

Dependencia:
Unidad de Desarrollo Institucional



COD
NTAS-002

Versión
0.0

Aprobación
Octubre 2023

Sección Normalización

Norma Técnica y Administrativa en Salud

**Atención de Emergencias
en el ISSS**

NTAS

AUTORIZADO


F. 
Dr. Edwin Roberto Salmerón
Hernández

Gerente de Salud

REVISADO


F. 
Licda. Rosa Alba Quinteros

Jefatura Unidad de Desarrollo
Institucional

APROBADO

F. 

Dra. Mónica G. Ayala Guerrero

Directora General del ISSS

GOBIERNO DE



EL SALVADOR

Contenido

Portada

- I. Propósito
- II. Marco legal y documentos de referencia
- III. Alcance
- IV. Vigencia
- V. Definiciones
- VI. Disposiciones generales
- VII. Disposiciones específicas
 1. Clasificación del paciente a través del TRIAGE
 2. Atención de máxima urgencia
 3. Recepción de paciente en el área de emergencia
 4. Atención médica en emergencia
 5. Criterios de ingreso y observación
 6. Criterios de traslado
 7. Traslado en ambulancia
 8. Criterios de alta
 9. Pacientes fallecidos
 10. Cesantías
 11. Beneficiarios de empleados del ISSS
 12. Plan de emergencia
 13. Relacionadas a los reportes y sistema de evaluación
- VIII. Responsabilidades en la normativa
- IX. Registros y formularios utilizados en el proceso
- X. Personal que participó en el desarrollo de documento
- XI. Registro de actualización del documento
- XII. Anexos
- XIII. Registro de adendas



I. Propósito

Estandarizar el proceso técnico-administrativo para la atención de los pacientes que acuden a los departamentos, servicios y unidades de emergencia habilitadas en los diferentes centros de atención institucionales, tanto hospitalarios como de atención ambulatoria.

II. Marco legal y documentos de referencia

- Constitución de la República de El Salvador
- Código procesal penal
- Código de salud
- Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud
- Ley del Seguro Social
- Ley de transporte terrestre, tránsito y seguridad vial
- Ley para el control del tabaco
- Ley de control y regulación de armas, municiones, explosivos y artículos similares
- Ley nacer con cariño para un parto respetado y un cuidado cariñoso y sensible para el recién nacido
- Ley crecer juntos para la protección integral de la primera infancia, niñez y adolescencia
- Ley especial integral para una vida libre de violencia para las mujeres
- Ley de atención integral para la persona adulta mayor
- Ley especial de inclusión de las personas con discapacidad
- Reglamento general de tránsito y seguridad vial
- Norma para el registro de hechos vitales, Ministerio de Salud
- Normas técnicas de control interno específicas del ISSS (octubre 2022)
- Norma de referencia, retorno e interconsulta ISSS
- Norma otorgamiento de incapacidades temporales y licencias por maternidad a los asegurados del ISSS
- Lineamientos técnicos para realizar el triage en hospitales de la RISS, MINSAL, diciembre 2012
- Lineamientos normativos para la atención de emergencias y hospitalización pediátrica de segundo nivel de atención del ISSS
- Norma para el expediente clínico en el ISSS
- Norma para la prevención y atención de desastres, ISSS
- Lineamiento para la atención ambulatoria de adolescentes en el ISSS



- Manual de normas y procedimientos para la operativización de la prestación médica a beneficiarios (padres e hijos) de empleados del ISSS
- Manual de normas y procedimientos acreditar derechos de atención médica en calidad de cesante y elaborar informes de cuenta individual, ISSS
- Manual de procesos otorgar atención ambulatoria (consulta externa), ISSS
- Manual de normas y procedimientos otorgar atención médica hospitalaria, ISSS
- Manual de normas y procedimientos de atención del parto y recién nacido, ISSS
- Manual de procedimientos para la vigilancia prevención y control de infecciones asociadas a la atención sanitaria, ISSS
- Manual del proceso gestionar trámites de trabajo social, ISSS
- Manual de normas y procedimientos prestar servicios de seguridad institucional, ISSS
- Instructivo para la implementación del Documento Único de Identidad (DUI), para identificar y establecer derecho de atención a los asegurados del ISSS.
- Convenio marco de cooperación entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social
- Instructivo para la operativización de convenio para la prestación de servicios de salud entre el MSPAS y el ISSS. (Elaborado por MSPAS y el ISSS)
- Norma para la operativización del convenio: "Marco de cooperación entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social". (Elaborado por la unidad técnica normativa, mayo 2006)
- Procedimiento "Atención de pacientes referidos por instituciones públicas o privadas según convenios y trámites de cobro por servicios de salud" (Elaborado por la unidad técnico normativa, octubre 2006)
- Guías y protocolos de atención médica
- Acuerdo Dirección General N° 2008-01-0026:
Oficialización y cumplimiento obligatorio de los documentos técnicos creados, modificados o actualizados por el Departamento de Desarrollo Institucional.



III. Alcance

La presente normativa es de observancia obligatoria para los profesionales que brindan atención en salud en los departamentos, servicios y áreas de emergencia habilitadas para atención de adultos en todos los centros de atención que disponen de dicho servicio.

En los centros de atención que brindan servicios de emergencia, observación y hospitalización pediátrica a niñas y niños de 0 a 12 años, aplicarán los “Lineamientos normativos para la atención de emergencia y hospitalización pediátrica de segundo nivel de atención del ISSS” para su funcionamiento.

En los centros que se brinde atención de emergencia a los adolescentes se procederá según lo dispuesto y aprobado por la Gerencia de Salud.

IV. Vigencia

El presente documento normativo tiene un período de vigencia de cinco años a partir de su aprobación y es de estricto cumplimiento.

V. Definiciones

- **Triage:** Es un proceso que evalúa el riesgo clínico y que permite manejar con eficiencia la atención de pacientes, sobre todo, cuando la demanda de atención médica es mayor que los recursos disponibles. Es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos.

VI. Disposiciones generales

1. Todo el personal de salud institucional que presta atenciones de emergencia debe conocer y velar por el estricto cumplimiento de la presente normativa.
2. Los procedimientos establecidos en esta normativa deben ser aplicados a los pacientes para la atención médica de emergencia, según portafolio de servicios institucional.
3. En toda emergencia la finalidad es tratar a los pacientes agudamente enfermos o lesionados (valorar, reanimar y estabilizar).



4. La atención de emergencia es proporcionada a todo paciente cotizante o beneficiario del ICSS que acude a dichas áreas, así como a toda persona no cotizante o no beneficiaria que se presente o sea trasladado con una condición aguda, crítica y excepcional que comprometa su vida. Estos últimos casos, posterior a su manejo inicial y estabilización de sus constantes vitales y hemodinámicas, debe ser referido al centro de atención del sistema nacional de salud correspondiente, para su manejo subsecuente.
5. La atención de emergencia en hospitales, policlínicos y unidades médicas se brinda en los horarios establecidos, según su capacidad instalada y consignados en el portafolio de servicios disponible a nivel institucional.
6. Los centros de atención que disponen de departamento, servicio o área de emergencia son los siguientes:

Red Santa Ana:
<ul style="list-style-type: none">- Hospital Regional Santa Ana (24 horas)- Unidad Médica Metapán (24 horas)- Unidad Médica Ahuachapán (24 horas)
Red Sonsonate:
<ul style="list-style-type: none">- Hospital Regional Sonsonate (24 horas)
Red Santa Tecla:
<ul style="list-style-type: none">- Unidad Médica Santa Tecla (24 horas)- Unidad Médica La Libertad (lunes a viernes de 7:00 am a 3:00 pm)
Red Apopa:
<ul style="list-style-type: none">- Unidad Médica Apopa (24 horas)- Unidad Médica Quezaltepeque (24 horas)
Red Zacamil:
<ul style="list-style-type: none">- Hospital Policlínico Zacamil (24 horas)
Red 15 de Septiembre:
<ul style="list-style-type: none">- Unidad Médica 15 de Septiembre (24 horas)
Red San Jacinto:
<ul style="list-style-type: none">- Unidad Médica San Jacinto (24 horas)- Unidad Médica Zacatecoluca (24 horas)

Red Atlacatl:
- Unidad Médica Atlacatl (24 horas)
Red Ilopango:
- Unidad Médica Ilopango (24 horas)
- Unidad Médica Cojutepeque (lunes a viernes de 7:00 am a 6:00 pm)
- Unidad Médica San Vicente (lunes a viernes de 7:00 am a 3:00 pm, sábado y domingo de 8:00 am a 4:00 pm)
Red Soyapango:
- Unidad Médica Soyapango (24 horas)
Red Usulután:
- Unidad Médica Usulután (24 horas)
- Unidad Médica Santiago de María (24 horas)
- Unidad Médica Puerto El Triunfo (24 horas)
Red San Miguel:
- Hospital Regional de San Miguel (24 horas)
- Unidad Médica La Unión (24 horas)
Hospitales:
- Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico (24 horas)
- Hospital General (24 horas)
- Hospital Materno Infantil Primero de Mayo (24 horas)
- Hospital Amatepec (24 horas)
- Hospital Policlínico Arce – Atención de emergencias en psiquiatría (24 horas)

Fuente: *Distribución de emergencias del ISSS, proporcionada por el Departamento Redes Integradas de Salud. Año 2023.*

- Las unidades médicas de baja complejidad no mencionadas en el listado anterior, clínicas comunales y clínicas empresariales no prestarán servicio de emergencias, con excepción de aquellos casos que en calidad de demanda espontánea y con su capacidad instalada puedan resolver en forma inmediata, proporcionando a los pacientes las primeras medidas tendientes a su estabilización hemodinámica, como parte del manejo previo a su traslado y posterior atención en la unidad de emergencia del centro que corresponda, según la complejidad de cada caso.
- Todos los servicios de emergencia institucionales deben contar con un médico responsable; así mismo con un profesional de enfermería, designados ambos por la dirección local como responsables del personal de estas áreas, según el organigrama y la organización del centro



de atención. En los centros de atención que por su complejidad así lo requiera, estos también tendrán responsabilidades de índole administrativa.

9. Todo el personal que brinda una atención directa al paciente, debe de identificarse por su nombre y dirigirse de forma cortés y amable.
10. El personal de salud posterior a la atención médica, debe brindar al paciente información oportuna y completa de su caso durante su estancia en el centro de atención. Así como a su acompañante, familiar o persona responsable.
11. A todo paciente que acuda a emergencia se le debe realizar el procedimiento de selección por el médico designado por el jefe de emergencia, coordinador de turno o responsable de la emergencia nombrado por la dirección local, quien de acuerdo a la capacidad instalada en el centro de atención gestionará la distribución del personal, para aplicar de la mejor forma el triage propuesto en la presente normativa.
12. Posterior al procedimiento de selección, el personal de recepción debe realizar el registro de la información del paciente en el sistema informático **Módulo recepción de emergencias** y emitir el comprobante de emergencia. Cuando el sistema informático no se encuentre disponible, el personal de recepción manualmente asignará un número correlativo de atención, emitirá comprobante de emergencia y Hoja de consulta (del sistema informático). En caso de no ser posible imprimir Hoja de consulta se proporcionará al personal médico el formulario Hoja de emergencia y atención domiciliar, código SAFISS 130100221 (Anexo 1).
13. El personal de recepción debe comprobar la acreditación al derecho de atención, para lo cual solicitará al paciente presentar su Documento Único de Identidad (DUI) o los otros documentos válidos según el **“Instructivo para la implementación del Documento Único de Identidad (DUI), para identificar y establecer derecho de atención a los asegurados del ISSS”**, vigente. En los casos donde el paciente no disponga del documento descrito en el anterior instructivo según sea el caso para su identificación y no se logre acreditar el derecho por ningún medio, o que no tenga derecho, se procederá de la siguiente manera:
 - a) Si la evaluación clínica indica que el paciente presenta una emergencia médica, se atenderá de manera inmediata, procediendo posterior a su manejo inicial y estabilización de sus constantes vitales y hemodinámicas, a referirlo al centro de atención del sistema



- nacional de salud más cercano y adecuado al nivel de complejidad de la patología atendida.
- b) Si la evaluación clínica indica que el paciente presenta una urgencia médica, se podrá atender previa evaluación y autorización del jefe, coordinador, responsable nombrado por la dirección local, o el coordinador de turno, lo cual será consignado por el personal de recepción en la Hoja de consulta o en el formulario Hoja de emergencia y atención domiciliar, código SAFISSS 130100221 (Anexo 1) y bajo la condición de presentar durante la estancia en el departamento, servicio o área de emergencia el documento requerido. Si esto último no se cumple en dicho lapso, el paciente será referido al centro de atención del sistema nacional de salud más cercano para continuar su manejo.
 - c) Si la evaluación clínica indica que el paciente presenta una afección o patología de carácter ambulatorio, se debe referir, dejando constancia de ello con el formulario Hoja de referencia y retorno, código SAFISSS 130100239 (Anexo 2), al centro de atención correspondiente de acuerdo a su sitio de residencia, brindándole las recomendaciones pertinentes y haciendo énfasis en la importancia de presentar en la consulta respectiva en ese centro su Documento Único de Identidad (DUI).
14. En el centro de atención el paciente debe ser identificado previo a cualquier procedimiento y/o acto médico.
15. El médico del servicio de emergencia que brinda la atención médica al paciente, debe registrar en el expediente clínico electrónico del sistema informático **Módulo recepción de emergencias** la atención brindada. En los casos que no esté disponible este sistema, se registrará en la **Hoja de consulta o en el formulario Hoja de emergencia y atención domiciliar**, código SAFISSS 130100221 (Anexo 1) de forma manual.
16. El médico del servicio de emergencia, en caso de que el estado del paciente amerite incapacidad deberá completar los campos requeridos, escribir el diagnóstico presuntivo o definitivo, indicar la fecha de inicio y finalización de la misma, así como la cantidad de días de incapacidad a otorgar, firmar y sellar la Certificación de Incapacidad Temporal, código SAFISSS 130100040 / 130100041 (Anexo 3), según la **Norma otorgamiento de incapacidades temporales y licencias por maternidad a los asegurados del ISSS**, vigente.
17. El médico de emergencia que extienda una referencia médica, deberá elaborarla cumpliendo lo establecido en la **Norma de referencia, retorno e interconsulta ISSS**, vigente.

18. El original del formulario de Hoja de referencia y retorno, código SAFISS 130100239 (Anexo 2), deberá ser entregada al paciente o persona responsable del cuidado de éste (familiar, personal de enfermería, camillero, entre otros) según el caso lo amerite y el duplicado deberá anexarse al expediente.
19. Cuando el médico de emergencia como resultado de la atención que le brinda al paciente le indique: Ingreso en dicha área o la realización de un procedimiento médico quirúrgico, la autorización o denegatoria respectiva a éste deberá ser efectuada por parte del paciente mismo, uno de sus familiares adultos o la persona cercana responsable a través del correcto llenado del formulario denominado Consentimiento informado para ingreso, procedimiento o intervención quirúrgica, código SAFISS 130100014 (Anexo 4), donde deberá firmar o reflejar su huella (si no puede firmar), además de escribir su número de Documento Único de Identidad. Este formulario deberá ser adjuntado al expediente clínico, a excepción de los casos descritos en el artículo 18 de la Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud.
20. Cuando el médico de emergencia defina un plan de manejo ambulatorio que requiera la administración de medicamentos parenterales, deberá administrarse en el área determinada en el centro de atención por la Dirección local.
21. Los médicos de emergencia no extenderán ningún tipo de documento (recetas, incapacidades, boletas de exámenes de laboratorio o estudios de gabinete, entre otros) si éstos no son derivados de una atención médica consignada en la hoja de consulta correspondiente. Los profesionales antes mencionados también deberán llenar toda la papelería vigente que corresponda, ya sea de carácter institucional o externo (censos de consulta, incapacidades, hojas de reporte obligatorio, FONAT, ISDEMU, entre otros requeridos) para efectos de vigilancia epidemiológica, detalle de gastos de insumos, estadística, entre otros.
22. El personal de recepción / personal de secretaría / colaborador clínico / personal de enfermería, deberán complementar la documentación generada de las atenciones médicas de emergencia y las incapacidades. Los datos de identificación de los pacientes en los formularios institucionales, serán completados de acuerdo a los campos disponibles en cada uno de ellos (recetas médicas, órdenes de laboratorio, muestras e incapacidades médicas, entre otros). Tal información podrá ser tomada del documento de identificación requerido por

el ISSS (DUI, carné de minoridad, tarjeta de afiliación), expediente clínico, los sistemas informáticos del ISSS, contraseña de otorgamiento de cita o cualquier otro medio que el ISSS ponga a disposición.

23. El personal de recepción / personal de secretaría / colaborador clínico / personal de enfermería, deberán complementar la información de las incapacidades y las registrará en el libro de control interno o controles respectivos.
24. El personal de secretaria clínica / personal de recepción / colaborador clínico o personal de enfermería asignado al área de emergencia, debe de anexar el formulario Hoja de referencia y retorno a la Hoja de consulta o formulario Hoja de emergencia y atención domiciliar, código SAFISSS 130100221 (Anexo 1) y documentación generada de la atención médica.
25. El personal del área de recepción y de archivo deberá archivar las hojas de consulta resultante de todos y cada uno de los casos atendidos en la emergencia, según lo establecido en la **Norma para el expediente clínico ISSS**, vigente y el **Manual de procesos gestionar expedientes clínicos**, vigente. La administración local o responsable de registros médicos deberá coordinar y supervisar dicho proceso.
26. El personal de secretaria clínica / personal de recepción / colaborador clínico o personal de enfermería asignado al área de emergencia, deberá elaborar diariamente un Boletín de remisión (original y copia), detallando las Hojas de consulta o de formularios de Hoja de emergencia y atención domiciliar, código SAFISSS 130100221 (Anexo 1), enviar el original al archivo clínico y resguardar la copia.
27. El personal de secretaria clínica / personal de recepción / colaborador clínico o personal de enfermería, deberá realizar los requerimientos médicos / administrativos para el ingreso del paciente, según lo dispuesto por la Dirección local.
28. Cuando el paciente sea referido por personal médico de alguno de los centros de atención del sistema nacional de salud a una emergencia del ISSS, deberá presentar:
 - a) La hoja de referencia e interconsulta (del Ministerio de Salud) con la información completa del tratamiento proporcionado, a fin que se dé continuidad al problema que motivo la atención.



