



## **PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD**

**“NORMA TÉCNICA ADMINISTRATIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA MAGISTERIAL DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS Y USUARIAS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL”**

**MAYO 2015**

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

**Prof. Rafael Antonio Coto López**

DIRECTOR PRESIDENTE

**Licda. Eduviges 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**

JEFE DE LA DIVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

**Dr. Omar Keller Catalán Vásquez**

JEFE DE LA DIVISIÓN DE SUPERVISIÓN Y CONTROL

**Dr. Julio Alfredo Osegueda Baires**

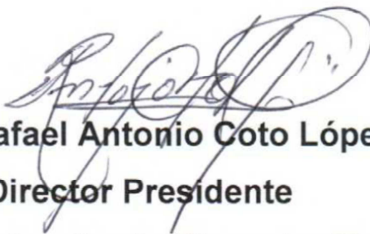
TÉCNICO DE NORMALIZACIÓN

## PRESENTACIÓN

El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, en el proceso de modernización en que se encuentra inmerso presenta la **“NORMA TÉCNICA ADMINISTRATIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA MAGISTERIAL DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS Y USUARIAS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL”**, como un instrumento de regulación para los ODONTÓLOGOS Y CIRUJANOS MAXILOFACIALES en la atención a la población usuaria del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial y que de forma conjunta con los Médicos Magisteriales y proveedores de servicios de salud contratados, nos permitan brindar atención de salud conforme a la Misión y Visión Institucional.

La implementación de esta normativa requiere de un enfoque amplio de parte de los empleados involucrados a fin de visualizar a los usuarios y usuarias como la razón de ser del Programa Especial de salud.

Esperando sea utilizada con la debida responsabilidad.



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

**Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial**



## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	8
I. CONTENIDO TÉCNICO ADMINISTRATIVO.....	10
a) OBJETO DE LA NORMA .....	10
b) ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	10
c) AUTORIDAD COMPETENTE .....	10
II. ASPECTOS GENERALES .....	10
a) DE LOS ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	10
b) DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CONSULTA .....	11
c) DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL .....	14
d) DE LOS TRATAMIENTOS PREVENTIVOS Y CURATIVOS.....	15
e) DE LA REFERENCIA Y RETORNO .....	17
f) DE LOS PROCEDIMIENTOS Y PRÁCTICAS.....	18
g) DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS .....	18
h) DE LAS INCAPACIDADES MÉDICAS .....	20
i) DE LAS REUNIONES .....	21
j) DE LA PAPELERÍA Y DOCUMENTACIÓN .....	21
k) DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS .....	21
l) DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO, PATOLÓGICO, RADIOLÓGICO Y DE IMÁGENES.....	22
m) DE LAS ACTIVIDADES EN LA ATENCIÓN .....	22
n) DEL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO .....	23
o) DE LA BIOSEGURIDAD .....	25
III. DISPOSICIONES FINALES.....	26
a) DEL INCUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA.....	26
b) DE LOS ANEXOS.....	26
c) DE LA APROBACIÓN .....	26
d) DE LA VIGENCIA.....	26
ANEXOS.....	27

# INTRODUCCIÓN

El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, inicia sus funciones el 1º de abril del 2008, según Decreto Legislativo No. 485, de fecha 22 de noviembre de 2007, publicado en el Diario Oficial No. 236, Tomo No. 377, de fecha 18 de diciembre de 2007, teniendo por objeto actualmente brindar el servicio de asistencia médica y hospitalaria, cobertura de riesgos profesionales y las demás prestaciones que en esta ley se expresan, a favor de los servidores públicos docentes que trabajan para el Estado en el ramo de educación, su cónyuge o conviviente y sus hijos, a través de la administración de las cotizaciones destinadas al financiamiento de este programa especial y el patrimonio del Instituto.

Es importante mencionar que el día 26 de octubre de 2007 por medio del Decreto Legislativo No. 442, se crea el Sistema Nacional de Salud de El Salvador del cual el ISBM es miembro y cuyo objetivo es desarrollar un modelo de atención basado en un enfoque de salud familiar que enfatice la promoción de la salud, la prevención del riesgo y del daño en el individuo, la familia y la comunidad, sin perjuicio de las actividades de tratamiento y de rehabilitación.

A partir de un enfoque estratégico planteado por Consejo Directivo del ISBM, en el cual destacan los ejes de acercamiento de la atención al Magisterio Nacional y sus grupos familiares; la institución está empeñada en hacer eficiente la inversión en Salud; y fortalecimiento institucional; por lo cual es importante plantear estrategias cada día en la mejora de las atenciones con calidad y eficiencia, razón por la cual con la apertura de los Centros Odontológicos Magisteriales se está logrando la visión y misión institucional.

El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial para la prestación de servicios médicos hospitalarios cuenta con un modelo de atención basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, con enfoque de Salud Familiar; siendo el Médico Magisterial el primer contacto con el usuario, representando la puerta de entrada para los servicios que brinda el Programa Especial de Salud del ISBM.

El Consejo Directivo del ISBM se ha propuesto proporcionar atención integral de odontología, a los servidores públicos docentes cotizantes activos por lo que la estrategia del proyecto se enfocará en los siguientes resultados:

- a) Proporcionar atención integral odontología.
- b) Acortamiento en el tiempo de la cita odontológica.
- c) Resolver patologías odontológicas quirúrgicas retrasadas.

- d) Ubicación geográfica regional de los consultorios de atención integral odontológica.
- e) Ampliación de cobertura en atenciones odontológicas.
- f) Ampliación en el portafolio de servicios en atenciones odontológicas.

La Sub Dirección de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial a través de la División de Servicios de Salud ha elaborado la “**NORMA TÉCNICA ADMINISTRATIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA MAGISTERIAL DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS Y USUARIAS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL**”, a fin de obtener un instrumento que regule las actividades y funciones de los Odontólogos y Cirujanos Maxilofaciales que laboran para el Instituto, con el propósito de poseer en forma documentada una conducta técnica y una manera de proceder unificada, que debe adoptarse observando valores como: **transparencia, lealtad, confidencialidad, responsabilidad y disciplina**, que sean la base para una mejor utilización de los recursos que se dispone, así como para la obtención de una información fidedigna de las actividades preventivas y de tratamiento que realizan.

Esperamos que esta Normativa alcance los objetivos propuestos y con su aplicación se contribuya a cumplir con la Misión y a lograr la Visión del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial en beneficio de los Servidores Públicos Docentes y su grupo familiar.

**“NORMA TÉCNICA ADMINISTRATIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA MAGISTERIAL DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS Y USUARIAS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL”**

**I. CONTENIDO TÉCNICO ADMINISTRATIVO**

**a) OBJETO DE LA NORMA**

Art.1.- La presente norma tiene por objeto establecer los procedimientos técnicos, administrativos y operativos, para la prevención, detección y manejo oportuno de las enfermedades buco dentales, para incidir en el estado de salud de la población usuaria del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

**b) ÁMBITO DE APLICACIÓN**

Art. 2.- Esta norma es de aplicación obligatoria a todo el personal que preste servicios de salud de Odontología y Cirugía Maxilofacial a la población usuaria del Programa Especial de Salud 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) AUTORIDADES COMPETENTES**

Art. 3.- Las autoridades competentes para la aplicación de la presenta norma serán: Sub Dirección de Salud y Sub dirección Administrativa, a través de sus diferentes dependencias, así como Divisiones, Departamentos y Secciones, que participan en los diferentes procesos del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

**II. ASPECTOS GENERALES**

**a) DE LOS ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

Art. 4.- En cada Centro de Atención Odontológica Magisterial el personal de salud y personal administrativo deberá cumplir, las normas y lineamientos establecidos por el Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, y los Requerimientos Técnicos Administrativos emanados del Consejo Superior de Salud Pública, CSSP, los cuales son obligatorios y delimitarán el marco de acción para desempeñar las diferentes actividades a realizar. En cada uno de los Centros se encontrará disponible un

ejemplar físico de la norma y los empleados involucrados tendrán acceso a un ejemplar digital.

Art. 5.- Cada empleado del Centros de Atención Odontológica Magisterial deberá portar el carné del ISBM, de acuerdo a la normativa correspondiente.

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

Art. 6.- Para la prestación de los servicios de salud a la población usuaria, se requerirá en forma obligatoria el carné vigente o el carné provisional. El personal de asistencia técnica odontológica, deberá verificar si el afiliado se encuentra activo en el sistema ISBM online, previo a brindarle la atención.

Art. 7.- Cuando el usuario o usuaria no presenta carné, el Coordinador Administrativo del Centro de Atención Odontológica o la persona que lo sustituya debe imprimir una hoja como carné provisional, válida por cinco días, la cual debe firmar para autorizar cualquier servicio de salud institucional. Cuando el usuario no aparece activo en el sistema informático, el administrador o el asistente técnico odontológico, debe comunicarse con la Sección de Afiliación para confirmar la calidad de activo o inactivo.

Art. 8.- El personal de los Centros de Atención Odontológica Magisterial deberá mantener un ambiente de respeto y trato amable con la población usuaria y con la red de proveedores del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

Art. 9.- El personal de los Centros de Atención Odontológica Magisterial, deberá mantener un ambiente de comodidad, higiene, condiciones de infraestructura, mobiliario y equipo idóneo para atender a los usuarios y usuarias del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

Art. 10.- El personal de los Centros de Atención Odontológica Magisterial deberán reportar a través del Coordinador Administrativo de dicho Centro, de forma oportuna y por escrito, cualquier anomalía detectada en la atención de los usuarios y usuarias 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. 11.- Cada Odontólogo y Cirujano Maxilofacial deberá ingresar en el programa informático en línea proporcionado por ISBM, la historia clínica de las consultas brindadas de forma inmediata a su realización, para mantener actualizada la base de datos en tiempo real, asegurándose que la información ingresada sea una copia fiel de lo descrito en el expediente del usuario. En caso de no tener disponible el sistema para ingresar los datos en tiempo real, podrán realizar los procedimientos e ingresarlos al restablecerse el sistema, dejando constancia en un acta de los exámenes realizados y el porqué de la falta del sistema.

Art. 12.- El Centro de Atención Odontológica Magisterial deberá contar con una cartelera informativa en un lugar visible y accesible de la sala de espera debiendo contener: horario de atención, número del teléfono fijo, directorio actualizado de proveedores y establecimientos del ISBM. Además deberá contener en un lugar visible afiches proporcionados por el ISBM con el contenido de Derechos y Deberes de la población usuaria del ISBM.

