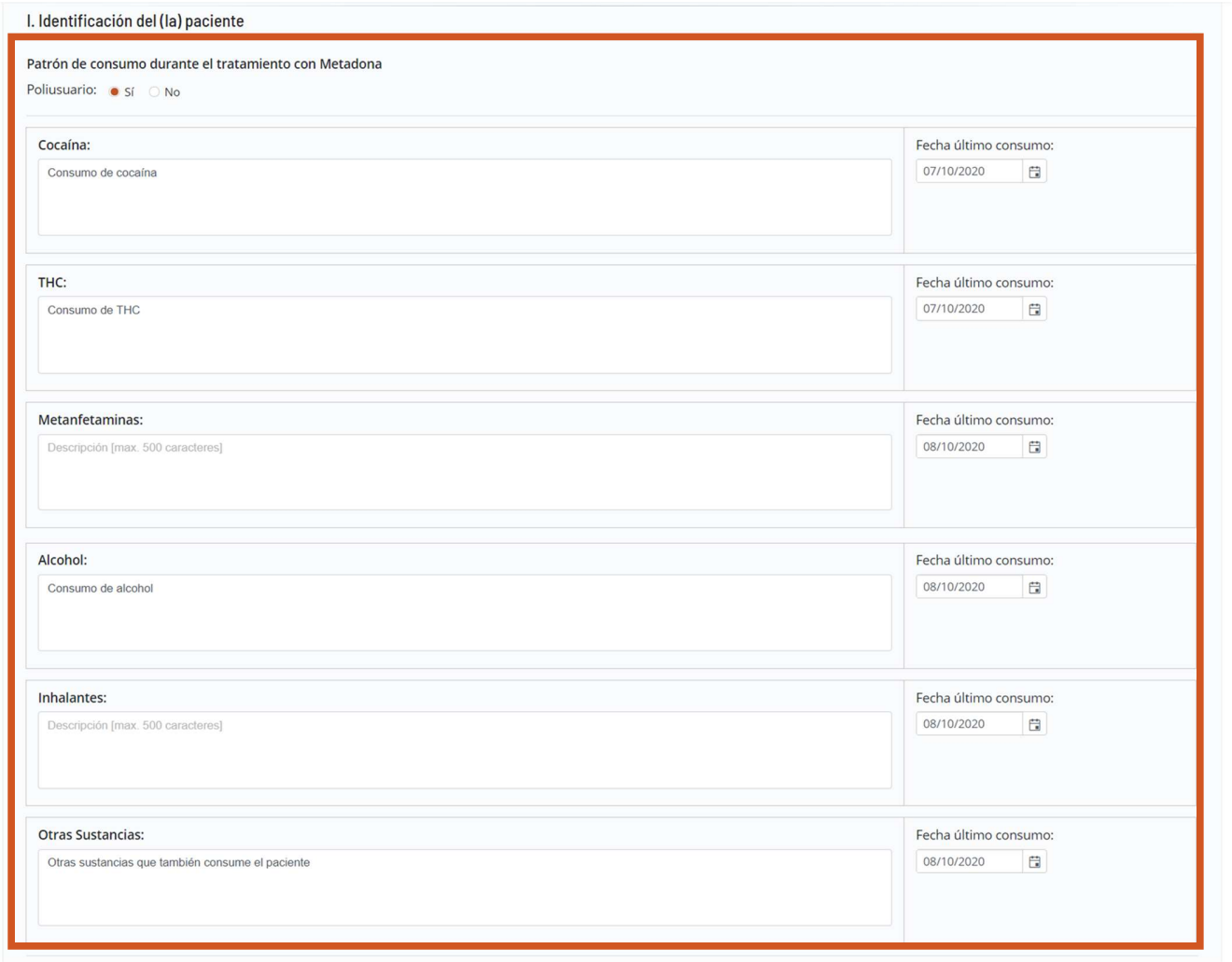
Ir a firma electrónica

Este formato deberá ser firmado electrónicamente para evitar futura perdida de información en el sistema.

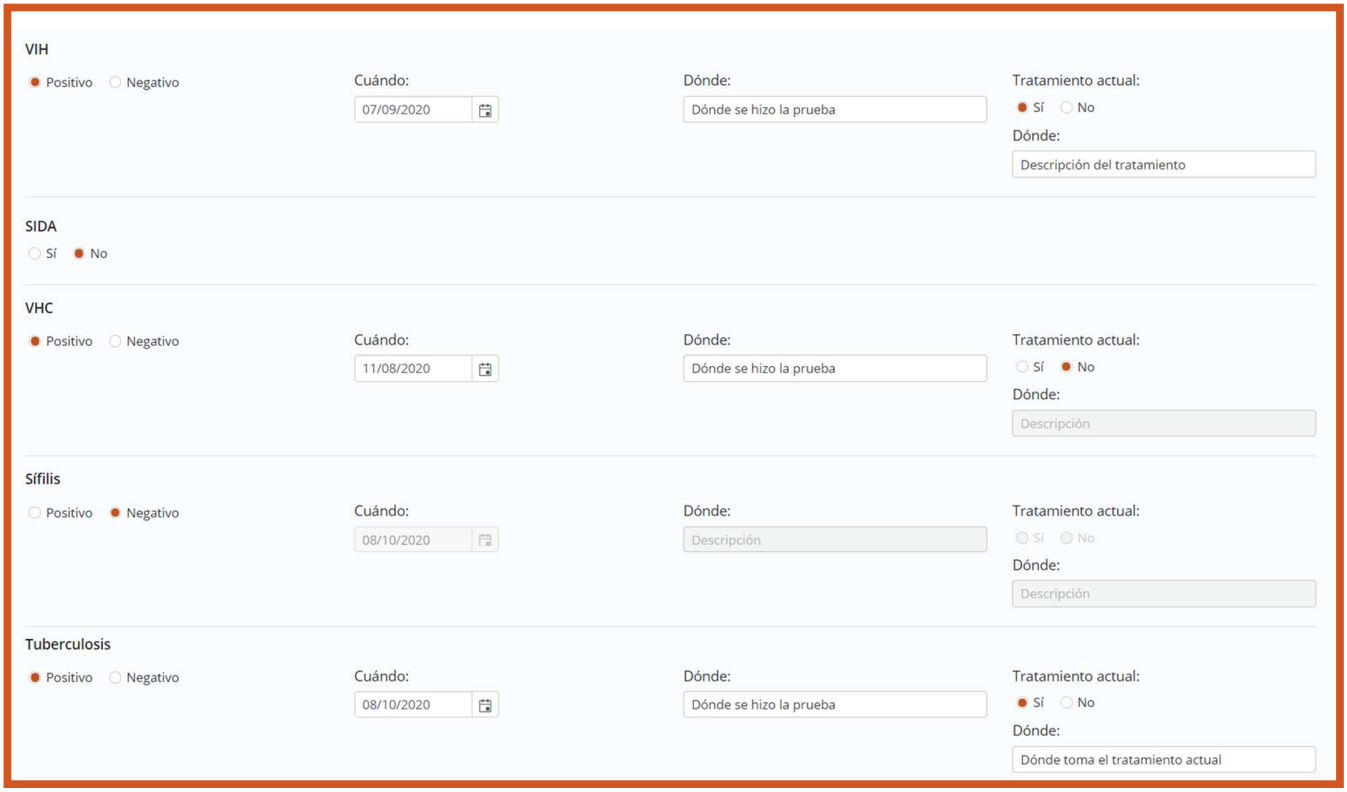
Nota Evolución Tx con Metadona

Para registrar este formato siga los siguientes pasos:

1. En la sección **Tratamiento** haga clic para desplegar todos los formatos que contiene.
2. Haga clic en el formato **Nota de evolución tx con metadona** y el sistema desplegará las siguientes opciones:
    a. Registro. El sistema muestra la sección **I. Identificación del paciente** donde se indique si el paciente es poliusuario y anote las sustancias que consume en cada recuadro y la fecha de último consumo. En caso de que una o más sustancias no se encuentren indicadas, puede agregarlas en el campo de **"Otras"**.



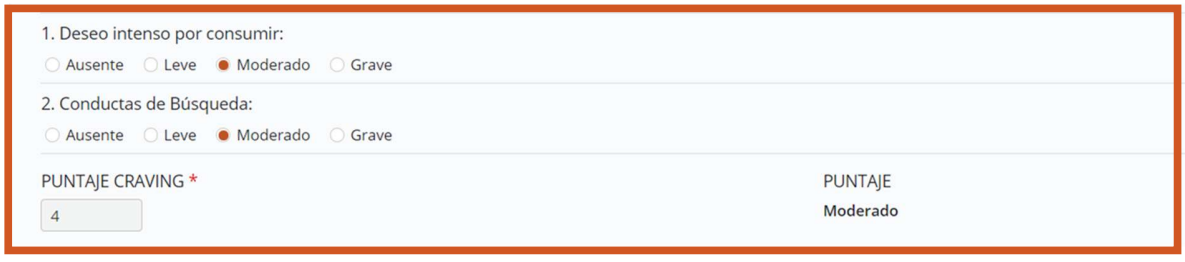
En la siguiente parte, se encuentra una lista con algunas enfermedades. En cada una indique el resultado de la prueba, fecha en que se hizo, dónde y si actualmente está en tratamiento y cuál es.



A continuación, sigue un cuestionario donde usted seleccionará una de las opciones mostradas en cada pregunta. Estas se encuentran divididas de la siguiente manera:

- 1 y 2 -> Craving
- 3 – 17 -> Síndrome de abstinencia
- 18 – 31 -> Síndrome de intoxicación
- 32 – 40 -> Comorbilidad

Es decir, cada rango de preguntas se calcula automáticamente un puntaje de la prueba indicada y se determina si es ausente, leve, moderado o grave.



9. Insomnio:
- (●) Ausente ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Grave

10. Hipertensión Arterial:
- ( ) Ausente (●) Leve ( ) Moderado ( ) Grave

11. Taquicardia:
- ( ) Ausente ( ) Leve (●) Moderado ( ) Grave

12. Calambres:
- ( ) Ausente ( ) Leve ( ) Moderado (●) Grave

13. Artralgias:
- ( ) Ausente ( ) Leve (●) Moderado ( ) Grave

14. Náuseas:
- ( ) Ausente (●) Leve ( ) Moderado ( ) Grave

15. Vómito:
- (●) Ausente ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Grave

16. Irritabilidad:
- ( ) Ausente (●) Leve ( ) Moderado ( ) Grave

17. Ansiedad:
- ( ) Ausente ( ) Leve (●) Moderado ( ) Grave

PUNTAJE SÍNDROME DE ABSTINENCIA *

21

PUNTAJE

Moderado

28. Miosis:
- ( ) Ausente (●) Leve ( ) Moderado ( ) Grave

29. Depresión Respiratoria:
- ( ) Ausente ( ) Leve (●) Moderado ( ) Grave

30. Cianosis:
- ( ) Ausente ( ) Leve ( ) Moderado (●) Grave

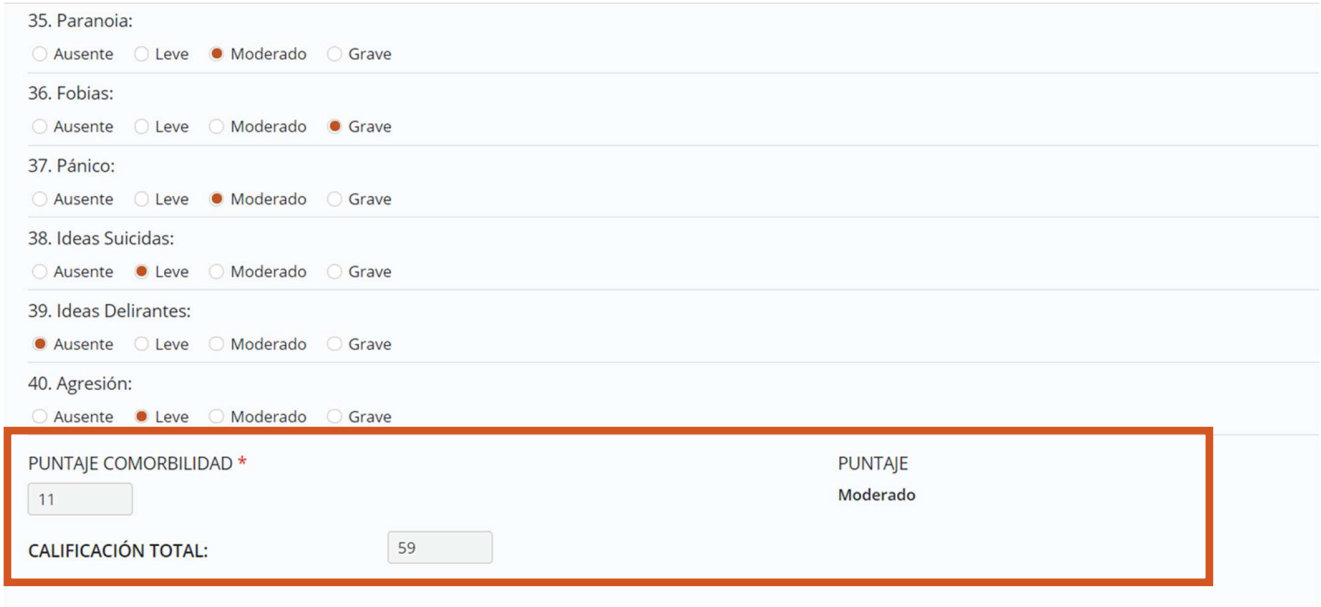
31. Coma:
- ( ) Ausente ( ) Leve (●) Moderado ( ) Grave

PUNTAJE SÍNDROME DE INTOXICACIÓN *

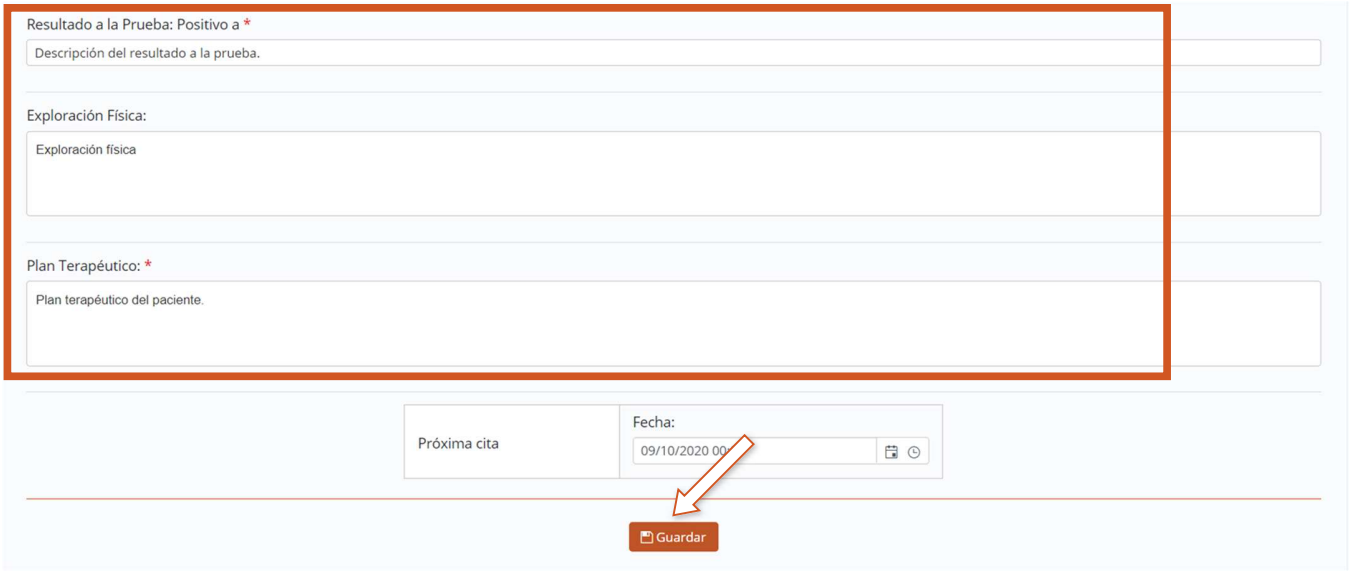
23

PUNTAJE

Moderado



En los últimos campos indique el **resultado a la prueba**, la **exploración física**, el **plan terapéutico** y en caso de que exista una próxima cita indique **fecha y hora**.

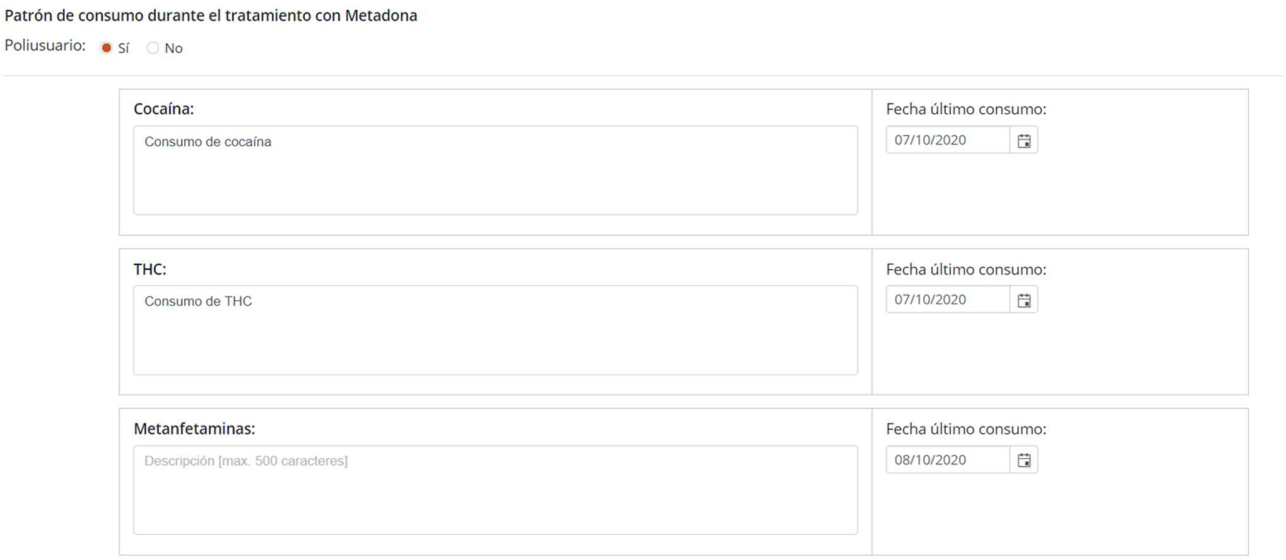


Al final el llenado del formato haga clic en el botón **"Guardar"** y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. Al hacer clic en este ícono el sistema muestra la siguiente pantalla.

Haga clic en el primer ícono **"Ver detalle"** y el sistema mostrará el formato en modo consulta. A continuación, se muestran pantallas de algunas partes de la consulta.



VIH

Positivo | Negativo

Cuándo: 07/09/2020

Dónde: Dónde se hizo la prueba

Tratamiento actual: Sí | No

Dónde: Descripción del tratamiento

SIDA

Sí | No

VHC

Positivo | Negativo

Cuándo: 11/08/2020

Dónde: Dónde se hizo la prueba

Tratamiento actual: Sí | No

Dónde: Descripción

Sífilis

Positivo | Negativo

Cuándo: dd/MM/yyyy

Dónde: Descripción

Tratamiento actual: Sí | No

Dónde: Descripción

1. Deseo intenso por consumir:

Ausente | Leve | Moderado | Grave

2. Conductas de Búsqueda:

Ausente | Leve | Moderado | Grave

PUNTAJE CRAVING

4

PUNTAJE

Moderado

3. Midriasis:

Ausente | Leve | Moderado | Grave

4. Piloerección:

Ausente | Leve | Moderado | Grave

5. Diaforesis:

Ausente | Leve | Moderado | Grave

6. Rinorrea:

Ausente | Leve | Moderado | Grave

7. Lagrimeo:

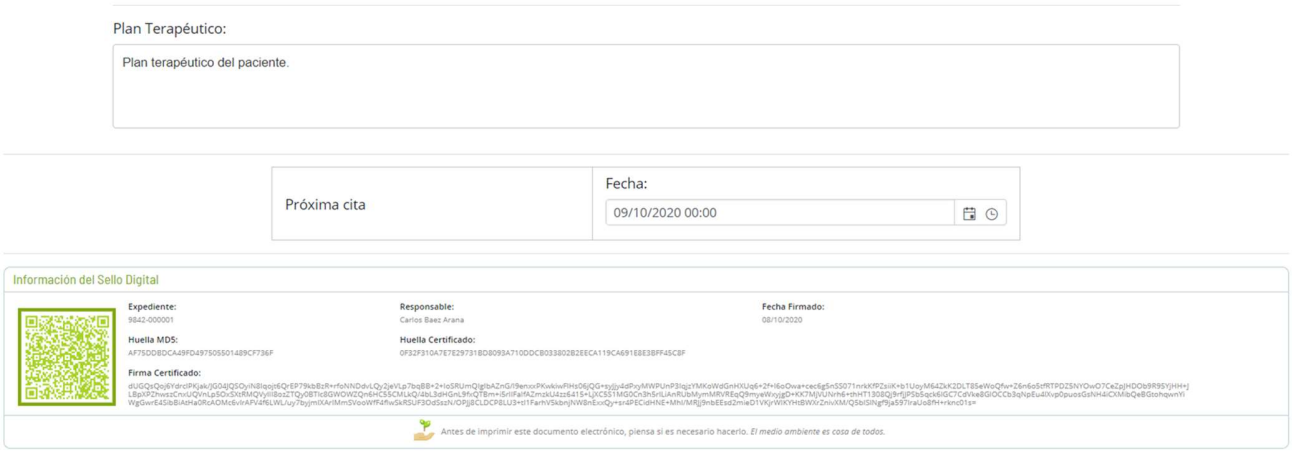
Ausente | Leve | Moderado | Grave

8. Diarrea:

Ausente | Leve | Moderado | Grave

9. Insomnio:

Ausente | Leve | Moderado | Grave

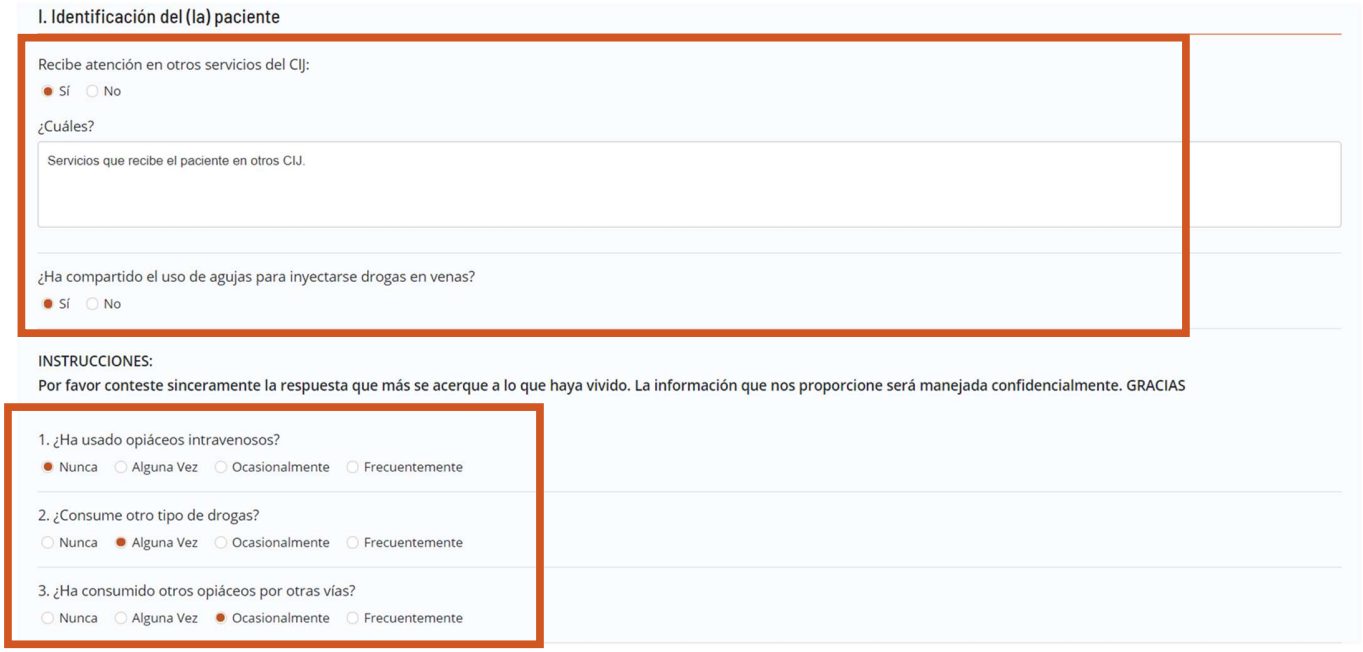


Al final del formato se encuentra la firma digital.

Registro de Integración y Reinserción Social

Para registrar este formato siga los siguientes pasos:

1. En la sección **Tratamiento** haga clic para desplegar todos los formatos que contiene.
2. Haga clic en el formato **Registro de integración y reinserción social** y el sistema desplegará las siguientes opciones:
    a. Registro. Este formato consta de una sola sección, **Identificación del paciente**, donde usted deberá indicar si el paciente recibe atención en otros CIJ e indicar en cuáles. Y posteriormente responder un cuestionario donde en cada pregunta debe responder lo que más se acerque a lo que haya vivido. La siguiente pantalla muestra las primeras preguntas.

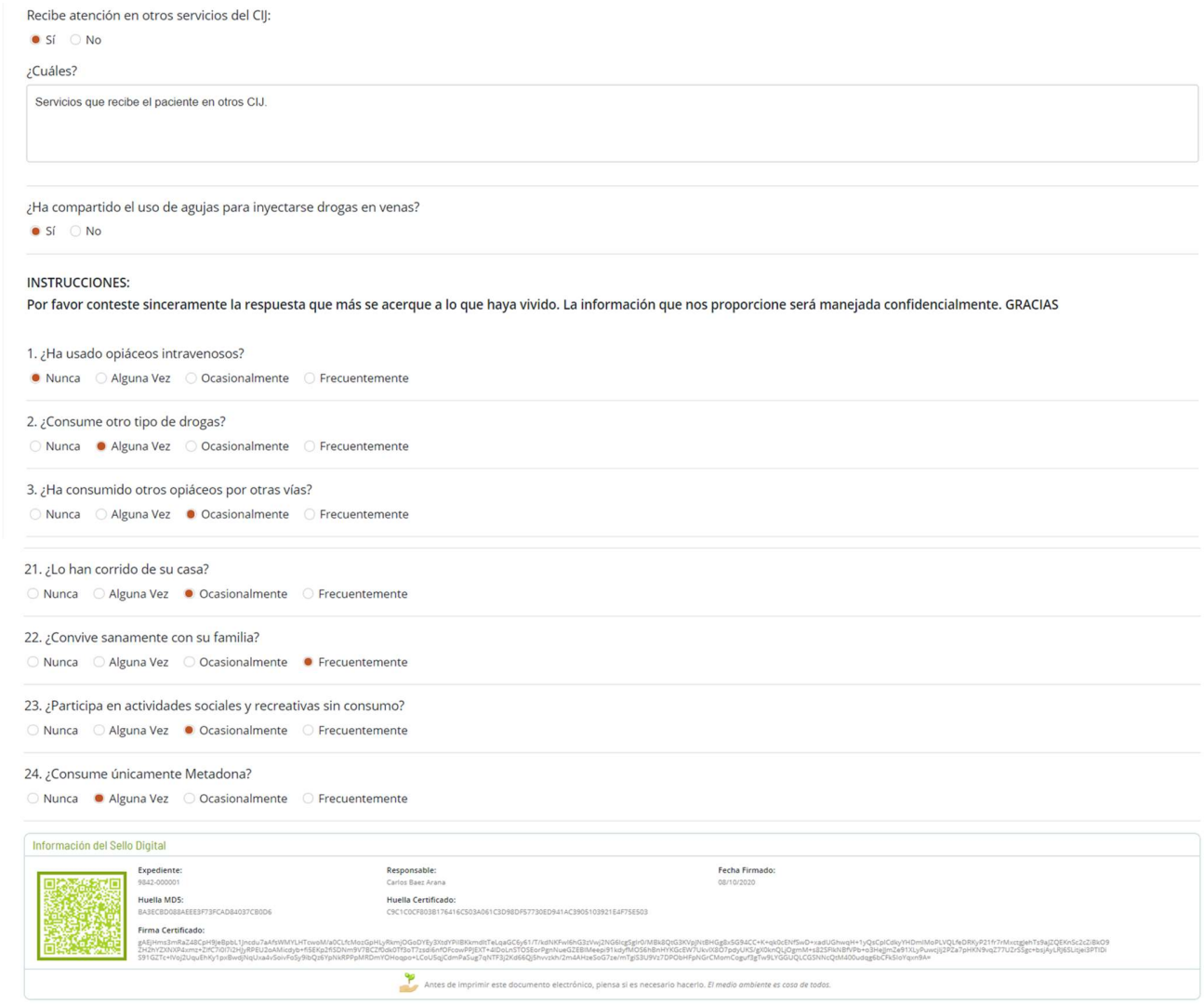


Al finalizar el formato haga clic en el botón **"Guardar"** para que el sistema almacene la información registrada.

Una vez guardado el formato, firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. Al hacer clic en este ícono el sistema muestra el formato en modo de consulta. Se adjuntan dos pantallas con una extracción de la consulta.



Recibe atención en otros servicios del CIJ:
● Sí ○ No

¿Cuáles?

Servicios que recibe el paciente en otros CIJ.

¿Ha compartido el uso de agujas para inyectarse drogas en venas?
● Sí ○ No

INSTRUCCIONES:
Por favor conteste sinceramente la respuesta que más se acerque a lo que haya vivido. La información que nos proporcione será manejada confidencialmente. GRACIAS

1. ¿Ha usado opiáceos intravenosos?
● Nunca ○ Alguna Vez ○ Ocasionalmente ○ Frecuentemente

2. ¿Consume otro tipo de drogas?
○ Nunca ● Alguna Vez ○ Ocasionalmente ○ Frecuentemente

3. ¿Ha consumido otros opiáceos por otras vías?
○ Nunca ○ Alguna Vez ● Ocasionalmente ○ Frecuentemente

21. ¿Lo han corrido de su casa?
○ Nunca ○ Alguna Vez ● Ocasionalmente ○ Frecuentemente

22. ¿Convive sanamente con su familia?
○ Nunca ○ Alguna Vez ○ Ocasionalmente ● Frecuentemente

23. ¿Participa en actividades sociales y recreativas sin consumo?
○ Nunca ○ Alguna Vez ● Ocasionalmente ○ Frecuentemente

24. ¿Consume únicamente Metadona?
○ Nunca ● Alguna Vez ○ Ocasionalmente ○ Frecuentemente

Información del Sello Digital

Expediente: 9842-000001
Responsable: Carlos Baez Arana
Fecha Firmado: 08/10/2020
Huella MD5: 8A3ECBD088AEEE3F73FCAD84037CB0D6
Huella Certificado: C9C10CF803B176416C503A061C3D98DF57730ED941AC3905103921E4F75E503
Firma Certificado:

Antes de imprimir este documento electrónico, piensa si es necesario hacerlo. *El medio ambiente es cosa de todos.*

Al final se muestra la firma digital.