- b) Cuando la referencia se trate de una emergencia, el personal de salud del centro de atención del sistema nacional de salud debe comunicar previamente el estado clínico del paciente al personal de salud que lo recibirá en el establecimiento de destino, coordinando el traslado y acompañamiento por el personal de salud. (*)
 - c) En casos específicos en que así sea requerido por la alta complejidad de sus patologías, le será solicitado al centro de salud referente el expediente clínico completo, siguiendo los canales institucionales de custodia del expediente clínico.
29. Los pacientes que sean ingresados temporalmente al área de observación tienen derecho a recibir visitas durante su estancia, salvo excepciones por prescripción médica y, en todo caso, de acuerdo a las normas vigentes.
30. Cada centro de atención deberá aplicar e implementar las medidas establecidas para el adecuado comportamiento de los pacientes, acompañantes y visitantes durante su estancia en emergencia, tales como: guardar el debido respeto a todo el personal médico, paramédico, de enfermería y de servicios de apoyo de la institución, no portar ningún tipo de armas y prohibido fumar en los centros de atención del ISSS.
31. Para el caso de los formularios con código SAFISSS contenidos en éste documento, se detallará el nuevo código SAFISSS del SAP- S/4 HANA, los formularios que estén impresos con el código anterior SAFISSS se deberán seguir utilizando hasta agotar existencias o hasta que los mismos sean actualizados con el nuevo código.

(*) De acuerdo a Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta en la RIIS, MINSAL 2016.



VII. Disposiciones específicas

1. Clasificación del paciente a través del TRIAGE

1. El triage será aplicado por el personal médico asignado a la selección, con el objeto de realizar la priorización de atención a los pacientes.
2. El triage será la puerta de entrada al proceso de atención de emergencia.
3. El triage de emergencia institucional será un proceso rápido y dinámico, en el que se clasificará sistemáticamente la prioridad del paciente, a fin de asignar eficientemente los recursos de emergencia, y que todos los pacientes que se presentan solicitando atención, sean clasificados según su estado clínico.
4. El triage de emergencia institucional clasificará a los pacientes que soliciten atención según el criterio de gravedad, utilizando la estrategia establecida en el presente documento, derivando al paciente de manera oportuna y personalizada si la gravedad del mismo lo requiere, al área correspondiente según su estado clínico y compromiso hemodinámico.
5. La estrategia triage a nivel institucional está basada en el establecimiento y clasificación de riesgos según niveles o categorías, en función de los síntomas que expresa el paciente en el momento del primer contacto y los signos observados por el profesional que lo realiza en la emergencia. El diagnóstico sindrómico, clínico o por síntomas, no deberá ser establecido en la selección, sino a través de atención médica correspondiente.
6. La estrategia triage constará de 5 niveles de prioridad, atribuyéndole a cada una de estas categorías o niveles, un color y de acuerdo a éste un tiempo estimado de atención. La implementación de la estrategia triage se realizará tomando en cuenta las condiciones y características propias de cada centro de atención.
7. Los determinantes generales para clasificar a un paciente por categorías serán los siguientes: Existencia de riesgo vital, dolor, hemorragia, alteración en el nivel de conciencia, temperatura elevada y agudeza de la afección (tiempo de evolución).
8. Los niveles de prioridad de la estrategia triage (*) son los siguientes:

Triage médico - quirúrgico	
Nivel 1 (color rojo)	Paciente con emergencia vital o con riesgo vital evidente, en situación que amenaza la vida o con riesgo de pérdida de una extremidad u órgano.
- Tiempo de atención por médico y enfermera: Atención inmediata.	
Nivel 2 (color naranja)	Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica, cuyo problema representa un riesgo de inestabilidad o complicación.
- Tiempo estimado de atención por médico: Entre 15 y 45 minutos.	
Nivel 3 (color amarillo)	Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica sin riesgo evidente de inestabilidad o complicación inmediata.
- Tiempo estimado de atención por médico: Entre 45 y 120 minutos.	
Nivel 4 (color verde)	Paciente con afección no urgente.
- Tiempo estimado de atención por médico: Igual o mayor de 120 minutos.	
Nivel 5 (color azul)	Paciente con afección no urgente de carácter ambulatorio.
- Tiempo estimado de atención por médico: Este paciente puede ser referido a la consulta externa de cualquier centro de atención, para su manejo de carácter ambulatorio.	
(*) Niveles de clasificación de la Manchester System Triage, con modificaciones por consenso de expertos institucionales del área.	

9. En el caso de las pacientes con patologías gineco-obstétricas en las áreas de emergencia donde éstas fueran evaluadas por especialistas del área específica, médicos familiares o médicos generales, se aplicará un triage con 3 categorías o niveles.

10. Los determinantes para clasificar el nivel de riesgo de las pacientes con patologías gineco-obstétricas serán: Riesgo vital materno o fetal, edad gestacional, dolor, hemorragia, alteración en el nivel de conciencia, temperatura elevada y agudeza de la afección (tiempo de evolución).

11. Los niveles de prioridad de la estrategia triage para pacientes ginecología y obstetricia (*) son los siguientes:

Triage de ginecología y obstetricia	
Nivel 1 (color rojo)	Paciente de emergencia con riesgo vital materno o fetal evidente.
- Tiempo de atención por médico y enfermera: Atención inmediata.	
Nivel 2 (color amarillo)	Paciente en trabajo de parto o con compromiso hemodinámico materno o fetal primario o secundario a patología médica concomitante.
- Tiempo estimado de atención por médico: Entre 30 y 120 minutos.	
Nivel 3 (color verde)	Paciente sin compromiso hemodinámico o con patología ginecológica y obstétrica de menor complejidad, que puede ser referido a consulta externa.
- Tiempo estimado de atención por médico: Igual o mayor a 120 minutos	
(*) Consenso de expertos institucionales del área.	

2. Atención de máxima urgencia

12. Cuando el paciente sea clasificado según el triage en nivel 1 (color rojo) deberá ser atendido como máxima urgencia y de manera inmediata en el área establecida en el centro de atención.
13. Se deberá realizar acto médico para estabilizar al paciente, realizar tratamiento médico terapéutico y realizar procedimientos diagnósticos, correspondientes.
14. Si el paciente en estado crítico – nivel 1 (color rojo) no está adscrito al régimen del ISSS o no porta documento de identificación personal, deberá brindársele atención médica de manera inmediata.
15. El médico de emergencia completará en el sistema informático **Módulo recepción de emergencias** la Hoja de consulta denominada **Historia clínica general u hoja de evolución** (si



aplicará) y decide el destino de atención del paciente. De no estar disponible el sistema, deberá registrar la información en el formulario **Hoja de emergencia y atención domiciliar**, código SAFISSS 130100221 (Anexo 1) de forma manual.

16. Cuando el paciente no se encuentre en capacidad de proporcionar sus datos, el personal de recepción / asistente clínico / personal de enfermería, debe acudir al lugar donde se le está atendiendo para obtener la información requerida del acompañante, familiar o persona responsable que lo identifique. En caso de no poder identificarlo, se registrará en el sistema con base a los parámetros establecidos para paciente no identificado.
17. Si el paciente no porta documentos, el personal de recepción / trabajo social / punto seguro, serán los encargados de verificar a través de la OVISSS, si el paciente tiene o no derecho a ser atendido antes de ser enviado a otro hospital, dejando constancia física de dicha consulta en el expediente clínico.
18. El personal de enfermería / personal de recepción o colaborador clínico deberán completar los registros de atenciones de máxima urgencia y otros documentos según corresponda.
19. En caso de que el paciente sea hospitalizado el personal de enfermería deberá: trasladarlo al servicio de hospitalización (según procedimiento respectivo) con la Hoja de consulta y el comprobante de atención de emergencia para el proceso de ingreso, la Hoja de ingreso, observación, hospitalización y alta, código SAFISSS 130100332 (Anexo 5) y la Hoja de consentimiento informado para ingreso, procedimiento o intervención quirúrgica, código SAFISSS 130100014 (Anexo 4). Debe realizar toma de signos vitales al paciente y cumplir las indicaciones médicas. Acompañar al paciente a la realización de los exámenes que requiera y preparar el expediente para el ingreso.
20. En caso de fallecer el paciente, deberá ser trasladado a la morgue o área designada localmente (ver apartado de muerte intrahospitalaria).

3. Recepción de paciente en el área de emergencia

21. El personal de recepción / personal de secretaría clínica / colaborador clínico o personal de enfermería de emergencia, deberá verificar el derecho para la prestación de servicio.

22. Para otorgar servicios de salud, se solicitará al paciente únicamente el siguiente documento según sea cada caso:

DUI (Mayores de 18 años)	Tarjeta de afiliación	Carné de minoridad (Menores entre 12 y 17 años ambas edades inclusive)	Certificado único de cesantía
<ul style="list-style-type: none"> Trabajador activo Atleta de alto rendimiento* Beneficiario Pensionado 	<ul style="list-style-type: none"> Extranjeros (Trabajador activo, Atleta de alto rendimiento*, beneficiario, pensionado) Niños menores de 12 años 	<ul style="list-style-type: none"> Trabajador activo Atleta de alto rendimiento* Beneficiario 	<ul style="list-style-type: none"> Trabajador cesante Beneficiaria Embarazada

(*) Según vigencia de convenio.

23. La presentación del Documento Único de Identidad vencido de parte de los trabajadores o sus beneficiarios mayores de dieciocho años de edad, no será limitante o causa para no proporcionar los servicios de salud; no obstante, el Instituto tendrá la obligación de verificar la vigencia de las cotizaciones canceladas.

24. Para la atención a beneficiarios y niños menores de 12 años, no será necesario solicitar el documento de identificación de la persona que genera derecho.

25. Todo derecho habiente que pueda demostrar que tiene un impedimento legal para que se extienda su DUI y que se encuentra realizando el trámite para obtenerlo ya sea con la documentación respectiva como resoluciones, constancias u otros similares emitidas por el Registro Nacional de la Personas Naturales (RNPN) u otra autoridad competente, deberá presentar a la sección de aseguramiento de las oficinas administrativas del ISSS, agencias o sucursales administrativas del interior del país, según sea el caso, a tramitar un "Comprobante de autorización temporal (asegurados sin DUI)" que le servirá para acreditar tal circunstancia y justificar la no presentación del DUI, al momento de solicitar los servicios de salud. Dicho comprobante tendrá un período de vigencia de seis meses, que podrá prorrogarse por períodos iguales, en los casos que sea procedente.

26. Para los casos en que el paciente no porta su DUI, se le solicitará el comprobante (emitido por cualquiera de las dependencias descritas en el numeral anterior) y la tarjeta de afiliación (si aún la posee), licencia de conducir, pasaporte u otro documento emitido por autoridad pública, con el fin de identificarle y buscar en el aplicativo correspondiente los datos necesarios para acreditar derechos de atención. Los casos no contemplados en este documento, se solicitará apoyo al centro de llamadas.

27. Si el nombre del paciente en el documento de identificación o en la papelería institucional (recetas, órdenes de examen, entre otros) no coincide con el registrado en los sistemas informáticos del ISSS, se validará el derecho y otorgará el servicio solicitado; no obstante, el empleado del ISSS que detecte tal situación, entregará hoja de requisitos al paciente para que actualice sus datos en la sección aseguramiento, agencias o sucursales administrativas.
28. Se le debe informar al asegurado que una vez actualice su nombre en la sección aseguramiento, agencias o sucursales administrativas, se acerque al archivo clínico del centro de atención donde recibe servicios de salud, a fin que éste actualice la carátula del expediente clínico conforme al comprobante de actualización emitido o su documento de identidad, para prevenir inconsistencias en el llenado de papelería institucional al momento de recibir los servicios solicitados.
29. Después de validar derecho en la recepción de emergencia, no será necesario validarlo nuevamente si se solicita realización de procedimientos, dispensación de medicamentos u otro servicio, siempre y cuando la solicitud sea el mismo día de la atención médica y en el mismo centro de atención. Si un paciente es referido a otro centro de atención del ISSS, se respetará la validación y en caso hubiere contradicción, se garantizará la atención hasta que trabajo social verifique el derecho en oficinas centrales.
30. Los encargados de la verificación del derecho de atención deberán devolver el documento de identificación al paciente, inmediatamente después de haber verificado su identidad y el derecho en los sistemas informáticos del ISSS correspondientes.
31. Si un paciente presenta más de un estatus que le acredita derecho (en el sistema informático del ISSS correspondiente), se registrará según el orden siguiente:

Estado de acreditación de derecho	Descripción
1	El estatus de trabajador activo tendrá el primer nivel de prioridad de selección sobre todos los demás estatus.
2	El estatus de atleta de alto rendimiento, tendrá el segundo nivel de prioridad de selección.
3	Si no es trabajador activo, el estatus de pensionado tendrá el tercer nivel de prioridad de selección.
4	El estatus de beneficiario tendrá el último nivel de prioridad de selección.

32. En casos de emergencias que pongan en riesgo la vida del paciente, si las cotizaciones no están actualizadas en el sistema informático, se aplicarán los protocolos médicos establecidos.
33. Si la tarjeta de beneficiario de hijo menor de 12 años estuviese vencida. El ISSS brindará la atención, siempre y cuando se haya verificado el derecho por los medios establecidos por el ISSS. En este caso, se perforará la mencionada tarjeta de afiliación y se le solicitará al padre o madre cotizante que se acerque a las oficinas administrativas centrales, agencia o sucursal administrativa más cercana, para hacer la renovación y poder ser atendido en la próxima consulta.
34. A los pacientes que presenten su documento de identificación (según lo solicita el ISSS) y no les aparezca actualizado su derecho de atención el sistema informático, el encargado deberá verificar en el sistema de consulta administrativas (WDH) (conocida como “Web de impacto” u OVISSS), sección control de ingresos o en los medios que el ISSS ponga a disposición para ello.
35. El personal supervisor de enfermería, personal de enfermería, trabajo social o médico de emergencia deberá dar aviso a Policía Nacional Civil o Fiscalía General de la República cuando el médico tratante considere que existen evidencias que el paciente ha sido víctima de violencia. Además, deberá llevarse un registro del nombre, fecha y hora de quien recibió la llamada.
36. Se brindará atención de emergencia para los trabajadores cesantes, solamente en aquellos casos en que se presenten descompensaciones agudas de la enfermedad o complicaciones agudas que se deriven de la enfermedad por la que está siendo tratado en la especialidad autorizada, toda vez que estén dentro del período de un año que permite el Reglamento para la aplicación del régimen del seguro social (ver apartado de cesantías).

4. Atención médica en emergencia

37. El médico deberá completar la información pertinente y requerida (generada de la atención brindada al paciente) en la hoja de consulta denominada **Historia clínica general u hoja de evolución**, del sistema informático **Módulo recepción de emergencias**. De no estar disponible

el sistema, deberá registrar la información en el formulario **Hoja de emergencia y atención domiciliar**, código SAFISS 130100221 (Anexo 1) de forma manual.

38. El médico de emergencia establecerá un diagnóstico sindrómico, específico o por síntoma a través de la consulta médica, apoyándose en los casos que así lo requieran de las pruebas de laboratorio y gabinete respectivas disponibles a nivel institucional, de manera específica según la sospecha.
39. Todo paciente pendiente de reporte de estudio o exámenes de laboratorio, al contar con los resultados deberá ser priorizado su seguimiento por parte del médico tratante o médico encargado del área.
40. Las atenciones médicas brindadas y los procedimientos realizados en la emergencia deberán ser registradas en el censo respectivo.
41. Una vez establecido el diagnóstico, el médico tratante deberá categorizar al paciente de acuerdo a su estado, a fin de brindar el tratamiento idóneo, que incluya la mejor decisión de continuidad terapéutica.
42. El tratamiento definido podrá incluir indicaciones farmacológicas y no farmacológicas, y dentro de estas últimas podemos mencionar las diferentes salidas al proceso de atención, donde el paciente podrá ser derivado desde la emergencia hacia:
 - a) Domicilio (Alta).
 - b) Traslado a emergencia de mayor nivel de complejidad.
 - c) Ingreso a máxima urgencia, área de observación, servicios de hospitalización, sala de operaciones y área de labor de parto.
 - d) Referencia o retorno a medicina general o especialidad de la consulta externa del propio establecimiento, aplicando la clasificación y estratificación de riesgo (rojo, amarillo y verde), en base a los **Criterios y requisitos de referencia, retorno o interconsulta según estratificación de riesgo de las especialidades y subespecialidades del ISSS**, descritos en la **Norma de referencia, retorno e interconsulta ISSS**, vigente y la **Norma para la atención por riesgo en la consulta externa del ISSS**, vigente.
 - e) Referencia a medicina general, especialidad o subespecialidad de la consulta externa de otro centro de atención, donde se ofrezcan las atenciones requeridas para el manejo del paciente, en base a los **Criterios y requisitos de referencia, retorno o interconsulta según**

estratificación de riesgo de las especialidades y subespecialidades del ISSS, descritos en la **Norma de referencia, retorno e interconsulta ISSS**, vigente y la **Norma para la atención por riesgo en la consulta externa del ISSS**, vigente.

- f) Referencia a otras áreas o servicios no listados anteriormente y que se encuentren disponibles en el propio centro de atención o en otro de la red institucional.
 - g) Referencia al centro de atención de la red del Ministerio de Salud cuando el paciente no sea asegurado, posterior a su manejo inicial y estabilización de sus constantes vitales y hemodinámicas.
43. El personal de secretaria clínica / el personal de recepción / personal de enfermería, deberá completar los formularios de Hoja de referencia y retorno cuando un paciente sea referido a otro centro de atención; además, deberá actualizar el libro de control respectivo y entregar al médico / personal de enfermería / motorista de ambulancia el formulario de Solicitud de traslado de pacientes en vehículos tipo ambulancia, código SAFISSS 130100411 (Anexo 6), para el traslado del paciente.
44. Cuando el médico indique el ingreso de un paciente al área de observación u otras áreas hospitalarias, completará los documentos del expediente clínico incluyendo Hoja de emergencia y atención domiciliar, código SAFISSS 130100221 (Anexo 1), Hoja de ingreso, observación, hospitalización y alta, código SAFISSS 130100332 (Anexo 5) y Consentimiento informado para ingreso, procedimiento o intervención quirúrgica, código SAFISSS 130100014 (Anexo 4).
45. Si el ISSS otorga una incapacidad posterior a una atención, el encargado (Personal de enfermería, colaborador clínico o personal de secretaría clínica) de despachar al paciente le informará que debe solicitar a su empleador que complemente en el formulario extendido el nombre y número patronal y si la incapacidad genera subsidio, también firmará y sellará los campos correspondientes de dicho formulario.
46. Si el paciente es derivado al área de pequeña cirugía, no podrá ingresar con acompañante (salvo excepciones médicas), ya que el área es de acceso restringido. Asimismo, el ingreso del personal al área de pequeña cirugía, deberá cumplir con lo establecido en la **Manual de procedimientos de salud - Vigilancia prevención y control de infecciones asociadas a la atención sanitaria**, vigente.



