



Instituto de Seguridad Social de los  
Trabajadores del Estado de Chiapas

*Son Hechos  
no palabras*

**Manual de Procedimientos para la  
Referencia de Pacientes al Tercer Nivel  
de Atención Médica**

Agosto 2012

## HOJA DE IDENTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

**Son Hechos**  
no palabras

### NOMBRE DEL DOCUMENTO

**Manual de Procedimientos para la Referencia de Pacientes  
al Tercer Nivel de Atención Médica**

### SÍNTESIS DEL DOCUMENTO

Contiene los criterios, procedimientos de actuación y los formatos que deberán ser aplicados en el proceso de referencia de pacientes del 2do. al 3er. nivel de atención médica.

### AUTORIZACIONES

El Director General

  
C.P.C. Armando García Cunjamá

El Subdirector de Servicios  
Médicos

  
Dr. Emilio Antonio Martínez  
Zenteno

El Subdirector de Finanzas

  
C.P. Pascual de los Santos Cruz

Fecha de Autorización

Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	4
<b>1. MARCO NORMATIVO</b>	5
<b>2. OBJETIVO</b>	6
<b>3. POLITICAS DE OPERACIÓN:</b>	7
Disposiciones generales	7
Criterios para la referencia de pacientes	8
Del trámite para el envío de pacientes al tercer nivel de atención	10
Del seguimiento y control médico del paciente	11
Del comité y subcomité médico de evaluación y seguimiento	13
De la utilización del fondo revolvente por referencias de pacientes	15
De la ayuda económica y pasajes otorgados al paciente	16
De la vigencia del presente Manual	18
<b>4. PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN:</b>	18
De la referencia de pacientes al tercer nivel de atención médica	19
De la solicitud de boletos para el traslado de pacientes	24
Del trámite de pago a instituciones médicas de tercer nivel de atención	26
Del reembolso de gastos a pacientes	29
Del trámite de pago de boletos de transporte aéreo o terrestre	32
<b>5. FORMATO E INSTRUCTIVO DE UTILIZACIÓN:</b>	35
TP3N-01 Referencia al tercer nivel de atención	36
TP3N-02 Contrarreferencia al segundo nivel de atención	40

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

TP3N-03	Orden de traslado	44
TP3N-04	Solicitud de ayuda económica	48
TP3N-05	Reembolso de gastos	51
TP3N-06	Constancia de acompañante	54
TP3N-07	Oficio de solicitud de boletos aéreos	57
TP3N-08	Orden de servicio	60
TP3N-09	Recibo de ayuda económica	63
TP3N-10	Carta Compromiso	66

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

Unidad de Planeación / Departamento de Organización y Sistemas.



## INTRODUCCIÓN

El Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas, brinda a sus derechohabientes atención médica preventiva, curativa y rehabilitatoria en sus tres niveles, buscando siempre que sea eficiente, oportuna y equitativa, haciendo uso de los recursos tecnológicos y científicos necesarios, de acuerdo a las necesidades de sus pacientes.

En base a lo anterior el Instituto ha establecido convenios con diversas instituciones médicas de tercer nivel del sistema nacional de salud, para coadyuvar en la solución de la prestación de servicios de medicina especializada, para los pacientes derechohabientes que así lo requieran.

El presente manual de procedimientos es una guía para la referencia y contrarreferencia de pacientes que requieren ser valorados y atendidos en un tercer nivel de atención médica, y contempla los criterios y procedimientos necesarios para el tramite de envío, para el seguimiento y control, y para el pago de pasajes y ayuda económica. Asimismo, contempla los formatos que deberán aplicarse para su buen desempeño.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

## 1. MARCO NORMATIVO

- Ley General de Salud
- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998
- Ley del Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas.
- Reglamento Interior Administrativo del ISSTECH
- Manual de Organización General del ISSTECH.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

   
Unidad de Planeación / Departamento de Organización y Sistemas.

## 2. OBJETIVO

Proporcionar los lineamientos técnicos y administrativos, que servirán de guía en la referencia de pacientes con padecimientos que por la complejidad en su tratamiento, exceden el nivel resolutivo de la atención médica de segundo nivel del Instituto y que deberán ser atendidos en una unidad de salud de alta especialidad o en un tercer nivel.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

### 3. POLITICAS DE OPERACIÓN

#### Disposiciones generales

1. Las políticas que a continuación se describen regularán el sistema de referencia de pacientes al tercer nivel de atención médica, por lo que deberán de ser observadas y aplicadas por las áreas involucradas en otorgamiento de dicho servicio.
2. Para efectos de este manual se entenderá por:
  - Instituto:** al Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas.
  - Hospital Vida Mejor:** al Hospital de Especialidades "Vida Mejor" en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez.
  - Clínica Hospital Tapachula:** a la Clínica Hospital Dr. Belisario Domínguez Palencia.
  - Ventanilla Única:** Ventanilla Única de Información y Gestión de Servicios del Hospital de Especialidades Vida Mejor.
  - Comité o Subcomité:** al Comité Médico de Evaluación y Seguimiento en el Hospital de Especialidades Vida Mejor, y/o al Subcomité Médico de Evaluación y Seguimiento en la Clínica Hospital Dr. Belisario Domínguez Palencia.
3. Únicamente serán referidos los pacientes al servicio médico de tercer nivel, cuando técnica y/o médicamente no sea posible realizar los estudios y/o tratamientos necesarios para su atención médica, en los servicios del Hospital Vida Mejor ó de la Clínica Hospital Tapachula.
4. Los pacientes que requieran de atención médica de alta especialidad o tercer nivel, serán referidos únicamente a las instituciones con las que el ISSTECH haya realizado convenios para la prestación de sus servicios médicos; en caso de que un paciente enlace con otro establecimiento o institución, el Instituto no respaldará trámite alguno y queda exento de toda responsabilidad.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

El jefe del área de Ventanilla Única y el jefe del área de Trabajo Social de la Clínica Hospital Tapachula, verificarán que la documentación para el traslado del paciente, esté completa y correcta, debiendo solicitar o efectuar las modificaciones que procedan.

5. Las referencias de pacientes al tercer nivel que determine el médico especialista, deberán ser valorados por el jefe del servicio de la especialidad correspondiente y solamente serán autorizados por el comité en el Hospital Vida Mejor, ó por el subcomité en la Clínica Hospital Tapachula en su caso; los cuales evaluarán y aprobarán las referencias, o bien si el paciente puede continuar su tratamiento en instituciones de segundo nivel propias o subrogadas.
6. El área de Ventanilla Única en el Hospital Vida Mejor, es la responsable de dar vista al comité de los casos de pacientes referidos a servicios de alta especialidad o al tercer nivel de atención tanto de primera vez como subsecuentes, para su evaluación. Asimismo, gestionará las citas y boletos para el transporte correspondiente; y el pago de ayuda económica en su caso.

De la misma manera la Clínica Hospital Tapachula, realizará los trámites señalados en el párrafo anterior a través del área de Trabajo Social, quien dará vista al subcomité de los casos que se presenten.

7. Todos los gastos que se generen en el traslado de pacientes serán cargados al presupuesto del servicio médico de tercer nivel del Hospital Vida Mejor y la Clínica Hospital Tapachula, respectivamente.

Para el pago a las Instituciones de Tercer Nivel con las que el Instituto tenga convenios, incluyendo los gastos derivados de la atención médica en el Hospital Central Militar de la Ciudad de México y hospital de alta especialidad en la Cd. de Villahermosa, las instancias administrativas involucradas deberán proceder de manera expedita en su gestión, a fin de evitar el retraso en los trámites, ya que en caso de que se generen intereses moratorios, éstos serán con cargo al titular del área que haya generado dicho retraso.

### Criterios para la referencia de pacientes

8. Las condiciones para dictaminar una referencia a servicios de alta especialidad o tercer nivel de atención, serán en relación a:

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

Unidad de Planeación, Departamento de Organización y Sistemas.

- a) Tipo de padecimiento.
  - b) Evolución.
  - c) Complejidad.
  - d) Pronóstico.
  - e) Limitaciones de recursos disponibles en el Hospital Vida Mejor, para diagnóstico y/o tratamiento.
9. Para la solicitud de envío de pacientes al servicio de alta especialidad o tercer nivel de atención, los médicos especialistas de segundo nivel deberán elaborar el resumen clínico completo conforme a lo establecido en la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico e identificar plenamente y anotar en forma específica los motivos, que podrán ser:
- a) Para completar diagnóstico.
  - b) Para tratamiento médico o quirúrgico.
  - c) Para aplicación de estudios con recursos especializados.
  - d) Para otorgamiento de interconsulta por el servicio específico.
10. El comité médico deberá especificar las condiciones de traslado del paciente, de la siguiente forma:
- a) Acompañante autorizado o sin él.
  - b) Acompañante médico o sin él.
  - c) Tipo de transporte: terrestre o aéreo.
  - d) Posición en que deberá viajar el paciente: acostado o sentado.
  - e) Si requiere del servicio de ambulancia para su traslado de hospital a hospital, de domicilio u hospital al aeropuerto y del aeropuerto al hospital.
  - f) El tipo de ambulancia requerida: ambulancia de traslado o ambulancia de terapia intensiva.
11. Dentro de las condiciones de la referencia de un paciente, el comité o subcomité, deberá especificar los casos en que requiera de uno o dos acompañantes, lo cual deberá estar plenamente justificado.

El o los acompañantes que se autoricen, deberán ser mayores de edad, estar en pleno uso de sus facultades mentales, así como saber leer y escribir.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

### Del trámite de envío de pacientes al tercer nivel de atención

12. Cuando una referencia al servicio de alta especialidad o tercer nivel sea autorizada por el comité o subcomité, el área de Ventanilla Única, y el área de Trabajo Social de la Clínica Hospital Tapachula, elaborarán la Orden de Traslado y gestionarán la cita u hospitalización del paciente, a través de la Oficina de Enlace de Tercer Nivel en México o directamente con los hospitales subrogados, cuando el envío sea a otra ciudad. Dicha orden contendrá el número de acuerdo y sesión de comité o subcomité, así como la fecha de la cita médica.

Asimismo, con base a dicho acuerdo se determinará el número de días de ayuda económica que se le otorgarán al paciente para su referencia, y se solicitará el pago a la Subdirección Administrativa del Hospital Vida Mejor o a la Administración de la Clínica Hospital Tapachula, a través del formato Solicitud de Ayuda Económica.

13. La Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor o el área de Trabajo Social de la Clínica Hospital Tapachula, deberá de brindar todo tipo de orientación al paciente o familiar acompañante, proporcionándole los datos para su llegada a la institución receptora:

- a) Día y hora en que deberá presentarse a la institución de tercer nivel;
- b) Nombre y dirección de la institución;
- c) Persona a quien deberá dirigirse;
- d) Medio de transporte por el que viajará;
- e) Día y hora de salida al lugar destinado; y
- f) Las indicaciones especiales que sean necesarias.

