



**ISBM**  
INSTITUTO SALVADOREÑO DE  
BIENESTAR MAGISTERIAL

## **PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD**

**“NORMA TÉCNICA ADMINISTRATIVA PARA EL  
FUNCIONAMIENTO DE LOS POLICLÍNICOS Y  
CONSULTORIOS MAGISTERIALES PARA ATENCIÓN DE  
LA POBLACIÓN USUARIA DEL PROGRAMA ESPECIAL  
DE SALUD DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE  
BIENESTAR MAGISTERIAL”**

## **SEPTIEMBRE 2016**

### **CONSEJO DIRECTIVO DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL**

**Prof. Rafael Antonio Coto López**  
DIRECTOR PRESIDENTE

**Licda. Ediviges del Tránsito Henríquez de Herrera**  
DIRECTORA PROPIETARIA  
REPRESENTANTE DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**Licda. Xiomara Guadalupe Rodríguez Amaya**  
DIRECTORA SUPLENTE  
REPRESENTANTE DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**Lic. Juan Francisco Carrillo Alvarado**  
DIRECTOR PROPIETARIO  
REPRESENTANTE DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**Lic. Robín Haroldo Agreda Trujillo**  
DIRECTOR SUPLENTE  
REPRESENTANTE DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**Lic. Salomón Cuéllar Chávez**  
DIRECTOR PROPIETARIO  
REPRESENTANTE DEL MINISTERIO DE HACIENDA

**Lic. Carlos Gustavo Salazar Alvarado**  
DIRECTOR SUPLENTE  
REPRESENTANTE DEL MINISTERIO DE HACIENDA

**Dr. Milton Giovanni Escobar Aguilar**  
DIRECTOR PROPIETARIO  
REPRESENTANTE DEL MINISTERIO DE SALUD

**Dr. Luis Enrique Fuentes Arce**  
DIRECTOR SUPLENTE  
REPRESENTANTE DEL MINISTERIO DE SALUD

**Ing. José Oscar Guevara Álvarez**  
DIRECTOR PROPIETARIO  
REPRESENTANTE DEL SECTOR DE EDUCADORES QUE LABORAN  
EN UNIDADES TÉCNICAS

**Lic. Ernesto Antonio Esperanza León**  
DIRECTOR SUPLENTE  
REPRESENTANTE DEL SECTOR DE EDUCADORES QUE LABORAN  
EN UNIDADES TÉCNICAS

**Prof. Paz Zetino Gutiérrez**  
DIRECTOR PROPIETARIO  
REPRESENTANTE DEL SECTOR DE EDUCACIÓN QUE PRESTAN SUS SERVICIOS AL ESTADO EN  
EL RAMO DE LA EDUCACIÓN, COMO DOCENTE O LABORES DE DIRECCIÓN

**Lic. José Carlos Olano Guzmán**  
DIRECTOR SUPLENTE  
REPRESENTANTE DEL SECTOR DE EDUCACIÓN QUE PRESTAN SUS SERVICIOS AL ESTADO EN  
EL RAMO DE LA EDUCACIÓN, COMO DOCENTE O LABORES DE DIRECCIÓN

**Lic. Francisco Cruz Martínez**  
DIRECTOR PROPIETARIO  
REPRESENTANTE DEL SECTOR DE EDUCACIÓN QUE PRESTAN SUS SERVICIOS AL ESTADO EN  
EL RAMO DE LA EDUCACIÓN, COMO DOCENTE O LABORES DE DIRECCIÓN

**Lic. José Efraín Cardoza Cardoza**  
DIRECTOR SUPLENTE  
REPRESENTANTE DEL SECTOR DE EDUCACIÓN QUE PRESTAN SUS SERVICIOS AL ESTADO EN  
EL RAMO DE LA EDUCACIÓN, COMO DOCENTE O LABORES DE DIRECCIÓN

**Lic. Héctor Antonio Yanes**  
DIRECTOR PROPIETARIO  
REPRESENTANTE DEL SECTOR DE EDUCACIÓN QUE PRESTAN SUS SERVICIOS AL ESTADO EN  
EL RAMO DE LA EDUCACIÓN, COMO DOCENTE O LABORES DE DIRECCIÓN

**Lic. José Mario Morales Álvarez**  
DIRECTOR SUPLENTE  
REPRESENTANTE DEL SECTOR DE EDUCACIÓN QUE PRESTAN SUS SERVICIOS AL ESTADO EN  
EL RAMO DE LA EDUCACIÓN, COMO DOCENTE O LABORES DE DIRECCIÓN

**EQUIPO TÉCNICO:**

Dr. Jorge Avelino González Montenegro

SUB DIRECCIÓN DE SALUD

Dr. Johsny Eddie Gómez López

DIVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Dr. Omar Keller Catalán Vásquez

DIVISIÓN DE SUPERVISIÓN Y CONTROL

Dr. Julio Alfredo Osegueda Baires

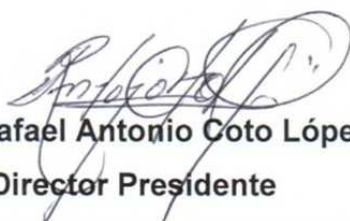
SECCIÓN DE NORMALIZACIÓN

## PRESENTACIÓN

El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, en el proceso de modernización en que se encuentra inmerso presenta la **“NORMA TÉCNICA ADMINISTRATIVA DE FUNCIONAMIENTO DE POLICLÍNICOS Y CONSULTORIOS MAGISTERIALES PARA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN USUARIA DEL PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL”**, como un instrumento de apoyo al personal que trabaja en los Policlínicos y Consultorios Magisteriales; que en su práctica diaria están integrados en una red de servicios, junto con los proveedores externos, que incluyen Médicos Especialistas, Sub-Especialistas, Odontólogos, Cirujanos Maxilofaciales, hospitales públicos, hospitales privados y otros proveedores de servicios de salud para apoyo diagnóstico, lo cual permite brindar atención de salud al servidor público docente y su grupo familiar acorde a los objetivos institucionales.

La implementación de esta normativa requiere de un enfoque amplio, a fin de visualizar a la población usuaria como la razón de ser del programa de salud del ISBM.

Esperando sea utilizada con la debida responsabilidad.



**Prof. Rafael Antonio Coto López**  
**Director Presidente**

**Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial**



## ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	7
II. DISPOSICIONES GENERALES	
a) OBJETO DE LA NORMA .....	8
b) ÁMBITO DE APLICACIÓN .....	8
c) AUTORIDAD COMPETENTE.....	8
III. CONTENIDO TÉCNICO ADMINISTRATIVO.	
a) DE LOS ASPECTOS GENERALES.....	8
b) DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CONSULTA .....	13
c) DE LA REFERENCIA Y RETORNO .....	15
d) DE LOS PROCEDIMIENTOS Y PRÁCTICAS .....	16
e) DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS .....	18
f) DE LAS INCAPACIDADES MÉDICAS .....	21
g) DE LAS REUNIONES .....	22
h) DE LA PAPELERÍA Y DOCUMENTACIÓN .....	22
i) DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS .....	22
j) DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO .....	23
IV. DISPOSICIONES FINALES	
a) DEL INCUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA.....	25
b) DE LOS ANEXOS.....	25
c) DE LA DEROGATORIA.....	25
d) DE LA VIGENCIA.....	26
ANEXOS.....	26

## INTRODUCCIÓN

El Consejo Directivo y el Director Presidente del ISBM, con el objetivo de mejorar y acercar los servicios al servidor público docente y su grupo familiar decide desde el año 2011, implementar un modelo de atención basado en Redes Integradas de Servicios de Salud Magisteriales que enfatizan la promoción de la salud, la prevención del riesgos y el daño en el individuo, la familia y la comunidad, sin perjuicio de las actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Las Redes Integradas de Servicios de Salud Magisteriales, se han fortalecido en el año 2106 y constituyen un sistema escalonado de acceso; siendo el Médico Magisterial que labora en los policlínicos y consultorios magisteriales, el primer contacto con la población usuaria, representando la puerta de entrada al sistema de salud; el segundo nivel los constituyen los Policlínicos Magisteriales tipo "A"; son establecimientos de mayor complejidad, brindan servicios de Medicina General, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y en algunos Psiquiatría, dispensación de medicamentos, laboratorio clínico, atención psicológica y fisioterapia; afiliación recepción de solicitudes de subsidios y otros documentos, coordinación de acciones con autoridades locales, por lo general tienen más de tres consultorios adscritos o un mayor número de atenciones.

El tercer nivel está integrado por proveedores externos: medicina especializada y sub especializada, odontología, cirugía maxilofacial, hospitales públicos, privados y rehabilitación, servicios de apoyo diagnóstico entre los cuales están: laboratorio clínico, patológico, electro diagnóstico, imágenes, radiología y dispensación de medicamento por farmacias.

Esperamos que este documento alcance los objetivos propuestos y que con su aplicación se contribuya a cumplir con la misión y visión del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial en beneficio del servidor público docente y su grupo familiar.

## **I. DISPOSICIONES GENERALES**

### **a) OBJETO DE LA NORMA**

La presente norma técnica tiene por objeto regular las acciones técnicas y administrativas del funcionamiento de Policlínicos y Consultorios Magisteriales, para la atención de la población usuaria del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

### **b) ÁMBITO DE APLICACIÓN**

Esta norma es de aplicación obligatoria para todo el personal de Policlínicos y Consultorios Magisteriales del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, así como a todos los funcionarios y empleados de la institución que se relacionen con la aplicación de la presente norma.

### **c) AUTORIDAD COMPETENTE**

El Regente de cada Policlínico o Consultorio Magisterial, será responsable de vigilar, ejecutar y supervisar el cumplimiento de ésta norma y el Coordinador Administrativo de Policlínicos y Consultorios Magisteriales, a quién en lo sucesivo de esta norma se denominará "Coordinador Administrativo", será el responsable del contenido administrativo de esta norma.

También podrá vigilar, supervisar y verificar la aplicación de la presente norma, la Sub Dirección de Salud a través de sus diferentes divisiones, departamentos y secciones que participen en los procesos operativos del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

## **II. CONTENIDO TÉCNICO ADMINISTRATIVO**

### **a) ASPECTOS GENERALES**

**Art.-1** Cada Policlínico o Consultorio Magisterial deberá cumplir con las normas, guías y lineamientos establecidos por el Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, así como con los Requerimientos Técnicos Administrativos emanados del Consejo Superior de Salud Pública CSSP, la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud y demás marco legal aplicable a la prestación de los servicios, los cuales son obligatorios y delimitarán el marco de acción dentro del cual se desempeñarán las diferentes actividades a realizar. Por lo cual deberá tener un ejemplar físico o digital de la presente normativa.

Las atenciones que se brindarán en los establecimientos de salud del ISBM, se desarrollarán conforme al Cuadro Básico de Servicios, aprobado por el Consejo Directivo del ISBM.

Los consultorios magisteriales, están adscritos al Policlínico Magisterial ubicado en la cabecera departamental y desarrollaran sus actividades en coordinación con dichos establecimientos.



**Art.-2** Cada Médico Magisterial tendrá una población asignada para el seguimiento de los programas preventivos y de control de población usuaria con patologías crónicas, entre 800 a 1,100, la cual se asignará de acuerdo al lugar de domicilio del grupo familiar y a la accesibilidad al mismo. En caso de poblaciones mayores el Instituto evaluará la factibilidad de contratar otro Médico Magisterial.

**Art.-3** Para la prestación de los servicios de salud a la población usuaria, se requerirá en forma obligatoria el Documento Único de Identidad –DUI- o carné vigente o autorización provisional, a los menores de edad solamente se les requerirá el carné vigente o la autorización provisional.

El personal de enfermería deberá verificar si la población afiliada se encuentra activa en el Sistema de Registro de Expedientes del Docente y su Grupo Familiar (SIREXPE).

Los niños y niñas recién nacidos se atienden hasta la edad de un mes con el carné del cotizante activo. La Sub Dirección de Salud a través del personal de su área, debe indicarle a los padres o encargado el trámite respectivo de afiliación.

**Art.-4** Cuando la población usuaria no portare DUI o carné, el Coordinador Administrativo en el policlínico y el personal de enfermería en los consultorios o la persona interina que lo sustituya debe imprimir la hoja con la información del Sistema de Registro de Expedientes del Docente y su Grupo Familiar (SIREXPE), firmarla y sellarla, la cual servirá como autorización provisional, tendrá validez de cinco días y habilitará a la población usuaria para recibir todos los servicios de salud que presta el ISBM.

Cuando un usuario no aparezca activo en el sistema informático, el Coordinador Administrativo en el Policlínico y el personal de enfermería en los consultorios, deben comunicarse con la Sección de Afiliación para confirmar el estado del usuario.

**Art.-5** Los hijos e hijas de los servidores públicos docentes entre los 21 y 25 años de edad, que se encuentren estudiando y dependan económicamente de sus padres, para tener derecho a la atención de salud, deberán presentar a la Sección de Afiliación en las Oficinas Centrales del ISBM o en los Policlínicos Magisteriales más cercanos a su domicilio, Certificación de Partida de Nacimiento, Documento Único de Identidad y cada seis meses, constancia de estudio, comprobante de pago de matrícula y/o mensualidad correspondiente al mes inmediato anterior o del mes en que se tramita la afiliación emitido por la institución educativa autorizada por el Ministerio de Educación donde se encuentre estudiando. La recepción de esta documentación se realizará a través de la Mesa de Entrada del Sistema TRANSDOC, habilitada en la Sección de Afiliación o el Policlínico según el caso.

**Art.-6** El Personal del Policlínico o Consultorio Magisterial deberá mantener un ambiente de respeto y trato amable con la población usuaria, visitantes y con la red de proveedores del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. Además en el desempeño de sus funciones observará el Lineamiento de Bioseguridad en Policlínicos y Consultorios Magisteriales.

**Art.-7** El Personal del Policlínico o Consultorio Magisterial deberá reportar a través del Coordinador Administrativo, de forma oportuna y por escrito, cualquier anomalía detectada en la atención de la población usuaria tales como falta de respeto, las situaciones contempladas en el Art. 40 de la Ley del ISBM, deterioro, hurto o desperfectos de equipo, además de circunstancias relacionadas con la prestación de servicios de los proveedores del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

**Art.-8** El Personal de los establecimientos de salud del ISBM, tomará el tiempo dispuesto en el Reglamento Interno de Trabajo para almorzar en forma escalonada, para garantizar la disponibilidad de la atención al usuario. El Coordinador Administrativo será responsable de llevar el control de dicha actividad en lo relativo al establecimiento del cual es responsable y en los consultorios magisteriales, adscritos según el caso.

**Art.-9** El Personal deberá permanecer en el Policlínico o Consultorio Magisterial durante la jornada laboral respectiva, y si por motivo de fuerza mayor o caso fortuito necesitan ausentarse de sus labores, deberán solicitar el permiso respectivo al Coordinador Administrativo o a quien haga sus veces.

Cuando algún miembro del personal de Policlínico o Consultorio Magisterial salga del establecimiento durante el período de la pausa alimentaria que le corresponda, deberá informarlo al jefe inmediato o quien haga sus veces, y deberá regresar a sus labores a la hora reglamentaria.

**Art.-10** Es responsabilidad del Coordinador Administrativo elaborar y cumplir el plan de trabajo a desarrollar en cada año, basado en la distribución de su población según grupo étnico, de acuerdo a los programas preventivos institucionales y el perfil epidemiológico de la población de adscripción, para ello contará con la colaboración del personal de salud y la asesoría de la Sección de Monitoreo y Apoyo Técnico de Salud de la División de Servicios de Salud. En los consultorios la responsabilidad será del Médico Regente.

El plan de trabajo será evaluado por la Sección de Monitoreo y Apoyo Técnico de Salud con base al cumplimiento de las metas programadas y los indicadores de programas preventivos.

**Art. -11** En el Plan de Trabajo deberá contemplarse el desarrollo de los programas preventivos, aprobados por el Consejo Directivo en el Cuadro Básico de Servicios que se encuentre vigente.