47. Si de acuerdo al plan de manejo médico el paciente no requiere ingreso, controles o referencia, se le completará la documentación y recetas por el personal de secretaría clínica / colaborador clínico / personal de recepción / personal de enfermería para manejo ambulatorio.
48. Se deben utilizar racionalmente los insumos médicos y equipos proporcionados por la institución, destinados a la atención del paciente, así como reportar su deterioro o extravío de forma inmediata, a las instancias correspondientes.
49. Se debe ofrecer a los pacientes únicamente los servicios, medicamentos y estudios diagnósticos disponibles a nivel institucional, que se encuentran dentro del portafolio de servicios de emergencia en cada uno de los centros de atención descritos anteriormente que disponen de ésta área.
50. En el caso específico de las pruebas de laboratorio, las indicadas serán las definidas en la **Norma general de laboratorio clínico del ISSS** vigente (Anexo 7) y el **Portafolio de servicios de salud**, para los diferentes niveles de atención. En aquellos casos que se requieran otros exámenes que no están incluidos en la lista especificada, deberán estar justificados y autorizados por el jefe o coordinador de emergencia o por el coordinador de turno.
51. Se utilizará durante la ejecución de las actividades vestimenta apropiada, respetando las medidas de bioseguridad establecidas, según el área específica donde se desempeña y según la **Normativa para la concesión y uso de uniformes a trabajadores del ISSS** vigente.
52. El término "**código uno**" se utiliza en nuestro medio para indicar a todo el personal, que existe un paciente que requiere atención médica inmediata o reanimación, a menudo resultado de paro respiratorio o cardíaco. Cada centro de atención deberá determinar y organizar qué personal específico proporcionará la cobertura en los casos de código uno.
53. Los términos "**código rojo obstétrico**", "**código naranja obstétrico**" y "**código amarillo obstétrico**", son los códigos que se utilizan para indicar a todo el personal, que existe una mujer embarazada o postparto que requiere atención médica inmediata. Código rojo se utiliza en los casos de hemorragia durante el período post parto, código naranja se utiliza para trastornos hipertensivos del embarazo (enfermedad severa y sus complicaciones) y código amarillo se utiliza para los casos de sepsis asociada a embarazo o puerperio. Cada centro de



atención deberá determinar y organizar al personal específico que proporcionará la cobertura en estos casos.

54. El personal médico, de enfermería y paramédico de emergencia deben brindar atención de emergencia a la mujer embarazada que presente un parto inminente.
55. El personal médico, de enfermería y paramédico de emergencia deberán actualizar de manera periódica sus conocimientos y entrenamiento en soporte vital cardíaco avanzado, básico u otro equivalente de reanimación, códigos obstétricos (rojo, naranja y amarillo), atención de parto inminente, entre otros, a través de las dependencias institucionales pertinentes.
56. Los medicamentos autorizados disponibles tanto para la atención de casos de reanimación cardiopulmonar (RCP) como de urgencias están definidos en los **Lineamientos técnicos para la reanimación cardiopulmonar en el ISSS**.
57. Los estudios de gabinete necesarios como ayuda diagnóstica en el proceso de atención en las unidades de emergencia del ISSS serán las definidas en el documento normativo **Procedimientos de radiología de imágenes del ISSS** vigente, de acuerdo a la capacidad instalada del centro de atención.

5. Criterios de ingreso y observación

58. Todo paciente que sea remitido al área de observación debe ser acompañado por personal de enfermería o auxiliar de servicio (de ser necesario) con la Hoja de emergencia y atención domiciliar, código SAFISSS 130100221 (Anexo 1), Hoja de ingreso, observación, hospitalización y alta, código SAFISSS 130100332 (Anexo 5) y Consentimiento informado para ingreso, procedimiento o intervención quirúrgica, código SAFISSS 130100014 (Anexo 4).
59. El personal de enfermería que recibe al paciente en el área de observación (en los centros que apliquen), lo identificará con su brazalete respectivo y los datos de su expediente clínico, verificando que este completo y deberá registrarlo en el Libro de registro de ingresos y altas y en el formulario de Movimiento diario de pacientes hospitalizados, código Form. 217-84-09-022 (Anexo 8).



60. Todo paciente que sea ingresado en el área de observación, debe ser evaluado por el médico asignado y registrarlo o documentarlo en el expediente clínico.
61. El personal de enfermería del área de observación debe cumplir los cuidados de enfermería e indicaciones médicas, dejando registro de lo realizado en el expediente clínico.
62. Los pacientes deben estar al cuidado del personal de emergencia idealmente por un máximo de 48 horas en el área de observación, con el objetivo de formular diagnósticos, ingreso, referencia o definición de alta, una vez restablecido del problema de salud agudo que le aqueja. En los casos debidamente justificados, en los que se supere el tiempo de estancia, el médico deberá dejar consignado en el expediente clínico los motivos que provoquen la extensión de la permanencia del paciente en el área de observación.
63. Deberán considerarse los ingresos hospitalarios en aquellos pacientes que presenten:
 - a) Infecciones agudas que requieran de vigilancia médica y tratamiento endovenoso de uso hospitalario.
 - b) Pacientes, con una o más patologías crónicas controladas, que presenten enfermedad aguda concomitante que requiera vigilancia médica y tratamiento endovenoso o agudización de su patología crónica establecida.
 - c) Intolerancia a la vía oral con alteración en los signos vitales.
 - d) Pacientes que no mejoren con tratamiento oral y ameriten tratamiento endovenoso.
 - e) Pacientes con enfermedad aguda que por riesgo social ameriten observación.
 - f) Pacientes con dificultad respiratoria en cualquier grado.
 - g) Todo aquel paciente cuyas características de su estado clínico ameriten vigilancia médica, según evaluación efectuada.
64. Posterior al alta del paciente del área de observación, el expediente clínico con los formularios Hoja de ingreso, observación, hospitalización y alta, código SAFISSS 130100332 (Anexo 5) y Consentimiento informado para ingreso, procedimiento o intervención quirúrgica, código SAFISSS 130100014 (Anexo 4), deberán ser enviados por el personal de secretaría / colaborador clínico / personal de enfermería al archivo clínico a través del Boletín de remisión, código SAFISSS 130101312 (Anexo 9) en original y copia.
65. A todo paciente que exija el alta (egreso voluntario) del servicio de observación, el médico debe explicarle las posibles consecuencias de negarse a recibir el tratamiento indicado y le

solicitará (al paciente) que firme o coloque sus huellas digitales en la hoja Consentimiento informado para ingreso, procedimiento o intervención quirúrgica, código SAFISSS 130100014 (Anexo 4), una vez que ha sido llenada completamente la denegatoria. El médico debe documentar en el expediente clínico la denegatoria del paciente.

6. Criterios de traslado

66. Todo paciente que amerite referencia a otro centro de atención, ya sea por ingreso, observación, realización de exámenes o estudios de gabinete no disponibles en el centro referente, según portafolio de servicios o por no disponer el centro referente de un horario continuo, deberá ser coordinado su traslado al centro de atención de la red donde ésta se garantice y efectúe.
67. El responsable directo de la atención del paciente (médico tratante) deberá realizar la gestión y coordinación pertinente para garantizar la continuidad de la atención, por lo que deberá referirlo de manera oportuna al establecimiento institucional de la red o del nivel correspondiente, según sea el caso. los documentos normativos correspondientes
68. Cuando se requiera referir a un paciente de un centro de atención a otro:
- El médico tratante verificará que las condiciones del traslado del paciente sean óptimas.
 - Dependiendo de las condiciones clínicas del paciente, el médico tratante decidirá cuál de los miembros del personal de salud lo acompañará.
 - Si el médico tratante es único en su especialidad o en el área designada, podrá delegar el cuidado del paciente durante el traslado en un médico de otra área, o en otro miembro del personal de salud.
 - El responsable del traslado entregará al médico de emergencia en el centro de atención receptor, previa coordinación, el cuidado del paciente y la continuidad de atención del mismo, así como la Hoja de referencia y retorno, código SAFISSS 130100239 (Anexo 2) elaborada.
69. El personal de enfermería que efectúa el trámite de traslado de pacientes, solicitará el servicio de ambulancia para el traslado a otro centro de atención, previa autorización del médico tratante. Los documentos serán entregados al encargado con la Solicitud de traslado de pacientes en vehículos tipo ambulancia, código SAFISSS 130100411 (Anexo 6).



70. El duplicado de la Hoja de referencia y retorno, código SAFISSS 130100239 (Anexo 2), deberá agregarse a la hoja de emergencia y enviarse a través del Boletín de remisión, código SAFISSS 130101312 (Anexo 9) original y copia al archivo clínico.

7. Traslado en ambulancia

71. Las ambulancias son consideradas vehículos de emergencia, y se rigen por: la Ley de transporte terrestre, tránsito y seguridad vial, el Reglamento general de tránsito y seguridad vial, los documentos normativos correspondientes y las indicaciones de la jefatura del Departamento de traslados y apoyo a emergencias médicas del ISSS.
72. El traslado de pacientes deberá ser realizado utilizando las ambulancias institucionales en las mejores condiciones de seguridad posibles, sin olvidar la rapidez y la comodidad, tanto para el paciente como para el personal institucional.
73. El traslado en ambulancia u otro vehículo institucional de un centro de atención a otro, al formar parte del proceso de atención, será de carácter obligatorio para el paciente, por lo que si éste optara por movilizarse a través de sus propios medios, independientemente de su condición, deberá de firmar una denegatoria de atención, tanto en la hoja Consentimiento informado para ingreso, procedimiento o intervención quirúrgica, código SAFISSS 130100014 (Anexo 4) como en la Hoja de emergencia y atención domiciliar, código SAFISSS 130100221 (Anexo 1), por las implicaciones pertinentes de no ser llevado por el personal institucional a su destino indicado. En caso que la decisión sea tomada por el familiar o familiares responsables del paciente, deberá ser uno de ellos, previa identificación, quien deberá firmar las hojas anteriores y la nota de denegatoria exonerando a la Institución de toda responsabilidad.
74. Cuando la condición del paciente sea crítica y éste requiera transporte medicalizado, (entendido este como el llevado a cabo en una unidad de intervención con equipo avanzado, y que incluye para el traslado del paciente un médico entrenado junto al personal de enfermería o auxiliar de enfermería) será responsabilidad del jefe o coordinador de emergencia la solicitud de dicho transporte al centro de atención que cuente con la disponibilidad del mismo, cabeza de red, central de ambulancias o la jefatura del Departamento de traslados y apoyo a emergencias médicas, dejando constancia tanto de la hora de llamada, el tiempo calculado de arribo para efectuar el traslado, así como del nombre



de quien la atendió. Si el transporte por este tipo de medio no es posible, esto deberá también ser consignado en el expediente clínico, debiendo llevarse a cabo con los recursos existentes.

75. El motorista o conductor designado, deberá cumplir las indicaciones transmitidas por el médico responsable del traslado, ya sea que éste lo acompañe o que delegue esta función. En lo concerniente a la velocidad de la ambulancia en el traslado, ésta deberá ser adecuada a las condiciones del tráfico existentes; debiendo observar las normas de tránsito vigentes y evitar en lo posible las aceleraciones y desaceleraciones (frenazos bruscos), así como violentos cambios de dirección.
76. La utilización de sirenas en las ambulancias institucionales se limitará a las situaciones en las que sea estrictamente necesario, por la naturaleza del traslado y de acuerdo a la situación del tráfico.
77. En los diferentes tipos de transporte de emergencia brindados por la Institución, la presencia de familiares o acompañantes en el traslado de los pacientes deberá ser autorizado por el médico tratante, pudiendo permitirse un acompañante por paciente, el cual deberá acatar en todo momento las instrucciones que el personal del ISSS le brinde para el traslado.
78. Como consideración especial, no debería en ningún caso iniciarse el traslado del paciente con psicopatologías en estado de agitación, hasta que no se ofrezcan las garantías de seguridad imprescindibles para su realización.
79. Si el paciente muere durante el traslado, éste deberá ser retornado a su centro de atención de origen para el trámite legal y registro correspondiente, dando cumplimiento a lo establecido en la **Norma para el manejo de cadáveres y piezas anatómicas** vigente y esta normativa; con la excepción de que si el centro de atención referente, por su horario establecido, se encuentre cerrado en el momento de retorno, el personal del centro de atención receptor será el encargado de elaborar la documentación respectiva.
80. Si durante el traslado se encontrara con un accidente y la autoridad correspondiente ordenará detener la ambulancia, el personal institucional a cargo del traslado deberá pedir, a quien generó la orden de interrumpir la marcha, su debida identificación para delimitar posteriormente las responsabilidades del caso por la demora. En el caso que en el accidente hubiera personas que requieran ser trasladados a un centro hospitalario, el encargado del



traslado deberá solicitar otra ambulancia al sistema de emergencias médicas para que se asigne personal con los conocimientos indispensables para el manejo de la emergencia y el traslado de los accidentados.

81. Si la ambulancia institucional se ve inmersa en un accidente y no hay heridos secundarios al evento, se llamará a la cabina de asistencia de la aseguradora, continuando con el traslado y posteriormente se arreglarán los trámites pertinentes según los canales institucionales establecidos.
82. Si la ambulancia institucional se ve inmersa en un accidente y hay heridos secundarios al evento, éstos deberán ser atendidos, según las capacidades del personal presente al momento del percance, valorando su traslado a un centro de atención según la gravedad de las lesiones.
83. Si la ambulancia institucional se ve inmersa en un accidente y el personal, familiar o el paciente resultan heridos en el evento se debe llamar al sistema de emergencias médicas para el traslado.
84. Si la ambulancia institucional se ve inmersa en un accidente y hay fallecidos secundarios al evento, no existirá con ellos obligatoriedad de actividad médica inmediata, procediendo únicamente a registrar la hora de fallecimiento y gestionar los trámites de reconocimiento correspondientes, los cuales serán a cargo del Instituto de Medicina Legal.

8. Criterios de alta

85. Una vez estabilizado el paciente y establecido su tratamiento clínico y farmacológico (según Listado oficial de medicamentos) el paciente debe ser egresado a su domicilio, ingresado a hospitalización, retornado a la consulta externa de la red con la Hoja de referencia y retorno, código SAFISSS 130100239 (Anexo 2) o trasladado a otra unidad de mayor capacidad resolutive.
86. El médico tratante dejará constancia de cada una de sus evaluaciones en el expediente clínico y la Hoja de emergencia y atención domiciliar, código SAFISSS 130100221 (Anexo 1), describiendo siempre el resultado de esta nueva evaluación clínica y la ausencia de síntomas y signos de alarma, con un lenguaje específico y claro. Los documentos resultantes de la atención de

emergencia elaborados por el médico, serán requeridos por los diferentes procesos a los que se vea sometido el paciente.

87. El médico tratante deberá consignar en el expediente clínico las recomendaciones específicas brindadas al paciente sobre cualquier signo y síntoma de alarma de acuerdo a la patología específica, para que éste acuda a ser reevaluado en el centro de atención donde fue atendido originalmente a la brevedad posible, dejando constancia de la comprensión a estas indicaciones por parte del paciente.
88. En el caso de los pacientes que se les cumplirá la primera dosis del medicamento intravenoso indicado por el médico, se presentarán al área de pre-tratamiento para el cumplimiento de la indicación con el formulario Orden para inyecciones, código SAFISSS 130100337 (Anexo 10) debidamente elaborado.
89. En caso de que el médico indique retiro del catéter de acceso venoso al paciente, deberá llenar el formulario Orden para inyecciones, código SAFISSS 130100337 (Anexo 10) con dicha indicación.
90. En los casos que el paciente, en uso de sus facultades físicas y mentales, o su responsable, voluntariamente exprese su decisión de abandonar las instalaciones de un centro de atención del instituto sin haber finalizado su consulta, estudio o tratamiento prescritos:
 - a) El médico debe elaborar nota de egreso voluntario (alta exigida), consignada en el expediente clínico, donde documente que ha explicado al paciente la importancia de proseguir con su tratamiento o serle realizada su intervención quirúrgica y los riesgos a los que se sometería de no hacerlo.
 - b) El paciente o su responsable una vez leído y comprendido, debe llenar y firmar la hoja de Consentimiento informado para ingreso, procedimiento o intervención quirúrgica, código SAFISSS 130100014 (Anexo 4).
 - c) El médico debe verificar que el documento en cuestión sea adecuado y completamente llenado, verificando además el registro de las firmas y datos del paciente, los testigos, así como su propia firma y sello.
 - d) En caso de egreso voluntario (alta exigida) o denegatoria de ingreso o traslado, el médico tratante deberá proveer, de acuerdo a la patología específica si es posible, el tratamiento alternativo e incapacidad según lo establecido en la **Norma otorgamiento**

de incapacidades temporales y licencias por maternidad a los asegurados del ISSS, vigente, debiendo dejar consignado el hecho en el expediente clínico.

- e) En caso de que una mujer embarazada solicite egreso voluntario (alta exigida) del centro de atención, el personal médico y de enfermería debe consignarlo en el expediente clínico, reportar el caso a las jefaturas locales, a la Coordinación institucional de especialidad médica (ginecología y obstetricia) y a los supervisores de programas especiales del ISSS, para la coordinación y acciones respectivas con el Ministerio de Salud.
91. En caso de fuga de un paciente del área de observación de la emergencia se procederá de la siguiente manera:
- a) El personal de salud que identifique la ausencia de un paciente debe dar aviso al médico encargado del paciente, jefatura o coordinador de la emergencia, coordinador de turno y jefatura o responsable de enfermería.
 - b) El personal de salud responsable del área dará aviso a la jefatura inmediata, jefatura de servicios generales, responsable de conserjería y vigilancia institucional para la búsqueda del paciente en las instalaciones del centro de atención.
 - c) El médico tratante y el personal de enfermería deben consignar en el expediente clínico la fuga del paciente en el área, agregando el mayor detalle posible del evento.
 - d) De no encontrarse al paciente en las instalaciones del centro de atención la jefatura o coordinador de emergencia, coordinador de turno, jefatura o responsable de enfermería deben notificar la fuga del paciente al director local, dejando evidencia de la notificación (en forma impresa o digital).
 - e) En caso de ser una mujer embarazada la que se ausenta del centro de atención el personal del centro realizará las acciones necesarias para contactarla y dar continuidad a la atención. En caso de no ser posible contactar a la mujer embarazada además de reportar a las jefaturas locales, debe reportarse el hecho a la Coordinación institucional de especialidad médica (ginecología y obstetricia) y a los supervisores de programas especiales del ISSS, para la coordinación y acciones respectivas con el Ministerio de Salud.
 - f) El médico tratante debe reportar a la Policía Nacional Civil la fuga del paciente del centro de atención.
92. El personal de secretaria clínica / personal de recepción / colaborador clínico o personal de enfermería asignado al área de emergencia, deberán elaborar el Boletín de remisión, código



SAFISSS 130101312 (Anexo 9) en original y copia, detallando los documentos resultantes de la atención prestada al paciente y enviarlos al archivo clínico.

9. Pacientes fallecidos

- **Muerte intrahospitalaria**

93. En caso de fallecimiento del paciente, posterior a ser registrado y habiendo iniciado su atención, el personal médico responsable de la atención será el encargado del llenado de la papelería respectiva y del Certificado de defunción, código SAFISSS 130100377 (Anexo 11), para efecto de los trámites correspondientes por parte de los familiares o responsables.