14. La documentación que personalmente llevará el paciente para su atención en el tercer nivel, será la siguiente:

- a) Orden de traslado.
- b) Referencia al tercer nivel de atención, conteniendo el resumen clínico completo.
- c) Carta compromiso de pago.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

15. La solicitud de cita médica del paciente y la referencia al tercer nivel de atención, serán enviados vía fax o internet a la Oficina de Enlace de Tercer Nivel en México.
16. El titular de la Oficina de Enlace de Tercer Nivel en México deberá estar presente al momento de internamiento del paciente, en los casos que por vía telefónica/fax o internet se le requiera. Este requerimiento se indicará en la Orden de Traslado del paciente.
17. La Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor o en su caso el área Trabajo Social de la Clínica Hospital de Tapachula, deberá realizar con oportunidad, la entrega directa al paciente o familiar previa identificación, del oficio y/o Orden de Servicio de boletos de avión o terrestre, según el caso; por lo que los pacientes o sus acompañantes deberán acudir a la agencia de viajes o terminal de autobuses con quienes el Instituto haya convenido, para tramitar sus boletos.

### **Del seguimiento y control médico del paciente**

18. La Oficina de Enlace de Tercer Nivel únicamente podrá adquirir medicamentos para pacientes referidos al tercer nivel, cuando se encuentren hospitalizados, o cuando tengan que permanecer en la Ciudad de México por varios días y el tratamiento de su patología así lo requiera.

Para los pacientes que solamente acudan a consulta o a control, los medicamentos prescritos en los diferentes nosocomios de tercer nivel, serán suministrados en la unidad médica del Instituto que los haya referido.

19. Una vez proporcionados los servicios médicos al paciente, éste o su acompañante, solicitará al médico o médicos que trataron el caso, el llenado del formato de su contrarreferencia conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

Asimismo, si el paciente debe retornar a su lugar de origen, éste o su acompañante deberán presentarse a la Oficina de Enlace de Tercer Nivel en México, para que se le haga entrega de los siguientes documentos:

- a) Constancia de estancia expedida por la Oficina de Enlace.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

- b) Orden de traslado sellada con la fecha de llegada y regreso por la Oficina de Enlace.
- c) Contrarreferencia o resumen clínico de la institución de tercer nivel y/o egreso hospitalario, según el caso médico.
20. Los documentos señalados en el numeral anterior, deberán ser entregados por el paciente en la Ventanilla Única o el área de Trabajo Social en la Clínica-Hospital Tapachula según corresponda, con el propósito de que sirvan como comprobantes de la asistencia del paciente al servicio, así como para el pago de ayuda económica cuando proceda y para que el jefe del servicio respectivo, conjuntamente con el médico responsable del manejo del paciente, instruyan sobre el control del caso y vigilancia de las indicaciones, o del alta correspondiente, conforme a la Contrarreferencia o Resumen Clínico.
21. La Oficina de Enlace hará la entrega al paciente o a su acompañante en su caso, de la orden de servicio de boleto terrestre, para que acuda a la terminal de autobuses a recoger dicho boleto para su regreso.
- Si el traslado es aéreo, la Oficina de Enlace de Tercer Nivel en México, solicitará vía telefónica/fax a la agencia de viajes correspondiente, para que ésta asigne clave de reservación al paciente o a su acompañante en su caso, quién solicitará los pases de abordar directamente en la línea aérea del aeropuerto. La Oficina de Enlace hará llegar junto con el expediente del paciente, la orden de boletos aéreos a la Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor o al área de Trabajo Social de la Clínica Hospital Tapachula en su caso.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

### Del comité y subcomité médico de evaluación y seguimiento

22. El Comité Médico de Evaluación y Seguimiento del Hospital Vida Mejor, estará integrado por:

**Presidente:** Director del Hospital Vida Mejor.  
**Presidente Suplente:** Subdirector Médico del Hospital Vida Mejor.  
**Secretario Técnico:** Jefe de la Ventanilla Única.  
**Vocales:** Jefe del Servicio de Medicina Interna y Geriátrica.  
 Jefe del Servicio de Cirugía.  
 Jefe del Servicio Gineco-obstetricia.  
 Jefe del Servicio de Pediatría.  
 Jefe del Servicio de Consulta Externa de Especialidades.  
 Jefe de Enseñanza e Investigación.  
 Coordinador de Unidades Médicas.

23. Para resolver las necesidades de atención médica de tercer nivel del área de influencia de la Clínica Hospital Tapachula, funcionará el subcomité médico de evaluación y seguimiento, el cual estará sujeto a las disposiciones que emita el comité y el presente manual. Dicho subcomité estará conformado de la siguiente manera:

**Presidente:** Director de la Clínica Hospital Tapachula.  
**Secretario Técnico:** Jefe de Trabajo Social.  
**Vocales:** Jefe del Servicio de Hospitalización.  
 Jefe del Servicio de Consulta Externa.  
 Jefe de Enseñanza e Investigación.

24. Facultades y obligaciones del comité y subcomité médico de evaluación y seguimiento:

- I. Evaluar y en su caso autorizar los traslados de primera vez y subsecuentes, al Tercer Nivel de Atención Médica, de los pacientes de su adscripción.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

- II. Emitir recomendaciones para el manejo adecuado de los pacientes que a juicio del comité o subcomité no deban ser referidos al tercer nivel.
- III. Especificar las condiciones y el medio de traslado de los pacientes referidos, atendiendo a su estado patológico.
- IV. Verificar que las solicitudes de traslado estén integradas correctamente y que los resúmenes clínicos sean elaborados con apego a la Normatividad Oficial Mexicana.
- V. Solicitar la presencia del especialista para escuchar su opinión en los casos que se considere necesario para la toma de decisiones.
- VI. Cumplir y hacer cumplir con el Marco Jurídico y Normativo Aplicable en la materia, así como con las disposiciones y procedimientos que establezca la Normatividad para el Traslado de Pacientes al Tercer Nivel de Atención Médica y demás disposiciones que emita el comité médico de evaluación y seguimiento y/o la Dirección del Instituto.
- VII. Dar respuesta inmediata a las convocatorias realizadas por el secretario técnico del comité o subcomité, a fin de no retrasar el envío de pacientes.
- VIII. Rechazar las solicitudes de traslado que no estén fundamentadas o no se ajusten a los lineamientos establecidos en el Marco Normativo Vigente.
- IX. Establecer y mantener coordinación con la Oficina de Enlace de Tercer Nivel en México y la Coordinación de Unidades Médicas.
- X. Solicitar, obtener y analizar la información inherente a los pacientes referidos al Tercer Nivel de Atención.
- XI. Dar de alta a pacientes atendidos en el tercer nivel, cuando técnicamente lo considere pertinente.
- XII. Solicitar y obtener las revaloraciones necesarias de especialistas del área en su caso, de las referencias con subsecuencia elevada.
- XIII. Proponer la subrogación de un servicio médico con un particular para el paciente, considerando el costo-beneficio.
- XIV. Actuar con la congruencia, imparcialidad, honestidad y ética requeridas en las resoluciones tomadas.
- XV. Las demás que sean inherentes a la competencia del comité o subcomité.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

    
Unidad de Planeación / Departamento de Organización y Sistemas.

25. El comité o subcomité médico de evaluación y seguimiento será el único órgano facultado para la autorización de las referencias, por lo que sus integrantes deberán responder de inmediato a las convocatorias realizadas por el secretario técnico del comité o subcomité, evitando el retraso en los envíos de los pacientes.

Para el caso de una referencia urgente de pacientes hospitalizados, en turnos especiales o días inhábiles, será el asistente de la Dirección en dicha jornada quien autorice el envío bajo su estricta responsabilidad, y la Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor o el área de Trabajo Social de la Clínica Hospital de Tapachula, notificará al comité o subcomité para su conocimiento y seguimiento.

#### De la utilización del fondo revolvente por referencias de pacientes

26. La Oficina de Enlace de Tercer Nivel en México será la responsable del manejo y control del fondo revolvente, asignado para cubrir erogaciones derivadas de la referencia de pacientes al tercer nivel de atención médica.
27. El fondo revolvente asignado podrá utilizarse para cubrir los reembolsos de gastos realizados por los pacientes que conforme al presente manual procedan; así como el pago de ayuda económica a los pacientes, en las condiciones establecidas.
28. Los gastos que efectúe el paciente hospitalizado por concepto de medicamentos y/o estudios de laboratorio, se le reembolsarán previa comprobación, mediante la presentación de recetas y facturas correspondientes, que deberán contener el visto bueno del responsable de la Oficina de Enlace de Tercer Nivel en México, en su caso.
29. Únicamente en casos excepcionales por causa de urgencias o días festivos, podrán ser reembolsados a través de la Administración del Hospital Vida Mejor o de la Clínica Hospital Tapachula, los gastos que efectúe el paciente por concepto de medicamentos y/o estudios de laboratorio, previa comprobación mediante recetas y facturas, las cuales deberán contener el visto bueno del Jefe de la Oficina de Enlace de Tercer Nivel en México, exceptuando los realizados en días inhábiles.

Para hacer constar el reembolso, la Administración deberá requisitar el formato Reembolso de Gastos.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

30. No se pagarán gastos que sean diferentes al motivo de la referencia o que no se deriven de ésta, especificado en la orden de traslado o en la contrareferencia.

### De la ayuda económica y pasajes otorgados al paciente

31. Cuando el paciente tenga programada una hospitalización en su referencia al tercer nivel, no se le pagará ayuda económica, solamente se le pagarán los pasajes tanto a él como a su acompañante.

Para efectuar el pago de ayuda económica, se elaborará el formato Recibo de Ayuda Económica.

32. El monto de la ayuda económica que se otorgue al paciente por día, será conforme al acuerdo vigente autorizado por el Director General hasta por 3 días. Si se prolonga la estancia del paciente sin que se hospitalice, la Oficina de Enlace de Tercer Nivel en México pagará el importe de los días que se excedan.

33. Se pagará un día adicional de ayuda económica al paciente, únicamente cuando el traslado se efectúe un día antes de su cita, así como en los casos que por causa justificada, el retorno del paciente sea un día después de ésta.

34. Si la estancia se prolonga hasta por 10 días sin que el paciente se hospitalice, el jefe de la Oficina de Enlace de Tercer Nivel en México tendrá la facultad de autorizar el pago de ayuda económica correspondiente según la constancia de estancia.

Si entre una cita y la subsecuente existe un lapso mayor de 10 días, el paciente deberá ser referido a su lugar de origen.

35. En los casos en que el paciente por voluntad propia decida viajar en transporte aéreo, la Subdirección Administrativa del Hospital Vida Mejor, o la Administración de la Clínica Hospital Tapachula, deberá pagarle el monto equivalente al importe de transporte terrestre convenido con la línea de autobuses, en estos casos no será pagado el día adicional por el traslado.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

36. La Subdirección Administrativa del Hospital Vida Mejor; la Administración de la Clínica Hospital Tapachula y la Oficina de Enlace, efectuarán los trámites de comprobación del gasto por los pagos de ayuda económica efectuados, enviando a la Oficina de Revisión y Control Financiero de la Subdirección de Finanzas, en forma semanal los siguientes documentos:
- Cédula de afectación presupuestaria.
  - Solicitud de reposición de fondo revolvente (Oficina de Enlace de Tercer Nivel en México).
  - Relación de cheques expedidos (Hospital Vida Mejor).
  - Pólizas de cheque firmadas por el paciente o familiar responsable (Hospital Vida Mejor).
  - Relación de recibos de ayuda económica que se pagaron (Clínica Hospital Tapachula y Oficina de Enlace de Tercer Nivel en México).
  - Recibos de ayuda económica que se pagaron (Clínica Hospital Tapachula y Oficina de Enlace de Tercer Nivel en México).
  - Ordenes de traslados (copia).
  - Credenciales de los pacientes y del familiar que efectúa el cobro, en su caso (copia).
  - Constancias de estancia (copia).