**Art.-12** Es responsabilidad del Coordinador Administrativo, velar por el buen funcionamiento de los establecimientos a su cargo, coordinando y administrando al personal, en los aspectos administrativos por ejemplo: trámite de permisos, organización de horarios e insumos no médicos, entre otros.

Ningún Coordinador Administrativo dará lineamientos técnicos al personal de salud. Si el Coordinador Administrativo necesita cualquier acción referente al acto médico deberá solicitarlo a través del Médico Regente.

El Coordinador Administrativo, deberá implementar los mecanismos de control interno en los diferentes procesos administrativos del personal a su cargo.

El Personal de Salud del Policlínico o Consultorio Magisterial, en los aspectos técnicos dependerán del Médico Regente; quien a través del Supervisor Médico Magisterial correspondiente; dará seguimiento a los casos y procesos que se presenten.

**Art.-13** Es función del Médico Regente, planificar, organizar, dirigir, coordinar supervisar y evaluar los aspectos técnicos de los servicios de salud que se brindan en los Policlínicos y Consultorios Magisteriales. Debiendo supervisar las actividades del personal de salud tales como: preparación de pacientes para consulta, prescripción de medicamento, emisión de recetas, referencias médicas y extensión de incapacidades entre otros. Además será responsable de verificar anualmente que el personal de salud cumpla con los requisitos para ejercer su profesión.

**Art.-14** Es responsabilidad del Médico Regente, elaborar el reporte epidemiológico semanal, el cual deberá enviar el primer día hábil de la siguiente semana a la Sección de Epidemiología; está última, elaborará un informe epidemiológico mensual del ámbito nacional y lo enviará a la Sub Dirección de Salud y al Director Presidente.

**Art.-15** Es responsabilidad del ISBM tener en los Policlínicos y Consultorios Magisteriales un botiquín de primeros auxilios, equipado con materiales, instrumentos, medicamentos e insumos necesarios para la atención de una emergencia. El Coordinador Administrativo es el responsable del control mensual y del abastecimiento de los insumos agotados.

**Art.-16** Es responsabilidad del Coordinador Administrativo, verificar que en los establecimientos a su cargo haya una cartelera informativa en un lugar visible en la sala de espera debiendo contener: los nombres de los Médicos Magisteriales y Especialistas, horario de atención, número del teléfono fijo del establecimiento, perfil epidemiológico trimestral de su población, programación mensual de actividades institucionales en los establecimientos, escuelas y comunidades en coordinación con el Sistema Nacional de Salud (SNS) elaborados por los profesionales en salud asignados al Policlínico o Consultorio Magisterial, orientación para la consulta de la planta de proveedores contenida en un directorio actualizado, mensajes educativos los cuales no deberán contener marcas o nombres de proveedores ni de laboratorios farmacéuticos o droguerías, fabricantes de medicamentos o prestadores de servicios de salud en general.

**Art.-17** Es responsabilidad del personal del Policlínico o Consultorio Magisterial, brindar la orientación necesaria y de forma clara a la población usuaria, de todas las atenciones brindadas por la planta de proveedores. El Coordinador Administrativo deberá tener un directorio actualizado de la planta de proveedores, el cual hará del conocimiento del personal.

**Art.-18** El Coordinador Administrativo, con la colaboración del personal de salud, deberá elaborar el Mapa de Riesgos del Área Geográfica de Influencia, en el cual deberá actualizar la información sobre vigilancia epidemiológica de forma trimestral o de acuerdo a la presentación de casos sujetos a vigilancia; dicho mapa deberá estar colocado en un lugar visible de la sala de espera.

**Art.-19** El Personal de Salud del Policlínico o Consultorio Magisterial deberá ingresar en el programa informático en línea proporcionado por ISBM, el registro de todas las actividades realizadas tales como: atención de enfermería, autorizaciones de trámites, episodios de historias clínicas en el momento de la consulta, para mantener actualizada la base de datos en tiempo real. En casos excepcionales por falla del sistema, la digitación podrá ser al final del día o cuando se restablezca el sistema. Para las historias que se realicen de forma manual, tendrán que ser ingresadas de forma obligatoria en la semana correspondiente a dicha actividad.

**Art.-20** El Médico Regente, deberá digitar en el sistema informático en línea proporcionado por el ISBM, para mantener la base de datos en tiempo real, todos los procedimientos y exámenes que necesitan autorización y elaborará un informe mensual, el cual enviará los primeros cinco días hábiles de cada mes a la Sección de Monitoreo y Apoyo Técnico de Salud. En casos excepcionales por falla del sistema, la digitación podrá ser al final del día o cuando se restablezca el sistema.

**Art.-21** La Sección de Monitoreo y Apoyo Técnico de Salud, a través de los Supervisores Médicos Magisteriales, tendrá la responsabilidad de supervisar integralmente los Policlínicos y Consultorios Magisteriales; para verificar el cumplimiento de los aspectos normativos, plan de trabajo y otros lineamientos emanados de la Sub Dirección de Salud. Además de verificar la consecución oportuna del recurso necesario y uso racional de los mismos, custodia de los bienes del establecimiento y la adecuada utilización de los recursos institucionales.

**Art.-22** El horario de atención en los Policlínicos Magisteriales será de lunes a viernes de 6:00 a.m., a 6:00 p.m.; y sábados de 8:00 a.m., a 12:00 m.d., para lo cual deberá establecer horarios escalonados y rotativos para los empleados respetando las 44 horas semanales de jornada laboral, de acuerdo a lineamientos de la Sub Dirección de Salud. Para los sábados se abre la probabilidad de ampliar el horario de 7:00a.m., a 12:00m.d., según planificación.

La implementación de este horario se realizará en forma paulatina de acuerdo a los lineamientos de la Sub Dirección de Salud.

En los Consultorios Magisteriales, el horario de atención será de lunes a viernes desde las 8:00 a.m. hasta las 4:00 p.m.; y los sábados de 8:00 a.m. a 12:00 m.d., en aquellos consultorios en los que se cuente con más personal en salud, se podrá escalar el horario de atención.

En los Policlínicos y Consultorios Magisteriales deberá atenderse a todo usuario que se presente con situación de urgencia médica independientemente de la hora, y cuando algún usuario haya solicitado atención médica hasta faltando cinco minutos para la hora de cierre del establecimiento.

El ISBM podrá ampliar los horarios de los establecimientos de salud de acuerdo a demanda y necesidades que se presenten, según lo proponga la Sub Dirección de Salud y lo apruebe el Consejo Directivo.

La Sub Dirección de Salud podrá aprobar cambios temporales de horarios de los establecimientos de salud, atendiendo a situaciones de emergencia, caso fortuito o fuerza mayor, lo cual deberá informar al Consejo Directivo en la sesión más próxima posterior al evento, con indicación precisa de la causa que lo motivaron.

Los pagos de horas extras que se realicen en razón de tiempo laborado en extraordinario, serán autorizados, en primera instancia, por los coordinadores de policlínicos y se harán conforme a lo regulado en la legislación laboral aplicable al ISBM.

**Art. -23** Los Médicos Regentes tendrán un horario de 8.00 a.m. a 4.00 p.m., para realizar consulta médica y la gestión administrativa a la población usuaria; distribuyendo el horario para ambas funciones, de acuerdo a la demanda.

**Art.-24** El Coordinador Administrativo en los Policlínicos y el Médico Regente en los Consultorios es el responsable de verificar o delegar que las puertas del establecimiento queden cerradas posterior al horario de atención. Además deberá garantizar a través de personal de vigilancia contratado por el Instituto, un espacio para parqueo de vehículos institucionales para recolección de muestras, para descargo de medicamentos, equipo, mobiliario y otro material.

#### **b) DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CONSULTA**

**Art.- 25** El personal de enfermería, será quien atienda en primera instancia a la población usuaria que acuda al establecimiento, para la orientación respectiva.

En caso de consulta médica, deberá solicitar el Documento Único de Identidad –DUI- o carné vigente o la autorización provisional conforme al artículo 3 de la presente norma y verificar que se encuentre activo en el Sistema de Registro de Expedientes del Docente y su Grupo Familiar (SIREXPE), asignándolo en el sistema con el médico que tiene cita en caso de controles y en patologías aguda con el médico que esté disponible y ubicando al paciente en la sala de espera.

En el desarrollo de estas actividades el personal de enfermería observará lo dispuesto en el “Manual de Procedimientos y Protocolos de Enfermería para la Prestación del Servicio a usuarios en Policlínicos y Consultorios del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial” y los lineamientos que resulten aplicables a estos procedimientos.

Posterior a la consulta la enfermera deberá revisar que el paciente lleve todos sus documentos llenados correctamente y proporcionar la orientación adecuada.

**Art.-26** El Médico Magisterial, deberá brindar la consulta médica aguda en el Policlínico y/o Consultorio Magisterial de acuerdo al orden de llegada y debe ser registrada en el censo diario, exceptuándose los casos de emergencia que deberán ser evaluados y atendidos por cualquiera de los médicos disponibles, en forma inmediata quien decidirá si da tratamiento en el establecimiento o emite la referencia respectiva. La población usuaria que acudan por emergencias directamente a los hospitales públicos o privados, no necesita referencia para ser atendida.

En caso que el paciente requiera traslado en ambulancia; el médico deberá solicitarlo a través de los convenios establecidos con los hospitales públicos o contratos con hospitales privados; el Coordinador Administrativo, será responsable de informarlo a la División de Supervisión y Control.

**Art.-27** En los casos de demanda aumentada al final de la jornada laboral del Médico Magisterial, este evaluará cuáles personas deberán ser atendidas ese mismo día y cuáles podrán diferirse para atención al día siguiente o en la semana en curso. De existir la necesidad que el Médico Magisterial trabaje horas extras; se hará de acuerdo al procedimiento administrativo establecido.

**Art.-28** La consulta a población usuarias con patología crónica se atenderá de acuerdo a cita programada y debe ser registrada en el censo diario; cada Médico atenderá de 4 a 6 personas por día de acuerdo a cada caso. El paciente que pierda su cita de consulta por enfermedad crónica, será atendido de acuerdo a orden de llegada, con el Médico tratante o con el Médico disponible.

Las citas de los pacientes con enfermedad crónica serán emitidas por el Médico tratante, para lo cual deberá llevar un registro en su computadora, de acuerdo al programa establecido para este fin.

**Art.-29** Los cotizantes pueden pasar consulta en cualquier establecimiento. Los usuarios beneficiarios solo podrán pasar consulta en el establecimiento al cual se encuentran adscrito, por consulta de emergencia podrán pasar en cualquier Policlínico o Consultorio Magisterial, previa evaluación por Médico Magisterial.

**Art.-30** Todas las actividades preventivas realizadas por los profesionales de salud deben quedar registradas y documentadas el mismo día en que se realizan, estas deberán estar acordes al perfil epidemiológico, a las determinantes de salud de la población adscrita y al plan anual de trabajo, debiendo consignarse de forma cronológica en un libro de actas o en forma digital.

El registro de la actividad deberá contener: fecha, hora, identificación de la actividad incluyendo el propósito de la misma, asistentes identificados por su nombre, número de afiliación y firma.

**Art.-31** Los Médicos en los Policlínicos y Consultorios Magisteriales deberá considerar en su práctica diaria el estándar institucional de atención en la consulta externa de cuatro pacientes por hora como mínimo, el cual es efectivo de acuerdo a la demanda y lineamientos institucionales. La consulta de inscripción prenatal, crecimiento y desarrollo del niño o niña y la entrevista de psicología tendrán treinta minutos por persona atendida; la entrevista psiquiátrica cuarenta minutos; como el estándar institucional.

**Art.- 32** La atención por cada morbilidad tendrá como estándar cinco consultas al año por paciente, la necesidad de un número mayor de consultas al año será evaluada de acuerdo a la patología y al criterio médico, las que deberán estar justificadas en el expediente clínico del paciente.

**Art.- 33** El Médico Magisterial deberá considerar en su práctica diaria, la interconsulta médica con los Médicos Especialistas asignados al Policlínico Magisterial; con el objetivo de establecer un mejor diagnóstico y tratamiento de primera vez o para seguimiento de patologías de difícil manejo; dicha interconsulta deberá registrarse en el expediente clínico correspondiente.

**Art.-34** El Médico Especialista asignado al Policlínico Magisterial en base al perfil epidemiológico, deberá organizar un programa de capacitación médica continua local dirigida a los Médicos Magisteriales. En casos especiales se hará revisión clínica de expediente con diagnóstico de patologías de difícil abordaje con el propósito de enseñanza aprendizaje.

**Art.-35** El Médico Especialista previa planificación y programación local del Policlínico en coordinación con los Consultorios Magisteriales de adscripción fija; deberá desplazarse a los consultorios programados para dar consulta especializada a la población usuaria previamente citadas.

**Art. 36** Los profesionales de salud, que laboran en los Policlínicos y Consultorios Magisteriales, deberán estar inscritos en el registro de profesionales del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y al emitir documentos producto de la atención de salud deberán emplear la firma y sello registrado ante la Junta de Vigilancia de la Profesión correspondiente del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP).

#### **c) DE LA REFERENCIA Y RETORNO**

**Art.-37** El Médico Magisterial, en la consulta médica evaluará la necesidad de que la población usuaria requiera referencia con Médico Especialista, Sub Especialista, Odontólogo o Cirujano Maxilofacial, debiendo utilizar estas referencias en el orden correlativo en que han sido entregadas por el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, las cuales deberán estar registradas en el expediente y el libro de control de Referencias y Retorno o registro en Excel en su computadora. Ninguna referencia, podrá ser emitida sin haber pasado una consulta, ni extendida por complacencia.

El período de vigencia del formulario referencia - retorno será de cuatro meses a partir de la fecha de emisión.

**Art.- 38** El Médico Magisterial, deberá considerar para sus referencias el estándar institucional de:

Tres referencias por año por especialidad, para los pacientes crónicos controlados; la necesidad de más referencias será evaluada y justificada en el expediente clínico.

La población usuaria que amerite atención psicológica será referida a los Psicólogos (Formulario D) para su evaluación y seguimiento. Los Psicólogos deberán enviar hoja de retorno (Formulario D) al Médico Magisterial que lo refirió, un resumen de la entrevista y tratamiento psicológico que ha prescrito al paciente.

Una referencia al año para evaluación por Odontólogo, proveedor de servicios contratado por el ISBM a través de un proceso de contratación regulado por la LACAP. Una o más referencias al año para el caso de los Centros Odontológicos Magisteriales.

En caso que un paciente necesite consultas adicionales con un determinado especialista, el Médico Magisterial deberá evaluar, documentar y justificar, tanto en la referencia como en el expediente.

**Art.-39** El Médico Magisterial, deberá considerar según lo indicado en el retorno la necesidad de emisión de otra referencia según lo solicitado por el Médico Especialista y Sub-Especialista, además verificará la prescripción de recetas y boletas para la realización de exámenes de laboratorio, esto con el objeto de evitar duplicidad de los mismos.

El Médico Magisterial deberá requerir al paciente, posterior a su consulta con el Especialista, Sub-Especialista, Odontólogo o Cirujano Maxilofacial, la hoja de retorno completamente llena, que deberá ser presentada de carácter obligatorio, la cual será necesaria para evaluar sus referencias posteriores.

#### **d) DE LOS PROCEDIMIENTOS Y PRÁCTICAS**

**Art.-40** Es responsabilidad del Médico Regente, organizar un equipo de profesionales de salud del Policlínico y Consultorio Magisterial, para el fomento y educación en salud de su población adscrita, debiendo promover la participación activa de la población usuaria en los programas preventivos como en los educativos, así como conformar grupos de riesgo de acuerdo a patologías específicas; para ese fin programará actividades orientadas a cambios de estilo de vida saludables.

**Art.-41** Es responsabilidad del personal de enfermería, informar al Médico Regente, los pacientes que requieran seguimiento domiciliario, tales como pacientes crónicos descompensados, pacientes que no asisten a los programas médicos preventivos, pacientes que han abandonado su control médico, pacientes con patologías específicas como Tuberculosis TB, Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, VIH-SIDA, desnutridos, pacientes en período de post-operatorio y todo aquel paciente que a criterio médico lo requiera. También deberá programar juntamente con el Coordinador Administrativo, el día y hora para la realización del seguimiento para lo cual podrá apoyarse del psicólogo y/o trabajadores sociales. Se debe establecer un día de la semana, para estas actividades; las cuales serán vigiladas técnicamente por el Médico Regente.