- **Muerte extrahospitalaria**

94. Los directores, administradores, jefaturas de emergencias deberán realizar las gestiones necesarias para la ejecución del procedimiento descrito en la presente normativa y el registro de las muertes extrahospitalarias, haciéndolo del conocimiento del personal de salud en su centro de atención e informándoles acerca de las áreas designadas para el resguardo temporal de cadáveres, según las disposiciones definidas en la presente normativa.

95. En el centro de atención, que se reciba a un paciente fallecido en la casa de habitación de la persona, comunidad, vía pública, establecimiento de salud del primer nivel de atención o durante su traslado hacia un hospital en cualquier medio de transporte, (exceptuando el paciente que fallece en ambulancia institucional en traslado de un hospital a otro, lo cual se clasifica como muerte intrahospitalaria) se deberá proceder de la siguiente manera:

- a) El personal designado en la portería deberá indicar a los familiares, responsables, cuerpos de socorro o servicios de asistencia médica, se dirija con el medico de selección o designado.
- b) El médico de selección o designado responsable del triage, ante la sospecha de muerte, deberá realizar una evaluación de la condición del paciente (toma de signos vitales) en el vehículo (o medio de transporte) y si determina que se encuentra fallecido se procederá a la investigación para determinar el abordaje según causa de muerte, tomando en cuenta los siguientes preceptos:

b.1) Ante una supuesta muerte por causa externa, violencia o súbita.

Cuando sea homicidio, suicidio o sospecha de estos, sospecha de cualquier forma de maltrato, accidente de tránsito, laboral o doméstico, muerte súbita o sospecha de tener relación con un acto criminal, o con aparente causa natural (es decir con antecedente de enfermedad crónica degenerativa); pero que algún familiar de los que llevaron el fallecido manifieste sospecha de muerte violenta, se deberá:

- I. Confirmar la condición de fallecido del paciente.
- II. Informar de forma clara y precisa a los familiares o acompañantes la condición de fallecido del paciente y que, ante las circunstancias descritas como causales del fallecimiento se notificará el hecho a la Fiscalía General de la República.
- III. Indicará el traslado del vehículo (o medio de transporte) al área transitoria asignada mientras se espera que se presente la autoridad correspondiente.
- IV. El médico que atiende el caso del fallecido deberá notificar al jefe inmediato superior del hecho (jefe de emergencia, coordinador de turno o delegado).
- V. Jefe de emergencia, coordinador de turno o designado deberá notificar a la Fiscalía General de la República de manera inmediata, quien coordinará con Medicina Legal, para el procedimiento legal correspondiente.
- VI. En el centro de atención se debe llevar un registro de las muertes extrahospitalarias, llenando para ello los siguientes documentos:
 - i. Formulario de defunción extrahospitalaria, código SAFISSS 514201-018-09-21 (Anexo 12). Será llenado de forma completa por médico que recibió al fallecido.
 - ii. El médico deberá entregar el formulario al personal de enfermería responsable del turno, quien deberá registrarlo en el libro de mortalidad extrahospitalaria, el cual deberá contener la siguiente información:
 - Hora y fecha del evento
 - Nombre completo del fallecido
 - Número de DUI del fallecido
 - Diagnóstico presuntivo de muerte
 - Registro de notificación a la Fiscalía General de la República (nombre de persona a la que se notifica)
 - Nombre del médico que llenó el formulario
 - Detallar muerte por causa externa, violencia o súbita
 - iii. El personal de enfermería responsable entregará a la Dirección local los “formularios de defunción extrahospitalaria” para ser incorporado a un expediente de mortalidad

extrahospitalaria. Esta información será clasificada como no clínica y su resguardo será por tres años.

b.2) Ante una supuesta muerte por causa natural extrahospitalaria

Cuando se presente una muerte de posible causa natural, es decir aquella cuya causa básica es una enfermedad o proceso degenerativo propio del envejecimiento, donde no hay participación de fuerzas ajenas al organismo y que el médico de selección o designado pueda sustentar la causa, sin tener duda de dicha causa, extenderá la Constancia de defunción, código SAFISSS 514201-019-09-21 (Anexo 13). En los casos en que el médico no pueda sustentar la posible causa natural o exista duda de dicha causa, se notificará el hecho a la Fiscalía General de la República, no se extenderá la constancia de defunción y será llenado el formulario de muerte extrahospitalaria (procediendo según lo indican las pautas descritas ante una supuesta muerte por causa externa, violencia o súbita).

Ante una supuesta muerte de causa natural extrahospitalaria, deberá:

- I. Informar de forma clara a los familiares o acompañantes la condición de fallecido del paciente.
- II. Gestionar el traslado del cuerpo al área designada para su resguardo temporal.
- III. Llenar de forma completa y correcta la constancia de defunción diseñada para tal fin, en original y copia. Es importante describir que los datos se llenan con la información proporcionada por el acompañante o familiar.
- IV. Entregar el original de la constancia de defunción a los familiares o acompañantes para que realicen los tramites respectivos.
- V. No documentar como muerte intrahospitalaria.
- VI. Notificar al jefe inmediato superior del hecho (jefe de emergencia, coordinador de turno o delegado).
- VII. En el centro de atención se debe llevar un registro de las muertes extrahospitalarias, llenando para ello los siguientes documentos:
 - i. Constancia de defunción. Será llenada de forma completa por el médico que recibió al fallecido.
 - ii. El médico deberá entregar la copia de la constancia de defunción al personal de enfermería responsable del turno, quien deberá registrarlo en el libro de mortalidad extrahospitalaria, el cual debe contener la siguiente información:
 - Hora y fecha del evento
 - Nombre completo del fallecido



- Número de DUI del fallecido
 - Diagnóstico presuntivo de muerte
 - Registro de notificación a la Fiscalía General de la República (nombre de persona a la que se notifica)
 - Nombre del médico que llene constancia de defunción
 - Detallar muerte por causa natural
- VIII. El personal de enfermería responsable del turno entregará a la Dirección Local la copia de la constancia de defunción, para ser incorporada al expediente de mortalidad extrahospitalaria. Esta información será clasificada como no clínica y su resguardo será por tres años.
- IX. La entrega del cadáver a la familia, será solo en acompañamiento de la funeraria.

10. Cesantías

96. A todo paciente que solicite atención de emergencia en calidad de cesante, se le solicitará el documento: Certificado único de cesantía.
97. Para la atención de pacientes en calidad de cesantes deberá procederse según lo establecido en el documento: **Manual de normas y procedimientos acreditar derechos de atención médica en calidad de cesante y elaborar informes de cuenta individual**, vigente.

11. Beneficiarios de empleados del ICSS

98. Para todo paciente que se presente a solicitar atención de emergencia en calidad de beneficiario de empleado del ICSS deberá tenerse en cuenta lo establecido en el **Manual de normas y procedimientos para la operativización de la prestación médica a beneficiarios (padres e hijos) de empleados del ICSS**", vigente.

12. Plan de emergencia

99. En caso de presentarse situaciones de emergencia en salud (desastres, epidemias, accidentes de tránsito u otro evento de naturaleza súbita) que amerite atención de múltiples víctimas simultáneamente, esto será considerado como criterio de excepción para la aplicación de los tiempos máximos de espera, definidos en los literales 8 y 11 por el consecuente aumento en la demanda de atención inmediata.



100. Todos los centros de atención del ISSS deberán contar con un plan de contingencia de emergencias a nivel local.

101. De acuerdo al comportamiento epidemiológico local, serán las autoridades de los diferentes centros de atención los encargados de la gestión, así como de las acciones y decisiones pertinentes para el mantenimiento en la calidad de atención en sus emergencias, según lo dispuesto en la **Norma para la prevención y atención de desastres**, vigente.

13. Relacionadas a los reportes y sistema de evaluación

102. Los departamentos, servicios y áreas de emergencia generarán los datos epidemiológicos correspondientes y resultantes del proceso de atención brindado, los cuales deberán ser reportados por los respectivos jefes o coordinadores a las instancias correspondientes y en los plazos y formatos establecidos.

103. Asimismo, los departamentos, servicios y áreas de emergencia contarán con un sistema de evaluación, compuesto por indicadores de proceso e indicadores y estándares de calidad, aplicables a los centros hospitalarios (Anexo 15). Los jefes o coordinadores respectivos deberán delegar y coordinar la tabulación, análisis y presentación periódica (mensual, trimestral y anual) de los datos resultantes a las instancias locales correspondientes, con el plan de acción respectivo como resultado de éstos.

VIII. Responsabilidades en la normativa

1. Director del centro de atención:

- Conocer y cumplir las disposiciones de los diferentes documentos regulatorios vigentes, aplicables al ejercicio de sus funciones.
- Velar por la divulgación y cumplimiento de las disposiciones de la presente normativa.
- Velar por el aprovisionamiento de los departamentos, servicios y áreas de emergencia del ISSS.

2. Jefe o coordinador de área de emergencia:

- Conocer y cumplir las disposiciones de los diferentes documentos regulatorios vigentes, aplicables al ejercicio de sus funciones.



- Capacitar al personal bajo su cargo con el presente documento vigente y los documentos normativos relacionados que aplican para la atención de emergencia. Así mismo, deberá capacitar al personal del nuevo ingreso.
- Vigilar que se cumplan las actividades sanitarias específicas en el centro de atención con la frecuencia y calidad requerida.
- Vigilar que se cumplan las medidas de bioseguridad y medidas para la prevención de las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) por el personal de emergencia.
- Rendir informe escrito y periódico según requerimientos y plazos establecidos de las actividades sanitarias antes mencionadas y los aspectos relevantes suscitados en el área designada.
- Organizar, distribuir equitativamente y supervisar las actividades correspondientes al personal médico bajo su responsabilidad.
- Autorizar la realización de procedimientos médico-quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos que se requieran de acuerdo al carácter de emergencia y prioridad, así como todos los trámites que sean necesarios.
- Autorizar los traslados de pacientes de una a otra área dentro del mismo centro de atención, entre centros del ISSS o hacia otro centro del sistema nacional de salud o privado, según sea el caso específico. En estos últimos casos, si la gravedad del paciente así lo amerita, deberá gestionar telefónicamente con el coordinador médico receptor los detalles pertinentes del traslado, verificando que todo el proceso quede documentado en el expediente. En los centros de atención donde no exista la figura de jefe o coordinador médico de emergencia, será el médico consultante que brinda la atención quien asumirá esta responsabilidad.
- Atender las llamadas de los profesionales médicos de los otros centros de atención del ISSS, en lo concerniente a la solicitud de exámenes de diagnóstico específicos, procedimientos o interconsultas solicitadas. En caso de no poder hacerlo por algún motivo relacionado con otra de sus funciones, deberá delegar esta labor, informando de la designación al resto del personal del área.
- Designar al recurso médico que realizará las interconsultas de pacientes, solicitadas por las otras áreas hospitalarias, unidades médicas, policlínicos u hospitales en los casos que así aplique.
- Analizar en conjunto y periódicamente los datos de urgencias médicas proporcionados por el epidemiólogo local del centro de atención, a fin de realizar las acciones pertinentes para la gestión de los insumos requeridos, toma de decisiones y actividades de educación médica continua para el oportuno abordaje de las patologías prevalentes a nivel local.

- Delegar y coordinar la tabulación y presentación periódica (mensual, trimestral y anual) a las instancias locales correspondientes de los indicadores establecidos en el presente documento, con el correspondiente plan de acción como resultado de éste.
- Apoyar a todas las áreas asistenciales asignadas durante la jornada, realizando aquellas atenciones en las que su participación sea requerida.
- Desarrollar actividades de educación médica continua de forma periódica con los médicos a su cargo, sobre las patologías más frecuentes e importantes que son atendidas en su respectivo centro de atención.
- En caso de brindar atención médica a un paciente debe informarle a este y al familiar o acompañante (utilizando lenguaje sencillo y adecuado) sobre: El estado patológico del paciente, manejo requerido y medidas necesarias para recuperar la salud del paciente, pronóstico según enfermedad, orientación acerca de la patología y dejar constancia en el expediente clínico de dichas actividades.

3. Médico de selección:

- Conocer y cumplir las disposiciones de los diferentes documentos regulatorios vigentes, aplicables al ejercicio de sus funciones.
- Vigilar, evaluar y clasificar a los pacientes que acudan a emergencia solicitando atención, utilizando la estrategia triage, en función de los síntomas que expresa cada uno de ellos en el momento del primer contacto y los signos clínicos observados y detectados, derivándolos de manera oportuna al área médica correspondiente, según su patología y compromiso hemodinámico en base a la presencia o ausencia de los discriminadores generales mencionados en los literales 8 y 11.
- Debe informar al paciente que le brinde atención y al familiar o acompañante (utilizando lenguaje sencillo y adecuado) sobre: El estado patológico del paciente, manejo requerido y medidas necesarias para recuperar la salud del paciente, pronóstico según enfermedad, orientación acerca de la patología y dejar constancia en el expediente clínico de dichas actividades.

4. Médico del consultorio de emergencia:

- Conocer y cumplir las disposiciones de los diferentes documentos regulatorios vigentes, aplicables al ejercicio de sus funciones.
- Elaborar la Hoja de emergencia y atención domiciliar, código SAFISSS 130100221 (Anexo 1), como resultado de la atención médica brindada, priorizando la gravedad del paciente según la estrategia triage realizado por el médico de selección.

- Dejar consignado en la Hoja de emergencia y atención domiciliar, código SAFISSS 130100221 (Anexo 1) al elaborarla de manera manual, la hora en la cual llama a un paciente y que éste no atendió el llamado correspondiente. En el caso de consignarlo en el expediente clínico electrónico del módulo recepción de emergencias, se debe seleccionar la opción no contesta y éste automáticamente aplica la hora del último llamado al paciente.
- Recibir y entregar los pacientes bajo su responsabilidad que se encuentren en espera de evaluación o reevaluación médica, así como informar de manera completa los exámenes o procedimientos pendientes a los médicos de planta o de turno contratados por servicios profesionales, según sea el caso de acuerdo a día y hora.
- Realizar procedimientos e interconsultas según indicación pertinente y valorando la urgencia de cada paciente; dejando constancia en el expediente clínico de la realización de dicha actividad.
- Para pacientes ginecológicas y obstétricas, si la naturaleza del caso evaluado así lo amerita, se realizarán estudios de gabinete complementarios (monitoreo fetal y ultrasonografías) indicadas en el área de emergencias a pacientes con embarazo de riesgo, o normal a término, o en su defecto llamar al especialista designado para la realización de dicho procedimiento. De no contar con estos estudios se debe referir al centro de atención que cuente con dicho servicio.
- Debe informar al paciente que le brinde atención y al familiar o acompañante (utilizando lenguaje sencillo y adecuado) sobre: El estado patológico del paciente, manejo requerido y medidas necesarias para recuperar la salud del paciente, pronóstico según enfermedad, orientación acerca de la patología y dejar constancia en el expediente clínico de dichas actividades.

5. Médico del área de observación:

- Conocer y cumplir las disposiciones de los diferentes documentos regulatorios vigentes, aplicables al ejercicio de sus funciones.
- Completar y asegurar la continuidad del plan diagnóstico y terapéutico inicial, incluyendo la realización o trámite de procedimientos, solicitud de interconsultas y la evaluación completa de cada caso; valorando cualquier cambio pertinente, según la evolución.
- Realizar la visita médica en conjunto con el coordinador de la especialidad, médico residente y otros profesionales médicos, según sea el caso.
- Brindar seguimiento a los pacientes cuyo diagnóstico o decisión quirúrgica no haya sido definida durante la visita, verificando que se cumpla el plan de manejo establecido sin demora.

- Presentar los pacientes a su cargo a los diferentes especialistas que pasan visita en el área de observación y a los médicos interconsultantes de casos específicos, con el objeto de resolver de manera eficiente los problemas de los pacientes en esta área.
- Participar activamente en la generación de ingresos, altas, traslados intrahospitalarios o referencias de pacientes a otros centros de atención, con la finalidad de favorecer la adecuada disponibilidad de camas y facilitando en forma oportuna la rotación de los pacientes, informando de manera periódica y oportuna al jefe o coordinador médico.
- Gestionar con el jefe o coordinador médico la asignación de camas para el traslado intrahospitalario al servicio correspondiente de los pacientes a su cargo, de acuerdo a su estado clínico y nivel de riesgo.
- En los centros de atención donde únicamente se dispone de camas para cumplimiento terapéutico de mínima estancia sin ingreso hospitalario, el médico tratante o médico designado al área, serán los responsables de la continuidad de la atención, así como de la decisión terapéutica definitiva (Alta o traslado a otro centro de atención de mayor nivel).
- Permanecer en el área de observación cuando se encuentren en ésta pacientes que requieran de su atención, asignando a otro médico como responsable en caso de tener que ausentarse por cualquier motivo, previa aprobación o indicación del jefe o coordinador médico. Si no hubiera pacientes que ameriten su atención, deberá apoyar las actividades de la emergencia.
- Debe informar al paciente que le brinde atención y al familiar o acompañante (utilizando lenguaje sencillo y adecuado) sobre: El estado patológico del paciente, manejo requerido y medidas necesarias para recuperar la salud del paciente, pronóstico según enfermedad, orientación acerca de la patología y dejar constancia en el expediente clínico de dichas actividades.

6. Médico de máxima urgencia:

- Conocer y cumplir las disposiciones de los diferentes documentos regulatorios vigentes, aplicables al ejercicio de sus funciones.
- Recibir, estabilizar y brindar manejo inmediato y oportuno de forma integral a los pacientes en estado crítico y a los pacientes ya ingresados en la unidad de máxima urgencia.
- Gestionar con el coordinador médico la asignación de camas y cunas o incubadoras, según sea el caso, para el traslado intrahospitalario al servicio correspondiente de los pacientes a su cargo, de acuerdo a su estado clínico y nivel de riesgo.
- Gestionar con el coordinador médico el traslado de pacientes de máxima urgencia a otro centro hospitalario de acuerdo a su estado clínico y nivel de riesgo.

- Permanecer en la unidad de máxima urgencia cuando haya en ésta pacientes que requieran de su atención, delegando a otro médico como responsable del área en caso de tener que ausentarse por cualquier motivo, previa aprobación o indicación del jefe o coordinador médico. Si no hubiera pacientes que ameriten su atención, deberá apoyar actividades de la emergencia.
- Debe informar al paciente que le brinde atención y al familiar o acompañante (utilizando lenguaje sencillo y adecuado) sobre: El estado patológico del paciente, manejo requerido y medidas necesarias para recuperar la salud del paciente, pronóstico según enfermedad, orientación acerca de la patología y dejar constancia en el expediente clínico de dichas actividades.

7. Personal de apoyo:

- Conocer y cumplir las disposiciones de los diferentes documentos regulatorios vigentes, aplicables al ejercicio de sus funciones.
- Las funciones de todo el personal de los servicios de apoyo (Personal de enfermería, laboratorio clínico, rayos X, terapia respiratoria, farmacia, auxiliares de servicio, transporte, administración y registros médicos y personal administrativo) están descritas en el Manual de descripciones de puestos de la unidad de recursos humanos institucional, vigente y perfiles puesto.