Es responsabilidad del personal del Centro de Atención Odontológica Magisterial, ofrecer la orientación necesaria y de forma clara y oportuna al usuario, de todas las atenciones brindadas por la planta de proveedores. El coordinador administrativo deberá mantener el directorio actualizado de la planta de proveedores y las liberaciones de medicamentos.

Art. 13.- El personal de Centro de Atención Odontológica Magisterial, en su jornada laboral de seis y ocho horas dispondrá de una pausa alimentaria proporcional al tiempo laboral, de 30 minutos para los de 6 horas y 40 minutos para los de 8 horas, la cual deberá efectuarse en forma escalonada, para garantizar la disponibilidad de atención a los usuarios y usuarias. El personal que realice dicha pausa fuera del establecimiento, deberá solicitar la autorización del respectivo Coordinador. En ningún caso la pausa podrá utilizarse para iniciar o terminar la jornada laboral programada.

Art. 14.- El personal del Centro de Atención Odontológica Magisterial deberá permanecer en el establecimiento durante la jornada laboral respectiva; si por motivo de fuerza mayor o caso fortuito necesitan ausentarse de sus labores, deberán de solicitarlo, al jefe inmediato, tal como lo establece el Reglamento Interno de Trabajo.

Art. 15.- Es responsabilidad del Odontólogo Regente, con la colaboración del personal del Centro de Atención Odontológica Magisterial, elaborar y cumplir el plan de trabajo a desarrollar cada año, basado en la población según grupo etáreo, de acuerdo a los programas odontológico preventivos institucionales y el perfil epidemiológico de la población de adscripción, y será evaluado por la División de Servicios de Salud con base al cumplimiento de las metas programadas y los indicadores de programas preventivos.



Art. 16.- El personal de Salud de cada Centro de Atención Odontológica Magisterial, en los aspectos técnicos, dependerá del Odontólogo Regente; quien a través de la División de Servicios de Salud; dará seguimiento a los casos y procesos que se presenten. En los aspectos administrativos, tales como permisos, horarios, etc., dependerán del Coordinador Administrativo correspondiente. Si el Coordinador Administrativo necesita cualquier acción referente al acto de atención en salud deberá solicitarlo a través del Odontólogo Regente.

Art. 17.- Es función del Odontólogo Regente, supervisar los aspectos técnicos del personal de salud, tales como: preparación de pacientes para consulta, emisión de recetas, referencias médicas y extensión de incapacidades, entre otras.

Art. 18.- Es responsabilidad del Odontólogo Regente, elaborar el reporte epidemiológico semanal y enviarlo a la Sección de Epidemiología de la División de Servicios de Salud; así como el envío de información de las atenciones de salud realizadas.

Art. 19.- Es responsabilidad del ISBM tener en los Centros de Atención Odontológica Magisterial un Botiquín de Primeros Auxilios, equipado con materiales, instrumentos, medicamentos e insumos necesarios para la atención de una emergencia. El Coordinador Administrativo deberá llevar un control del contenido del mismo y deberá reportar cualquier eventualidad.

Art. 20.- El Odontólogo Regente del Centro de Atención Odontológica Magisterial, con la colaboración del personal de salud, deberá elaborar conjuntamente con miembros de su población de adscripción; 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. 21.- El Asistente Técnico de Odontología deberá digitar en el sistema informático en línea, cada una de las atenciones prestadas a los usuarios y usuarias del Programa Especial de Salud, debiendo consignar tanto las actividades preventivas y de tratamiento. En casos excepcionales por falla del sistema, la digitación podrá ser al final del día.

Art. 22.- Los Supervisores Médicos Magisteriales, tendrán la responsabilidad de supervisar a los Centros de Atención Odontológica Magisteriales, tanto en los aspectos administrativos como técnicos.

Art. 23.- Los días de consulta odontológica se establecerán respetando las 44 horas semanales para los odontólogos contratados a 8 horas diarias y 33 horas semanales para

los odontólogos contratados a seis horas diarias estas serán distribuidas de lunes a sábado; con horarios escalonados y rotativos desde las 6:00a.m., hasta las 6:00p.m. Según programación mensual emitida por la División de Servicios de Salud a través de los coordinadores administrativos de los Centros de Atención Odontológica Magisterial. La ampliación de cobertura en días y horarios fuera de los programados se hará de acuerdo a demanda y necesidades que se presenten, respetando lo estipulado en el Reglamento Interno de Trabajo del ISBM.

Art. 24.- Los Odontólogos Regentes tendrán un horario de 8:00 am a 4:00 pm, para realizar la consulta odontológica, atención al usuario en los aspectos administrativos y funciones de regencia, distribuyendo el horario para dichas funciones, de acuerdo a la demanda.

Art. 25.- De requerirse la necesidad que el personal deba trabajar después del horario establecido; el Coordinador Administrativo, tendrá que solicitarlo por escrito en el formulario correspondiente, el cual debe ser firmado por el trabajador y el Coordinador Administrativo. Formulario que se presentará para trámite de pago de horas extras.

Art. 26.- El coordinador administrativo en los Centros de Atención Odontológica Magisterial deberá garantizar a través de personal de vigilancia contratado por el Instituto, espacio para parqueo de vehículos institucionales, recolección de muestras, descargo de medicamentos, desechos bioinfecciosos, equipo, mobiliario u otro material.

Art. 27.- El coordinador administrativo en los Centros de Atención Odontológica Magisterial deberá informar al Departamento de Servicios Generales y al Administrador del Contrato del servicio de vigilancia, cualquier anomalía en el suministro de los servicios, por ejemplo que el personal no permanezca en la puerta principal del establecimiento, para control de entradas y salida de usuarios y usuarias, personal institucional, no efectúe revisión de bienes institucionales que entran y salen de bodegas y dependencias institucionales, no verifique que las puertas queden cerradas posterior al cierre del establecimiento .

### **c) DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL**

Art. 28.- En los Centros de Atención Odontológica Magisterial se debe promocionar el auto cuidado de la salud bucal, los estilos de vida saludables, por lo cual el Odontólogo Regente debe elaborar y ejecutar el plan de educación en salud bucal, con la finalidad de fortalecer los conocimientos y habilidades para la promoción de ésta en la población usuaria del ISBM. La educación en salud bucal debe impartirse en todos los establecimientos de salud del ISBM, por lo tanto los odontólogos de los Centros de Atención Odontológica Magisterial

previa planificación en conjunto con la Unidad de Investigación y Educación en Salud diseñarán las estrategias para tal fin.

#### **d) DE LOS TRATAMIENTOS PREVENTIVOS Y CURATIVOS**

Art. 29.- El asistente técnico de odontología será quien atienda en primera instancia a los usuarios que acudan al establecimiento para dar la atención o la orientación respectiva, debiendo preparar al usuario antes de recibir la atención odontológica, con la toma de signos vitales y medidas antropométricas, anotando en el expediente clínico estos datos y colocar al paciente con el odontólogo ya sea en consulta inicial o cita subsecuente. Posterior a la consulta el asistente técnico de odontología deberá revisar que el usuario lleve todos sus documentos llenados correctamente y proporcionar la orientación adecuada.

Así mismo, se debe tratar a todos los pacientes con dignidad, privacidad, confidencialidad, así como respetar su condición social y cultural.

Art. 30.- En la consulta se debe llenar la ficha odontológica y hoja de historia clínica del expediente, definir el diagnóstico, establecer e iniciar el plan de tratamiento correspondiente. Durante la primera consulta, se debe realizar la anamnesis.

Art. 31.- En aquellos casos que para fines diagnósticos se requiera de un examen radiográfico, debe realizarse o referirse al Centro de Atención Odontológica Magisterial que cuente con aparato de Rayos X dental.

Art. 32.- Se debe informar al paciente sobre su estado de salud bucal, así como el plan de tratamiento a realizar, solicitándole su autorización a través de firma o huella digital en la ficha odontológica. En el caso de los menores de 18 años debe ser el padre, madre o responsable el que deberá firmar o registrar su huella. Además, se deben proporcionar las indicaciones pertinentes al paciente, antes y después de realizar el procedimiento odontológico.

Art. 33.- Se debe realizar al paciente intervenciones integrales de acuerdo al portafolio de servicios de atenciones odontológicas, procurando la calidad en todas las atenciones.

Art. 34.- Las atenciones odontológicas preventivas que se deben realizar en los Centros odontológicos Magisteriales son:

- a. Profilaxis más Aplicación Tópica de Flúor
- b. Aplicación de Sellantes de Fosas y Fisuras

Art. 35.- Todo procedimiento iniciado debe concluirse en la misma cita, exceptuando casos complicados y aquellas situaciones que se encuentren fuera del alcance del Odontólogo o Cirujano Maxilofacial, reprogramando la cita para finalizar el tratamiento, lo cual debe registrarse en la ficha odontológica y hoja de historia clínica anexa al expediente clínico del paciente.

Luego de atender al paciente se debe establecer y registrar la fecha de próxima cita en la ficha odontológica, para su seguimiento según amerite el caso.

Art. 36.- El Odontólogo Magisterial deberá brindar la consulta de acuerdo al orden de llegada, exceptuándose los casos de emergencia que deberán ser evaluados y atendidos por el Odontólogo en forma inmediata.

Art. 37.- El paciente que pierda su cita programada de consulta será atendido respetando el orden de llegada de los pacientes citados y podrá ser atendido, por el odontólogo tratante o con el odontólogo disponible si el usuario está de acuerdo; de no estarlo se le reprogramará su cita.

Art. 38.- Las emergencias no necesitan referencia para ser atendidas. Si se presenta una emergencia en el Centro de Atención Odontológica Magisterial deberá ser evaluada, dependiendo la complejidad de la emergencia y no tener capacidad resolutive deberá ser referidas a establecimientos con servicios de mayor complejidad contratados por el ISBM.

Art. 39.- Todas las actividades preventivas realizadas por los profesionales de salud deben quedar registradas y documentadas el mismo día en que se realiza la actividad y deberán estar acordes al perfil epidemiológico, a las determinantes de salud de la población adscrita y al plan trimestral de trabajo, debiendo consignarse de forma cronológica en un libro de actas o en forma digital, el cual deberá contener como mínimo: fecha, hora, identificación de la actividad incluyendo el propósito de la misma, nombre del usuario, número de afiliación y firma.