Así mismo, para el pago del importe de los boletos a la línea de autotransportes y/o agencia de viajes, enviarán los siguientes documentos:

- Cédula de afectación presupuestaria.
  - Factura original.
  - Orden de traslado (copia).
  - Oficio de solicitud de boletos (transportación aérea).
  - Orden de servicio (transportación terrestre).
  - Credencial del paciente y en su caso de los acompañantes (copia).
  - Constancia de estancia únicamente para los pasajes de regreso de la Cd. de México (copia).
37. La Subdirección Administrativa del Hospital Vida Mejor; la Administración de la Clínica Hospital Tapachula y la Oficina de Enlace deberán verificar que la documentación comprobatoria que presenten los pacientes, cumplan con los requerimientos fiscales; y tienen la facultad para rechazar cualquier comprobante que no se apegue a los lineamientos legales.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

### De la vigencia del presente Manual

38. El presente manual entrará en vigor a partir de su fecha de autorización y tendrá vigencia en tanto no se emitan nuevas disposiciones en contrario, quedando sin efecto, el Manual de Procedimientos para la Referencia de Pacientes al Tercer Nivel de Atención Médica, autorizado con fecha 21 de octubre de 2011.
39. La actualización del presente manual, corresponderá a la Subdirección de Servicios Médicos y a la Subdirección de Finanzas, según su competencia.

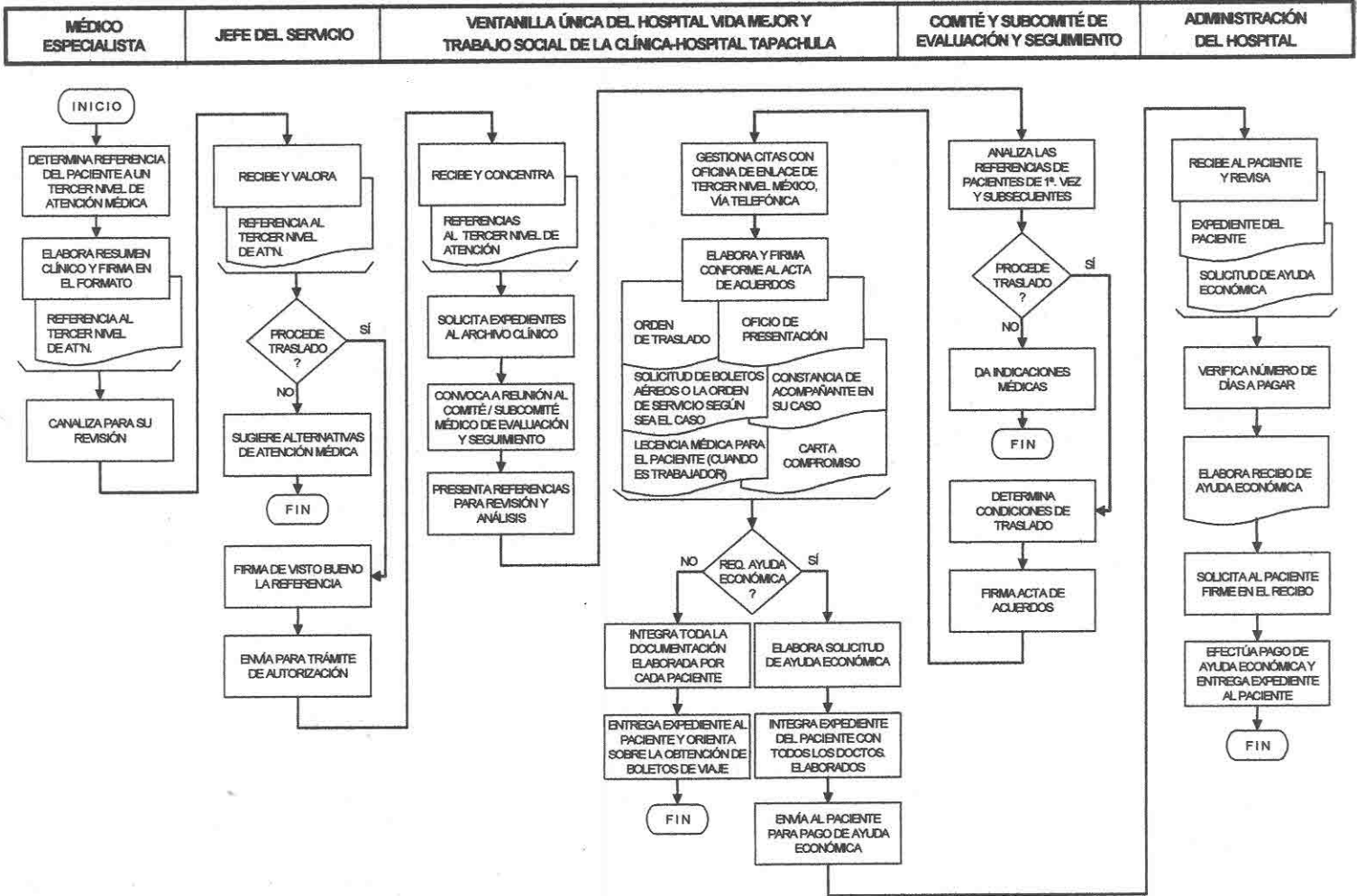
### 4. PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN

- De la referencia de pacientes al tercer nivel de atención médica.
- De la solicitud de boletos para el traslado de pacientes.
- Del trámite de pago a instituciones médicas de tercer nivel de atención.
- Del reembolso de gastos a pacientes.
- Del trámite de pago de boletos de transporte aéreo o terrestre.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

DE LA REFERENCIA DE PACIENTES AL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA

3ER NIVEL-1



Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

*[Handwritten signature]*

**Procedimiento 1:** De la referencia de pacientes al tercer nivel de atención médica.

1/4

Responsable	Descripción
1.- Médico Especialista.	<p>1.1 El médico valora al paciente y después de haberle realizado estudios clínicos detecta que su padecimiento requiere atención médica especializada de tercer nivel.</p> <p>1.2 Elabora el resumen clínico, el diagnóstico y motivo de envío en el formato Referencia al Tercer Nivel de Atención y lo firma.</p> <p>Original: Servicio médico de tercer nivel (expediente). 1ª. Copia: Ventanilla Única</p> <p>1.3 Canaliza el expediente con el formato referencia al tercer nivel de atención, debidamente requisitado al Jefe del Servicio Médico para su valoración.</p>
2.- Jefe del Servicio.	<p>2.1 Recibe el formato de referencia al tercer nivel de atención debidamente requisitado con el expediente clínico y valora el caso.</p> <p>2.2 ¿Procede el motivo de la referencia?</p> <p>No, Sugiere al médico especialista alternativas de atención especializada de 2º nivel; y finaliza el procedimiento.</p> <p>Si, Firma el formato de visto bueno y continúa con el siguiente paso.</p> <p>2.3 Envía el formato de referencia al tercer nivel de atención a la Ventanilla Única o al área de Trabajo Social según sea el caso, para su revisión y trámite de autorización ante el comité o subcomité médico de evaluación y seguimiento.</p>
3.- Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor o Trabajo Social de la Clínica Hospital de Tapachula.	<p>3.1 Recibe los formatos de referencia al tercer nivel de atención de los pacientes y de ser necesario solicita los expedientes de cada uno al archivo clínico de la unidad médica, tanto de pacientes de primera vez como los subsecuentes.</p>

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

**Procedimiento 1:** De la referencia de pacientes al tercer nivel de atención médica.

2/4

**R e s p o n s a b l e**

**D e s c r i p c i ó n**

- 3.2 Convoca a reunión ordinaria o extraordinaria a los miembros del comité o subcomité médico de evaluación y seguimiento, a través del secretario técnico; y presenta las referencias al tercer nivel de atención con la documentación adjunta: copias del talón de cheque del asegurado donde conste la cuota ISSTECH, credencial de afiliación del asegurado, así como la credencial del paciente (previamente cotejadas con el original).
- 4.- Comité Médico de Evaluación y Seguimiento del Hospital Vida Mejor o Subcomité Médico de Evaluación y Seguimiento de la Clínica Hospital Tapachula.
- 4.1 Analiza la referencia al tercer nivel de atención médica de cada paciente y el resumen clínico de primera vez, valorando la procedencia del traslado.  
Del paciente subsecuente evalúa la contrarreferencia, determina si procede la cita de atención.
- 4.2 ¿Procede el traslado?  
No, Emite las indicaciones médicas para el paciente y finaliza el procedimiento.  
Si, Determina las condiciones de envío como lo señala la política No. 10, del presente manual.
- 4.3 Firma acta de acuerdos de los traslados autorizados, la cual es elaborada por el secretario técnico del comité o subcomité.
- 4.4 Una vez autorizados, la Ventanilla Única o el área de Trabajo Social de la Clínica Hospital Tapachula, según sea el caso, continúan con el trámite del traslado.
- 5.- Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor o Trabajo Social de la Clínica Hospital de Tapachula.
- 5.1 Gestiona las citas médicas a través de la Oficina de Enlace de Tercer Nivel en México, vía telefónica/fax o internet, y transmite las referencias de los pacientes.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

**Procedimiento 1:** De la referencia de pacientes al tercer nivel de atención médica.

3/4

**R e s p o n s a b l e**

**D e s c r i p c i ó n**

- 5.2 Elabora y firma orden de traslado en la que especifica la fecha y hora de la cita, con base en el acuerdo tomado por el comité o subcomité.
- 5.3 Elabora y firma la constancia de acompañante en caso de que se haya autorizado éste; la Licencia Médica para el paciente cuando se trate del trabajador; así como la Carta Compromiso.
- 5.4 De acuerdo a lo determinado para el traslado del paciente, precede a elaborar la solicitud de boletos aéreos o la orden de servicio para boletos de transporte terrestre y la firma.
- 5.5 Elabora el oficio para presentación del paciente cuando se trate de una referencia de primera vez.
- 5.6 ¿Requiere ayuda económica el paciente?
- 5.6.1 **No:** Integra la documentación original que llevará el paciente para su atención a la unidad médica de tercer nivel:
- Referencia de Pacientes al Tercer Nivel
  - Oficio de Presentación.
  - Orden de Traslado.
  - Contrareferencia de Pacientes al Segundo Nivel de Atención
  - Carta Compromiso.
  - Solicitud de Boletos Aéreos u Orden de Servicio según el transporte autorizado

Entrega el expediente al paciente y le orienta para que acuda a la agencia de viajes o terminal de autotransportes según sea la autorización de su transportación (aérea o terrestre) para obtener su boleto.

Finaliza procedimiento.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

\_\_\_\_\_  
Unidad de Planeación / Departamento de Organización y Sistemas.