IX. Registros y formularios utilizados en el proceso

1. Hoja de emergencia y atención domiciliar, código SAFISS 130100221 (código anterior SAFISS 130201101). Anexo 1.
2. Hoja de referencia y retorno, código SAFISS 130100239 (código anterior SAFISS 130201331). Anexo 2.
3. Certificación de Incapacidad Temporal, código SAFISS 130100040 / 130100041 (Código anterior SAFISS 130201021 / 130201023). Anexo 3.
4. Consentimiento informado para ingreso, procedimiento o intervención quirúrgica, código SAFISS 130100014 (código anterior SAFISS 130201002). Anexo 4.
5. Hoja de ingreso, observación, hospitalización y alta, código SAFISS 130100332 (código anterior SAFISS 130201132). Anexo 5.
6. Solicitud de traslado de pacientes en vehículos tipo ambulancia, código SAFISS 130100411 (código anterior SAFISS 130201349). Anexo 6.

7. Formulario de Movimiento diario de pacientes hospitalizados, código Form. 217-84-09-022. Anexo 8.
8. Boletín de remisión, código SAFISSS 130101312 (código anterior SAFISSS 130200011). Anexo 9.
9. Orden para inyecciones, código SAFISSS 130100337 (código anterior SAFISSS 130201135). Anexo 10.
10. Certificado de defunción, código SAFISSS 130100377 (código anterior SAFISSS 130201394). Anexo 11.
11. Formulario de defunción extrahospitalaria, código Form. 514201-018-09-21. Anexo 12.
12. Constancia de defunción, código Form. 514201-019-09-21. Anexo 13.
13. Registro operatorio, código SAFISSS 130100383 (código anterior SAFISSS 130201153)

X. Personal que participó en el desarrollo de documento

Equipo técnico coordinador

Nombre	Puesto	Dependencia
Licda. Renata M. Vásquez	Jefa de Departamento	Depto. Gestión de la Calidad
Dra. Silvia G. Mendoza de Ayala	Jefa de Sección	Sección Normalización
Dra. Ingrid Lissette Hugentobler de Aquino	Analista de Desarrollo Institucional	Sección Normalización
Dra. Mery Cardoza de Parada	Analista de Desarrollo Institucional	Sección Normalización

Equipo que revisó y validó el documento


Nombre	Puesto	Dependencia
Dr. Elí Abraham Rosales	Coordinador Institucional de Especialidad Médica (Cirugía)	Gestión de la Calidad de los Servicios Médicos y Odontológicos
Dr. José Manuel Salinas Escalante	Coordinador Institucional de Especialidad Médica (Ginecología y Obstetricia)	Gestión de la Calidad de los Servicios Médicos y Odontológicos
Dra. Sonia Ivette Pineda Landa verde	Colaborador de Coordinador Institucional de Especialidad Médica (Ginecología y Obstetricia)	Gestión de la Calidad de los Servicios Médicos y Odontológicos
Dra. Hilda G. Morales Chacón	Jefa Sección Atención Hospitalaria	Departamento de Redes Integradas de Salud



Nombre	Puesto	Dependencia
Dr. Luis Estrada Regalado	Jefe Programas Especiales	Jefa Programas Especiales
Dra. Miriam Karina Iraheta De Herrera	Supervisora Programas Especiales	Supervisora Programas Especiales
Lic. Juana Orbelina Alveño de Pozo	Supervisora Programas Especiales	Supervisora Programas Especiales
Dr. José Edward David Bares Zelaya	Jefe Departamento	Departamento de Traslados y Apoyo a Emergencias Médicas
Dr. José Rafael Mejía Cisneros	Jefatura de Emergencia	Hospital General
Lic. Ive Martínez de Segura	Licenciada en Enfermería, Servicio de Emergencia	Hospital General
Dr. Alonso José Oviedo Argueta	Gerente de Servicios Médicos Asistenciales	Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
Dr. Jorge Alberto Hernández González	Jefatura de Emergencia	Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
Dra. Xennia L. Molina de Alberto	Jefatura de Emergencia	Hospital Materno Infantil Primero de Mayo
Dra. Itza Claudia René Guevara Hernández	Coordinadora de Emergencia	Hospital Policlínico Zacamil
Dr. José William Valiente Solís	Director Unidad Médica Quezaltepeque	Unidad Médica Quezaltepeque
Lic. Rigoberto García Ramírez	Administrador Unidad Médica Quezaltepeque	Unidad Médica Quezaltepeque
Dr. Rolando Wilber Monge Alfaro	Director Unidad Médica Ilopango	Unidad Médica Ilopango
Dra. Eisu Idunia Linares de Cortez	Coordinadora de Emergencia	Unidad Médica Ilopango
Lic. Julia Patricia Castellanos Rivera	Jefe de Admisión y Registros Médicos	Unidad Médica Ilopango
Dra. Graciela Ingrid Martínez de G.	Coordinadora de Emergencia	Unidad Médica Atlacatl
Ruth Margarita Rivas de Santillana	Coordinadora de Emergencia	Unidad Médica Atlacatl




XI. Registro de actualización del documento

	Norma técnica y administrativa en salud Atención de emergencias en el ISSS		NTAS-002
Modificaciones			
Versión	Fecha	Naturaleza de la modificación	Aprobado
0.0	Octubre 2023	Sustitución de los documentos: Norma de atención de emergencias en el ISSS 2018 y Manual de proceso otorgar atención médica de emergencia 2019, e integración de estos en el documento: "Norma técnica y administrativa en salud - Atención de emergencias en el ISSS"	Dra. Mónica Ayala



XII. Anexos

Anexo 1: Hoja de emergencia y atención domiciliar, código SAFISS 130100221 (código anterior SAFISS 130201101)

		INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL HOJA DE EMERGENCIA Y ATENCIÓN DOMICILIARIA		SELLO CENTRO DE ATENCIÓN
HISTÓRICO DE CONSULTAS		HORA DE SELECCIÓN:		
MÉDICO RESPONSABLE _____		NÚMERO CORRELATIVO _____		
N° AFILIACIÓN: _____	CALIDAD: _____	EDAD: _____	AÑOS	
NOMBRE: _____		SEXO: _____		
DIRECCIÓN: _____		ESTADO CIVIL: _____		
ÚLTIMO PATRONO: _____		ÚLTIMO PERIODO COTIZADO: _____		
ÚLTIMA FECHA DE TRABAJO: _____		ÚLTIMA OCUPACIÓN: _____		
TEL. CASA/CELULAR: _____		TEL. TRABAJO: _____		
FECHA Y HORA/INGRESO DATOS: _____		RECEPCIONISTA: _____		
REFERIDO POR: _____		AL ÁREA DE: _____		
PERSONA RESPONSABLE: _____		DIRECCIÓN/TELÉFONO: _____		
<p>NOTA IMPORTANTE! "Todas las causas atendidas producto de violencia y accidentar (Excepto accidentar de Trabajo), deben notificarse obligatoriamente a la Fiscalía General de la República o en su delegación departamental o municipal. Dicha notificación consta en el Art. 232 del Código Procesal Penal" (LINEAMIENTOS PARA EL DESARROLLO DEL SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES, MSPAS). Debiendo realizar una descripción completa de la lesión.</p>				
PREPARACIÓN DE ENFERMERÍA HORA: _____		FECHA: _____		
SIGNOS VITALES	Temp. _____	Pulso: _____	Resp. _____	Tensión Arterial: Mx _____ Mn. _____
EVALUACIÓN MÉDICA:	HORA: _____		FECHA: _____	
MOTIVO DE CONSULTA	_____ _____ _____ _____ _____			
PRESENTE ENFERMEDAD Y ANTECEDENTES PERSONALES	_____ _____ _____ _____ _____			
SIGNOS VITALES	Temp. _____	Pulso: _____	Resp. _____	Tensión Arterial: Mx _____ Mn. _____
EXAMEN FÍSICO	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			

Form. 1C0001-78-10-08

C.B. 104126



CONT. EXAMEN FÍSICO	
DIAGNÓSTICO SEGUN CIE-10	
PLAN DIAGNÓSTICO/ TERAPÉUTICO	
OBSERVACIONES Y SEGUIMIENTO	
INDISPENSABLE LLENAR LOS CUADROS:	
Pasó a Observación <input type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Quedó en Observación a las _____ horas Fecha _____	
RIESGO: Enf. Común <input type="checkbox"/> Acodte. Común <input type="checkbox"/> Acodte. Trab. <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/>	
CONTROL DE CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL	
Incapacidad: Inicial <input type="checkbox"/> Prorroga <input type="checkbox"/> Genera Subsidios SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N° Correlativo de Incapacidad: _____ Número de Serie: _____ Total de días: _____ Letras: _____ Fecha de Inicio de Incapacidad: _____ Fecha final de Incapacidad: _____	
Sello de Médico Responsable	Firma
C.SAFISSS 130100221	



Anexo 3: Certificado de incapacidad temporal, código SAFISSS 130100040 / 130100041 (código anterior SAFISSS 130201021 / 130201023)

INCAPACIDADES QUE GENERAN SUBSIDIOS

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL (C.I.T.)						1. SELLO DE CLÍNICA O SERVICIO																																																																																								
2. RIESGO Y TIPO DE TRABAJADOR		Enfer. Común <input type="checkbox"/> Enfer. Profes. <input type="checkbox"/> Accid. Común <input type="checkbox"/> Accid. de Trab. <input type="checkbox"/> Materalidad <input type="checkbox"/>		3. TIPO DE INCAPACIDAD																																																																																										
Régimen General <input type="checkbox"/> Trabajador Independiente <input type="checkbox"/>				Inicial <input type="checkbox"/> Prórroga <input type="checkbox"/>																																																																																										
4. NOMBRE DEL ASEGURADO						5. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN #																																																																																								
6. SEXO		7. TELÉFONO DE ASEGURADO O PARIENTE				TELÉFONO PATRONAL		<input type="checkbox"/> DUI <input type="checkbox"/> CARNÉ MINORIDAD <input type="checkbox"/> AFILIACIÓN																																																																																						
1 M <input type="checkbox"/> 2 F <input type="checkbox"/>		9. DIRECCIÓN DEL ASEGURADO		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		8. OCUPACIÓN																																																																																						
10. NOMBRE DEL PATRONO						11. No. PATRONAL																																																																																								
12. PERÍODO DE INCAPACIDAD DESDE																																																																																														
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>E</td><td>F</td><td>M</td><td>A</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>A</td><td>S</td><td>O</td><td>N</td><td>D</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>N</td><td>E</td><td>A</td><td>R</td><td>A</td><td>N</td><td>U</td><td>L</td><td>O</td><td>P</td><td>O</td><td>V</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	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	N	E	A	R	A	N	U	L	O	P	O	V																												
E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	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																																																				
N	E	A	R	A	N	U	L	O	P	O	V																																																																																			
HASTA																																																																																														
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>E</td><td>F</td><td>M</td><td>A</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>A</td><td>S</td><td>O</td><td>N</td><td>D</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>N</td><td>E</td><td>A</td><td>R</td><td>A</td><td>N</td><td>U</td><td>L</td><td>O</td><td>P</td><td>O</td><td>V</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	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	N	E	A	R	A	N	U	L	O	P	O	V																												
E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	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																																																				
N	E	A	R	A	N	U	L	O	P	O	V																																																																																			
TOTAL DE DÍAS (EN NÚMEROS) _____ (EN LETRAS) _____						13. FECHA DE EXPEDICIÓN																																																																																								
14. FECHA DE				DÍA				MES				AÑO																																																																																		
ACCIDENTE																																																																																														
PARTO																																																																																														
HOSPITALIZACIÓN																																																																																														
ALTA																																																																																														
FALLECIMIENTO																																																																																														
15. NOMBRE Y CÓDIGO DEL MÉDICO						16. FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE																																																																																								
17. NOMBRE PARAMÉDICO QUE ATENDIÓ						18. Vo.Bo. DIRECTOR U.M. (30 DÍAS O MÁS)																																																																																								
19. DIAGNÓSTICO																																																																																														
USO EXCLUSIVO SECCIÓN SUBSIDIOS																																																																																														
20. LUGAR DE RECEPCIÓN						21. TIEMPO DE LABORAR EN LA EMPRESA																																																																																								
22. AFP QUE COTIZA				23. BANCO				24. FECHA DE PARTO SEGÚN PLANTARES																																																																																						
25. OBSERVACIONES																																																																																														
26. FIRMA DEL RECEPCIONISTA				27. FECHA DE RECEPCIÓN SOLICITUD				28.																																																																																						

C.SAFISSS 130100040



USO EXCLUSIVO SECCIÓN SUBSIDIOS	
29. NOMBRE DE OTROS PATRONOS	30. NÚMERO PATRONAL

31. OBSERVACIONES DEL CENTRO DE ATENCIÓN

INDICACIONES PARA SOLICITAR SUBSIDIOS

SEÑOR (A) ASEGURADO (A):

1. Si solicita Subsidios, es un requisito obligatorio que usted presente este Certificado de Incapacidad a su patrono, para que complete los datos en los numerales 10 y 11 de este formulario, asimismo, que lo firme y selle en el siguiente espacio:

CONSTANCIA PATRONAL

Por este medio hago constar: que el trabajador cuyo nombre aparece en el presente Certificado de Incapacidad, se encuentra gozando de licencia por esa causa en esta Empresa, durante el período que el ISSS le ha concedido.

33. FIRMA DEL PATRONO O REPRESENTANTE LEGAL

34. SELLO

2. Absténgase de hacer correcciones en los datos contenidos en este documento, toda alteración lo anula. Si detecta errores, pida rectificación en la Clínica donde fue extendido.

3. Usted puede solicitar Subsidios en las Oficinas Centrales, Sucursal Plaza Mundo, Sucursal Plaza Merliot, Sucursales Administrativas (Sonsonate, Usulután, San Miguel y Santa Ana) y Unidades Médicas en el Interior del País.

4. Documentos a presentar para el Pago:

- Certificado de Incapacidad Temporal (Original)
- En caso de Accidente de Trabajo:
 - Aviso del Accidente de Trabajo Original y Copia.
- En caso de Maternidad:
 - Constancia de Retiro por Maternidad

5. Documentos a presentar para verificación de Datos (serán devueltos):

- DUI, Carné de Minoridad o Tarjeta de Afiliación.
- Tarjeta de AFP.
- Plantares de Recién Nacido, solo si es requerido.

6. El derecho a reclamar esta prestación prescribe en un año, a partir de la fecha de inicio de incapacidad temporal (Art.74 ley del ISSS).



INCAPACIDADES QUE NO GENERAN SUBSIDIOS

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL (C.I.T.)						1. SELLO DE CLÍNICA O SERVICIO																																																																				
2. RIESGO <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Enferm. Común</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Enferm. Profes.</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Accid. Común</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Accid. de Trab.</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Mater-nidad</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">5</td> </tr> </table>	Enferm. Común	1	Enferm. Profes.	2	Accid. Común		3	Accid. de Trab.	4	Mater-nidad	5	3. TIPO DE INCAPACIDAD INICIAL <input type="checkbox"/> PRORROGA <input type="checkbox"/>																																																														
Enferm. Común	1	Enferm. Profes.	2	Accid. Común	3	Accid. de Trab.	4	Mater-nidad	5																																																																	
4. TIPO DE TRABAJADOR <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Régimen General</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Trab. Indep.</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						Régimen General	1	Trab. Indep.	2							5. NOMBRE DEL ASEGURADO 6. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN # <input type="checkbox"/> DUI <input type="checkbox"/> CARNÉ MINORIDAD <input type="checkbox"/> AFILIACIÓN																																																										
Régimen General	1	Trab. Indep.	2																																																																							
7. SEXO <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">1 M</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">2 F</td> </tr> </table>		1 M	2 F	8. DIRECCIÓN DEL ASEGURADO Departamento _____ Municipio _____ Calle _____ N° _____ Colonia o Barrio _____				9. OCUPACIÓN																																																																		
1 M	2 F																																																																									
10. NOMBRE DEL PATRONO						11. No. PATRONAL																																																																				
12. DÍAS DE INCAPACIDAD DESDE <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>E</td><td>F</td><td>M</td><td>A</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>A</td><td>S</td><td>O</td><td>N</td><td>D</td></tr> <tr><td>N</td><td>E</td><td>A</td><td>B</td><td>A</td><td>U</td><td>U</td><td>G</td><td>E</td><td>C</td><td>T</td><td>O</td></tr> <tr><td>E</td><td>B</td><td>R</td><td>R</td><td>Y</td><td>L</td><td>L</td><td>O</td><td>P</td><td>T</td><td>V</td><td>C</td></tr> </table> <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; margin-left: 10px;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>						E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	N	E	A	B	A	U	U	G	E	C	T	O	E	B	R	R	Y	L	L	O	P	T	V	C	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	13. FECHA DE EXPEDICIÓN	
E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D																																																															
N	E	A	B	A	U	U	G	E	C	T	O																																																															
E	B	R	R	Y	L	L	O	P	T	V	C																																																															
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																																												
Total de días: (en números) _____ (En letras) _____						14. NOMBRE DEL PARAMÉDICO QUE ATENDIÓ _____																																																																				
15. NOMBRE Y CÓDIGO DEL MÉDICO _____				16. FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE _____																																																																						
17. DIAGNÓSTICO						18. OBSERVACIONES DEL CENTRO DE ATENCIÓN																																																																				
19.						19.																																																																				

IMPORTANTE: GUARDE ESTA INCAPACIDAD PUES EN CASO DE OTORGÁRSELE PRÓRROGA LE SERÁ VÁLIDA PARA EL TRAMITE DE SUBSIDIO.

C.SAFISS 130100041

INDICACIONES GENERALES

Los certificados de incapacidad temporal (C.I.T.) que no generan subsidio son los siguientes:

- a) Los extendidos por enfermedad o accidente común de tres (3) días o menos.
- b) Los extendidos por enfermedad o accidente profesional de un (1) día.
- c) Incapacidades otorgadas a EMPLEADOS PÚBLICOS, PENSIONADOS Y BENEFICIARIOS por cualquier período.