Egreso

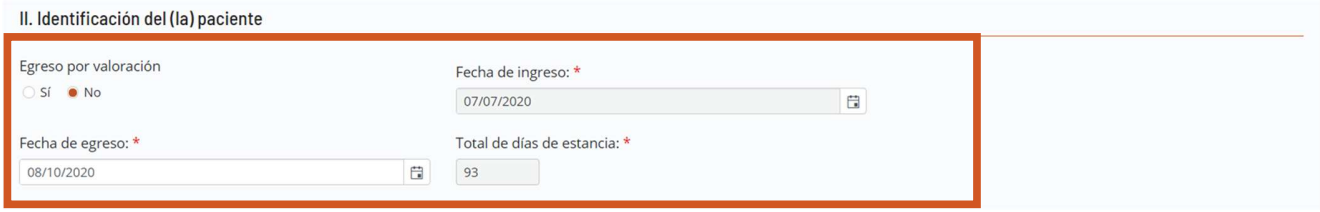
En esta sección se encuentra el siguiente formato:

- Hoja de egreso

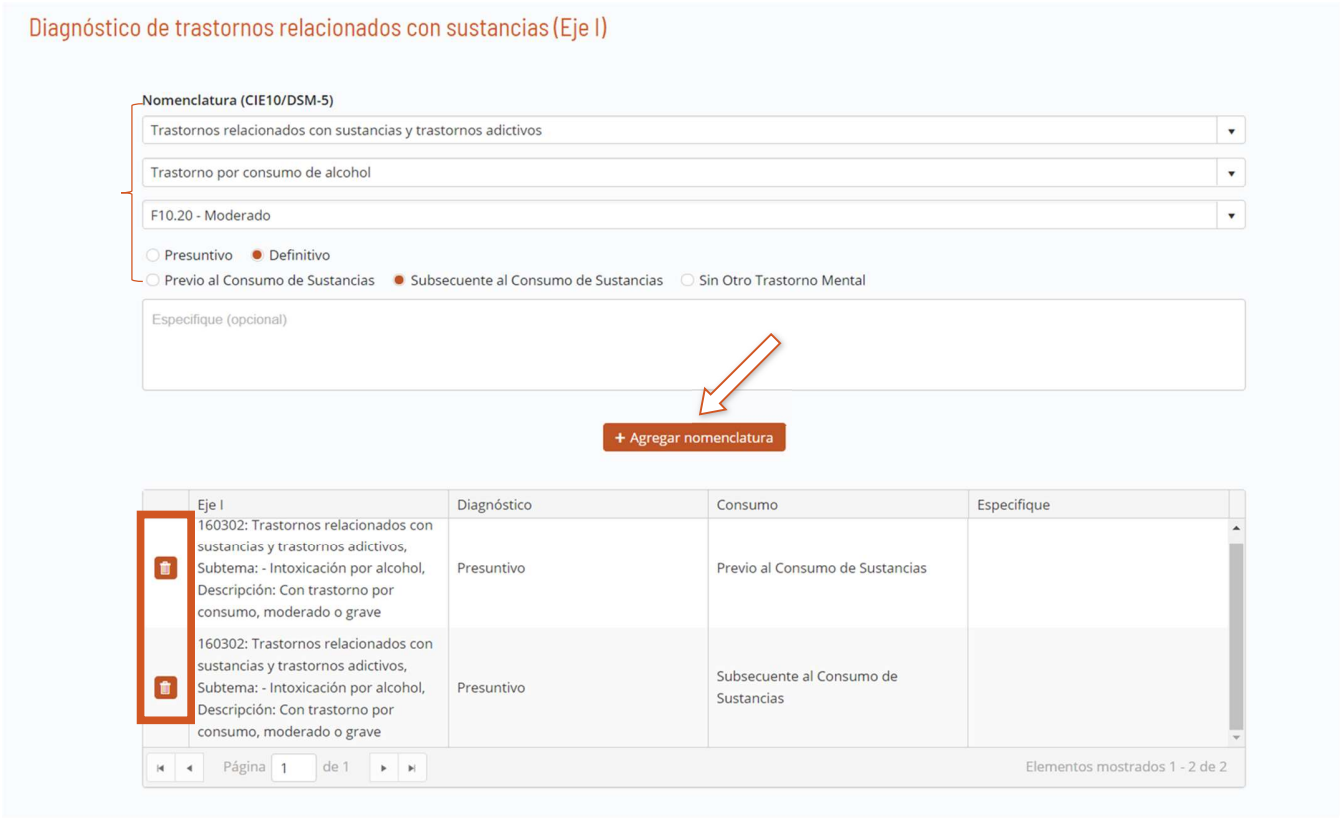
Hoja de Egreso

Para registrar este formato siga los siguientes pasos:

1. En la sección **Egreso** haga clic para desplegar todos los formatos que contiene.
2. Haga clic en el formato **Hoja de egreso** y el sistema desplegará las siguientes opciones:
    a. Registro. Sección **II. Identificación del paciente**, indique si el paciente **egresa por valoración**, en caso de afirmación no hay que llenar otro campo en esta parte; si es negativa, indique la **fecha de egreso** y el sistema automáticamente calcula el número **total de días de estancia**.

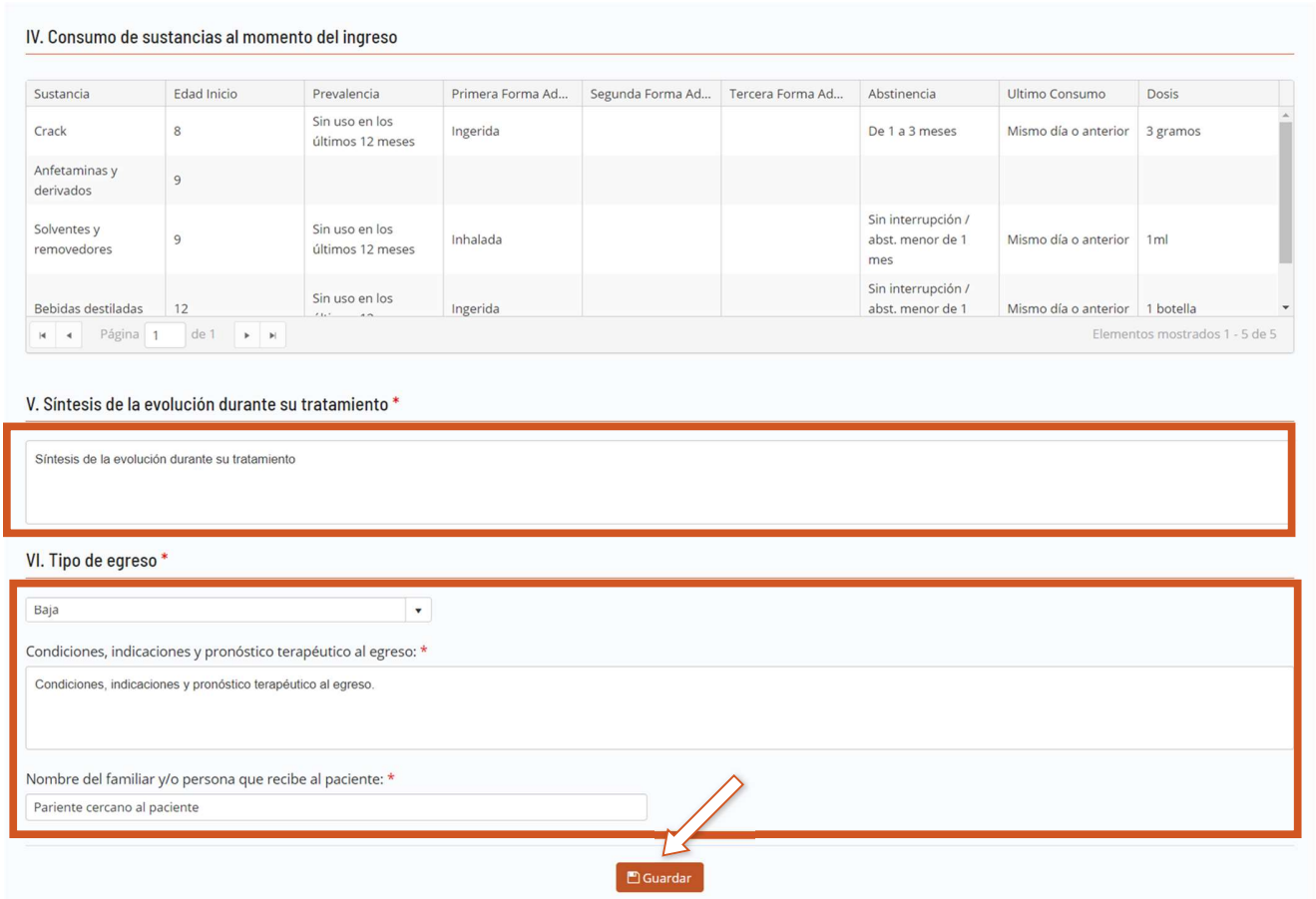


En la siguiente sección **III. Diagnóstico**, en caso de tener un registro previo del formato de historia clínica, los diagnósticos registrados en ésta se precargarán en la hoja de egreso; sin embargo, esta sección es editable, es decir, puede eliminar aquellos trastornos que ya no apliquen y/o puede agregar uno o los que sean necesarios.



En los siguientes ejes del I al IV es el mismo procedimiento; el eje V es opcional su llenado.

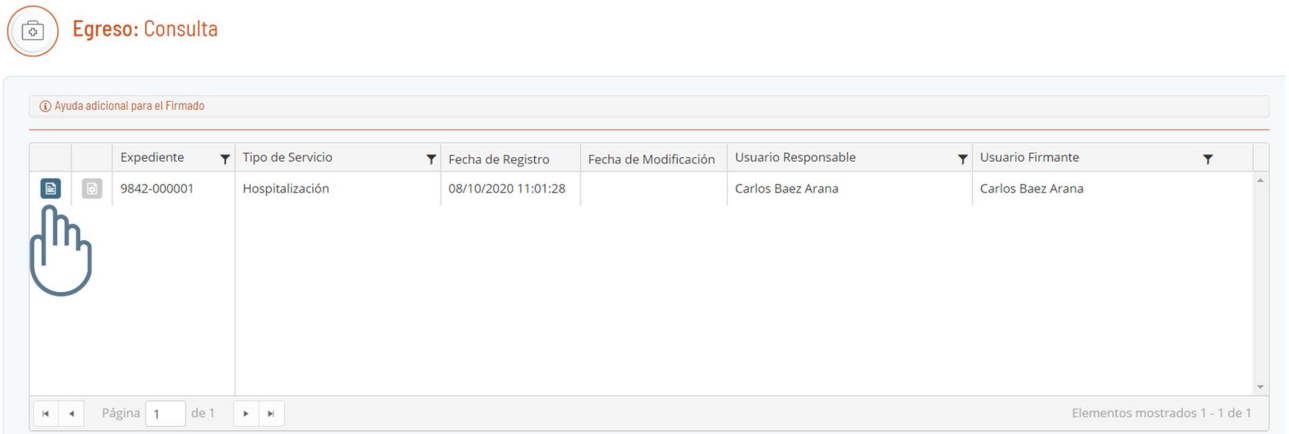
La sección **IV. Consumo de sustancias al momento del egreso**, el sistema muestra las sustancias que se registraron en la entrevista inicial, en modo consulta. La sección **V. Síntesis de la evolución durante su tratamiento**, indique lo correspondiente en el campo abierto. En la sección **VI. Tipo de egreso**, indique la manera en que el paciente egresó, después llene el campo **Condiciones, indicaciones y pronóstico terapéutico al egreso** y anota el nombre del familiar que recibe al paciente.



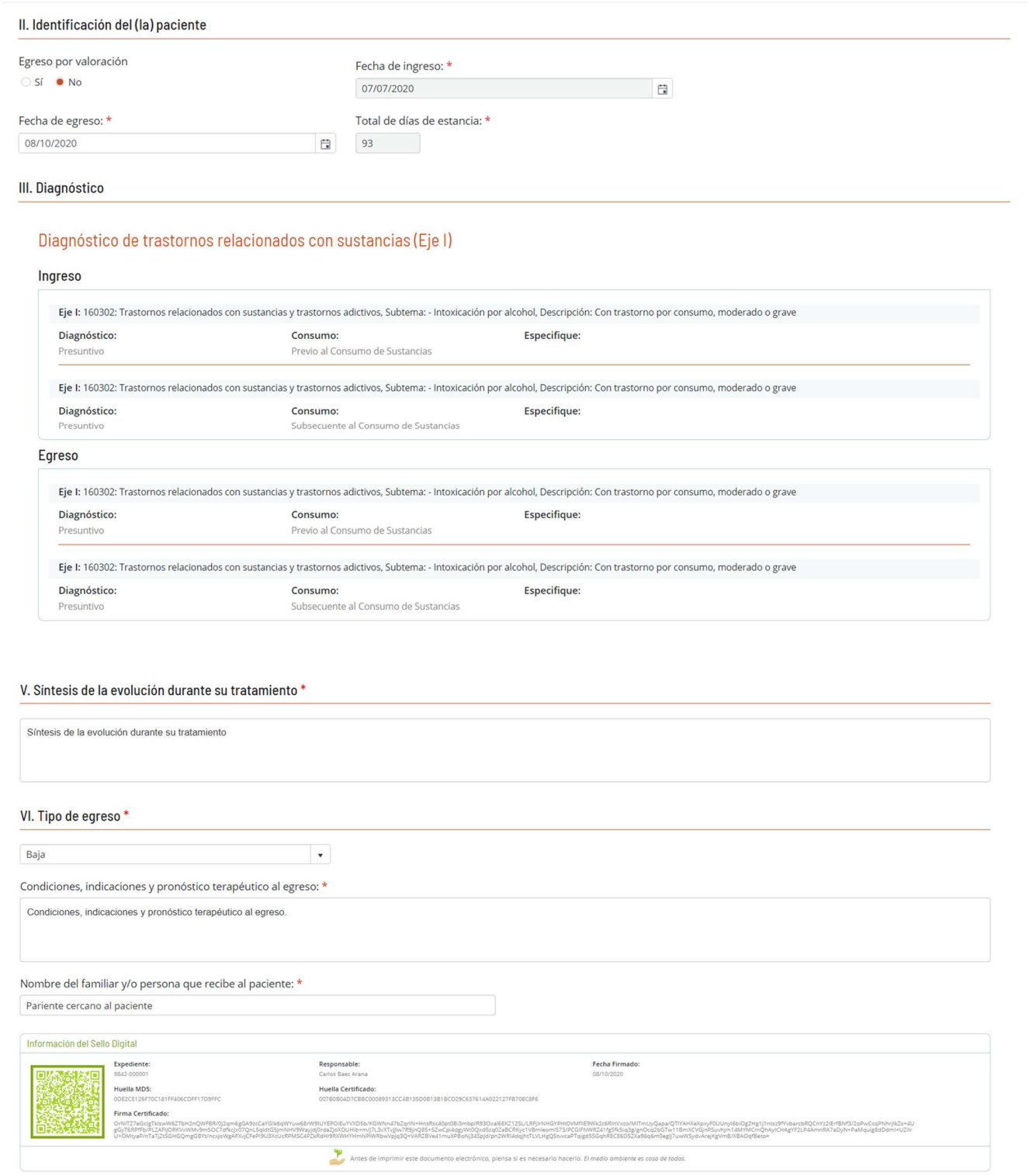
Al terminar el registro del formato haga clic en **"Guardar"** y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. Al hace clic en este ícono el sistema muestra la siguiente pantalla.



Haga clic en el primer ícono **“Ver detalle”** y el sistema mostrará el formato en modo consulta.



Al final del formato se encuentra la firma digital.

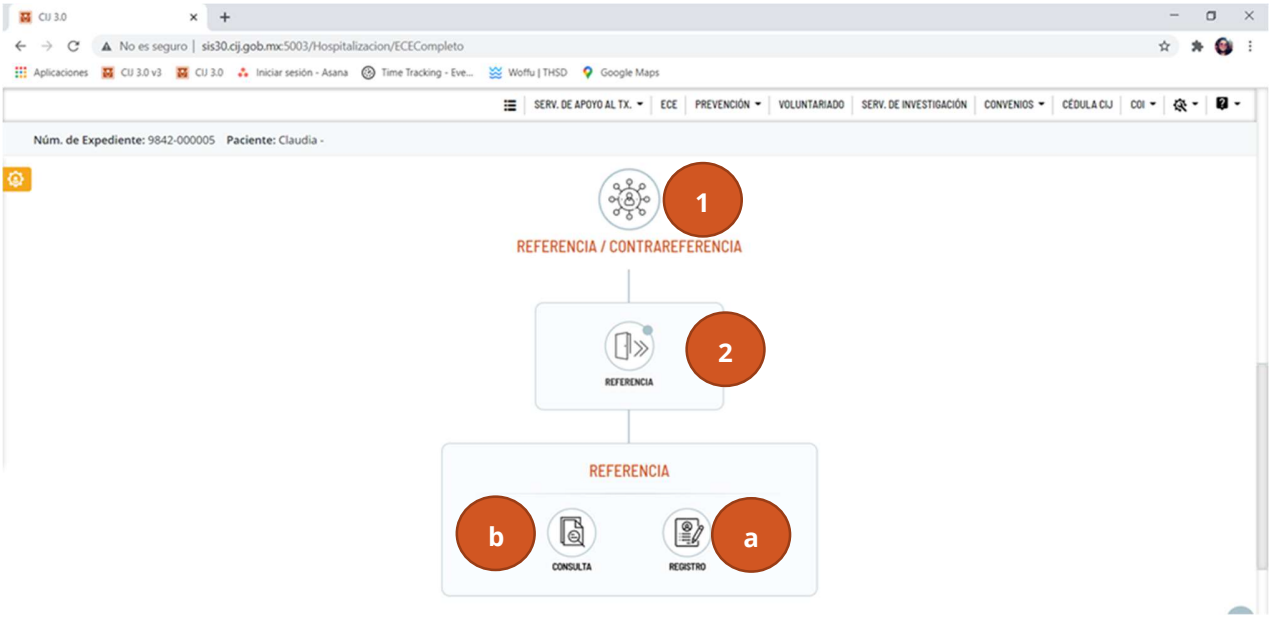
Referencia/ Contrarreferencia

En esta sección se encuentran los siguientes formatos:

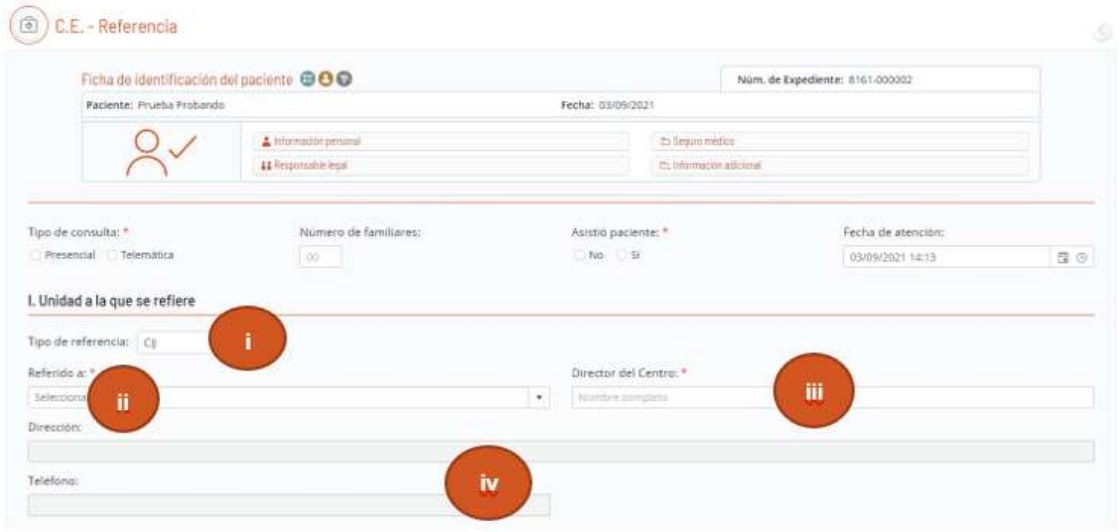
- Referencia
- Contrarreferencia

Referencia

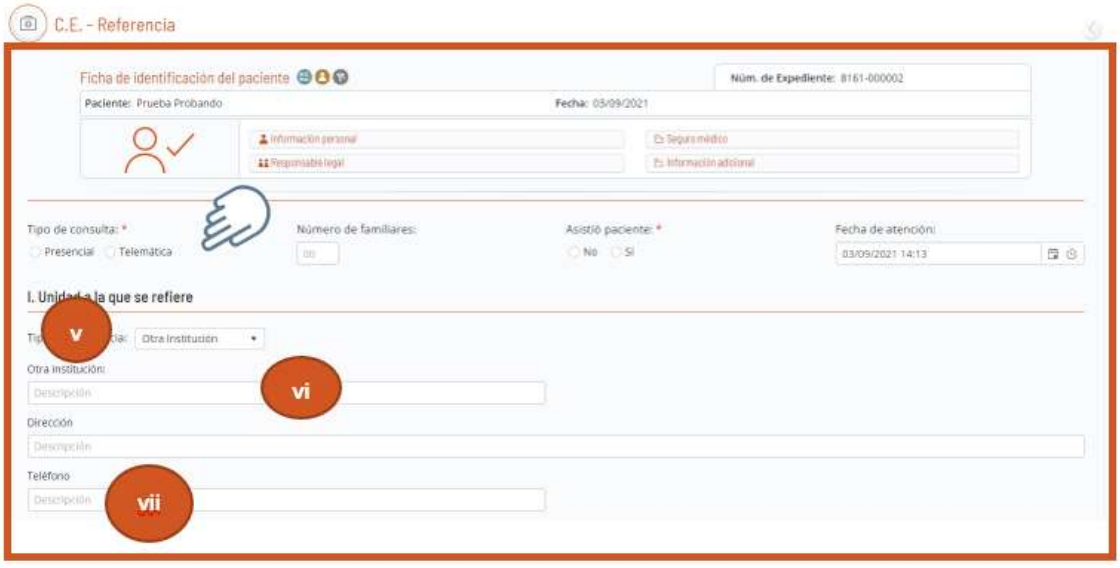
Para registrar este formato, siga los siguientes pasos:



1. Sección “Referencia”. El sistema muestra el/los formatos de esta sección.
2. Formato Referencia. Haga clic y se desplegarán dos opciones:
    a. Registro.
        i. Tipo de referencia. Seleccionar si el paciente será referido a un CIJ u otra institución.
        ii. Referido a. Seleccionar el CC al que se referirá.
        iii. Director del Centro. Al seleccionar el CC (y si este dato ya ha sido registrado en la Cédula de estructura) se llena automáticamente, aunque es editable.
        iv. Dirección y teléfono. Estos datos también se llenan automáticamente después de seleccionar el CC a referir, no son editables. Al igual que el director del centro, estos datos se registran en la Cédula de estructura.



En caso de seleccionar una referencia a otra Institución, el sistema mostrará los siguientes datos:



v. Otra Institución. Campo abierto para indicar el nombre.
vi. Dirección. Indicar la dirección física de la Institución.
vii. Teléfono. Campo abierto para indicar el número telefónico del centro.

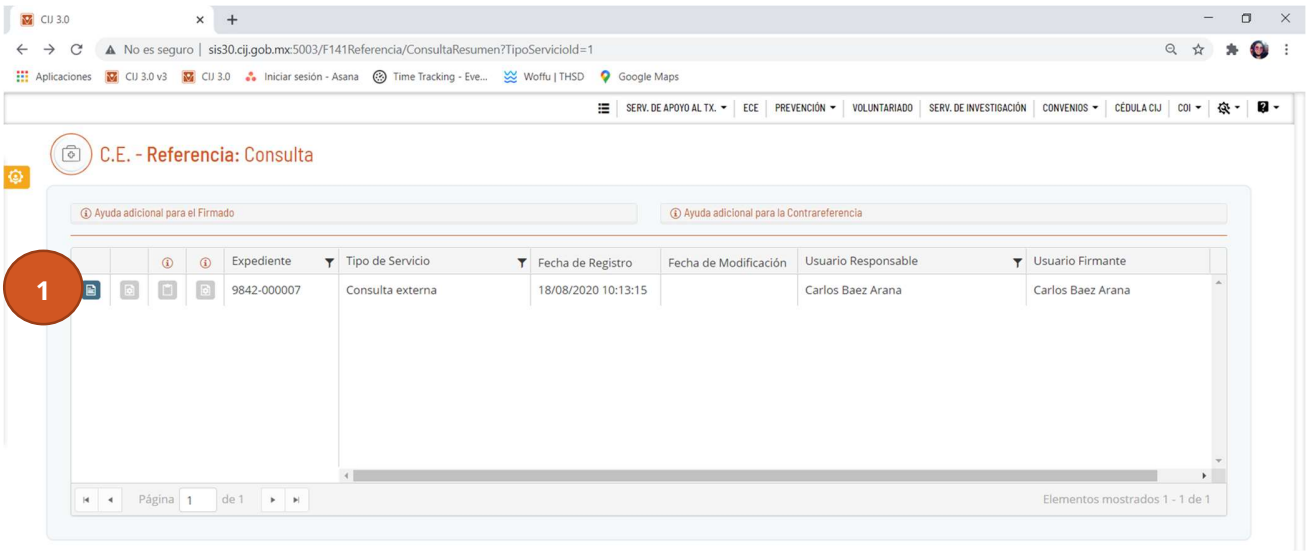
La sección II. Información relevante, se compone de indicar si es urgente o no y campos de texto abiertos.

Hay que recordar que los campos marcados con (*) son obligatorios, el sistema no permitirá continuar hasta que el campo tenga un valor seleccionado.

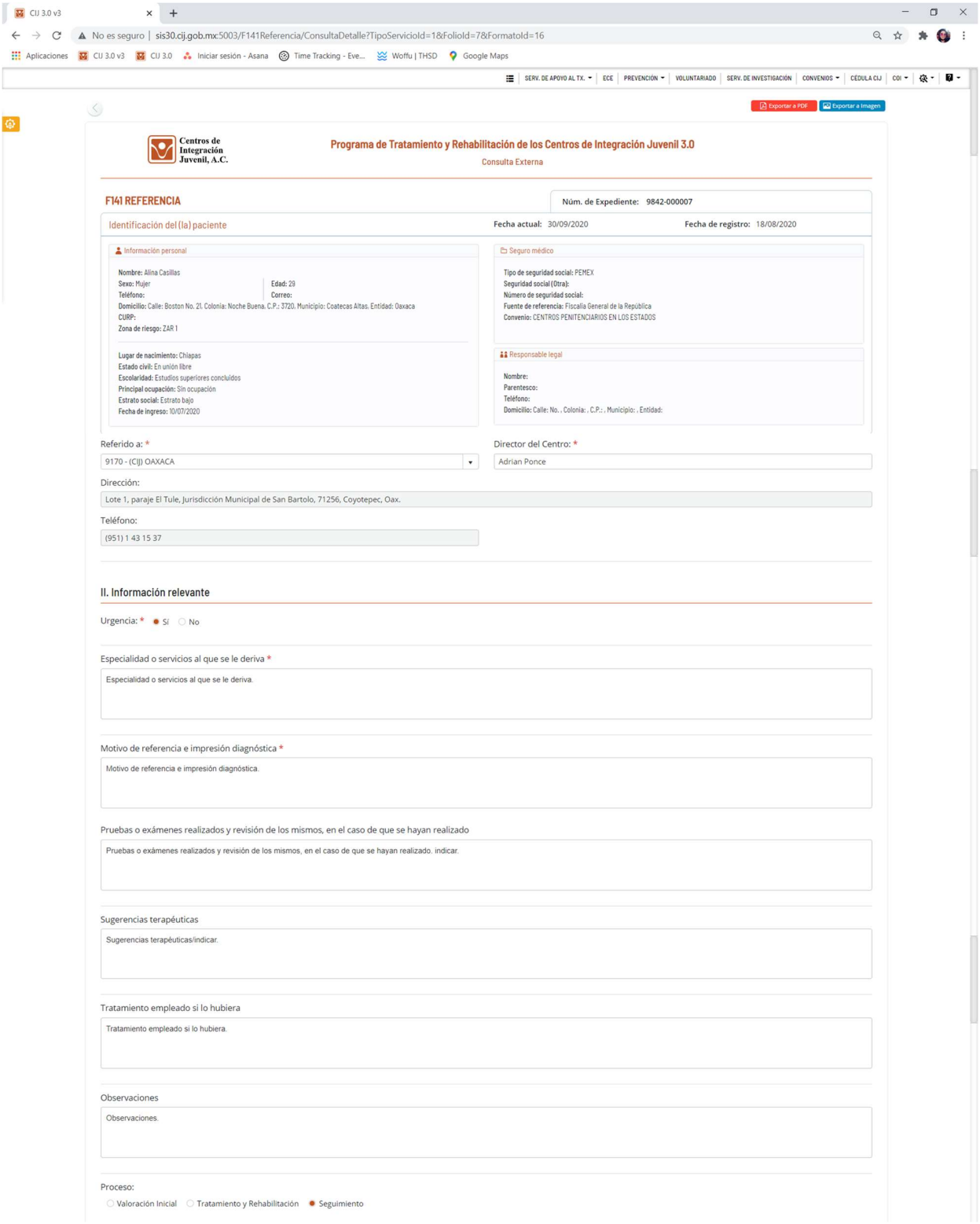
Complete los demás campos abiertos de la misma manera y al finalizar haga clic en **"Guardar"** y firme electrónicamente.

Ir a firma electrónica

b. Consulta. En caso de que el paciente cuente con al menos un formato de referencia, al hacer clic en el ícono correspondiente, el sistema mostrará la siguiente pantalla:



i. Haga clic en el primer ícono **"Ver detalle"** y se mostrará la siguiente pantalla.



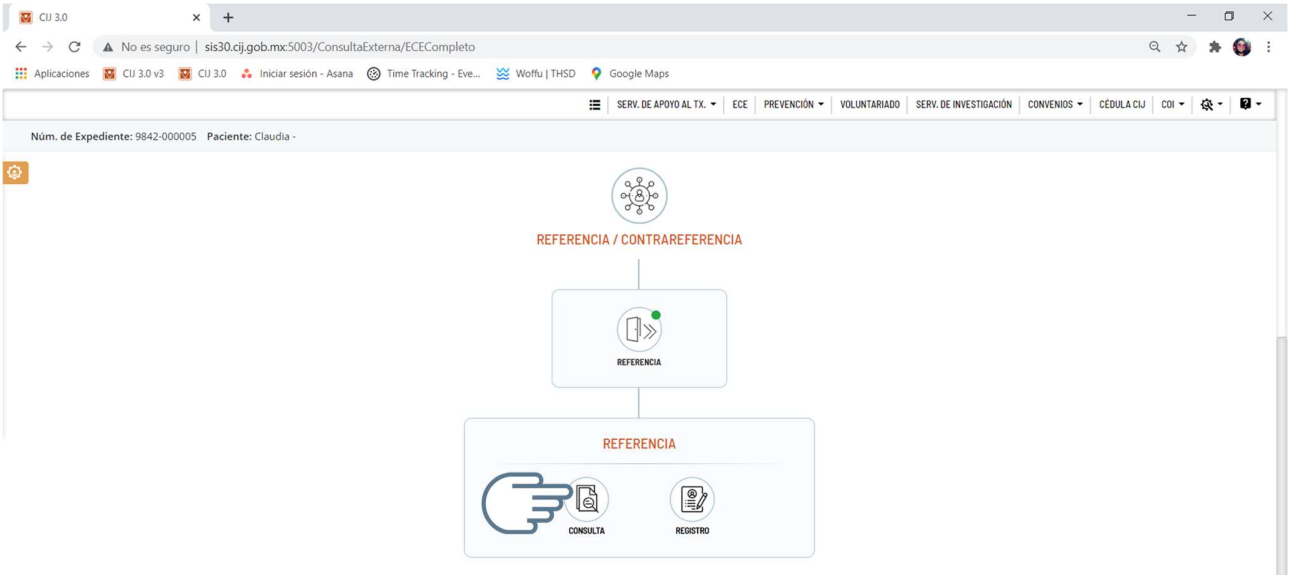
Al final del formato se encuentra la firma digital.

Contrarreferencia

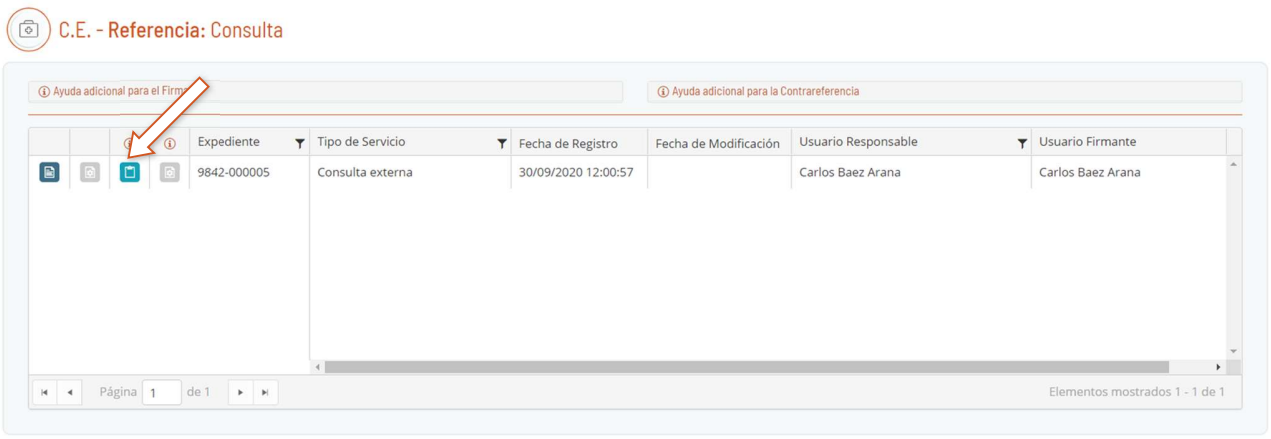
El registro de este formato depende de que haya previamente registrado un formato de referencia. Si el paciente se refiere a otra unidad operativa, ésta será la única que realizará la contrarreferencia a la unidad que referenció. Por ejemplo, si el paciente lo registra el CC 9842 – Zapopan Kena Moreno y le registra una referencia al CC 9870-Aguascalientes, este último centro lo contrarreferencia únicamente al 9842.

Recuerde que para registrar cualquier formato es necesario tener seleccionado un paciente, esto para que el sistema pueda crear la relación paciente-servicio.

