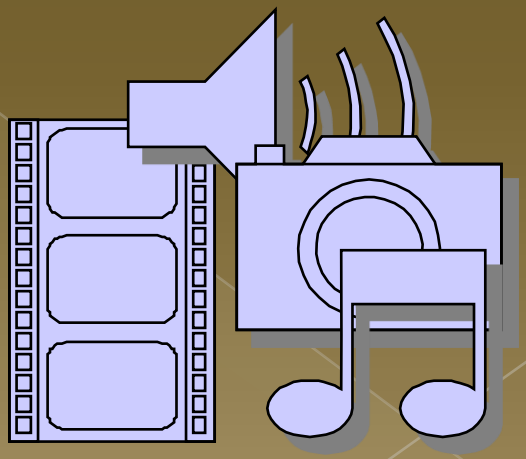
LOS PROCESOS DE FORMACION EN PSIQUIATRIA DESDE LA OPTICA DE LOS DERECHOS HUMANOS

Dr. Stefan Fernández Zambrano
Jefe del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario
"Dr. José E. González"

VIDEOS



DERECHOS HUMANOS

- FORMACION DE RESIDENTES
- MANEJO DEL PACIENTE EN EL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DEL H.U. “Dr. José E. González”
- EXPEDIENTE CLINICO
- INSTALACIONES

Diario Oficial de la Federación. (2013) Ley General de Salud. Secretaria de Salud, México.

FORMACION DE RESIDENTES

PROCESO DE SELECCION

- Entrevistas
- ENARM
- Psicodiagnóstico

ENTRENAMIENTO DEL RESIDENTE

- Curriculum Académico
- Aprendizaje Indirecto
- Rotaciones Externas

MANEJO DEL PACIENTE EN EL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DEL H.U. "Dr. José E. González"

PROCESO DE HOSPITALIZACION

Levav, I. & González-Uzcátegui, R. (2001) The Roots of the Caracas Declaration; in Mental Health Care Reform: 15 Years After Caracas. Brasilia, Ministry of Health of Brazil, Pan American Health Organization, and World Health Organization. (2005) The Brasilia Principles: Guiding Principles on the Development of Mental Health Care in the Americas.

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"DR. JOSÉ E. GONZÁLEZ"

Nombre [redacted]
Edad: 19 años **Registro:** 1198919-2
Edo. Civil: Soltero **Ocupación:** Desempleado
Religión: Católica **Procedencia:** Mty. NL
Referido: Urgencias **Fecha:** 17/08/2015

NOTA DE ADMISIÓN

I- Antecedentes Pertinentes: a.- Factores precipitantes o agravantes. b. - Médicos y/o Quirúrgicos. C.- Historia Farmacológica

Paciente masculino de 19 años de edad, niega antecedentes médicos de importancia; refiere padre con abuso de alcohol. Inicia su padecimiento el día viernes 14 de agosto del 2015 con delirios paranoide mencionando que "fuerza civil lo vigila, y tiene helicópteros sobre su casa; así como que le disparan con láser que le marcan la piel. Menciona también que su familia lo quiere envenenar". Su familiar (madre) menciona que desde hace 4 años presenta aislamiento social importante, y desde hace 1 semana soliloquios y risas inmotivadas así como poco aseo personal, desaliño y salir en múltiples ocasiones de su casa sin razón aparente; todo esto el paciente lo niega. Al interrogatorio intencionado la madre refiere que hace aproximadamente 1 año el paciente empeño las propiedades de su madre y se fue de la casa por 3 meses y vivió solo; también menciona que hace aproximadamente 2 años sufrió episodio similar al actual por lo cual lo llevo al hospital oca donde se le realizan estudios los cuales refiere salieron normales y dicho cuadro se resolvió espontáneamente. Niega uso de medicamentos previos. Se decide su ingreso a la sala de agudos para adecuación diagnostica y farmacológica.

b) Alcoholismo: negado. Tabaquismo: negado. Toxicomanías negadas.

c) Medicamentos: Ninguno

II.- Motivos de Ingreso. a. Como el paciente los refiere. b.- Como su familia o persona que lo refiere los presenta.

a) Paciente: "Mi familia me quiere envenenar y fuerza civil me está vigilando"

b) Madre: "Hare lo que sea necesario para que mi hijo este bien"

III.- Examen Psiquiátrico al Ingresar.

Masculino de 19 años de edad, consciente y cooperador; orientado en tiempo, lugar y persona. Memoria inmediata, reciente y remota preservada. Edad aparente acorde con la cronológica, posición libremente escogida, aliñada con mala higiene, vestimenta apropiada, contacto visual evitativo, actividad psicomotriz normal, marcha eubásica. Lenguaje en forma, curso y volumen normales. Afecto temeroso, con humor acorde al afecto. Pensamiento con ideas delirante de tipo paranoide, curso normal, forma ilógica. Inteligencia normal por clínica. Hiperalerta, concentración disminuida, fondo de información general normal, juicio alterado. El paciente niega alucinaciones de cualquier tipo, pero con conducta alucinatoria como soliloquios y risas inmotivadas. Alteraciones en la vida instintiva: hiporexia y alteración del ciclo sueño-vigilia.

HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

CARTA DE INFORMACIÓN Y ACEPTACIÓN DE DERECHOS Y REPONSABILIDADES
PARA SU HOSPITALIZACIÓN EN SALA DE AGUDOS
DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

Nombre:..... Edad ..... Sexo .....
Fecha de Ingreso ..... Registro ..... Edo. Civil:.....
Procedencia: ..... Religión ..... Ocupación .....
Diagnóstico..... Escolaridad.....
Dirección.....Tel.....

El paciente ..... y su familiar o tutor responsable el Sr(a). .....(parentesco) .....acuden a nuestro servicio solicitando una evaluación de urgencia psiquiatrica, donde se establecen criterios de internamiento en el área de Sala de Agudos, para el establecimiento de contención, un diagnóstico y tratamiento del padecimiento presente en el momento de su evaluación.
El internamiento es de forma ....., autorizado por el familiar que firma dicha carta de aceptación, basado en los siguientes criterios que indican un abordaje en la Sala de Agudos:.....
.....
.....
.....

Durante su internamiento en Sala de Agudos el paciente recibirá un manejo integral para la búsqueda de su rehabilitación psiquiátrica, psicológica y / o familiar o de pareja que abarca las siguientes estrategias:

1. Atención y vigilancia por parte del personal de enfermería durante las 24 horas del día.

2. A su ingreso, al paciente se le realizará una exploración médica y neurológica completa, al igual que exámenes de laboratorio (BH, QS, VDRL, EGO, PFH, PFT, ES, EEG) y en caso de requerir otro exámenes se solicitará la autorización del familiar (TAC, RMN, Rayos X).

3. Pase de visita realizado por médico residente encargado de la Sala de Agudos tres veces durante el día, con la finalidad de evaluar de forma estricta modificaciones en su condición psiquiátrica que requieran la toma de decisiones.

4. Se integrará a actividades de laborterapia sencillas encaminadas a facilitar un proceso de reflexión y reintegración del paciente, las cuales serán individualizadas en función de la tolerancia y disponibilidad de cada paciente.

5. En caso que la patología del paciente manifieste mejoría o resolución de síntomas psiquiátricos y se determine la presencia de un trastorno de la personalidad que condicione la aparición de sus síntomas, se evaluará y se determinará la necesidad de continuar con un manejo en el área de la Comunidad Terapéutica que puede iniciarse desde el momento en que no existan criterios para continuar en Sala de Agudos, de donde se dará su alta médica.

6. Una vez que se evalúe la resolución de síntomas psiquiátricos y la mejoría funcional del paciente se determinará su alta médica par continuar su tratamiento de forma ambulatoria.

7. Se puede solicitar la interconsulta de otro servicio del hospital (cirugía general, medicina interna, dermatología, entre otros) según sea la necesidad médica del paciente durante su estancia en esta sala.