**Art.-42** El Personal de Salud del ISBM debe participar activamente en campañas de salud preventiva que se organicen en el área de influencia del Policlínico o Consultorio Magisterial, en el tiempo establecido para estas actividades, promoviendo la participación de su población adscrita.

**Art.-43** Es responsabilidad del Coordinador Administrativo, realizar la gestión para garantizar en los establecimientos de salud, las condiciones apropiadas para el adecuado funcionamiento y preservación de la salud en los aspectos como: mobiliario, equipo de oficina, equipo médico, medicamentos, insumos médicos y no médicos; además de

Aprobado por el Consejo Directivo, sesión ordinaria celebrada en la ciudad de San Salvador, el día quince de agosto de 2016, Punto OCHO del Acta Número CIENTO DIECISIETE,



garantizar a través del personal correspondiente, la higiene, limpieza y ornato del establecimiento.

Los Coordinadores Administrativos velarán por la Salud Ocupacional de los establecimientos a su cargo, coordinándose para ello con los Comités de Seguridad y Salud Ocupacional que se hubiesen nombrado y/o en su defecto con el Comité de Seguridad y Salud Ocupacional de Oficinas Centrales. También podrá apoyarse con el Médico Regente en aspectos directamente relacionados a la salud.

**Art.-44** Es responsabilidad del personal de los Policlínicos y Consultorios Magisteriales reportar en forma oportuna al Coordinador Administrativo el desabastecimiento de medicamentos, insumos, materiales y equipos así como el equipo dañado. El Coordinador Administrativo debe solicitar al encargado correspondiente la dotación de dichos insumos.

**Art.-45** Es responsabilidad del Médico Regente, verificar que el médico, enfermera y trabajador social realicen el levantamiento y actualización de las Fichas Familiares de toda la población adscrita, la que deberá de utilizar con el propósito de tener de manera organizada todos los aspectos de salud; tener los datos generales de cada familia; conocer las condiciones de tenencia, construcción y medioambientales de la vivienda y de manera particular la clasificación de riesgo infantil, reproductivo, ambiental y la población con discapacidad.

**Art.-46** El personal de salud de los Policlínicos y Consultorios Magisteriales, tiene la obligación de informar por escrito y de forma inmediata a la División de Supervisión y Control, cuando la enfermedad ha sido causada deliberadamente por el servidor público docente o sus beneficiarios, cuando estos no cumplieren con las prescripciones médicas para su tratamiento o hagan uso indebido de los servicios médicos hospitalarios; así como por las circunstancias tipificadas en los artículos 40 y 48 de la Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, dando cumplimiento a lo establecido en el Instructivo para Trámites de Reintegros al Instituto y de Reembolsos a usuarios por Gastos Médicos.

**Art.-47** El Médico Regente o el Médico Magisterial que lo sustituya; deberá autorizar los procedimientos ofertados por los proveedores de acuerdo a lo establecido en la NORMA TÉCNICA ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS DE MEDICINA ESPECIALIZADA, MEDICINA SUB-ESPECIALIZADA, ODONTOLOGÍA Y CIRUGÍA MAXILOFACIAL PARA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL.

#### **e) DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS**

**Art.-48** Los Médicos del Policlínico o Consultorio Magisterial, no deberán prescribir recetas que no sean resultado de una consulta y examen médico al paciente, que deberá estar consignado en el expediente del paciente.

**Art.-49** Se deberán prescribir los medicamentos necesarios para cada patología presentada por el paciente, consignándolo en el expediente y respetando estrictamente el Cuadro Básico de Medicamentos del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

Aprobado por el Consejo Directivo, sesión ordinaria celebrada en la ciudad de San Salvador, el día quince de agosto de 2016, Punto OCHO del Acta Número CIENTO DIECISIETE,

Podrán prescribir cantidades menores a las indicadas en el Cuadro Básico de Medicamento, en cuyo caso se deberá despachar de acuerdo a la prescripción. Para esto deberá utilizar adecuadamente los formatos de recetas, de acuerdo al tipo y número correlativo de la misma. Deberán usar el sello registrado ante la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica (J.V.P.M.) del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP).

Los Médicos, deberán informar al paciente sobre la acción terapéutica, modo de uso, indicaciones, efectos secundarios y posibles efectos adversos de los medicamentos prescritos.

**Art.-50** Los Médicos Magisteriales, podrán emitir, recetas pre fechadas (receta repetitiva) para patología crónica hasta por un período de tres meses, siendo responsabilidad del médico consignar el nombre genérico del producto, concentración, presentación, dosis, cantidad, vía de administración, días de tratamiento, el código del medicamento y código de diagnóstico (según normativa de farmacia vigente). En este caso se emitirán las tres recetas originales que llevarán firma y sello autorizado por la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica.

**Art.-51** Los Médicos Magisteriales podrán recetar medicamentos controlados en receta prefechada para un período máximo de tres meses, siendo responsabilidad del médico consignar el nombre genérico, concentración, presentación, dosis, cantidad, vía de administración, código de diagnóstico, firma y sello de la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica en original y copia. El usuario deberá retirar del Botiquín Magisterial la receta del mes correspondiente. En casos excepcionales en que se libere el medicamento el retiro se efectuará en cualquier farmacia de la red de proveedores del ISBM, que esté autorizada para tal efecto. De ser elaboradas en forma manual, deberán ser escritas con tinta de un mismo color; sin testaduras, entrelneas o enmendadas.

Los Médicos Magisteriales, darán cumplimiento a lo establecido en las leyes aplicables en materia de estupefacientes, psicotrópicos, precursores, sustancias y productos químicos y agregados controlados.

**Art.-52** Los Médicos del Policlínico o Consultorio Magisterial deberán utilizar el sistema de registro de episodios médicos, para imprimir la receta. En el caso que ésta deba estar justificada imprimirá en la receta la justificación que corresponda de acuerdo a las cuatro opciones, que se detallan a continuación:

- a) Aumento de la cantidad máxima por incremento de dosis,
- b) Indicado por médico especialista
- c) Indicado por múltiples patologías
- d) Usuario saldrá fuera del país.

Cuando haya corte de energía eléctrica o el Médico no cuente con el sistema de impresión de recetas, la justificación será manuscrita por el prescriptor.

**Art.-53** Los Médicos del Policlínico o Consultorio Magisterial, podrán emitir dos recetas por persona por consulta, en los casos que el paciente requiera de recetas adicionales por otras patologías éstas deberán ir con la justificación, que se imprime en el frente de la

receta: indicado por múltiples patologías. Debiendo llevar cada receta el código del diagnóstico, firma y sello del médico.

**Art.-54** Cuando el Médico Magisterial, emita recetas de medicamentos cuyo nivel de uso es exclusivo del médico especialista de acuerdo al Cuadro Básico de Medicamentos, estas deberán llevar la justificación que se imprime en el frente de la receta la cual dice: indicado por médico especialista. Debiendo llevar cada receta el código del diagnóstico y firma del médico.

**Art.-55** Cuando un paciente con enfermedad crónica que viaje fuera del país, por diferentes motivos y necesite abastecerse de sus medicamento deberá presentar al Médico Magisterial copia de la misión oficial o del boleto de viaje de acuerdo al caso, la que quedara anexa al expediente y el Médico emitirá recetas prescribiendo el número exacto de unidades para dos meses y justificando la receta con: usuario saldrá fuera del país. Al paciente en tratamiento permanente por enfermedad crónica en Misión Oficial en el exterior, se le prescribirá medicamento por el tiempo que dure la misma, si ésta no incluye seguro médico. En los casos que no sea Misión Oficial, y se encuentre activo en el sistema, debe autorizar a otra persona a través de una nota, la cual deberá estar firmada y con número de DUI del paciente y de la persona que autoriza para su retiro.

**Art.-56** Los Médicos del Policlínico o Consultorio Magisterial, no podrán recetar antibióticos que no correspondan a su nivel de uso, excepto cuando la receta este justificadas, con el resultado del cultivo sensible al antibiótico prescrito, con la firma y sello del médico prescriptor; además se requerirá el visto bueno del Médico Regente del Consultorio o Policlínico Magisterial, aún cuando sea el Médico Regente el que prescriba.

**Art.-57** Los Médicos del Policlínico o Consultorio Magisterial únicamente pueden prescribir vitaminas y minerales en los casos siguientes: Mujeres en estado de embarazo (Multivitaminas Prenatales, Ácido Fólico y Sulfato Ferroso de ser necesario de acuerdo al caso); Niños y niñas menores de 2 años en control de niños y niñas sanos (Multivitaminas A + D + C+ Fluoruro); (Sulfato Ferroso, Complejo B, Calcio, Ácido Fólico y Vitamina K1), otras patologías que estén debidamente justificadas.

La Vitamina E solo podrá ser indicada por Médico Especialista Ginecólogo, Oncólogo o Mastólogo, en casos excepcionales de ser prescrita por otro especialista se requerirá el visto bueno del Médico Regente del Policlínico o Consultorio Magisterial. Estas recetas tendrán que ir con la justificación siguiente: indicado por médico especialista y con el diagnóstico, firma y sello del médico que las prescribe.

**Art.-58** Los Médicos de Policlínicos o Consultorios Magisteriales, no deberán prescribir: recetas sin fechas, recetas selladas y firmadas en blanco, sin sello; así mismo no deberán usar correctores; utilizarán un mismo color de tinta independientemente del tono, siendo responsabilidad del médico el consignar el nombre genérico del producto, concentración, presentación, dosis, cantidad, vía de administración, días de tratamiento, el código del medicamento.

**Art.-59** Las recetas de medicamentos controlados emitidas por Médicos del Policlínicos o Consultorios Magisteriales deberán estar firmadas y selladas las dos hojas en original y el

Aprobado por el Consejo Directivo, sesión ordinaria celebrada en la ciudad de San Salvador, el día quince de agosto de 2016, Punto OCHO del Acta Número CIENTO DIECISIETE,

sello que se utilizará será el registrado ante la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica (J.V.P.M); el llenado deberá hacerse con el mismo color de tinta, de acuerdo al requerimiento de la J.V.P.M.; estas recetas no podrán ser validadas en caso de vencimiento. En caso de extravío o daño total tendrán que ser emitidas únicamente por el médico tratante.

**Art.-60** Cuando el Médico Especialista, establezca que según la evaluación clínica del paciente se requiere la prescripción de un medicamento no comprendido en el cuadro básico de medicamentos o que estando en el cuadro y habiendo presentado falla terapéutica, efectos adversos o colaterales documentados y no se cuente con otra alternativa dentro del cuadro; el Médico Especialista orientará al paciente para que realice el debido trámite de acuerdo al “Instructivo para trámite de autorización, distribución y dispensación de medicamentos no comprendidos en cuadro básico y medicamentos crónicos restringidos”. Es responsabilidad del Médico Regente una vez aprobado el medicamento por el Comité Técnico Médico, extender las recetas de acuerdo al período autorizado y llevar el control tanto de las recetas como de los períodos en que el usuario debe ser evaluado por el Médico Especialista o Sub-Especialista.

**Art.-61** Las recetas tendrán vigencia en farmacias privadas de tres días a partir de la fecha de emisión. Para el caso de recetas repetitivas vencidas, el Médico Regente, Médico Magisterial, en casos excepcionales por profesionales médicos de la División de Supervisión y Control y División de Servicios de Salud, validará la receta para su despacho al reverso de la misma, debiendo realizar el cálculo de medicamento necesario para cubrir el tratamiento de los días restantes a la próxima receta o consulta. Esta validación solo podrá realizarse una sola vez por medicamento en el mismo período de mes. Dicha validación podrá hacerla los médicos autorizados anteriormente y se podrá realizar en cualquier Policlínico o Consultorio Magisterial.

**Art.-62** Las recetas tendrán vigencia de cinco días a partir de la fecha de emisión, en los botiquines magisteriales, exceptuando las recetas de medicamento agudo que tendrán vigencia de tres días.

Las recetas de medicamentos de uso crónicos despachados en botiquines magisteriales que hayan vencido, podrán despacharse después de los cinco días de vigencia, pero deberá entregarse únicamente el medicamento resultante de restar a la cantidad según el número de días a partir de la fecha de emisión sin incluir el día de su dispensación. Este cálculo deberá ser realizado por el Médico Regente, Médico Magisterial, en casos excepcionales por profesionales médicos de la División de Supervisión y Control y División de Servicios de Salud, validará la receta para su despacho al reverso de la misma. Esta validación solo podrá realizarse una sola vez por medicamento en el mismo período de mes.

En caso de medicamentos que por su presentación no puedan fraccionarse a la cantidad prescrita en la receta, el Médico analizará si es procedente despachar la presentación sin fraccionamiento según cada caso validando su despacho al reverso de la misma.

En el caso de extravío o daño total de la receta; el usuario deberá pasar una nueva consulta.

**Art.-63** Cuando por indicación médica el paciente requiera incremento de dosis de medicamento en un mismo período de despacho, el médico debe calcular el número de unidades adicionales a prescribir para completar el ciclo de tratamiento y será autorizada en el sistema informático de medicamentos en 24 horas; debiendo el Coordinador Administrativo enviar la solicitud de desbloqueo por correo electrónico al personal correspondiente de la Sección de Gestión y Abastecimiento de Medicamentos.

#### **f) DE LAS INCAPACIDADES MÉDICAS**

**Art.-64** Los Médicos de los Policlínicos y Consultorios Magisteriales valorarán de acuerdo al caso de cada paciente, la necesidad de indicar una incapacidad, debiendo extenderse por los días que la patología requiera de acuerdo a las guías de práctica clínica institucionales, de enfermedades prevalentes; toda incapacidad mayor de 30 días requerirá la autorización del Médico Regente, o del Médico Magisterial, designado por la Sub Dirección de Salud en caso de ausencia del Médico Regente, para lo cual se requerirán documentos que sustenten el período de incapacidad.

**Art.-65** Los Médicos Magisteriales extenderán incapacidades a los pacientes que lo ameriten justificando en el expediente y en formularios institucionales pre numerados o del sistema informático correspondiente, según el caso; la cual deberá llenarse completamente, firmada y sellada; iniciando desde el momento que el médico brinda la consulta al paciente. No deberá extenderse incapacidades en forma prospectivas, retrospectiva ni por complacencia. Para considerar una prórroga esta deberá ser por el mismo diagnóstico y por un período continuo.

**Art.- 66** Las incapacidades extendidas por la red de servicios del Ministerio de Salud de El Salvador, Instituto Salvadoreño del Seguro Social y Sanidad Militar son válidas y no necesitan ser convalidadas. Las incapacidades extendidas por médicos particulares que no brindan sus servicios al Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, incluyendo las extendidas en el exterior serán revisadas por el Médico Regente, quien será responsable de exigir los documentos médicos y análisis necesarios para comprobar la enfermedad y la incapacidad de acuerdo a lo establecido en el artículo 30 de la Ley del ISBM y evaluar la procedencia o no de la convalidación de la incapacidad de acuerdo a cada caso.

**Art.- 67** Para emisión de las incapacidades médicas, se utilizarán los formatos institucionales de acuerdo al orden correlativo en que han sido entregadas, además se deberá llevar un control manual o digital, tanto de las utilizadas como de las anuladas de acuerdo al formato correspondiente, las que deberán conservarse de acuerdo a las normas o lineamientos de gestión documental emitidos por el Instituto.

**Art.- 68** Las incapacidades resultado de un riesgo profesional tales como enfermedades profesionales o accidentes de trabajo, deberán ser evaluadas por el médico tratante, según el instructivo correspondiente.

#### **g) DE LAS REUNIONES**

**Art.-69** El personal de salud del ISBM, está obligado a asistir a todas las reuniones a las que sea convocado por el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. En caso de no poder asistir a la convocatoria, debe justificarlo previamente por escrito a los Coordinadores Administrativos, quienes informaran a los Coordinadores de los Centros de Atención Regional, y estos a la Jefatura de la División de Policlínicos y Consultorios Magisteriales.