Art. 40.- El Odontólogo Magisterial deberá considerar en su práctica diaria el estándar institucional de atención de tres pacientes por hora como mínimo, el cual es efectivo de acuerdo a la demanda y lineamientos institucionales. El estándar institucional puede variar de acuerdo la complejidad de la o las patologías del usuario.

Art. 41.- El Asistente Técnico de odontología deberá llevar un sistema de control de consulta que registrara nombre, número de carné, la hora de entrada y salida del paciente con su respectiva firma o registro digital.

Art. 42.- Previa planificación y programación local del Centro de Atención Odontológica en coordinación con los Policlínicos y Consultorios Magisteriales de adscripción; el Odontólogo Magisterial podrá desplazarse a los Policlínicos y Consultorios Magisteriales programados para dar consulta de prevención a usuarios y usuarias previamente citados.

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

Art. 43.- La Consulta por Odontólogos o Cirujanos Maxilofaciales, solo podrá ser brindada a partir de la respectiva referencia emitida por el Médico Magisterial, Médico Especialista Magisterial, equipo médico de la División de Supervisión y Control o División de Servicios de Salud que trabajan para el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, la cual deberá ser llenada completamente.

Art. 44.- El Odontólogo y Cirujano Maxilofacial tiene la obligación de entregar al paciente, posterior a su consulta, la Hoja de Retorno completamente llena de acuerdo a los requerimientos del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, consignando de forma especial los medicamentos prescritos, con el período de tiempo a indicarse y cantidad de los mismos para el conocimiento del Médico Magisterial. Deberá indicar al usuario o usuaria llevar la Hoja de Retorno al Médico Magisterial para su control posterior y justificación de emisión de otra referencia. El período de vigencia del Formulario de Referencia y Retorno será de cuatro meses a partir de la fecha de emisión.

Art. 45.- El personal Médico Magisterial de los Policlínicos y Consultorios Magisteriales deberá referir a los Centros de Atención Odontológica Magisterial, a toda embarazada inscrita en el control prenatal y al niño y niña menor de cinco años inscritos en el control infantil, para su evaluación bucal y respectivo tratamiento.

Art. 46.- El Odontólogo Magisterial evaluará la necesidad de que un usuario requiera referencia con el Cirujano Maxilofacial o Médico Magisterial, 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.

Art. 47.- El período de vigencia del Formulario Referencia - Retorno será de cuatro meses a partir de la fecha de emisión.

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

Art. 48.- Es responsabilidad de los Odontólogos Regentes, organizar un equipo de profesionales de salud del Policlínico y Consultorio Magisterial de la zona, para el fomento y educación en salud, debiendo promover la participación activa de la población usuaria tanto 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. 49.- El personal de salud del ISBM debe participar activamente en Campañas de Salud Preventiva que se organicen en el área de influencia del Centro de Atención Odontológica Magisterial, en el tiempo establecido para estas actividades, promoviendo la participación de su población adscrita.

Art. 50.- Es responsabilidad del Coordinador Administrativo 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 odontológico; además de garantizar a través del personal correspondiente, la higiene, limpieza y ornato del establecimiento.

Art. 51.- Es responsabilidad del Odontólogo regente y Coordinador Administrativo de todos los Centros de Atención Odontológica Magisterial reportar de forma oportuna a la jefatura de la División de Servicios de Salud la necesidad de insumos, materiales y equipos así como las existencias y el equipo dañado e insumos próximos a vencer.

## **g) DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS**

Art. 52.- Los Odontólogos y Cirujanos Maxilofaciales Magisteriales, no podrán indicar medicamentos que su nivel de uso no corresponda según la especialidad, excepto en aquellas situaciones especiales cuando el medicamento sea indispensable para salvaguardar la vida del paciente o para su curación, lo cual tendrá que ser justificado con los exámenes que respalden su prescripción. Dicha justificación deberán ir al dorso de la receta, con su respectiva firma y sello del Odontólogo o Cirujano Maxilofacial prescriptor, además se requerirá el visto bueno del Odontólogo Regente.

Art. 53.- Los Odontólogos y Cirujanos Maxilofaciales Magisteriales deberán prescribir los medicamentos necesarios para cada patología presentada por el paciente, consignándolo en el expediente y respetando estrictamente los lineamientos y el Cuadro Básico de

Medicamentos del ISBM. Para esto deberá utilizar adecuadamente los formatos de recetas, de acuerdo al tipo y número correlativo de la misma, utilizando el sistema de registro de episodios odontológicos.

Cuando haya corte de energía eléctrica o el Odontólogo y Cirujano Maxilofacial no cuente con el sistema de impresión de recetas, la justificación será manuscrita por el prescriptor, selladas y firmadas en el reverso de la misma.

Art. 54.- Los Odontólogos y Cirujanos Maxilofaciales Magisteriales podrán emitir dos recetas por usuario o usuaria por consulta en los casos que el usuario o usuaria requiera de recetas adicionales por otras patologías estas deberán ir con la justificación, indicado por múltiples patologías, que se imprime en el frente de la receta, debiendo llevar cada receta el código del diagnóstico, firma y sello del prescriptor.

De ser recetas elaboradas en forma manual, deberán ir con la justificación en dorso de la misma, con la respectiva firma y sello del prescriptor.

Art. 55.- Los Odontólogos y Cirujanos Maxilofaciales Magisteriales, no podrán recetar antibióticos que no correspondan a su nivel de uso, excepto cuando la receta este justificadas al dorso, con el resultado del cultivo sensible al antibiótico prescrito, con la firma y sello del Odontólogo; además se requerirá el visto bueno del Odontólogo Regente.

Art. 56.- La vitamina K1 podrá ser indicada por el Odontólogo Magisterial por patologías debidamente justificadas, además se requerirá el visto bueno del Odontólogo Regente.

Art. 57.- Los Odontólogos y Cirujano Maxilofaciales Magisteriales, no deberán prescribir recetas sin fechas, recetas selladas y firmadas en blanco; así mismo no deberán usar correctores; utilizando un mismo color de tinta independientemente del tono, siendo responsabilidad del prescriptor el consignar el nombre genérico del producto, presentación, vía de administración, dosis, cantidad y el código del medicamento; el Asistente Técnico de Odontología podrá llenar los datos generales del usuario, sin embargo la responsabilidad siempre será del Odontólogo y Cirujano Maxilofacial Magisterial.

Art. 58.- Los Odontólogos y Cirujanos Maxilofaciales Magisteriales, no deberán prescribir recetas que no sean resultado de una consulta y examen odontológico al paciente que deberá estar consignado en el expediente del usuario o usuaria; no deberán extenderse recetas por complacencia.

Art. 59.- Los Odontólogos y Cirujanos Maxilofaciales, deberán firmar y sellar las recetas con el sello designado por la junta de vigilancia de la carrera odontológica. **No podrán utilizarse los modelos de sellos asignados por otras instituciones.**

Art. 60.- Las recetas emitidas por los Odontólogos y Cirujanos Maxilofaciales Magisteriales, resultado de una consulta, tendrán vigencia en farmacias privadas de tres días y en los Botiquines Magisteriales de cinco días a partir de la fecha de emisión.

#### **h) DE LAS INCAPACIDADES MÉDICAS**

Art. 61.- Los Odontólogos y Cirujanos Maxilofaciales 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; toda incapacidad mayor de 30 días requerirá la autorización del Odontólogo Regente, u Odontólogo que lo sustituya, para lo cual se requerirán documentos que sustenten el período de incapacidad.

Las incapacidades deberán estar justificadas en el expediente y en ser extendidas en los formularios institucionales pre numerados o del sistema informático correspondiente, según el caso, los cuales deberá llenarse completamente, iniciando desde el momento que el Odontólogo o Cirujano Maxilofacial Magisterial brinda la consulta al paciente. No deberá extenderse incapacidades en forma prospectiva, retrospectiva ni por complacencia; para considerar una prórroga esta deberá ser por el mismo diagnóstico y por un período continuo.

Art. 62.- Las incapacidades extendidas por atenciones odontológicas 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 los Odontólogos y Cirujanos Maxilofaciales que no brindan sus servicios al Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial incluyendo las extendidas en el exterior, no serán convalidadas. Los casos excepcionales serán evaluados por los Odontólogos Regentes, quienes serán los responsables de aplicar los lineamientos Institucionales para evaluar la procedencia o no de la convalidación de la incapacidad de acuerdo a cada caso.

Art. 63.- Para las incapacidades odontológicas que han sido utilizadas de acuerdo al orden correlativo en que han sido entregadas, se deberá llevar un libro de control tanto de las utilizadas como de las anuladas de acuerdo al formato correspondiente, las que deberán conservarse por cinco años, para efectos de control posterior.



Art. 64.- Los Odontólogos y Cirujanos Maxilofaciales Magisteriales deberán firmar las incapacidades y sellarlas con el sello designado por la Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica.

Art. 65.- Las incapacidades que se tipifiquen como resultado de un riesgo profesional tales como enfermedades profesionales o accidentes de trabajo, deberán ser evaluadas por los Odontólogos y Cirujanos Maxilofaciales Magisterial. Después de doce meses de incapacidad, si subsistiere la incapacidad para el desempeño del trabajo; deberá ser evaluado por la División de Supervisión y Control y referir al docente a la Comisión Calificadora de Invalidez del Sistema de Ahorro para Pensiones.

**i) DE LAS REUNIONES.**

Art. 66.- 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 informarán a la Jefatura de la División de Servicios de Salud.

**j) DE LA PAPELERÍA Y DOCUMENTACIÓN**

Art. 67.- Es responsabilidad del Coordinador Administrativo de los Centros de Atención Odontológica Magisterial, gestionar la papelería proporcionada por el Instituto y velar por la adecuada distribución de ella, que de acuerdo a los lineamientos del programa, sea necesaria, y será responsabilidad del personal de salud el uso adecuado de la misma.

**k) DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS**

Art. 68.- Los Odontólogos Regentes deberán velar porque en el establecimiento, se encuentre un archivo de expedientes clínicos. Los expedientes clínicos, deben estar ordenados, las hojas de las atenciones odontológicas según formato institucional 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 el Odontólogo o Cirujano Maxilofacial Magisterial sellar cada consulta o procedimiento que se realice; pudiendo utilizarse la impresión del episodio del sistema informático correspondiente.