8. En su momento el paciente podría acudir por breves momentos la Sala de la Comunidad Terapéutica para valorar su tolerancia a la presencia con otras personas, que faciliten la rehabilitación del mismo, al igual que breves salidas al jardín o cancha con un fin recreativo.

9. El paciente a su ingreso tendrá derecho de visita de su familia dentro de sala (número y personas convenidas previamente por el paciente, la familia y su terapeuta), que será valorada su autorización en función de la condición psiquiátrica del paciente y el compromiso de la familia, al igual que llamadas telefónicas que también serán supervisadas y valoradas por su terapeuta.

10. La familia tiene el derecho de recibir información del estado emocional de su paciente a diario, solicitando una hora específica para que sea proporcionada dicha información por parte del médico residente responsable del manejo del paciente.

11. Al familiar responsable del paciente se le solicitará que se entreviste periódicamente con Trabajo Social, para aclarar dudas administrativas con respecto a su internamiento.

12. El paciente y la familia se responsabilizan de apegarse a las reglas del manejo terapéutico y administrativo que están establecidas por la institución. (tipo y calidad de pertenencias permitidas dentro de sala, relación con otros pacientes y el personal de staff, etc.), las cuales serán proporcionadas por personal de enfermería al momento del ingreso de su paciente a esta institución.

13. Debido a situaciones críticas del paciente durante su tratamiento puede requerirse un manejo de contención por riesgo de auto o hetero agresión dentro de la sala de pacientes agudos, que implique medidas de seguridad como sedación, aislamiento y/o sujeción (inmovilización parcial o total en cama) y del paciente hasta que resuelva la situación, lo que puede implicar la suspensión momentánea de las visitas familiares que puedan empeorar la situación y que el paciente no esté en condiciones de recibirlas.

14. El caso de cada paciente está sujeto a una supervisión diaria por lo que tendrá entrevistas por parte del equipo de supervisión quien se reúne de forma diaria para valorar su evolución y adecuar su manejo, además de definir la toma de decisiones que faciliten su manejo y alta médica.

15. Cada caso podrá requerir de un tratamiento de pareja o de familia que permita crear condiciones de apoyo de la red primaria para sustentar la mejoría del paciente y favorecer su reintegración a la

milia y/o pareja. Dicho tratamiento será impartido por terapeutas de grupo, pareja y familia o médicos residentes de otros años de la especialidad acreditados. Es así que para dicha indicación terapéutica, se buscará la cooperación de la red primaria de apoyo.

16. En caso de que el paciente internado sea manejado por un terapeuta privado, éste será el responsable directo de la información al paciente y a su familia, así como del manejo mismo que recibirá durante el tiempo de su internamiento, asignándose un terapeuta administrativo por el Servicio de Hospitalización de Psiquiatría, quien se encargará únicamente del manejo de aspectos administrativos.

17. El paciente tiene el derecho de decidir una ALTA VOLUNTARIA en caso que así lo desee, decisión que será respetada por el Hospital Universitario, sólo si es avalada por su familiar o por quien haya autorizado su internamiento. Cabe señalar que posterior a la Alta Voluntaria, la Institución se deslinda de cualquier responsabilidad con el paciente una vez que se encuentre fuera de la sala de internamiento.

18. Una vez que se establezca el alta médica del paciente, éste continuará su tratamiento individual, de grupo, de familia o de pareja por consulta externa del Departamento de Psiquiatría, asignándole un terapeuta para dicho fin.

19. Toda información concerniente al paciente y su manejo es estrictamente CONFIDENCIAL.

Por lo anterior el paciente y su familiar o tutor están de a cuerdo en su internamiento de dicha sala por los criterios psiquiátricos establecidos durante su evaluación por el médico residente Dr. (a) .....con cédula profesional.....

Nombre Completo Paciente	Firma	Fecha y Hora
Nombre Completo Familiar	Firma	Fecha y Hora
Nombre Completo Testigo	Firma	Fecha y Hora
Nombre Completo Testigo	Firma	Fecha y Hora
Nombre Completo Médico	Firma	Fecha y Hora

Av. Madero y Gonzalitos
Monterrey, N.L., México
C.P. 64460

Tels.: 8348-0585, 8348-0586
y 8348-4091
Fax.: 8348-3985

HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

CARTA DE INFORMACIÓN Y ACEPTACIÓN DE DERECHOS Y REPONSABILIDADES PARA SU HOSPITALIZACIÓN EN SALA DE COMUNIDAD TERAPEUTICA DEL DEPERTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

Nombre:..... Edad ..... Sexo .....
Fecha de Ingreso ..... Registro ..... Edo. Civil:.....
Procedencia :..... Religión ..... Ocupación .....
Diagnóstico.....Escolaridad..... Sala .....
Dirección.....Tel.....

El paciente ..... y su familiar o tutor responsable el Sr. .....
(parentesco) .....
Acude a nuestro servicio solicitando una evaluación de urgencia psiquiatrica, donde se establecen criterios de internamiento en el área de Comunidad Terapéutica, para el establecimiento de un Diagnóstico y Tratamiento del trastorno presente en el momento de su evaluación.
El internamiento es de forma ....., autorizado por el familiar que firma dicha carta de aceptación, basado en los siguientes criterios que indican un abordaje en la sala
.....
.....
.....
.....

Durante su internamiento en Comunidad Terapéutica el paciente recibirá un manejo integral para la búsqueda de su rehabilitación psiquiátrica, psicológica y / o familiar o de pareja que abarca las siguientes estrategias:

1. Se dará atención y vigilancia por parte del personal durante las 24 horas del día.
2. Se administrará sesiones de psicoterapia con un terapeuta (psicólogo o psiquiatra) que apoyarán el proceso de rehabilitación del paciente.
3. A su ingreso se le realizará una exploración médica y neurológica, así como exámenes de laboratorio de rutina, en caso de requerir otro exámenes se solicitará la autorización del familiar.
4. Se integrará a actividades de labortarapia, encaminadas a facilitar un proceso de reflexión del paciente.
5. Se integrará a sesiones de grupo terapéutico.
6. En su momento el paciente participara en actividades fuera de sala (tienda, paseo, sala, permiso de fin de semana, hospital de día) que tiene como objetivo la interacción con otras personas y el fortalecimiento de su autoestima y autoconfianza, acompañado por el personal de enfermería, responsabilizándose el paciente de su conducta fuera de la institución y de la familia en el caso de que la actividad sea con ellos.
7. El paciente tiene derecho de visita de su familia a partir de que su terapeuta lo considere conveniente. Dicho derecho se iniciará un a vez que se determine la ausencia de riesgo para su integridad física y/ o de sus familiares. El paciente tiene derecho de realizar y recibir llamada telefónica por día.

8. Cada paciente está sujeto a una supervisión médica y psicoterapéutica diaria por parte del equipo terapéutico.
9. En caso que la patología del paciente manifieste síntomas psiquiátricos incapacitantes se evaluará y se determinará la necesidad de un manejo farmacológico individualizado, que puede iniciarse desde el ingreso del paciente o durante el tiempo que dure su internamiento.
10. En algunos casos se requerirá la evaluación y / o tratamiento de pareja o familia del paciente, para lo que le solicitará su participación.
11. En caso de que el paciente presente riesgo de autoagresión y /o heteroagresión, podrá ser trasladado a la sala de pacientes agudos, para su vigilancia y contención, durante el tiempo necesario.
12. De ser necesario se aplicarán pruebas psicológicas, y/ o se integrarán a un equipo de evaluación.
13. Se puede solicitar la interconsulta de otro servicio del hospital (cirugía general, medicina interna, dermatología, entre otros) según sea la necesidad médica del paciente.
14. Por ser una Institución Universitaria, dentro de sus actividades el paciente podrá ser invitado a una entrevista con estudiantes de pre-grado y residentes de la Facultad de Medicina de la UANL, así como participar en un trabajo de investigación, para lo que se le pedirá su participación de manera voluntaria, y siendo firmará un documento de consentimiento.
15. En caso de que el tutor o guardián legal decida dar de ALTA VOLUNTARIA al paciente, será respetado por el Hospital Universitario, como un derecho, para lo que se le solicitará la firma del documento correspondiente.
16. En caso de que el paciente una vez internado tenga un terapeuta privado, éste será el responsable del tratamiento y de dar la información al paciente y familia. Además, se asignará un terapeuta institucional por parte del Hospital Universitario para aspectos administrativos.
17. El paciente y la familia se responsabilizan de apegarse a las reglas del manejo terapéutico que están establecidas por la Institución. (tipo y calidad de pertenencias permitidas dentro de sala, relación con otros pacientes y el personal de staff).
18. Una vez que se establezca el alta médica, el paciente continuará su tratamiento individual, de grupo, de familia o de pareja por consulta externa del Departamento de Psiquiatría.
19. Toda información concerniente al paciente y su manejo es estrictamente CONFIDENCIAL.