Anexo 4: Consentimiento informado para ingreso, procedimiento o intervención quirúrgica, código SAFISS 130100014 (código anterior SAFISS 130201002)

	INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN DE SALUD CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INGRESO, PROCEDIMIENTO, ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA		
INGRESO <input type="checkbox"/>	PROCEDIMIENTO <input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN QUIRURGICA <input type="checkbox"/>	ESTUDIOS RADIOLÓGICOS <input type="checkbox"/>
CENTRO DE ATENCIÓN:		FECHA:	HORA: am <input type="checkbox"/> pm <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL PACIENTE:		Nº AFILIACION/DUI/CARNÉ DE MINORIDAD:	
NOMBRE DEL FAMILIAR RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI EL PACIENTE ESTÁ IMPOSIBILITADO PARA AUTORIZAR; DENEGAR O SER MENOR DE EDAD).			Parentesco del menor Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/>
DATOS DE RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL			
DOMICILIO:	EDAD:	PROFESIÓN:	TELEFONO:
DOCUMENTO ÚNICO DE IDENTIDAD (DUI).		DOCUMENTO QUE ACREDITA AL APODERADO LEGAL.	
<p>1) Yo: _____, voluntariamente y con pleno conocimiento, por medio de la presente declaro que me han informado y explicado el Diagnostico; Estado de salud, estudio radiológico y/o tratamiento de mi (la) salud (de mi representado) y que se resumen así: DETALLE EL NOMBRE DEL ESTUDIO A REALIZAR _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</p> <p>2) Reconozco que los médicos y/o odontólogos me han explicado VERBAL y/o POR ESCRITO los riesgos comunes e inherentes, además de otras complicaciones que pueden presentarse durante y después del ingreso, procedimiento, estudio radiológico o intervención quirúrgica. Así mismo que en anestesia, transfusiones y en la administración de algunos medicamentos, medios de contraste o tratamientos, existen riesgos de reacciones adversas y complicaciones, tales como infecciones nosocomiales; parálisis; daño cerebral, e incluso la muerte; así como se me explicó que el ingreso, procedimiento o intervención quirúrgica si lo hubiere se aplicaría en beneficio de mi (la) salud (de mi representado). La información proporcionada ha tomado en cuenta los Art. 9, 15, 16, 18 y 27 del DECRETO N° 37 de la Ley de Deberes y Derechos de los pacientes y prestadores de la salud, dejando constancia de lo siguiente (riesgos relevantes; riesgos posibles; naturaleza curativa o no curativa de la intervención): Riesgos por estudios radiológicos y uso de medios de contraste: Radiaciones ionizantes <input type="checkbox"/> Potencial Daño Renal <input type="checkbox"/> Reacciones adversas <input type="checkbox"/> Complicaciones <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ _____ _____</p>			
C. SAFISS 130100014			



CONSENTIMIENTO DENEGATORIA

3) CONSENTIMIENTO: Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades OTORGO: mi expresa autorización, para que se me realice _____, que según mi condición clínica y los conocimientos científicos de los médicos, odontólogos y otros profesionales de salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, los cuales constan en el presente documento, son necesarios para el restablecimiento de mi salud, por lo que acepto desde ahora dichos riesgos por haberlos entendido plenamente. Al mismo tiempo (Si ____ No ____) autorizo al Instituto para que en caso de fallecimiento me (le) practiquen la autopsia correspondiente para la búsqueda de diagnóstico principal con seguridad razonable o contribuir a la explicación de las complicaciones surgidas.

4) DENEGATORIA: Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades NIEGO EXPRESAMENTE MI CONSENTIMIENTO, para que se me realice _____, Y (SOLICITO ____ NO SOLICITO ____) EL ALTA aun cuando el personal médico me ha explicado la necesidad de realizar lo descrito anteriormente, por lo que reconozco con pleno conocimiento de que los médicos y otros profesionales de salud del hospital, así como del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, NO SON RESPONSABLES directa ni indirectamente de los riesgos y consecuencias subsecuentes de la enfermedad, que asumo por esta decisión y por este medio exonerado de cualquier responsabilidad por mi (la) negativa.

5) ALTA EXIGIDA Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades NIEGO EXPRESAMENTE MI CONSENTIMIENTO, para SER INGRESADO O PERMANECER INGRESADO Y SOLICITO EL ALTA aun cuando el personal médico me ha explicado la necesidad de permanecer ingresado, por lo que reconozco con pleno conocimiento de que los médicos y otros profesionales de salud, así como del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, NO SON RESPONSABLES directa ni indirectamente de los riesgos y consecuencias subsecuentes de la enfermedad, que asumo por esta decisión y por este medio exonerado de cualquier responsabilidad por mi (la) negativa.

6) Hago constar que están presentes otras personas como testigos de mi voluntad, quienes también escucharon lo expresado por mi persona y según los artículos TRES Y SESENTA Y CINCO DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA, Y VEINTIDOS DEL REGLAMENTO PARA LA APLICACIÓN DEL REGIMEN DEL SEGURO SOCIAL. Así me expresé, y leído que se hubo todo lo escrito integralmente en un solo acto, manifesté mi conformidad y dije estar redactado a mi voluntad, ratifico su contenido y todos firmamos.

Nombre según DUI de quien consiente deniega

Firma y huellas.

Nombre de testigo _____ Edad: ____ Años. Profesión: _____
Domicilio: _____ N° DUI _____ Firma Testigo _____

Nombre, Firma y Sello del Médico _____

En _____, a las _____ horas del día _____
del mes de _____ de _____.

C. SAFISSS 130100014



Anexo 5: Hoja de ingreso, observación, hospitalización y alta, código SAFISS 130100332 (código anterior SAFISS 130201132)

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
HOJA DE INGRESO, OBSERVACIÓN, HOSPITALIZACIÓN Y ALTA

CENTRO DE ATENCIÓN		N° DE AFILIACIÓN		RN		CUN (Código Único de Nacimiento)										
D A T O S	TIPO DE ASEGURADO						SECTOR	EDAD	SEXO							
	<input type="checkbox"/> COTIZANTE ACTIVO	<input type="checkbox"/> PENSIONADO	<input type="checkbox"/> CÓNYUGE O C/V	<input type="checkbox"/> HIJOS	<input type="checkbox"/> PADRES DE EMPLEADOS ISSS	<input type="checkbox"/> NO ASEGURADO	<input type="checkbox"/> CESANTES	<input type="checkbox"/> NO ASEGURADO (Por convenio MINSAL)	<input type="checkbox"/> HIJOS DE EMPLEADOS ISSS	<input type="checkbox"/> Público	<input type="checkbox"/> Privado	AÑOS	MESES	DÍAS	F	M
D E	NOMBRE DEL PACIENTE											N° DE DUI/ CARNET DE MINORIDAD				
	DIRECCIÓN DEL PACIENTE															
P A C I E N T E	NOMBRE DEL AFILIADO (SOLAMENTE CUANDO ES BENEFICIARIO)						CENTRO QUE REFIERE									
	NOMBRE DEL RESPONSABLE (SI ES MENOR DE EDAD O EN CASO DE EMERGENCIA)											N° DE DUI DEL RESPONSABLE				
DIRECCIÓN													TELÉFONO DE CONTACTO			
I N G R E S O	N° DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO	HORA DE INGRESO	RIESGO		ENFERMEDAD COMÚN <input type="checkbox"/>		ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/>		ACCIDENTE COMÚN <input type="checkbox"/>		ACCIDENTE TRABAJO <input type="checkbox"/>		MATERNIDAD <input type="checkbox"/>		
	DIAGNÓSTICO DE INGRESO															
SERVICIO AL QUE INGRESA			NOMBRE, SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZÓ INGRESO						N° DE REGISTRO (ESTADÍSTICA)							
R U T A	FECHA	HORA	SERVICIO		NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO QUE AUTORIZO EL TRASLADO											
			TRASLADO DE:	TRASLADO A:												
A L T A	FECHA DE ALTA	HORA DE ALTA	CAUSA DEL ALTA				TOTAL DÍAS HOSPITALIZACIÓN									
	DIAGNÓSTICO DEL ALTA (DIAGNÓSTICO PRINCIPAL)						CIE(Estadística)									
	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO						CIE(Estadística)									
	DIAGNÓSTICO DE CAUSA EXTERNA						CIE(Estadística)									
O D E F U N C I O N	CONDICIÓN DE SALIDA <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> MEJORADO <input type="checkbox"/> IGUAL <input type="checkbox"/> FALLECIDO ANTES DE 48 HORAS <input type="checkbox"/> FALLECIDO DESPUÉS DE 48 HORAS <input type="checkbox"/>						FECHA	CIE9								
	PROCEDIMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS						DD/MM/AA	(Estadística)								
P A R T O	EMBARAZO < 37 SEMANAS <input type="checkbox"/>		EMBARAZO ≥ 37 SEMANAS <input type="checkbox"/>		D A T O S D E L P A R T O	SEXO	NACIDO VIVO	NACIDO MUERTO	NORMAL	PREMATURO	PESO AL NACER (Grs)		EDAD GESTACIONAL SEGÚN BALLARD			
	TIPO DE PARTO					M	F					-2500	+2500			
	CESÁREA <input type="checkbox"/> PARTO VAGINAL <input type="checkbox"/>					M	F									
	SI FUE CESÁREA					M	F									
1ERA VEZ <input type="checkbox"/> SUBSECUENTE <input type="checkbox"/>				M	F											
REFERENCIA <input type="checkbox"/> RETORNO <input type="checkbox"/> CENTRO HOSPITALARIO: _____																
OBSERVACIONES:						NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO QUE AUTORIZA EL ALTA										

C. SAFISS 130100332



INSTRUCTIVO DE LLENADO HOJA DE INGRESO, OBSERVACIÓN, HOSPITALIZACIÓN Y ALTA

Este instructivo tiene como propósito orientar al personal administrativo, así como de los servicios y médicos, respecto al llenado efectivo del formulario, con el fin de registrar el ingreso, la ruta del paciente dentro del centro de atención y el egreso del mismo; el cual debe ser utilizado en el momento que el personal médico decida el ingreso del paciente a los diferentes servicios hospitalarios.

I. DESCRIPCIÓN DE LA PARTE SUPERIOR DEL FORMULARIO

- **Centro de atención:** Nombre del centro de atención que está registrando el ingreso del paciente.
- **N° de afiliación:** Anotar en este campo el número de afiliación del paciente tomado del Expediente Clínico del cotizante, pensionado o beneficiario (hijos de empleado del ISSS, cónyuge o compañero de vida, padres de empleados ISSS), el cual está formado por 9 dígitos.
- **CUN:** Anotar en este campo el Código Único de Nacimiento del recién nacido
- **RN:** Marcar con un "X" la casilla, cuando el ingreso se trate de un Neonato.

II. DATOS DE PACIENTE

- **Tipo de asegurado:** Marcar con una "X" en la casilla que identifique al tipo de asegurado, el cual puede ser: cotizante, pensionado, cónyuge o compañero de vida, hijos, padres de empleados ISSS, No asegurados, Cesantes, No asegurado (Por convenio MINSAL) o Hijos de empleados ISSS.
- **Edad:** Se documentará la edad del asegurado o beneficiario.
- **Sexo:** Marcar con una "X" en la casilla que identifique el sexo del asegurado o beneficiario el cual puede ser: Masculino o Femenino. El campo de sexo indeterminado aplica únicamente para niños menores de 6 meses, que por malformaciones congénitas no pueda determinarse a que sexo pertenece (genitales ambiguos)
- **Sector:** Marcar con una "X" en la casilla que identifique el lugar en donde labora, ya sea dependencia de gobierno o empresa privada.
- **Nombre del paciente:** Escribir el nombre como aparece en el Documento Único de Identidad, carnet de minoridad, tarjeta de afiliación (según sea el caso). Para el caso de los neonatos, estos se identificarán como: RECIÉN NACIDO DE y el nombre de la madre
- **N° de DUI/Carnet de Minoridad:** Se documentará el número del documento de identificación que presente según sea el caso.
- **Dirección del paciente:** Se escribirá la dirección actual del paciente, siempre y cuando sea trabajador activo, pensionado o beneficiario.
- **Nombre del afiliado:** Si el paciente es beneficiario, deberá escribirse el nombre del cotizante.
- **Centro que refiere:** Nombre del centro de atención de donde es remitido.

III. INGRESO

- **N° de Registro:** Control exclusivo de la recepción del centro de atención. Es la numeración correlativa que se asigna a los pacientes que ingresan según fecha y hora de ingreso. Dicha numeración es exclusiva de cada centro de atención, inicia y finaliza cada año.
- **Fecha y hora de ingreso:** Fecha y hora en la que se da el ingreso, este llenado lo hace la recepción.
- **Riesgo:** Este campo se subdivide en riesgos comunes (Enfermedad y Accidente Común), riesgos profesionales (Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional) y maternidad, en donde el médico deberá marcar con una "X" según corresponda: Enfermedad común, Accidente común, Accidente de Trabajo, Enfermedad Profesional o Maternidad.
- **Diagnóstico de Ingreso:** Anotar en forma clara, sin abreviaturas en la medida de lo posible el diagnóstico principal designándolo de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades (CIE).
- **Servicio al que ingresa:** Servicio al que el médico decida ingresarlo.
- **Nombre, sello y firma del médico que autorizó el ingreso:** Médico que autoriza el ingreso.

IV. RUTA (Llenado por el personal médico)

En este apartado se registrarán todos los movimientos realizados por el asegurado o beneficiario dentro de un mismo centro de atención. Desde su ingreso hasta el egreso (alta). Cada movimiento deberá contar con la fecha y hora, lugar desde donde y hacia donde se realizara el traslado y la firma, nombre y sello del médico que autoriza el traslado.

V. ALTA O DEFUNCIÓN

- **Fecha y Hora de Alta:** Fecha y hora en la que se le da de alta al paciente.
- **Causa del alta:** Circunstancias por la que se da de alta al paciente. Ejemplo: "Por indicación Médica", "Ya no amerita hospitalización", "Alta Exigida", "Traslado a otro centro".
- **Total días hospitalización:** El número de días calendario transcurridos desde la fecha de ingreso, hasta el alta o defunción. Se obtiene restándole a la fecha del alta, la fecha de ingreso. Cuando el paciente ingresa y es dado de alta el mismo día, se registrará como un día de hospitalización.
- **Diagnóstico de alta:** Anotar en forma clara, sin abreviaturas en la medida de lo posible el diagnóstico principal (Causante primario de la necesidad de tratamiento, el mayor uso de recurso o síntoma principal), designándolo de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de la Salud (CIE). De cada diagnóstico deberá anotarse todos los calificativos posibles, para la codificación apropiada de la CIE vigente.
- **Diagnóstico Secundario:** Anotar en forma clara, sin abreviaturas en la medida de lo posible el diagnóstico secundario (aquellos que coexistieron o se desarrollaron durante el episodio de la consulta o las afecciones previas que no coincidan con el episodio actual), designándolo de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades (CIE).
- **Diagnóstico de causa externa:** Anotar la circunstancia o mecanismo (causa externa) que ocasionó el diagnóstico principal si este aplica. Ejemplo: Herida de cuero cabelludo (Diagnóstico principal), Agresión con arma punzante (causa externa).
- **Condición de salida:** Marcar con una "X" la condición de salud en que el paciente abandona el centro.
- **Procedimientos o intervenciones quirúrgicas:** Anotar en forma clara el tipo de intervención practicada al paciente y la fecha, de acuerdo a la Clasificación de Operaciones Quirúrgicas y otros procedimientos terapéuticos (CIE9-MC).

VI. PARTO

- Marcar con una "X" si el embarazo fue menor o mayor e igual a 37 semanas
- **Tipo de parto:** Marcar con una "X", para identificar si el parto fue por cesárea o parto vaginal
- **Si fue Cesárea:** Deberá marcar con una "X" si es una cesárea de primera vez o subsecuente

VII. DATOS DEL RECIÉN NACIDO

- En este apartado se documentaran los datos de hasta 4 recién nacidos, uno por cada fila.
- **Sexo:** Marcar con una "X" el sexo del recién nacido: Femenino, Masculino o Indeterminado (aplica únicamente a los neonatos con genitales ambiguos).
- **Nacido vivo o nacido muerto:** Marcar con una "X" la condición del nacimiento del niño o niña.
- **Normal o Prematuro:** Marcar con una "X" según el detalle siguiente:
 - * Normal si el nacimiento ocurre a las 37 o más semanas de gestación.
 - * Prematuro si el nacimiento ocurre antes de las 37 semanas de gestación.
- **Edad gestacional según Ballard:** Ubicar en números la edad gestacional según evaluación clínica y neurológica.
- **Peso al nacer:** Marcar con una "X" si el peso del recién nacido es menor o mayor de 2500 gramos.

Observaciones


El médico o personal de enfermería, deberá colocar las observaciones que se consideren necesarias.

Médico que autoriza el alta

Deberá colocar su nombre, firma y sello al momento de conceder el alta al paciente.



Anexo 6: Solicitud de traslado de pacientes en vehículos tipo ambulancia, código SAFISS 130100411 (código anterior SAFISS 130201349)

	SOLICITUD DE TRASLADO DE PACIENTES EN VEHÍCULOS TIPO AMBULANCIA		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">No de Afiliación</td> </tr> </table>	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	No de Afiliación									
	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_													
No de Afiliación																							
Fecha _____ Hora _____		SOLICITUD N°: _____																					
Nombre del Paciente _____																							
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">CALIDAD DEL PACIENTE:</td> <td><input type="checkbox"/> ASEGURADO</td> <td><input type="checkbox"/> BENEFICIARIO</td> <td><input type="checkbox"/> PENSIONADO</td> <td><input type="checkbox"/> OTRO</td> </tr> <tr> <td>CATEGORÍA DEL PACIENTE:</td> <td><input type="checkbox"/> DELICADO</td> <td><input type="checkbox"/> ESTABLE</td> <td><input type="checkbox"/> RIESGO SOCIAL</td> <td></td> </tr> </table>				CALIDAD DEL PACIENTE:	<input type="checkbox"/> ASEGURADO	<input type="checkbox"/> BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/> PENSIONADO	<input type="checkbox"/> OTRO	CATEGORÍA DEL PACIENTE:	<input type="checkbox"/> DELICADO	<input type="checkbox"/> ESTABLE	<input type="checkbox"/> RIESGO SOCIAL											
CALIDAD DEL PACIENTE:	<input type="checkbox"/> ASEGURADO	<input type="checkbox"/> BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/> PENSIONADO	<input type="checkbox"/> OTRO																			
CATEGORÍA DEL PACIENTE:	<input type="checkbox"/> DELICADO	<input type="checkbox"/> ESTABLE	<input type="checkbox"/> RIESGO SOCIAL																				
_____ CENTRO DE ATENCIÓN SOLICITANTE		_____ DEPARTAMENTO / ÁREA / SERVICIO																					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____																							
_____ CENTRO DE ATENCIÓN DE DESTINO		_____ DEPARTAMENTO / ÁREA / SERVICIO																					
MOTIVO DE TRASLADO: _____																							
RECURSO HUMANO NECESARIO PARA EL TRASLADO:																							
CAMILLERO <input type="checkbox"/> ENFERMERA (O) <input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> PARAMÉDICO <input type="checkbox"/> OTROS: _____																							
RECURSOS MATERIALES NECESARIOS PARA EL TRASLADO: _____																							
<div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; display: inline-block;">SELLO</div>		<div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; display: inline-block;">SELLO</div>																					
FIRMA Y SELLO DE MEDICO TRATANTE		Vo.Bo. DIRECTOR ó DESIGNADO ó COORD. DE EMERGENCIA																					
RECEPCIÓN DE PACIENTES																							
FECHA: _____		HORA: _____																					
<div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; display: inline-block;">SELLO</div>																							
NOMBRE DE RESPONSABLE DE RECIBIR EL PACIENTE _____		FIRMA _____																					
EXCLUSIVO PARA CONTROL DE VEHÍCULOS TIPO AMBULANCIA																							
TRANSPORTE ASIGNADO N°: _____																							
MOTORISTA ASIGNADO: _____																							
RESPONSABLE: _____		FIRMA: _____																					
		<div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; display: inline-block;">SELLO</div>																					
C.SAFISS 130100411																							

Anexo 7: Exámenes de laboratorio de emergencia

Según la **Norma general de laboratorio clínico del ISSS** vigente, se consideran como pruebas de emergencia en los centros de atención de segundo y tercer nivel los siguientes exámenes:

Exámenes de laboratorio
Amilasa
Aspartato alanino transferasa (ALT, TSGP)
Aspartato amino transferasa (ALT, TSGO)
Bilirrubina directa
Bilirrubina total
Calcio
Citoquímico de LCR
Cloro
Creatinina
Creatinfosfokinasa (CPK)
Creatinfosfokinasa MB (CPK-MB)
Cultivo de sangre (hemocultivo)
Dímero "D"
Eritrosedimentación
Fibrinógeno
Fosfatasa alcalina
Fosforo
Frotis de sangre periférica
General de orina
General de heces
Glucosa
Gonadotropina coriónica humana beta cualitativa y cuantitativa
Gota gruesa
Hemograma
Lactato deshidrogenasa
Lipasa
Magnesio
Nitrógeno ureico



Potasio
Proteína "C" reactiva
Prueba cruzada
Prueba rápida de VIH
Reagina plasmática rápida (RPR)
Sodio
Tiempo de protrombina - INR
Tiempo de trombina
Tiempo de tromboplastina parcial
Típeo sanguíneo
Troponina T
Urocultivo

Nota:

Se podrán indicar otras pruebas de emergencia de acuerdo a lo definido en la **Norma general de laboratorio clínico del ISSS** vigente.