**Procedimiento 1:** De la referencia de pacientes al tercer nivel de atención médica.

4/4

**R e s p o n s a b l e**

**D e s c r i p c i ó n**

5.6.2 Si: Elabora y firma la Solicitud de Ayuda Económica conforme a los días señalados en la Referencia del Paciente al Tercer Nivel.

Integra el expediente con todos los documentos señalados en el paso 5.6.1, y envía al apaciente a la Administración para el pago de la ayuda económica.

Continúa con el paso 6.1

6. Subdirección Administrativa del Hospital Vida Mejor / Administración de la Clínica Hospital de Tapachula.

6.1 Recibe al paciente y revisa la solicitud de de ayuda económica expedida y coteja con el expediente integrado.

6.2 Verifica número de días a apagar y procede a elaborar y firmar el Recibo de Ayuda Económica.

6.3 Solicita al paciente firme de recibido en el Recibo Ayuda Económica.

6.4 Efectúa el pago del importe correspondiente y entrega el expediente al paciente para su atención en la unidad médica de referencia.

6.5 Finaliza el procedimiento.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012



**Procedimiento 2:** De la solicitud de boletos para el traslado de pacientes.

1/1

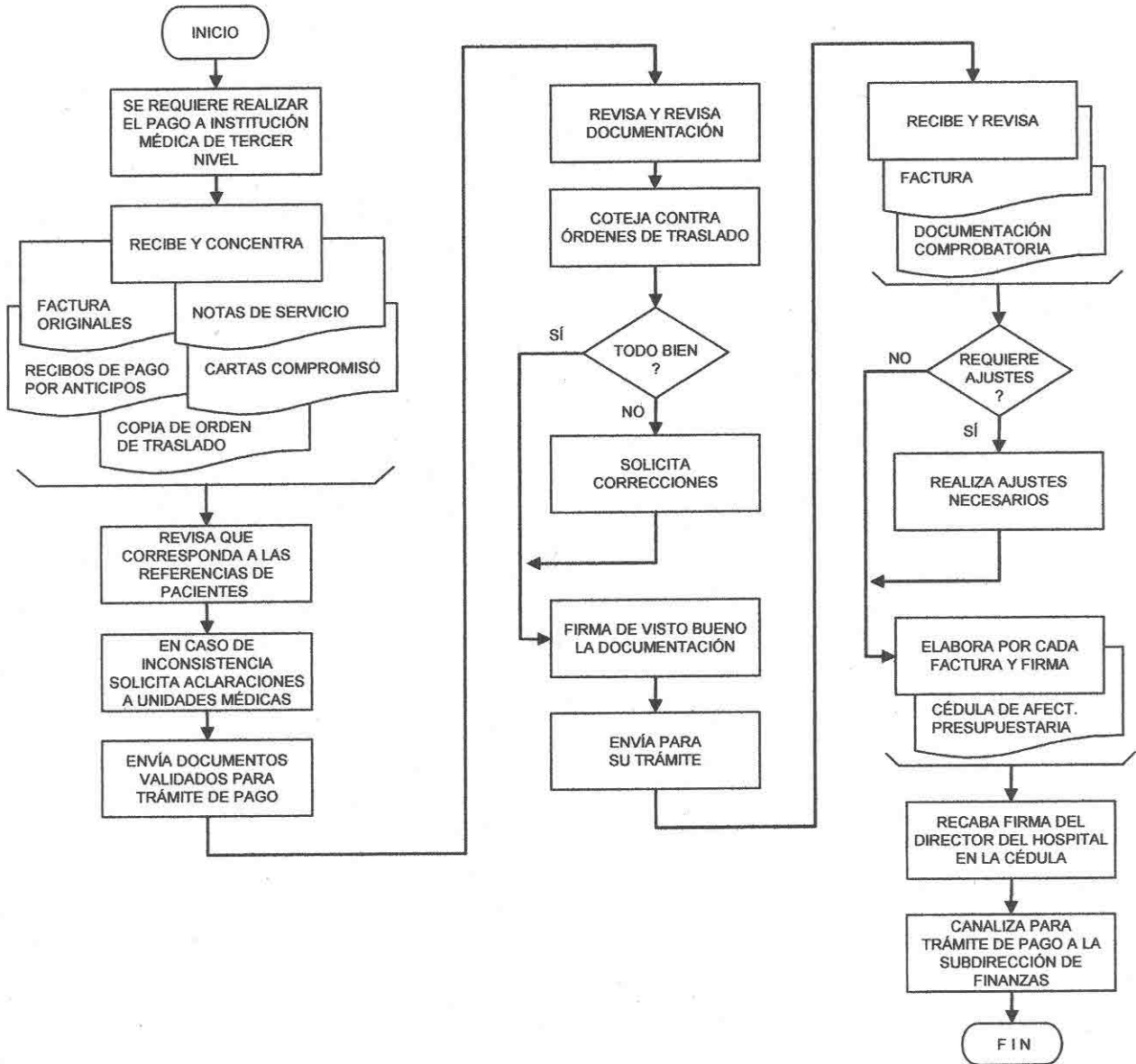
Responsable	Descripción	
1. Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor o Trabajo Social de la Clínica Hospital de Tapachula.	1.1 Requiere boletos para el traslado de pacientes a otra ciudad para su atención médica de tercer nivel, por lo que verifica en la orden de traslado el medio de transporte que fue autorizado a cada paciente.	
	1.2 Si el traslado del paciente es por vía aérea:	
	1.2.1 Elabora y firma el Oficio de Solicitud de Boletos Aéreos y anexa copia de la Orden de Traslado. Solicitud original: Agencia de viajes. 1ª copia: Archivo.	
	1.2.2 Entrega Oficio al paciente y lo envía a la Agencia de Viajes por su (s) boleto (s). Continúa con el paso 2.1	
	1.3 Si el traslado del pacientes es por vía terrestre:	
	1.3.1 Elabora y firma el formato Orden de Servicio. Orden original: Terminal de autobuses. 1ª copia: Archivo.	
	1.3.2 Entrega solicitud al paciente y lo envía a la Central de Autobuses por su (s) boleto (s). Continúa con el siguiente paso.	
	2. El Paciente.	2.1 Recibe el Oficio de Solicitud de Boletos Aéreos o la Orden de Servicio según sea el caso; copia de la orden de traslado y acude a recoger sus boletos.
	3. Agencia de Viajes o Central de Autobuses.	3.1 Recibe al paciente con su Oficio de Boletos Aéreos u Orden de Servicio Terrestre, y copia de la Orden de Traslado.
		3.2 Verifica los datos de salida, realiza las reservaciones e imprime el o los boletos.
3.3 Orienta y entrega los boletos al paciente.		
3.4 Recaba firma del paciente y finaliza el trámite.		

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

**DEL TRÁMITE DE PAGO A INSTITUCIONES MÉDICAS  
DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

3ER. NIVEL-3

OFICINA DE ENLACE DE TERCER NIVEL EN MÉXICO	VENTANILLA ÚNICA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES VIDA MEJOR / TRABAJO SOCIAL DE LA CLÍNICA- HOSPITAL TAPACHULA	SUB. ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL VIDA MEJOR / ADMÓN. DE LA CLÍNICA HOSPITAL TAPACHULA
--	--	--



Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

**Procedimiento 3:** Del trámite de pago a instituciones médicas de tercer nivel de atención.

1/2

Responsable	Descripción
1. Oficina de Enlace de Tercer Nivel en México.	<p>1.1 Se requiere realizar el pago a Instituciones de Tercer Nivel por el servicio otorgado a pacientes canalizados por el Instituto.</p> <p>1.2 Recibe y concentra de las unidades médicas especializadas de tercer nivel, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facturas (originales).</li> <li>• Notas de servicio (originales).</li> <li>• Recibos de pago por anticipos (originales).</li> <li>• Cartas compromiso (originales).</li> <li>• Ordenes de traslado (copias).</li> </ul> <p>1.3 Revisa que el pago corresponda a los servicios derivados de la referencia del o los pacientes y en caso de haber inconsistencia, efectúa las aclaraciones y gestiona las correcciones procedentes ante la Institución de Tercer Nivel que haya otorgado el servicio.</p> <p>1.4 Envía la documentación debidamente validada a la Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor o al área de Trabajo Social de la Clínica Hospital Tapachula.</p>
2. Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor o Trabajo Social de la Clínica Hospital de Tapachula.	<p>2.1 Recibe la documentación de tercer nivel, revisa que este completa y coteja contra ordenes de traslado.</p> <p>2.2 ¿Requiere ajustes la información?</p> <p>Si: efectúa las modificaciones correspondientes a la información, para continuar el trámite.</p> <p>No: firma de visto bueno la información y le anexa copia de la (s) orden (es) de traslado que corresponda.</p> <p>2.3 Enseguida procede a formular la Cédula de Afectación Presupuestaria en la que firmarán el Administrador como solicitante, y el Director del</p>

