



AESP 2. Comunicación efectiva

Se efectuará cada vez que se reciba una **orden verbal o telefónica**, mediante el proceso de **escuchar – leer – confirmar – transcribir - confirmar y verificar**.

Las indicaciones telefónicas para realizar este registro son:

- Notificación de casos positivos de Citología cervical y PCR para envío a Segundo Nivel.
- Búsqueda de pacientes con resultado positivo de Citología cervical y PCR que no haya acudido al HENM para su atención.
- Solicitud de Segundo Nivel para la búsqueda de pacientes específicas con alteraciones en mastografía.
- Notificación de pacientes que cursen con Puerperio de Alto Riesgo.
- Notificación y búsqueda de pacientes que fueron atendidas en Segundo Nivel y que requieran seguimiento (embarazo con padecimientos de vigilancia epidemiológica)
- Indicaciones Jurisdiccionales en caso de Urgencias obstétricas.
- Notificación de pacientes con resultado positivo a Tuberculosis
- Búsqueda de casos sospechosos con tamiz metabólico alterado.
- Programación de citas para Estimulación Temprana en el CEREDI en caso de pacientes con Prueba EDI (Evaluación del Desarrollo Infantil) alterada.
- Programación de cita en pacientes con Cédula de Detección de Cáncer Infantil positiva.
- Urgencias reales (Indicaciones del médico tratante al personal de enfermería).
- Notificación de casos de vigilancia epidemiológica.

Toda indicación emitida verbal o telefónicamente deberá registrarse en la bitácora específica y una vez confirmada, deberá de transcribirse en el expediente clínico del paciente y el médico tratante como emisor de la indicación deberá firmarla en un plazo no mayor de 30 días.

Las indicaciones en el área de Urgencias deberán recibirse, escucharse, repetirse, confirmarse y transcribir de forma inmediata bitácora y en un plazo no mayor de 24 a 72 hrs en el expediente físico.

Cuando un paciente sea referido a otra unidad se deberá utilizar la técnica **SAER** (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación).

Para la referencia y/o contrarreferencia de cualquier paciente atendido deberá requisitarse el Formato de Único de Referencia y Contrarreferencia y apegarse a lo establecido en el Manual de Procedimientos para el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Servicios de Salud del Estado de Querétaro.



Check List SAER (AESP2-F2)

Recuerde utilizar como guía ante cada cambio de turno o cuando el paciente sea referido a otra unidad o servicio.

Situación	1	Presente al compañero que recibe a su paciente, diga su nombre, su cargo y lugar de trabajo	
	2	Diga el nombre completo del paciente y su fecha de nacimiento para identificarlo y corrobore con el expediente.	
	3	Mencione el servicio en el que se encuentra actualmente hospitalizado el paciente	
	4	Refiera brevemente el problema del paciente, su condición actual, aspectos relevantes y signos vitales con que lo entrega	
Antecedentes	5	Refiera Motivo y fecha de ingreso del paciente	
	6	Oriente sobre datos significativos de la historia clínica	
	7	Refiera Diagnóstico principal de ingreso del paciente	
	8	Mencione los procedimientos realizados hasta el momento	
	9	Mencione la medicación administrada	
	10	Mencione líquidos administrados al paciente	
	11	Refiera si el paciente tiene alguna Alergia	
	12	Mencione sobre resultados de laboratorio relevantes	
	13	Mencione sobre resultados de imagenología relevantes	
	14	Refiera si el paciente tiene dispositivos invasivos	
	15	Refiera cualquier otra información útil que pudiera requerir el compañero o servicio que recibe al paciente.	
	16	Comente como considera el problema del paciente y cual pudiera ser la causa subyacente de la condición del paciente.	
	17	No olvide tomar en cuenta el estado de conciencia del paciente, la evolución durante el último turno y la situación en referencia a las escalas de valoración como la escala de riesgo de caídas y la de dolor.	
	18	Sugiera o recomiende los pasos a seguir con el paciente	
Evaluación	19	Establezca tiempos para realizar las acciones sugeridas durante la transferencia o traslado.	
	20	Refiera las acciones pendientes a realizar o sugeridas como inmediatas, sobre todo en caso de haberse presentado algún incidente o exista algún pendiente para dar continuidad en la atención.	



Formato Único de Referencia y Contrarreferencia
(U340-SGM-F01)

I. REFERENCIA

Fecha: _____ Hora: _____ URGENCIA: SI NO

Póliza de Seguro Popular: _____ Clave de Intervención CAUSES: _____

Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____

Fecha de nacimiento _____ CURP _____

Expediente: _____ Edad: _____ Femenino Masculino

Nombre del familiar o responsable: _____ Parentesco: _____

Unidad Médica que refiere: _____

Domicilio: _____ Servicio al que envía: _____

Unidad Médica a la que refiere: _____

TA _____ / Temp. _____ F.R. _____ F.C. _____ Peso _____ kg _____ cm _____

Resumen Clínico: _____

Padecimiento actual: _____

Exploración física: _____

Estudios de laboratorio y gabinete: _____

Diagnóstico y motivo de envío: _____

Nombre completo, cédula profesional y firma del Médico Responsable de la Unidad Médica

Nombre completo, cédula profesional y firma del Médico que refiere

II. CONTRARREFERENCIA _____

Unidad médica que contrarrefiere: _____

Fecha y hora de ingreso _____

Especialidad o servicio: _____

Fecha y hora de egreso: _____

Padecimiento actual: _____

Evolución: _____

Estudios de laboratorio y gabinete: _____

Diagnóstico de ingreso: _____

Diagnóstico de egreso: _____



DOBLAR AQUÍ

III. INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCION

Debe regresar: _____ Fecha: _____

En caso de dudas comunicarse con el Médico que contrarrefirió al teléfono: _____

Nombre completo, cédula profesional y firma del Médico Responsable de la Unidad Médica

Nombre completo, cédula profesional y firma del Médico que contrarrefiere
--