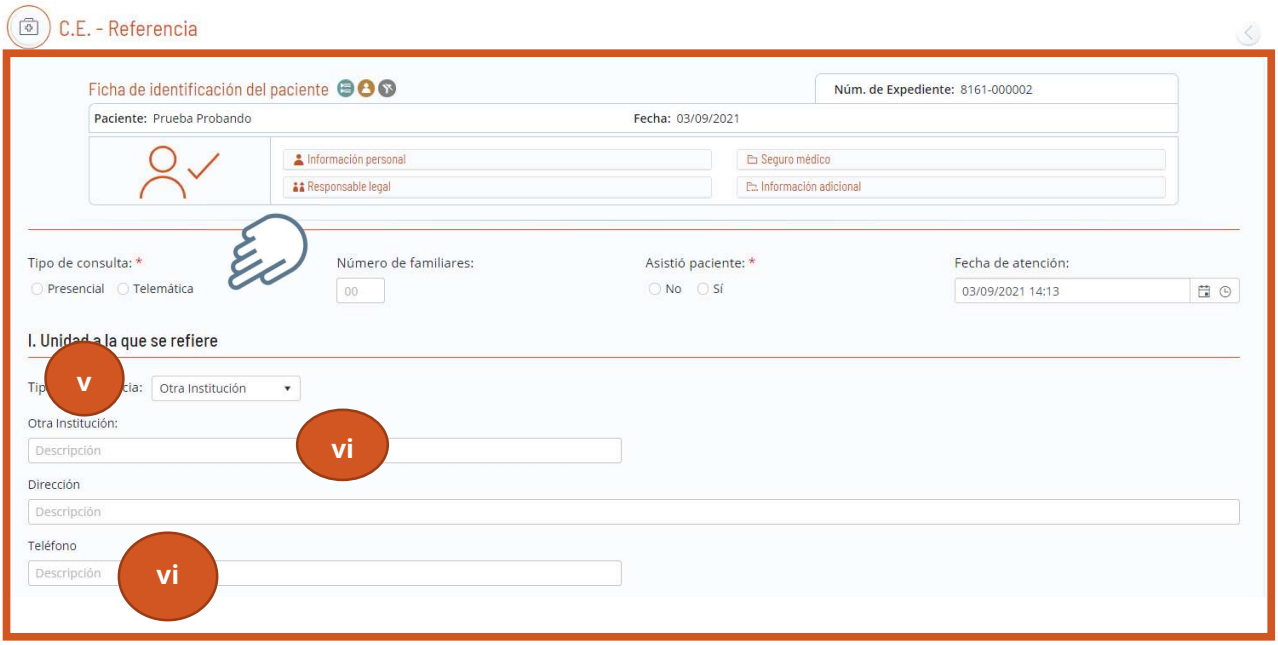
Para registrar este formato, ingrese en el ícono de Referencia, y seleccione la opción consulta.



El sistema muestra la siguiente pantalla:

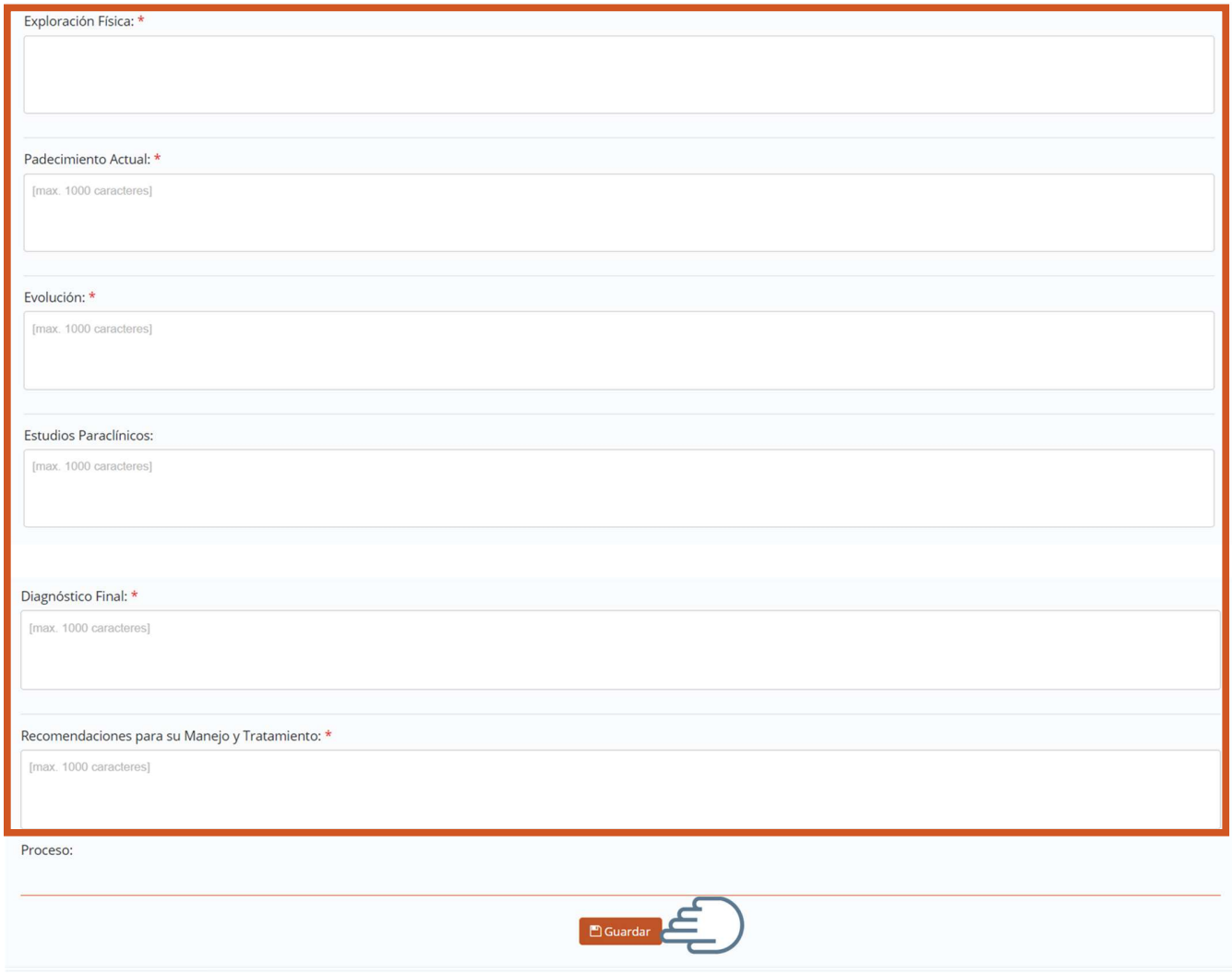


Haga clic en el tercer botón (color azul) y se mostrará la siguiente pantalla:

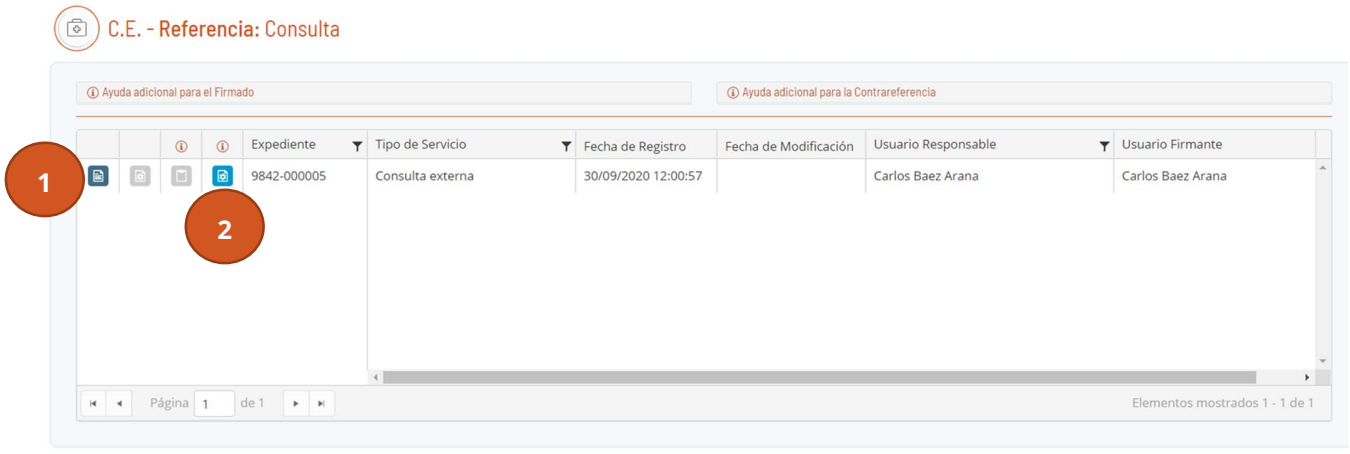


1) Fecha den envío. Son datos generados automáticamente por el sistema y no se editan debido a que debe quedar un registro de la fecha y hora en que se contrarreferencia al paciente.
2) Asistió el/la paciente. Seleccionar una opción.
3) Unidad a la que se contrarrefiere. En este ejemplo es el CC 9842 – Zapopan Kena Moreno y de igual manera este dato no puede editarse.
4) Médico que envía. De manera predeterminada el sistema pone el nombre del usuario en sesión. Este campo se puede modificar, indicar el nombre del médico que contrarrefiere.

Los siguientes campos son abiertos, los marcados con (*) son obligatorios.



Una vez que finalice el registro de la contrarreferencia haga clic en el botón “Guardar” y el sistema mostrará la siguiente pantalla:



5) El primer ícono muestra ambos formatos en modo de consulta.
6) Ícono para firmar el formato de contrarreferencia.

Ir a firma electrónica

Servicios de Ayuda

En esta sección se encuentran los siguientes formatos:

- Rescate visita domiciliaria
- Solicitud visita domiciliaria

Solicitud Visita Domiciliaria

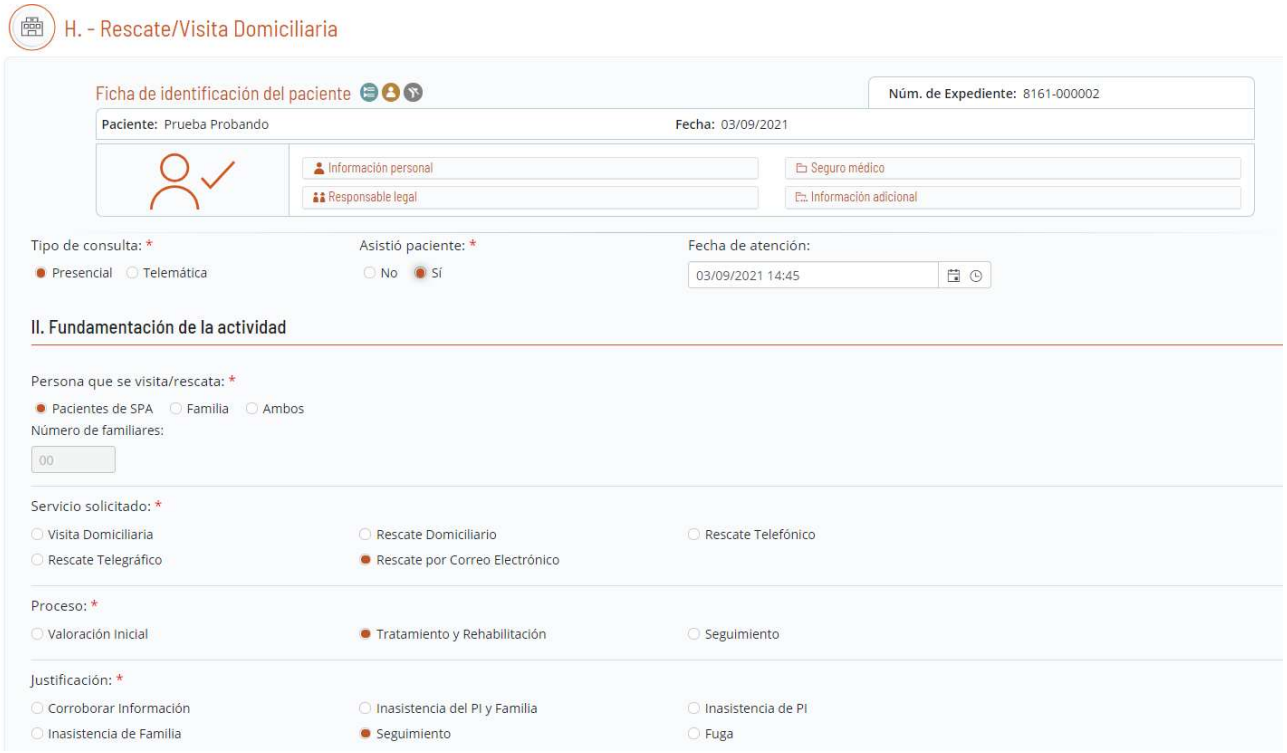
Para registrar el formato **"Rescate/Visita domiciliaria"** de un paciente en el sistema, deberá tener previamente seleccionado al mismo, y dentro del módulo de **"Consulta Externa"** deberá dirigirse a **"capturar formatos"**.

Posteriormente el sistema nos enviará a otra pantalla en la cual deberá desplazarse al módulo de **"Servicios Complementarios"** y al pulsar sobre el ícono le desplegará los formatos disponibles para su consulta o llenado, aquí encontrará el formato **"Rescate/Visita domiciliaria"**.

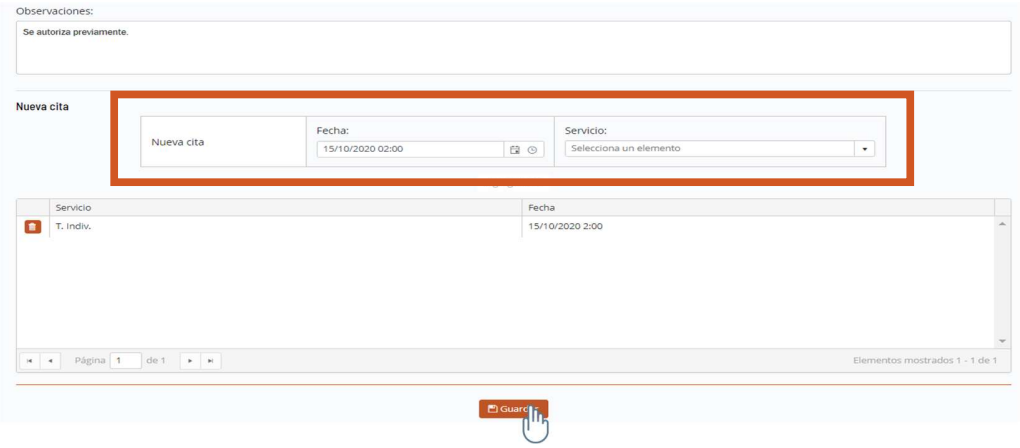
Al pulsar sobre el formato de **"Rescate/Visita domiciliaria"** se le desplegarán las siguientes opciones:

Consulta: Estará disponible siempre y cuando el paciente ya tenga un registro previo en el sistema.
Registro: Estará disponible para llenar por primera vez el formato al paciente.

Al hacer clic en el ícono de registro el sistema lo enviará a otra página en la cual aparecerá el formato en blanco para poder realizar el llenado de este.



El usuario responsable deberá ir llenando los reactivos según corresponda en el formato; en la parte final deberá indicar el servicio al cual el paciente será enviado indicando: fecha, hora, y observación en caso de requerirla.



Una vez, este completa la información dentro del formato, deberá pulsar el botón **"Guardar"**, para que esté quede almacenado en el expediente del paciente. Adicional a esto deberá firmar electrónicamente el formato para evitar la pérdida de esta captura.

Ir a firma electrónica

Este formato deberá ser firmado electrónicamente para evitar futura perdida de información en el sistema.

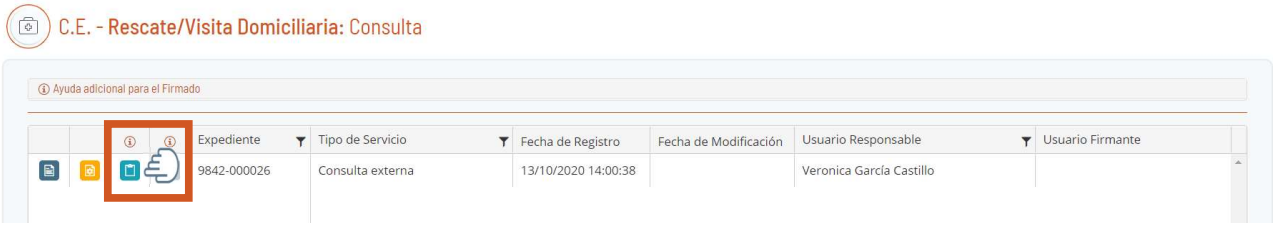
Rescate Visita Domiciliaria

Para registrar el formato **"Rescate"** de un paciente en el sistema, deberá tener previamente seleccionado al mismo, y dentro del módulo de **"Hospitalización"** deberá dirigirse a **"Capturar formatos"**.

Deberá desplazarse al módulo de **"Servicios Complementarios"** y al pulsar sobre el ícono le desplegará los formatos disponibles para su consulta o llenado, aquí encontrará el formato **"Rescate/Visita domiciliaria"**.

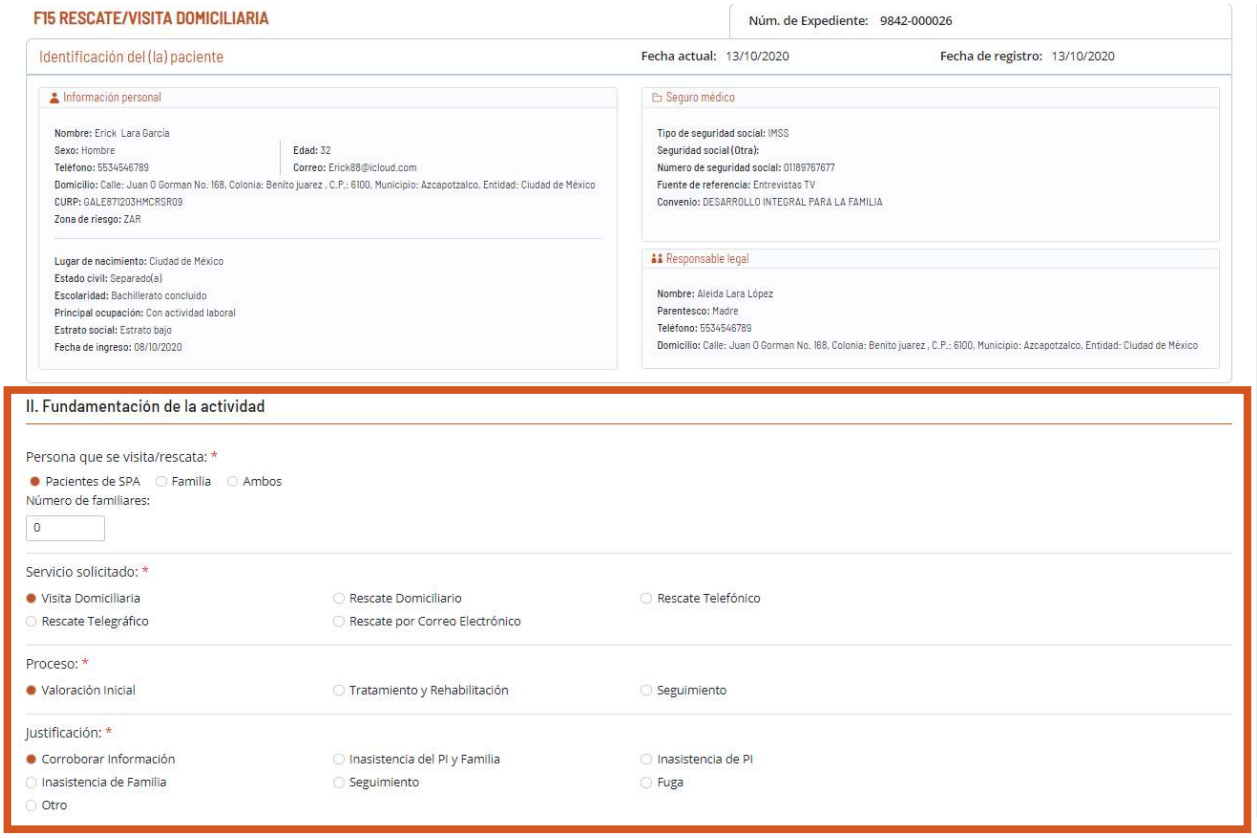
Al pulsar sobre el formato de **“Rescate/Visita domiciliaria”** se le desplegarán las siguientes opciones:

Deberá seleccionar la opción de **“Consulta”** para registrar el formato de **“Rescate”**.

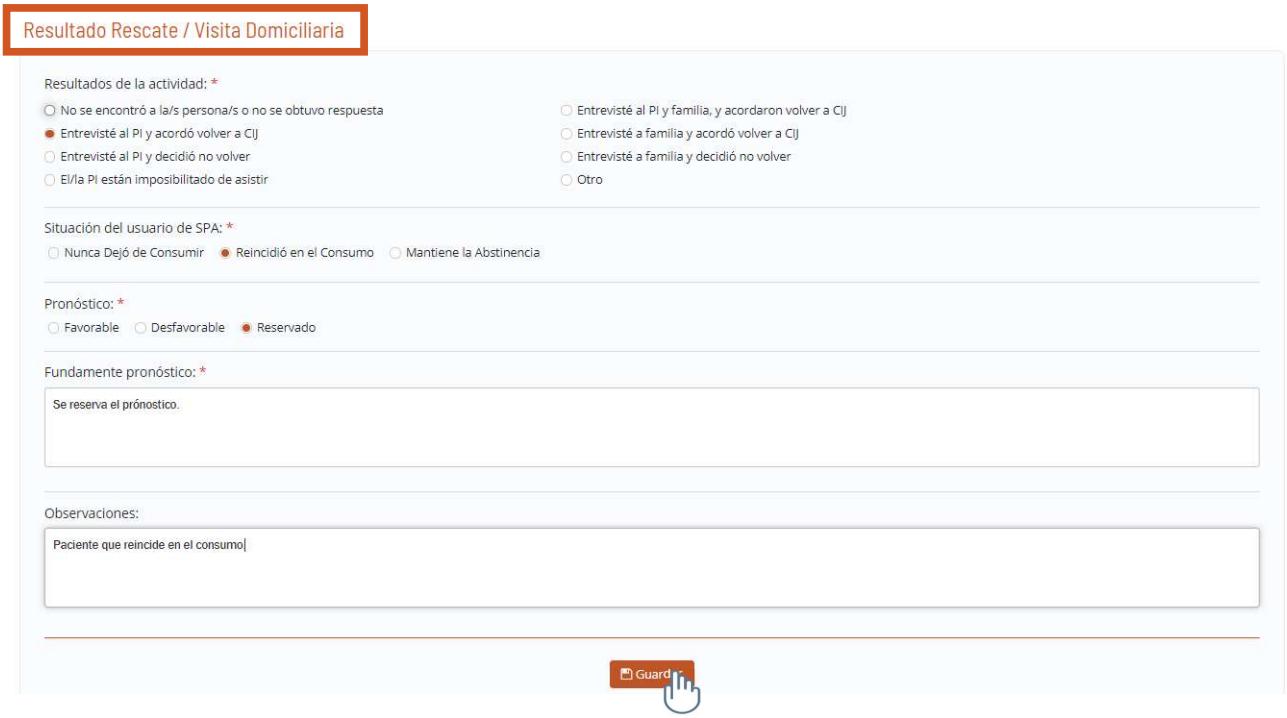


Deberá hacer clic en el icono de **“Rescate”** para registrar la siguiente parte del formato.

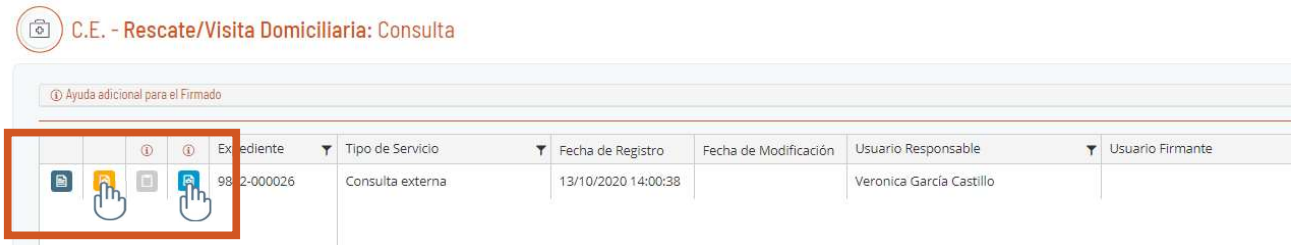
La parte superior del formato corresponde a la consulta del formato de **“Solicitud”**.



Posteriormente se incluye el formato **"Rescate"**; donde deberá llenar los campos correspondientes.



Una vez, este completa la información dentro del formato, deberá pulsar el botón **“Guardar”**, para que esté quede almacenado en el expediente del paciente. Así mismo podrá firmar electrónicamente ambos formatos, (Solicitud/Rescate) para evitar la pérdida de esta captura.



Ir a firma electrónica

Este formato deberá ser firmado electrónicamente para evitar futura perdida de información en el sistema.

Documentos anexos

En esta sección se encuentra el siguiente formato:

- Documentos de carga

Formatos de carga

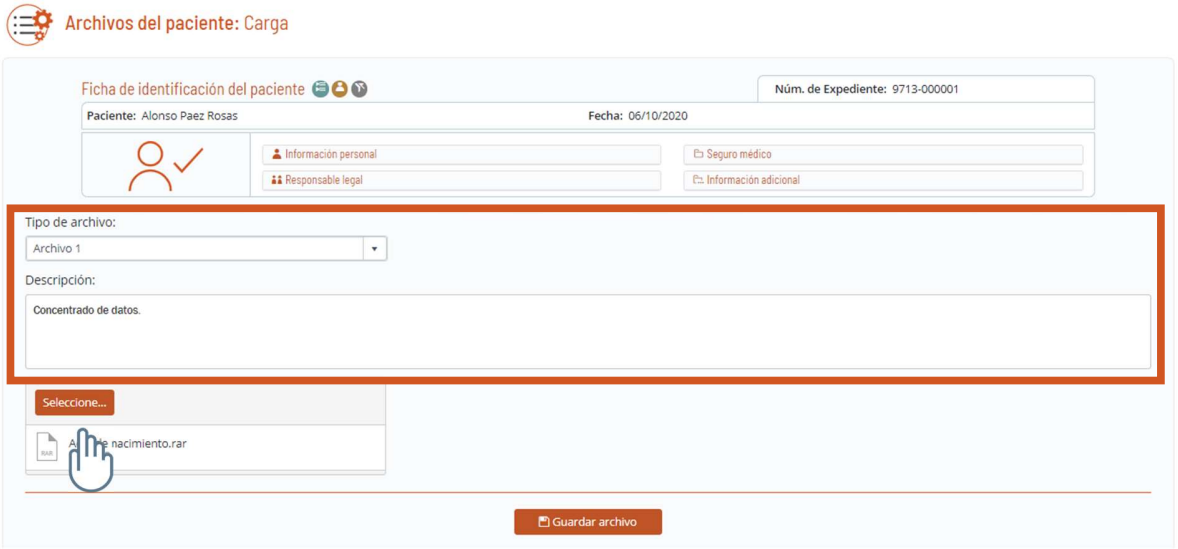
Para que pueda realizar la carga de un documento anexo (Acta de nacimiento, consentimiento informado, análisis clínicos, etc.). Deberá tener previamente seleccionado al mismo, y dentro del módulo de **“Consulta Externa”** deberá dirigirse a **“Capturar formatos”.**

Posteriormente el sistema nos enviará a otra pantalla en la cual deberá desplazarse al módulo de **“Documentos anexos”** y al pulsar sobre el ícono le desplegará los formatos disponibles para su consulta o llenado, aquí encontrará el formato **“Formatos de carga”**.

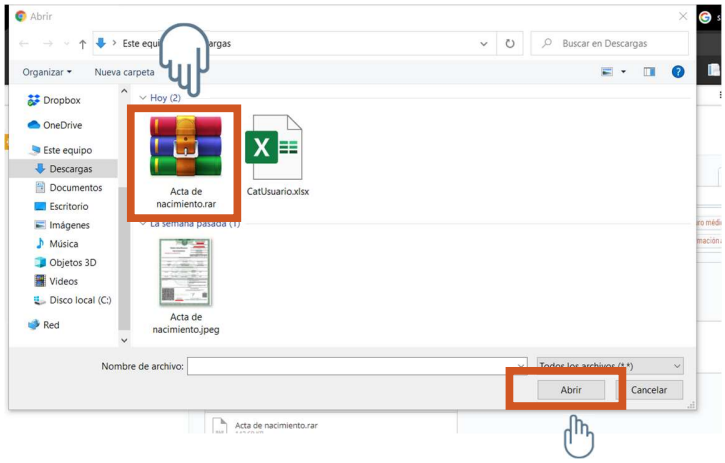
Al pulsar sobre el formato de **“Formatos de carga”** se le desplegarán las siguientes opciones:

Consulta: Estará disponible siempre y cuando el paciente ya tenga un registro previo en el sistema.
Registro: Estará disponible para realizar la carga de los documentos al expediente del paciente.

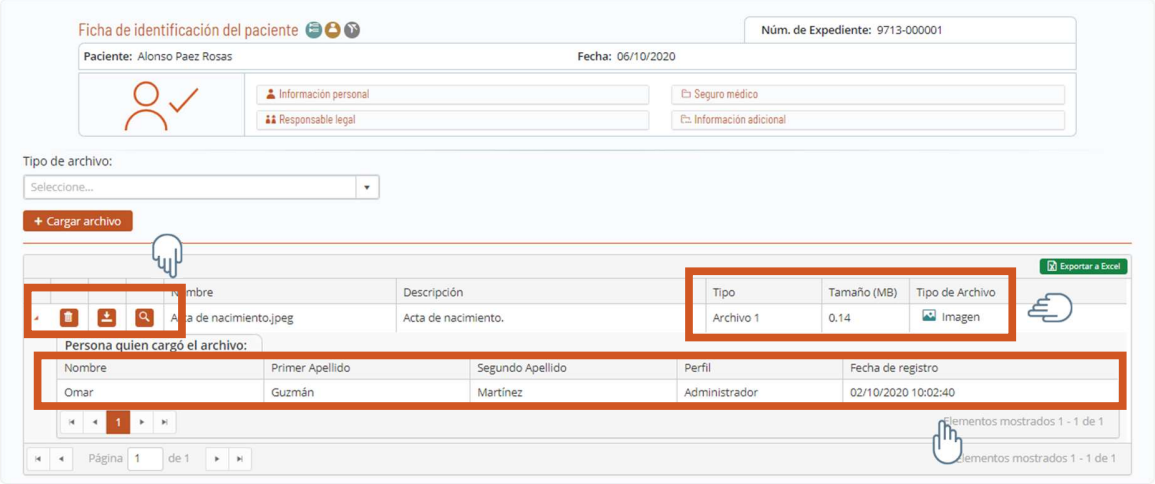
Al hacer clic en el ícono de registro el sistema lo enviará a otra página en la cual podrá comenzar la carga de archivos al expediente.



Deberá seleccionar el tipo de archivo, y agregar una descripción de este en el cuadro de texto, posteriormente al pulsar el botón **“Seleccione…”** se abrirá el explorador de archivos donde deberá seleccionar el archivo o documento a cargar en el expediente.



Una vez seleccionado el archivo deberá pulsar el botón **"Guardar Archivo"** y el sistema comenzará la carga de este al expediente del paciente seleccionado en el sistema.



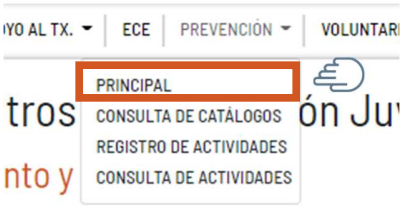
Cuando la carga del archivo haya finalizado, visualizará esta pantalla en donde podrá: Eliminar, descargar o visualizar el archivo previamente cargado. Además de un detalle que indicará: tipo de archivo, tamaño, perfil, fecha y nombre de quién cargo el archivo. Este proceso será repetido en caso de requerir cargar uno o más archivos al expediente del paciente, pulsando el botón **"+ Cargar archivo"**.

El sistema permite un máximo de 5 MB por archivo, y la carga deberá ser en PDF, imagen, o comprimidos en .ZIP, .RAR.

Prevención

El módulo de **“Prevención”** lo podrá encontrar situado en la pantalla principal del sistema o podrá acceder mediante la barra ubicada en la parte superior del navegador.

Si accede por la barra superior se desplegará un menú con las secciones que se encuentran dentro del módulo de **“prevención”** y así podrá dirigirse directamente a la sección deseada.