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

**Procedimiento 3:** Del trámite de pago a instituciones médicas de tercer nivel de atención.

2/2

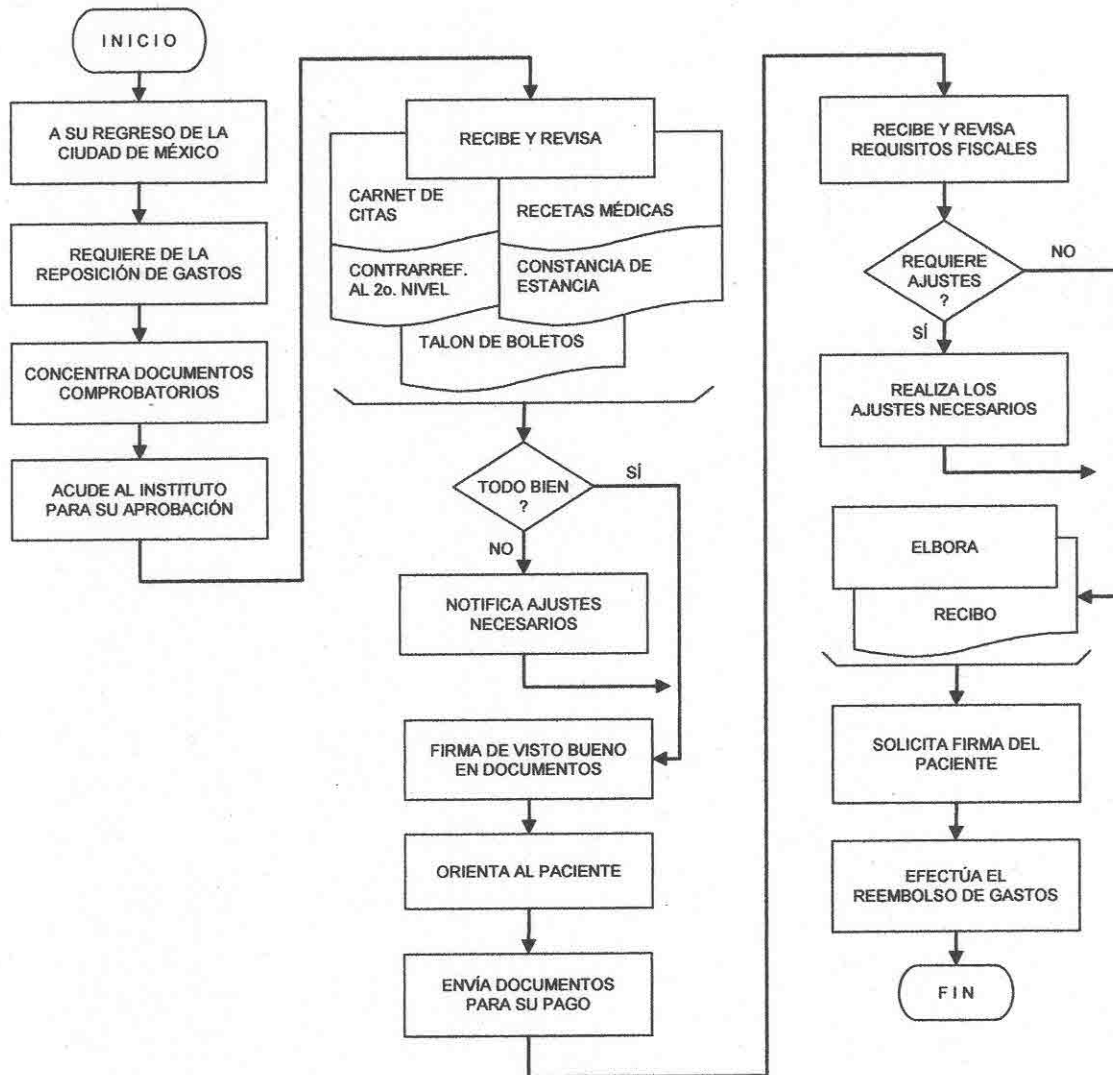
Responsable	Descripción
3. Subdirección Administrativa del Hospital Vida Mejor / Administración de la Clínica Hospital de Tapachula.	Hospital Vida Mejor o de la Clínica-Hospital Tapachula de aprobación. Original: Para trámite de pago. 1ª. copia: Depto. de Control Presupuestal. 2ª. copia: Depto. de Control Financiero. 3ª. copia: Archivo de la Unidad Médica.
2.4 Envía documentación para a la Administración para el trámite correspondiente.	
3.1 Recibe la factura y la documentación comprobatoria y verifica que este completa y reúna los requisitos fiscales necesarios.	
3.2 Verifica la disponibilidad presupuestal.  a) En caso de no contar con suficiencia presupuestal, elabora, firma y recaba autorización en la Solicitud de Adecuación Presupuestaria. Original: Depto. de Control Presupuestal. 1ª. copia: Archivo.	
b) En caso de haber disponibilidad presupuestal, procede a recabar firma del Director de la Unidad Médica en la Cédula.	
3.3 Canaliza la documentación al Departamento de Control Presupuestal de la Subdirección de Finanzas, para revisión financiera y registro presupuestal.	
3.4 Finaliza el procedimiento.	

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

DEL REEMBOLSO DE GASTOS A PACIENTES

TERCER NIVEL-4

PACIENTE	VENTANILLA ÚNICA DEL HOSPITAL VIDA MEJOR / TRABAJO SOCIAL DE LA CLÍNICA-HOSPITAL TAPACHULA	SUBDIRECCIÓN ADMVA. HOSPITAL ESP. VIDA MEJOR / ADMÓN. DE LA CLÍNICA HOSPITAL TAPACHULA
----------	--	--



Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

**Procedimiento 4: Del reembolso de gastos a pacientes.**

1/2

Responsable	Descripción
1. El Paciente.	<p>1.1 Los pacientes referidos a la Cd. de México tienen gastos; y cuando así lo deciden pagan su boleto de transporte terrestre autorizado por el comité o subcomité médico de evaluación y seguimiento.</p> <p>1.2 A su regreso solicitan al Instituto el reembolso de sus gastos.</p> <p>1.3 Concentra la documentación que comprueba sus gastos y la presenta para autorización del reembolso, en la Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor, o en el área de Trabajo Social en la Clínica-Hospital Tapachula.</p>
2. Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor o Trabajo Social de la Clínica Hospital de Tapachula.	<p>2.1 Recibe y revisa la autenticidad de los documentos, y que éstos procedan conforme a lo establecido. Documentos o comprobantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrarreferencia al Segundo Nivel de Atención con las indicaciones terapéuticas.</li> <li>• Constancia de estancia.</li> <li>• Carnet de citas.</li> <li>• Recetas médicas.</li> <li>• Talón de boletos (únicamente se realiza el reembolso de boletos de transporte terrestre).</li> </ul> <p>2.2 ¿Todo bien?</p> <p>No, realiza los ajustes que considere necesarios y notifica al paciente. Continúa con el siguiente paso.</p> <p>Si, firma de visto bueno los comprobantes de gasto y en su caso emite observación.</p> <p>2.3 Envía la documentación a la Subdir. Administrativa del Hospital Vida Mejor o la Administración de la Clínica Hospital Tapachula según sea el caso, para el trámite de reembolso de gastos y orienta al paciente para el cobro.</p>

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

**Procedimiento 4:** Del reembolso de gastos a pacientes.

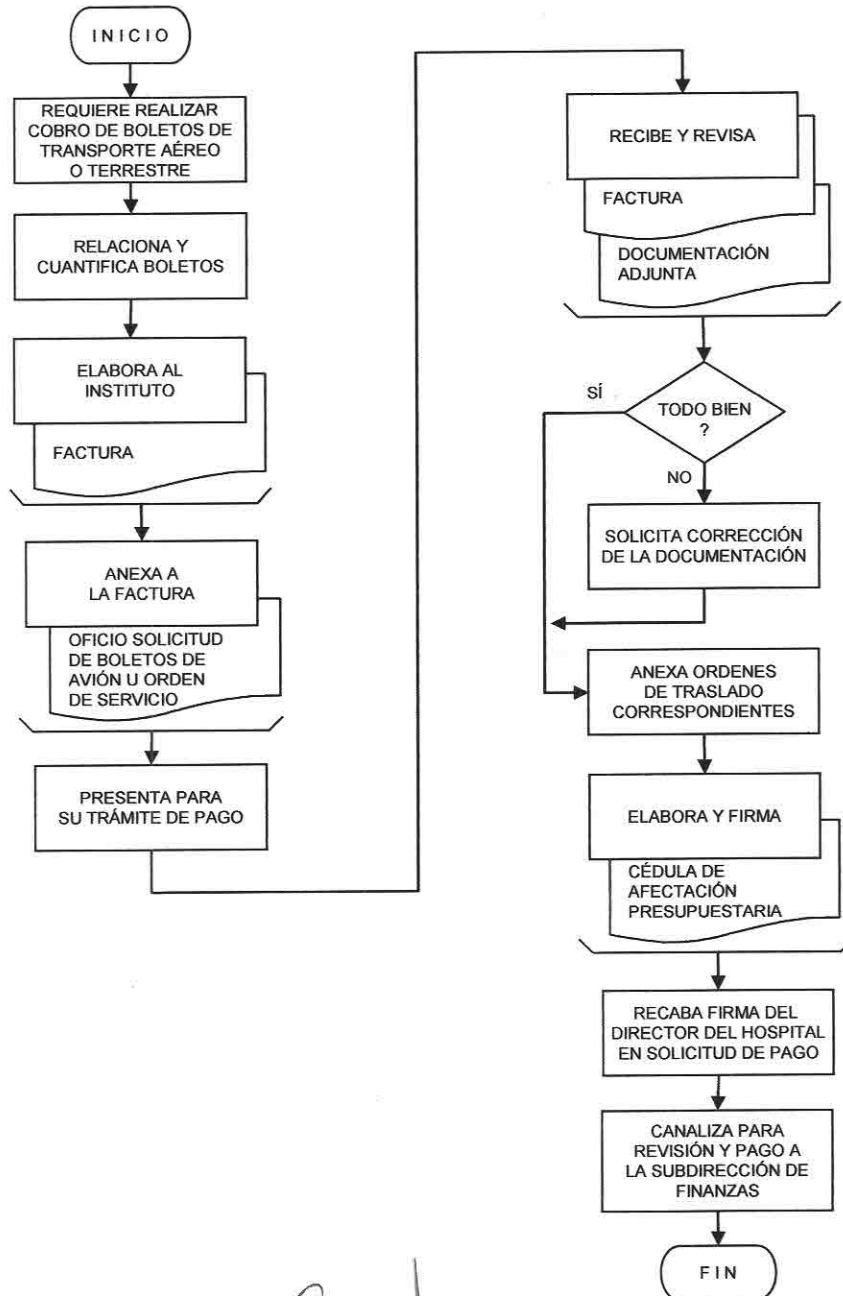
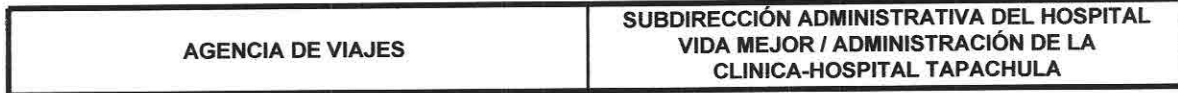
2/2

Responsable	Descripción
3. Subdirector Administrativo del Hospital Vida Mejor / Administrador de la Clínica Hospital Tapachula, que autorizan el reembolso	<p>3.1 Recibe la documentación avalada por el Jefe de la Oficina de Ventanilla Única o el Jefe de Trabajo Social, revisa que procedan de acuerdo a requisitos fiscales y tipos de gasto.</p> <p>3.2 ¿Requiere ajustes el pago?</p> <p>Si, realiza los ajustes necesarios continúa con el siguiente paso.</p> <p>No, elabora recibo de reembolso de gastos. Original: trámite de comprobación del fondo de ministración. 1ª copia: archivo.</p> <p>3.3 Solicita firma del paciente y/o familiar acompañante en original y copia, efectúa el reembolso.</p> <p>3.4 Finaliza procedimiento.</p>

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

**DEL TRÁMITE DE PAGO DE BOLETOS DE TRANSPORTE AÉREO O TERRESTRE**

TERCER NIVEL-5



Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

**Procedimiento 5:** Para el trámite de pago de boletos de transporte aéreo o terrestre.

1/2

Responsable	Descripción
1. Agencia de Viajes o Central de Autobuses.	1.1 Requiere realizar el cobro de boletos de transporte aéreo o terrestre, otorgados a pacientes del ISSTECH.
	1.2 Relaciona los boletos expedidos por cada oficio de solicitud de boletos aéreos u orden de servicio y procede a elaborar la facturación a nombre del Instituto.
	1.3 Anexa a la factura: <ul style="list-style-type: none"> <li>» Oficio de Solicitud de Boletos o la Orden de Traslado, las cuales contendrán la firma de recibido de los pacientes.</li> <li>» Copia de la orden de traslado.</li> <li>» Copia de boletos.</li> </ul>
	1.3 Una vez integrada la documentación comprobatoria, envía la factura para trámite de pago a la Administración del Hospital Vida Mejor o de la Clínica Hospital Tapachula, según sea el caso.
2. Subdirección Admva. del Hospital Vida Mejor o Administración de la Clínica Hospital Tapachula.	2.1 Recibe facturas y la documentación comprobatoria y revisa que cuenten con los requisitos fiscales para su pago.
	2.2 ¿Todo bien?  No, solicita correcciones de la documentación.  Si, elabora y firma la cédula de afectación presupuestaria por cada factura. Continúa con el siguiente paso.
	2.3 Anexa a la cédula las facturas correspondientes, así como las órdenes de traslado correspondientes y demás comprobantes.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

**Procedimiento 5:** Para el trámite de pago de boletos de transporte aéreo o terrestre.

2/2

**R e s p o n s a b l e**

**D e s c r i p c i ó n**

2.4 Las firma y recaba firma del Director del Hospital Vida Mejor o de Clínica Hospital Tapachula en la solicitud y la canaliza a la Subdirección de Finanzas para revisión y su pago.