IV - TRANSFERENCIAS DE OTROS SERVICIOS			
No.	Ubicación	NOMBRE Y APELLIDO	UNIDAD DE TRANSFERENCIA

V - TRASLADO A OTRO SERVICIO			
No.	Ubicación	NOMBRE Y APELLIDO	UNIDAD DE TRASLADO

VI - FALLECIDOS			
No.	Ubicación	NOMBRE Y APELLIDO	OBSERVACIONES

VII- RESUMEN DEL MOVIMIENTO DIARIO			VIII- RESUMEN DE ACTIVIDADES DE ENFERMERIA				
1-	Saldo de pacientes (día anterior)		Actividad	TURNOS			TOTAL
2-	Ingresos		Inyecciones	7-15	15-23	23-7	
3-	Transferencias de otros serv		Curaciones				
A	Sub-total (1+2+3)		Aseos Vulvares				
4-	Egresos		Venoclisis				
5-	Fallecidos		Extracciones de Sangre				
6-	Traslado a otros servicios		Tratamientos especiales				
B	Sub total (4+5+6)		Baños				
C	SALDO ACTUAL (A - B)		Otros				

ENFERMERA RESPONSABLE POR TURNO

Form. 217-84-022

7-15 _____
 15-23 _____
 23-07 _____

 JEFE DEL SERVICIO



Anexo 10: Orden para inyecciones, código SAFISS 130100377 (código anterior SAFISS 130201135)

ORDEN PARA INYECCIONES EXP. N° _____

No. _____

Nombre _____ Sexo M F RIESGO (marcar con X)

Dr. _____ Clínica: _____

Fecha _____

Enfermedad Común	<input type="checkbox"/>
Accidente Común	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/>
Accidente de Trabajo	<input type="checkbox"/>
Maternidad	Asegurada <input type="checkbox"/>
	Beneficiaria <input type="checkbox"/>

INYECCIONES

PRODUCTO _____

No. Inyecciones: _____ Cantidad c/u: _____ Cada: _____ Región: _____
(horas, días, etc.)

Subcutánea , Intramuscular , Intravenosa , Otras: _____

Otras indicaciones: _____

C O N T R. O L	Ordinal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
	F E C H A																						

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL - DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICO-HOSPITALARIO Form. No. M-57004
C. SAFISS 130100377



Anexo II: Certificado de defunción, código SAFISS 130100377 (código anterior SAFISS 130201394)

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN				Libro N°: Partida N°:
1- Nombre y apellido del fallecido/a:		11- Lugar de residencia actual del fallecido/a: Departamento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Área: Urbana: 1 <input type="checkbox"/> Rural: 2 <input type="checkbox"/>
2- Número de DUI del fallecido/a: <input type="text"/>		Número de afiliación del fallecido/a: <input type="text"/>		
3- Fecha de Ingreso: Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>		Fecha de la defunción: Minutos <input type="text"/> Horas: <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>		12- Nombre y apellido de la madre: Nombre y apellido del padre:
4- Lugar de la defunción: Departamento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Municipio: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cantón: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		13. CAUSA DE DEFUNCIÓN Anote sólo una causa en cada una de las líneas (a), (b), (c) y (d)		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte
5- Local de la defunción: Hospital Nacional: 1 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Unidad de Salud: 2 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Hospital o clínica privada: 3 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Centro de atención ISSS: 4 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Servicio: <input type="text"/> Casa de habitación: 5 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Calle: 6 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Otro: 7 <input type="checkbox"/> Especifique: <input type="text"/>		a) <input type="text"/> Debido a (o como consecuencia de)		
6- Sexo: Masculino: 1 <input type="checkbox"/> Femenino: 2 <input type="checkbox"/> Indeterminado: 3 <input type="checkbox"/>		b) <input type="text"/> Debido a (o como consecuencia de)		II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo
7- Estado conyugal o familiar: Soltero/a: 1 <input type="checkbox"/> Acompañado/a: 2 <input type="checkbox"/> Casado/a: 3 <input type="checkbox"/> Viudo/a: 4 <input type="checkbox"/> Separado/a: 5 <input type="checkbox"/> Divorciado/a: 6 <input type="checkbox"/> Ignorado/a: 7 <input type="checkbox"/> Impúber: 8 <input type="checkbox"/>		c) <input type="text"/> Debido a (o como consecuencia de)		
8- Edad: Para mayores de 1 año (años cumplidos): <input type="text"/> Para menores de 1 año: Hora: <input type="text"/> Minutos: <input type="text"/> Días: <input type="text"/> Meses: <input type="text"/> Complete: Madre casada: Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe: 3 <input type="checkbox"/> Tipo de parto: Vaginal 1 <input type="checkbox"/> Cesárea 2 <input type="checkbox"/> No sabe: 3 <input type="checkbox"/> Edad de la madre: <input type="text"/> Duración del embarazo: <input type="text"/> Semanas de gestación: <input type="text"/>		d) <input type="text"/> CAUSA BÁSICA		* No quiere decirse con esto la manera o modo de morir, por ejemplo: Debilidad cardíaca, astenia, entre otros significa propiamente la enfermedad, traumatismo o complicaciones que causó la muerte.
9- Ocupación última del fallecido/a: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		14- Si la persona fallecida es una mujer entre 10 – 54 años investigar si falleció durante: Embarazo: 1 <input type="checkbox"/> Parto: 2 <input type="checkbox"/> Postparto: 3 <input type="checkbox"/> Puerperio: 4 <input type="checkbox"/> Posterior aborto 5 <input type="checkbox"/>		
10- Jubilado/a o pensionado/a: Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Ignorado: 3 <input type="checkbox"/>		15- Muerte accidental o violenta: Accidente: 1 <input type="checkbox"/> Suicidio: 2 <input type="checkbox"/> Homicidio: 3 <input type="checkbox"/> Ignorado: 4 <input type="checkbox"/>		16- Causas de muerte: Arma de fuego: 1 <input type="checkbox"/> Arma blanca: 2 <input type="checkbox"/> Caída: 3 <input type="checkbox"/> Ahogamiento: 4 <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito: 5 <input type="checkbox"/> Envenenamiento: 6 <input type="checkbox"/> Artefacto explosivo: 7 <input type="checkbox"/> Ahorcamiento o estrangulamiento: 8 <input type="checkbox"/> Objeto contundente: 9 <input type="checkbox"/> Otro: 10 <input type="checkbox"/> Especifique: <input type="text"/>
18- Fecha de registro: <input type="text"/>		19- Firma y sello de médico/a responsable: <input type="text"/>		
18- Fecha de registro: <input type="text"/>		20- Nombre, firma y sello de Recepcionista: <input type="text"/>		

C. SAFISS 130100377




COMO COMPLETAR EL FORMULARIO CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

1. Escriba los nombres y apellidos de la persona fallecida, sin usar abreviaturas.
2. Anote el número correcto del DUI y número de afiliación de la persona fallecida.
3. Anote fecha y hora en la cual ingreso el paciente/Anote la fecha en minutos, hora, día, mes y año en que ocurrió la defunción.
4. Escriba el nombre del departamento, municipio y cantón donde ocurrió la defunción.
5. Marque con una equis (X) el local donde ocurrió la defunción, de la opción 1 a la 4 y escriba el nombre del local, si es la opción otro especifique en que lugar sucedió. En el caso del ISSS colocar el nombre del Servicio y marcar con una equis (X) la opción de fallecido antes o después de 48 hrs.
6. Marque con una equis (X) la casilla correspondiente al sexo de la persona fallecida.
7. Marque con una equis (X) el estado conyugal de la persona fallecida, si es un niño hasta 13 años o una niña hasta 11 años marque la casilla Impúber.
8. Anote la edad de la persona fallecida en años cumplidos. CUANDO ES MENOR DE UN AÑO, indique el tiempo de vida que tuvo ese niño(a) en minutos, horas, días y meses.
9. Escriba la ocupación actual que estaba realizando la persona fallecida, como por ejemplo: Profesora de primaria, albañil, motorista, médico entre otros.
10. Marque con una equis (X) la casilla correspondiente, si la persona fallecida estaba jubilada o pensionada.
11. Escriba el departamento, municipio y cantón donde la persona fallecida tenía su residencia habitual; especificando el área urbana o rural.
12. Escriba el nombre(s) y apellido(s) de la madre y el padre de la persona fallecida.
13. Escriba la causa de muerte de la persona fallecida, si el certificado es llenado en un hospital y por un médico, deberá llevar la secuencia de las causas de muerte de mayor a menor es decir de la letra d) a la letra a) y el jefe del estado familiar deberá transcribir en esa secuencia las causas.
Cuando el certificado es llenado en la alcaldía por el jefe del estado familiar, deberá de interrogar al informante sobre la causa que ocasionó la muerte y no su causa terminal, como por ejemplo el paro cardíaco, que es una causa mal definida.
14. Si es una mujer entre 10 a 54 años de edad, permitirá determinar las muertes ocurridas durante el embarazo, parto, puerperio o posterior aborto, si existía embarazo al momento de su fallecimiento o si existió embarazo un año antes de su muerte.
15. Marque con una equis (X) una de las cuatro opciones que se presentan, si la causa de muerte fue accidental o violenta, además deberá completar las causas de muerte de la pregunta 16.
16. Cuando en la pregunta 15 marque accidente, deberá marcar cual fue la causa del accidente.
17. Marque con una equis (X) si la persona fallecida tuvo asistencia médica durante su enfermedad, según las opciones que presenta el formulario.
18. Escriba la fecha de registro de la defunción.
19. Escriba el nombre, firma y sello del profesional de la salud que certifica la defunción.
20. Escriba el nombre, firma y sello del Recepcionista.



Anexo 12: Formulario de defunción extrahospitalaria, código Form 514201-018-09-21

		INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL	
		SUBDIRECCIÓN DE SALUD	
FORMULARIO DE DEFUNCIÓN EXTRAHOSPITALARIA POR MUERTE VIOLENTA, ACCIDENTE O MUERTE SÚBITA			
NOMBRE DEL CENTRO DE ATENCIÓN		FECHA Y HORA	
DATOS DEL FALLECIDO			
Nombre completo			Edad
Sexo M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	Nacionalidad	Télefono	N° de Documento de Identidad
Domicilio		Departamento	Municipio
Paciente Referido Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Referido por		
DATOS DEL ACOMPAÑANTE			
Nombre Completo			
N° de Documento de Identidad	Número de Placas de Vehículo	Número de Óvalo (Taxi)	
EVALUACIÓN MÉDICA			
Verificación de Signos Vitales			
T/A	<input type="text"/>	PULSO	<input type="text"/>
		F.R.	<input type="text"/>
Descripción de la condición del fallecido			
<input type="text"/>			
Nombre de quien recibió la llamada en FGR		Firma del acompañante	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Firma y Sello del Médico		Huellas Digitales del acompañante	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		PULGAR IZQUIERDO	PULGAR DERECHO

Form 514201-018-09-21



EVALUACIÓN DE MEDICINA LEGAL/FISCALÍA	
FECHA Y HORA DEL RECONOCIMIENTO	
DD / MM / AA	H : M AM <input type="radio"/> PM <input type="radio"/>
Diagnostico del reconocimiento	
<input type="text"/>	
Observaciones	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Nombre, firma y sello del Médico Forense/Fiscal	Nombre y firma del conserje de turno
<input type="text"/>	<input type="text"/>



Anexo 13: Constancia de defunción, código Form 514201-019-09-21.


			
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL			
SUBDIRECCIÓN DE SALUD			
CONSTANCIA DE DEFUNCIÓN EXTRAHOSPITALARIA POR CAUSA NATURAL			
1. DATOS DEL FALLECIDO(A) (Según documento de identidad)			
Nombres		Apellidos	
Tipo de Documento de Identidad	DUI <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	Edad	Sexo M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
N° de Documento		Estado Civil	
Fecha de nacimiento	Ocupación	Domicilio	
DD / MM / AA			
2. DATOS CLÍNICOS DEL FALLECIMIENTO			
Antecedentes mórbidos del fallecido _____			
Circunstancias en las que aconteció el fallecimiento _____			
Hallazgos del examen físico que realice el médico que recibió al fallecido _____			
Diagnostico presunto de defunción		FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN	
		DD / MM / AA	
		H : M AM <input type="radio"/>	
		PM <input type="radio"/>	
3. DATOS DE LA PERSONA DECLARANTE DE LA DEFUNCIÓN			
Nombre completo (Según documento de identidad)			
Parentesco o relación con el fallecido	Tipo de documento de identidad	DUI <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	Edad
N° de documento			
FIRMA	Huellas Digitales		

		Pulgar Izquierdo	Pulgar Derecho

Form. 514201-019-09-21



Anexo 14: Registro operatorio, código SAFISS 130100383 (código anterior SAFISS 130201153)

 INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCION DE SALUD REGISTRO OPERATORIO									
ESPECIALIDAD: _____	EXPEDIENTE: _____								
CENTRO DE ATENCIÓN: _____									
(APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRES)									
EDAD: _____ SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	CIRUJANO: _____								
FECHA DE OPERACIÓN: _____	HORA: _____								
DIAGNÓSTICO PRE OPERATORIO: _____									
OTROS DIAGNÓSTICOS: HTA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ALERGIAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> IRC: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
DIABETES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PORTADOR DE INFECCIÓN: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> OTROS: _____									
MEDICACIÓN ACTUAL: _____									
TIPO DE CIRUGÍA: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>1. URGENCIA <input type="checkbox"/></td> <td>3- SÉPTICA <input type="checkbox"/></td> <td>5- INGRESADA <input type="checkbox"/></td> <td>7- MAYOR <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. PROGRAMADA <input type="checkbox"/></td> <td>4- NO SÉPTICA <input type="checkbox"/></td> <td>6- AMBULATORIO <input type="checkbox"/></td> <td>8- MENOR <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		1. URGENCIA <input type="checkbox"/>	3- SÉPTICA <input type="checkbox"/>	5- INGRESADA <input type="checkbox"/>	7- MAYOR <input type="checkbox"/>	2. PROGRAMADA <input type="checkbox"/>	4- NO SÉPTICA <input type="checkbox"/>	6- AMBULATORIO <input type="checkbox"/>	8- MENOR <input type="checkbox"/>
1. URGENCIA <input type="checkbox"/>	3- SÉPTICA <input type="checkbox"/>	5- INGRESADA <input type="checkbox"/>	7- MAYOR <input type="checkbox"/>						
2. PROGRAMADA <input type="checkbox"/>	4- NO SÉPTICA <input type="checkbox"/>	6- AMBULATORIO <input type="checkbox"/>	8- MENOR <input type="checkbox"/>						
RE INTERVENCIÓN: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA CIRUGÍA PREVIA: _____									
RECOMENDACIONES DE EVALUACIONES PREOPERATORIAS (SI APLICA)									
CARDIOVASCULAR <input checked="" type="checkbox"/>	NEUMOLÓGICA <input checked="" type="checkbox"/> ENDOCRINOLÓGICA <input checked="" type="checkbox"/>								
OTRA ESPECIALIDAD: _____	RECOMENDACIONES <input checked="" type="checkbox"/>								
OBSERVACIONES: _____									
PROFILAXIS DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PROFILAXIS ANTIMICROBIANA: _____									
RESUMEN CLÍNICO									
TENSIÓN ARTERIAL: _____ MAX: _____ MIN: _____ FR: _____ PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____									
EXÁMENES: HB gm./dl _____ HT % _____ TIPO SANGUÍNEO: _____ Rh: _____ TIEMPOS DE COAGULACIÓN: _____									
EXAMEN GENERAL DE ORINA: Albúmina _____ Glucosa _____ Densidad _____									
ELECTROCARDIOGRAMA: Normal _____ Anormal _____ RAYOS "X" DE TÓRAX Normal _____ Anormal _____									
OTROS ESTUDIOS: _____									
OPERACIÓN PROYECTADA: _____									
ANESTESIA SOLICITADA: _____ CONSENTIMIENTO INFORMADO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
TIEMPO OPERATORIO ESTIMADO: _____ SANGRAMIENTO CALCULADO: MÁS DE 500 CC <input type="checkbox"/> MENOS DE 500 CC <input type="checkbox"/>									
NOMBRE FIRMA Y SELLO DEL CIRUJANO: _____ REVISADO Y AUTORIZADO _____									
SALA DE OPERACIONES									
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE ANESTESIA: _____ CLASIFICACIÓN ASA: _____									
SALA DE OPERACIONES N°: _____ TIPO DE ANESTESIA: _____									
HORA: _____ FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE ANESTESIA: _____									
CAUSA DE CANCELACIÓN DE OPERACIONES: _____									
SOLICITUD DE INSTRUMENTAL E INSUMOS A ARSENAL									
FECHA DE PROCEDIMIENTO: _____ HORA: _____									
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ N° DE AFILIACIÓN: _____									
C. SAFISS 130201153									

Anexo 15: Indicadores de proceso e indicadores y estándares de calidad – emergencias hospitalarias

Indicador de proceso		
Nombre	1. Tiempo promedio de inicio de atención al paciente según nivel de priorización (TRIAGE)	
Objetivo	Medir el tiempo promedio que un paciente debe esperar para obtener el servicio de consulta de emergencia desde que fue seleccionado, según el nivel de priorización 2, 3, 4 y 5 establecido en el TRIAGE	
Responsable	Director / Jefe de emergencia / Coordinador médico	
Caracterización del indicador	Unidad de medida: Minutos	
	Ámbito de desempeño: Eficacia	
Expresión matemática	$\frac{\sum(\text{Hora de llamado a consulta} - \text{Hora de registro de selección})}{\text{Cantidad de pacientes medidos}}$	
Recolección y procesamiento de la información	Frecuencia de medición: Mensual	
	Frecuencia de reporte: Mensual	
	Fuente de información: Sistema informático - Módulo recepción de emergencias	
	Procesamiento de la Información: Sistema de emergencia	
	Responsable de la información: Personal de emergencia	
	Responsable del procesamiento: Director / Jefe de emergencia / Coordinador médico	
Criterio de desempeño	Rojo	Excelente: Menor a 15 minutos
		Necesita mejorar: Mayor a 15 minutos
	Naranja	Excelente: Menor a 15 minutos
		Bueno: Entre 15 a 45 minutos
		Necesita mejorar: Mayor a 45 minutos
	Amarillo	Excelente: Menor a 45 minutos
		Bueno: Entre 45 a 120 minutos
		Necesita mejorar: Mayor a 120 minutos
	Verde	Excelente: Menor a 120 minutos
		Bueno: Entre 120 a 180 minutos
		Necesita mejorar: Mayor a 180 minutos
	Azul	No se establece criterio de desempeño en lo que concierne al nivel azul según la clasificación TRIAGE, el cual determina que estos pacientes pueden ser referidos a la consulta externa de cualquier centro de atención para su manejo de carácter ambulatorio.