#### **h) DE LA PAPELERÍA Y DOCUMENTACIÓN**

**Art.-70** Es responsabilidad del Coordinador Administrativo, gestionar la papelería que de acuerdo a los lineamientos del programa, sea necesaria y velar por la adecuada distribución de ella; será responsabilidad del personal de salud el uso adecuado de la misma.

#### **I) DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS**

**Art.-71** Los Coordinadores Administrativos deberán velar porque en el establecimiento de salud, se encuentre un archivo de expedientes clínicos. El personal de enfermería deberá mantener los expedientes clínicos, ordenados, las hojas de las consultas médicas de forma correlativa, ascendente desde las consultas más antiguas hasta las más recientes; con fecha de acuerdo a formato; día, mes, año y hora, debiendo verificar que el médico firme y selle cada consulta o procedimiento que se realice, además el personal de enfermería deberá anotar en el libros de registro y control de documentos las atenciones que le proporcione al paciente; así como cualquier otra información de relevancia.

Los expedientes clínicos deberán estar disponibles para evaluación de la Sección de Monitoreo y Apoyo Técnico de Salud.

**Art.-72** La División de Policlínicos y Consultorios Magisteriales, designará al personal del Policlínico o Consultorio que será responsable del archivo clínico, siendo éste el único autorizado para la custodia del expediente clínico, sin perjuicio del personal de otras dependencias de salud del ISBM, que por brindar atención a pacientes, deban hacer uso de estos documentos, previa firma de un acta que respalde dicho préstamo, siendo responsables de su buena conservación.

**Art.-73** Los expedientes clínicos son propiedad del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial; y en razón de tratarse de instrumentos expeditos de los pacientes se organizarán, describirán y conservarán en su fase activa en archivos especializados y serán transferidos al archivo central del Instituto en su fase semi activa para efectos de su valoración, selección y conservación documental según lo establecido en la Política de Gestión Documental y Archivos del ISBM y otras normativas creadas para este fin.

**Art.-74** La información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, por el personal de salud y administrativo según el caso, atendiendo a los principios legales y éticos que orientan la práctica sanitaria y esta información solo podrá ser dada a conocer a terceros, conforme a la regulación de la Ley de Acceso a la Información Pública.

**j) DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO, PATOLÓGICO, CLÍNICA RADIOLÓGICA, IMÁGENES Y ELECTRODIAGNÓSTICO.**

**Art.-75** Los exámenes de Laboratorio Clínico, Patológico, Clínica Radiológica, Imágenes y Electrodiagnóstico serán orientados e indicados estrictamente de acuerdo a la patología o diagnóstico por lo que consulte el paciente; cuando por la patología estos excedan de tres exámenes, deberá justificarse técnicamente en formulario para exámenes y en el expediente clínico. No se permitirán justificaciones que no sean del resultado de una evaluación médica. Los resultados deberán agregarse en forma cronológica en el expediente del paciente.

El período de vigencia de la boleta de laboratorio clínico, patológico, electrodiagnóstico o clínica radiológica y de imágenes, será de cuatro meses a partir de la fecha de emisión. Las boletas deberán ser llenadas completamente.

**Art.-76** Para la realización de las pruebas de laboratorio clínico indicados en formulario de exámenes de uso para médicos especialistas y sub especialistas, el Médico Regente del Policlínico o Consultorio, evaluará la pertinencia del estudio y autorizará o denegará la boleta correspondiente; en casos excepcionales, tales como, vacaciones y ausencia por enfermedad, lo podrá autorizar cualquier Médico Magisterial, del establecimiento más cercano, con la firma y el sello respectivo.

**Art.-77** Para la recolección de la muestra citológica, el personal de enfermería deberá coordinar con el laboratorio de patología contratado para ese servicio. Las muestras deberán ser recolectadas en un plazo no mayor de 3 días. En caso de incumplimiento del tiempo de recolección por parte del laboratorio deberá informarse a la División de Supervisión y Control.

**Art.- 78** La Mamografía bilateral para diagnóstico precoz de cáncer de glándula mamaria; así como el antígeno prostático específico cualitativo podrá ser indicado por Médico Magisterial.

Los estudios de Ultrasonografía, Doppler y Electroencefalograma deberán ser indicados en el formulario "A" y serán autorizados por el Médico Regente del Policlínico o Consultorio Magisterial. (Formulario para solicitar procedimientos ambulatorios).

**Art.-79** Los exámenes que de acuerdo a los lineamientos técnicos emitidos por la Sub Dirección de Salud, deban indicarse en el Formulario "C", serán presentados al Médico Regente del Policlínico o Consultorio Magisterial, éste será responsable de evaluar y autorizar aquellos exámenes que de acuerdo a los referidos lineamientos técnicos sean de su competencia.

Los Médicos Regentes llevarán un registro digitalizado de los exámenes autorizados para el control respectivo, debiendo enviar mensualmente informe a la Sección de Monitoreo y Apoyo Técnico de Salud.

**Art.- 80** Los Médicos Regentes, también serán responsables de remitir inmediatamente al Jefe División de Supervisión y Control los exámenes indicados en el Formulario "C" que

Aprobado por el Consejo Directivo, sesión ordinaria celebrada en la ciudad de San Salvador, el día quince de agosto de 2016, Punto OCHO del Acta Número CIENTO DIECISIETE,

según los lineamientos técnicos de la Sub Dirección de Salud necesiten de su autorización (Resonancia Magnética, Angiotac, Angiografía Selectiva, Centellograma), previo a verificar que el formulario, esté debidamente lleno y cumpla con los requisitos formales para su evaluación. Esta remisión podrá hacerse vía electrónica, adjuntando la documentación debidamente escaneada.

El Jefe de la División de Supervisión y Control, evaluará según los lineamientos técnicos de la Sub Dirección de Salud la pertinencia y procedencia del examen solicitado e informará el resultado de la evaluación al Médico Regente que remitió la solicitud. En caso haberse autorizado el examen, remitirá la autorización escaneada y, el Médico Regente, firmará la solicitud original y la entregará al paciente; para que se realice dicho examen.

### III. DISPOSICIONES FINALES

**Art.-81** Los Policlínicos Magisteriales se clasifican en “A” y “B”: de acuerdo al cuadro básico de servicios aprobado, considerando la población adscrita que atiende, además de la cantidad de consultorios y otros establecimientos que atiende: **los tipo “A”** son establecimientos de mayor complejidad, brindan servicios de medicina general, dispensación de medicamentos, laboratorio clínico, atención psicológica y fisioterapia, afiliación recepción de solicitudes de subsidios y otros documentos, coordinación de acciones con autoridades locales, por lo general tienen más de tres consultorios adscritos o un mayor número de atenciones en comparación con los del tipo B; **los tipo “B”** brindan servicios de medicina general, dispensación de medicamentos, toma de muestras de laboratorio clínico, atención psicológica, afiliación recepción de solicitudes de subsidios y otros documentos, coordinación de acciones con autoridades locales, por lo general tienen hasta tres consultorios adscritos. Dicha clasificación está vigente y es un criterio para ampliación de horarios y servicios según necesidad institucional.

#### a) DEL INCUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA:

**Art.-82** El incumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente norma por parte del personal de salud y de apoyo administrativo en los Policlínicos y Consultorios Magisteriales será sancionado de acuerdo a lo regulado por el Reglamento Interno de Trabajo del Instituto.

#### b) DE LOS ANEXOS:

**Art.-83** Forman parte integrante de la siguiente norma los anexos siguientes:

- Anexo 1:Glosario
- Anexo 2:Descripción del carné de la población del ISBM
- Anexo 3: Historia Clínica Pediátrica
- Anexo 4: Historia Clínica Ginecológica – Obstétrica
- Anexo 5: Historia Clínica General
- Anexo 6: Recetas
- Anexo 7: Cuadro Básico de Medicamentos
- Anexo 8: Boletas para Exámenes Clínicos y Clínica Radiológica e Imágenes.



- Anexo 9: Formulario de referencia y retorno
- Anexo 10: Formulario "A"
- Anexo 11: Incapacidad médica.
- Anexo 12: Formulario "D"
- Anexo 13: Botiquín de primeros auxilios
- Anexo 14: Formulario "C"
- Anexo 15: Formulario para exámenes de programas innovadores.

c) **DE LA DEROGATORIA:**

**Art.-84** A partir de la entrada en vigencia de la presente normativa, queda derogada la **"NORMA TÉCNICA ADMINISTRATIVA DE FUNCIONAMIENTO DE LOS POLICLINICOS Y CONSULTORIOS MAGISTERIALES Y CONSULTORIOS DE ESPECIALIDADES PARA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL"**, aprobada por el Consejo Directivo el 13 de octubre del 2011, en el punto SEIS del Acta Número CIENTO VEINTIUNO.

d) **DE LA VIGENCIA:**

**Art.-85** La presente norma entrará en vigencia a partir del diecinueve de septiembre de 2016, previa aprobación del CONSEJO DIRECTIVO DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL.

## ANEXOS

Anexo N°1

### GLOSARIO

1. **ACTIVIDADES:** Conjunto de acciones necesarias para mantener en forma continua y permanente la operatividad de las funciones del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.
2. **ATENCIÓN HOSPITALARIA:** Son todas las atenciones médicas y hospitalarias que devienen de una evaluación médica y que por su naturaleza no puedan diferirse y deba atenderse en Hospital.
3. **AUTORIZACIÓN SANITARIA:** Acto por el cual se permite la realización de un procedimiento prescrito por un Médico.
4. **CENSO DIARIO:** Documento mediante el cual el Médico Magisterial deberá registrar todas las actividades del día relacionadas con la atención del paciente, el cual deberá ser llenado en el momento en que se proporciona el servicio.
5. **CUADRO BÁSICO DE SERVICIOS:** Oferta o cartera de servicios médicos que brinda el Programa Especial de Salud, a nivel ambulatorio y hospitalario.
6. **CONTROL POST QUIRURGICO:** Seguimiento clínico por parte del médico cirujano que realice el procedimiento quirúrgico, en su consulta privada y/o hospital, para retiro de puntos, evaluación de la evolución del paciente, verificación de las complicaciones, etc., atención brindada en el periodo comprendido desde el egreso hospitalario hasta treinta días postquirúrgicos.

- 7. CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Documento que busca dar fe de la autorización que un paciente o su representante legal emite para que se le realice un procedimiento quirúrgico, de diagnóstico o de tratamiento farmacológico que se va a realizar
- 8. CONSULTORIO MAGISTERIAL:** Establecimiento donde se brindará servicios de salud a fin de diagnosticar y tratar enfermedades con una planta de profesionales en medicina general con enfoque en medicina familiar.
- 9. BOTIQUIN MAGISTERIAL:** Área para la recepción, almacenamiento, custodia, control y dispensación de medicamentos adquiridos por el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.
- 10. DISPENSACIÓN:** Acto en que el encargado de botiquín o de farmacia entrega la medicación prescrita junto a la información necesaria para su uso racional.
- 11. EMERGENCIA:** Toda condición que de no recibir atención médica inmediata pone en peligro la vida del paciente o dejar secuelas permanentes.
- 12. ESTABLECIMIENTO INSTITUCIONAL DE SALUD:** Lugar donde se brindan servicios para la atención de procesos de salud- enfermedad que requiera el usuario en promoción, prevención, tratamiento o rehabilitación con una planta de profesionales de salud capacitados para tal fin.
- 13. EXISTENCIA:** Disponibilidad de medicamentos, reactivos e insumos requeridos para la prestación del servicio a los usuarios del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.
- 14. FORMULARIO “A”:** Formulario Institucional utilizado para solicitar procedimientos ambulatorios como: Terapias Respiratorias, Fisioterapias y

otros procedimientos no quirúrgicos, procedimientos contratados para realizar en clínica.

**15. FORMULARIO “B”:** Formulario Institucional utilizado para solicitar la realización de Cirugías Electivas.

**16. FORMULARIO “C”:** Formulario Institucional utilizado para solicitar la autorización de exámenes especiales tanto ambulatorios, como para pacientes hospitalizados.

**17. FORMULARIO “D”:** Formulario Institucional utilizado para referir al paciente al Médico Especialistas y Médico Sub-Especialista por una atención que no generara pago, ejemplo: retiro de puntos, contestación de exámenes patológicos post quirúrgicos, respuesta de citología entre otros.

**18. GRUPO A:** Medicamentos del Cuadro Básico utilizados en el tratamiento de enfermedades agudas, dispensadas en toda la red de farmacias contratadas por el Instituto.

**19. GRUPO B:** Medicamentos del Cuadro Básico utilizados en el tratamiento de enfermedades de tipo crónico o de uso frecuente, despachadas en los Botiquines Magisteriales.

**20. GRUPO B LIBERADO:** medicamentos que pertenecen al grupo B del Cuadro Básico de Medicamentos pero por no contar con existencias en los botiquines, se despachan en la red de farmacias previa autorización Institucional para un período específico de tiempo.

**21. HOJA REFERENCIA Y RETORNO:** Formulario Institucional utilizado para remitir a un paciente que requiere de la intervención de otro profesional que presta servicios médicos y hospitalarios y su respectivo retorno o regreso al

Aprobado por el Consejo Directivo, sesión ordinaria celebrada en la ciudad de San Salvador, el día quince de agosto de 2016, Punto OCHO del Acta Número CIENTO DIECISIETE,

prestador de servicios que lo ha remitido con un plan definido para la continuidad de su tratamiento.

**22. HOSPITAL TIPO A:** Es un hospital de máxima complejidad que atiende a los usuarios del programa especial de salud que necesitan atención médico hospitalaria y que ofrecen servicios de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas, contando con un servicio de cuidados intensivos e intermedios de adultos y niños según cada caso.

**23. HOSPITAL TIPO B:** Es un hospital de mediana complejidad que atiende a los usuarios del programa especial de salud que necesitan atención médico hospitalaria y que ofrecen servicios de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas, contando con un servicio de cuidados intermedios de adultos y niños según cada caso.

**24. HOSPITAL TIPO C:** Es un hospital de complejidad básica, que atiende a los usuarios del programa especial de salud que necesitan atenciones Médico hospitalarias y que cuenta con las cuatro áreas de especialidades siguientes: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría.

**25. INTERCONSULTA:** Participación a solicitud del médico tratante de un profesional médico de diferente especialidad que permite la evaluación del paciente, con el propósito de contribuir a definir el diagnóstico y tratamiento.

**26. INDICADOR:** Es el método que permite verificar el cumplimiento de los objetivos establecidos de acuerdo al estándar institucional.

**27. MAPA DE RIESGO:** Instrumento que ofrece un diagnóstico completo de los riesgos y recursos que existen dentro de una zona geográfica asignada a un Médico Magisterial y como éstos son percibidos por los usuarios de la población asignada del Programa Especial de Salud, siendo el responsable de

este el Coordinador Administrativo de Policlínico y Consultorios Magisteriales y su área asignada.

**28. MÉDICO MAGISTERIAL:** Médico contratado por el ISBM para brindar servicios médicos para el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial para atender el primer nivel de atención, el cual se convierte en la puerta de entrada al Programa Especial de Salud.

**29. MÉDICO ESPECIALISTA:** Médico proveedor de servicios médicos hospitalarios de las diferentes especialidades y sub-especialidades de la medicina, contratado por el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, para atender al maestro y su grupo familiar que requiera atención especializada.

**30. MÉDICO ESPECIALISTA MAGISTERIAL:** Médico Especialista o Sub especialista empleado del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, para atender al maestro y su grupo familiar en los Policlínicos o Consultorios que requiera atención especializada.

**31. MONTO ASIGNADO:** Cantidad monetaria asignada mensualmente a un proveedor para poder prestar el servicio contratado a los usuarios del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

**32. PLAN DE TRABAJO:** Es una herramienta utilizada para programar las atenciones en salud a realizar por parte del médico magisterial que incluye atenciones intramurales y extramurales a cumplir durante un periodo de tiempo específico, que además señala los problemas a solucionar y las formas de resolverlos.

**33. POLICLINICO MAGISTERIAL:** Establecimiento donde se brindará servicios de salud a fin de diagnosticar y tratar enfermedades con una planta de profesionales en medicina general con enfoque en medicina familiar.