2.5 Finaliza procedimiento.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012


 Unidad de Planeación / Departamento de Organización y Sistemas.

## **5. FORMATOS E INSTRUCTIVOS DE UTILIZACIÓN**

TP3N-01	Referencia al tercer nivel de atención
TP3N-02	Contrareferencia del tercer nivel de atención
TP3N-03	Orden de traslado
TP3N-04	Solicitud de ayuda económica
TP3N-05	Reembolso de gastos
TP3N-06	Constancia de acompañante
TP3N-07	Oficio de solicitud de boletos aéreos
TP3N-08	Orden de servicio
TP3N-09	Recibo de ayuda económica
TP3N-10	Carta Compromiso

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

  
Unidad de Planeación / Departamento de Organización y Sistemas.

### Especificación del Formato

- Nombre:** Referencia al Tercer Nivel de Atención.
- Clave:** TP3N-01.
- Objetivo:** Informar respecto al estado de salud del paciente a la institución médica de tercer nivel al que es referido para su atención.
- Tamaño:** Carta.
- Medio de elaboración:** Manual o sistema de cómputo.
- Elabora:** Médico tratante.
- Controla:**
- Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor.
  - Trabajo Social de la Clínica-Hospital Tapachula.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012



## Descripción del Formato

### Referencia al Tercer Nivel de Atención

1/2

<b>Columna o renglón</b>	<b>Se anotará:</b>
--------------------------	--------------------

#### Datos del envío

- ( 1 ) El día, mes y año de elaboración del formato de referencia.
- ( 2 ) Con una "X" el tipo de trámite de la referencia: ordinario o urgente.
- ( 3 ) El nombre de la unidad médica de tercer nivel a la que debe ser referido el paciente para su atención.
- ( 4 ) El domicilio de la unidad médica de tercer nivel.
- ( 5 ) La ciudad en la que se encuentra ubicada dicha unidad médica.
- ( 6 ) El número telefónico de la unidad médica con clave lada.
- ( 7 y 8 ) La fecha y hora en que deberá estar presente el paciente para su atención, una vez concertada la cita médica de tercer nivel.
- ( 9 ) El servicio médico que se está solicitando: cardiología, oncología, oftalmología, etc.

#### Datos del paciente

- (10) El nombre y apellidos del paciente a referir.
- (11) Con número la edad del paciente.
- (12) El sexo del paciente: masculino o femenino.
- (13) El código de afiliación del trabajador asegurado.
- (14) Se anotará el nombre de la dependencia a la que se encuentra laborando el trabajador asegurado.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

### Descripción del Formato

#### Referencia al Tercer Nivel de Atención

2/2

Columna o renglón	Se anotará:
-------------------	-------------

- (15) El sector al que pertenece el paciente: Magisterio, Burocracia o ISSTECH.

#### Presentación del caso

- (16) El médico describirá la enfermedad o padecimiento motivo de la referencia del paciente.
- (17) El resumen clínico completo en el que se describan los signos y síntomas que presenta el paciente (por falta de espacio podrá anexarse una hoja para complementar la información)
- (18) Los resultados de la exploración física practicada al paciente.
- (19) Manifestaciones anteriores que se consideren relacionados con el padecimiento actual.
- (20) La interpretación de los estudios auxiliares de diagnóstico realizados al paciente.
- (21) Las medidas terapéuticas que fueron utilizadas para lograr la recuperación del paciente.

#### Justificación de la referencia.

- (22) El tratamiento o medidas terapéuticas especializadas que requiere el paciente y que motivan la referencia.
- (23) Los estudios clínicos que requieren de equipo especializado, con el que el ISSTECH no cuenta, y que son motivo de la referencia.
- (24) El nombre y firma del médico especialista que solicita la referencia del paciente al tercer nivel.
- (25) Se anotará el nombre y firma de visto bueno Jefe del Servicio.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

## Especificación del Formato

- Nombre:** Contrareferencia al Segundo Nivel de Atención.
- Clave:** TP3N-02.
- Objetivo:** Informar del estado de salud que guarda el paciente a su regreso, de su tratamiento y recomendaciones para su seguimiento en el Instituto.
- Tamaño:** Oficio.
- Medio de elaboración:** Manual.
- Elabora:** Médico tratante de tercer nivel.
- Controla:**
- Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor.
  - Trabajo Social de la Clínica Hospital Tapachula.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

**Generales del Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ (1) Edad: \_\_\_\_\_ (2) Sexo: \_\_\_\_\_ (3)  
R.F.C. \_\_\_\_\_ (4) Dependencia: \_\_\_\_\_ (5) Sector: \_\_\_\_\_ (6)

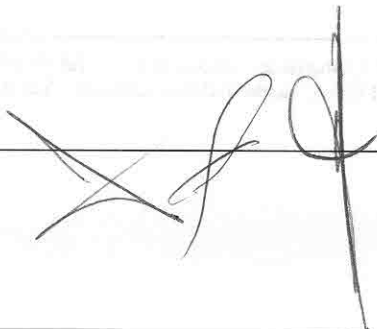
**Diagnóstico (s):** (7)

**Tratamiento instituido:** (8)

**Estudios complementarios:** (9)

**Manejo médico:** (10)

**Manejo quirúrgico:** (11)



**Descripción del Formato**

**Contrarreferencia al Segundo Nivel de Atención**

1/2

Columna o renglón	Se anotará:
-------------------	-------------

- (1) El nombre y apellidos del paciente atendido.
- (2) La edad del paciente con número.
- (3) El sexo del paciente: masculino o femenino.
- (4) El código de afiliación del trabajador asegurado.
- (5) El nombre de la dependencia a la que se encuentra laborando el trabajador asegurado.
- (6) El sector al que pertenece el paciente: Magisterio, Burocracia ó ISSTECH.
- (7) La enfermedad o padecimiento detectado al paciente.
- (8) Descripción del tratamiento que le fue instituido al paciente de acuerdo al padecimiento que le fue detectado.
- (9) Los estudios desde los más simples a los más sofisticados que fueron realizados al paciente para sustentar el diagnóstico.
- (10) Las medidas terapéuticas utilizadas en el nosocomio para el restablecimiento del paciente.
- (11) El manejo quirúrgico instituido al paciente, en caso de haber requerido intervención quirúrgica.
- (12) El motivo por el cual el paciente deberá regresar al tercer nivel, en caso de requerir nuevas valoraciones.
- (13) Las condiciones terapéuticas que se consideren necesarias para el restablecimiento del paciente.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

Unidad de Planeación / Departamento de Organización y Sistemas.

**Descripción del Formato**

**Contrarreferencia al Segundo Nivel de Atención**

2/2

Columna o renglón	Se anotará:
-------------------	-------------

- (14) La fecha de elaboración de la contrarreferencia en la Ciudad de México o Villaerмосa.
- (15) El nombre y firma del médico de tercer nivel tratante del paciente.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012





## **Especificación del Formato**

- Nombre:** Orden de Traslado.
- Clave:** TP3N-03.
- Objetivo:** Acreditar la referencia del paciente al tercer nivel de atención médica e indicar los datos y condiciones indispensables para el traslado y la obtención del servicio.
- Tamaño:** Carta.
- Medio de elaboración:** Mecanográfico o sistema de cómputo.
- Elabora y controla:**
- Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor.
  - Trabajo Social de la Clínica Hospital Tapachula.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

ORDEN DE TRASLADO

No.: (1) \_\_\_\_\_

Conforme al Acuerdo N° (2) \_\_\_\_\_ del Comité Médico de Evaluación y Seguimiento de fecha (3) \_\_\_\_\_ se autoriza el Traslado al Servicio Médico de Tercer Nivel del paciente:

Nombre: \_\_\_\_\_ (4) Edad: \_\_\_\_\_ (5) Sexo: \_\_\_\_\_ (6)  
Parentesco: \_\_\_\_\_ (7)

**Datos del Trabajador**  
Nombre: \_\_\_\_\_ (8) R.F.C. \_\_\_\_\_ (9)  
Dependencia de Adscripción: \_\_\_\_\_ (10) Sector: \_\_\_\_\_ (11)  
Lugar de Adscripción: \_\_\_\_\_ (12)

**Datos para el Traslado**  
Destino: \_\_\_\_\_ (13) Ciudad: \_\_\_\_\_ (14)  
Para ser Atendido el Día: \_\_\_\_\_ (15)  
En el Servicio de: \_\_\_\_\_ (16)  
Consulta Externa ( 17 ) Hospitalización ( 17 ) 1ª vez: ( 18 ) Subsecuente: ( 18 )  
Por el Siguiete Diagnóstico: \_\_\_\_\_ (19)

**Medios de Transporte y Condiciones**  
Autobús: ( 20 ) Avión: ( 20 ) Acompañante Familiar: ( 21 ) Acompañante Médico: ( 21 )  
Servicio de Ambulancia: ( 22 ) Posición de Viaje: \_\_\_\_\_ (23)  
Se requiere presencia del titular de la Oficina de Enlace de Tercer Nivel en México en Institución Médica receptora: Si ( ) No ( ). (24)  
Observaciones: \_\_\_\_\_ (25)

TP3N-03

(26)

**Jefe de la Ventanilla Única del Hospital de Especialidades Vida Mejor  
Jefe de Trabajo Social de la Clínica Hospital Tapachula**

### Descripción del Formato

#### Orden de Traslado

1/2

Columna o renglón	Se anotará:
-------------------	-------------

- (1) El número de traslado que corresponda por cada paciente.
- (2) El número de acuerdo del comité o subcomité médico de evaluación y seguimiento en el que se autoriza el traslado.
- (3) La fecha de autorización de la referencia al tercer nivel.
- (4) El nombre completo del paciente.
- (5) Con número la edad del paciente.
- (6) el sexo del paciente: masculino o femenino.
- (7) El parentesco que tenga el paciente con el trabajador asegurado.

#### Datos del trabajador

- (8) El nombre completo del trabajador asegurado.
- (9) El código de afiliación del trabajador asegurado.
- (10) El nombre de la dependencia en que labora el trabajador asegurado.
- (11) El sector al que pertenece el trabajador: magisterio, burocracia o ISSTECH.
- (12) El nombre de la localidad en la que se encuentra la dependencia o institución en la que labora el trabajador asegurado.