Art. 69.- Los expedientes de los usuarios y usuarias deberán estar disponibles para evaluación según sea requerido por la Jefatura Correspondiente, este deberá ser solicitado por escrito al administrador de cada Centro de Atención Odontológica Magisterial.

Art. 70.- Los expedientes clínicos de los usuarios y usuarias son documentos legales los cuales no pueden ser sustraídos de ningún establecimiento del Instituto sin la autorización de la División de Servicios de Salud, estos son documentos confidenciales y solo pueden ser revisados por el tratante durante la consulta y en caso de auditoría Odontológica.

Art. 71.- El personal de los Centros Odontológicos Magisteriales que se asigne como encargado del archivo clínico en el ejercicio de sus funciones, es el único apto 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. 72.- La información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios legales y éticos que orientan la práctica sanitaria y esta información solo podrá ser dada a conocer a terceros, mediante orden judicial expedida por la autoridad competente.

#### **I) DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO, PATOLÓGICO, RADIOLÓGICO Y DE IMÁGENES**

Art. 73.- Los exámenes de Laboratorio Clínico, Patológico, Radiológico y de Imágenes serán orientados e indicados estrictamente de acuerdo a la patología y diagnóstico por lo que consulte el paciente; cuando por la patología estos excedan de tres exámenes, deberá justificarse técnicamente en el expediente clínico. No se permitirán justificaciones que no sean del resultado de una evaluación técnica. Los resultados deberán agregarse en forma cronológica en el expediente del paciente.

Art. 74.- El período de vigencia de la boleta de laboratorio clínico, patológico, clínica radiológica y de imágenes será de tres meses a partir de la fecha de emisión. Las boletas deberán ser llenadas completamente.

#### **m) DE LAS ACTIVIDADES EN LA ATENCIÓN:**

Art. 75.- Los Odontólogos y Cirujanos Maxilofaciales Magisteriales, deben cumplir con las actividades y responsabilidades siguientes:

- a. Como estrategia de abordaje oportuno de caries dental, se utilizará la técnica PRAT (Práctica Restaurativa Atraumática), en todos los Centros de Atención Odontológica Magisterial y visitas programadas a los Policlínicos y Consultorios Magisteriales.

- b. En el caso de visitas a los Policlínicos y Consultorios Magisteriales se deben atender cuatro pacientes por hora, los cuales deberán ser previamente citados, quedando establecido que se realizarán tanto atenciones preventivas como curativas, quedando establecido realizar el levantamiento o actualización de ficha odontológica y uno o más procedimientos dentales preventivos o curativos.
- c. Los Odontólogos y Cirujanos Maxilofaciales Magisteriales, deben realizar tratamientos generales, especializados y de rehabilitación de la salud bucodental, a los pacientes referidos y su retorno al establecimiento de salud de origen.
- d. En el caso de atenciones odontológicas generales o especializadas, realizadas en pacientes comprometidos sistémicamente (diabéticos, cardiópatas, hemofílicos, trastornos convulsivos u otros) deben atender dos pacientes por hora, trabajando cuadrante completo por cita.

Art. 76.- Los Asistentes Técnicos de Odontología son los responsables de realizar las acciones de administración, supervisión, monitoreo y evaluación de la Atención Integral e Integrada a la Salud Bucal. Así mismo, son responsables del funcionamiento técnico administrativo en su área de responsabilidad.

#### **n) DEL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO**

Art. 77.- El instrumental básico para el funcionamiento de todo consultorio odontológico, debe ser el siguiente:

- a) Instrumental de Diagnóstico.
- b) Instrumental para Periodoncia.
- c) Instrumental para Operatoria.
- d) Instrumental para Cirugía Oral.
- e) Instrumental para Ortodoncia.

Así mismo las descripciones técnicas y características del instrumental odontológico, se encuentran detalladas en el Listado Institucional de Instrumental, Material y Equipo Odontológico.

Art. 78.- El consultorio odontológico debe contar con los siguientes requisitos:

- a) Paredes de colores claros, lavables y resistentes.

- b) Área para lavado de instrumental.
- c) Un lavamanos.
- d) Piso lavable y resistente.
- e) Ventilación e iluminación adecuadas.
- f) Aire acondicionado.
- g) Depósitos con bolsa negra para la eliminación de los desechos comunes.
- h) Depósitos con tapadera y bolsa roja para la eliminación de los desechos bioinfecciosos.
- i) En el área designada para la atención odontológica se debe procurar la privacidad, ventilación e iluminación adecuadas.
- j) Protección y seguridad radiológica, cuando se utilicen fuentes de radiaciones ionizantes.

Art. 79.- El encargado del lavado y la desinfección de los instrumentos será el Asistente Técnico de Odontología.

En el caso de no disponer de Asistente Técnico de Odontología, el responsable del lavado y la desinfección del instrumental utilizado en la consulta diaria, es el personal auxiliar designado por la dirección del establecimiento, quien debe ser capacitado y supervisado en esa labor, por el Odontólogo o Cirujano Maxilofacial.

El mantenimiento preventivo del equipo odontológico (drenaje diario del compresor, cerrar pasos de agua, apagar interruptores, lubricación de piezas de mano y otros) se realizará periódicamente por el Odontólogo o Asistente Técnico Odontológico, para alargar la vida útil y evitar el deterioro, de acuerdo a los instructivos y procedimientos establecidos por el fabricante.

Art. 80.- El personal encargado de la limpieza del establecimiento de salud, debidamente capacitado por el Odontólogo Regente, debe realizar una rutina diaria para la limpieza del equipo, mobiliario e infraestructura del consultorio odontológico.

La limpieza y desinfección del área operatoria debe incluir paredes, pisos, y ventanas. En el caso de las paredes y ventanas, debe ser por lo menos una vez por mes o cuando amerite, y la de pisos se debe de efectuar las veces que sea necesaria aún en el mismo día.

Además de la limpieza, los consultorios odontológicos deben mantenerse ordenados, procurando que todo se encuentre en el lugar que corresponda.

Art. 81.- El Asistente Técnico de Odontología, debe realizar la desinfección de todas las partes del equipo, que son manipuladas durante un procedimiento entre cada paciente.

Art. 82.- El Odontólogo o Cirujano Maxilofacial Magisterial debe reportar oportunamente a su jefatura inmediata superior, las fallas que se presenten con el funcionamiento del equipo, material e instrumental odontológico, y las experiencias que se requieran acerca de su calidad, lo que servirá para documentarlas y mejorar la adquisición futura de estos productos. Para notificar las experiencias del instrumental, equipo y material odontológico, utilizar el formulario: Solicitud de Inclusión, Exclusión, o Modificación de Instrumental, Material y Equipo Odontológico, que aparece en el Listado Oficial de Material, Instrumental y Equipo Odontológico.

Para notificar cualquier sospecha de reacción adversa que se observe en el uso clínico de los materiales odontológicos, medicamentos o fármacos incluyendo su evaluación, utilizar el formulario: Formulario de Notificación de Experiencias en el Uso de Material, Instrumental y Equipo Odontológico; para la Notificación de Sospecha de Reacción Adversa a un Medicamento utilizar los formularios que están en el Listado Oficial de Material, Instrumental y Equipo Odontológico.

- a) El Odontólogo o Cirujano Maxilofacial Magisterial debe solicitar la capacitación necesaria, para el uso correcto del equipo, instrumental y material odontológico de nueva adquisición, a través de su jefatura inmediata superior.
- b) El Odontólogo o Cirujano Maxilofacial Magisterial debe gestionar y solicitar las conexiones previas de agua potable, aguas servidas, aire y eléctricas para la correcta instalación del equipo odontológico, a través de su jefatura inmediata superior.

Art. 83.- Los instrumentos y formularios institucionales de registro de información para el área de odontología deben ser completados personalmente por el Odontólogo o Cirujano Maxilofacial que atiende al paciente:

- a) Ficha Odontológica.
- c) Registro Diario de Consulta Odontológica.

#### **o) DE LA BIOSEGURIDAD**

Art. 84.- El Odontólogo y el personal auxiliar deben cumplir con las medidas de Bioseguridad para prevenir cualquier tipo de infección cruzada, en cualquier escenario de atención.

Las medidas para el Control de Infección en la Práctica Odontológica, se describen en el "Manual para el Control de Infecciones en la Práctica Odontoestomatológica". Ministerio de Salud. Año 2007.

### **III. DISPOSICIONES FINALES**

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

Art. 85.- El incumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente norma por parte del personal de salud y de apoyo administrativo en los Centros de Atención Odontológica Magisterial será regulado por el Reglamento Interno de Trabajo del Instituto.

#### **b) DE LOS ANEXOS:**

Art. 86.- Forman parte integrante de la siguiente norma los anexos siguientes:

- Anexo 1: Glosario
- Anexo 2: Descripción del carné de usuario del ISBM
- Anexo 3: Censo Diario de actividades para Odontólogos y Cirujano Maxilofacial
- Anexo 4: Informe Mensual para Odontólogos y Cirujanos Maxilofaciales
- Anexo 5: Ficha Odontológica
- Anexo 6: Recetas
- Anexo 7: Boletas para Exámenes
- Anexo 8: Formulario de Referencia y Retorno
- Anexo 9: Incapacidades
- Anexo 10: Descripción del Cuadro Básico de Medicamentos
- Anexo 11: Contenido de Botiquín de Primero Auxilios
- Anexo 12: Consentimiento Informado

#### **c) DE LA APROBACIÓN:**

Art. 97.- Queda aprobada la **“NORMA TÉCNICA ADMINISTRATIVA PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA MAGISTERIAL PARA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS Y USUARIAS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL**, Aprobada por el Consejo Directivo el **26 de Mayo del 2015**.

#### **d) DE LA VIGENCIA:**

Art. 88.- La presente norma entrara en vigencia a partir del día 26 de mayo de 2015.