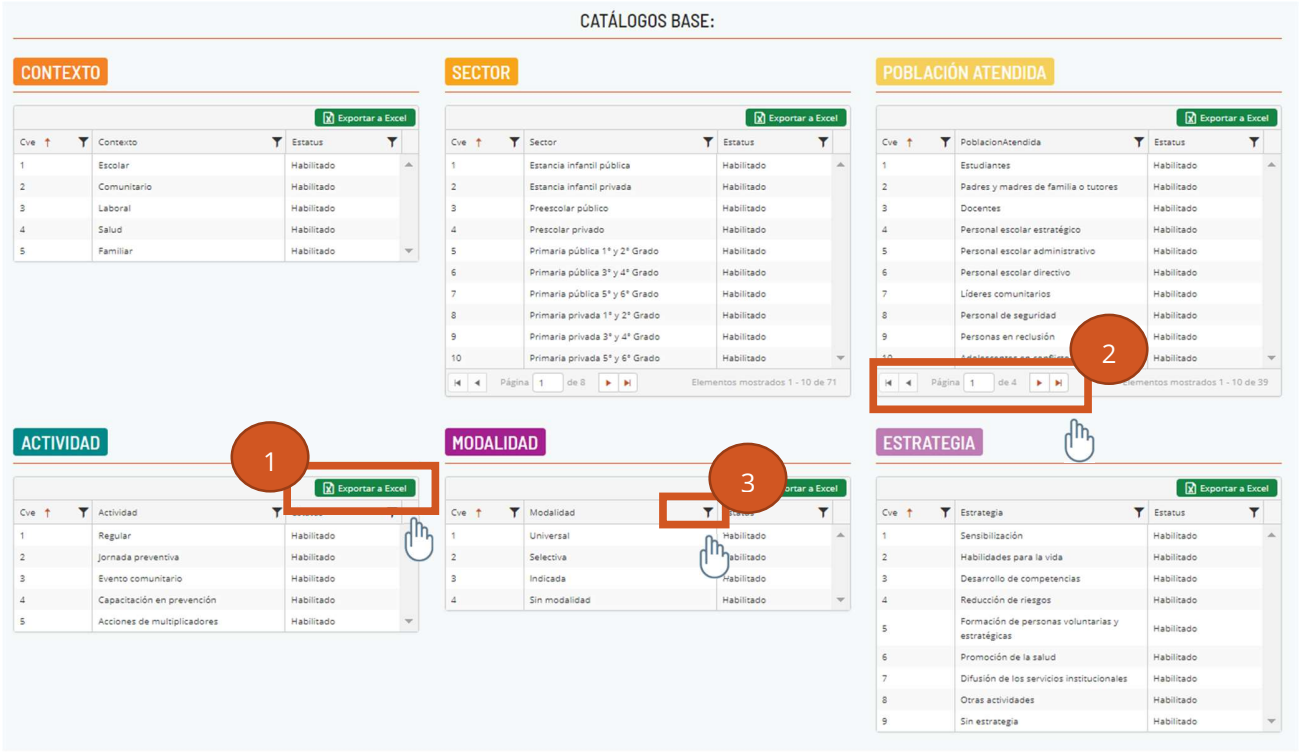


Si accede por el módulo principal se encontrará con esta pantalla, donde deberá elegir la sección a la que desea acceder.

Consulta de catálogos

Para realizar la consulta de un catálogo deberá seleccionar en la sección principal el apartado **de "Consulta de catálogos"**.

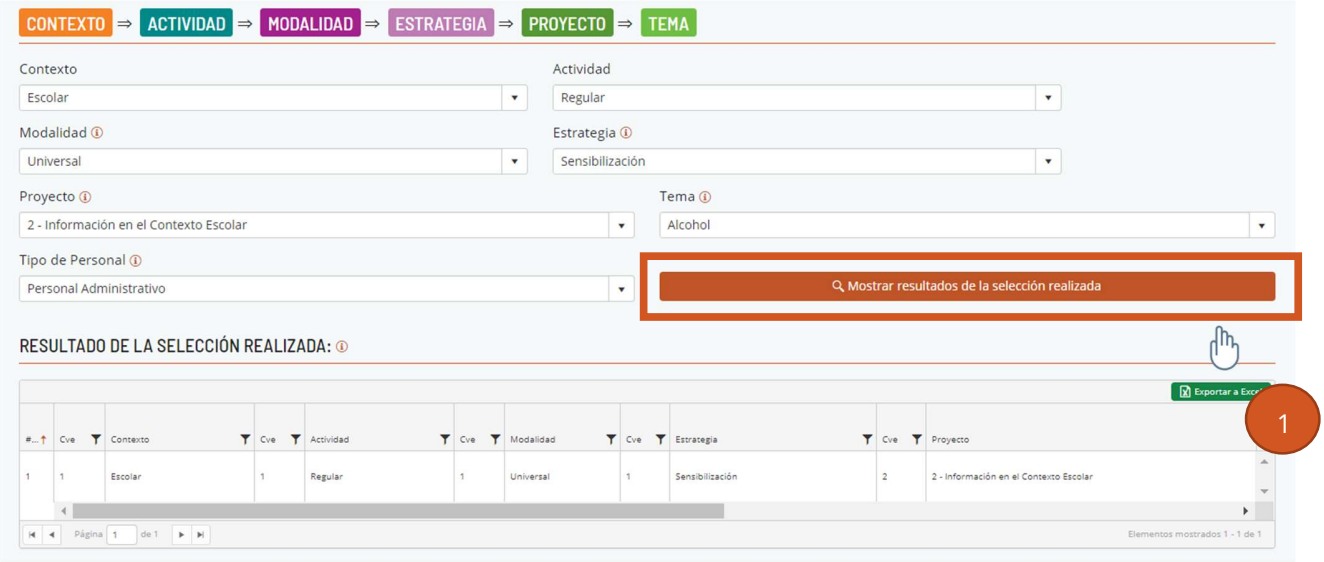
Una vez seleccionado, lo dirigirá a la siguiente pantalla, donde podrá consultar y exportar a Excel pulsando el botón verde **"Exportar a Excel" (1)** (en caso de requerirlo), los catálogos con los que cuenta prevención en el sistema.



Si el catálogo es extenso aparecerá un paginador **(2)**, para poder desplazarse en las demás páginas. Así mismo podrá aplicar filtros a los resultados en caso de requerir una búsqueda más específica **(3)**.

Estas opciones antes mencionadas las podrá encontrar y realizar en todos los catálogos que se encuentren dentro de este módulo de consulta.

Finalmente, en la parte inferior de la **"consulta de catálogos"** tenemos una búsqueda avanzada de actividades, la cual podrán utilizar para realizar filtrados más específicos por: contexto, actividad, modalidad, estrategia, proyecto y tema.

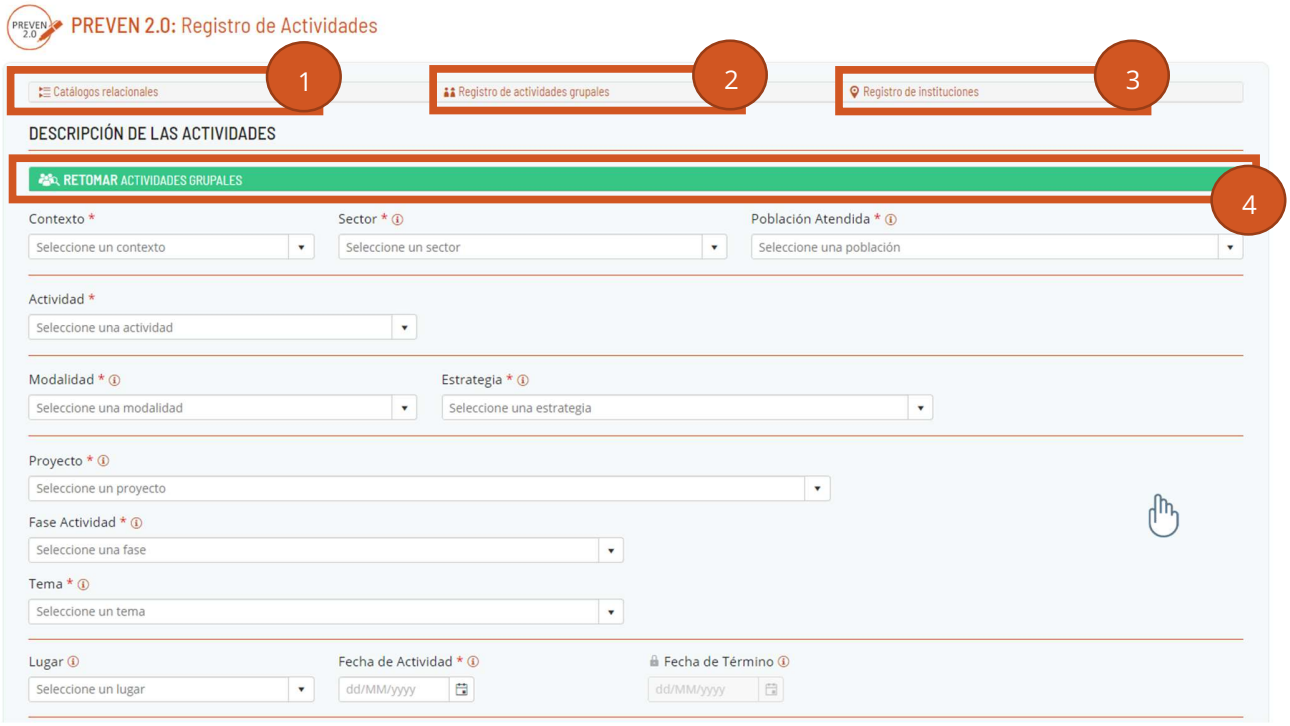


Una vez realice la selección del filtro que desea, deberá pulsar el botón **"Mostrar resultado de la selección realizada"** y este realizará el filtrado acorde a los campos que haya seleccionado y mostrará todos los resultados que sean acorde la búsqueda solicitada, al igual que en la consulta de catálogos, también podrá realizar la exportación de esta tabla a Excel pulsando el botón **"Exportar a Excel" (1).**

Registro de actividades

Para realizar el registro de una actividad deberá seleccionar en la sección principal el apartado de **"Registro de actividades"**.

Una vez seleccionado, lo dirigirá a la siguiente pantalla, donde podrá comenzar el registro de las actividades que requiera, de manera única o grupal, así como ayuda respecto a los catálogos, y el registro de actividades e instituciones.



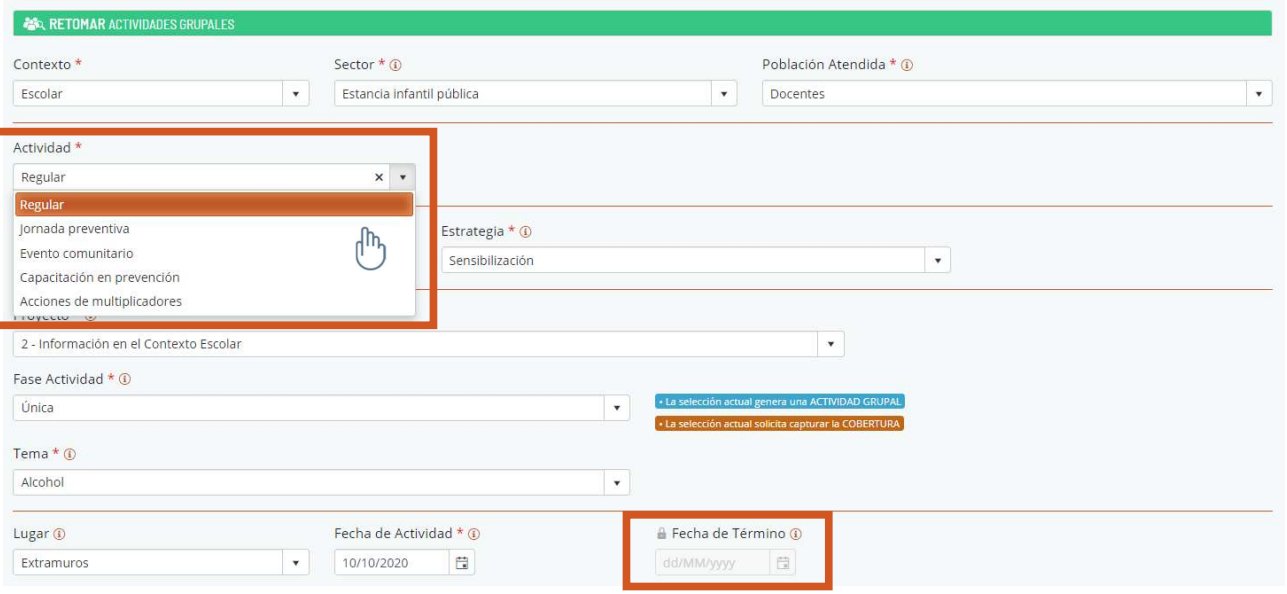
En la parte superior (1), encontrará una ayuda acerca de la relación entre los **"Catálogos relacionales"**, así como una breve descripción de la manera en la que se representan.

Posteriormente encontrará (2), **"Registro de actividades grupales"**, en el cual visualizará características para el registro de una actividad y parámetros que lo delimitan.

Por último (3), **"Registro de instituciones"**, en donde podrá consultar como se delimita la búsqueda por institución.

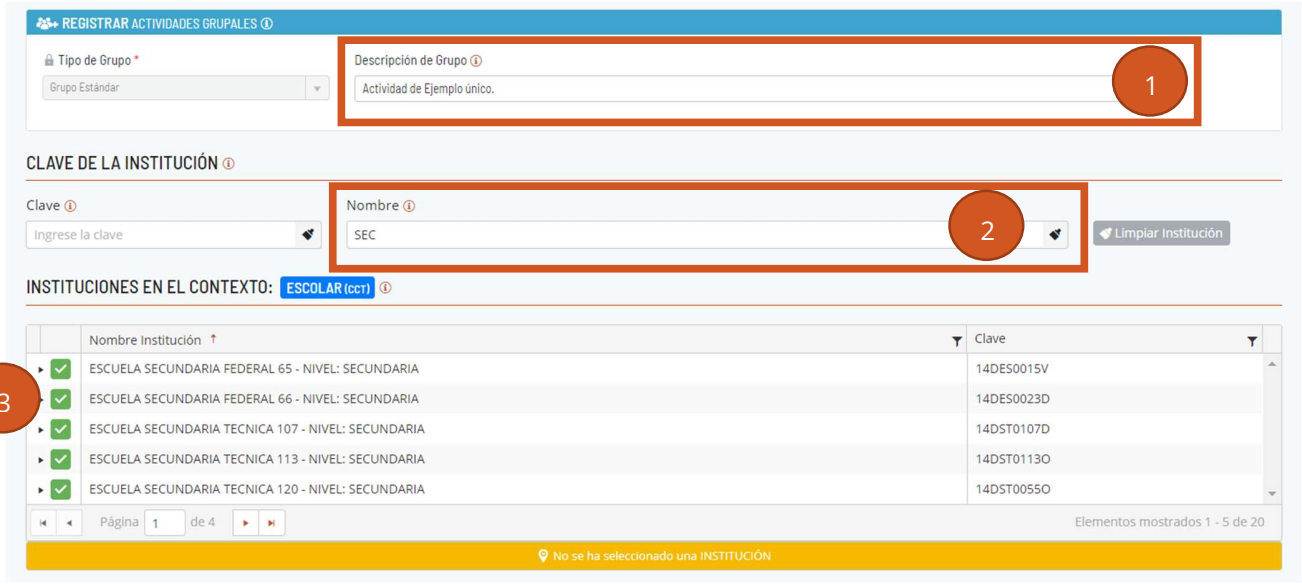
La barra en color verde (4), **"Retomar actividades"**, se seleccionará cuando la actividad que se encuentre registrando sea **"Grupal"**.

Para comenzar con el registro de una **"Actividad de fase única"** deberá indicar en los campos correspondientes el contexto, sector, población, actividad, modalidad, estrategia, proyecto, fase, tema, lugar, fecha de actividad, al seleccionar el combo se desplegará el catálogo de cada sección, el cual estará relacionado con los resultados posteriores a la selección; es decir en este ejemplo la estrategia dependerá de la actividad.



La fecha de término solo se podrá indicar cuando la actividad sea "Grupal" y esta se encuentre en fase de término. Y únicamente en actividad de fase **"Única"** y **"Grupal"** de término, se le solicitará capturar la **"Cobertura"**.

Posteriormente deberá indicar la **"Descripción de grupo"** (1); en este cuadro de texto podrá indicar más a detalle la actividad que está registrando y esto le facilitará su búsqueda cuando desee consultarla.

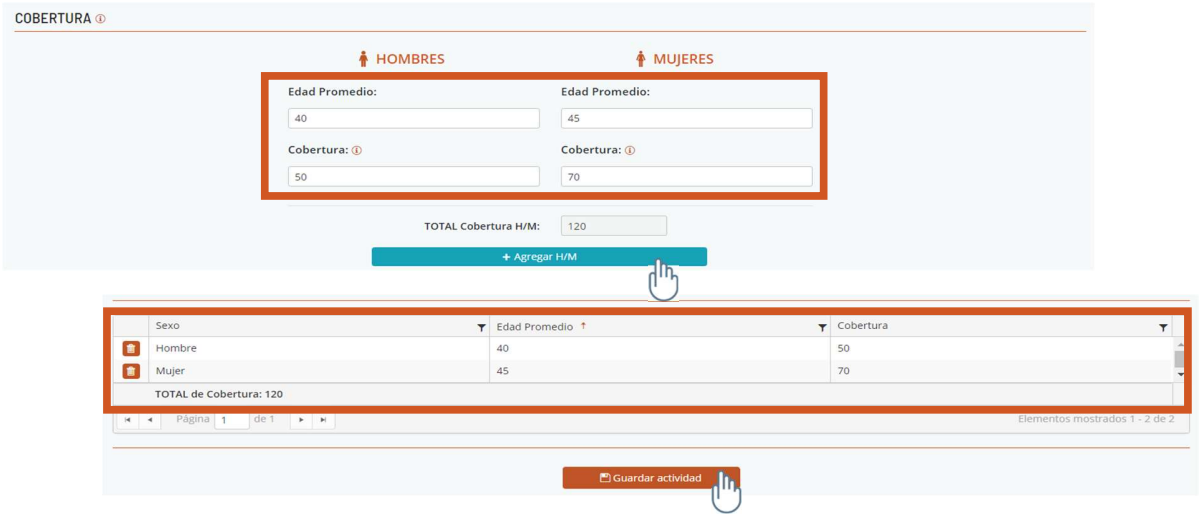


Deberá indicar la **"Clave de la institución"**, podrá realizar su búsqueda escribiendo en el cuadro de texto del campo **"Nombre"** (2), las primeras 3 letras del nombre de la institución y en la parte inferior aparecerán las coincidencias de este. Seleccionara la institución que desee pulsando el ícono en color verde (3).

Una vez seleccionada la institución se visualizará de la siguiente manera:

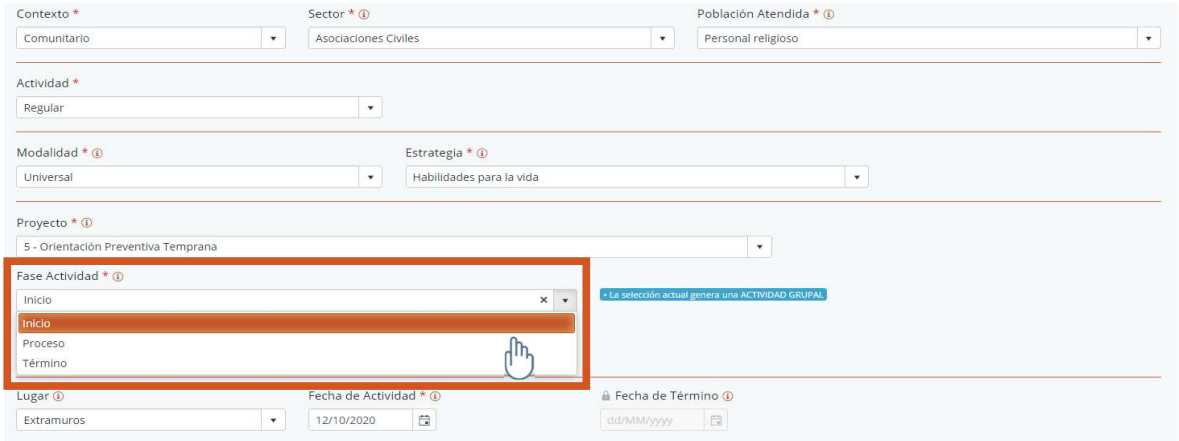
En caso de que la institución no se encuentre dentro del catálogo, usted deberá realizar una solicitud hacia el administrador en cuestión para que este, agregue la institución al catálogo.

Posteriormente deberá indicar la edad promedio y cobertura de esta actividad y pulsará el botón **"+ Agregar H/M"** para que esta información sea agregada en la tabla que se encuentra en la parte inferior, de esta manera:



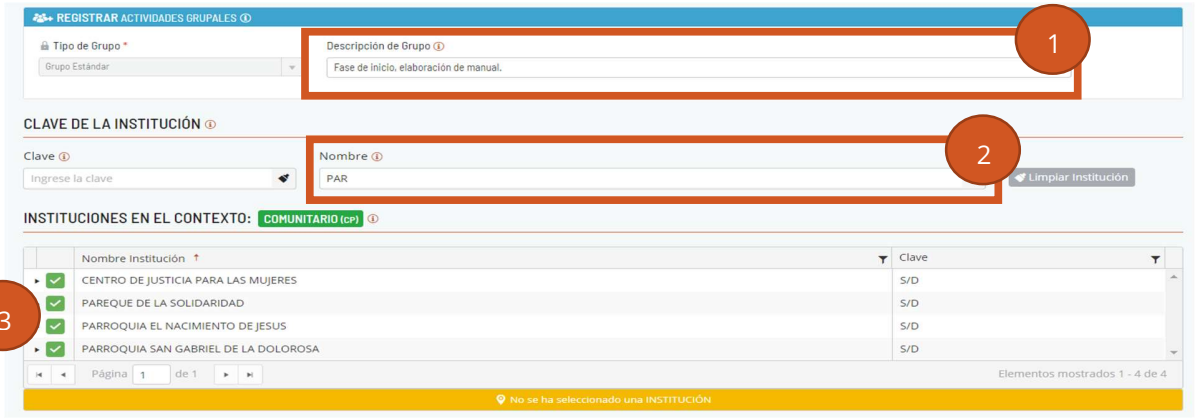
Una vez que ha indicado la cobertura de la actividad, deberá pulsar el botón **"Guardar actividad"** para que esta quede registrada y podrá consultarla posteriormente en el módulo de **"Consulta de actividades".**

Si usted desea registrar, una **"Actividad grupal"** deberá de ir indicando en los campos contexto, sector, población atendida, actividad, modalidad, estrategia, proyecto, para que éstos indiquen que la actividad es grupal. Cuando elija la "Fase de actividad" se habilitará un combo de selección para que indique a cuál pertenece este registro (inicio, proceso, término).



La fecha de término solo se podrá indicar cuando la actividad sea "Grupal" y esta se encuentre en fase de término. Y únicamente en actividad de fase **"Única"** y **"Grupal"** de término, se le solicitará capturar la **"Cobertura"**.

Posteriormente deberá indicar la **"descripción de grupo"** (1); en este cuadro de texto podrá indicar más a detalle la actividad que está registrando y esto le facilitará su búsqueda cuando desee consultarla.



Deberá indicar la **"Clave de la institución"**, podrá realizar su búsqueda escribiendo en el cuadro de texto del campo **"Nombre"** (2), las primeras 3 letras del nombre de la institución y en la parte inferior aparecerán las coincidencias de este. Seleccionara la institución que desee pulsando el ícono en color verde (3).

Una vez seleccionada la institución se visualizará de la siguiente manera:

En caso de que la institución no se encuentre dentro del catálogo, usted deberá realizar una solicitud hacia el administrador en cuestión para que este, agregue la institución al catálogo.

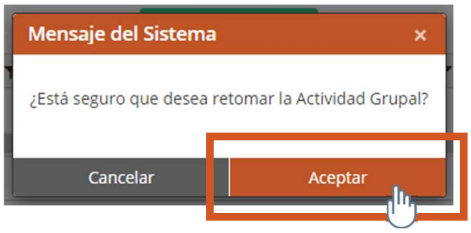
Como este ejemplo es una **"Actividad grupal"** en fase de **"Inicio"** no solicita la captura de cobertura, deberá pulsar el botón **"Guardar actividad"** para que está quede registrada y pueda retomarla posteriormente en las siguientes fases.

Para retomar una **"Actividad grupal"** y registrarle la fase de "Proceso" deberá seleccionar la barra en color verde que se encuentra al inicio de la pantalla de **"Registro de actividades"**.

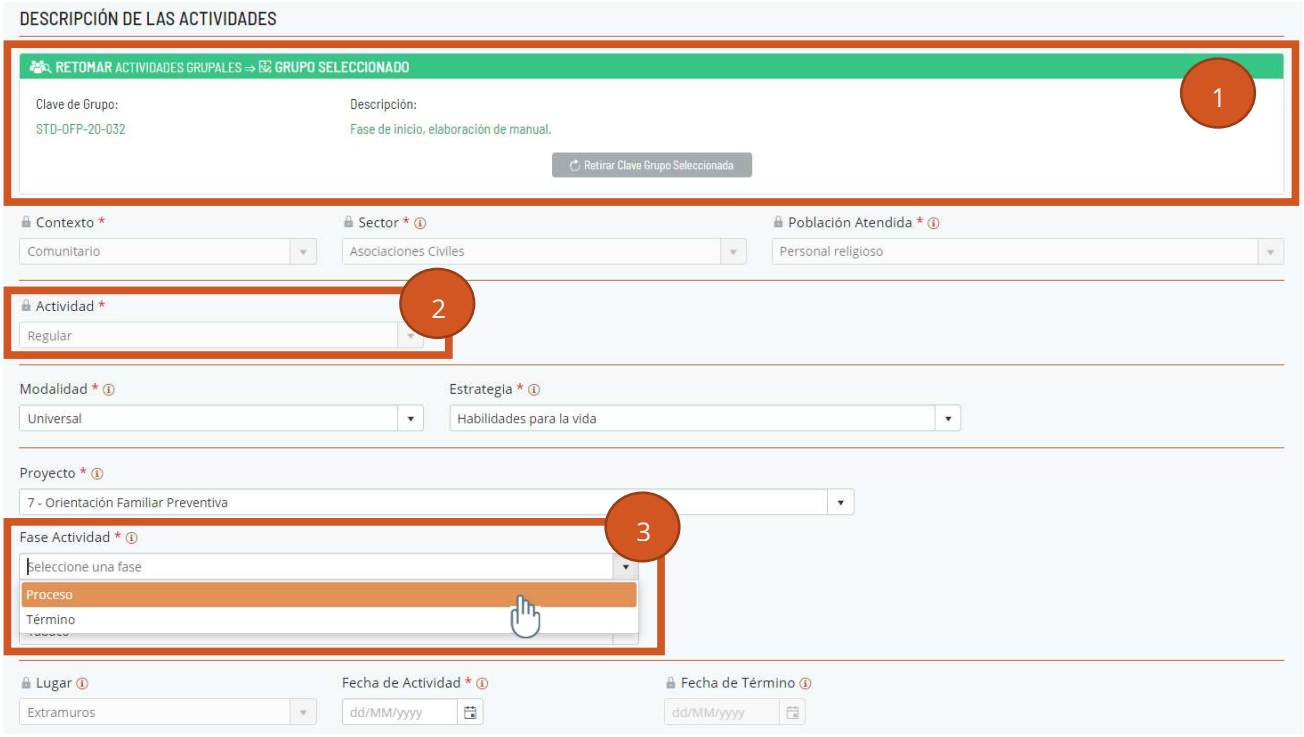
Una vez que haga clic sobre la barra **"Retomar actividades grupales"**, se desplegará la siguiente sección donde podrá realizar la búsqueda la actividad de **"inicio"** para retomarla y registrar las siguientes fases. Podrá realizar la búsqueda por: tipo de grupo, clave de grupo, y descripción de grupo.

En este ejemplo se realizará una búsqueda por **"Descripción de grupo"**.

Y nos aparecerá el o los resultados que coincidan con el texto que haya escrito en la descripción de grupo, para retomar la actividad deberá dar clic en el icono verde (1), y le mandara un mensaje del sistema para que acepte retomar la actividad grupal.



Posteriormente, se actualizará la página y visualizará lo siguiente:



En la primera sección (1), visualizará la actividad que retomo, posteriormente los campos que tengan un candado (2), indicarán que no es posible modificarlos, ya que estos fueron previamente indicados en la fase de “inicio”, y está al ser una actividad grupal en fase de proceso, no permitirá la modificación, únicamente podrá cambiar la selección en aquellos que no tengan el candado, por último, en la fase de actividad (3), deberá indicar si es proceso o término.

En una actividad grupal únicamente podrá indicar una fase de inicio y una fase de término, en cuestión de la fase de proceso, puede indicar un registro o más.

En la última sección **“Instituciones en el contexto”** no podrá cambiar la institución seleccionada ya que esto se registró desde la fase de **“inicio”**.

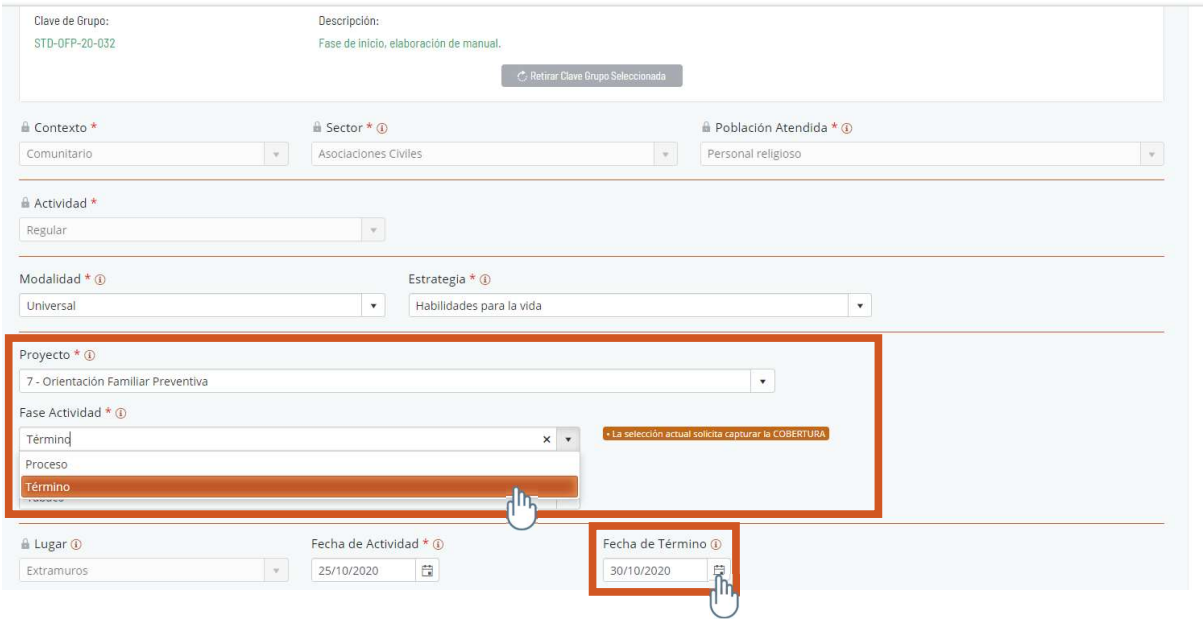
Ya que se hayan completado todos los campos del registro deberá pulsar el botón **“Guardar actividad”** y esta quedara registrada para su posterior consulta y registro de su fase siguiente.

Para concluir el registro de la actividad grupal con la **“Fase de término”** deberá nuevamente de retomar la actividad.

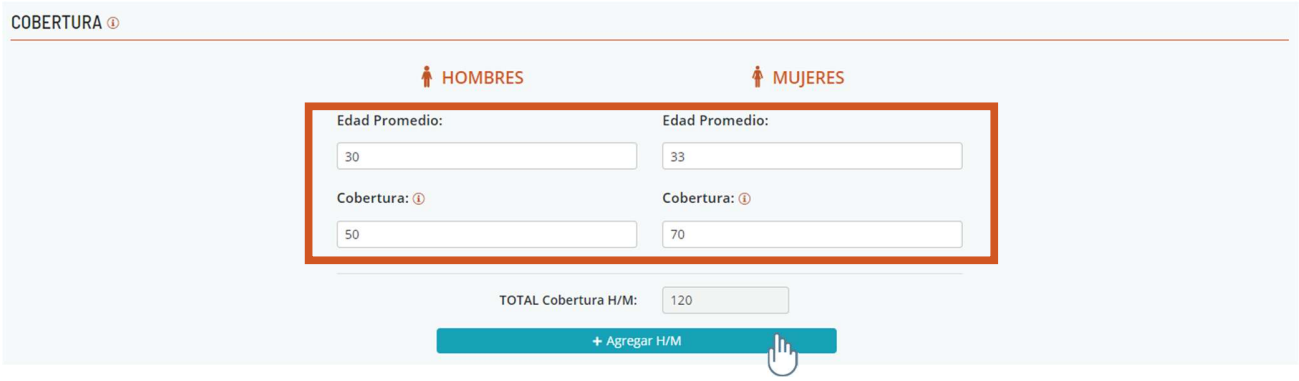
Buscará nuevamente la actividad por descripción de grupo, seleccionará y confirmará,

Una vez que la haya seleccionado, nuevamente le mostrara el sistema la siguiente pantalla en la cual deberá indicar en qué fase va a registrar la actividad, (proceso, o término), en este ejemplo se registrara la fase de término.