Por lo anterior el paciente y su familiar o tutor están de a cuerdo en su internamiento de dicha sala por los criterios psiquiátricos establecidos durante su evaluación por el médico residente Dr. (a) .....con cédula profesional.....

Nombre Completo Paciente	Firma	Fecha y Hora
Nombre Completo Familiar	Firma	Fecha y Hora
Nombre Completo Testigo	Firma	Fecha y Hora
Nombre Completo Testigo	Firma	Fecha y Hora
Nombre Completo Médico	Firma	Fecha y Hora

HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

CARTA DE ACEPTACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES PARA PERMISO DE VISITA FUERA DE SALA

Nombre del paciente: _____ No. de Registro: _____
Edad: _____ Edo. Civil: _____
Terapeuta responsable: _____ Fecha de ingreso: _____
Familiar o Tutor responsable: _____
Área de internamiento: _____.

El paciente _____ con el número de registro _____ de ___ años de edad, está hospitalizado en el Departamento de Psiquiatría desde el _____ del _____. Debido a la mejoría que ha presentado durante su hospitalización, se indica la conveniencia de que el (la) paciente interactúe con su núcleo familiar en un ***permiso de visita fuera de sala***, que comprende el horario normal de visita, es decir de las17:00 hrs. a las 19:00hrs, el cual se extiende al área física fuera de la sala de visita pero dentro del área del Hospital Universitario y la Facultad de Medicina, reportándose para su admisión a la hora convenida de finalización de su permiso de visita.

Dicho permiso implica un compromiso de el (la) paciente para aplicar las herramientas aprendidas durante su hospitalización, al igual que un compromiso de la familia de asumir la responsabilidad de la atención y cuidado de el (la) paciente, asumiéndose que la familia se compromete a continuar con las indicaciones dadas por su terapeuta, entre ellas:

1. La paciente deberá de estar bajo vigilancia y monitoreo continuo por parte de la familia. SI_____NO_____

2. La paciente deberá de acompañarse de alguien responsable durante el permiso. SI_____NO_____

3.- Deberá de limitarse el manejo de cualquier objeto que implique un riesgo para su integridad física (ácidos, solventes, cuchillos, tijeras, vehículos de motor, etc.) . SI_____NO_____

4. En caso de presentarse una urgencia con el (la) paciente como una tentativa de auto-heteroagresión

deberá de ser traída inmediatamente a nuestro servicio de Urgencias de Psiquiatría, el cual cuenta con médico de guardia las 24 horas de los 365 días del año y se dará por suspendido el permiso. SI_____NO_____

5. Otras indicaciones específicas: _____ SI_____NO_____

Nombre Completo del Paciente	Firma	Fecha y Hora
Nombre Completo del Responsable del Paciente	Firma	Fecha y Hora
Nombre Completo del Terapeuta	Firma	Fecha y Hora
Nombre Completo de Testigo	Firma	Fecha y Hora

Vigencia del Permiso:
Fechas semanales

Av. Madero y Gonzalitos
Monterrey, N.L., México
C.P. 64460

Tels.: 8348-0585, 8348-0586
y 8348-4091
Fax.: 8346-3874

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"DR. JOSÉ E. GONZÁLEZ"
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

DEPARTAMENTO PSIQUIATRIA

CARTA DE ACEPTACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES PARA PERMISO DE TIENDA

Monterrey, N.L., a _____ de _____

PACIENTE:_____EDAD_____E.CIVIL_____
DIRECCIÓN:_____TELEFONO_____
LUGAR DE ORIGEN_____RELIGIÓN:_____ESCOLARIDAD_____
OCUPACION:_____FECHA_____PRIMERA VEZ_____
SUBSECUENTE:_____NUMERO DE REGISTRO:_____
SERVICIO DE REFERENCIA:_____
OBSERVACIONES:_____
_____
_____

El (la) paciente _____con el número de registro _____ de _____años de edad, está internado (a) en el Departamento de Psiquiatría desde _____ y debido a la mejoría que el (la) paciente ha presentado durante su internamiento, se indica la conveniencia de que _____ interactúe con el ambiente exterior, por lo que se le concede un permiso especial que consiste en _____.

Dicho permiso implica un compromiso del paciente para aplicar las herramientas aprendidas durante su internamiento, al igual que un compromiso de la familia apoyándolo(a) con dicho permiso para que asista con el personal a realizar la actividad aceptando que ha sido informado (a) de sus riesgos y beneficios.

Nombre y Firma del Paciente

_____

Nombre y Firma del Responsable

_____

Nombre y Firma del Terapeuta

_____

HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

DEPARTAMENTO PSIQUIATRIA

CARTA DE ACEPTACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES PARA PERMISO DE FIN DE SEMANA.

Nombre del paciente:_____
No. de Registro: _____Edad:_____EstadoCivil:_____
Terapeuta asignado: _____Fecha de Ingreso:_____
Familiar o Tutor responsable: _____
Área de Internamiento: _____

El (la) paciente_____ con el número de registro _____, está hospitalizado (a) en el Departamento de Psiquiatría; debido a la mejoría que ha presentado el (la) paciente y como parte de su proceso de rehabilitación se indica la conveniencia de que el (la) paciente interactúe con su entorno familiar en un ***permiso de fin de semana***, reportándose para su admisión a la hora de la fecha convenida de finalización de su permiso.

Dicho permiso implica un compromiso de el (la) paciente para aplicar las herramientas aprendidas durante su hospitalización, al igual que un compromiso de la familia de asumir la responsabilidad de la atención y cuidado de el (la) paciente, asumiéndose que la familia se compromete a continuar con las indicaciones dadas por su terapeuta entre ellas:

1. El (la) paciente deberá de estar bajo vigilancia y monitoreo continuo por parte de la familia. SI_____NO_____
2. La familia supervisará la toma de medicamentos como está indicado:_____ SI_____NO_____
   _____
   _____
   _____
3. La paciente deberá de acompañarse de alguien responsable en alguna actividad fuera del hogar. SI_____NO_____

HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

CARTA DE ACEPTACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES PARA PERMISO ESPECIAL

Monterrey, N.L. a____de _____ del 200__

Nombre del paciente:_____

No. de registro:_____Edad:_____Edo. Civil:_____

Terapeuta responsable:_____ Fecha de ingreso:_____

Familiar o Tutor responsable:_____

Área de hospitalización_____

Domicilio y Teléfono:_____

El (la) paciente _____, está hospitalizado (a) en el Departamento de Psiquiatría desde el _____; debido a la mejoría que el (la) paciente ha presentado durante su hospitalización, se indica la conveniencia de que el (la) paciente interactúe con su entorno familiar y social, en un ***permiso especial*** que consiste en _____, que comprende el día_____, reportándose para su admisión a la hora convenida de finalización de su permiso.