- 34. PROVEEDOR DE SERVICIOS:** Persona natural o jurídica contratada para proporcionar servicios médicos y hospitalarios a los usuarios del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.
- 35. RECETA:** formato utilizado por los diferentes médicos y odontólogos al servicio del ISBM para la prescripción de medicamento del Cuadro Básico de Medicamentos de los grupo A y B del ISBM.
- 36. SISTEMA SIREXPE:** Sistema Informático de Registro de Expediente del Docente y su Grupo Familiar para tener derecho a los Servicios de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial en línea.
- 37. SISTEMA NACIONAL DE SALUD:** Es el constituido por un conjunto de instituciones que forman parte de la administración pública interrelacionadas e integradas en su funcionamiento, de manera armonice y sistematizada y cuya finalidad es elaborar y ejecutar políticas públicas que garanticen el derecho a la salud.
- 38. USUARIOS o USUARIAS DEL PROGRAMA DE SALUD:** Servidores públicos docentes, cónyuge o su conviviente, hijos e hijas de los servidores públicos docentes entre los veintiuno y veinticinco años de edad que se encuentren estudiando y dependan económicamente de sus padres, los menores de veinticinco años de edad que se encuentren solteras o solteros, y los discapacitados, hijos o hija de cualquier edad, si es inválido total y su invalidez se hubiese originado siendo beneficiario previo dictamen de la Comisión Calificadora de Invalidez definida en la Ley del Sistema de Ahorro para pensiones.

## Descripción del Carné de Usuario del ISBM

Anexo No. 2



### Cara anterior

**Fotografía del Usuario o Usuaría:** la cual es tomada en formato digital.

**Número del afiliado:** El número de afiliación del usuario se escribirá en todos los documentos tal y como aparece en el Carné.

**Tipo de afiliado:** Registro de identificación para diferenciar la condición del paciente en el sistema de salud: Cotizante, Esposo(a), Compañero (a) de vida, Hija (o).

**Nombres y Apellidos:** Nombres y apellidos del usuario (a) tal y como se encuentra legalmente inscrito en el Documento Único de Identidad o Partida de Nacimiento para el caso de los beneficiarios niños, niñas o adolescentes.

**Sexo:** Masculino, Femenino

**Fecha de nacimiento:** en el formato día/mes/año (dos dígitos)

**Número de identificación personal:** Documento Único de Identidad

**Fecha de emisión:** en el formato día/mes/año

**Fecha de Vencimiento:** en el formato día/mes/año

**Firma del Director Presidente.**

### Cara posterior del carne:

**Lugar de residencia:** La dirección puede ser descrita en cualquiera de los siguientes formatos:

Nombre del cantón, calle, No. de la casa o

Nombre del barrio calle o avenida y No. de la casa o



Nombre del caserío, colonia.

Departamento y municipio

**Número telefónico:** se describe el número de la línea telefónica del lugar de residencia

**Estado familiar:** casado (a), soltero (a), viudo (a), también incluye la situación de acompañado(a), el cual aparece únicamente en el carné del cotizante.

**Dependientes:** Número de beneficiarios que tienen derecho al Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, el cual aparece únicamente en el carné del cotizante.

**Leyenda:** este carné acredita únicamente la inscripción en el registro de afiliación. El cotizante activo y sus beneficiarios deberán presentarlo cuando requieran los servicios del ISBM.



**INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL  
PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD**



**HOJA DE IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ No. DE AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_

SEXO: M  F  EDAD: DÍAS \_\_\_\_ MESES \_\_\_\_ AÑOS \_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

URBANO  RURAL

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PADRE:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ No. DE AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_ COTIZANTE:  ESPOSO O COMPAÑERO DE VIDA:  PROFESIÓN U OFICIO: \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA MADRE:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ No. DE AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_ COTIZANTE:  ESPOSA O COMPAÑERA DE VIDA:  PROFESIÓN U OFICIO: \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DÍA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ SELLO

INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL  
PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD



CONSULTA MÉDICA 1ra. VEZ  
HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ No. DE AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA DE CONSULTA: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_Kg. TALLA: \_\_\_\_cm. AL NACER INMUNIZACIONES: SI  NO  COMPLETO  INCOMPLETO

ANOTAR LA HISTORIA EN EL ORDEN SIGUIENTE: 1. Estado Actual. 2. Antecedentes Personales.

3. Antecedentes Familiares. 4. Examen Físico. 5: Impresión Diagnóstica. 6. Estado Nutricional.

7. Exámenes Solicitados. 8. Indicaciones. 9. Medicamentos. 10. Nombre, Firma y Sello del Médico.

Temp.: \_\_\_\_°C Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ cm. F.C. \_\_\_\_ p/m F.R. \_\_\_\_ r/m P.C. \_\_\_\_\_

CONSULTA POR: \_\_\_\_\_

Multiple horizontal lines for writing the clinical history.



**ATENCIÓN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**  
**HOJA DE CONSULTA DE 1ª VEZ.**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ No. DE AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA DE CONSULTA: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ al nacer

Antecedentes Obstétricos: Parto N° \_\_\_\_\_ Nacido a Término: \_\_\_\_\_ Parto Hogar: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Cef: \_\_\_\_\_ Pod: \_\_\_\_\_ Vaginal: \_\_\_\_\_ Cesárea: \_\_\_\_\_ Complicaciones: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

Alimentación al seno materno: \_\_\_\_\_ durante: \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ Alimentación artificial: \_\_\_\_\_

Leche maternizada: \_\_\_\_\_ Entera: \_\_\_\_\_ Otros alimentos: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido patología previa?: \_\_\_\_\_

**EXAMEN FÍSICO:**

Peso: \_\_\_\_\_ Tala: \_\_\_\_\_ Per. Cef.: \_\_\_\_\_ Temp.: \_\_\_\_\_ °C

Apariencia personal: \_\_\_\_\_

Fontanelas: \_\_\_\_\_ Ojos: \_\_\_\_\_ Oído: \_\_\_\_\_

Fosas Nasales: \_\_\_\_\_ Boca: \_\_\_\_\_ Cuello: \_\_\_\_\_

Tórax: \_\_\_\_\_ Abdomen: \_\_\_\_\_ Extremidades: \_\_\_\_\_

Desarrollo Psicomotor: \_\_\_\_\_

Impresión Dx: \_\_\_\_\_ Evaluación del riesgo: \_\_\_\_\_

Indicaciones: \_\_\_\_\_

Educación: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Fecha próximo control: \_\_\_\_\_ F. \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**  
**HOJA DE CONSULTA SUBSECUENTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ No. DE AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA DE CONSULTA: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Tala: \_\_\_\_\_ Temp.: \_\_\_\_\_ °C.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

\_\_\_\_\_

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL:

\_\_\_\_\_

VACUNACIÓN: \_\_\_\_\_

ALIMENTACIÓN ACTUAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Examen físico: \_\_\_\_\_

Perímetro Cefálico: \_\_\_\_\_ cms. Evaluación PC: \_\_\_\_\_

Fontanelas: \_\_\_\_\_ Suturas: \_\_\_\_\_

Ojos: \_\_\_\_\_ Fosas nasales: \_\_\_\_\_

Dientes: \_\_\_\_\_ Amígdalas: \_\_\_\_\_

Pulmones: \_\_\_\_\_ Tórax: \_\_\_\_\_

Cardiovascular: \_\_\_\_\_ Abdomen: \_\_\_\_\_

Genitales: \_\_\_\_\_ Extremidades: \_\_\_\_\_

Desarrollo Psicomotor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Impresión Dx: \_\_\_\_\_

Indicaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Educación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Fecha próximo control: \_\_\_\_\_ F. \_\_\_\_\_

**EXÁMENES DE LABORATORIO**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ No. DE AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_  
(Apellidos Paterno, Materno y Nombres)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

NOTA: A esta hoja deben adherirse los diferentes informes  
De Laboratorio Clínico.

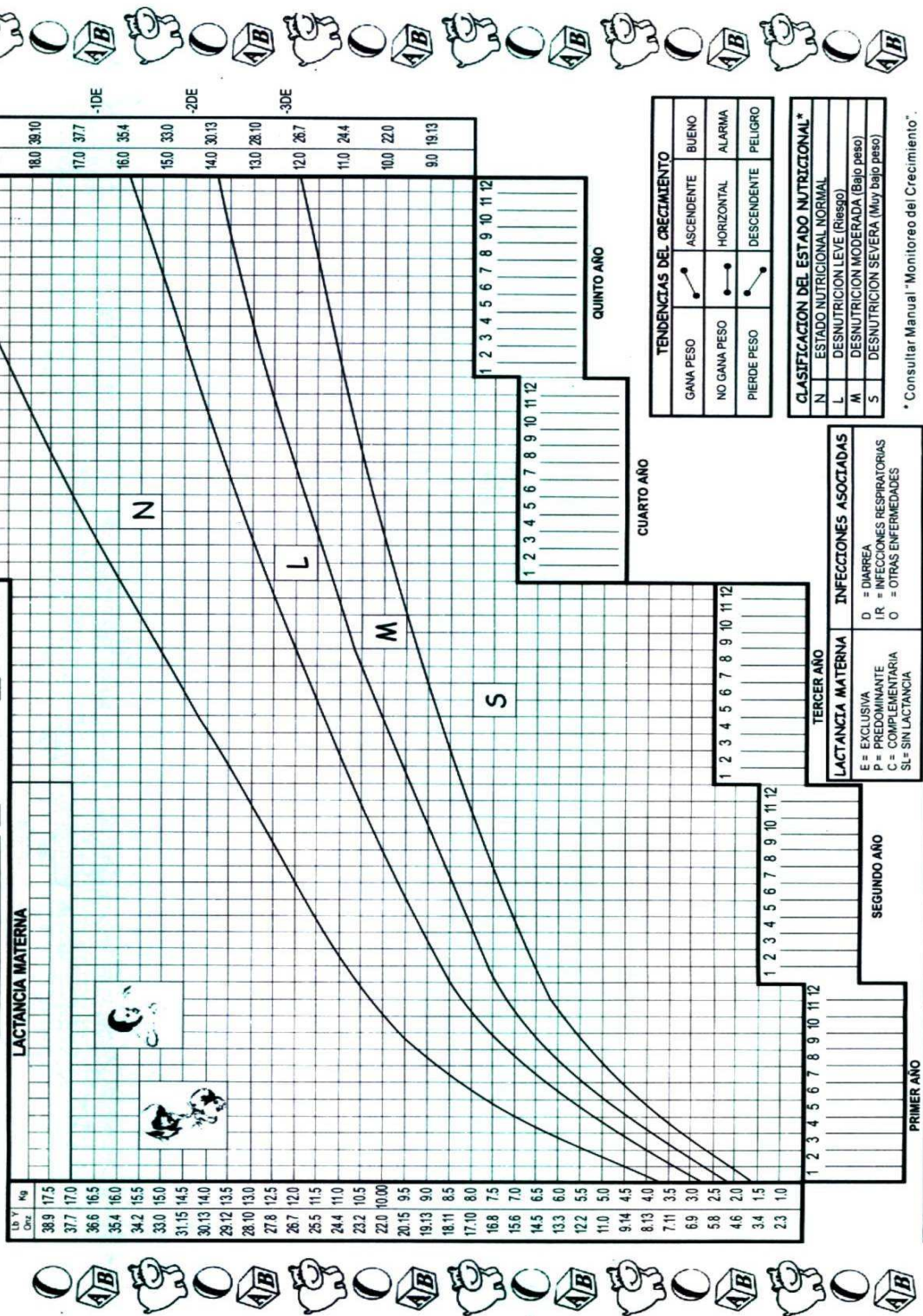
El primer informe debe pegarse en la última línea  
Los informes deberán colocarse por orden de fechas.





### GRAFICA DE CRECIMIENTO • PESO/EDAD NINAS MENORES DE 5 AÑOS

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N° de Expediente: \_\_\_\_\_  
 Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Prematuro  De Término



Referencias: Desviaciones Standard - Población de Referencia del N. C. H. S. El Salvador, C.A. 1999

Aprobado por el Consejo Directivo, sesión ordinaria celebrada en la ciudad de San Salvador, el día quince de agosto de 2016, Punto OCHO del Acta Número CIENTO DIECISIETE,

NOMBRE: \_\_\_\_\_ No. DE AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_



## Esquema Nacional de Vacunación El Salvador 2014







INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL  
PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD

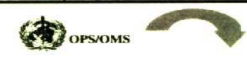


● Este color significa ALERTA

El color amarillo no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas

CLAP/OMS CARNET PERINATAL										FECHA DE NACIMIENTO			RAZA		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		CONTROL PRENATAL EN														
NOMBRE										día mes año			blanca indígena meziza negra otra		ninguno primaria secundaria univ. o mayor nivel		casada estable soltera otro		PARTO EN		NUMERO IDENTID														
DOMICILIO										EDAD (años)																									
LOCALIDAD																																			
TELEF.																																			
ANTECEDENTES										gestas previas			abortos		vaginales		nacidos vivos		viven		FIN EMBARAZO ANTERIOR														
FAMILIARES					PERSONALES					ULTIMO PREVIO			3 espont. consecutivos		partos		cesáreas		nacidos muertos		muertos 1a sem.		después 1a sem.												
TBC					diabetes					< 2500g			> 4500g		preclampsia-eclampsia		cesareas																		
hipertensión					cardiop/retrop					cond. medica grave																									
preclampsia					eclampsia					otras																									
GESTACION ACTUAL										PESO ANTERIOR			TALLA (cm)		FUM		EG CONFIABLE por FUM		MOVIM. FETALES		FUMA		ALCOHOL		DROGAS		ANTITETANICA		ANTIRRUBEOLA		EX. NORMAL				
dia mes año										Kg			1		FPP		< 20s.		dia mes		si no		no si		no si		vigente si no		previa no sabe		sí no				
BACTERIURIA										GRUPO Rh		PAPANICOLAOU		VIH		VDRL/RPR		SIFILIS		VDRL/RPR		Hb < 20 sem		Fe/FOLATOS		Hb ≥ 20 sem		ESTREPTOCOCCO B		PELVIANA					
+ no se hizo										Sensibil.		no se hizo		si no		no si hizo		no si hizo		< 11.0g		si no		< 11.0g		no si hizo		si no n/c							
dia mes edad gest.										peso		P A		altura uterina		presen-fación		latidos fetales		movim. fetales		signos de alarma, exámenes, tratamientos										proxima cita		responsable	
1																																			
2																																			
3																																			
4																																			
5																																			
6																																			
7																																			
PARTO ABORTO										CONSULTAS PRENATALES		HOSPITALIZ en EMBARAZO		CORTICOIDES ANTENATALES		INICIO		RUPTURA MEMBRANAS ANTEPARTO		EDAD GEST. al parto		tamaño fetal acorde		PRESENT.											
fecha de ingreso										total		dias		Ciclo unico completo		espontáneo		dia mes año		por FUM		cefálica													
dia mes año										si no		multiples		ninguna		inducido		hora min.		semanas dias		pelviana													
ninguna										HTA previa		diabetes		corioamnionitis		1er. trim.		infección puerperal		no si		transversaria													
HTA inducida										embarazo		otras cond.		infec. urinaria		2do. trim.		codigo																	
preclampsia										eclampsia		Ruptura Prematura de Membranas		amenia		3er. trim.																			
cardiop/retrop																																			
NACIMIENTO VIVO										hora min		dia mes año		MULTIPLE		espart.		cesárea		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO		INDUC. OPER.													
momento										parto		ignora		m=unico		fórcps		vacuum		codigo															
acompañante										POSICION PARTO		DESGARRO		OCITOCICOS		PLACENTA		LIGADURA CORDON		MEDICACION RECIBIDA		analisis		anest.gral.		transfusión									
pareja										sentada cuclillas acostada		Grado		prealumr		completa		< 30s		30s-1m		no		no		no									
familiar										ninguno		1 2 3		si no		retardada		no		> 1m		si		si		si									
SEXO										PER CEFALICO		EG CONFIABLE		PESO E.G.		APGAR		REANIMACION		FALLECE en SALA de PARTO		PARTO		NEONATO		PUERPERIO									
f m										cm		sem dias		adec		1er. min		O2		si no		PARTO		Hora min		T°C									
definido										menor 2500g		FUM ECO		peq		5to.		mascar		si no		PARTO		pulsos		PA									
DEFECTOS CONGENITOS										LONGITUD		ESTIMADA		no se hizo		no		no		REFERIDO		otro hosp.		NEONATO		invol.uter.		loquios							
menor										cm		Fórmula		no se hizo		no		otro hosp.		otro hosp.		Codigo													
mayor																																			
ENFERMEDADES																																			
NOTAS																																			
EGRESO RN										EDAD		LACTANCIA		PESO AL EGRESO (g)		EGRESO MATERNO		ANTIRRUBEOLA POST PARTO		ANTICONCEPCION		REFERIDA POSTPARTO		Responsable											
vivo										dias completos		exclusiva		dia mes		viva		vigente		no se informa		REFERIDA POSTPARTO													
fallece										< 1 dia		parcial		dia mes		fallece		si		referida		si no													
fallece												fórmula				fallece		no		hormonal															
NUMERO IDENTID										Nombre Recien nacido		Responsable		Responsable		Responsable		Responsable		Responsable															

Patrones de altura uterina e incremento de peso materno según edad gestacional. Una vez conocida la edad gestacional, se ubica en la gráfica y se comparan los valores obtenidos con los centiles (P10, P25 y P90) graficados.