Al ser una **“Actividad grupal”** en fase de **“Término”** el sistema le solicitará que indique la cobertura de este registro.



Una vez seleccionada la **“Fase de término”**, el sistema le solicitará que capture posteriormente la **“Cobertura”**, así como la fecha de término ya que se estaría concluyendo el registro de la actividad grupal.



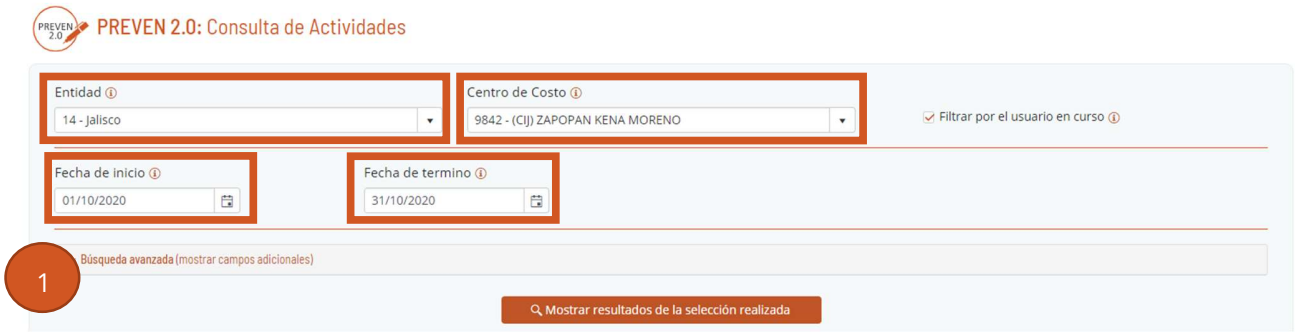
Posteriormente deberá indicar la edad promedio y cobertura de esta actividad y pulsará el botón **“+ Agregar H/M”** para que esta información sea agregada en la tabla que se encuentra en la parte inferior, de esta manera:

Una vez que ha indicado la cobertura de la actividad, deberá pulsar el botón **“Guardar actividad”** para que esta quede registrada y podrá consultarla posteriormente en el módulo de **“Consulta de actividades”.**

Consulta de actividades

Para realizar la consulta de actividades, deberá seleccionar en la sección principal el apartado de **“Consulta de actividades”**.

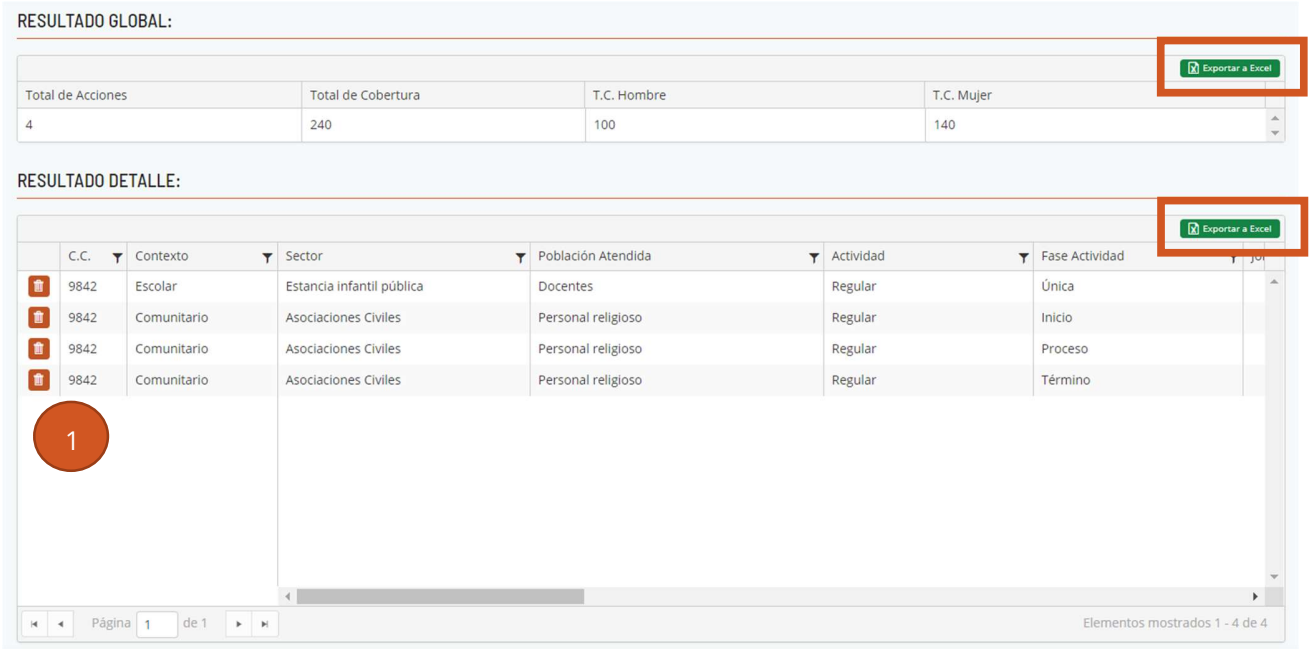
Una vez seleccionado, lo dirigirá a la siguiente pantalla, donde podrá consultar las actividades que están registradas de manera única o grupal; podrá filtrar la consulta por entidad, centro de costo, fecha de inicio, o fecha de término, según lo requiera.



Si necesita una búsqueda avanzada podrá realizarla pulsando sobre **"Búsqueda avanzada"** (1), y este le desplegará una búsqueda más específica del registro.

Deberá indicar los campos adicionales para refinar la búsqueda. Una vez este completo deberá pulsar el botón **"Mostrar resultados de la selección realizada"** y el sistema le arrojará los resultados coincidentes.

Por último, encontrará dos resultados, global y detalle los cuales podrá exportar a Excel pulsando sobre el icono verde remarcado en la siguiente pantalla.



Con la finalidad que el usuario tenga, de esta manera podrá realizar una consulta más detallada de las actividades registradas en el sistema.

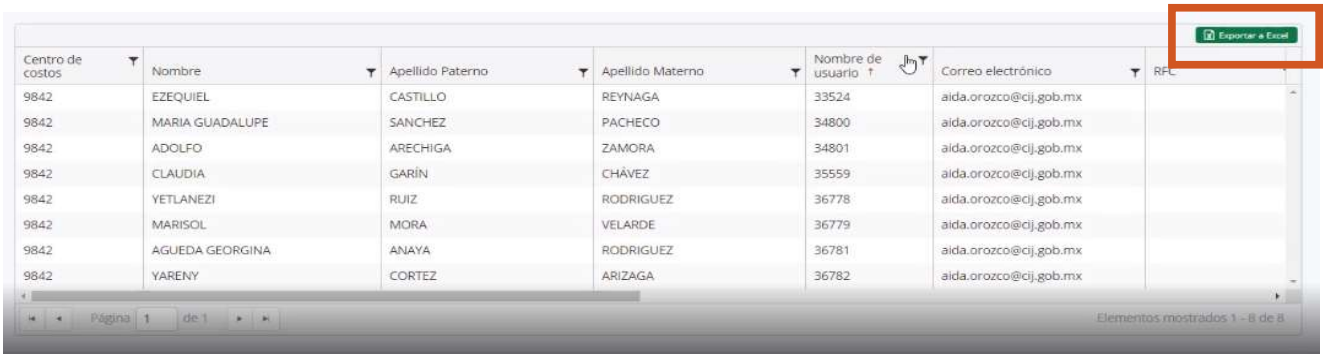
Voluntariado

Consulta de catálogo de voluntariado

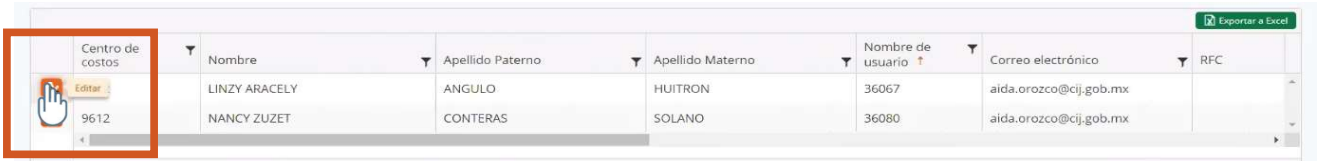
Dentro de este módulo podrá consultar a los voluntarios que se encuentren dados de alta en el sistema, los filtros de búsqueda le ayudaran a localizar un registro especifico.

La búsqueda avanzada, muestra campos adicionales: Nombre, apellido paterno y/o materno. En caso de que usted requiera filtrar a un voluntario en específico.

En la tabla inferior se muestra el resultado de la búsqueda general. La tabla puede exportarse a Excel, recuerde que solo se exportarán los resultados mostrados.



Si usted desea editar el **“Perfil”** de un **“Voluntario”** deberá pulsar el botón **“editar”**.



Y el sistema lo dirigirá a la siguiente pantalla:

En donde podrá realizar el cambio de perfil al voluntario seleccionando el que le asignará, y pulsando el botón **"Guardar"**.

Únicamente **"La persona asignada por CIJ"**, será quién podrá realizar este cambio en el sistema.

De esta manera podrá realizar la consulta y modificación de un perfil al voluntario.

Capacidad Operativa Instalada (COI)

Para ingresar a este módulo hay dos maneras:

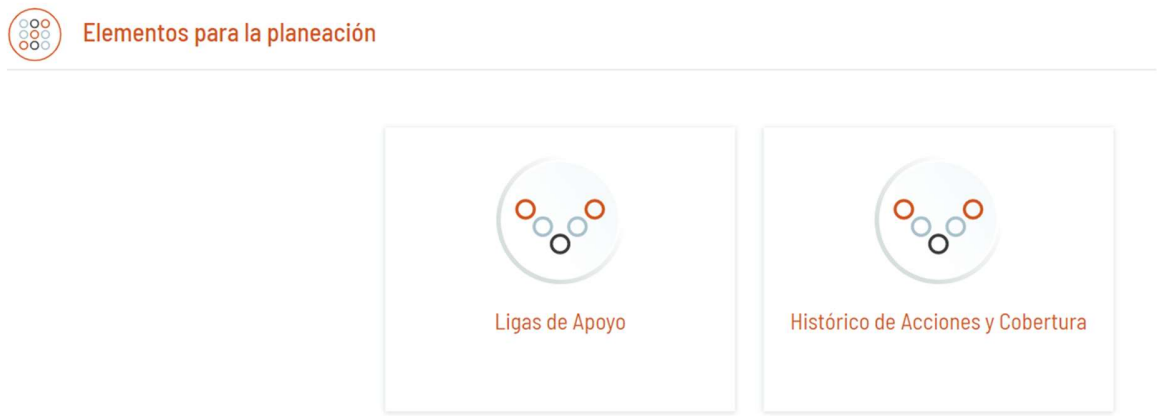
1. Menú principal. Haga clic en el ícono **COI**.
2. Menú superior. Haga clic en la liga **COI** y seleccione la opción donde desea ingresar.

La pantalla principal es la siguiente:

A continuación, se mostrará cada una de las partes en que se divide el COI.

Elementos para la Planeación

Esta pestaña se divide en dos partes: **Ligas de apoyo** e **Histórico de acciones y cobertura**.

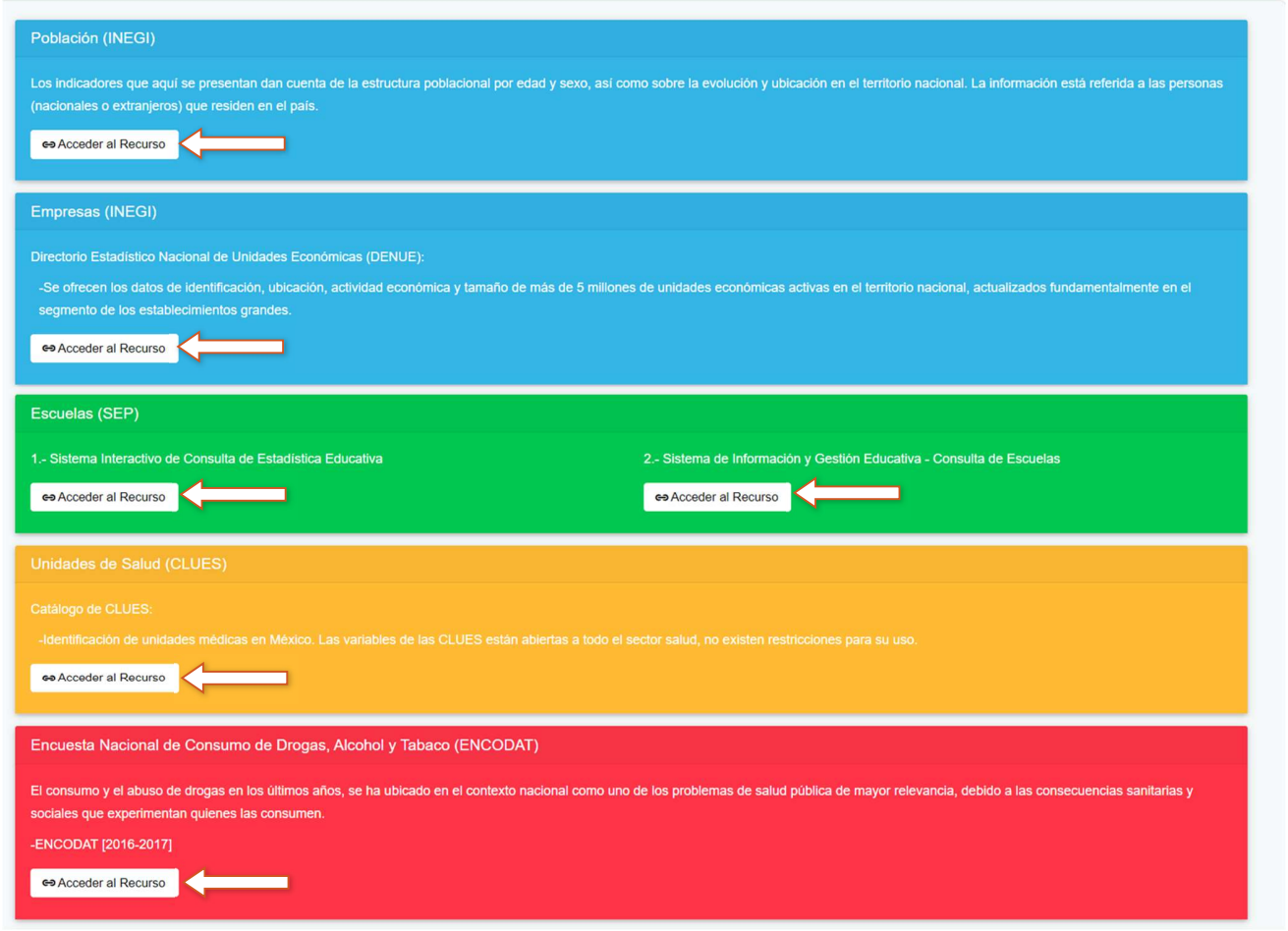


Ligas de Apoyo

En este módulo se encuentran algunas ligas de empresas, escuelas, instituciones de salud.

Haga clic en el botón **“Acceder al recurso”** y se abrirá la liga en una nueva pestaña.

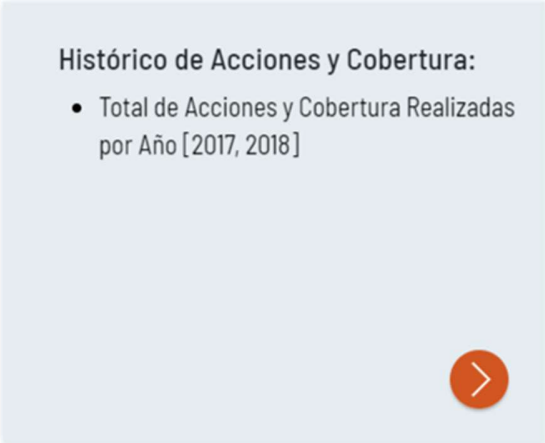
Elementos para la planeación: Ligas de Apoyo



Histórico de Acciones y Cobertura

En esta parte encontrará el total de acciones y cobertura por año.

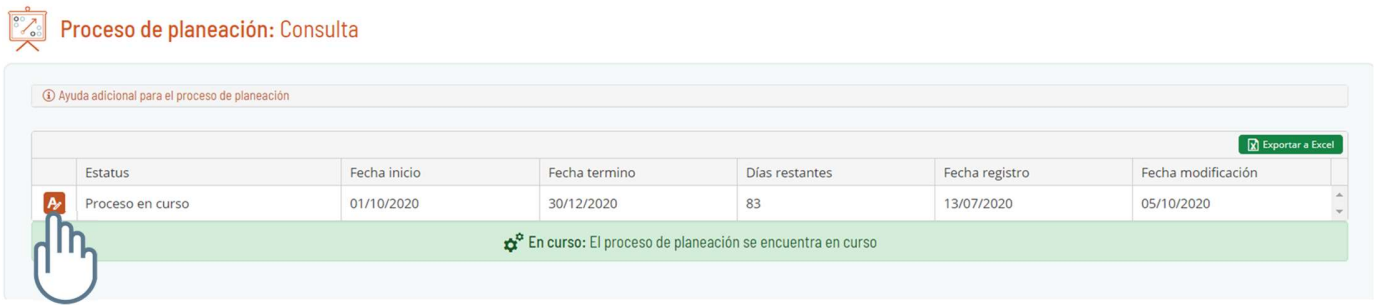
Por el momento, esta sección se encuentra sin información debido a que previo a la capacitación, se hizo una limpieza en la base de datos



Proceso de Planeación

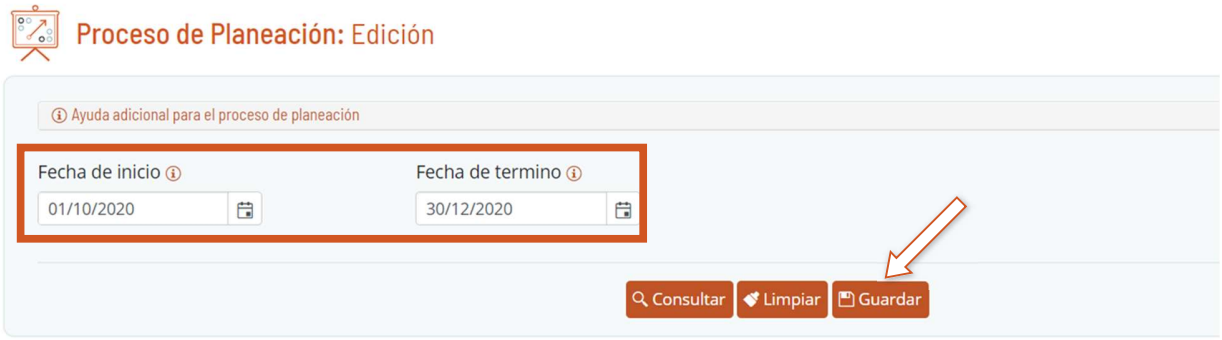
Haga clic en el menú superior, opción **COI** y posteriormente seleccione la opción **Proceso de planeación**.

El sistema mostrará la siguiente pantalla, la cual contiene el estatus, fecha de inicio y término, días restantes, fecha de registro y modificación.



Haga clic en el botón **"Editar"** a la izquierda de la tabla y se redirigirá a la pantalla de edición de las fechas de inicio y término del proceso de planeación. Modifique le fecha de inicio y/o de término según lo que corresponda.

Recuerde que el proceso de planeación no debe superar los 90 días naturales entre la fecha de inicio y término, el sistema hará la validación e informará a través de un mensaje cuando las fechas establecidas sobrepasen los 90 días.



Una vez establecidas las fechas, haga clic en **"Guardar"**. El botón **"Limpiar"** borra las fechas de ambos campos y **"Consultar"** regresa a la pantalla anterior.

Elaboración de Planeación

En la pantalla principal del **COI** haga clic en el módulo de **Elaborar planeación**.

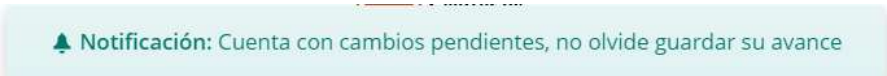
El sistema muestra la siguiente pantalla:

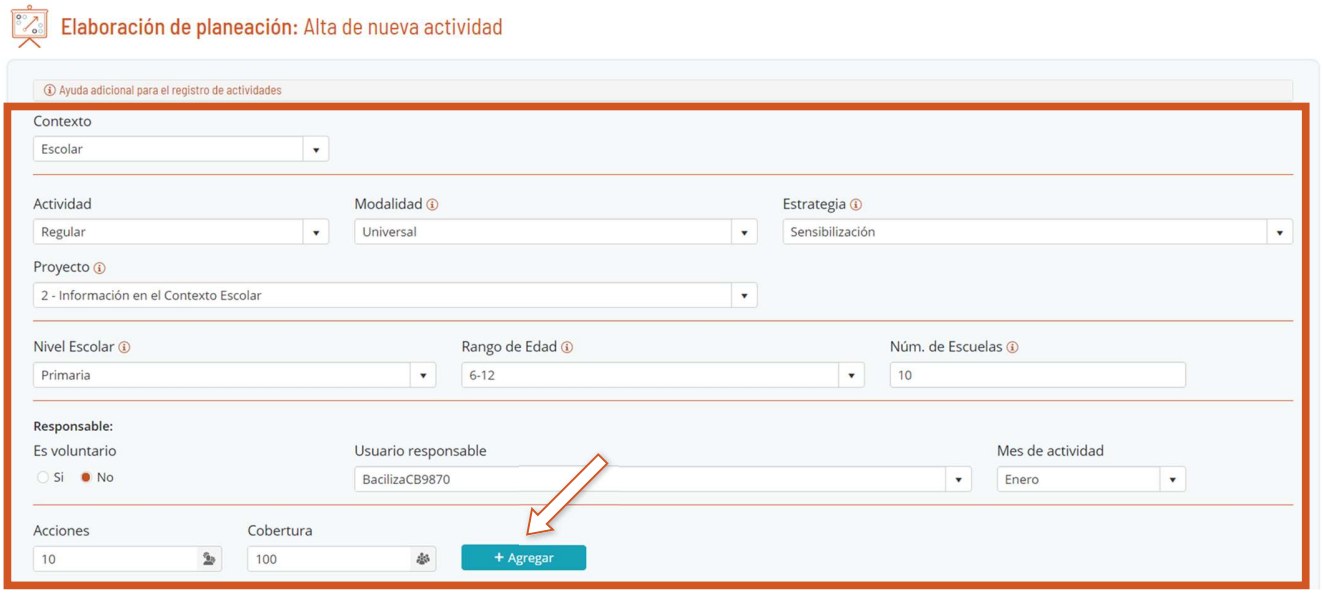
El registro de las actividades de planeación únicamente lo puede realizar el director de la unidad operativa, cualquier otro usuario no podrá ingresar a esta parte. También tome en cuenta que el proceso tiene que estar en curso.

Haga clic en el botón **"Iniciar planeación"** para comenzar a registrar actividades. En las siguientes pantallas se hicieron cuatro ejemplos con cada contexto para el registro de actividades.

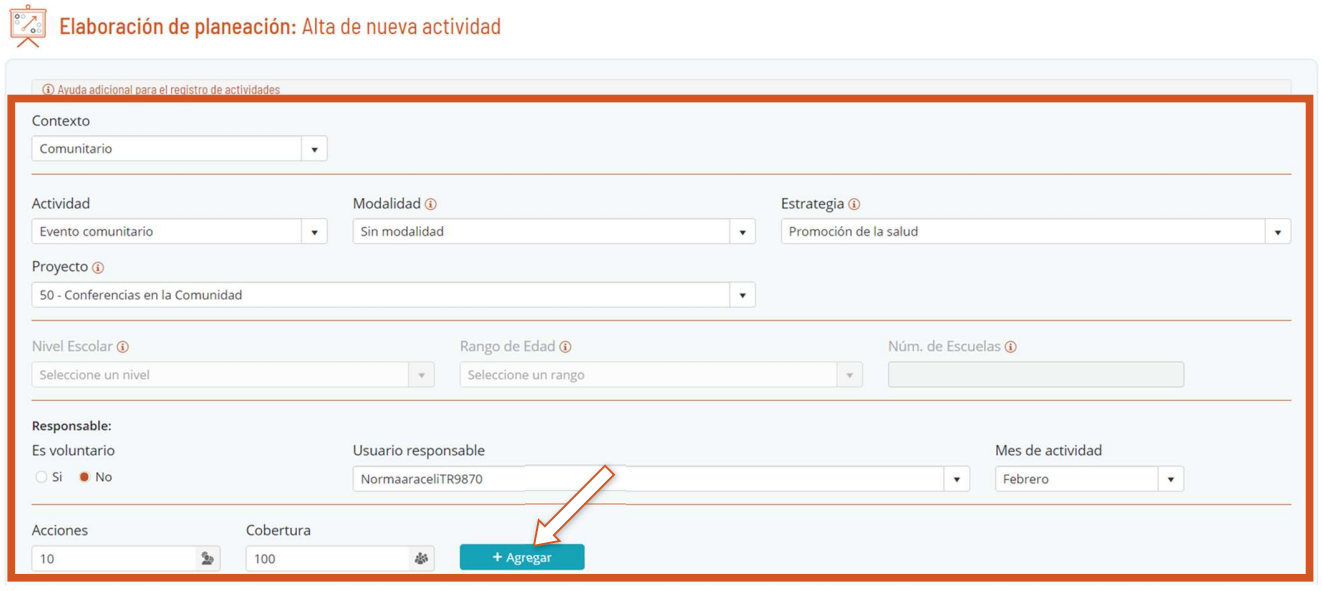
Seleccione el contexto, ejemplo: escolar, **actividad**, **modalidad** (depende de la actividad), **estrategia** (depende de la modalidad), seleccione un **proyecto** (depende de la combinación actividad, modalidad y estrategia). Al ser un contexto **escolar** se habilitan tres campos: **nivel escolar, rango de edad** (dependiendo el nivel escolar seleccionado se mostrará el rango de edad) y **número de escuelas**. Si el responsable de la actividad es voluntario marque **"Sí"**, de lo contrario marque **"No"** y se habilitará el combo **usuario responsable**, este contiene todos los usuarios registrados en la misma unidad operativa para indicar el responsable de la actividad. Seleccione el **mes de actividad** en que se llevará a cabo cada una. Por último, indique el número de **acciones** y **cobertura** y finalmente haga clic en el botón **"Agregar"**. Cada actividad para registrar es el mismo procedimiento.

No olvide guardar su avance cada cierto tiempo para no perder las actividades que ha registrado y antes de salir. El sistema indicará que tiene avances por guardar con un mensaje en color azul cuando detecta cambios hechos como el que se muestra a continuación:

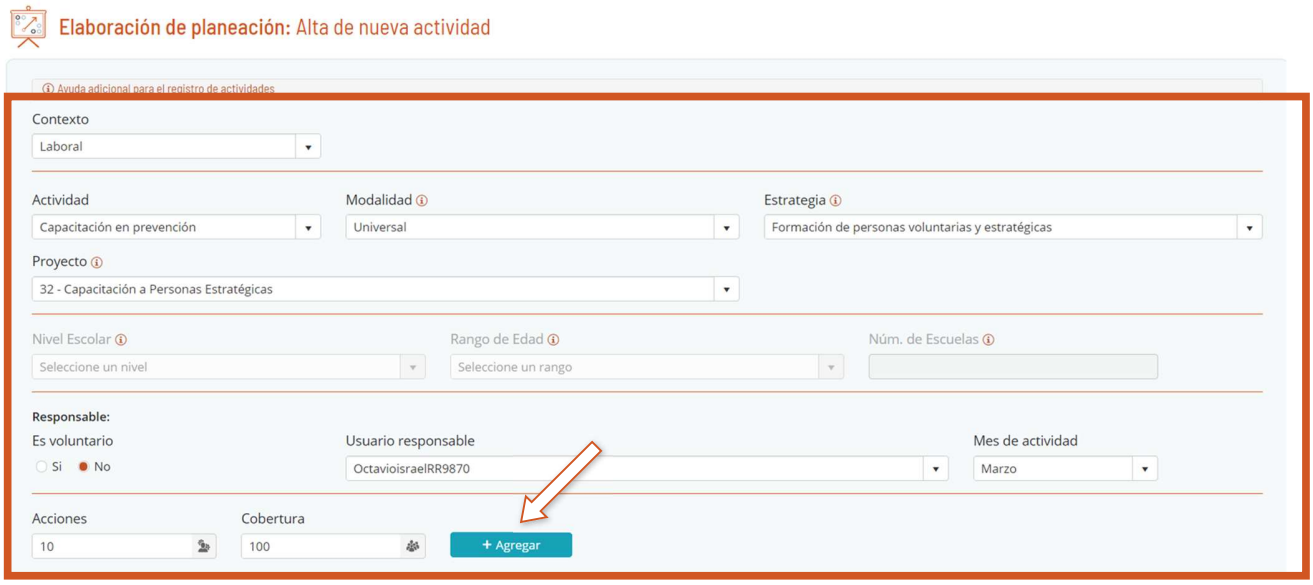




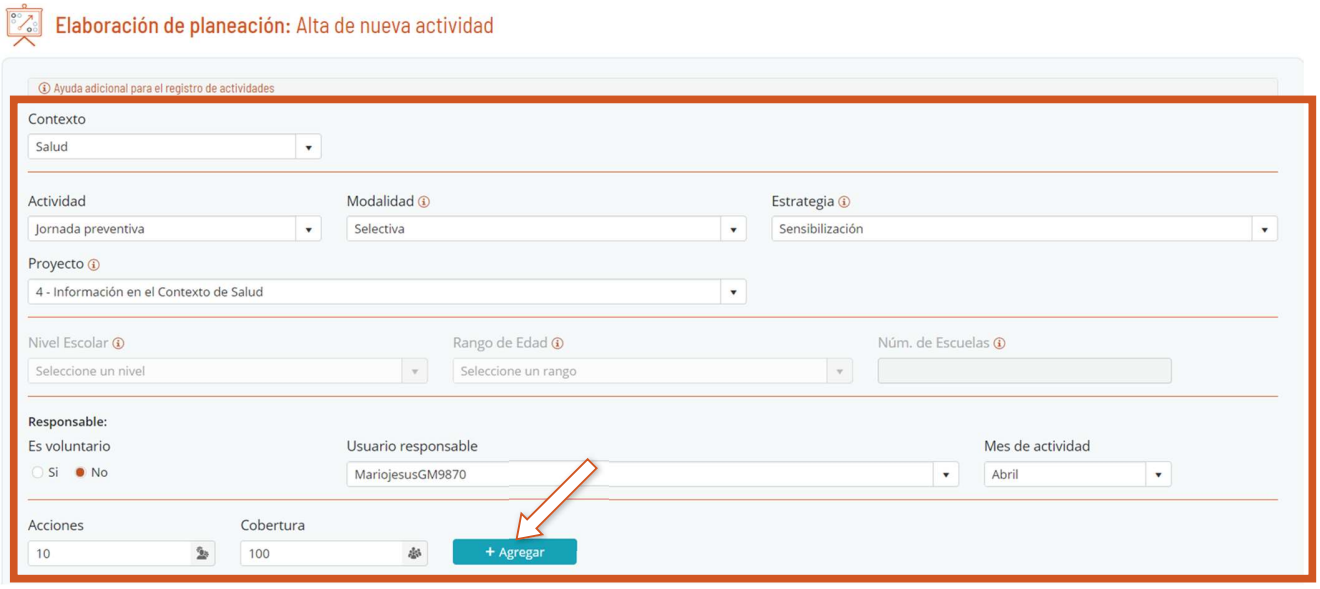
La siguiente pantalla muestra un ejemplo de contexto **comunitario**. Cuando se selecciona este contexto se deshabilitan los campos **nivel escolar, rango de edad y número de escuelas** debido a que éstos únicamente corresponden al contexto **escolar**.