# Anejos

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. **ALTA EXIGIDA:** Documento que busca dar fe de que el paciente o su Representante Legal **VOLUNTARIAMENTE** solicita ser dado de alta antes de que el (los) Médico(s) tratante(s) de acuerdo a la evaluación del caso se la hayan indicado o en una cantidad menor de días a los establecidos en el paquete quirúrgico.
3. **ATENCIÓN DE EMERGENCIA:** Son todas las atenciones médicas y hospitalarias que por su naturaleza no puedan diferirse.
4. **ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD INTEGRAL (APSI):** asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación. Forma parte integral tanto del Sistema Nacional de Salud como del desarrollo social y económico de la comunidad y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud.
5. **AUTORIZACIÓN:** Acto por el cual se permite la realización de un procedimiento prescrito por un proveedor de servicios de asistencia médica y hospitalaria.
6. **CENSO DIARIO:** Documento mediante el cual el proveedor de servicios médicos y hospitalarios deberán de 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.
7. **CUADRO BÁSICO DE SERVICIOS:** Oferta o cartera de servicios médico-hospitalarios de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas que brinda el Programa Especial de Salud, a nivel ambulatorio y hospitalario.



8. **CONTROL POSTQUIRÚRGICO:** Seguimiento clínico por parte del cirujano que realizó 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.
9. **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** autorización que hace una persona con plenas facultades físicas y mentales para que los y la profesionales de la salud puedan realizar un tratamiento o procedimiento
10. **UACI:** Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional.
11. **BOTIQUÍN:** Área para la recepción, almacenamiento, custodia, control y dispensación de medicamentos adquiridos por el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.
12. **DESECHOS BIOINFECCIOSOS líquidos de la práctica odontológica:** desecho líquido contaminado (aguas residuales de escupidera y manguera del eyector) producto de los procedimientos realizados en los consultorios odontológicos.
13. **DESECHOS BIOINFECCIOSOS sólidos de la práctica odontológica:** desecho sólido contaminado (basura sólida tales como: piezas dentales extraídas, guantes, gasas con fluidos bucales y otros), producto de los procedimientos realizados en los consultorios odontológicos.
14. **DISPENSACIÓN:** Acto en que el farmacéutico entrega la medicación prescrita junto a la información necesaria para su uso racional.
15. **ENFERMEDAD BUCODENTAL:** Presencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.
16. **ENFOQUE DE RIESGO:** es el método de trabajo en el cuidado de la salud de las personas, las familias y las comunidades basada en el concepto de vulnerabilidad.

- 17. EMERGENCIA ODONTOLÓGICA:** Aparición súbita de una condición patológica buco maxilofacial, de etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y que provoca una demanda espontánea de atención, cuyo tratamiento debe ser inmediato, impostergable, oportuno y eficiente.
- 18. EXISTENCIA:** Disponibilidad de medicamentos, reactivos e insumos requeridos para la prestación del servicio a los usuarios del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de acuerdo a una cantidad establecida.
- 19. FORMULARIO “A”:** Formulario Institucional utilizado para solicitar procedimientos ambulatorios como: Terapias Respiratorias, Fisioterapias y otros procedimientos no quirúrgicos, procedimientos contratados para realizar en clínica.
- 20. FORMULARIO “B”:** Formulario Institucional utilizado para solicitar la realización de Cirugías Electivas.
- 21. FORMULARIO “C”:** Formulario Institucional utilizado para solicitar la autorización de exámenes especiales tanto ambulatorios, como para pacientes hospitalizados.
- 22. 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.
- 23. GRUPO A:** medicamentos del Cuadro Básico utilizados en el tratamiento de enfermedades agudas, dispensadas en toda la red de farmacias contratadas por el Instituto.
- 24. GRUPO B:** medicamentos del Cuadro Básico utilizados en el tratamiento de enfermedades de tipo crónico o requieren de un uso frecuente, despachadas en los Dispensarios.
- 25. GRUPO B LIBERADO:** medicamentos que pertenecen al grupo B del cuadro básico de medicamentos pero por no contar con existencias en los Dispensarios, se despachan en la red de Farmacias previa autorización Institucional para un periodo específico de tiempo.

- 26. HOJA REFERENCIA Y RETORNO:** Formulario Institucional utilizado para remitir a un paciente que de acuerdo a su necesidad requiere de la intervención de otro profesional que presta servicios médicos y hospitalarios y su respectivo retorno o regreso al prestador de servicios que lo ha remitido con un plan definido para la continuidad de su tratamiento.
- 27. HOJA DE HISTORIA CLÍNICA:** es la hoja del expediente clínico del Primer Nivel de Atención donde se registra secuencialmente el diagnóstico, signos, síntomas, tratamiento y prescripciones. Contiene nombre, firma y sello del personal que realizó la atención.
- 28. HOJA DE EVOLUCIÓN:** es la hoja del expediente clínico del Segundo y Tercer Nivel de Atención donde se registra secuencialmente el diagnóstico, signos, síntomas, tratamiento y prescripciones. Contiene nombre, firma y sello del personal que realizó la atención.
- 29. HOSPITAL TIPO A:** Es un hospital de máxima complejidad que atiende a los usuarios del programa especial de salud que necesitan atención médica hospitalaria y que ofrecen servicios de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas, contando con un servicio de cuidados intensivos e intermedios de adultos niñas y niños según cada caso.
- 30. HOSPITAL TIPO B:** Es un hospital de mediana complejidad que atiende a los usuarios del programa especial de salud que necesitan atención médica hospitalaria y que ofrecen servicios de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas, contando con un servicio de cuidados intermedios de adultos niñas y niños según cada caso.
- 31. 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.

- 32. INTERCONSULTA:** Participación a solicitud del médico tratante de un profesional médico de diferente especialidad que permite la evaluación del paciente en el hospital, con el propósito de contribuir a definir el diagnóstico y tratamiento.
- 33. INDICADOR:** Es el método que permite verificar el cumplimiento de los objetivos establecidos de acuerdo al estándar institucional.
- 34. MÉDICO MAGISTERIAL:** Médico contratado por 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.
- 35. MÉDICO ESPECIALISTA:** 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 a los Servidores Públicos Docentes y su grupo familiar que requiera atención especializada.
- 36. MEDICAMENTOS ESPECIALES:** Son aquellos medicamentos que por la patología específica del paciente son requeridos para el restablecimiento de su salud y que pueden o no estar contenidos en el Cuadro Básico de Medicamentos.
- 37. MONTO:** Cantidad monetaria asignada mensualmente a un proveedor para poder prestar el servicio contratado a los usuarios del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.
- 38. MONITOREO:** Proceso periódico de seguimiento del cumplimiento de actividades y metas mediante indicadores verificables objetivamente, contribuyendo así al alcance de resultados y metas establecidos en el plan. Tiene como objetivo Señalar fallas o desviaciones críticas en actividades y metas para corregirlas oportunamente.
- 39. PARTE POR MILLÓN (ppm):** unidad de medida que se refiere a los miligramos que hay en un Kilogramo de disolución.
- 40. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD:** es una estrategia de la atención primaria, que se hace efectiva en la atención integral de las personas. Esta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del Sistema Nacional de Salud.

- 41. PROVEEDOR DE SERVICIOS:** Personas naturales o jurídicas contratadas para proporcionar servicios médicos y hospitalarios a los usuarios del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.
- 42. RECETA MÉDICA:** documento utilizado para la prescripción de medicamento del grupo A del cuadro Básico de Medicamentos, y del grupo B cuando estos se encuentran liberados.
- 43. RECETA MÉDICA REPETITIVA:** documento para la prescripción de medicamento de uso repetitivo o crónico del grupo B del Cuadro Básico de Medicamentos.
- 44. RECETA PSICOTRÓPICOS:** documento para la prescripción de medicamentos controlados del grupo A del Cuadro Básico de Medicamentos, de acuerdo a lineamientos del Consejo Superior de Salud Pública.
- 45. SISTEMA INFORMÁTICO:** Sistema Informático de Registro y Control administrativo de los Servicios del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial en línea.
- 46. SUPERVISIÓN:** Proceso permanente, continuo y de carácter educativo aplicable al recurso humano en el desarrollo de sus actividades, aplicable al ámbito técnico y gerencial y con el objetivo de mejorar la calidad en la prestación de los servicios.
- 47. TÉCNICA PRAT o TRA:** se conoce por sus siglas: PRAT (Práctica Restaurativa Atraumática), es la técnica simplificada para el abordaje de la caries dental, que consiste en remover tejido dental cariado, con instrumental manual específico.  
La pieza dental es sellada con un cemento Ionómero de vidrio de autocurado con liberación prolongada de fluor.
- 48. USUARIOS DEL PROGRAMA DE SALUD:** Servidores públicos docentes, cónyuge o su conviviente, hijas e hijos entre los 21 y 25 años de edad, que se encuentren estudiando y dependan económicamente de sus padres, los menores de 21 años de edad, que se encuentren solteras o solteros, y los discapacitados, previo dictamen de la comisión calificadora de invalidez, definida en la ley del sistema de ahorro para pensiones; el hijo o hija de cualquier edad, si es inválido total y su invalidez se hubiese originado siendo beneficiario, y 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:** 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.

**Nombres y Apellidos:** Nombres y apellidos del usuario (a) tal y como se encuentra legalmente inscrito en el Documento Único de Identidad.

**Sexo:** Masculino, o- 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 titular de ISBM.**

### Cara posterior del carné:

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

**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).

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

**Estado familiar:** casado (a), soltero (a), viudo (a), divorciado (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 a todos los proveedores de servicios médicos y hospitalarios.

**CENSO DIARIO DE ACTIVIDADES PARA ODONTÓLOGOS y CIRUJANOS MAXILOFACIAL**



**INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL  
CENSO DIARIO DE ACTIVIDADES PARA ODONTÓLOGOS**

NOMBRE DEL ODONTÓLOGO: \_\_\_\_\_

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

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

No.	FECHA	No. DE REGISTRO	NOMBRE	SEXO	EDAD	TIPO DE CONSULTA		DIAGNOSTICO PRINCIPAL O DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD PREVENTIVA	SFF	PROCEDIMIENTOS				MEDICA	REPETITIVA	CLINICO	RADIOLOGICO E IMAGEN	No. DIAS DE INCAPACIDAD
						PROM	MORB			PROF+AF	PROF O DTJ	EXTRACCIONES	OBT. PLATA					
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																		

SEXO MASCULINO 1  
SEXO FEMENINO 2  
TIPO DE CONSULTA  
PROMOCION' tra (1) Sub (2)  
MORBILIDAD' tra (1) Sub (2)

SFF: SELLADO DE FOSAS Y FISURAS  
PROF+AF: PROFILAXIS MAS FLUOR  
PROF O DTJ: PROFILAXIS O DETARTRALE  
OBT PLATA: OBTURACIONES DE PLATA  
OBT RESINA: OBTURACIONES DE RESINA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ODONTÓLOGO

\_\_\_\_\_  
SELLO DEL ODONTÓLOGO

# Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial

## Censo diario de odontólogo y Cirujano Maxilofacial

### Digitación de censo diario

- **Procedimiento para presentación de la información**

Para ingresar la información se utiliza una hoja electrónica del programa de Microsoft Excel, la hoja contiene una plantilla con los campos de la información requerida por el ISBM.