## RECETA

Anexo No. 6

Formato de receta:

- A. La receta para medicamentos, la cual será usada para fármacos del grupo "A" y "B" en el ángulo superior izquierdo de la receta se marcará con una "X", las opciones; receta médica o receta médica repetitiva
- B. La receta de psicotrópicos; contiene un original y copia.

### Llenado de recetas:

**Debe tenerse presente que el llenado de los datos que deben ser escritos por el médico en el sistema informático de registros médicos diseñado, son los siguientes: la prescripción del medicamento con nombre genérico, presentación, vía de administración, dosis, cantidad y código del medicamento;**

- **Código del municipio:** Es este se escribirá el código del municipio, el cual será, proporcionado por el ISBM.
- **Nombre del usuario:** escribirá el nombre del usuario tal como aparece en el carné de afiliación.
- **Número de afiliación:** escribirá el número de afiliación descrito en el carné de del usuario.
- **Espacio en blanco:** El médico escribirá el nombre genérico del medicamento, composición y presentación de acuerdo al cuadro básico de medicamentos, además la cantidad prescrita y su dosificación, respetando las cantidades máximas de cada medicamento descritas en el mismo así como el nivel de uso, caso contrario deberán justificarse en el reverso.
- **Código del Medicamento:** Se pondrá el código según Cuadro Básico de Medicamentos vigente.
- **Cantidad Prescrita en Letras:** En este espacio escribirá la cantidad de medicamentos prescrita en letras.

**Fecha de emisión:** se consignara la fecha con día, mes y año en que se brinda la consulta

- **F. (Dr.)** El médico firmará receta de acuerdo a la firma registrada en Documento Único de Identidad ISBM.
- **Nombre y Sello:** En este espacio el médico colocara su nombre, además colocara el sello respectivo. El sello que utilizara según modelo registrado en la Junta de Vigilancia de la Profesión Correspondiente.

**Está prohibido:**

- **Recetas sin fechas.**
- **Recetas con enmendaduras y/o borrones, uso de correctores.**
- **Extensión de recetas que no sean resultado de una consulta con un médico contratado por ISBM.**
- **Extensión de recetas por complacencia del usuario.**

- **En el apartado uso exclusivo farmacia: este espacio no deberá de ser manchado** por ninguna razón por el médico ni el usuario ya que solo la farmacia puede llenarlo, y el usuario solo firmara en el momento que recibe el medicamento.

- Validez de la receta: se refiere al período de validez de la receta desde su extensión hasta tres días a partir de la fecha de emisión, para recetas despachadas en farmacias y cinco días en los botiquines magisteriales, exceptuando las recetas médicas (medicamento agudo) que tendrán vigencia de tres días.

**Mes indicado: Solo para recetas medica repetitiva, en la cual se escribirá el mes indicado que será despachada según la fecha de emisión (ejemplo: Fecha de emisión 20 de febrero 2015 para las tres recetas, la primer receta será despachada el 20 de febrero; la segunda 20 de marzo y la tercera 20 de abril)**

**En recetas de psicotrópicos** (controlados) se deberán de firmar y sellar en original las dos hojas y el sello que se utilizara será el sello personal del médico de acuerdo al modelo dado por la Junta de Vigilancia para la Profesión Médica (JVPM)


	CÓDIGO MUNICIPIO <input type="text"/>	<b>Nº 02000719</b>	<b>ISBM</b> INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL
RECETA MÉDICA <input type="checkbox"/>	No. DE AFILIACIÓN <input type="text"/>		
RECETA MÉDICA REPETITIVA <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
NOMBRES		1er. APELLIDO	2do. APELLIDO
CÓDIGO DEL MEDICAMENTO <input type="text"/>	F.(Dr.) _____		
CANTIDAD PRESCRITA EN LETRAS <input type="text"/>	NOMBRE Y SELLO: _____		
MES INDICADO <input type="text"/>	FECHA DE EMISIÓN: _____		
<b>USO EXCLUSIVO PARA FARMACIA</b>			
CÓDIGO DE FARMACIA <input type="text"/>	CÓDIGO DEL MEDICAMENTO <input type="text"/>	UNIDADES DESPACHADAS <input type="text"/>	
NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EN CASO DE NO SER EL TITULAR			
NOMBRES		1er. APELLIDO	2do. APELLIDO
DUI <input type="text"/>	FECHA DE DESPACHO <input type="text"/>	FIRMA DE RECIBIDO <input type="text"/>	
<small>DESPACHO EN FARMACIA: VALIDA POR 3 (TRES) DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EMISIÓN                  DESPACHO EN BOTIQUÍN MAGISTERIAL: VALIDA POR 8 (OCHO) DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EMISIÓN</small>			
No. AFILIACIÓN: <input type="text"/>	<b>Nº 02000719</b>		
NOMBRE: <input type="text"/>	FECHA: <input type="text"/>		
<b>ISBM</b>			


Aprobado por el Consejo Directivo, sesión ordinaria celebrada en la ciudad de San Salvador, el día quince de agosto de 2016, Punto OCHO del Acta Número CIENTO DIECISIETE,

Art. 21.- Toda receta deberá contener en letra legible, como mínimo los siguientes datos: Los datos de identificación del prescriptor y del paciente;

- b) El medicamento de elección del facultativo;
- c) El nombre genérico del principio activo;
- d) Presentación;
- e) Dosis con detalle de la concentración del medicamento;
- f) Vía de administración;
- g) Días de tratamiento y cantidad prescrita en números; y
- h) Lugar, fecha, firma y sello del prescriptor.

Norma Técnica Administrativa de Policlínicos y Consultorios Magisteriales

	CÓDIGO MUNICIPIO <input type="checkbox"/>	Nº 0000002	<b>ISBM</b> INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL
RECETA PSICOTRÓPICO <input type="checkbox"/>	No. DE AFILIACIÓN <input type="text"/>		
NOMBRES		1er. APELLIDO	2do. APELLIDO
CÓDIGO DEL MEDICAMENTO	F.(Dr.) _____		
CANTIDAD PRESCRITA EN LETRAS	NOMBRE Y SELLO: _____		
MES INDICADO	FECHA DE EMISIÓN: _____		
<b>USO EXCLUSIVO PARA FARMACIA</b>			
CÓDIGO DE FARMACIA	CÓDIGO DEL MEDICAMENTO	UNIDADES DESPACHADAS	
NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EN CASO DE NO SER EL TITULAR			
NOMBRES		1er. APELLIDO	2do. APELLIDO
DUI	FECHA DE DESPACHO	FIRMA DE RECIBIDO	
<small>DESPACHO EN FARMACIA: VALIDA POR 3 (TRES) DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EMISIÓN                  DESPACHO EN BOTIQUÍN MAGISTERIAL: VALIDA POR 8 (OCHO) DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EMISIÓN</small>			
No. AFILIACIÓN:	Nº 0000002		
NOMBRE:	FECHA:		
<b>ISBM</b>			

	CÓDIGO MUNICIPIO <input type="checkbox"/>	Nº 0000002	<b>ISBM</b> INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL
COPIA RECETA PSICOTRÓPICO <input type="checkbox"/>	No. DE AFILIACIÓN <input type="text"/>		
NOMBRES		1er. APELLIDO	2do. APELLIDO
CÓDIGO DEL MEDICAMENTO	F.(Dr.) _____		
CANTIDAD PRESCRITA EN LETRAS	NOMBRE Y SELLO: _____		
MES INDICADO	FECHA DE EMISIÓN: _____		
<b>USO EXCLUSIVO PARA FARMACIA</b>			
CÓDIGO DE FARMACIA	CÓDIGO DEL MEDICAMENTO	UNIDADES DESPACHADAS	
NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EN CASO DE NO SER EL TITULAR			
NOMBRES		1er. APELLIDO	2do. APELLIDO
DUI	FECHA DE DESPACHO	FIRMA DE RECIBIDO	
<small>DESPACHO EN FARMACIA: VALIDA POR 3 (TRES) DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EMISIÓN                  DESPACHO EN BOTIQUÍN MAGISTERIAL: VALIDA POR 8 (OCHO) DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EMISIÓN</small>			
No. AFILIACIÓN:	Nº 0000002		
NOMBRE:	FECHA:		
<b>ISBM</b>			

## CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS

El cuadro contiene medicamentos del grupo “A”, los cuales son despachados en farmacias proveedoras del ISBM (privadas, de la red de farmacias CEFAFA y otras con las con las que el ISBM tuviere convenios vigentes) y medicamentos del grupo “B” para ser despachado en botiquines magisteriales.

Descripción de los encabezados de columna:

**No.:** Se refiere al número correlativo del medicamento.

**Código:** Cada medicamento se identifica por medio de un código que consta de 10 dígitos y su configuración está determinada por grupo y subgrupo establecido por el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

**Nombre Genérico:** Corresponde generalmente con la Denominación Común Internacional recomendada por la OMS.

**Composición:** Es la cantidad del principio activo que posee un medicamento y se expresa en: g = gramos, mg= miligramos, ml = mililitros, mcg= microgramos, etc.

**Presentación:** Tipo de envase según su volumen o número de unidades del producto farmacéutico que contiene. Ejemplo: frasco, blíster, sobres, ampolla.

**Nivel de uso:** Se definen las especialidades autorizadas para la prescripción, las cuales han sido establecidas según las indicaciones de uso aprobadas, tipo de medicamento, patología a tratar y lineamientos institucionales.

MM: para ser indicado inicialmente en los tratamientos de pacientes por médicos magisterial.

ME: para ser indicado inicialmente por especialistas y sub-especialistas.



ODONT: para ser indicado por odontólogos.

MM-ME-ODONT: indistintamente por cualquiera de ellos.

**Cantidad máxima a despachar:** Esta se refiere a la cantidad máxima de medicamento a prescribir en una receta por cada mes, basada en los esquemas terapéuticos recomendados en las enfermedades de mayor frecuencia.

La División de Servicios de Salud, notificará a más tardar 3 días hábiles anteriores al inicio del nuevo año, del Cuadro Básico de Medicamentos y Servicios aprobado por el Consejo Directivo. Además indicará el Nivel de Uso y Cantidad Máxima de Medicamentos autorizada por la Sub Dirección de Salud.

A continuación se presenta ejemplo del cuadro básico de medicamentos:



**INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL**

**PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD  
CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS 2016  
GRUPO "A"**

No.	CÓDIGO MEDICAMENTO	NOMBRE GENERICO	COMPOSICIÓN	PRESENTACIÓN	NIVEL DE USO	CANTIDAD MAXIMA	CRONICO / AGUDO
1	03-02003-000	AMIKACINA SULFATO	Frasco de 100 mg/2 ml.	Frasco Vial de 2 ml.	INTERNISTA, CIRUJANO PEDIATRA, PEDIATRA Y NEFROLOGO	14 Frascos	AGUDO
2	03-03007-000	CLOTRIMAZOL	Gotas Oticas al 1%	Frasco Gotero de 10 - 20 ml	OTORRINO	1 Frasco	AGUDO
3	01-02002-000	COLCHICINA	Tableta de 0.5 mg	Blíster con Tabletas	REUMATOLOGO, INTERNISTA, GASTROENTEROLOGO, DERMATOLOGO Y NEFROLOGO	30 Tabletas	AGUDO O CRONICO
4	01-01033-000	DICLOFENACO SODICO	Colirio Sol. Oftálmica al 0.1%	Frasco Gotero 5-15 ml	OFTALMOLOGO	1 Frasco	AGUDO

Aprobado por el Consejo Directivo, sesión ordinaria celebrada en la ciudad de San Salvador, el día quince de agosto de 2016, Punto OCHO del Acta Número CIENTO DIECISIETE,



**INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL**

**PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD**

**CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS 2016**

**GRUPO "B"**

No.	CÓDIGO MEDICAMENTO	NOMBRE GENÉRICO	COMPOSICIÓN	PRESENTACIÓN	NIVEL DE USO	CANTIDAD MAXIMA	CRONICO / AGUDO
1	03-05005-000	ACICLOVIR	Susp de 200 mg /5 ml	Frasco de 125 ml	MM-ME-ODONT	1 Frasco	AGUDO
2	01-01005-000	ACIDO ACETIL SALICILICO	Tableta de 100 mg	Blistar con Tabletas	MM-ME	30 Tabletas	CRONICO
3	02-01001-000	ACIDO VALPROICO SAL SODICA	Solución de 200 mg/ml	Frasco de 40 ml	INTERNISTA, NEUROLOGO, NEUROCIRUJANO, PEDIATRA, PSIQUIATRA	4 Frascos	CRONICO
4	02-01002-000	ACIDO VALPROICO SAL SODICA	Tableta de 500 mg	Blistar con Tabletas	INTERNISTA, NEUROLOGO, NEUROCIRUJANO, PEDIATRA, PSIQUIATRA	100 Tabletas	CRONICO

Aprobado por el Consejo Directivo, sesión ordinaria celebrada en la ciudad de San Salvador, el día quince de agosto de 2016, Punto OCHO del Acta Número CIENTO DIECISIETE,



## Anexo 8

### **BOLETAS PARA EXÁMENES LABORATORIO CLÍNICO, CLÍNICA RADIOLÓGICA E IMÁGENES, ELECTRODIAGNOSTICO Y PATOLOGICO**

El ISBM, proveerá a los Médicos Magisteriales, Especialistas, Sub-Especialistas, Odontólogos y Maxilofacial, las boletas respectivas y los laboratorios solo podrán realizar los exámenes que le hayan sido adjudicados.

El llenado de la boleta con los datos generales del usuario sin dejar ningún espacio en blanco, la cantidad de exámenes indicados será llenado de carácter obligatorio de puño y letra por el médico, el cual deberá escribir la cantidad de exámenes indicados en números y en letras, además deberá firmarla y sellarla. Se deberá llevar la fecha en la que fue emitida.

Los exámenes indicados deberán de ser señalados con un cheque (√).

La parte inferior de la boleta es exclusivo del laboratorio en donde se realizan los exámenes; el laboratorio pondrá el nombre del laboratorio, la fecha y el sello hasta el momento que se realizan los exámenes indicados. Cuando por la patología estos excedan de cuatro exámenes tendrán que ser justificados técnicamente al reverso de la boleta.



**INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL**  
**PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD**  
**FORMULARIO PARA EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO**

Nombre del médico remitente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_

Nº. De afiliación: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha que se indican los exámenes: \_\_\_\_\_

Numero de exámenes indicados (en letras): \_\_\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_

RENGLÓN	NOMBRE DEL EXAMEN
1	Hemograma
2	Leucograma
3	Hematocrito y hemoglobina
4	Plaquetas
5	Tiempo parcial de tromboplastina
6	Tiempo y valor de protombina
7	Gota gruesa
8	Tiempo y Rh
9	V.D.R.L. (Específico)
10	H.I.V.
11	Antiestreptolisina O
12	Prueba de embarazo en sangre
13	Prueba de embarazo en orina
14	Colesterol
15	Triglicéridos
16	HDL (recuento con reactivo)
17	LDL (recuento con reactivo)
18	Glicemia
19	Acido úrico
20	Creatinina
21	Nitrógeno uréico
22	Sodio
23	Cloro
24	Potasio
25	Transaminasa Glutámico Oxalacética.
26	Transaminasa Glutámico Pirúvica.
27	Bilirrubinas
28	Proteínas totales
29	Urocultivo
30	Cultivo faringeo
31	Baciloscopia
32	Coprocultivo
33	Directo no BAAR
34	Directo KOH
35	Examen General de Heces
36	Sangre Oculta en Heces
37	Azul de metileno en heces
38	Examen General de Orina

RENGLÓN	NOMBRE DEL EXAMEN
39	Eritrosedimentación
40	Frotis de sangre periférica
41	Fibrinógeno
42	Reticulocitos
43	Prueba de látex
44	Proteína C reactiva
45	Coombs Indirecto
46	Coombs directo
47	Curva de tolerancia a la glucosa 3 horas
48	Glucosa postprandial
49	Depuración de creatinina en orina de 24 horas
50	Curva de tolerancia a la glucosa 5 horas
51	Test de O Sullivan
52	Antígeno para Helicobacter pylori en heces
53	Concentrado Strout
54	Proteínas en Orina de 24 horas
55	Tiempo de trombina
56	Calcio
57	Amilasa
58	Cultivo nasal
59	Cultivo vaginal
60	Cultivo ótico
61	Directo de secreciones
62	Directo y Cultivo de Secreciones
63	Células L.E. en Latex
64	Toxoplasmosis IgM
65	Toxoplasmosis IgG
66	Fósforo
67	Magnesio
68	Fosfatasa ácida total y prostática
69	Fosfatasa alcalina
70	Hemoglobina Glicosilada
71	Anticuerpos para dengue IgG e IgM
72	Rotavirus
73	T 3
74	T 4
75	TSH

Nombre del laboratorio: \_\_\_\_\_ Fecha de realización de los exámenes: \_\_\_\_\_

Sello del laboratorio:

**Justificación Técnica del médico a partir del cuarto examen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ESTA BOLETA VENCE EN TRES MESES A PARTIR DE LA FECHA DE EMISIÓN

Sello del Médico

Firma: \_\_\_\_\_



**INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL**  
**PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD**  
**FORMULARIO PARA EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO**  
**USO PARA MÉDICOS ESPECIALISTAS Y SUB-ESPECIALISTAS**

Nombre del médico remitente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_

Nº. De afiliación: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha que se indican los exámenes: \_\_\_\_\_

Numero de exámenes indicados (en letras): \_\_\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_

RENGLÓN	NOMBRE DEL EXAMEN	
1	ANTIGENO PARA HEPATITIS B CUANTITATIVO	
2	ANTICUERPO (IgM) PARA HEPATITIS A CUANTITATIVO	
3	ANTICUERPO (IgM) PARA HEPATITIS C CUANTITATIVO	
4	WESTERN BLOTT H.I.V.	
5	FTA-ABS (ANTICUERPOS PARA TREPONEMA)	
6	HEMOCULTIVO	
7	CULTIVO PARA ACIDO RESISTENTE	
8	ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPÍDICOS	
9	PROLACTINA	
10	CORTISOL	
11	T4 LIBRE	
12	T3 LIBRE	
13	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES	
14	CA 125	
15	CA 15-3	
16	CA 19-9	
17	BETA GONADOTROPINA CORIONICA CUANTITATIVA	
18	NIVELES SERICOS DE INSULINA	

RENGLÓN	NOMBRE DEL EXAMEN	
19	CULTIVO DE HONGOS	
20	NIVELES DE FENOBARBITAL	
21	NIVELES DE CARBAMACEPINA	
22	NIVELES DE FENITOINA	
23	HORMONA DE CRECIMIENTO	
24	CULTIVO DE SEMEN	
25	NIVELES DE ACIDO VALPROICO	
26	IgM e IgG PARA CHAGAS	
27	NIVELES DE TIROGLOBULINAS	
28	ANTIGENO PROSTATICO LIBRE	
29	FSH	
30	LH	
31	ALFA FETOPROTEINAS	
32	NIVELES DE TESTOSTERONA	
33	ANTICOAGULANTE LUPICO	
34	ANTICUERPO ANTI CARDIOLIPINAS	
35	ELECTROLITOS EN ORINA (Na, Cl y K)	
36	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO CUANTITATIVO	

Justificación Técnica del médico para indicar el o los exámenes: \_\_\_\_\_

Observaciones: Autorizado  Observado: \_\_\_\_\_ No Autorizado

Nombre del médico que autoriza: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Sello del Médico: \_\_\_\_\_

Nombre del laboratorio: \_\_\_\_\_ Fecha de realización de los exámenes: \_\_\_\_\_

Sello del laboratorio: \_\_\_\_\_

ESTA BOLETA VENCE EN TRES MESES A PARTIR DE LA FECHA DE EMISIÓN



**INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL**  
**PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD**  
**FORMULARIO PARA EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO**  
**USO PARA LABORATORIO INSTITUCIONAL**

Nombre del médico remitente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Sello:

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_

Nº. De afiliación: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha que se indican los exámenes: \_\_\_\_\_

Numero de exámenes indicados (en letras): \_\_\_\_\_.

Diagnostico: \_\_\_\_\_

REGLÓN	NOMBRE DEL EXAMEN	
<b>QUÍMICA CLÍNICA</b>		
1	Glucosa	
2	Colesterol	
3	Triglicéridos	
4	HDL Colesterol	
5	LDL Colesterol	
6	Creatinina	
7	Nitrógeno uréico	
8	Acido úrico	
9	Transaminasa Glutámico Piruvica.	
10	Transaminasa Glutámico Oxaloacética.	
11	Fosfatasa alcalina	
12	Albumina	
13	Proteinas totales	
14	Amilasa	
15	Bilirubina Directa	
16	Bilirubina Total	
17	Magnesio	
18	Fósforo	
19	Cloro	
20	Potasio	
21	Sodio	
22	Calcio	
23	Hemoglobina Glicosilada	
24	Curva de tolerancia a la glucosa	
<b>HEMATOLOGÍA</b>		
25	Hematocrito y hemoglobina	
26	Hemograma	
27	Plaquetas	

REGLÓN	NOMBRE DEL EXAMEN	
<b>PRUEBAS RÁPIDAS</b>		
28	Sangre Oculta en Heces	
29	Prueba de embarazo en sangre	
30	H.I.V.	
31	Anticuerpos para dengue IgG e IgM (Cualitativo)	
32	PSA (Cualitativo)	
33	Antígeno para Helicobacter pylori en heces	
34	Hemoglucoest	
<b>SEROLOGIA</b>		
35	Tipeo y Rh	
36	Antígenos Febriles	
37	RPR	
38	Antiestreptolisina O	
39	Proteína C reactiva	
<b>COMBÚR TEST (UROANÁLISIS)</b>		
1	Glucosa	
2	Proteinas	
3	pH	
4	Densidad Específica	
5	Cuerpos Cetónicos	
6	Nitritos	
7	Leucocitos	
8	Sangre Oculta en Orina	
9	Urobilinógeno	
10	Bilirubina	

Justificación Técnica del médico a partir del cuarto examen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fecha de realización de los exámenes: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre Licdo. (a): \_\_\_\_\_

Sello del Médico

Sello:

ESTA BOLETA VENCE EN TRES MESES A  
 PARTIR DE LA FECHA DE EMISIÓN



**INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL**  
**PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD**  
**FORMULARIO PARA EXÁMENES DE LABORATORIO RADIOLÓGICO**

Nombre del médico remitente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_  
 Nombre Paciente: \_\_\_\_\_  
 Nº. De afiliación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha que se indican los exámenes: \_\_\_\_\_  
 Número de exámenes indicados (en letras): \_\_\_\_\_

RANGO	NOMBRE DEL EXÁMEN		RANGO	NOMBRE DEL EXÁMEN
1	COLUMNA CERVICAL A.P. Y LATERAL		38	ODOO A.P. Y LATERAL
2	COLUMNA CERVICAL CON OBLICUAS		39	HOMBRO A.P. Y LATERAL
3	COLUMNA CERVICAL A.P. LATERAL, FLEXION Y EXTENSION		40	HOMBRO A.P. Y LATERAL
4	COLUMNA DORSAL A.P. Y LATERAL		41	CLAVICULA A.P.
5	COLUMNA LUMBAR A.P. Y LATERAL		42	CAJERA A.P. Y LATERAL
6	COLUMNA LUMBO SACRA CON OBLICUAS		43	FÉMUR A.P. Y LATERAL
7	SACRO COXIS A.P. Y LATERAL		44	RODILLA A.P. Y LATERAL
8	LUMBAR CON OBLICUAS		45	PIERNA A.P. Y LATERAL
9	ABDOMEN SIMPLE		46	TOBILLO A.P. Y LATERAL
10	ABDOMEN AGUDO (3 PLACAS)		47	PIE A.P. Y OBLICUA
11	TRAYE A.P.		48	HOMBRO A.P.
12	TUBO DIGESTIVO SUPERIOR (ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUDENO)		49	CALCANEO BILATERAL
13	ESOFAGOGRAMA		50	CRÁNEO A.P. Y LATERAL OCCIPITAL
14	TRAYE INTESTINAL (INTESTINO DELGADO)		51	MASTOIDES (2 VISTAS BILATERALES)
15	COLON POR BARIUM		52	SEÑOS PANORAMIALES
16	VENOGRAFIA MIEMBRO SUPERIOR CADA UNO		53	AGUJEROS OPTICOS
17	VENOGRAFIA MIEMBRO INFERIOR CADA UNO		54	CARA WATERS Y LATERAL
18	BIALOGRAFIA		55	MAXILARES INFERIORES Y OBLICUAS
19	COLECISTOGRAFIA ORAL		56	HUESOS NASALES
20	PIELOGRAMA I.V.		57	ARTICULACIÓN (SIMPLE BILATERAL)
21	PIELOGRAMA POR INFUSION O SECUENCIA RAPIDA		58	ORBITAS
22	PIELOGRAMA RETROGRADO O ASCENDENTE		59	CONDUCTOS AUDITIVOS INTERCOS
23	RETULOGRAFIA		60	TORAX A.P.
24	CISTOGRAFIA O CISTOGRAFIA		61	TORAX A.P. Y LATERAL
25	URETEROGRAFIA O URETROGRAFIA		62	TORAX P.A.
26	SERIES CARDIACAS		63	ESTERNO A.P. Y LATERAL
27	CISTOURETROGRAFIA		64	COSTILLA A.P.
28	MANO A.P. Y OBLICUAS		65	COSTILLA AP Y OBLICUA
29	MUÑECA A.P. Y LATERAL		66	MAMOGRAFIA BILATERAL
30	ANTEBRAZO A.P. Y LATERAL		67	ULTRASONOGRAFIA TRANSFRONTALAR

RESUMEN CLÍNICO ORIENTADOR POR LO QUE SE INDICA EL EXÁMEN: \_\_\_\_\_

Nombre del laboratorio: \_\_\_\_\_ Fecha de realización de los exámenes: \_\_\_\_\_  
 Sello del laboratorio: \_\_\_\_\_ Justificación Técnica del médico a partir del cuarto exámen: \_\_\_\_\_

ESTA BOLETA VENCE EN TRES MESES A PARTIR DE LA FECHA DE EMISION

Sello del Médico: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Norma Técnica Administrativa de Policlínicos y Consultorios Magisteriales  
**INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL**  
**PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD**

**FORMULARIO PARA SOLICITUD DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO**

NOMBRE PACIENTE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

No. DE AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OPERACIÓN PRACTICADA: \_\_\_\_\_

MUESTRA REMITIDA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE MUESTRAS REMITIDAS: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO CLÍNICO: \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO REMITENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y SELLO DEL LABORATORIO: \_\_\_\_\_  
.....



**INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL**  
**PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD**

**FORMULARIO PARA SOLICITUD DE ESTUDIO CITOPATOLOGICO**

NOMBRE PACIENTE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

No. DE AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

CITOLOGÍA CERVICO-VAGINAL  VAGINAL  OTROS

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

DATOS CLÍNICOS:

FUR \_\_\_\_\_ FPR \_\_\_\_\_ LACTANDO  ARIDAD

TERAPIA HORMONAL  RADIACIÓN  CRIOTERAPIA

CITOLOGÍAS PREVIAS: \_\_\_\_\_

OTROS DATOS QUE CONSIDERE DE INTERÉS PARA EL DIAGNOSTICO

CITOLÓGICO: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO CLÍNICO: \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO REMITENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y SELLO DEL LABORATORIO: \_\_\_\_\_

ESTA BOLETA VENCE EN TRES MESES A PARTIR DE LA FECHA DE EMISIÓN

Aprobado por el Consejo Directivo, sesión ordinaria celebrada en la ciudad de San Salvador, el día quince de agosto de 2016, Punto OCHO del Acta Número CIENTO DIECISIETE,

## FORMULARIO DE REFERENCIA Y RETORNO

El Médico de Magisterial a deberá completar toda la información que requiere el formato como se describe a continuación:

### “HOJA DE REFERENCIA”

1. Nombre del Médico Magisterial: Se escribirá el nombre completo del Médico Magisterial
2. que emite la referencia.
3. Sede del Médico Magisterial: Se escribirá el municipio y departamento del
4. Policlínico o Consultorio Magisterial que emite la referencia.
5. Teléfono del Policlínico o Consultorio Magisterial: Se escribirá el número de teléfono de
6. línea fija.
7. Referido a: Se escribirá la especialidad o subespecialidad a la que se envía al usuario
8. y no el nombre del especialista.
9. Fecha de Referencia: Se pondrá la Fecha que se emitió la referencia.
10. Fecha de recepción: Será llenado por el especialista, y escribirá la fecha en que
11. dio la consulta al usuario o usuaria.
12. Nombre del paciente: Se escribirá el nombre completo del paciente según carné
13. emitido
14. por el ISBM.
15. Edad: Se escribirá la Edad en años para pacientes adultos, en caso de niños menores
16. de un años se colocara los meses cumplidos, al momento de emitir la referencia.
17. No. Afiliación: Se escribirá en número del carné emitido por el ISBM, el cual podrá
18. variar al cambio por el nuevo carné, por ningún motivo será este causal de rechazo
19. de un paciente, en caso de duda consultar el Sistema de Registro de Expedientes
20. del Docente y su Grupo Familiar (SIREXPE).
21. Resumen de la Historia del Paciente: Se deberá escribir en forma resumida y
22. precisa la historia clínica, la justificación técnica médica y el diagnóstico clínico
23. presuntivo por el cual amerita el paciente la referencia, y por ningún motivo deberá
24. escribirse independientemente que se indicara por control subsiguiente la indicación
25. de paciente conocido o a requerimiento del especialista
26. Motivo de la Referencia: Se escribirá el motivo que justifique el control;

27. subsecuente, valorando la necesidad cuando este es a requerimiento del especialista
28. o sub especialista cuando se indique por control subsecuente se detallara que
29. número correlativo del control y cuando se ha completado el 4º. Control deberá
30. justificar la necesidad de la continuidad en los controles.
31. Datos Positivos de laboratorio y gabinete: Se deberá escribir los resultados positivos
32. de los exámenes recientes indicados.