#### Datos para el traslado

- (13) El nombre de la institución médica a la que será referido el paciente.
- (14) La ciudad en la que se encuentra la institución médica de tercer nivel: México, D. F. ó Villahermosa, Tabasco.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

**Descripción del Formato**

**Orden de Traslado**

2/2

Columna o renglón	Se anotará:
-------------------	-------------

- (15) El día, mes y año en que será atendido el paciente.
- (16) El área médica o especialidad en la que será atendido el paciente.
- (17) Con una "x" si el paciente es referido para consulta externa o para ser hospitalizado.
- (18) Con una "x" si la referencia del paciente es por primera vez o subsecuente.
- (19) El padecimiento o enfermedad, motivo que origina la referencia.

**Medios de transporte y condiciones**

- (20) Con una "x" el medio de transporte por el cual viajará el paciente.
- (21) Con "x" el tipo de acompañante: familiar o médico, en caso de requerir acompañante marcará.
- (22) Con una "x" en caso de requerir ambulancia para traslado del pacientes al nosocomio.
- (23) La posición bajo la cual deberá viajar el paciente: acostado o sentado.
- (24) Con "x" en el paréntesis si o no, conforme a lo acordado por el comité respecto a la presencia del titular la Oficina de Enlace de Tercer Nivel en México, en la institución médica de tercer nivel a la llegada del paciente.
- (25) Las observaciones que se consideren pertinentes.
- (26) El nombre y firma del jefe de Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor / área de Trabajo Social de la Clínica Hospital Tapachula.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012



Unidad de Planeación / Departamento de Organización y Sistemas.



### **Especificación del Formato**

- Nombre:** Solicitud de Ayuda Económica.
- Clave:** TP3N-04.
- Objetivo:** Servir de medio para el suministro de ayuda económica a los pacientes que son trasladados al tercer nivel de atención y que no requieren de hospitalización.
- Tamaño:** Carta.
- Medio de elaboración:** Mecanográfico.
- Elabora:**
- Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor.
  - Trabajo Social de la Clínica Hospital Tapachula.
- Controla:**
- Subdirección Administrativa del Hospital Vida Mejor.
  - Administración de la Clínica Hospital Tapachula.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA NO. \_\_\_\_\_ (1)

Fecha		
Día	Mes	Año
(2)	(2)	(2)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ (3) R.F.C. \_\_\_\_\_ (4)

Dependencia: \_\_\_\_\_ (5) Sector: \_\_\_\_\_ (6)

**Datos para el Traslado:**

Orden de Traslado No. \_\_\_\_\_ (7) Destino: \_\_\_\_\_ (8)

Ciudad: \_\_\_\_\_ (9) Para ser atendido el día (s): \_\_\_\_\_ (10)

En el servicio: \_\_\_\_\_ (11)

Se autoriza ayuda económica por \_\_\_\_\_ (12) días, por los siguientes  
Conceptos: **Con letra**

No. de Días Programados : \_\_\_\_\_ (13)

Traslado : \_\_\_\_\_ (14)

Total : \_\_\_\_\_ (15) días

(16)

\_\_\_\_\_  
Jefe de la Ventanilla Única del Hospital de Especialidades Vida Mejor  
Jefe de Trabajo Social de la Clínica Hospital Tapachula

TP3N-04



**Descripción del Formato**  
**Solicitud de Ayuda Económica**

Columna o renglón	Se anotará:
-------------------	-------------

- (1) El número de folio consecutivo del formato.
- (2) El día, mes y año en que se realiza la solicitud de ayuda económica.
- (3) El nombre completo del paciente que será trasladado.
- (4) El código de afiliación del trabajador asegurado.
- (5) El nombre de la dependencia en la que labora el trabajador asegurado.
- (6) El sector al que pertenece el paciente: Magisterio, Burocracia o ISSTECH.
- (7) El folio de la orden de traslado del paciente.
- (8) El nombre de la institución médica de tercer nivel a la que será referido el paciente.
- (9) El nombre de la ciudad en la que se localiza la institución médica de tercer nivel.
- (10) Los días que recibirá la atención médica el paciente.
- (11) El nombre del área médica o especialidad en la que será atendido el paciente.
- (12) El total de días que serán otorgados al paciente como ayuda económica con letras.
- (13) El número de días programados según la orden de traslado del paciente.
- (14) El día adicional de ayuda económica cuando el traslado se efectúa un día antes de su cita.
- (15) El total de días que se otorgarán de ayuda económica al paciente.
- (16) El nombre y firma del jefe de Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor / área de Trabajo Social de la Clínica Hospital Tapachula.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

  
Unidad de Planeación / Departamento de Organización y Sistemas.

### Especificación del Formato

- Nombre:** Reembolso de Gastos.
- Clave:** TP3N-05.
- Objetivo:** Servir como comprobante del reembolso de gastos médicos efectuados por el paciente.
- Tamaño:** Carta.
- Medio de elaboración:** Mecanográfico.
- Elabora y controla:**
- Subdirección Administrativa del Hospital Vida Mejor.
  - Administración de la Clínica Hospital Tapachula.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

Unidad Médica: \_\_\_\_\_ (1)

**REEMBOLSO DE GASTOS** No. \_\_\_\_\_ (2)

Bueno por: \$ \_\_\_\_\_ (3)

Recibí la cantidad de: \_\_\_\_\_ (4), por  
concepto de gastos médicos efectuados al asistir a la cita y/o tratamiento médico al: \_\_\_\_\_ (5)

\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (6)

al \_\_\_\_\_ (6) del \_\_\_\_\_ (6), según orden de traslado No. \_\_\_\_\_ (7)

**Elaboró**  
(8)

**Autorizó el Pago**  
(9)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Subdirector Administrativo /  
Administrador**

**Recibió**  
(10)

(11)

**El derechohabiente** \_\_\_\_\_ **R.F.C.** \_\_\_\_\_  
(Nombre y Firma)

\_\_\_\_\_ (12) a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (12) del \_\_\_\_\_ (12)



### Descripción del Formato

#### Reembolso de Gastos

Columna o renglón	Se anotará:
-------------------	-------------

- (1) El nombre de la unidad médica que expide el formato.
- (2) El número de folio consecutivo del formato.
- (3) El importe total pagado por gastos médicos efectuados y debidamente comprobados por el paciente, con números.
- (4) El importe total pagado con letras.
- (5) El nombre de la institución médica de tercer nivel que atendió al paciente.
- (6) El período de estancia del paciente en la Ciudad de México D. F., u otra ciudad a la haya sido referido.
- (7) El folio de orden de traslado del paciente.
- (8) El nombre y firma del administrativo que elabora el formato.
- (9) El nombre y firma del Subdirector Administrativo del Hospital Vida Mejor / Administrador de la Clínica Hospital Tapachula, que autorizan el reembolso.
- (10) El nombre y firma del derechohabiente que recibe el reembolso.
- (11) El código de afiliación del trabajador asegurado.
- (12) El lugar y fecha del reembolso de gastos.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

## **Especificación del Formato**

- Nombre:** Constancia de Acompañante.
- Clave:** TP3N-06.
- Objetivo:** Hacer constar la compañía a un paciente referido por el Instituto a los servicios médicos de tercer nivel en la Ciudad de México u otra ciudad.
- Tamaño:** Carta.
- Medio de elaboración:** Mecanográfico.
- Elabora y Controla:**
- Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor.
  - Trabajo Social de la Clínica Hospital Tapachula.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

**A QUIEN CORRESPONDA:**

Por la presente se hace constar la canalización del paciente: \_\_\_\_\_ (1)  
\_\_\_\_\_, al servicio médico de tercer nivel del: \_\_\_\_\_ (2)  
\_\_\_\_\_, por lo que se requiere la presencia del (la) C. \_\_\_\_\_ (3)  
\_\_\_\_\_ como su acompañante, durante un período  
aproximado de: \_\_\_\_\_ (4) días a partir del: \_\_\_\_\_ (5) en la Ciudad de  
México, D.F.

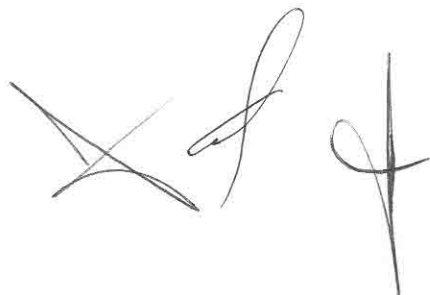
Se extiende la presente para los efectos legales que al interesado convengan en la Ciudad  
\_\_\_\_\_ (6) Chiapas, a \_\_\_\_\_ (7)  
\_\_\_\_\_.

**ATENTAMENTE**

(8)

\_\_\_\_\_  
**Jefe de la Ventanilla Única del Hospital de Especialidades Vida Mejor**  
**Jefe de Trabajo Social de la Clínica Hospital Tapachula**

C.c.p.- Expediente.



TP3N-06



**Descripción del Formato**  
**Constancia de Acompañante**

Columna o renglón	Se anotará:
-------------------	-------------

- (1) El nombre completo del paciente que es referido al tercer nivel de atención médica.
- (2) El nombre de la institución médica a donde esta siendo referido el paciente.
- (3) El nombre completo de la persona quien será acompañante del paciente
- (4) El número de días de estancia en la institución de tercer nivel.
- (5) El día, mes y año de cuando se realice el traslado del paciente con su acompañante.
- (6) El lugar en el que se expide la constancia de acompañante.
- (7) El día, mes y año de elaboración de la constancia de acompañante.
- (8) El nombre y firma del jefe de Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor / Trabajo Social de la Clínica Hospital Tapachula.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

## Especificación del Formato

- Nombre:** Oficio de Solicitud de Boletos Aéreos.
- Clave:** TP3N-07.
- Objetivo:** Servir como medio para adquirir oportunamente los boletos de viaje para el traslado aéreo del paciente, y como comprobante para el trámite de pago de la factura correspondiente.
- Tamaño:** Carta.
- Medio de Elaboración:** Mecanográfico.
- Elabora:**
- Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor.
  - Trabajo Social de la Clínica Hospital Tapachula.
- Controla:** Agencia de viajes que tenga convenio con el Instituto.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

**Oficio de Solicitud de Boletos Aéreos**

No.: \_\_\_\_\_ (1)

Fecha: \_\_\_\_\_ (2)

C. \_\_\_\_\_  
(3)

Me permito solicitar a usted \_\_\_\_\_ (4) boleto (s) de Avión, con destino a la Ciudad de :  
\_\_\_\_\_ (5) para el traslado del:

**Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ (6) R.F.C. \_\_\_\_\_ (7)

Dependencia: \_\_\_\_\_ (8) Sector: \_\_\_\_\_ (9)

**Acompañante**

Nombre: \_\_\_\_\_ (10)

Que será atendido en el servicio médico de tercer nivel el día \_\_\_\_\_ (11) de \_\_\_\_\_ (11)  
de \_\_\_\_\_ (11) a las \_\_\_\_\_ (11) horas.

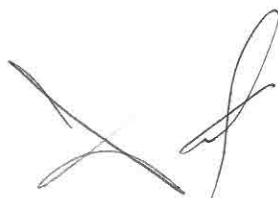
TP3N-07

**ATENTAMENTE**

(12)

\_\_\_\_\_  
**Jefe de la Ventanilla Única del Hospital de Especialidades Vida Mejor**  
**Jefe de Trabajo Social de la Clínica Hospital Tapachula**

C.c.p.- Expediente.