Para presentar la información se seguirá el siguiente procedimiento:

- 1) Se ingresan los datos en la hoja electrónica de Excel llamada "INFORME MENSUAL Y CENSO DE ODONTOLOGÍA".
- 2) Indicaciones generales:
  - a. No se debe de dejar espacios o líneas en blanco.
  - b. En el censo no se debe de digitar información no relacionada con la consulta médica.
  - c. No se debe de alterar la plantilla distribuida.
  - d. El censo debe ser llenado completamente.

- **Instructivo de la plantilla de censo diario**

A continuación se presenta los campos que posee la plantilla de "FORMATOS DE ODONTOLOGÍA":

#	Campo	Descripción	Ejemplo
1	<u>No</u>	Correlativo del censo diario	12
2	<u>FECHA</u>	Fecha de la consulta médica, es un campo que permite la digitación de fecha 2009 a junio 2010 en formato dd/mm/año	21/01/2009
3	<u>No. DE REGISTRO</u>	Número de afiliación del paciente, con el sistema BMOonline o el número de afiliación	1234567 ó 1234567-10
4	<u>NOMBRE</u>	Nombre del paciente en MAYÚSCULAS	JUAN CARLOS LEMUS
5	<u>SEXO</u>	Genero del paciente, se digitara:  Masculino: 1  Femenino: 2	1 ó 2
6	<u>AÑOS</u>	Edad del paciente en años	25
7	<u>PROM</u>	Se digitara 1 si se realiza actividad de promoción de primera vez, si es	1



		subsecuente se digitara 2	
8	<u>MORB</u>	Se digitara 1 si se realiza actividad de atención de morbilidad de primera vez, si es subsecuente se digitara 2	1
9	<u>DIAGNOSTICO PRINCIPAL</u>	Descripción de la enfermedad o motivo principal de la consulta, en MAYÚSCULAS	GINGIVITIS
10	SFF	Sellado de fosas y fisuras, se digitara el número de sellantes aplicados según norma.	1
11	PROF+AF	Profilaxis más aplicación de flúor (*), se digitara 1 si se realiza la actividad, caso contrario se dejara en blanco	1
12	PROF O DTJ	Detartraje o profilaxis se digitara 1 si se realiza la actividad, caso contrario se dejara en blanco	1
13	EXTRACCIONES	Extracción dental Temporal o permanente se digitara el número de extracciones realizadas según norma.	1
14	OBT. PLATA	Obturación de Amalgama de Plata se digitara el número de obturaciones de plata realizadas según norma.	1
15	OBT. RESINA	Obturación de resina foto curada, se digitara el número de obturaciones de resina realizadas según norma.	1
16	MEDICA	Se digitaran el número de recetas médicas indicadas al paciente	1,2,3
17	REPETITIVA	Se digitaran el número de recetas repetitivas indicadas al paciente	1,2,3
18	CLÍNICO	Se digitaran el número de exámenes de laboratorio clínico indicados al paciente	1,2,3
19	RADIOLÓGICO	Se digitara el número de radiografías tomadas al paciente	1,2,3
20	No. DE DIAS DE INCAPACIDAD	Se digitaran el número de días de incapacidad que se otorgan al paciente, según norma	1,2,3

## INFORME MENSUAL ODONTÓLOGOS Y CIRUJANO MAXILOFACIAL

En este formulario se consignaran las actividades realizadas durante el mes y que hayan sido descritas en el censo diario respectivo.

### DESCRIPCIÓN.

**Nombre del Odontólogo o Cirujano Maxilofacial:** Escribir nombre completo de acuerdo al contrato.

**Departamento:** escribir el departamento de acuerdo al área geográfica.

**Municipio:** escribir el municipio donde se encuentra ubicada la clínica.

### ACTIVIDADES:

#### 1. NUMERO DE ATENCIONES:

**-Consulta por primera vez:** En este apartado se escribirá el número total de pacientes que se atendieron por primera vez.

**-Consulta Subsecuente:** En este apartado se escribirá el número total de pacientes que consultaron por segunda vez.

#### 2. NUMERO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:

Sellante de fosa y fisura, Profilaxis más flúor, Detartraje o Profilaxis, Extracciones, Obturaciones de plata y/o Resina.

**-Procedimientos realizado Por Primera Vez:** En este apartado se escribirá el número total de pacientes que se le realizaron procedimientos por primera vez.

**Procedimientos realizados Subsecuentes:** En este apartado se escribirá el número total de pacientes que se le realizaron procedimientos por segunda vez.

**3. REFERENCIAS:** Deberá indicarse las referencias enviadas por primera vez a un especialista y las subsecuentes, además deberán de registrarse los retornos recibidos tanto de la referencia enviada por primera vez y las subsecuentes.

#### 4. RADIOGRAFÍAS:

e. En este apartado el Odontólogo o Cirujano Maxilofacial describirá la cantidad de radiografías indicadas durante ese período de acuerdo a los rubros descritos.


#### 5. RECETAS.

En este apartado el Odontólogo o Cirujano Maxilofacial describirá la cantidad de recetas dadas durante ese período de acuerdo a los rubros descritos.

#### 6. INCAPACIDADES.

En este apartado el Odontólogo o Cirujano Maxilofacial reportara el número y días de incapacidades dadas durante ese mes de acuerdo a los rubros descritos.

## INFORME MENSUAL

INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL DIVISION DE SERVICIOS DE SALUD															 <small>INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL</small>				
Nombre del Odontólogo:																			
Departamento:																			
Municipio:																			
Año:		2014																	
No.	Actividad	PRECIO \$	1ra. Vez	Subsecuente	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Octub.	Nov.	Dic.	TOTAL		
1	No. De Atenciones																	-	
																			-
	Sellantes de fosas y fisuras																		-
																			-
	Profilaxis más fluor																		-
																			-
	Detartraje o Profilaxis																		-
																			-
2	Extracciones																		-
																			-
	Obturaciones (plata)																		-
																			-
	Resinas anteriores																		-
																			-
	Resinas posteriores																		-
																			-
	Pulpotomia																		-
																			-
3	Radiografías																		-
4	Referencias recibidas.																		-
																			-
5	Recetas	Médica																	-
		M. Repetitiva																	-
6	Incapacidades	Numero																	-
		Dias																	-
<b>PROBLEMAS DETECTADOS</b>																			
7																			
<b>SUGERENCIAS Y ALTERNATIVAS DE SOLUCION</b>																			
8																			

## FICHA ODONTOLÓGICA

Es obligación llenar la ficha odontológica de acuerdo a los modelos anexos manteniendo la información actualizada y disponible en el momento que el Instituto Salvadoreño Bienestar Magisterial requiera de algún dato en especial.

Deberá llenarse de la siguiente forma:

**Nombre del usuario:** se escribe el nombre completo tal y como aparece en el carné.

**Numero de afiliación:** del afiliado tal y como aparece en el carné

**Edad:** años y meses

**Sexo:** se marcara con (√) según corresponda masculino o femenino.

**Lugar de Trabajo:** Centro Escolar donde trabaja

**Fecha:** se escribirá la fecha en que se elabora la ficha odontológica

**Se marcaran los cuadrantes** vestibular-lingual derecho o izquierdo según corresponda al procedimiento a realizar y se detallara(n) la(s) pieza(s) en las cuales se realizó el tratamiento. Luego se describirá en la tabla inferior el tratamiento realizado y alguna observación importante en relación al mismo.

**Firma y Sello:** escribirá su firma y sello tal y como ha firmado en el contrato.



**FICHA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**

Nombre Usuario: \_\_\_\_\_

No. de afiliación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M

Dirección Particular: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Fecha de llenado: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Celular: \_\_\_\_\_

VESTIBULAR																
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V				
D								LINGUAL								I
			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
VESTIBULAR																

Tratamiento	Observaciones
ANTECEDENTES:	

\_\_\_\_\_  
Firma del Odontólogo o Cirujano Maxilofacial

SELLO



## RECETAS

Formatos de recetas:

- A. Receta para **medicamento del grupo A del cuadro Básico de Medicamentos: (RECETA MÉDICA)** esta receta contiene un original y una copia, que es la misma utilizada en la Red de farmacias incluyendo CEFAFA. Será también utilizada en el caso de los medicamentos liberados del Grupo B del cuadro básico de medicamentos.
- B. Receta para **medicamento controlado: (RECETA MÉDICA)** contiene dos originales con la descripción en gota de agua del término psicotrópicos copia.
- C. Receta para **medicamento de uso repetitivo o para medicamentos del grupo B del cuadro básico de Medicamentos: (RECETA MÉDICA REPETITIVA)** para despacho de medicamentos en dispensarios, contiene una original y una copia, se consignara la cantidad de meses para los cuales se ha establecido el despacho, debiendo colocar la fecha de acuerdo a día, mes y año en la que será despachada.

### Llenado de recetas:

**Debe tenerse presente que el llenado de los datos que deben ser escritos por el médico de su puño y letra, y no por la secretaria ni por el usuario son los siguientes: la prescripción del medicamento con nombre genérico, presentación, dosis, cantidad y código del medicamento; el apoyo administrativo o secretaria llenara los datos generales del paciente, sin embargo el correcto llenado es responsabilidad del médico. Tanto el médico como el apoyo administrativo tendrán que llenar la receta con el mismo color de lapicero.**

- **Código del departamento:** Es este se escribirá el código del departamento, en el cual se encuentra ubicado el consultorio, policlínico o centro de atención odontológica, 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 el listado oficial 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 su contrato.
- **Nombre y Sello:** En este espacio el médico colocara su nombre, además colocara el sello respectivo. (Médicos Magisteriales según formato proporcionado por Bienestar Magisterial; Médicos Especialistas, Sub-Especialista, odontólogos y Cirujanos Maxilofacial utilizaran el formato según registro de la Junta de Vigilancia de la Profesión Correspondiente.)