#### “HOJA DE RETORNO”

- Nombre del Médico Especialista: se escribirá el nombre del Médico Especialista que efectuó la consulta o el control
- Teléfono del Médico Especialista: se escribirá el número de teléfono del consultorio del Médico especialista.
- Referencia de retorno para: se escribirá el nombre del Médico de Magisterial al cual se retorna al paciente.
- Fecha de retorno: fecha en la cual se retorna al paciente a su Médico Magisterial.
- Nombre de paciente: escribirá el nombre del paciente como aparece en carné.
- Edad: Escribirá la edad en años cuando se trate de adultos y en meses cuando se trate de menores de un año.
- No. Afiliación: Se escribirá en número del carné emitido por el ISBM, el cual podrá variar al cambio por el nuevo carné, por ningún motivo será este causal de rechazo de un paciente, en caso de duda consultar el SIREXPE.
- Fecha de recepción del retorno: la fecha en la cual el Médico de Magisterial recibe el retorno del paciente.
- Hora de recepción del retorno: se consignará la hora en que el Médico Magisterial recibe el retorno de parte del paciente.
- Diagnóstico: el Especialista consignara el diagnóstico resultado de su control.
- Resumen clínico: un resumen clínico que especifique la condición del paciente.
- Diagnóstico: Se escribirá el diagnostico indicado por el Médico Especialista, Sub-Especialista y Odontólogo.
- Plan de Manejo: en este apartado el especialista deberá consignar el plan de manejo terapéutico, procedimientos y otras medidas complementarias necesarias para el restablecimiento del paciente, el cual deberá incluir si ha prescrito recetas indicando el nombre genérico del producto, cantidad despachada evitando duplicar la cantidad prescrita del medicamento en el mismo período.
- Firma y sello del médico al pie de la referencia.

El Médico Magisterial deberá considerar para sus referencias, de acuerdo descrito en esta Norma Técnica.



**FORMULARIO "A"**

Este formulario se utilizara siempre que se soliciten procedimientos ambulatorios, como terapias respiratorias, fisioterapias y otros no contemplados en formularios descritos.

**Nombre de paciente:** escribirá el nombre del paciente como aparece en carné.

**Afiliación:** escribirá el número que aparece en el carné del usuario proporcionado por el ISBM.

**Edad:** escribirá la edad en años cuando se trate de adultos y en meses cuando se trate de menores de 1 año.

**Sexo:** escribirá "F" femenino y "M" masculino

**Fecha:** Consignara la fecha en que solicita el examen.

**Diagnóstico:** escribirá el diagnóstico principal.

**Resumen clínico:** escribirá un resumen clínico detallado del caso

**Procedimiento solicitado:** Consignará con un cheque el procedimiento que solicita

**Cantidad en número y letras:** describirá en números y letras la cantidad de procedimientos solicitados o indicados.

**Firma y sello del Médico solicitante:** estampará su sello y firma como aparece en su contrato.



**INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL  
PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD**

**FORMULARIO A**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Afiliación \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Diagnostico \_\_\_\_\_

Resumen Clínico \_\_\_\_\_

Procedimiento Solicitado: Terapia Respiratoria  Fisioterapia

Otros:  \_\_\_\_\_

Cantidad en número y letras \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Médico Solicitante \_\_\_\_\_

## **Anexo 11**

### **INCAPACIDADES MÉDICAS.**

Se utilizarán los formatos de certificado de incapacidad temporal definidos por el ISBM, los cuales contienen los siguientes apartados: Datos generales, tipo de incapacidad, riesgo, días extendidos, firma y sello del médico tratante.

Forma de llenado de las incapacidades:

**Datos generales:** En este apartado se escribirá en forma completa todos los datos que identifican al paciente.

**Tipo de incapacidad:**

**Inicial:** Cuando se extiende por primera vez por determinada patología.

**Prórroga:** En esta se describen dos apartados **primera y segunda**.

**Primera:** se chequeará cuando al paciente se le haya dado prórroga por primera vez por la misma patología.

**Segunda:** se chequeará cuando al paciente se le haya dado prórrogas por posteriores por la misma patología y por un periodo consecutivo, cuando se presenten periodos de laguna por fines de semana estos deberán ser cubiertos y razonados en el apartado de observaciones.

Toda incapacidad inicia desde el momento que el médico examina al paciente, **no se pueden extender incapacidades en forma retroactiva.**

**El Médico Magisterial puede otorgar un máximo de treinta días por incapacidad, de acuerdo a la patología, los cuales deberán estar debidamente justificados en el expediente clínico del usuario. En el caso que se necesite otorgar más tiempo, esta deberá ser presentada para ser analizada por el Médico de Regente, quien de ser conforme colocara el Vo. Bo.**

**RIESGO:** En este apartado se describen cinco rubros: enfermedad común, accidente común, maternidad, enfermedad profesional y accidente de trabajo.

El médico deberá de señalar con cheque (✓) en la casilla que corresponda de acuerdo a cada caso en particular.

**Diagnóstico:** deberá de escribirlo de acuerdo a lo descrito en el censo diario de atención **sin utilizar abreviaturas ó siglas.**

Enfermedad común:

Enfermedad profesional:

**Fecha de hospitalización:** En este apartado escribirá la fecha en que el paciente fue hospitalizado, cuando el caso lo amerite.

**Fecha de accidente:** En este apartado, si la incapacidad es generada por un accidente, escribirá la fecha en que ocurrió el mismo, debiendo definir si es un accidente común o de trabajo (Considerar los accidentes de trayecto o de itinerario)

**Fecha probable de parto:** En este apartado escribirá la fecha probable del parto, según la fecha de la última regla revisar si se tomara la incapacidad un mes antes y dos después o serán indicados desde la fecha del parto

**Días de incapacidad:** en este apartado escribirá en números y letras los días de incapacidad otorgados debiendo de escribir el inicio en el apartado desde y el final en el apartado hasta, tanto en los meses y en los días debiendo de consignar con (√) en el apartado donde corresponda.

**Observaciones:** En este apartado describirá si hubiese alguna aclaración respecto a la incapacidad.

**Firma y sello del médico tratante:** en este apartado escribirá de puño y letra la firma y el sello tal y como aparece registrado en su contrato.

**Visto bueno Médico del Médico Regente** Este apartado lo completará si es conforme con el número de días indicados de acuerdo a la patología y solo será necesario cuando la incapacidad supere los treinta días.

**Las incapacidades por maternidad** son por ciento doce días y podrán ser extendidas treinta días antes de la fecha probable del parto ó desde el día del nacimiento, totalizando ciento doce días , y será el médico tratante de acuerdo a su criterio en qué momento se la extiende. Estas incapacidades deberán de ser extendidas por el Médico especialista que realiza el control prenatal o el que atiende el parto.

**Tienen solamente derecho a extensión de incapacidades, el/la servidor público docente o activo, generada específicamente por una enfermedad, accidente o maternidad.**





**INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL  
PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD**

No. \_\_\_\_\_

**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL**

**DATOS GENERALES**

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE AFILIADO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN DONDE LABORA: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

**TIPO DE INCAPACIDAD**

INICIAL  PRORROGA  PRIMERA  SEGUNDA

**RIESGO**

ENFERMEDAD COMÚN  ENFERMEDAD PROFESIONAL

ACCIDENTE COMÚN  ACCIDENTE DE TRABAJO

MATERNIDAD

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

FECHA DE HOSPITALIZACIÓN: \_\_\_\_\_ FECHA DE ACCIDENTE: \_\_\_\_\_

FECHA PROBABLE DE PARTO: \_\_\_\_\_

DÍAS DE INCAPACIDAD (EN NÚMEROS Y LETRAS): \_\_\_\_\_

DESDE

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

HASTA

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

DESDE

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

HASTA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
F. Y SELLO MÉDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_  
VISTO BUENO MÉDICO DE MEDICO REGENTE

TODA INCAPACIDAD MAYOR DE TREINTA DÍAS NECESITA VISTO BUENO DEL MÉDICO REGENTE

\_\_\_\_\_  
Aprobado por el Consejo Directivo, sesión ordinaria celebrada en la ciudad de San Salvador, el día quince de agosto de 2016, Punto OCHO del Acta Número CIENTO DIECISIETE,

## FORMULARIO "D"

Anexo No. 12

**DESCRIPCIÓN:** Este formulario se utilizara siempre que se refiera al paciente al Médico Especialista

por una atención que no genere pago, tal como están contempladas en el formulario .Contiene dos apartados: una hoja de referencia y una hoja de retorno,

**Nombre del usuario:** se escribirá el nombre del usuario que es referido a otro nivel.

**Afiliación:** escribirá el número de afiliación tal y como aparece en su carné proporcionado por el ISBM, el cual podrá variar al cambio por el nuevo carné, por ningún motivo será este causal de rechazo de un paciente, en caso de duda consultar sistema informático.

**Edad:** escribirá la edad en años cuando se trate de adultos y en años y meses cuando se trate de menores de 6 años.

**Fecha:** se consignara la fecha en que es emitida la referencia.

**Diagnóstico:** se consignara el diagnostico con el cual el paciente fue retornado al Médico de familia en la hoja de retorno.

**Resumen clínico:** un resumen clínico breve del estado del paciente.

**Motivo de referencia:** se consignara con un cheque el motivo de referencia control con exámenes, control post quirúrgico, etc. Con un cheque, y si es por otra causa se especificara.

**Firma y Sello del Médico Solicitante:** el médico firmara y sellara al momento de emitir la referencia.

### Formato de retorno:

**Nombre del usuario:** se escribirá el nombre del usuario que es referido a otro nivel.

**Afiliación:** escribirá el número de afiliación tal y como aparece en su carné.

**Edad:** escribirá la edad en años cuando se trate de adultos y en años y meses cuando se trate de menores de 6 años.

**Fecha:** se consignara la fecha en que es emitida la referencia.

**Diagnóstico:** se consignara el diagnostico con el cual el paciente fue retornado al Médico Magisterial en la hoja de retorno.

**Resumen clínico:** un resumen clínico breve del estado del paciente.

**Plan de Manejo:** debe escribirse en forma clara las indicaciones de tratamiento para que el médico magisterial continúe administrando al paciente ambulatoriamente.



FORMULARIO D  
CORRELATIVO \_\_\_\_\_

**INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL  
PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD**

**HOJA DE CONTROL**

Nombre del Usuario \_\_\_\_\_ Afiliación \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Diagnostico \_\_\_\_\_

Resumen Clínico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Motivo de la Referencia: Control con exámenes  Control Posquirúrgico

Programación de Cirugía  Respuesta de Exámenes  Retiro de Puntos

Otros (especifique) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y Sello del Medico Solicitante \_\_\_\_\_

.....



FORMULARIO D  
CORRELATIVO \_\_\_\_\_

**INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL  
PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD**

**HOJA DE RETORNO**

Nombre del Usuario \_\_\_\_\_ Afiliación \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Diagnostico \_\_\_\_\_

Resumen Clínico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Plan de Manejo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y Sello del Medico Tratante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Aprobado por el Consejo Directivo, sesión ordinaria celebrada en la ciudad de San Salvador, el  
día quince de agosto de 2016, Punto OCHO del Acta Número CIENTO DIECISIETE,

## **BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS**

Anexo No. 13

El botiquín de primeros auxilios es un recurso básico para prestar un primer auxilio, ya que en él se encuentran los elementos indispensables para dar atención satisfactoria a víctimas de un accidente o enfermedad repentina y en muchos casos pueden ser decisivos para salvar vidas.

*"Su contenido cambia de acuerdo a las necesidades y adiestramiento de las personas que lo utilizan"*

### **Materiales:**

- Sobres de Gasa estéril
- Vendas de rollo de 2"
- Vendas triangulares (Charpas)
- Esparadrapo (Rollo).
- Férulas de madera para Brazo
- Apósitos (Compresas)
- Guantes desechables
- Torundas de gasa
- Jeringas
- Sobres con alcohol

### **Instrumentos:**

- Pinzas
- Tijeras
- Termómetro Oral
- Linterna
- Libreta y lápiz
- Lista de Teléfonos de Instituciones

### **MEDICAMENTOS:**

- Analgésicos: Acetaminofén, Ibuprofeno, Diclofenac
- Antihistamínicos. Clorfeniramina, Loratadina.
- Antiemético: Metoclopramida, Dimenhidrinato
- Antihipertensivos: Captopril, Nifedipina, Enalapril
- Otros: Adrenalina, Epinefrina

## FORMULARIO "C"

Anexo No. 14

Formulario Institucional utilizado para solicitar la autorización de exámenes especiales tanto ambulatorios, como para pacientes hospitalizados.

**Lugar y Fecha:** se escribe el lugar y la fecha donde ha sido atendido el paciente.

**Nombre del Paciente:** Nombre del paciente tal como se lee en el carné.

**Edad:** Edad del paciente en años si es mayor de 6 años y en años y meses si es menor de 6 años.

**Sexo:** se escribirá **F** para femenino y **M** para masculino.

**Número de Afiliación:** Número de afiliación tal como aparece en el carné.

**Diagnóstico:** Se escribirá el diagnóstico que justifique el examen solicitado.

**Examen Solicitado:** se escribirá con letra clara el nombre completo del examen solicitado, sin abreviaturas.

**Especialidad del Médico solicitante:** Se escribirá las especialidades del Médico de acuerdo a su contrato, dicha especialidad deberá estar acorde con la naturaleza del examen solicitado.

**Resumen clínico:** deberá contener los datos que justifiquen la realización del examen solicitado.

**Estudio previo que sustenta la solicitud del presente examen:** se utiliza para

---

Aprobado por el Consejo Directivo, sesión ordinaria celebrada en la ciudad de San Salvador, el día quince de agosto de 2016, Punto OCHO del Acta Número CIENTO DIECISIETE,

sustentar el diagnóstico del especialista que avala el examen a realizar, Y

**DEBERÁ DETALLARSE EL  
RESULTADO DE LOS EXÁMENES PREVIOS Y/O LA JUSTIFICACIÓN CLÍNICA  
DE LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN.**

**Que información espera obtener con este examen:** Debe describir brevemente el hallazgo esperado con el examen.

**Que espera ofrecer al paciente con el resultado de este examen:** Debe describir el aporte en la resolución del problema de salud del usuario con el estudio.

**Sello y firma del Médico solicitante:** será el Médico que solicita el examen el que firme y selle como responsable.

**Espacio exclusivo para el ISBM**

**Sello y firma del Médico que autoriza:** Estos se tramitaran en el Policlínico o Consultorio Magisterial del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

**Fecha:** se escribe la fecha en que es autorizado o denegado el examen.

**Laboratorio donde se realizara el examen solicitado:** en la oficina del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial se escribe el nombre del laboratorio al cual se refiere el paciente.

**Observaciones:** este espacio es utilizado tanto para el Médico tratante, como para Médico Regente del Policlínico o Consultorio Magisterial del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

**FORMULARIO C**



**INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL  
PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD**

**SOLICITUD PARA EXÁMENES QUE NECESITAN AUTORIZACIÓN**

AMBULATORIO  HOSPITALIZADO

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Usuario \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ No de Afiliación \_\_\_\_\_

Diagnostico \_\_\_\_\_

Examen solicitado \_\_\_\_\_

Especialidad del Médico solicitante \_\_\_\_\_

Resumen Clínico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estudio previo que sustentan la solicitud del presente examen. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Que información espera obtener con este examen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Que espera ofrecer al Pte. Con el resultado de este examen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sello y firma del Médico solicitante \_\_\_\_\_

-----

(Espacio exclusivo INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL)

Sello y firma del Médico que autoriza \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Laboratorio donde se realizara el examen solicitado \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aprobado por el Consejo Directivo, sesión ordinaria celebrada en la ciudad de San Salvador, el  
día quince de agosto de 2016, Punto OCHO del Acta Número CIENTO DIECISIETE,

\*RESONANCIA MAGNÉTICA  CENTELLOGRAMA  ANGIOTAC   
ANGIOGRAFIA SELECTIVA

Anexo No. 15

### FORMULARIO PARA EXAMENES DE PROGRAMAS INNOVADORES

**ISBM**  
INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL

**INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL  
PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD  
FORMULARIO PARA EXÁMENES DE PROGRAMAS INNOVADORES**

Nombre del médico remitente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_  
Nombre Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: F  - M   
Nº. De afiliación: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha que se indica el exámen: \_\_\_\_\_

REGLÓN	NOMBRE DEL EXAMEN	----
1	MAMOGRAFÍA BILATERAL	
1	ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA)	

Nombre del laboratorio: \_\_\_\_\_ Fecha de realización del exámen: \_\_\_\_\_  
Sello del laboratorio: \_\_\_\_\_

ESTA BOLETA VENCE EN DOS MESES A PARTIR DE LA FECHA DE EMISIÓN