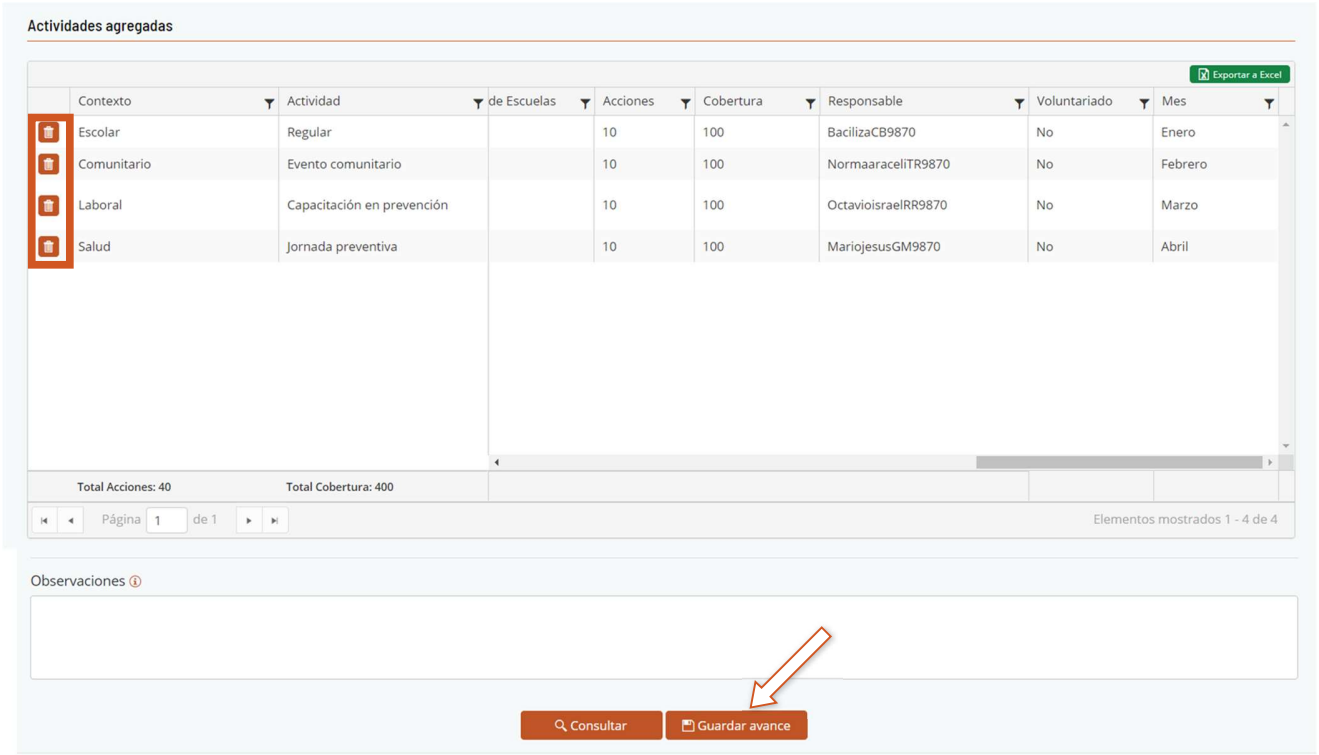
El siguiente ejemplo muestra un ejemplo de contexto **laboral**.



El último ejemplo muestra el contexto de **salud**.



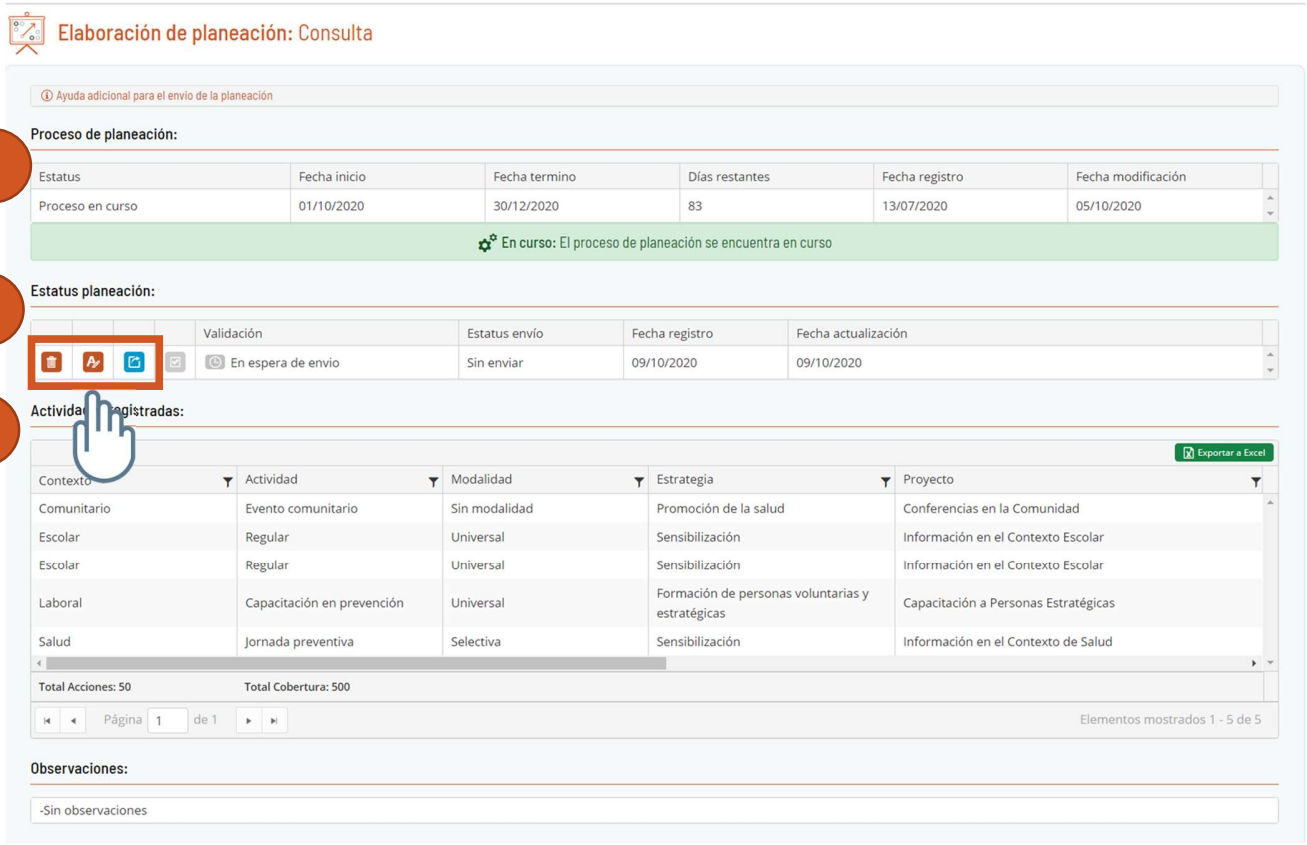
En la tabla inferior se muestran todas las actividades que se registraron. En la parte superior de esta se encuentra el ícono para exportar a Excel en caso de que se necesite. Para eliminar algún registro, haga clic en el primer ícono a la izquierda de la tabla **"Eliminar"**. El último campo **observaciones** es abierto para indicar cualquier dato adicional que haga falta.



Haga clic en el botón **"Consulta"** para regresar a la pantalla principal de **Elaborar planeación**, la cual se muestra a continuación.

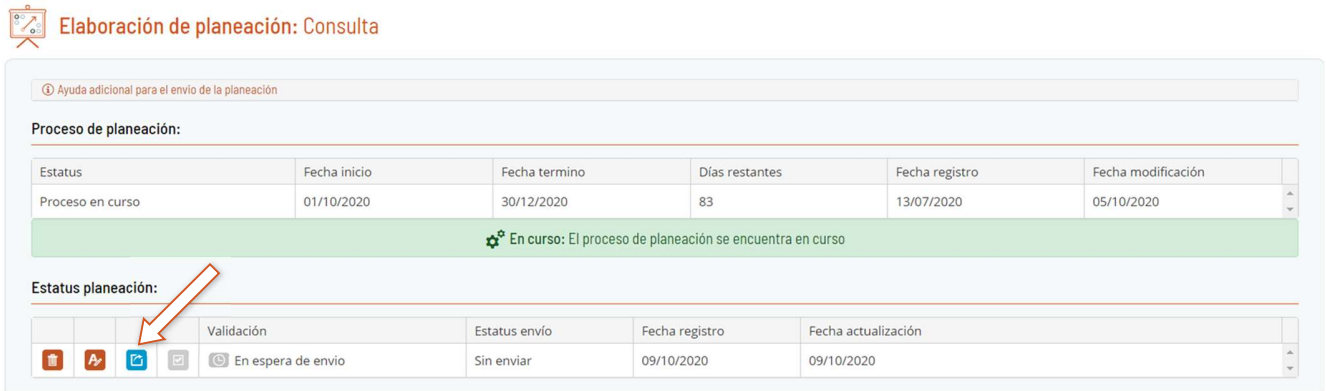
1. La primera parte de esta pantalla contiene de manera informativa el proceso de planeación, es decir, las fechas de inicio y término establecidas para este proceso, así como el estatus en el que se encuentra.
2. La segunda contiene el estatus del proceso de planeación, aquí se muestran tres botones:
    a. **"Eliminar"**, el cual borra todas las actividades registradas en la planeación y hay que comenzar el registro desde el inicio.
    b. **"Editar"**, el cual lleva de regreso al registro de actividades para agregar o eliminar. No olvide guardar el avance si ejecuta cualquiera de las dos operaciones.
    c. **"Enviar a validación"**, el cual ejecuta el envío de la planeación a un proceso que consta de dos validadores: normativo y operativo, en ese orden; con sus propios criterios aprobarán o rechazarán la planeación.

Una vez enviada a validación la planeación no podrá modificarse ni editarse a menos que sea rechazada por cualquiera de los validadores.



Validación de Planeación

En la pantalla principal de la elaboración de la planeación, haga clic en el tercer ícono para enviar a validación.

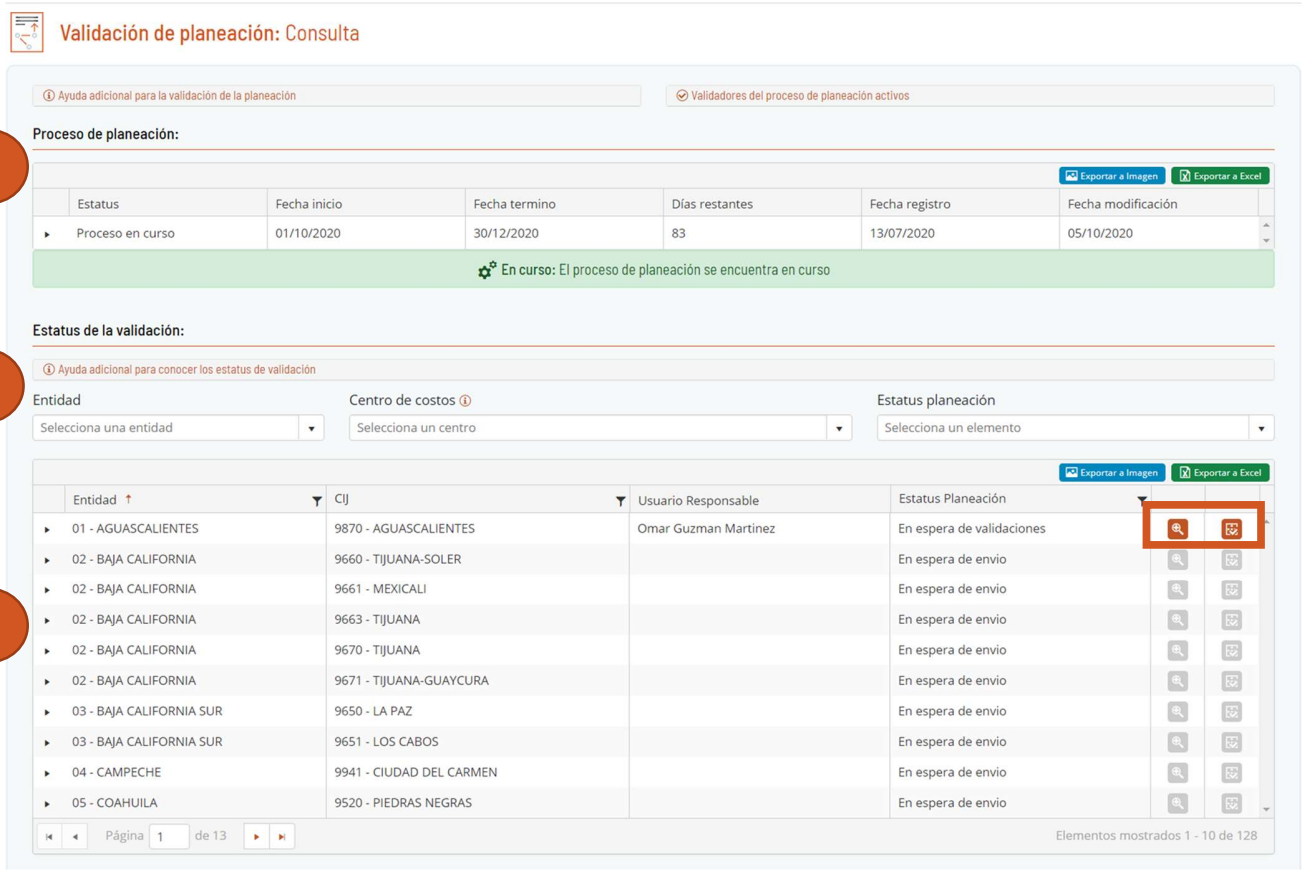


Una vez enviada, el proceso de validación es transparente para los directores de la unidad operativa. El primer validador es el **Normativo**, el siguiente es el **operativo,** cada uno validará la planeación de acuerdo con sus criterios aprueba o rechaza. La explicación siguiente es para los usuarios validadores; el proceso es el mismo para ambos (normativo y operativo).

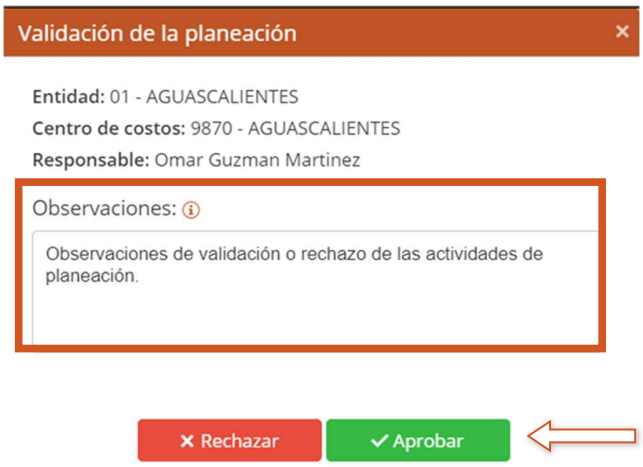
Haga clic en el ícono **COI** y el sistema mostrará la pantalla principal. Seleccione la opción **Validación de planeación.**

El sistema mostrará la siguiente pantalla con todas las unidades operativas registradas.

1. **Proceso de planeación**.
2. **Estatus de la validación**. Sección de búsqueda a través de los filtros: **entidad, centro de costo** y **estatus planeación**, para localizar aquellos procesos enviados a validar.
3. **Tabla con unidades operativas** y en caso de que la planeación ya haya sido enviada, se habilitarán los dos últimos íconos, el primer es para consultar el detalle y el último es para aprobar o rechazar.

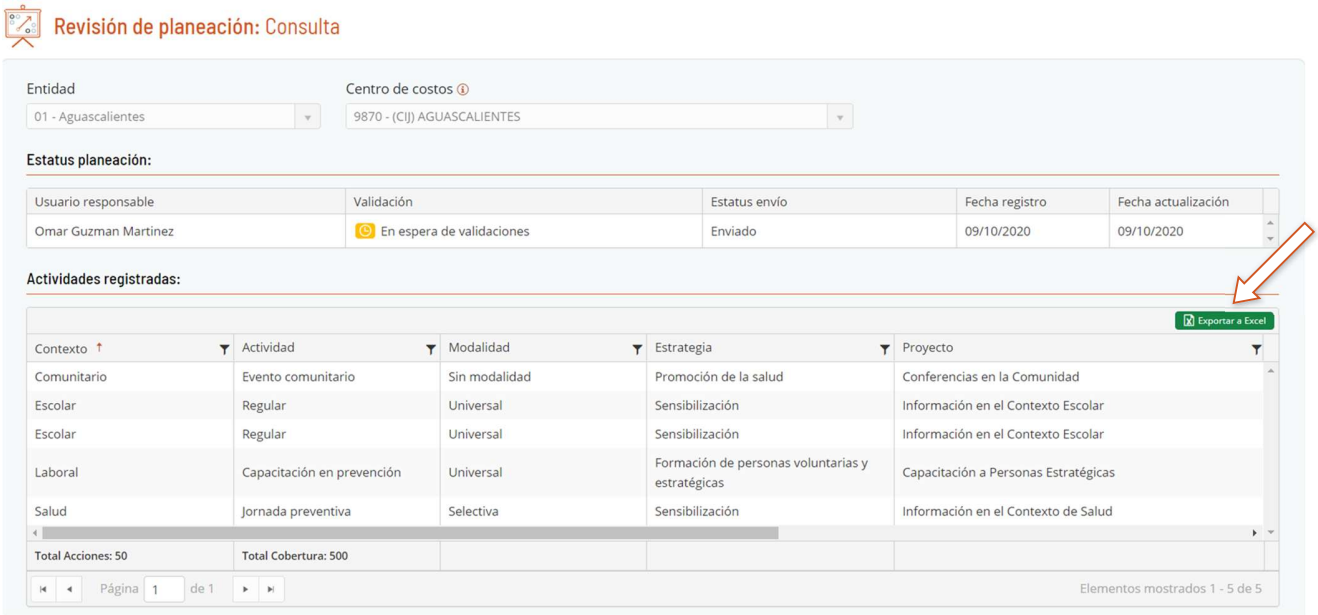


Al hacer clic en el ícono de validar la planeación el sistema muestra una ventana para indicar observaciones sobre la planeación, ya sea que se rechace o se apruebe, el validador hace comentarios respectivamente.



Consulta

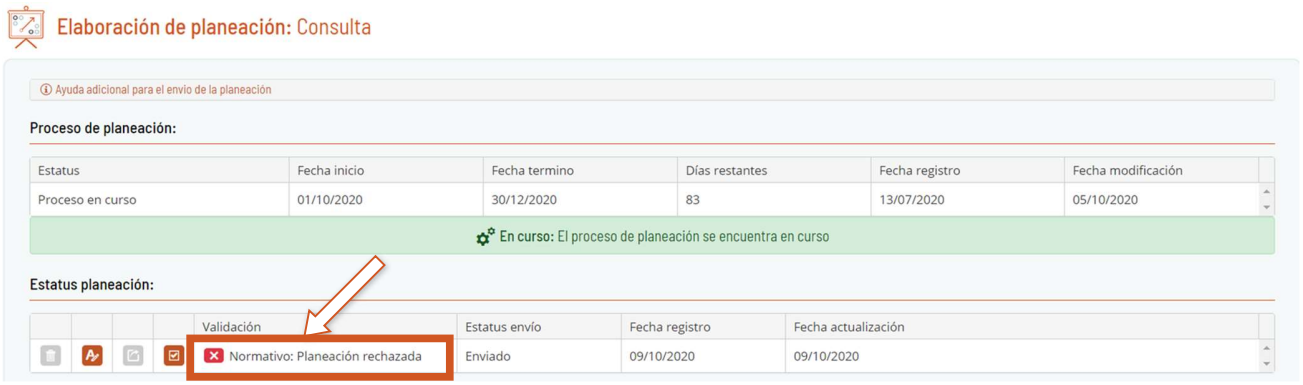
Al hacer clic en el ícono de “lupa” el sistema muestra la siguiente pantalla, es únicamente para consulta. Se muestran las actividades registradas y el estatus en que se encuentra el proceso de planeación. Con el ícono en la parte superior derecha de la tabla, las actividades se exportan a un archivo Excel.



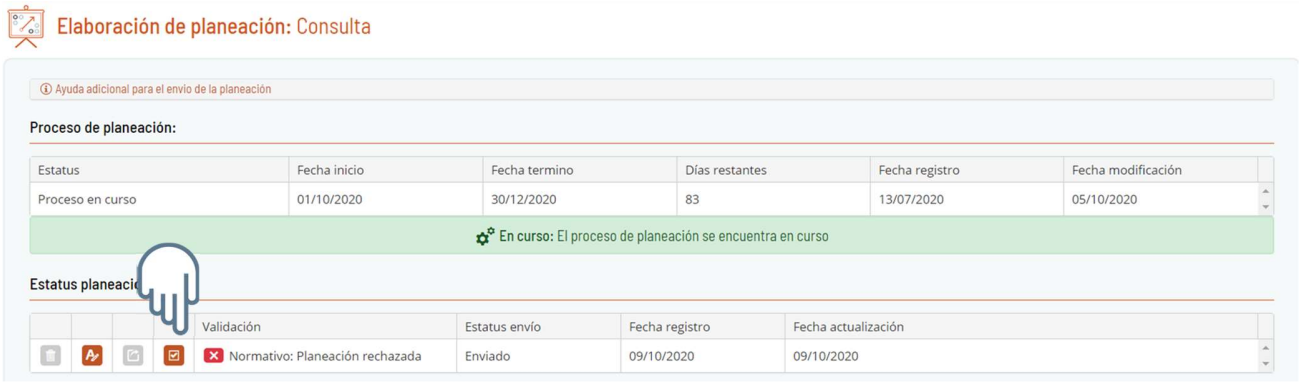
Rechazo de planeación

Cuando uno de los dos validadores rechaza la planeación, el usuario director de la unidad al entrar a **Elaboración de planeación**, el sistema mostrará un mensaje notificando que la planeación ha sido rechazada.

En la tabla donde se indica el estatus de planeación, se actualiza cuando el validador lo rechaza.



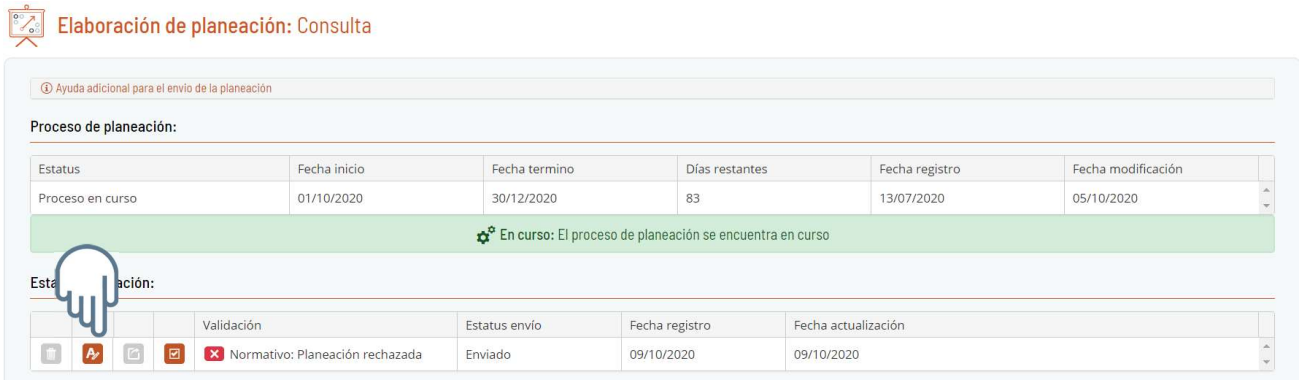
Para revisar los comentarios/observaciones de los validadores sobre el porqué del rechazo de la planeación, haga clic en el ícono **"Validación de la planeación"**.



El sistema muestra la siguiente pantalla. Haga clic en la flecha de la izquierda de la tabla y se desplegará una lista con los validadores, estatus y comentarios/observaciones sobre la planeación, el cual se encuentra hasta la derecha en el ícono azul.

Al hacer clic en este ícono azul, se muestra la siguiente pantalla con los comentarios del validador seleccionado.

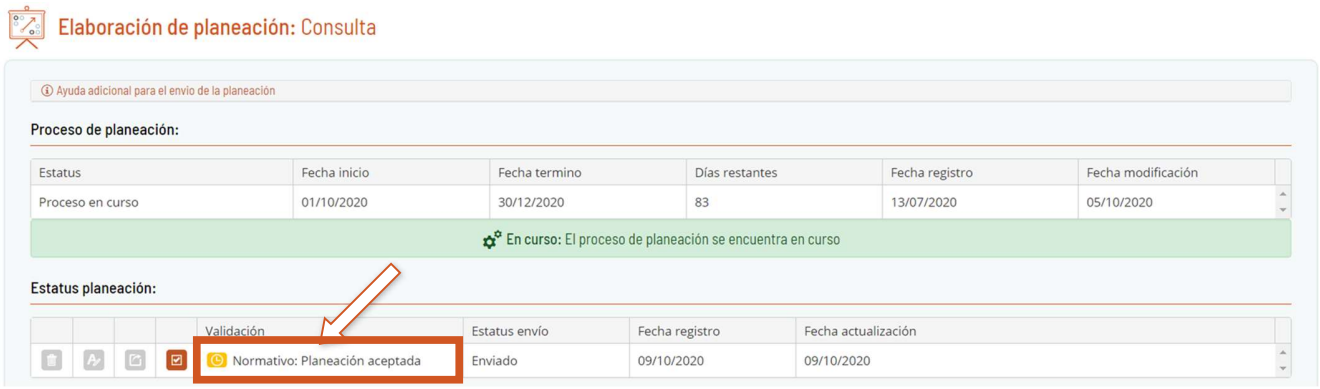
Cuando la planeación es rechazada se habilita el ícono de **"Editar"** y puede agregar o eliminar actividades de planeación. No olvide guardar el avance y después de "corregir" la planeación, envíe nuevamente a validación y pasará nuevamente por validador normativo y operativo.



Aprobación de planeación

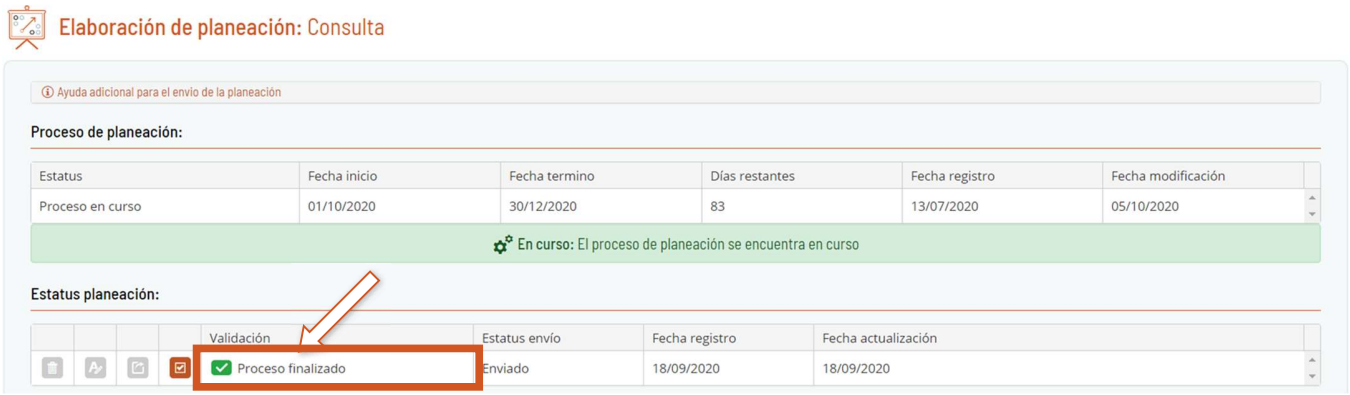
Si la planeación fue aprobada por el primer validador (normativo), el sistema informa que el proceso ha avanzado cuando el usuario director de unida ingresa a la elaboración de la planeación.

En la tabla con el estatus de planeación de igual manera se actualiza e indica quién ha validado las actividades registradas.



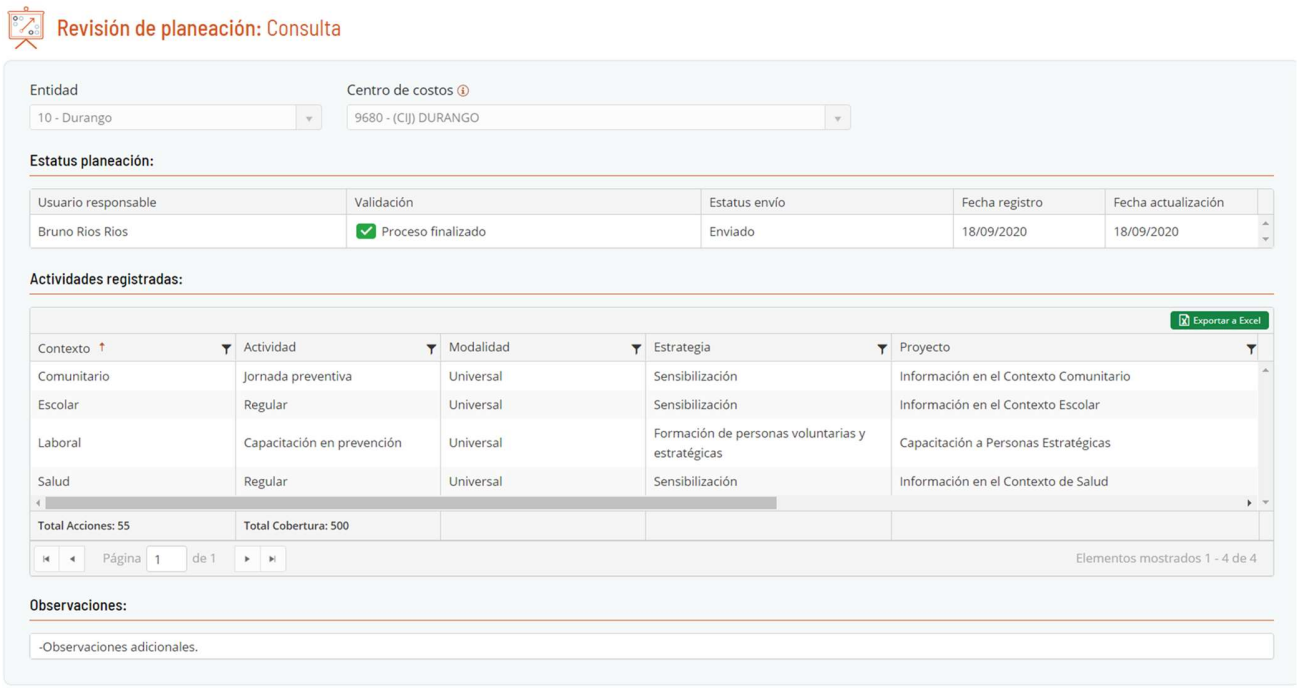
La consulta de observaciones hechas por el validador es de la misma manera.

Cuando los dos validadores aprueban la planeación, el estatus se actualiza y el estatus cambia a **Proceso finalizado**.



Revisión de Planeación

En esta sección se muestra el detalle de la elaboración de la planeación, incluyendo entidad, centro de costo, estatus de planeación, usuario responsable, fecha de registro, actividades registradas con su detalle respectivo y las observaciones que haya hecho el director de unidad.

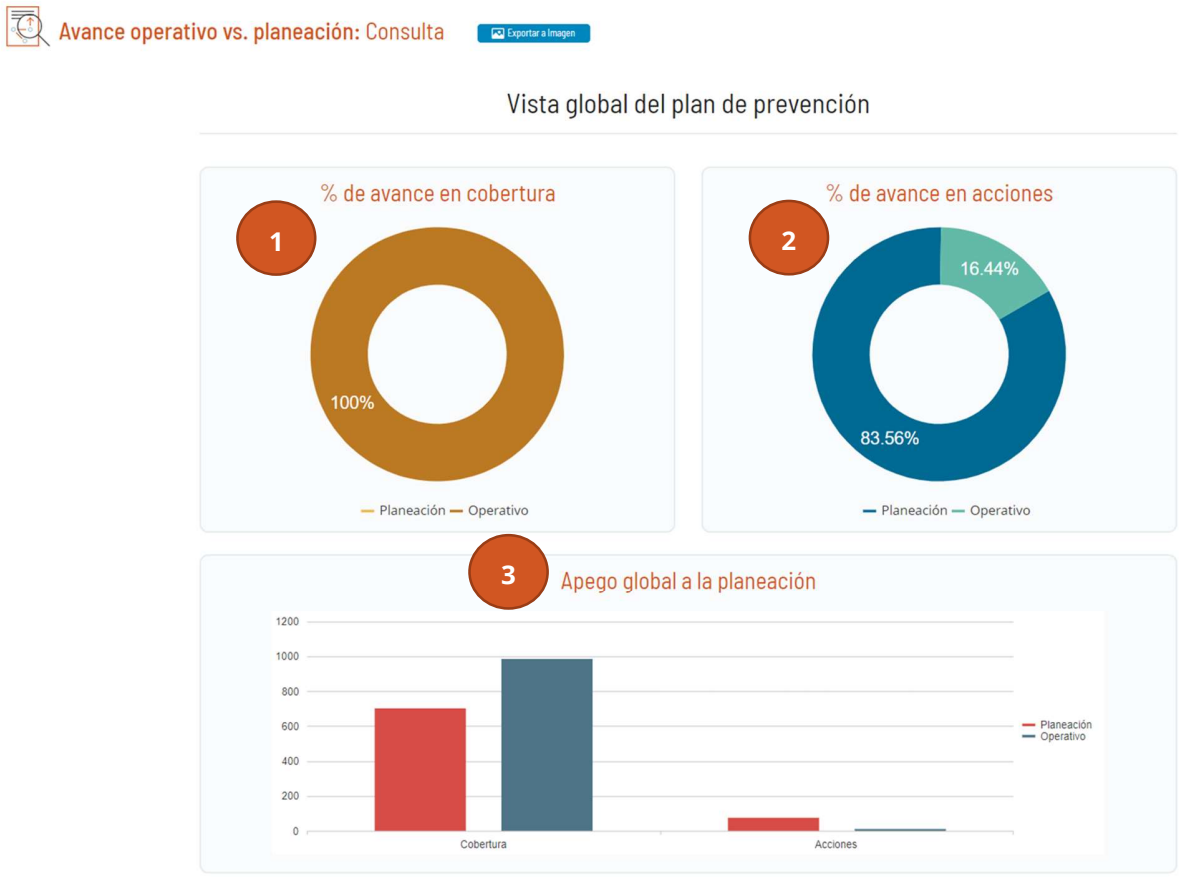


Avance Operativo vs Planeación

Consulta

En esta sección se muestran tres gráficas que muestran el avance operativo (registro de actividades de prevención) vs planeación. Por el momento estos datos se miden por unidad operativa.