Dicho permiso implica un compromiso de el (la) paciente para aplicar las herramientas aprendidas durante su hospitalización , al igual que un compromiso de la familia de asumir la responsabilidad de la atención y cuidado de el (la) paciente, asumiéndose que la familia se compromete a continuar con las indicaciones dadas por su terapeuta entre ellas:

1. El (la) paciente deberá de estar bajo vigilancia y monitoreo continuo por parte de la familia. SI_____NO_____
2. La paciente deberá de acompañarse de alguien responsable durante el permiso. SI_____NO_____
3. Deberá de limitarse el manejo de cualquier objeto que implique un riesgo para su integridad física (ácidos, solventes, cuchillos, tijeras, vehículos de motor, etc.) . SI_____NO_____

HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

CARTA DE ACEPTACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES PARA HOSPITAL DE DÍA

Nombre del paciente:_____

No. de registro:_____Edad:_____Estado Civil:_____

Terapeuta asignado:_____Fecha de Ingreso:_____

Familiar o Tutor responsable:_____

Área de Internamiento:_____

El (la) paciente_____ con el número de registro _____, está internado (a) en el Departamento de Psiquiatría, debido a la mejoría que ha presentado el (la) paciente y como parte de su proceso de rehabilitación se indica la conveniencia de que el (la) paciente interactúe con su entorno familiar y social en modalidad de ***hospital de día*** que comprendería de las _____hrs hasta las _____ dentro de los días hábiles, pudiendo abarcar el permiso de fin de semana completo.

Dicha modalidad implica un compromiso de el (la) paciente para aplicar las herramientas aprendidas durante su hospitalización, al igual que un compromiso de la familia de asumir la responsabilidad de la atención y cuidado de el (la) paciente, asumiéndose que la familia se compromete a continuar con las indicaciones dadas por su terapeuta entre ellas:

1. La paciente deberá de estar bajo vigilancia y monitoreo continuo por parte de la familia. SI_____NO_____
2. La familia supervisará la toma de medicamentos como está indicado:_____ SI_____NO_____
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____
3. La paciente deberá de acompañarse de alguien responsable en alguna actividad fuera del hogar. SI_____NO_____
4. Deberá de limitarse el manejo de cualquier objeto que implique un riesgo para su integridad física (ácidos, solventes, cuchillos, tijeras, vehículos de motor, etc.) . SI_____NO_____
5. En caso de presentarse una urgencia con el (la) paciente como una tentativa de auto-heteroagresión

1221006-6

DEP: 800 HAB: 011 CAMA: 01 31/08/2015

NORMAL ALTA EN FIBRA

NO CARNES ROJAS, NO PESCADO, NO HUEVO

EXPEDIENTE CLINICO

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2 para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico Psiquiátricas

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"Dr. José Eleuterio González"
Francisco I. Madero pte. y Av. Gonzalitos s/n
Col. Mitras Centro, C.P. 64460
Monterrey, N.L. Tel: (81) 83-89-11-11

NOMBRE: [redacted]

REGISTRO: **1198919-2** EDAD: 19 SEXO: M
DEPTO. Y/O SERV.: PSIQUIATRIA (HOSPITALIZACION)
DIAGNOSTICO:
F28X - OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS DE ORIGEN NO ORGÁNICO
CUARTO: 011 CAMA: 01

AUDITORÍA CONTÍNUA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ABIERTO

DOCUMENTOS POR ÁREA Y POR ORDEN	ESTÁNDAR	DOCUMENTO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO A EVALUAR	1	2	3	4
DOCUMENTOS ÁREA MÉDICA		Acta de Defunción	⊘	○	○	○
		Nota de Defunción	⊘	○	○	○
	AOP. 1.2	Hoja Frontal	○	○	○	○
		Resumen Seguro Popular	○	○	○	○
	AOP.1.8.1/ACC.3.2.1	Resumen de Egreso	○	○	○	○
		Listado de Problemas	●	○	○	○
	COP.2.1	Planes Iniciales	●	○	○	○
	AOP.1.4.1/AOP.1.8.2	Nota Evolución	●	○	○	○
	MMU.4.3	Indicaciones Médicas	●	○	○	○
	MMU.4.5	Conciliación y Autorización de Medicamentos	●	○	○	○
	AOP. 1.6	Diagnóstico de Riesgo Nutricional	○	○	○	○
	PFE. 2.	Registro de Educación del Paciente y su Familia	●	○	○	○
	AOP. 1.7	Nota de Interconsulta	●	○	○	○
	PFR. 6.4/ASC.7.1	Consentimiento Informado	○	○	○	○
	ASC. 3,4,5	Hoja de Valoración Pre-Anestésica/Sedación	⊘	○	○	○
	ASC. 5.1	Nota de Registro Anestésico	⊘	○	○	○
		Hoja de Urgencias Obstétricas	⊘	○	○	○
	ASC. 7	Nota Pre-Quirúrgica	⊘	○	○	○
	ASC. 7.2	Nota de Técnica Post-Quirúrgica	⊘	○	○	○
	COP. 8	Nota Post-Parto (Partograma)	⊘	○	○	○
	COP. 8.1	Reporte de Operación Cesárea	⊘	○	○	○
	ACC.4.4	Nota de Referencia	○	○	○	○
	AOP.1.2	Historia Clínica	○	○	○	○
	AOP. 1.5	Nota de Ingreso	○	○	○	○
		Nota Inicial de Emergencias	●	○	○	○
	ACC.1.1.1	Nota Triage del Departamento de Emergencias	●	○	○	○
		Otras Notas Clínicas	○	○	○	○
DOCUMENTOS ENFERMERÍA	AOP.1.2	Evaluación de Enfermería Emergencias	○	○	○	○
	MMU. 4.3	Hoja de Tratamiento Médico y Atención de Enfermería	○	○	○	○
	AOP. 1.8.2/AOP. 1.6	Hoja de Asistencia Médico-Enfermería	○	○	○	○
	AOP. 1.5/AOP. 1.4.1	Nota de Enfermería	○	○	○	○
		Nota Prequirúrgica Enfermería/Lista de Verificación Quirúrgica	⊘	○	○	○
	ASC. 7.2	Nota Trans-Operatoria Enfermería.	⊘	○	○	○
		Valoración de Ingreso y Egreso de Recuperación	⊘	○	○	○
		Registro de Nacido Vivo	○	○	○	○
ESTUDIOS LABORATORIO Y GABINETE	SAD.1.3	Reporte de Laboratorio	●	○	○	○
	SAD.1.4	Reporte de Imagen	○	○	○	○
		Reporte de Otros Estudios	○	○	○	○
DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS	PFE.6.3	Hoja de Admisión	●	○	○	○
		Hoja de Admisión (Capial	○	○	○	○
	AOP.1.2/PFR.1.1	Estudio Socio-económico.	○	○	○	○
		Notas de Trabajo Social	○	○	○	○
		Dictamen Médico	○	○	○	○

● CUMPLE ○ NO CUMPLE ⊘ NO APLICA

1. Fecha:_____ Auditor:_____ 2. Fecha:_____ Auditor:_____
3. Fecha:_____ Auditor:_____ 4. Fecha:_____ Auditor:_____

MGP-01-2-A-C-PL-01-AC-01 Página 1 de 1 SOME-000-005-R-04/13

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"Dr. José Eleuterio González"
Francisco I. Madero pte. y Av. Gonzalitos s/n
Col. Mitras Centro, C.P. 64460
Monterrey, N.L. Tel: (81) 83-89-11-11

NOMBRE: [redacted]

REGISTRO: **1198919-2** EDAD: 19 SEXO: M
DEPTO. Y/O SERV.: PSIQUIATRIA (HOSPITALIZACION)
DIAGNOSTICO:
F28X - OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS DE ORIGEN NO ORGÁNICO
CUARTO: 011 CAMA: 01

HOJA FRONTAL

FECHA DE INGRESO:	FECHA DE EGRESO:
lunes, 17 de agosto de 2015 11:07:00a.m.	
Diagnóstico (s) Definitivos	**Cirugía(s) o Procedimientos:**
F28X OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS DE ORIGEN NO ORGÁNICO	
Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano Jefe de Servicio	Dr. Mauricio Salvador Garza Villalobos Cédula Prof. 8963034