**Está prohibido:**

- **recetas pre-fechaadas**
- **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.**
- **Extensión de recetas sin haber examinado al paciente.**
- **Que el personal de apoyo (secretaria) llene los apartados obligatorios del médico, lo cual se considerara una falta grave.-**

- En el apartado **Para uso exclusivo de 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 setenta y dos horas continuas** posteriores para **Receta médica** y treinta días para **Receta Médica Repetitiva.**

- **MES INDICADO:** Solo para Receta Médica Repetitiva, en el cual se escribirá el mes indicado que será despachada según la fecha de emisión (ejemplo: Fecha de emisión: 20 de febrero de 2015 para las tres recetas, la primer receta será despachada el 20 de febrero; la segunda el 20 de marzo y la tercera el 20 de abril).

**En recetas de psicotrópicos** (controlados) se deberán de firmar y sellar las dos hojas en original 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  N°.

**ISBM**  
INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL

RECETA MÉDICA  No. DE AFILIACIÓN   
RECETA MÉDICA REPETITIVA

NOMBRES                      1er APELLIDO                      2do. APELLIDO

--	--	--

CÓDIGO DEL MEDICAMENTO  F (Dr.) \_\_\_\_\_

CANTIDAD PRESCRITA EN LETRAS  NOMBRE Y SELLO: \_\_\_\_\_

MES INDICADO  FECHA DE EMISIÓN: \_\_\_\_\_

**USO EXCLUSIVO PARA FARMACIA**

CÓDIGO DE FARMACIA	CÓDIGO DEL MEDICAMENTO	UNIDADES DE SPACHADAS
--------------------	------------------------	-----------------------

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
-----	-------------------	-------------------

DESPACHO EN FARMACIA: VALIDA POR 3 (TRES) DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EMISIÓN  
DESPACHO EN BOTIQUÍN MAGISTERIAL: VALIDA POR 3 (TRES) DÍAS PARA MEDICAMENTO DE USO AGUDO Y 5 (CINCO) DÍAS PARA MEDICAMENTOS DE USO CRÓNICO A PARTIR DE LA FECHA DE EMISIÓN

No. AFILIACIÓN:  No.

NOMBRE:  FECHA:

	<b>ISBM</b>
--	-------------

## BOLETAS PARA EXÁMENES

Anexo No. 7

Se utilizará un formato único que contiene el listado de exámenes el cual será proporcionado por el ISBM para ser reproducido por cada laboratorio adjudicado; quien **por ningún motivo podrá modificarlo o agregarle cualquier tipo de distintivo o escribir cualquier título o enunciado**. Cada laboratorio adjudicado proveerá a los Médicos Magisteriales, Especialistas, Sub-Especialistas y Odontólogos, las boletas respectivas y los laboratorios solo podrán realizar los exámenes que le hayan sido adjudicados.

El llenado del encabezado de la boleta con los datos generales del usuario podrá ser realizado por el recurso de apoyo administrativo o secretaria 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 más de cuatro exámenes tendrán que ser justificados técnicamente al reverso de la boleta

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	
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	Tipo 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 urico	
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	Baciloscofia	
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	

REGLÓN	NOMBRE DEL EXAMEN	
39	Entrosedimentación	
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 otico	
61	Directo de secreciones	
62	Directo y Cultivo de Secreciones	
63	Células L. E. en Latex	
64	Toxoplasmosis IgM	
65	Toxoplasmosis IgG	
66	Fosforo	
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 EMISION

Sello del Médico

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

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 ureico	
8	Acido úrico	
9	Transaminasa Glutámico Pirúvica.	
10	Transaminasa Glutámico Oxalacética.	
11	Fosfatasa alcalina	
12	Albumina	
13	Proteínas totales	
14	Aamilasa	
15	Bilirrubina Directa	
16	Bilirrubina 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	Hemoglucotest	
<b>SEROLOGÍA</b>		
35	Tipo y Rh	
36	Antígenos Febriles	
37	RPR	
38	Antiestreptolisina O	
39	Proteína C reactiva	
<b>COMBÚR TEST (UROANÁLISIS)</b>		
1	Glucosa	
2	Proteínas	
3	pH	
4	Densidad Específica	
5	Cuerpos Cetónicos	
6	Nitritos	
7	Leucocitos	
8	Sangre Oculta en Orina	
9	Urobilinógeno	
10	Bilirrubina	

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Sello del Médico

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

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

Sello:

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

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	
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 ANTIFOSFOLIPIDICOS	
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	

REGLÓN	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 EMISION

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

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

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

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

REGLÓN	NOMBRE DEL EXAMEN	REGLÓN	NOMBRE DEL EXAMEN
1	COLUMNA CERVICAL A.P. Y LATERAL	38	CODO A.P. Y LATERAL
2	COLUMNA CERVICAL CON OBLICUAS	39	HUMERO A.P. Y LATERAL
3	COLUMNA CERVICAL A.P. LATERAL, FLEXIÓN Y EXTENSIÓN	40	HOMBRO A.P. Y LATERAL
4	COLUMNA DORSAL A.P. Y LATERAL	41	CLAVÍCULA A.P.
5	COLUMNA LUMBAR A.P. Y LATERAL	42	CADERA A.P. Y LATERAL
6	COLUMNA LAMBO SACRA CON OBLICUAS	43	FEMUR 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	PELVIS A.P.	48	HOMBRO A.P.
12	TUBO DIGESTIVO SUPERIOR (ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO)	49	CALCANEO BILATERAL
13	ESOFAGOGRAMA	50	CRANEO A.P. Y LATERAL OCCIPITAL
14	TRANSITO INTESTINAL (INTESTINO DELGADO)	51	MASTOIDES (2 VISTAS BILATERALES)
15	COLON POR ENEMA	52	SEÑOS PARANASALES
19	VENOGRAFIA MIEMBRO SUPERIOR CADA UNO	53	AGUJEROS OPTICOS
20	VENOGRAFIA MIEMBRO INFERIOR CADA UNO	54	CARA WATERS Y LATERAL
21	SIALOGRAFIA	55	MAXILARES INFERIORES Y OBLICUAS
24	COLECISTOGRAFIA ORAL	56	HUESOS NASALES
25	PIELOGRAMA I.V.	57	ARTICULACIÓN (SIMPLE BILATERAL)
26	PIELOGRAMA POR INFUSION O SECUENCIA RAPIDA	58	ORBITAS
27	PIELOGRAMA RETROGRADO O ASCENDENTE	59	CONDUCTOS AUDITIVOS INTERNOS
28	FISTULOGRAFIA	60	TORAX A.P.
29	CISTOGRAMA O CISTOGRAFIA	61	TORAX A.P. Y LATERAL
30	URETEROGRAMA O URETROGRAFIA	62	TORAX R.A.
32	SERIES CARDIACAS	63	ESTERNON A.P. Y LATERAL
34	CISTOURETROGRAMA	64	COSTILLA A.P.
35	MANO A.P. Y OBLICUAS	65	COSTILLA AP Y OBLICUA
36	MUÑECA A.P. Y LATERAL	66	MAMOGRAFIA BILATERAL
37	ANTEBRAZO A.P. Y LATERAL	67	ULTRASONOGRAFIA TRANSPORTANELAR

RESUMEN CLINICO ORIENTADOR POR LO QUE SE INDICA EL EXAMEN: \_\_\_\_\_

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 EMISION

Sello del Médico

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





**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  PARIDAD

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: \_\_\_\_\_

**HOJA DE REFERENCIA**

NOMBRE DEL MEDICO MAGISTERIAL (MM): \_\_\_\_\_ MUNICIPIO DEL MM: \_\_\_\_\_ TELÉFONO MM: \_\_\_\_\_  
ESPECIALIDAD A LA QUE REFIERE: \_\_\_\_\_ FECHA DE REFERENCIA: \_\_\_\_\_ FECHA DE RECEPCIÓN: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ No. AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_

## INFORMACION CLINICA RELEVANTE

SIGNOS VITALES: TA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg. FC: \_\_\_\_\_ x min. FR: \_\_\_\_\_ x min. T: \_\_\_\_\_ °C. PESO: \_\_\_\_\_ Kg. TALLA: \_\_\_\_\_ cm.

INFORME CLINICO RELEVANTE:

EXAMENES DE LABORATORIO / GABINETE RELEVANTES:

DIAGNOSTICO SEGUN CIE-10, DSM-IV :

FIRMA DEL MEDICO MAGISTERIAL: \_\_\_\_\_

SELLO: \_\_\_\_\_

**HOJA DE RETORNO**

NOMBRE DEL MEDICO ESPECIALISTA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL MEDICO ESPECIALISTA: \_\_\_\_\_  
REFERENCIA DE RETORNO PARA: \_\_\_\_\_ FECHA DE RETORNO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ No. AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_  
FECHA DE RECEPCIÓN DEL RETORNO: \_\_\_\_\_ HORA DE RECEPCIÓN DEL RETORNO: \_\_\_\_\_

RESUMEN DE LA HISTORIA DEL PACIENTE:

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

PLAN A SEGUIR:

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

FIRMA DEL MEDICO: \_\_\_\_\_

SELLO: \_\_\_\_\_



## FORMULARIO DE REFERENCIA Y RETORNO

Anexo No. 8

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

### “HOJA DE REFERENCIA”

- Nombre del Médico Magisterial: Se escribirá el nombre completo del Médico Magisterial que emite la referencia.
- Sede del Médico Magisterial: Se escribirá el municipio y departamento de la clínica del Médico Magisterial que emite la referencia.
- Teléfono del Médico Magisterial: Se escribirá el número de teléfono de línea fija del Consultorio o Policlínico Magisterial.
- Referido a: Se escribirá la especialidad o subespecialidad a la que se envía al usuario y no el nombre del especialista.
- Fecha de Referencia: Se pondrá la Fecha que se emitió la referencia.
- Fecha de recepción: Será llenado por el especialista, y escribirá la fecha en que dio la consulta al usuario.
- Nombre del paciente: Se escribirá el nombre completo del paciente según carné emitido por el ISBM.
- Edad: Se escribirá la edad en años para pacientes adultos, en caso de niños menores de un años se colocara los meses cumplidos, al momento de emitir la referencia.
- 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 informático.
- Resumen de la Historia del Paciente: Se deberá escribir en forma resumida y precisa la historia clínica, la justificación técnica médica y el diagnóstico clínico presuntivo por el cual amerita el paciente la referencia, y por ningún motivo deberá escribirse independientemente que se indicara por control subsiguiente la indicación de paciente conocido o a requerimiento del especialista
- Motivo de la Referencia: Se escribirá el motivo que justifique el control; subsecuente, valorando la necesidad cuando este es a requerimiento del especialista o sub-especialista cuando se indique por control subsecuente se detallara que número correlativo del control y cuando se ha completado el 4º. Control deberá justificar la necesidad de la continuidad en los controles.
- Datos Positivos de laboratorio y gabinete: Se deberá escribir los resultados positivos 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 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 Sistema informático.
- Fecha de recepción del retorno: la fecha en la cual el Médico Magisterial recibe el retorno del paciente.
- Hora de recepción del retorno: se consignara la hora en que el Médico Magisterial recibe el retorno de parte del paciente.
- Diagnóstico: el especialista consignara el diagnostico 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 o Cirujano Maxilofacial.
- 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 periodo.
- Firma y sello del médico al pie de la referencia.