1. La primera gráfica muestra el porcentaje de avance en cuanto a cobertura.
2. La segunda gráfica muestra el porcentaje de avance en acciones.
3. La tercera gráfica muestra el avance en números absolutos tanto de cobertura como acciones.

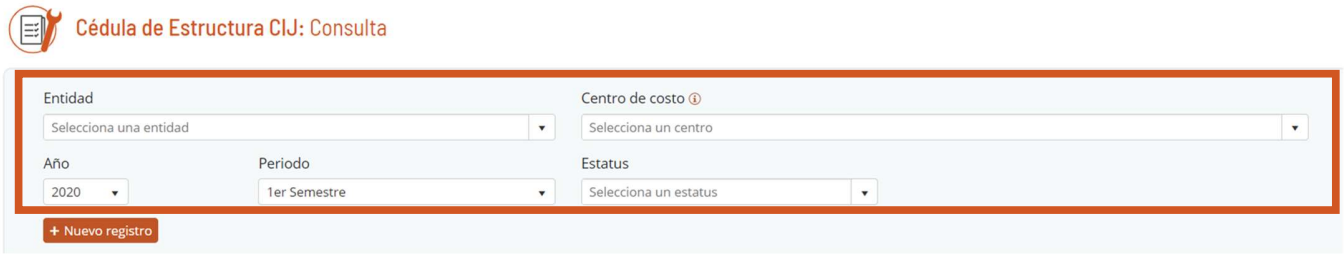


Cédula CIJ

En este módulo se registrarán los aspectos físicos de la unidad operativa. Puede ingresar de dos maneras:

1. Menú central en el ícono de **Cédula CIJ**.
2. Menú superior liga de **Cédula CIJ**.

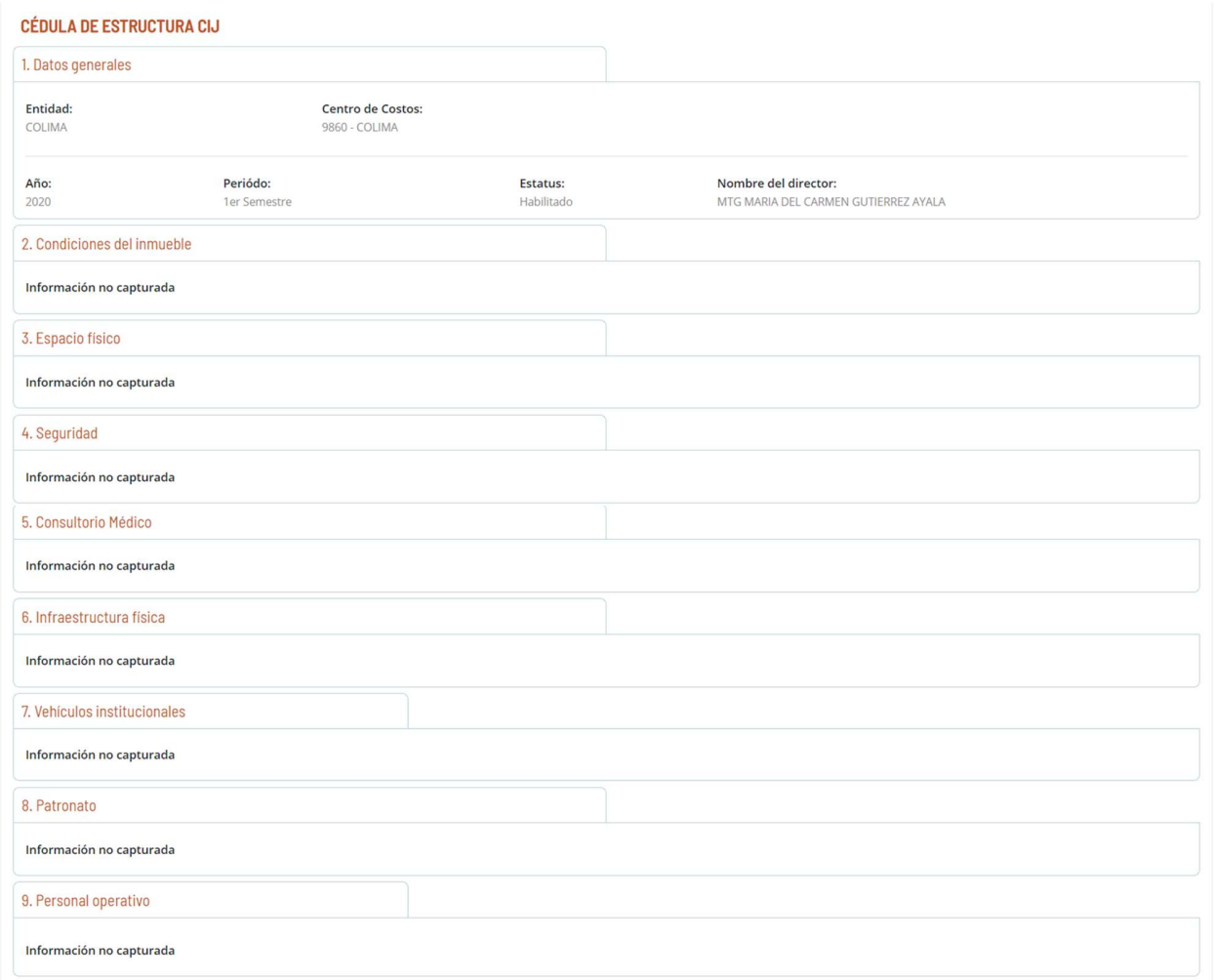
Al ingresar por cualquiera de las dos maneras, el sistema muestra la consulta de la Cédula CIJ, con los campos **entidad, centro de costo, año, período y estatus** puede realizar la búsqueda de una unidad operativa en particular.



En la tabla inferior se listan las unidades operativas que han registrado al menos los datos generales de la cédula de estructura. Esta tabla cuenta con tres íconos al principio (izquierda de la tabla): **"Eliminar"** para borrar todo lo que se ha registrado hasta el momento en la cédula; el segundo **"Editar"** para modificar cualquier dato; **"Ver detalle"** a través del cual el sistema muestra en modo consulta la cédula de estructura. Después de estos íconos, se encuentran datos generales de la unidad operativa. En la parte superior derecha de la tabla se encuentran dos botones para exportar esta tabla a formato Excel y/o imagen.

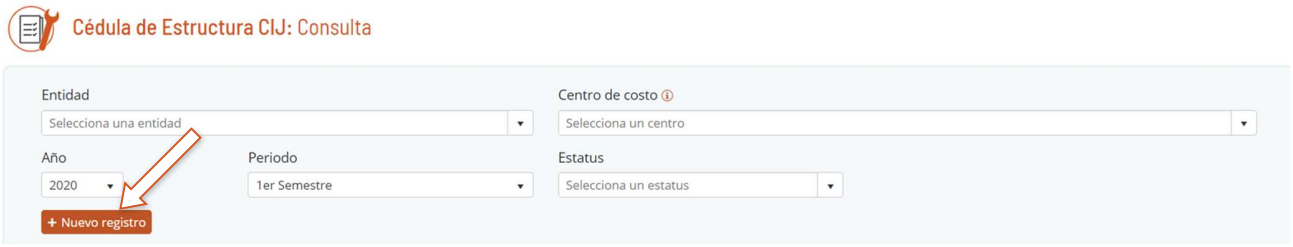
Consulta

Al hacer clic en el tercer ícono, el sistema muestra la siguiente pantalla con la consulta de la cédula. Se indica cada sección en que se divide la cédula. En este ejemplo sólo se capturaron los datos generales.

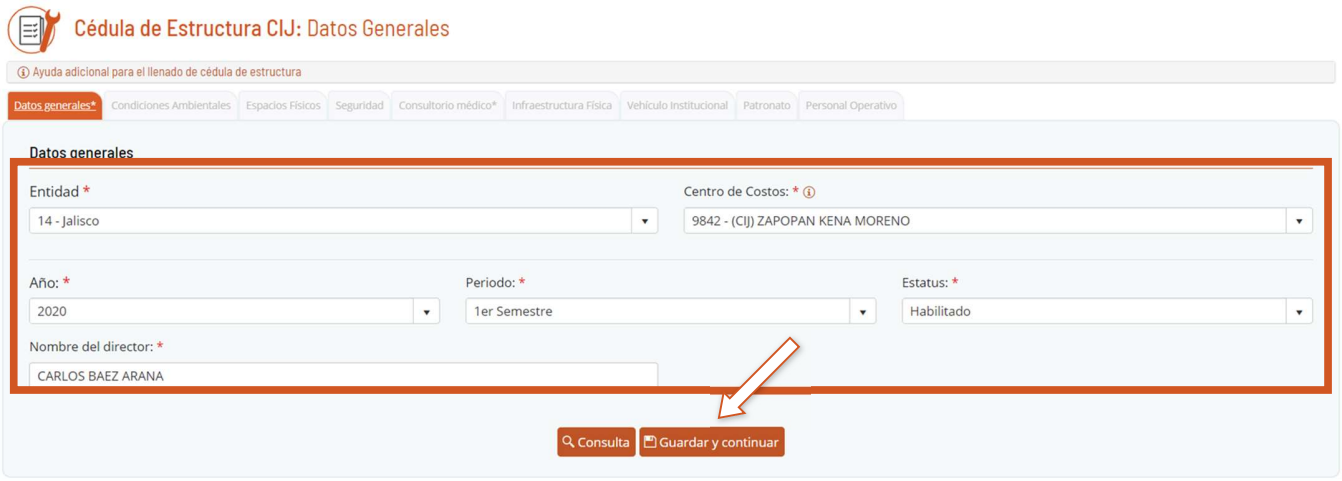


Registro

Con el botón **“Nuevo registro”** el sistema muestra el formulario para el llenado de la cédula de estructura.

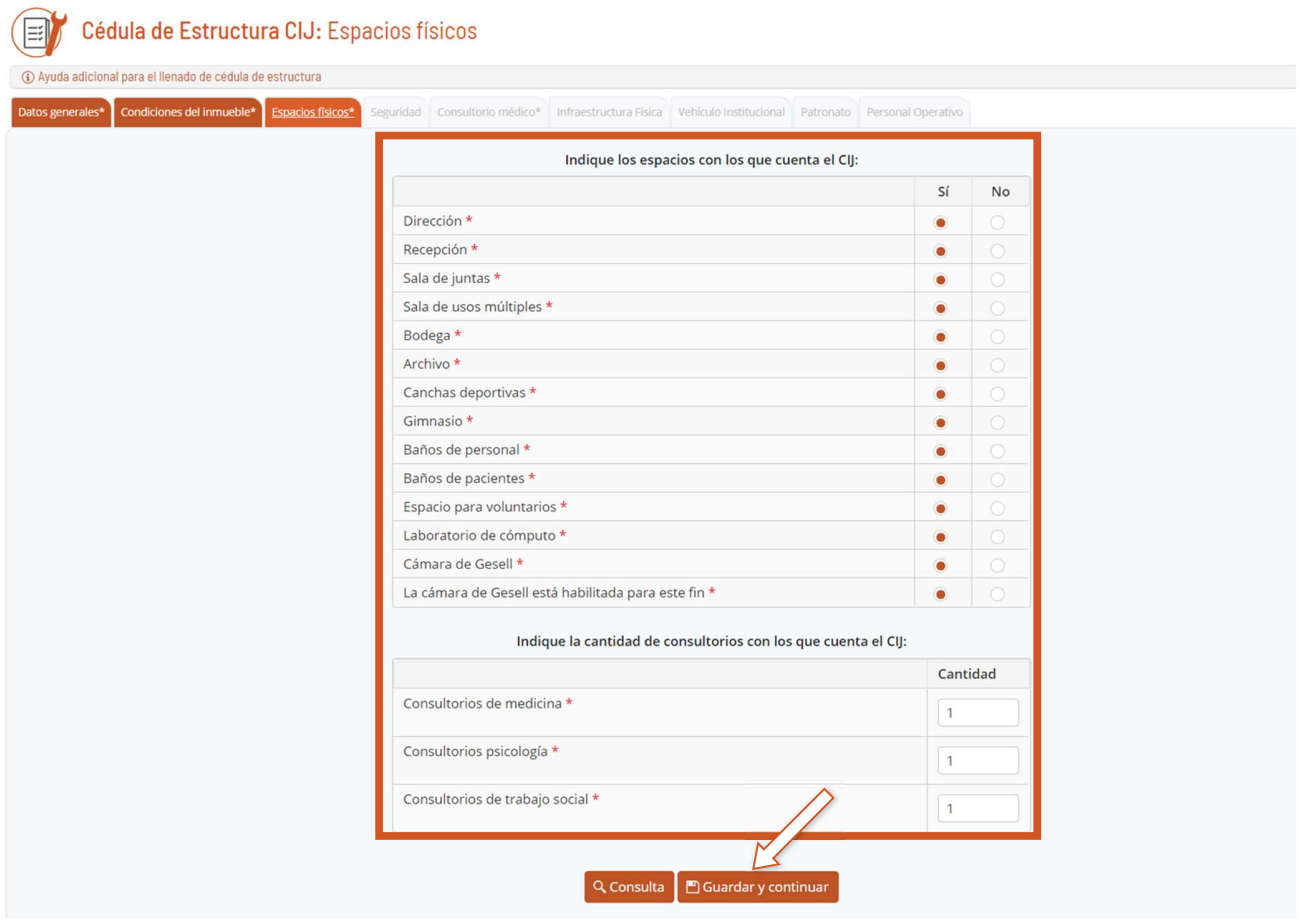


El registro de la cédula comienza con la pestaña de **“Datos generales”** donde se solicita el año de registro, periodo (1er o 2º semestre), estatus (habilitado o deshabilitado) y nombre del director. Una vez que complete los datos obligatorios (marcados con *) haga clic en el botón **“Guardar y continuar”** y el sistema pasará automáticamente a la siguiente pestaña.



La siguiente pestaña es **“Condiciones del inmueble”**, indique si cada aspecto mostrado en la tabla respecto a la unidad operativa es **“Adecuado”** o **“Inadecuado”**. Haga clic en el botón **“Guardar y continuar”** para avanzar a la siguiente pestaña.

La siguiente pestaña es **"Espacios físicos"**, indique los espacios con los que cuenta la unidad operativa y después la cantidad de consultorios con los que cuenta. Haga clic en el botón **"Guardar y continuar"** para avanzar a la siguiente pestaña.



La siguiente pestaña es **“Seguridad”**, indique si la unidad operativa cuenta con los aspectos de seguridad que se enlistan. Haga clic en el botón **“Guardar y continuar”** para avanzar a la siguiente pestaña.

La siguiente pestaña es **“Consultorio médico”**, si la unidad operativa cuenta con él, marque la casilla.

Al marcar la casilla el sistema mostrará una lista para que indique si la unidad operativa cuenta con cada elemento. Haga clic en el botón **“Guardar y continuar”** para avanzar a la siguiente pestaña.

La siguiente pestaña es **"Infraestructura física"**, indique la cantidad de líneas y computadoras adecuadas, número de computadoras con acceso a internet y si la calidad de éste permite realizar el trabajo satisfactoriamente. Haga clic en el botón **"Guardar y continuar"** para avanzar a la siguiente pestaña.

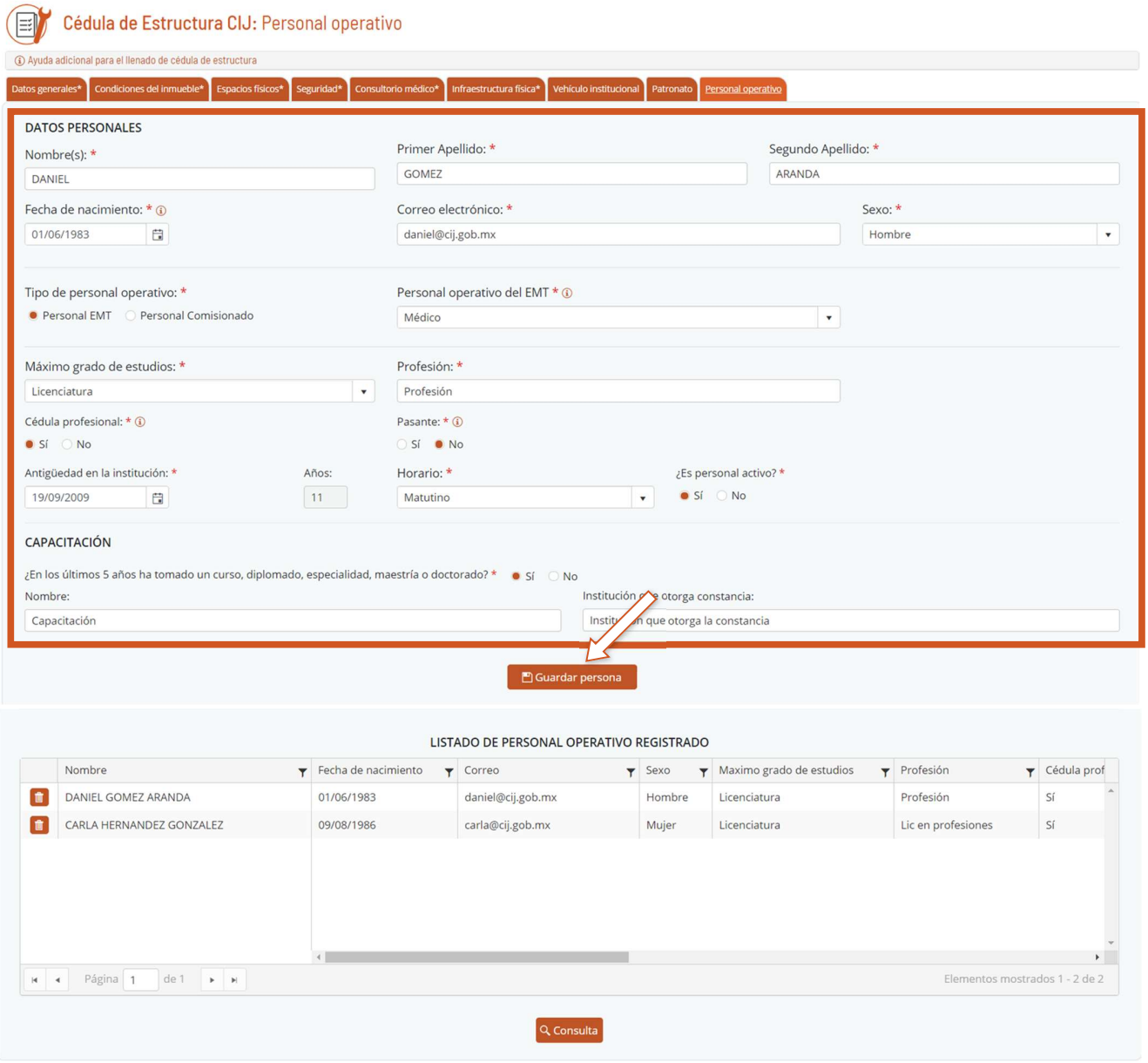
Las últimas tres pestañas: **Vehículo institucional, patronato y personal operativo** son de carácter opcional.

Vehículo institucional. En esta pestaña se registran los vehículos con los datos de marca, modelo, año y si están en buenas condiciones. Por cada vehículo con el que cuenta la unidad operativa haga clic en el botón **"Agregar vehículo"** e indique los datos solicitados. Con el botón **"Guardar vehículo"** el sistema registrará aquellos que se encuentren en la tabla. El botón **"Cancelar registros en edición"** elimina todos los vehículos en la tabla. Haga clic en el botón **"Guardar"** para almacenar los vehículos y continuar a la siguiente pestaña.

Patronato. Indique si la unidad operativa cuenta o no con patronato.

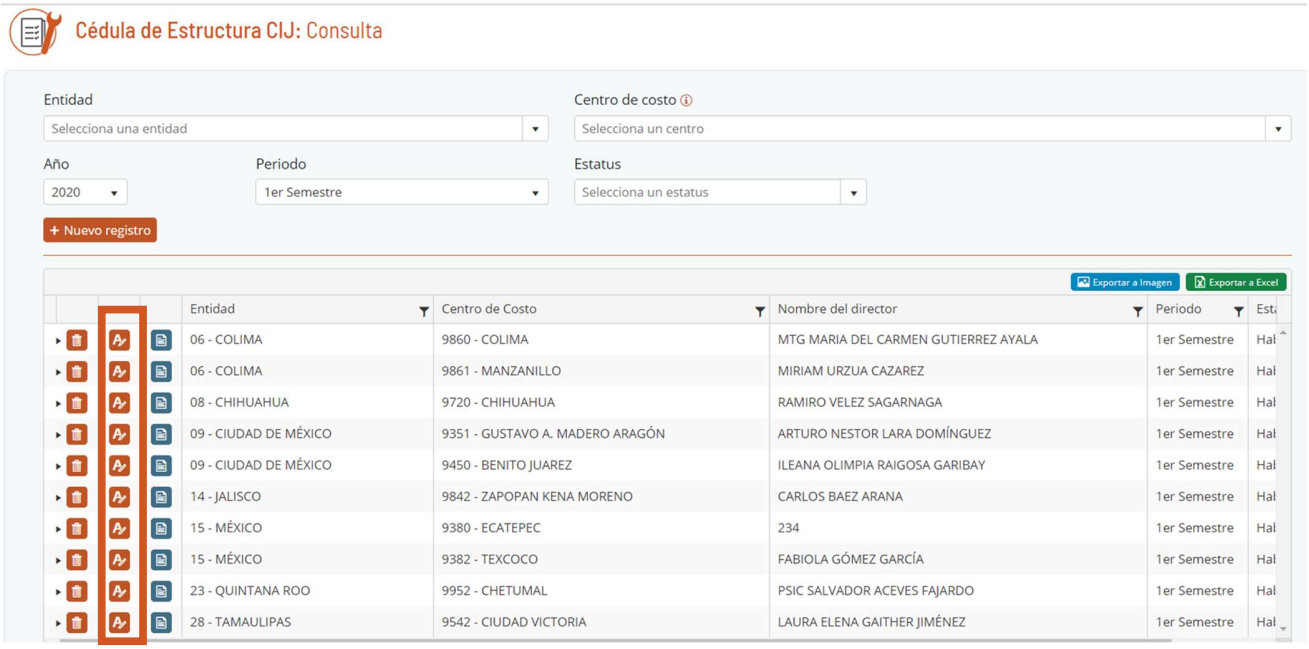
En caso de que la unidad operativa cuente con patronato el sistema pedirá el número de personas que lo conforman y preguntará ciertos aspectos sobre él. Haga clic en el botón **"Guardar y continuar"** para almacenar los vehículos y continuar a la siguiente pestaña.

Personal Operativo. En esta pestaña se registra al personal operativo de la unidad. Indique nombre completo, fecha de nacimiento, correo, sexo, tipo de personal, máximo grado de estudios, profesión, si cuenta con cédula profesional o es pasante, antigüedad en la institución, horario en que labora, si es personal activo y si en los últimos cinco años ha tomado algún curso, diplomado, etc. En caso afirmativo indicar el nombre y la institución que otorgó la constancia. Haga clic en **"Guardar persona"**. Repita este procedimiento por cada persona a registrar y se registrarán en la tabla inferior.



Edición

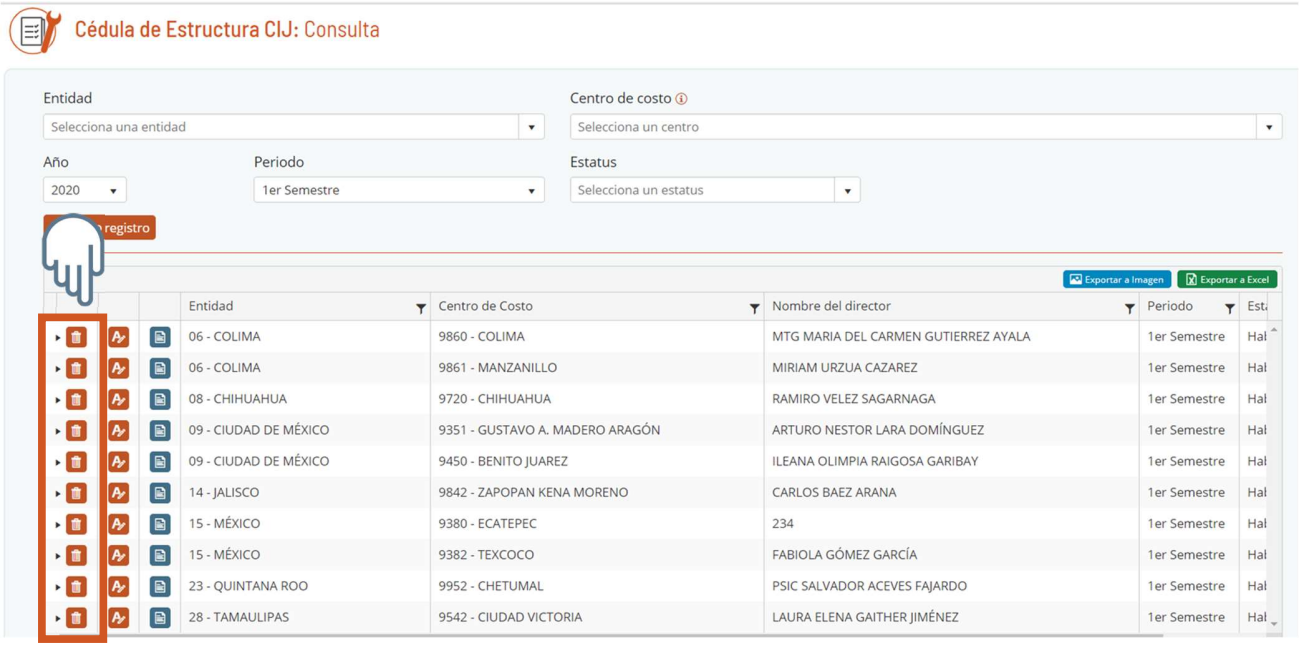
A partir de la pantalla principal de la cédula de estructura, haga clic en el ícono **"Editar"** en el registro que desee editar.



El sistema mostrará aquellas pestañas que tengan datos guardados de la cédula cuando se registró. Navegue a través de ellas y modifique los datos que necesite, no olvide hacer clic en el botón **"Guardar"** en cada pestaña donde haya hecho cambios. Por ejemplo, la siguiente pantalla es de la unidad operativa **9860 – Colima**, al hacer clic en **"Editar"** el sistema muestra las pestañas de **Datos generales** y **condiciones del inmueble** habilitadas, esto quiere decir que únicamente se llenó la primera pestaña, la segunda está habilitada porque en la primera se hizo clic en el botón **"Guardar y continuar"**.

Eliminar

A partir de la pantalla principal de la cédula de estructura, haga clic en el ícono **"Eliminar"** en el registro que desee eliminar.



El sistema preguntará al usuario si está seguro de eliminar el registro

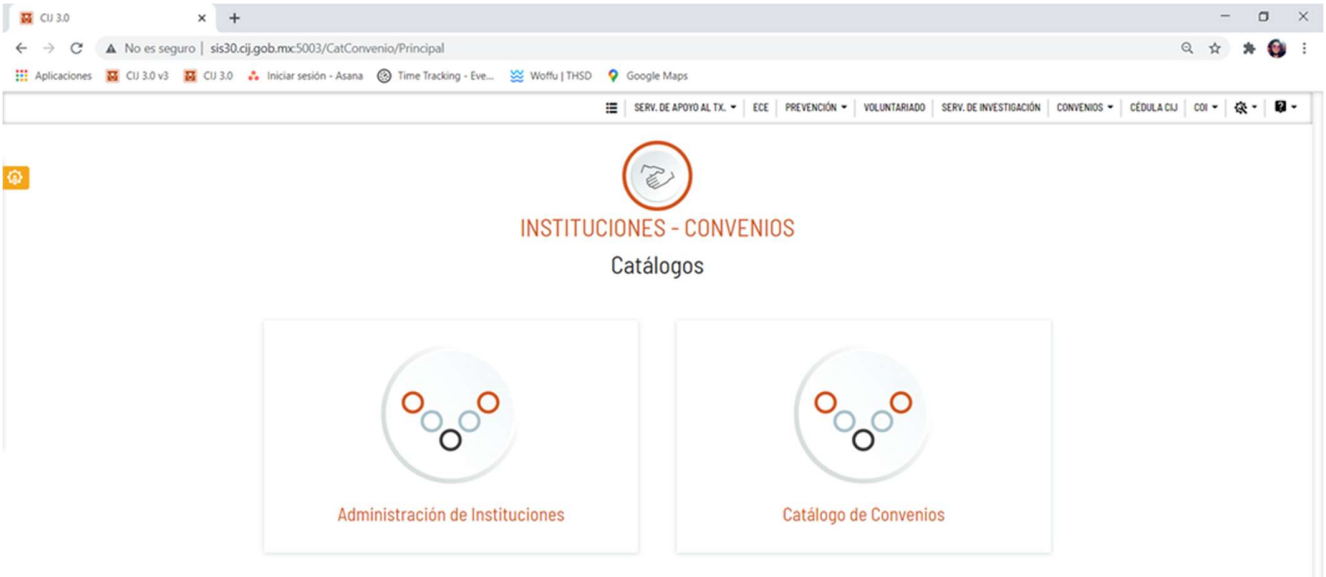
Haga clic en **"Aceptar"** para confirmar y eliminar el registro. Haga clic en **"Cancelar"** para detener la acción de eliminar.

Convenios

En esta sección se registran las Instituciones con las cuales CIJ tiene convenio. Para ingresar, haga clic en el ícono del menú principal o a través del menú superior.