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"Dr. José Eleuterio González"

Francisco I. Madero pte. y Av. Gonzalitos s/n
Col. Mitras Centro, C.P. 64460
Monterrey, N.L. Tel: (81) 83-89-11-11

NOMBRE:

REGISTRO: 1198919-2 EDAD: 19 SEXO: M
SERVICIO: PSIQUIATRIA (HOSPITALIZACION)
CUARTO: 011 CAMA: 01

HISTORIA CLÍNICA

Ficha de Identificación

Informante: DIRECTO NO CONFIABLE
Dirección: CALLE: CORONEL DE LAS CUMBRES 4, COL: LOMAS DE CUMBRE, CD: MONTERREY, EDO: NUEVO LEON
Sexo: M Edad: 19 AÑOS
Ocupación Actual: DESEMPLEADO
Escolaridad: BACHILLERATO
Estado Civil: SOLTERO
Fecha y Hora: LUNES, 17 AGOSTO 2015, 19:37:49
Lugar y Fecha de Nacimiento: NUEVO LEÓN (27/01/1996)
Ocupación Anterior: DESEMPLEADO
Religión: CATOLICO

Motivo de Consulta

DELIRIOS PARANOIDES Y AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

Antecedentes Personales No Patológicos

Tabaquismo: NEGADAS
Toxicomanías: NEGADAS
Deportes, Pasatiempos,
Mascotas: NEGADAS
Alcoholismo: NEGADAS
Tatuajes: NEGADAS
Dieta: NEGADAS

Antecedentes Personales Patológicos

- ☐ Parotiditis
- ☐ Sarampión
- ☐ Varicela
- ☐ Rubeóla
- ☐ Escarlatina
- ☐ Artritis
- ☐ Neumonía
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Diabetes Mellitus
- ☐ Enfermedad Renal
- ☐ Neoplasias
- ☐ Ictericia
- ☐ Fiebre Reumática
- ☐ Hipertensión Arterial
- ☐ Enfermedad Reumática
- ☐ Enfermedad Cardiaca
- ☐ Otro

Descripción Detallada:

NEGADAS

Hospitalizaciones Previas:

Transfusiones: NEGADAS
Traumáticos: NEGADAS
Alergias: NEGADAS
Inmunizaciones: NEGADAS
Medicamentos Actuales: NEGADAS

Antecedentes Familiares

- ☑ Diabetes Mellitus
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Neoplasia
- ☐ Accidente Cerebro Vascular
- ☐ Hipertensión
- ☐ Enfermedad Renal
- ☐ Sordera
- ☐ Ceguera
- ☐ Artritis
- ☐ Gota
- ☐ Anemia
- ☐ Enfermedad Cardiaca
- ☐ Otro

Descripción Detallada:

PADRE CON DM Y ABUSO DE ALCOHOL

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"Dr. José Eleuterio González"
Francisco I. Madero pte. y Av. Gonzalitos s/n
Col. Mitras Centro, C.P. 64460
Monterrey, N.L. Tel: (81) 83-89-11-11

NOMBRE: [redacted] DO

REGISTRO: 1198919-2 EDAD: 19 SEXO: M
DEPTO. Y/O SERV.: PSIQUIATRIA (HOSPITALIZACION)
DIAGNOSTICO:
F28X - OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS DE ORIGEN NO ORGÁNICO
CUARTO: 014 CAMA: 02

FECHA: 19/08/2015 HORA: 02:20:06p.m.

NOTA DE EVOLUCIÓN

Signos Vitales

T/A: 110/70 FC: 80 FR: 18 Temp: 36 Peso (Kgs): 60.000

Evaluación del Dolor

Escala NUMERICO: 0

Resumen del Interrogatorio, Exploración Física y Estado Mental

PACIENTE CONCIENTE, POCO COOPERADOR, ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y ESPACIO, MEMORIA INMEDIATA, RECIENTE, REMOTA PRESERVADA, EDAD APARENTE SIMILAR A LA CRONOLOGICA, ACTITUD Y POSICION LIBREMENTE ESCOGIDA, APARIENCIA DESALIÑADO, BIEN RASURADO, VESTIMENTA APROPIADA PARA EL INTERNAMIENTO, CONTACTO VISUAL EVITATIVO, ACTIVIDAD PSICOMOTRIZ NORMAL, MARCHA EUBASICA, LENGUAJE EN FORMA DE TARTAMUDEO, SOLO RESPONDE PREGUNTAS DE FORMA RAPIDA, VOLUMEN NORMAL, AFECTO TEMEROSO, HUMOR ACORDE AL AFECTO, PENSAMIENTO BIZARRO, CON CONTENIDO DE IDEAS PARANOIDES, CURSO NORMAL, FORMA ILOGICA, INTELIGENCIA NORMAL, ATENCION Y CONCENTRACION PRESERVADA, FONDO DE INFORMACION GENERAL NORMAL, CON ALUCINACIONES AUDITIVAS Y DELIRIOS PARANOIDES, REFIRIENDO QUE ESCUCHA LOS HELICOPTEROS Y QUE VIENEN LOS DE FUERZA CIVIL A MATAR A SU MAMÁ, INSOMNIO DESDE HACE 5 MESES E HIPOREXIA.

Evolución y Actualización del Estado Clínico (Tabaquismo, Alcoholismo y Adicciones)

JOHAN CONTINUA EN EL CUARTO DE OBSERVACION CONTINUA, REFIERE NO TENER PROBLEMAS PARA CONCILIAR EL SUEÑO, POR LA MAÑANA SE LE OBSERVA CON RISAS INMOTIVADAS Y SOLILOQUIOS, CONSUME MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS SIN PROBLEMA. CONTINUA CON CONTACTO VISUAL EVITATIVO, MUY CONCRETO, SOLO CONTESTANDO PREGUNTAS. EL CONTINUA NEGANDO DELIRIOS, ALUCINACIONES. RESTO DEL DIA SIN EVENTUALIDADES.

Resultados de Estudios Auxiliares

TSH 5.74
T4 LIBRE 1.87
ANTIDOPING NEGATIVO
EGO: PROTEINAS: INDICIO, CETONAS 15 MG/DL, BILIRRUBINAS BAJO, MOCO ABUNDANTE

Diagnóstico (s)

F28X / OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS DE ORIGEN NO ORGÁNICO

Tratamiento e Indicaciones Medicas

VER INDICACIONES

Pronóstico: RESERVADO

Dra. Mary Carmen Mellado Román
Cédula Profesional: 9209003

DR. JAVIER LUGOLEOS
Profesor Supervisor

HOSPITAL UNIVERSITARIO

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"Dr. José Eleuterio González"
Francisco I. Madero pte. y Av. Gonzalitos s/n
Col. Mitras Centro, C.P. 64460
Monterrey, N.L. Tel: (81) 83-89-11-11

NOMBRE: [redacted]

REGISTRO: 1198919-2 EDAD: 19 SEXO: M
DEPTO. Y/O SERV.: PSIQUIATRIA (HOSPITALIZACION)
DIAGNOSTICO:
F28X - OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS DE ORIGEN NO ORGÁNICO
CUARTO: 014 CAMA: 02
ALERGIAS: NEGADAS

EN MEDICA: OM1198919300815070 9

INDICACIONES MÉDICAS

	DESCRIPCION	VIA	DOSIS	FRECUENCIA DISP	TOMAS POR DIA
07:09:40 NORMAL					
07:09:40 NORMAL					***SUSPENDIDO***
OS					
07:09:33	SE AUTORIZA VISITA SEMI ESTRUCTURADA	15 MIN. MAMÁ			
AMENTOS					
07:09:34	OLANZAPINA 10 MG TABLETA	VIA ORAL	1 TABLETA / A LAS 21:00 HORAS	CADA 24 HORAS	1