### Descripción del Formato

#### Oficio de Solicitud de Boletos Aéreos

Columna o renglón	Se anotará:
-------------------	-------------

- (1) El número consecutivo del folio.
- (2) La fecha de elaboración del oficio.
- (3) El nombre de la agencia de viajes que tenga convenio con el Instituto.
- (4) La cantidad de boletos que se requieren para el traslado, con letra.
- (5) El nombre de la Ciudad a la que viajará el paciente.
- (6) El nombre y apellidos del paciente.
- (7) El código de afiliación del trabajador asegurado.
- (8) El nombre de la dependencia en la que se encuentra laborando el trabajador asegurado.
- (9) El sector a que pertenece el paciente: Magisterio, Burocracia o ISSTECH.
- (10) El nombre completo del acompañante en caso de que sea asignado.
- (11) El día, mes, año y la hora exacta de consulta del paciente.
- (12) El nombre y firma del jefe de Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor / área de Trabajo Social de la Clínica Hospital Tapachula.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

## Especificación del Formato

**Nombre:** Orden de Servicio.

**Clave:** TP3N-08.

**Objetivo:** Servir como medio para que el paciente y/o su acompañante adquieran su (s) boleto (s) de viaje directamente en la central de autobuses, así como comprobante para el trámite de pago de la factura correspondiente.

**Tamaño:** Media Carta.

**Medio de Elaboración:** Mecanográfico.

**Elabora:**

- Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor.
- Trabajo Social de la Clínica Hospital Tapachula.

**Controla:** Empresa de transporte terrestre que tenga convenio con el Instituto.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

**ORDEN DE SERVICIO**

Folio No. \_\_\_\_\_ (1)

**Omnibus Cristóbal Colón:**

Sírvase proporcionar (2) boleto (s) en la ruta: \_\_\_\_\_ (3)

En el servicio Maya de Oro, para el día: (4) de \_\_\_\_\_ (4) de \_\_\_\_\_ (4)

A nombre del (los) CC. \_\_\_\_\_ (5)

Importe Total: \$ \_\_\_\_\_ (6)

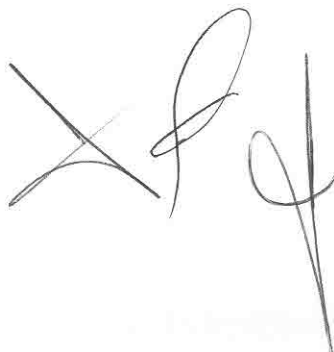
\_\_\_\_\_ (7) a (7) de \_\_\_\_\_ (7) de \_\_\_\_\_ (7)

**Autorizó**  
(8)

**Sello**  
(9)

\_\_\_\_\_  
Jefe de la Ventanilla Única del Hospital de Esp. Vida Mejor  
Jefe de Trabajo Social de la Clínica Hosp. Tapachula

TP3N-08



## Descripción del Formato

### Orden de Servicio

Columna o renglón	Se anotará:
-------------------	-------------

- (1) El número consecutivo del folio.
- (2) La cantidad de boletos que deberá proporcionarse al paciente.
- (3) La ruta que cubrirá el viaje: de Tuxtla – D.F., ó Tapachula – D.F.
- (4) El día, mes y año de expedición del boleto.
- (5) El nombre y apellidos del paciente y su acompañante (en su caso) que viajarán.
- (6) El costo total con números del o los boletos otorgados al paciente.
- (7) El lugar, día, mes y año de elaboración del formato.
- (8) El nombre y firma del jefe de Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor / jefe del área de Trabajo Social de la Clínica Hospital Tapachula, quien autoriza la vía de transporte.
- (9) El sello de la Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor / área de Trabajo Social de la Clínica Hospital Tapachula édica.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

  
Unidad de Planeación / Departamento de Organización y Sistemas.



### Especificación del Formato

- Nombre:** Recibo de Ayuda Económica.
- Clave:** TP3N-09.
- Objetivo:** Servir como comprobante de la entrega de ayuda económica al paciente trasladado al tercer nivel de atención médica.
- Tamaño:** Carta.
- Medio de Elaboración:** Mecanográfico.
- Elabora y Controla:**
- Subdirección Administrativa del Hospital Vida Mejor.
  - Administración de la Clínica Hospital Tapachula.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

Unidad Médica: \_\_\_\_\_ (1)

RECIBO DE AYUDA ECONOMICA No. \_\_\_\_\_ (2)

Bueno por: \$ \_\_\_\_\_ (3)

Recibí la cantidad de: \_\_\_\_\_ (4), por  
concepto de ayuda económica para asistir a la cita y/o tratamiento médico al: \_\_\_\_\_ (5)

\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (6)

al \_\_\_\_\_ (6) del \_\_\_\_\_ (6), según solicitud de ayuda económica no. \_\_\_\_\_ (7)

correspondiente a la orden de traslado no.: \_\_\_\_\_ (8)

Elaboró  
(9)

Autorizó el pago  
(10)

Subdirector Administrativo /  
Administrador

Recibió  
(11)

(12)

El derechohabiente

R.F.C. \_\_\_\_\_

(Nombre y Firma)

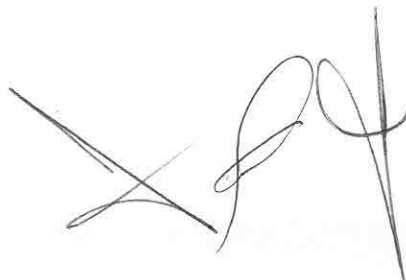
\_\_\_\_\_ (13)

a

de

\_\_\_\_\_ (13)

del \_\_\_\_\_ (13)



### Descripción del Formato

#### Recibo de Ayuda Económica

Columna o renglón	Se anotará:
-------------------	-------------

- (1) El nombre de la unidad médica que expide el formato Hospital Vida Mejor ó Clínica Hospital Tapachula.
- (2) El número de folio del control del formato.
- (3) El importe total con número que será otorgado como apoyo económico por los días autorizados al paciente.
- (4) El importe total que será pagado en letras.
- (5) El nombre de la institución médica de tercer nivel que atenderá al paciente.
- (6) El período de días que abarcará la estancia del paciente en la Ciudad de México u otra ciudad.
- (7) El folio de solicitud de ayuda económica a la que corresponde el pago.
- (8) El folio de la orden de traslado del paciente.
- (9) El nombre completo y firma del administrativo que elabore el formato.
- (10) El nombre y firma del Subdirector Administrativo del Hospital Vida Mejor / Administrador de la Clínica Hospital Tapachula.
- (11) El nombre completo y firma del paciente que recibe la ayuda económica.
- (12) El código de afiliación del trabajador asegurado.
- (13) El lugar en donde se expide el formato (Tuxtla o Tapachula), así como la fecha de éste.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

## Especificación del Formato

**Nombre:** Carta Compromiso.

**Clave:** TP3N-10.

**Objetivo:** Ser el medio por el cual el ISSTECH se compromete a pagar a la institución de tercer nivel, los gastos generados por la atención médica especializada otorgada al paciente referido por el Hospital Vida Mejor o la Clínica Hospital Tapachula.

**Tamaño:** Carta.

**Medio de Elaboración:** Mecanográfico.

**Elabora:**

- Ventanilla Única del Hospital Vida Mejor.
- Trabajo Social de la Clínica Hospital Tapachula.

**Controla:**

- Subdirección Administrativa del Hospital Vida Mejor.
- Administración de la Clínica Hospital Tapachula.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

**CARTA COMPROMISO**

\_\_\_\_\_ (1) a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (2) de \_\_\_\_\_

**C. (3)**

Con base en el convenio de prestaciones de servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios, celebrado con esa Institución a su digno cargo, por este conducto presento a usted al paciente:

(4)

derechohabiente del Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas, quien se presentará en dicho nosocomio el día \_\_\_\_\_ (5)

\_\_\_\_\_, a las \_\_\_\_\_ (6)

horas, en el servicio de \_\_\_\_\_ (7)

Los gastos que se generen por la atención del paciente, favor de cargarlos a la cuenta del Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas, correspondientes al mes de \_\_\_\_\_ (8) de

\_\_\_\_\_ (9)


Agradeciendo al mismo tiempo las atenciones, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi consideración más distinguida.

**ATENTAMENTE**

(10)

**Nota:** Autorización válida sólo para la especialidad y/o estudios necesarios para la atención de su patología.

C.c.p. Expediente.



TP3N-10



## Descripción del Formato

### Carta Compromiso

Columna o renglón	Se anotará:
-------------------	-------------

- (1) La Ciudad en la que se expide la carta compromiso:
  - Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
  - Tapachula, Chiapas.
- (2) El día, mes y año en que se elabora la carta compromiso.
- (3) El nombre del director de la institución médica de tercer nivel a la que va dirigida la carta compromiso, así como el nombre del puesto y de la Ciudad (México, D.F. ó Villahermosa, Tabasco).
- (4) El nombre completo del paciente que es referido a la institución médica de tercer nivel.
- (5) El día, mes y año en que debe presentarse el paciente, en la institución médica de tercer nivel para su atención.
- (6) La hora con que fue programada la atención del paciente referido.
- (7) El servicio o especialidad médica de dicha institución a la que fue referido el paciente.
- (8) El mes en que deberán ser cargados los gastos generados en la atención médica de tercer nivel.
- (9) El año al que corresponde el gasto generado en la atención médica de tercer nivel.
- (10) El nombre y firma del Subdirector Administrativo del Hospital Vida Mejor / el Administrador de la Clínica Hospital Tapachula, quien autoriza la carta compromiso.

Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012

**Vo. Bo.**

Dr. Emilio antonio Martínez Zenteno  
**Subdirector de Servicios Médicos**

C.P. Pascual de los Santos Cruz  
**Subdirector de Finanzas**

Dr. Paulino Aguilar Moreno  
**Coordinador de Unidades Médicas**

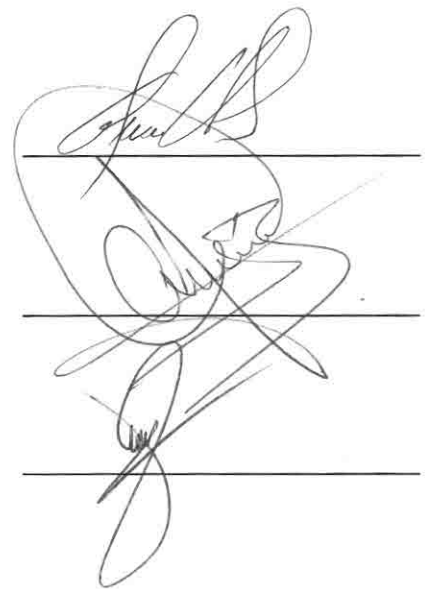


**Actualizó**

Ing. Javier Valdez Flores  
**Jefe de la Unidad de Planeación**

Lic. Esther García Balbuena  
**Jefe del Depto. de Organización y Sistemas**

Lic. Francisco Javier González Galindo  
**Analista Ejec. del Depto. de Organización y  
Sistemas**



Fecha de Actualización		
Día	Mes	Año
15	Agosto	2012