Administración de Instituciones

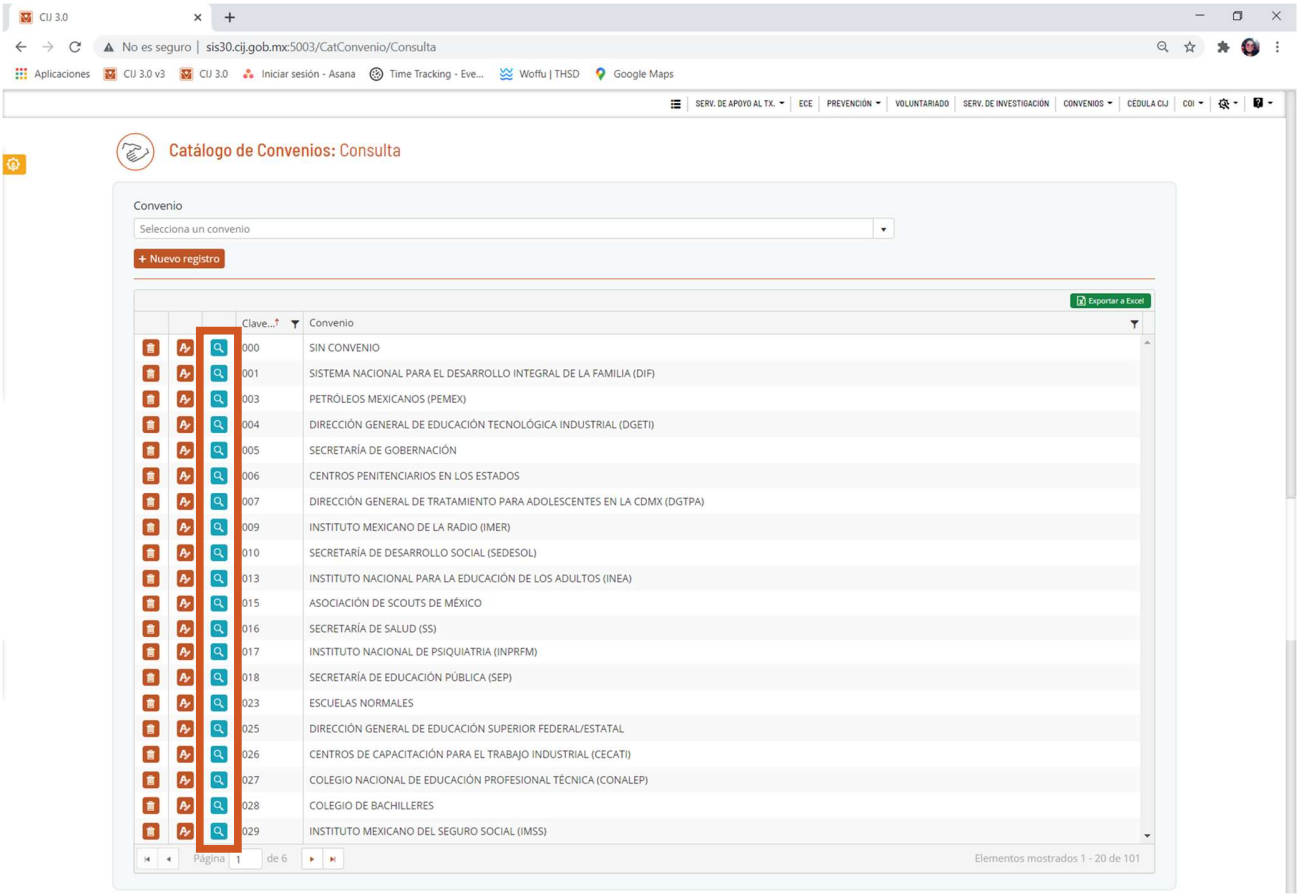
El sistema mostrará la siguiente pantalla:



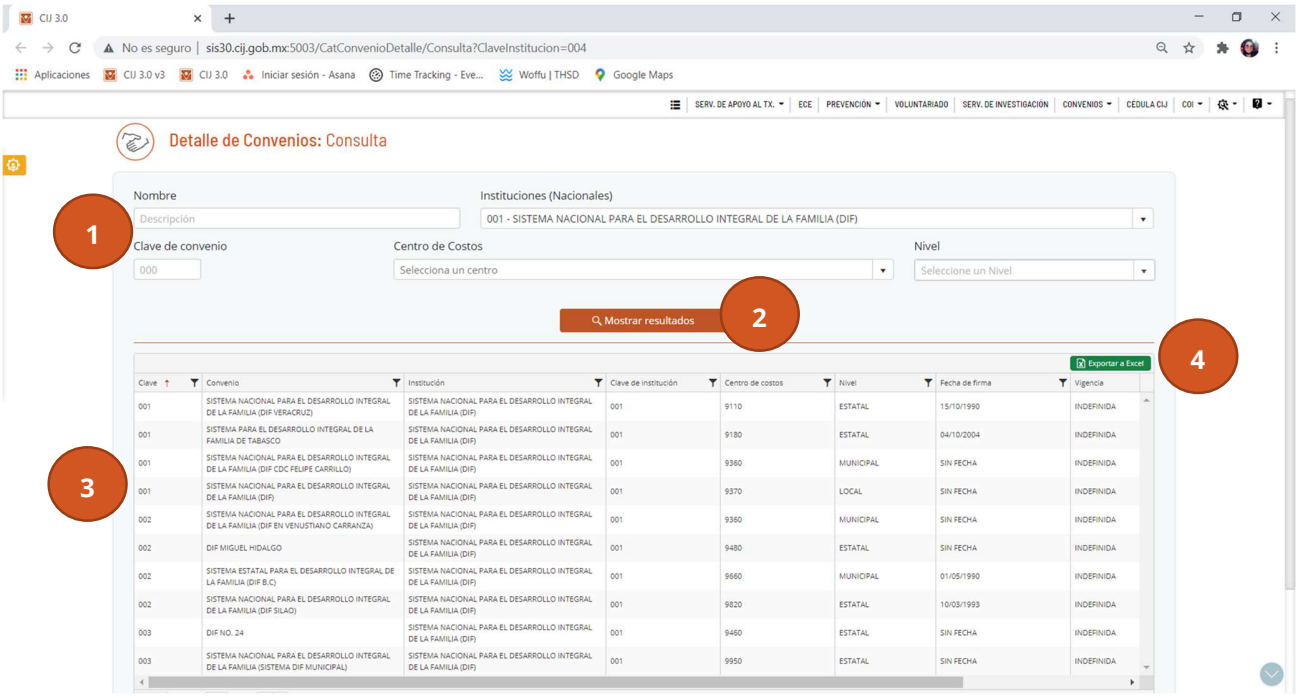
Ingrese a alguna de las dos opciones: Administración de Instituciones o Catálogo de Convenios. La primera permite las operaciones que se detallan a continuación.

Consulta

Al ingresar a la opción “Administración de Instituciones” el sistema muestra la pantalla de Consulta de las que se encuentran registradas hasta el momento.



Para consultar el detalle de cualquier Institución, haga clic en el ícono color azul con una lupa dentro, el sistema mostrará la siguiente pantalla:

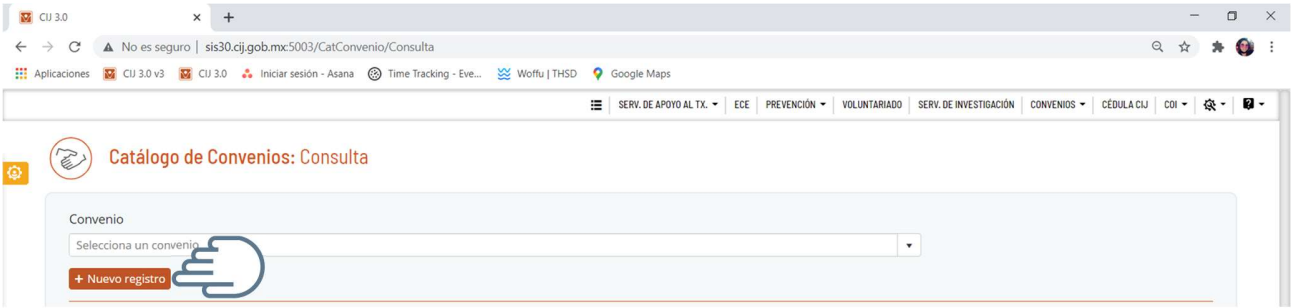


El sistema muestra los convenios correspondientes a cada Institución, la pantalla está compuesta por lo siguiente:

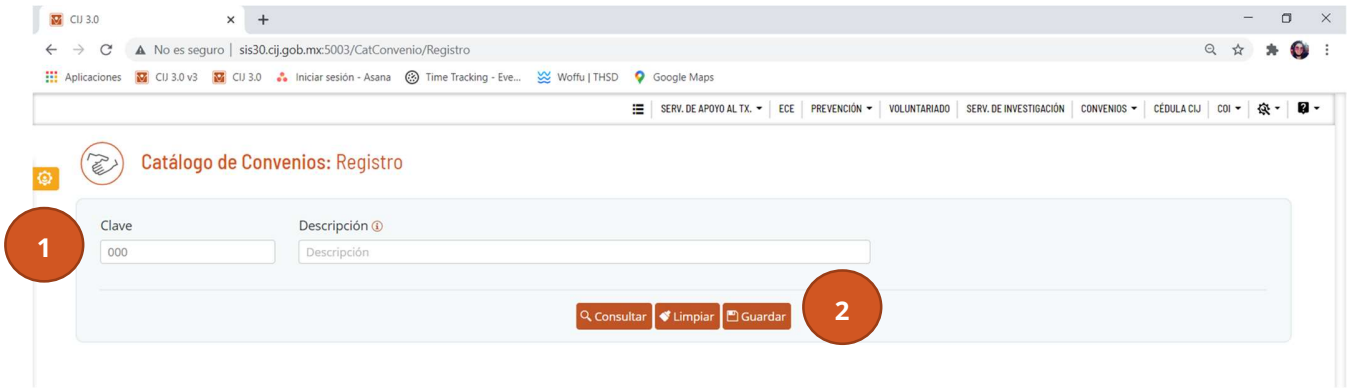
1. Campos (filtros) de búsqueda. A través de ellos puede realizar una búsqueda más específica para consultar un convenio en específico.
2. Botón “Mostrar resultados”. Ejecuta la búsqueda y toma en cuenta los filtros seleccionados y mostrará todas las coincidencias en la tabla inferior.
3. Tabla de resultados. El sistema mostrará los convenios registrados a modo consulta.
4. Exportar a Excel. Se descargará un archivo Excel con los resultados mostrados en la tabla.

Registro

Para registrar un Convenio, haga clic en el botón “Nuevo registro” dentro de la pantalla de consulta.



El sistema mostrará la siguiente pantalla:

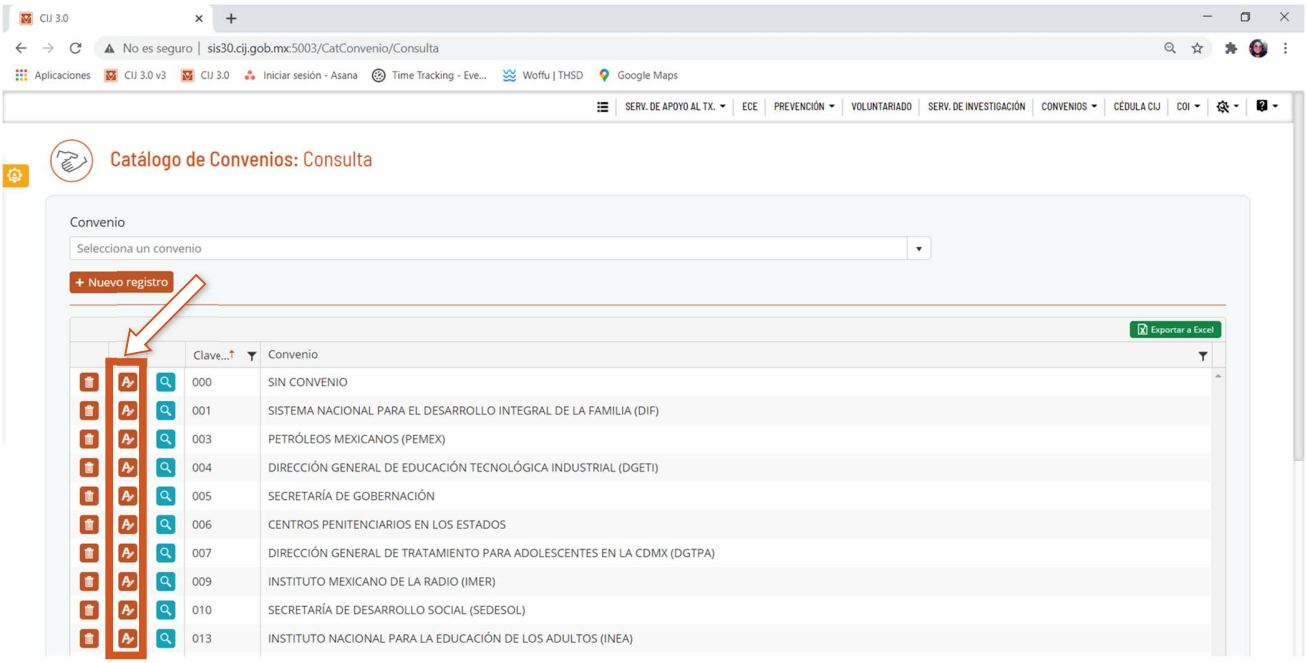


1. Campos abiertos: Clave y descripción. Ingrese estos datos para el registro del Convenio
2. Botón “Guardar”. Ejecuta el guardado del Convenio.
3. Botón “Limpiar”.
4. Botón “Consultar”. El sistema regresa a la pantalla de consulta.

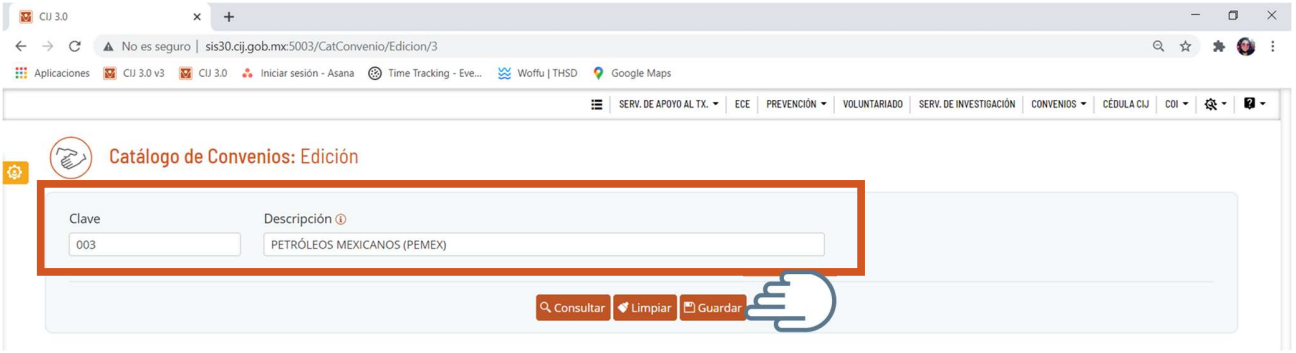
Edición

Recuerde que al modificar cualquier campo el sistema hará las validaciones correspondientes, por ejemplo, si escribe una clave que ya existe, el sistema no permitirá el cambio para mantener la integridad de los datos y si modifica la descripción, se reflejará en todo el sistema donde aparezca este combo.

Para editar un convenio, haga clic en el registro a editar en el segundo ícono en la pantalla de consulta.



El sistema mostrará la siguiente pantalla:

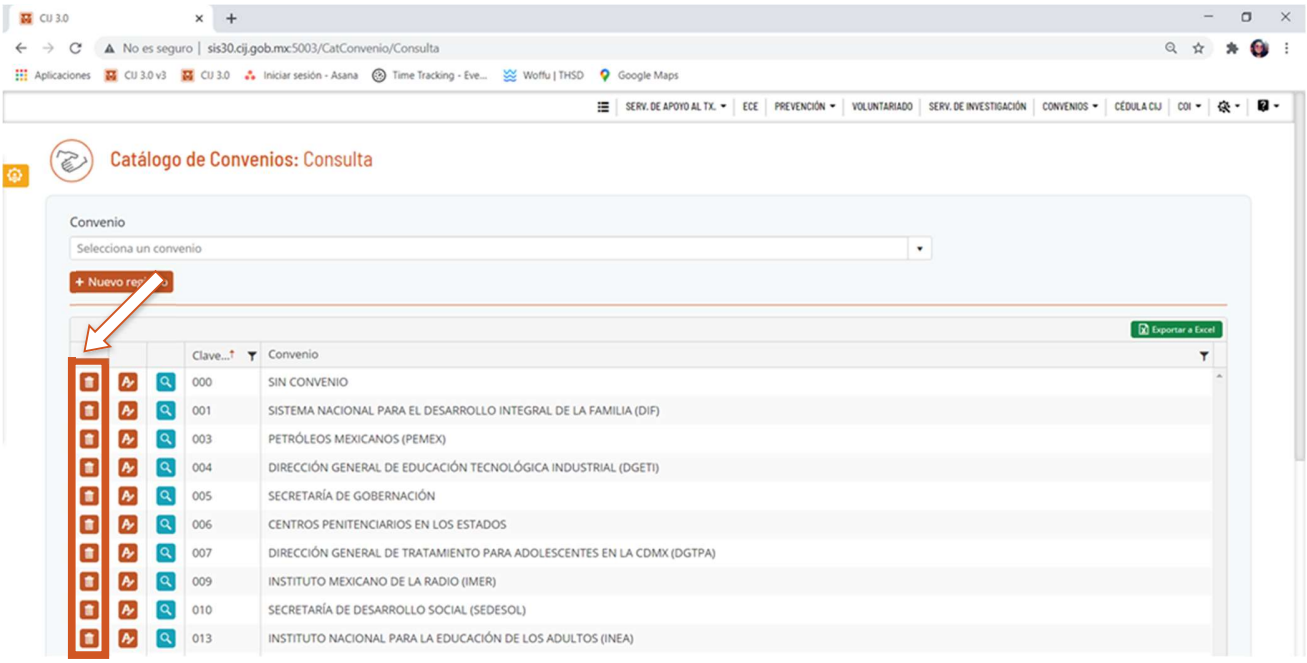


Modifique la clave y/o descripción, al finalizar haga clic en “Guardar”. El botón “Limpiar” reinicia los campos a un valor “por default”, es decir, los pone en blanco. El botón “Consultar” regresa a la página de Consulta.

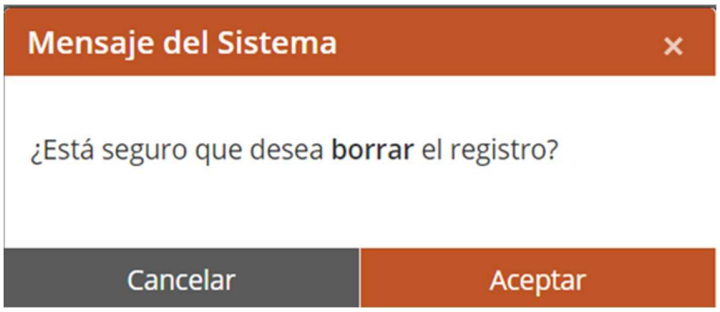
Eliminar

Si el elemento que desea eliminar ya ha sido utilizado en alguna parte del sistema, no se podrá eliminar; esto debido a las relaciones que existe con otros datos y mantener la integridad de la información registrada en el CIJ 3.0

Para eliminar haga clic en el ícono de eliminar al principio de la tabla.



El sistema muestra el siguiente mensaje de alerta:



Al hacer clic en **“Aceptar”** el sistema eliminará el elemento, el botón **“Cancelar”** anula la operación de borrado.

Catálogo de convenios

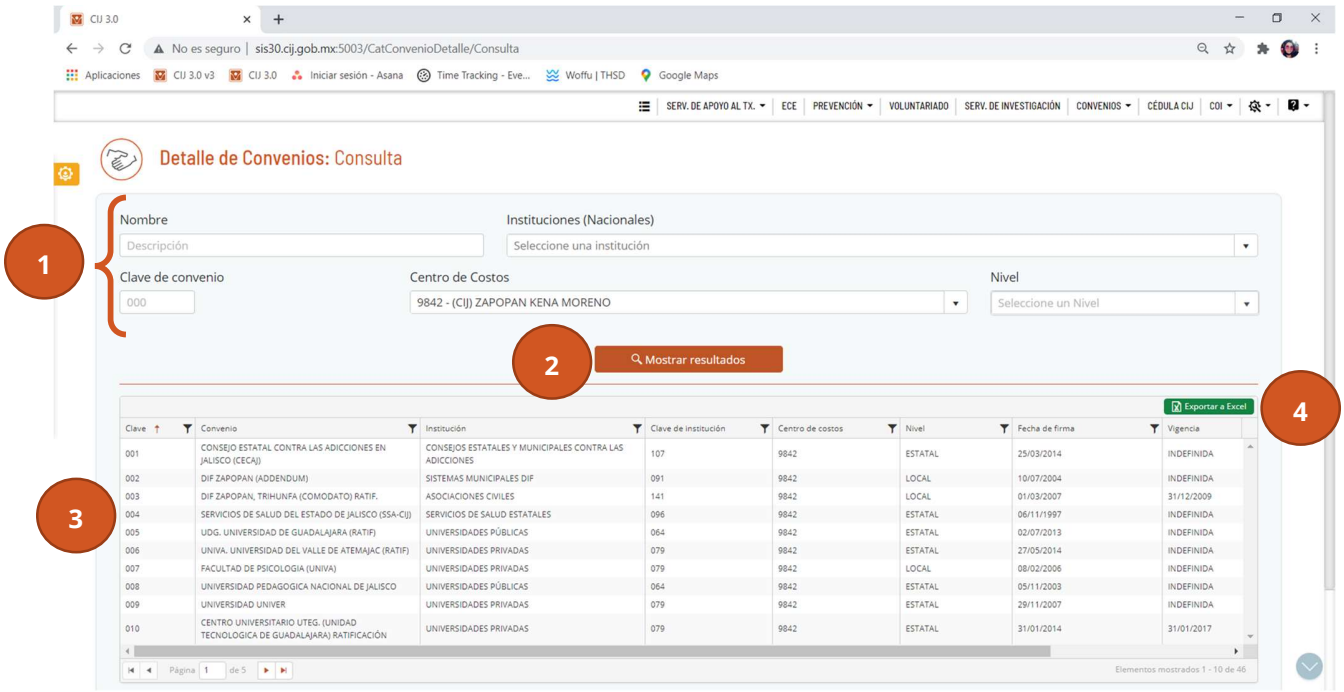
Este módulo únicamente es de consulta.

Consulta

La pantalla de consulta se compone de las siguientes partes:

1. Filtros de búsqueda: “Nombre”, “Instituciones (Nacionales)”, “Clave de convenio” y “Nivel”.
2. Botón “Mostrar resultados”. Ejecuta la búsqueda tomando en cuenta los filtros seleccionados.
3. Tabla con los resultados de la búsqueda, en la parte inferior izquierda se encuentra el paginador, para visualizar más registros que los visualizados en la primera vista.

4. Exporta a un archivo Excel los registros que se visualizan en la tabla de resultados.



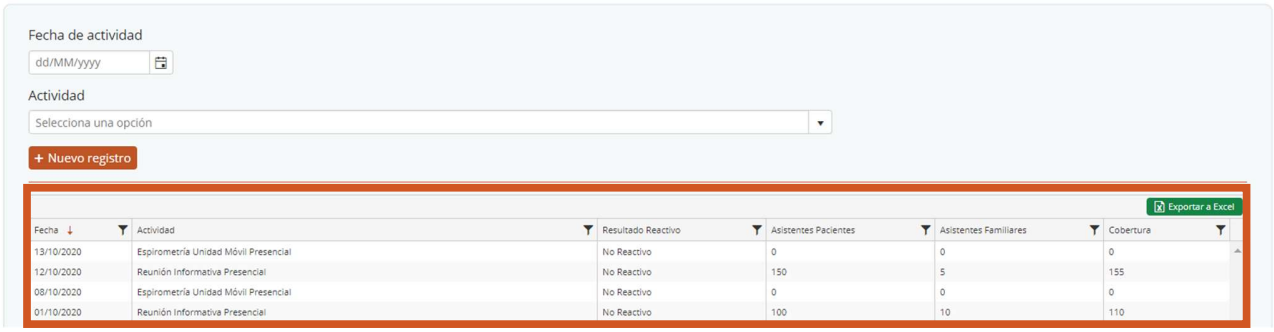
Salud mental y atención psicosocial (SMAP)

Para ingresar a esta sección deberá dar clic en el botón de **"Salud mental y atención psicosocial (SMAP)"**, ubicado en el menú principal del sistema. En esta sección del sistema podrá visualizar dos módulos.

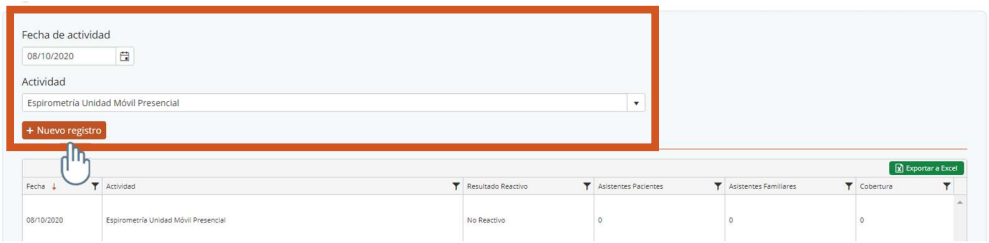
Consulta Externa

Consulta

Al dar clic en consulta externa el sistema lo enviará a esta vista en la cual podrá realizar la consulta de las actividades que se encuentren registradas, el sistema en automático le mostrará todas las actividades que se encuentran registradas hasta el día en curso.

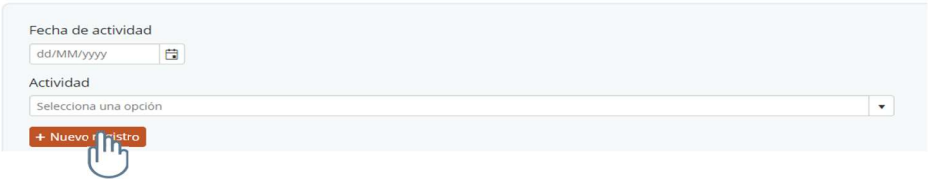


El usuario también podrá realizar la consulta de forma específica seleccionando la fecha de actividad y posteriormente la actividad.



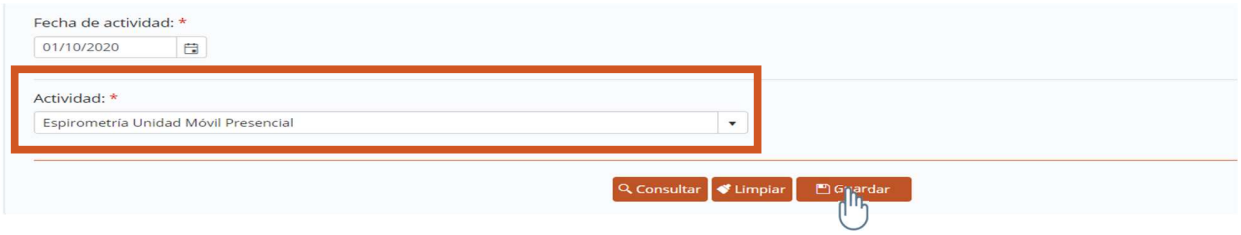
Registro

Para realizar el registro de una actividad deberá dar clic en el botón de **“Nuevo registro”**.



Esto lo enviará a otra pantalla en la cual deberá seleccionar la fecha de la actividad que va a registrar.

Una vez que haya establecido la fecha, deberá indicar la actividad a registrar seleccionándola del catálogo.

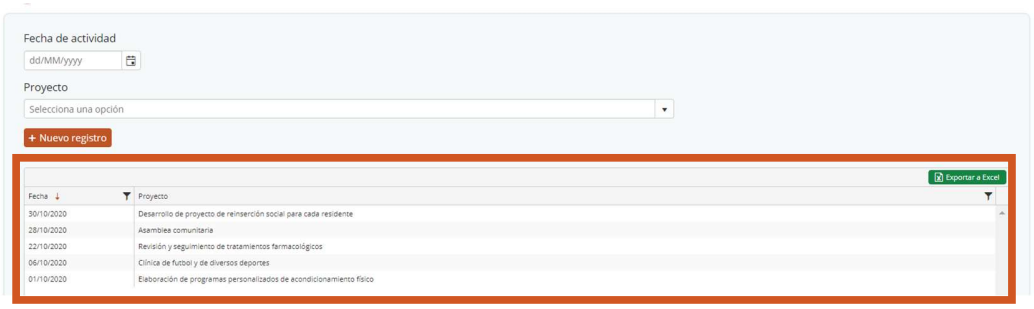


Y por último hará clic en el botón de **"Guardar"** para que esta actividad quede registrada.

Hospitalización

Consulta

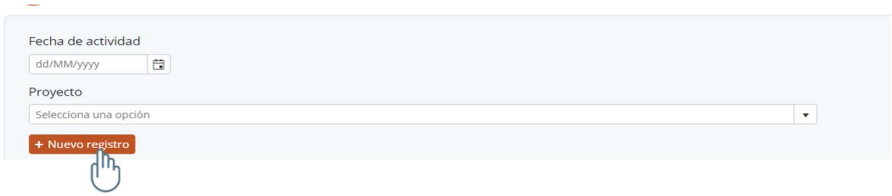
Al dar clic en Hospitalización, el sistema lo enviará a esta vista en la cual podrá realizar la consulta de los proyectos que se encuentran registrados, el sistema en automático le mostrará todos los proyectos que se encuentran registrados hasta el día en curso.



El usuario también podrá realizar la consulta de forma específica seleccionando la fecha de actividad y posteriormente el proyecto.

Registro

Para realizar el registro de un proyecto deberá dar clic en el botón de **"Nuevo registro"**.



Esto lo enviará a otra pantalla en la cual deberá seleccionar la fecha de la actividad que va a registrar.

Una vez que haya establecido la fecha, deberá indicar la actividad a registrar.

Y por último hará clic en el botón de **"Guardar"** para que este proyecto quede registrado.

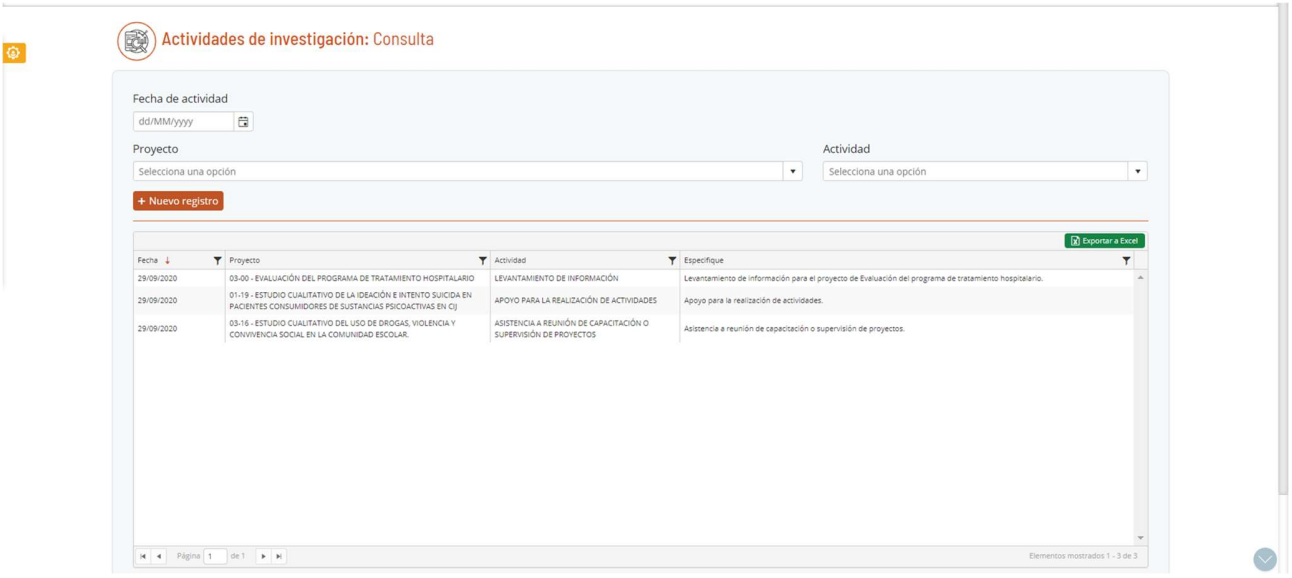
Actividades de Investigación y Enseñanza.

Para ingresar a esta sección hay dos maneras:

1. Haga clic en el menú principal "**Act. de Inv. y Ens**".
2. A través del menú superior.

Consulta

Al ingresar a esta sección el sistema mostrará la siguiente pantalla:



En esta página se muestra todas las actividades que se han registrado hasta el momento. En la parte superior hay tres filtros:

1. Fecha de actividad
2. Proyecto
3. Actividad

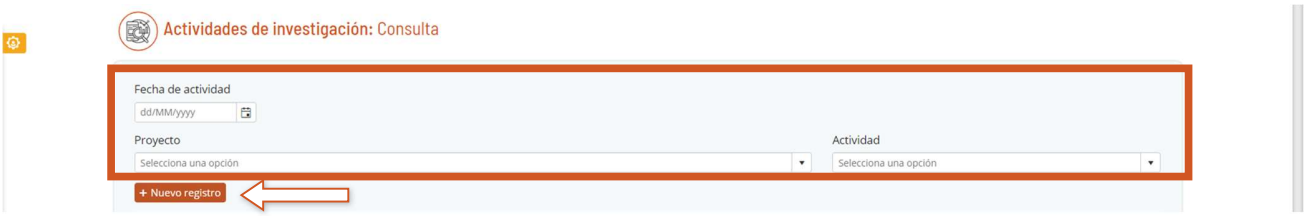
Con los cuales se puede localizar una actividad o un conjunto en específico, el resultado se mostrará en la tabla que está inmediatamente después de los filtros.

El usuario puede exportar la tabla a un archivo Excel haciendo clic en el botón superior derecho de la tabla.

Sólo se exportará al archivo Excel lo que muestre la tabla, es decir, el número de registros que se visualizan en la tabla resultado de la búsqueda.

Registro

Para registrar una nueva actividad haga clic en el botón “Nuevo registro” en la pantalla de consulta.



El sistema desplegará la siguiente pantalla:

Llene los siguientes campos:

- Fecha de actividad
- Proyecto
- Actividad
- Especifique

Al finalizar el llenado, haga clic en el botón “Guardar” para que el sistema almacene la actividad que se registra. El botón “Limpiar” reinicia los campos a un valor “por default”, es decir, los reinicia. El botón “Consultar” regresa a la página de Consulta.