FIN DE INDICACIONES

SELLO

Dra. Mary Carmen Mellado Román
Ced. Prof. 9209003

CAMENTOS LASA (LOOK-ALIKE / SOUND-ALIKE)

NOMBRE COMPLETO PERSONAL DE ENFERMERIA

TURNO MATUTINO	TURNO VESPERTINO	TURNO NOCTURNO
Enf. Alondra Saucedo	Enf. Alondra Saucedo	Fernando Gallegos

07:09:24a.m. SILVA CASTILLO JOHAN ARMANDO Página 1 de 1 Dra. Mary Carmen Mellado Roman SOME-000-074-R-12/05

1198919-2 SILVA CASTILLO JOHAN ARMANDO FECHA DE NACIMIENTO 4-JUNIO-1996 PACIENTE DE SUPERVISOR 17-AGO-2015 FECHA: 27/01/1996 HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. JOSE ELEUTERIO GONZALEZ

mando 1198919

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"Dr. José Eleuterio González"
Francisco I. Madero pte. y Av. Gonzalitos s/n
Col. Mitras Centro, C.P. 64460
Monterrey, N.L. Tel: (81) 83-89-11-11

NOMBRE:

REGISTRO: 1198919-2 EDAD: 19 SEXO: M
DEPTO. Y/O SERV.: PSIQUIATRIA (HOSPITALIZACION)
DIAGNOSTICO:
F28X - OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS DE ORIGEN NO ORGÁNICO
CUARTO: 011 CAMA: 01

LISTA DE PROBLEMAS

FECHA	ACTIVOS	FECHA	INACTIVOS
HOSPITALIZACIÓN: 2015-08-16			
17/08/2015	F28X / OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS DE ORIGEN NO ORGÁNICO		

Página 1 de 1 SOME 200-013-R-04/13

Página 1 de 1 SOME 000-005-R-03/13

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"Dr. José Eleuterio González"
Francisco I. Madero pte. y Av. Gonzalitos s/n
Col. Mitras Centro, C.P. 64460
Monterrey, N.L. Tel: (81) 83-89-11-11

NOMBRE:
REGISTRO: 1198919-2 EDAD: 19 SEXO: MASC.
DIAGNOSTICO: F28X Trastornos psicóticos de origen no orgánico
DEPTO. Y/O SERV.: Psiquiatría
CUARTO: 14 CAMA: 01

(Llenado de acuerdo a la NOM-004-SSA3-2012, (sin abreviaciones, sin faltar fecha, hora, nombre completo y firma de quien realiza)

ENLACE DE TURNO PSIQUIATRIA

Hora: 14:18

Signos Vitales: Estado de conciencia: consciente Orientado(a) en Tiempo: ✓ Lugar: ✓ Persona: ✓
Talla acorde igual a la cronológica: Si ☑ Menor ☐ Mayor ☐ Datos Clínicos Relevantes: no
Medicamento que entrega: Gabriela Gonzalez Enfermera(o) que recibe: Dayanira Rivera
Dieta: no Tipo de Aislamiento: Ninguno
Resultados Críticos de Laboratorio: no
Pertenencias: sin comidas

Escala de Dolor: 0 y Manejo del Dolor: NA Ulceras por Presión: Si ☐ No ☑ Grado: Bajo Actividad: Deambula
Escala de Caída: bajo Indice Katz: B Alimentación: B ✓ C Laborterapia: ✓
Barreras: NA Notas: Se levanta en su cama, ayudada por el pase de visita comenta se siente bien refiere sin molestias del estado, comenta en la noche tiene calor en su cuarto, comenta dormir, se observa más expresiva, refiere estuvo en su domicilio platicando con su familia como fue el pendaleo, con compañeros, se integra a platicar y reír, se ante es muy cuidadosa, comenta estar platicando, atento a conversaciones de compañeros, posterior bajo a platicar con su familia, platicando del tema de abuelo "felicidad", posteriormente con compañeros. Lic. Liliana Gallegos.

Estudios y valoraciones de gabinete pendientes: no
Interconsultas pendientes: no
Cirugías pendientes: no
Interconsultas de paciente: Pneumologia (Hospitalaria)

Turno: Noche Hora: 20:35

Signos Vitales: Estado de conciencia: consciente Orientado(a) en Tiempo: ✓ Lugar: ✓ Persona: ✓
Talla acorde igual a la cronológica: Si ☑ Menor ☐ Mayor ☐ Datos Clínicos Relevantes: no
Medicamento que entrega: Dayanira Rivera Enfermera(o) que recibe: Fernando Gallegos
Dieta: no Tipo de Aislamiento: Ninguno
Resultados Críticos de Laboratorio: no
Pertenencias:

Escala de Dolor: 0 y Manejo del Dolor: NA Ulceras por Presión: Si ☐ No ☑ Grado: Bajo Actividad: Deambula
Escala de Caída: Bajo Indice Katz: B Alimentación: B ✓ C Laborterapia: Si
Barreras: NA Notas: se recibe en sala integrada platicando con compañeros, apartado del grupo, se observa por momentos triste y sonriendose, se integra a plastilina tema libre, molde mandala y sentirse agusto y feliz por parte de hoy, platicando con familiares refiriendo le gusta mucho recibir visita de su mamá, se estira tirada con la silla, se despide de un abraso al terapeuta familiar con buen humor. Enf. Dayanira Enriquez

Estudios y valoraciones de gabinete pendientes: no
Interconsultas pendientes: no
Cirugías pendientes: no

HOJA DE TRATAMIENTO MÉDICO Y ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

FECHA	MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA	HORARIO

	27.08.15 C1	28.08.15 C2	29.08.15 C3	30.08.15 C4	31.08.15 C5
DIETA Normal					

HORA	T°	FC	FR	T/A	D°	T°	FC	FR	T/A	D°	T°	FC	FR	T/A	D°	T°	FC	FR	T/A	D°	T°	FC	FR	T/A	D°
8	[illegible]	76	19	[illegible]	0	[illegible]	[illegible]	16	[illegible]	0	[illegible]	78	19	[illegible]	0	[illegible]	[illegible]	20	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0
16	[illegible]	90	19	[illegible]	0	[illegible]	68	20	[illegible]	0	[illegible]	[illegible]	20	[illegible]	0	[illegible]	70	[illegible]	[illegible]		[illegible]	91	20	[illegible]	0
20	[illegible]	[illegible]	19	[illegible]	0	[illegible]	85	18	[illegible]	0	[illegible]	95	19	[illegible]	0	[illegible]	77	18	[illegible]	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0

GRÁFICA DE TEMPERATURA	T. M.	T. V.	T. N.	T. M.	T. V.	T. N.	T. M.	T. V.	T. N.	T. M.	T. V.	T. N.	T. M.	T. V.	T. N.
40															
39															
38															
37															
36															

PESO	86.300	30/08/2015 68.500 kg
TALLA	1.66	1.65 mts
PERÍMETRO ABDOMINAL	88 cm	83 cms

NOMBRE Y FIRMA DE ENFERMERA (O) RESPONSABLE															
T.M.	Jorge Carlos			Carlos Jorge			Wendy Suarez			Wendy Suarez			Carlos Jorge		
T.V.	Angeles Ruiz			Angeles Ruiz			Wendy Suarez			Wendy Suarez			Angeles Ruiz		
T.N.	Abel Pérez			Fernando Galindo			Abel Pérez			Fernando Galindo			Abel Pérez		

* DOLOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL

FOLIO 55-03-PC-006 Rev. 01-02/12

Departamento de Psiquiatría
Av. Francisco I. Madero pte. y Av. Gonzalitos S/N
Col. Mitras Centro, Monterrey, N.L. C.P. 64460
Tel. (81) 83-48-05-05 y (81) 83-48-05-06

Área: Comunidad Terapeutica
Servicio: Psiquiatria
Cuarto: 001 Cama: 01
Fecha de Ingreso: 07/Mar/2015
Fecha de Egreso: 20/Mar/2015 Hora: 11:00

EGRESO LARGO

COMPRENSIÓN DIAGNÓSTICA FINAL

a. DSM V:
301.83 (F60.3)Trastorno de personalidad limite.
305.1 (F17.2) Dependencia a la nicotina con dependencia fisiológica.