El Médico Magisterial deberá considerar para sus referencias el estándar institucional de:

- a) hasta 3 referencias por año, por Especialidad; a especialistas y sub-Especialistas
- b) hasta 4 referencias al año y hasta 8 terapias familiares cuando el caso lo amerite en el caso de Psicología.
- c) Cuando se trate de un embarazo de alto riesgo este quedará sujeto al criterio del Perinatologo, debiendo documentarse y justificarse.
- d) Una referencia en el caso de odontología, hasta finalizar el plan de tratamiento establecido para el año.

En el caso de que un paciente amerite consultas adicionales con un determinado especialista, este deberá documentarse y justificarse por el Médico Magisterial en el expediente y complementarlo en el resumen de la hoja de referencia, previa autorización del supervisor del área.

## INCAPACIDADES

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.

**Prorroga:** 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 Odontólogo o Cirujano Maxilofacial examina al paciente, **no se pueden extender incapacidades en forma retroactiva.**

**El máximo de tiempo que el Odontólogo o Cirujano Maxilofacial Magisterial puede otorgar por incapacidad es de treinta días, 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 en un periodo no mayor de 48 horas para ser analizada por el Odontólogo 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 Odontólogo o Cirujano Maxilofacial 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 tratante:** en este apartado escribirá de puño y letra la firma tal como la ha registrado en el CSSP y el sello la Junta Respectiva.

**Visto bueno del Odontólogo 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.



INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL

INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL  
PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD

No.

**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL**

DATOS GENERALES

LUGAR Y FECHA DE EMISION: \_\_\_\_\_

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

NÚMERO DE AFILIACION: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

INSTITUCION 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 HOSPITALIZACION: \_\_\_\_\_ FECHA DE ACCIDENTE: \_\_\_\_\_

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

DIAS DE INCAPACIDAD (EN NUMEROS 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 MEDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_  
VISTO BUENO DEL MEDICO REGENTE O EQUIPO MEDICO DE  
LAS DIVISIONES DE SALUD

TODA INCAPACIDAD MAYOR DE TREINTA DIAS NECESITA VISTO BUENO DEL MEDICO REGENTE O EQUIPO MEDICO DE LA  
DIVISION DE SUPERVISION Y CONTROL O DIVISION DE SERVICIOS DE SALUD DEL ISBM

## CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS

El cuadro contiene medicamentos del grupo “A”, los cuales son despachados en farmacias privadas y Red de farmacias CEFAFA y medicamentos del grupo “B” para ser despachado en dispensarios.

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.

**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 magisteriales.

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

ODONT: para ser indicado por odontólogos.

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

**Prioridad:**

**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.

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

## CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS

El cuadro contiene medicamentos del grupo "A", los cuales son despachados en farmacias privadas y Red de farmacias CEFAFA y medicamentos del grupo "B" para ser despachado en dispensarios.

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.

**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 magisteriales.

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

ODONT: para ser indicado por odontólogos.

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

**Prioridad:**

**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.

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

GRUPO "A"

No.	CÓDIGO MEDICAMENTO	NOMBRE GENÉRICO	COMPOSICIÓN	PRESENTACIÓN	NIVEL DE USO	CANTIDAD MÁXIMA
1	10-06001-000	ACEITE MINERAL	Emulsión	FRASCO DE 240 ml	MF-ME	1 FRASCO
2	01-01002-000	ACETAMINOFEN	Jarabe de 120mg/5ml	FRASCO DE 120 ml	MF-ME-ODONT	1 FRASCO
3	01-01001-000	ACETAMINOFEN	Tableta de 500 mg	BLISTER DE 10 TABLETAS	MF-ME-ODONT	30 TABLETAS
4	03-05007-000	ACICLOVIR	Tableta o Cápsula de 400 mg	BLISTER DE 10 TABLETAS	MF-ME-ODONT	30 TABLETAS
5	06-01001-000	ACIDO FOLICO	Tableta de 5 mg	BLISTER DE 10 TABLETAS	MF-ME	30 TABLETAS

GRUPO "B"

No.	CÓDIGO INFORMÁTICA	NOMBRE GENÉRICO	COMPOSICIÓN	PRESENTACIÓN	NIVEL DE USO	CANTIDAD MÁXIMA
1	03-05005-000	ACICLOVIR	Suspension de 200mg/ 5ml	FRASCO DE 125 ml	MF-ME-ODONT	2 FRASCO
2	01-01005-000	ACIDO ACETIL SALICILICO	Tabletas de 100 mg	BLISTER DE 10 TABLETAS	MF-ME	30 TABLETAS
3	02-01001-000	ACIDO VALPROICO SAL SODICA	Solución de 200 mg/ml	FRASCO DE 120 ml	Internista, Neurólogo, Neurocirujano y Pediatra.	6 FRASCOS
4	02-01002-000	ACIDO VALPROICO SAL SODICA	Tableta de 500 mg	BLISTER DE 10 TABLETAS	Internista, Neurólogo, Neurocirujano.	120 TABLETAS
5	16-01011-000	ALENDRONATO SODICO	Tableta de 70 mg	TABLETA INDIVIDUAL	ME	4 TABLETAS



## **BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS**

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: Acetaminofen, Ibuprofeno, Diclofenac
- Antihistaminicos. Clorfenilamina, Loratadina.
- Antiemético: Metoclopramida, Dimihidrinato
- Antihipertensivos: Captopril, Nifedipina, Enalapril
- Otros: Adrenalina, Epinefrina

**A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ No. AFILIACIÓN \_\_\_\_\_

**B. INFORMACIÓN TÉCNICA**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, DE DIAGNOSTICO O DE TRATAMIENTO QUE SE VA A REALIZAR \_\_\_\_\_

NOMBRES DE MEDICAMENTOS Y DOSIS A UTILIZAR (si aplica) \_\_\_\_\_

TIPO DE ANESTESIA (en caso que se necesite) \_\_\_\_\_

**C. DECLARACIÓN DEL PACIENTE O RESPONSABLE DE ESTE**

1. Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de tratamiento. Además, me han explicado los riesgos posibles de la anestesia que se me va a aplicar. Comprendo perfectamente que el procedimiento va a consistir en lo siguiente (en lenguaje sencillo) \_\_\_\_\_

Y que los posibles riesgos más importantes son: \_\_\_\_\_

Y que será realizado por el Doctor \_\_\_\_\_

2. Doy mi consentimiento para que me efectúen el procedimiento escrito arriba y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

3. Doy mi consentimiento para que me administren la anestesia señalada arriba, así como las medidas complementarias que se estimen oportunas.

4. En cualquier caso deseo que me respeten las siguientes condiciones: \_\_\_\_\_

Firma y DUI del paciente \_\_\_\_\_

Firma y DUI de un Testigo \_\_\_\_\_

Firma y DUI de un Testigo \_\_\_\_\_

5. No doy mi consentimiento para que se me efectúe el procedimiento escrito arriba y los procedimientos complementarios que son necesarios para mi salud.

Firma y DUI del paciente \_\_\_\_\_

Firma y DUI de un Testigo \_\_\_\_\_

Firma y DUI de un Testigo \_\_\_\_\_

**D. DECLARACIONES Y FIRMAS**

1. Odontólogo o Cirujano maxilofacial tratante \_\_\_\_\_,  
He informado al paciente del propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de las alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

Sello y Firma del Profesional \_\_\_\_\_

**E. LUGAR Y FECHA** \_\_\_\_\_

## GUÍA DE LLENADO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Consentimiento Informado Escrito es el 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.

Una relación médico paciente adecuada, honesta y cordial, permite transmitir la información pertinente, de una manera empática, para así lograr una autorización entendida, competente y voluntaria. En este documento se presenta el modelo del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial para la adecuada toma del consentimiento. Para que sea legalmente válido es necesario que un miembro del equipo médico explique y describa el procedimiento y que el (la) paciente o su representante lo firme.

### **A. DATOS DEL PACIENTE.**

Este apartado contiene los datos básicos para la identificación del paciente, el cual deberá ser llenado por el tratante.

### **B. INFORMACIÓN TÉCNICA.**

En este apartado se detallara el nombre del procedimiento a realizar, el cual puede ser Procedimiento quirúrgico, de diagnóstico o de tratamiento Odontológico que por su naturaleza ocasione efectos colaterales significativos al usuario. En el caso que se trate de tratamiento Odontológico, se deberá especificar el nombre genérico del o de los medicamentos a utilizar, especificando las dosis completas y el números de días a aplicar dicho tratamiento. Este apartado deberá ser llenado por el tratante.

### **C. DECLARACIÓN DEL PACIENTE O RESPONSABLE DE ESTE.**

En este apartado, el paciente o en los casos, que se trate de menores de 18 años, pacientes que no se encuentren en pleno uso de sus facultades mentales para ejercer este derecho, o de aquellos que por sus condiciones físicas les sea imposible asumir este derecho, deberá ser el familiar establecido de acuerdo a las leyes vigentes, el que deberá llenar y firmar el formulario En este deberá de escribir en lenguaje sencillo lo que el o ella ha entendido del procedimiento o tratamiento que se le propone realizar, así como también describirá los riesgos y el nombre del tratante. Al final de este apartado deberá firmar y estampar su firma, así como la de dos testigos.

### **D. DECLARACIONES Y FIRMAS.**

En este apartado el Tratante escribe su nombre, firma y sella el documento.

### **E. LUGAR Y FECHA.**

En este apartado se detalla el lugar y la fecha en que se celebró dicho consentimiento.