RECOMENDACIONES FINALES

Vigilancia relativa por familiar.
Acudir a urgencias en caso de cualquier eventualidad.
Continuar psicoterapia individual y de familia.
Continuar con terapia farmacológica.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
Dr. Stefan Fernández

PSIQUIATRA PRIVADO DE INTERNAMIENTO
Dra. Isabel Valdez

COORDINADOR DE SERVICIOS HOSPITALARIOS
Dr. Javier Lugoleos Cano
Céd. Prof. 2371015

SUPERVISOR DE SALA DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA
Dr. Sergio Loredo Alexeey Loredo Díaz
Céd. Prof. 3881967 Céd. Esp. 5413842

RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA R1
Dra. Mariana Cedeño López
Céd. Prof. 8533329

INSTALACIONES

No. Registro: 0942935-5 EDAD: 32 Fecha: 27-06-15

Motivo: Riesgo de Heteroagresión.

Medicamentos Administrados: Si ___ No ___ Ver hoja de indicaciones.

CÓDIGO	CONDUCTA
1	FORCEJEA
2	GRITA
3	TRANQUILO
4	DUERME
5	LLORA
6	SE RIE
7	CANTA
8	MURMURA
9	AMENAZA/Tipo y a quién
10	ALUCINA

CÓDIGO	CONDUCTA
11	COPROLALICO
12	TOMA LIQUIDOS
13	TOMA SOLIDOS
14	ORINA EN COMODO
15	ORINA EN BAÑO
16	ORINA EN ROPA
17	DEFECO EN COMODO
18	DEFECO EN BAÑO
19	DEFECO EN ROPA
20	SE RETIRA SUJECIÓN
21	Otros.

CODIGO	FIRMA Y NOMBRE	HORA	CODIGO	FIRMA Y NOMBRE	HORA	CODIGO	FIRMA Y NOMBRE	HORA	CODIGO	FIRMA Y NOMBRE
[illegible]	[illegible]	14:00	3	[illegible]	21:15	3,15,21	Ingrid Silva	04:30	4	Ingrid Silva
[illegible]	[illegible]	14:30	13,12	[illegible]	21:30	21	Ingrid Silva	04:45	4	Ingrid Silva
[illegible]	[illegible]	14:45	3,15	[illegible]	21:45	21,3	Ingrid Silva	05:00	4	[illegible]
[illegible]	[illegible]	14:45	3	[illegible]	22:00	3	Ingrid Silva	05:15	4	[illegible]
[illegible]	[illegible]	15:00	3,2	[illegible]	22:15	3	Ingrid Silva	05:30	4	[illegible]
[illegible]	[illegible]	15:15	3	[illegible]	22:30	3	Ingrid Silva	05:45	4	[illegible]
[illegible]	[illegible]	15:30	3	[illegible]	22:45	3,4	Ingrid Silva	06:00	3,11,15	Ingrid Silva
[illegible]	[illegible]	15:45	3,4	[illegible]	23:00	4	Ingrid Silva	06:15	3	Ingrid Silva
[illegible]	[illegible]	16:00	3	[illegible]	23:15	4	Ingrid Silva	06:30	3,4	Ingrid Silva
[illegible]	[illegible]	16:15	3,13	[illegible]	23:30	4	Ingrid Silva	06:45	4	Ingrid Silva
[illegible]	[illegible]	16:45	3	[illegible]	23:45	4	Ingrid Silva	07:00	3,4	Ingrid Silva
[illegible]	[illegible]	17:00	3,12	[illegible]	00:00	4	Ingrid Silva			
[illegible]	[illegible]	17:15	3	[illegible]	00:15	4	Ingrid Silva			
[illegible]	[illegible]	17:30	3	[illegible]	00:30	4	Ingrid Silva			
[illegible]	[illegible]	17:30	3	[illegible]	00:45	4	Ingrid Silva			
[illegible]	[illegible]	17:45	3	[illegible]	01:00	4	Ingrid Silva			
[illegible]	[illegible]	18:00	3	[illegible]	01:15	4	[illegible]			
[illegible]	[illegible]	18:15	3	[illegible]	01:30	4	[illegible]			
[illegible]	[illegible]	18:30	3	[illegible]	01:45	4	[illegible]			
[illegible]	[illegible]	18:45	3	[illegible]	02:00	4	[illegible]			
[illegible]	[illegible]	19:00	3,13	[illegible]	02:15	4	[illegible]			
[illegible]	[illegible]	19:15	3,12	[illegible]	02:30	4	[illegible]			
[illegible]	[illegible]	19:30	3	[illegible]	02:45	4	[illegible]			
[illegible]	[illegible]	19:45	3	[illegible]	03:00	4	[illegible]			
[illegible]	[illegible]	20:00	3	[illegible]	03:15	4	[illegible]			
[illegible]	[illegible]	20:15	3	[illegible]	03:30	4	[illegible]			
[illegible]	[illegible]	20:30	3	[illegible]	03:45	4	[illegible]			
[illegible]	[illegible]	20:45	3	[illegible]	04:00	4	Ingrid Silva			
[illegible]	[illegible]	21:00	3	Ingrid Silva	04:15	4	Ingrid Silva			

OBSERVACIONES

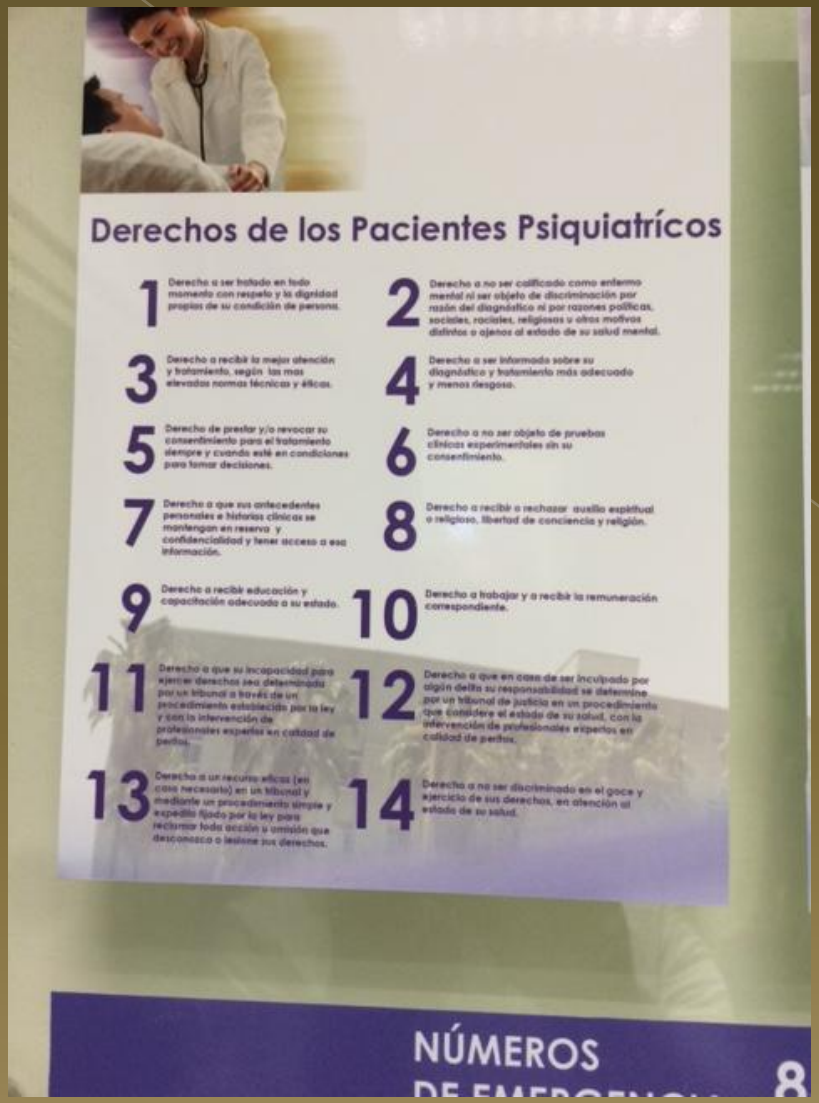
21:15 - 21:45 sale al sanitario tardando 30 minutos en lavarse las manos, los dientes y micionando.

[illegible] de turno:

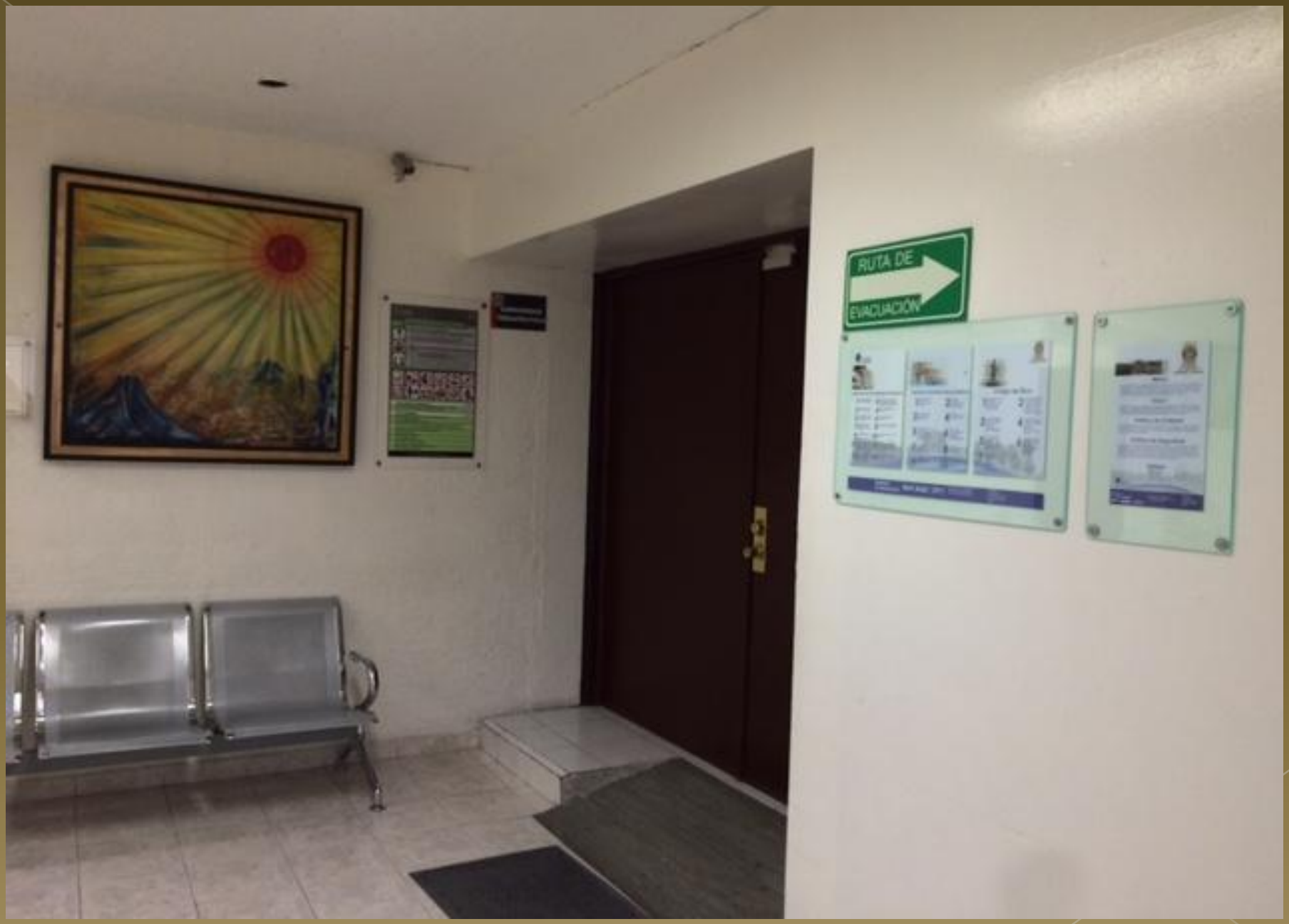
[illegible]

RECORTO

UANL
Derechos de los Pacientes Psiquiatricos
Derechos Generales de los Médicos
Código de Ética
NÚMEROS
DE EMERGENCIA
8347.8368 / 2911


Derechos de los Pacientes Psiquiatrícos
1 Derecho a ser tratado en todo momento con respeto y la dignidad propias de su condición de persona.
2 Derecho a no ser calificado como enfermo mental ni ser objeto de discriminación por razón del diagnóstico ni por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental.
3 Derecho a recibir la mejor atención y tratamiento, según las mas elevadas normas técnicas y éticas.
4 Derecho a ser informado sobre su diagnóstico y tratamiento más adecuado y menos desgaso.
5 Derecho de prestar y/o revocar su consentimiento para el tratamiento siempre y cuando esté en condiciones para tomar decisiones.
6 Derecho a no ser objeto de pruebas clínicas experimentales sin su consentimiento.
7 Derecho a que sus antecedentes personales e historias clínicas se mantengan en reserva y confidencialidad y tener acceso a esa información.
8 Derecho a recibir o rechazar auxilio espiritual o religioso, libertad de conciencia y religión.
9 Derecho a recibir educación y capacitación adecuada a su estado.
10 Derecho a trabajar y a recibir la remuneración correspondiente.
11 Derecho a que su incapacidad para ejercer derechos sea determinada por un tribunal a través de un procedimiento establecido por la ley y con la intervención de profesionales expertos en calidad de peritos.
12 Derecho a que en caso de ser inculpado por algún delito su responsabilidad se determine por un tribunal de justicia en un procedimiento que considere el estado de su salud, con la intervención de profesionales expertos en calidad de peritos.
13 Derecho a un recurso eficaz (en caso necesario) en un tribunal y mediante un procedimiento simple y expedito fijado por la ley para reclamar toda acción u omisión que desconozca o lesione sus derechos.
14 Derecho a no ser discriminado en el goce y ejercicio de sus derechos, en atención al estado de su salud.
NÚMEROS

DIRECTORIO DEL DEPARTAMENTO
DE PSIQUIATRÍA DEL H.U. U.A.N.L.
PRIMER PISO
SEGUNDO PISO
TERCER PISO
JEFATURA
CITAS
CAJA
TRABAJO SOCIAL
COMUNIDAD TERAPEUTICA
INVESTIGACION
CENTRO DE DEPRESION
PSIQUIATRIA GENERAL
CLINICA DE PSIQUIATRIA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA
CLINICA GRUPO PAREJA Y FAMILIA
BIBLIOTECA
AUDITORIO


RUTA DE
EVACUACIÓN

SALIDA
SALIDA DE EMERGENCIA
RECEPCIÓN

CUARTO DE
EXPLORACIÓN
FÍSICA

- Levav, I. & González-Uzcátegui, R. (2001) The Roots of the Caracas Declaration; in Mental Health Care Reform: 15 Years After Caracas.
- Brasilia, Ministry of Health of Brazil, Pan American Health Organization, and World Health Organization. (2005) The Brasilia Principles: Guiding Principles on the Development of Mental Health Care in the Americas.
- Diario Oficial de la Federación. (2013) Ley General de Salud. Secretaria de Salud, México.
- Diario Oficial de la Federación. (2011) Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Secretaría de Salud, Consejo de las Personas con Discapacidad, México