Indicador de proceso	
Nombre	2. Porcentaje de deserción de pacientes para la atención médica
Objetivo	Medir la cantidad de pacientes que ya entraron al sistema de atención y que no contestan al llamado por el médico de emergencia para atención y no reciben el servicio.
Responsable	Director / Jefe de emergencia / Coordinador médico
Caracterización del indicador	Unidad de medida: Porcentaje
	Ámbito de desempeño: Eficacia
Expresión matemática	$\frac{\text{Cantidad de pacientes que no contestaron para la atención médica en consulta}}{\text{Total de pacientes clasificados registrados para la atención}} \times 100$
Recolección y procesamiento de la información	Frecuencia de medición: Trimestral
	Frecuencia de reporte: Trimestral
	Fuente de información: Sistema informático - Módulo recepción de emergencias
	Procesamiento de la Información: Hoja de cálculo Excel
	Responsable de la información: Médico de emergencia
	Responsable del procesamiento: Director / Jefe de emergencia / Coordinador médico
Niveles de referencia	Referencia: Metas establecidas por cada centro según demanda
Criterio de desempeño¹	Excelente: Menor al 2%
	Bueno: Entre 2% y 7%
	Necesita mejorar: Mayor al 7%

Indicador de proceso	
Nombre	3. Satisfacción del usuario
Objetivo	Medir la percepción de los usuarios de los servicios recibidos durante el proceso de atención de emergencia
Responsable	Director / Jefe de emergencia / Coordinador médico
Caracterización del indicador	Unidad de medida: Índice de satisfacción
	Ámbito de desempeño: Calidad
Expresión matemática	Promedio de resultados de escala de valoración de respuestas a encuestas
Recolección y procesamiento de la información	Frecuencia de medición: Semestral
	Frecuencia de reporte: Semestral
	Fuente de información: Resultado de encuestas
	Procesamiento de la Información: Hoja de cálculo Excel / Sistema informático - Módulo recepción de emergencias

¹ Conceptos generales para la administración de los servicios de urgencia; Rev. Med. Clin. Condes - 2017; 28(2) 206-212]



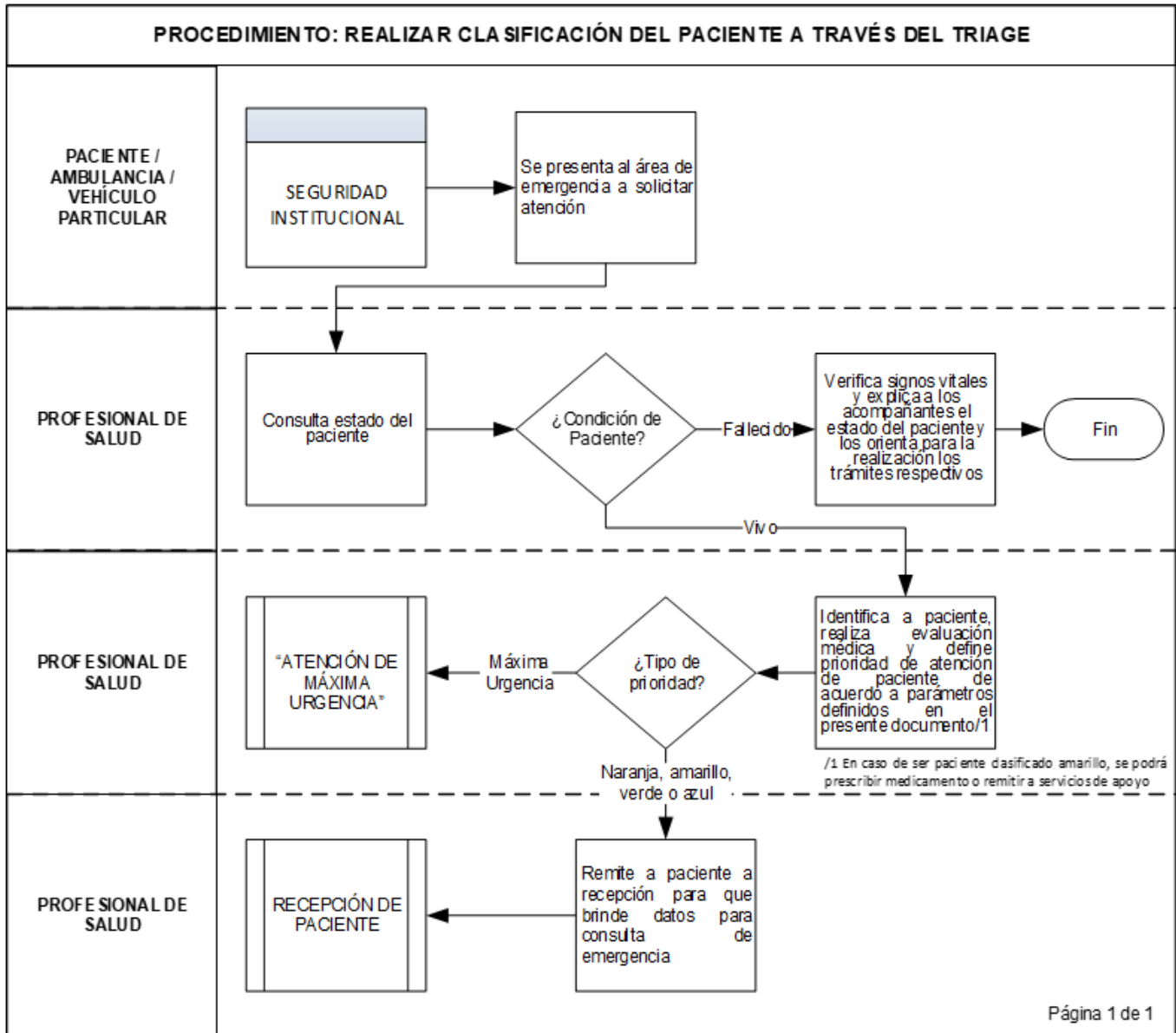
	Responsable de la información: Departamento de atención al usuario / Delegado por el centro de atención
	Responsable del procesamiento: Director / Jefe de emergencia / Coordinador médico
Niveles de referencia	Referencia: Metas establecidas
Criterio de desempeño	Excelente: Índice mayor al 90% de aprobación
	Muy bueno: Entre 70% y 89%
	Bueno: Entre 60% y 69% de aprobación
	Necesita mejorar: Menor a 60% de aprobación

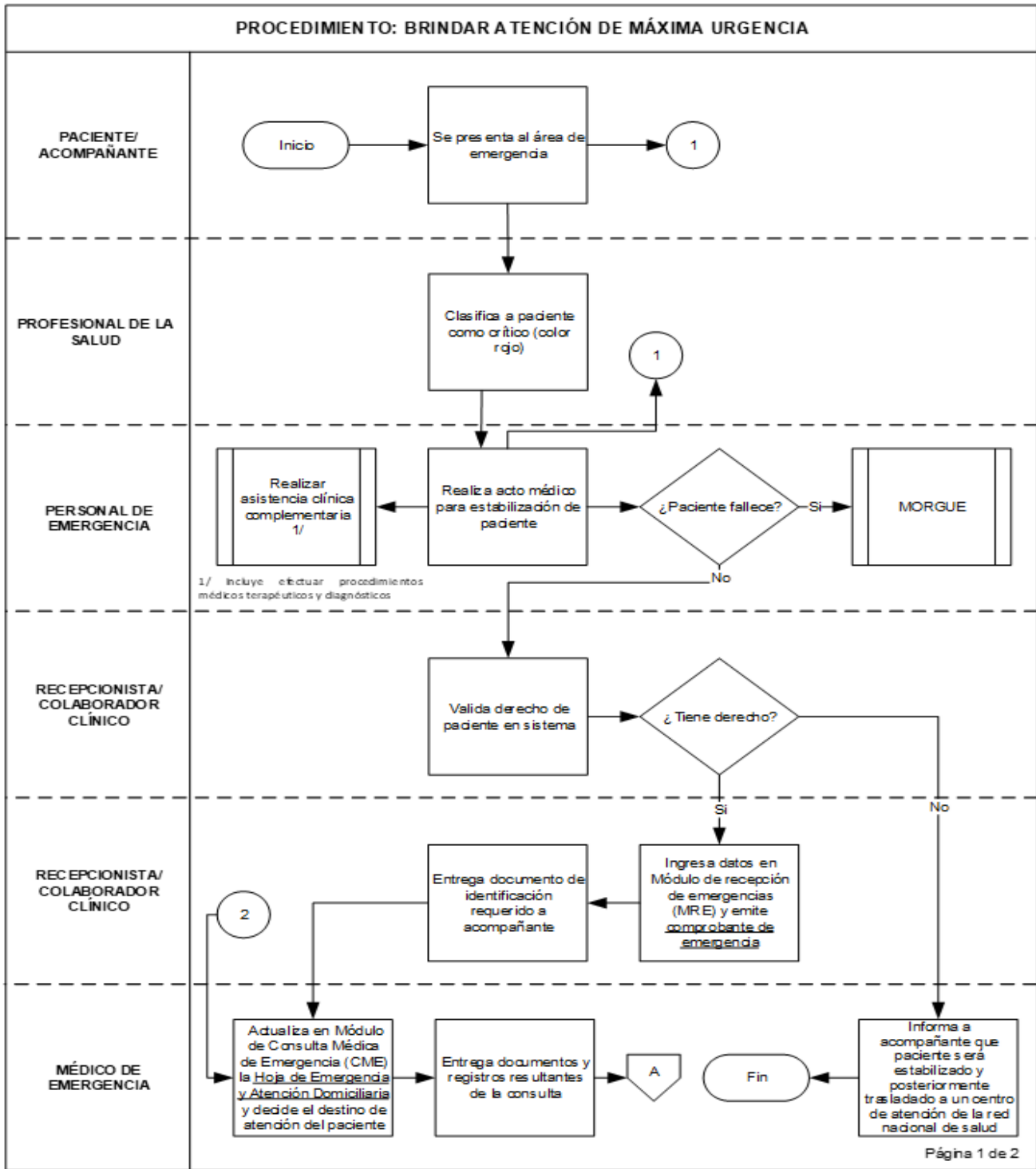
Indicador y estándar de calidad		
Nombre	4. Tiempo medio de primera asistencia	
Descripción	Tiempo medio (en minutos) que tardan los pacientes desde el momento que acceden al servicio o área de emergencia. Definido por la hora registrada de llegada hasta el momento de inicio de la primera asistencia por un médico.	
Fundamento	Este indicador permite conocer la rapidez (o lentitud) con la que se comienza a prestar atención médica, y por tanto la eficacia y eficiencia de la organización del proceso, a fin de evitar que las patologías graves se vean afectadas de manera negativa por demoras en la asistencia inicial.	
Expresión	Se expresará en medida de tiempo promedio expresado en minutos (En todos aquellos centros de atención que dispongan de un sistema de información estandarizado, que permita incluir registro en horas, minutos y segundos de los diferentes momentos de atención, para su respectiva medición).	
Criterios de exclusión	Aquellos casos en los que la consulta sea anulada o interrumpida, y en los casos que el usuario desista de consultar y se ausente o sea ingresado a máxima urgencia, observación y hospitalización. Igualmente los casos en los que no existe constancia o registro de los datos en función de horario, ya sean de la llegada o de alguno de los momentos de la consulta que se tome como objeto de medición.	
Recolección y procesamiento de la información	Fuente de información: Sistema informático - Módulo recepción de emergencias	
	Responsable del procesamiento: Jefe de emergencia / Coordinador médico	
Expresión matemática	$\frac{\text{Sumatoria de tiempos de primera asistencia en minutos (tiempo de registro de inicio de la primera asistencia por un médico - tiempo de la hora registrada de llegada) de cada uno de los pacientes atendidos que no tengan criterios de exclusión, en un período de tiempo definido}}{\text{Número total de pacientes atendidos en dicho período de tiempo, que no tengan criterios de exclusión}}$	
Estándar	Nivel rojo	Máximo 5 minutos
	Nivel naranja	Menos de 45 minutos
	Nivel amarillo	Menos de 120 minutos
	Nivel verde	Menos de 240 minutos
	Nivel azul	Más de 240 minutos

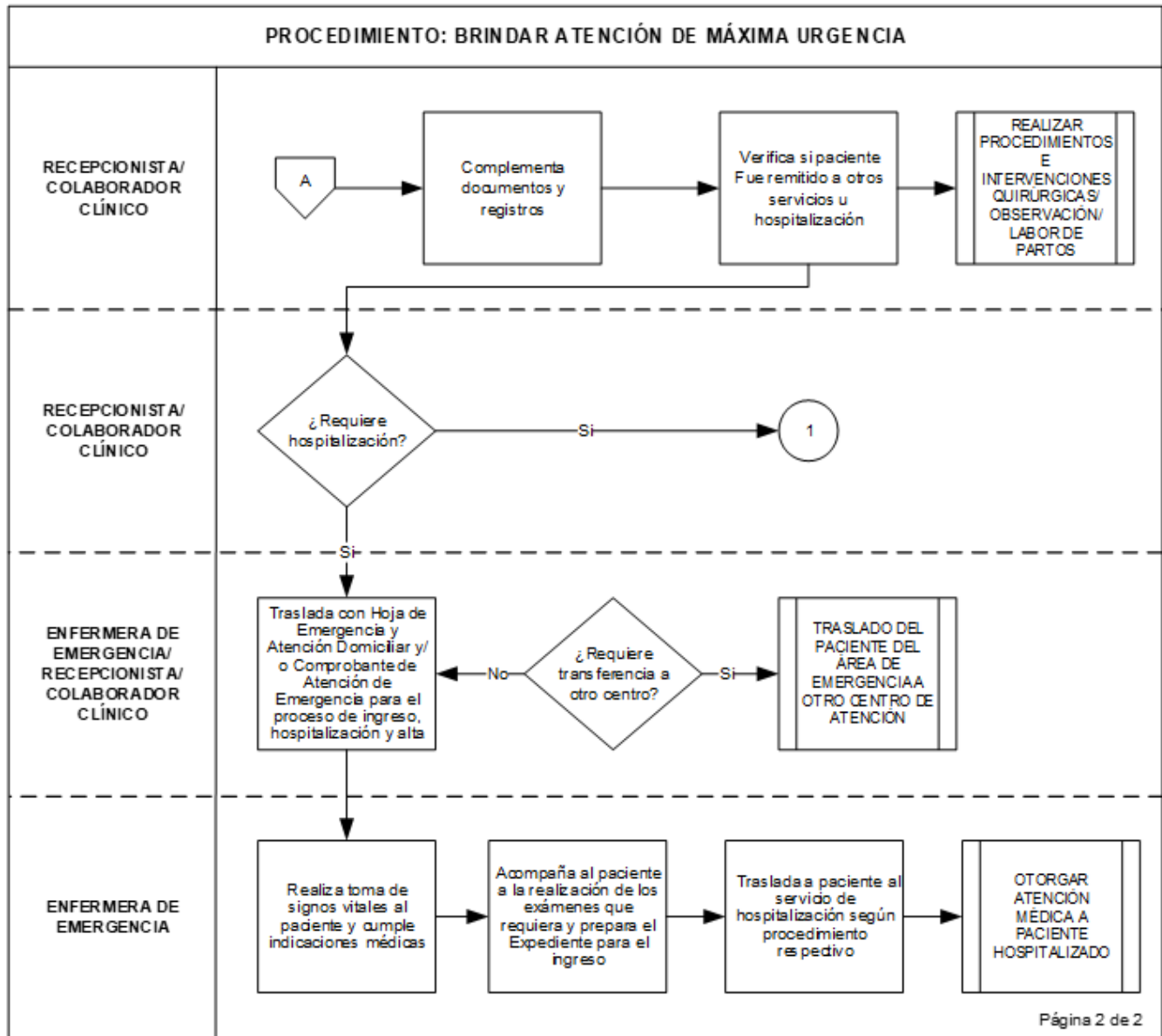
Indicador y estándar de calidad	
Nombre	5. Proporción de ingresos
Descripción	Cantidad de pacientes que han requerido ingreso hospitalario, ya sea a observación o a un servicio específico, respecto del total de pacientes atendidos en el servicio o área de emergencia.
Fundamento	Brinda información indirecta sobre la gravedad de las urgencias atendidas, así como, de forma relativa, sobre la capacidad resolutoria del servicio o área de emergencia. Mide de modo indirecto la complejidad de éste.
Expresión	Proporción porcentual.
Criterios de exclusión	No existen.
Recolección y procesamiento de la información	Fuente de información: Registro diario de ingresos de emergencia
	Responsable del procesamiento: Jefe de emergencia / Coordinador médico
Expresión matemática	$\frac{\text{Número de pacientes ingresados a máxima urgencia, observación u hospitalización por el departamento, servicio o área de emergencia en un período determinado}}{\text{Número total de pacientes atendidos en el servicio o área de emergencia en el mismo período determinado}}$
Estándar	El estándar se establecerá de acuerdo a la evaluación continua de resultados durante 6 meses.

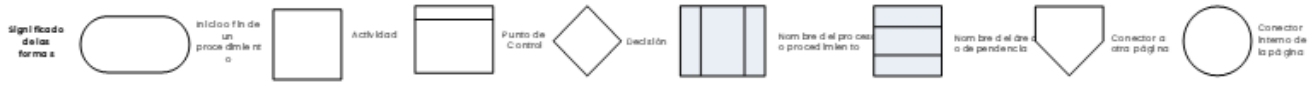
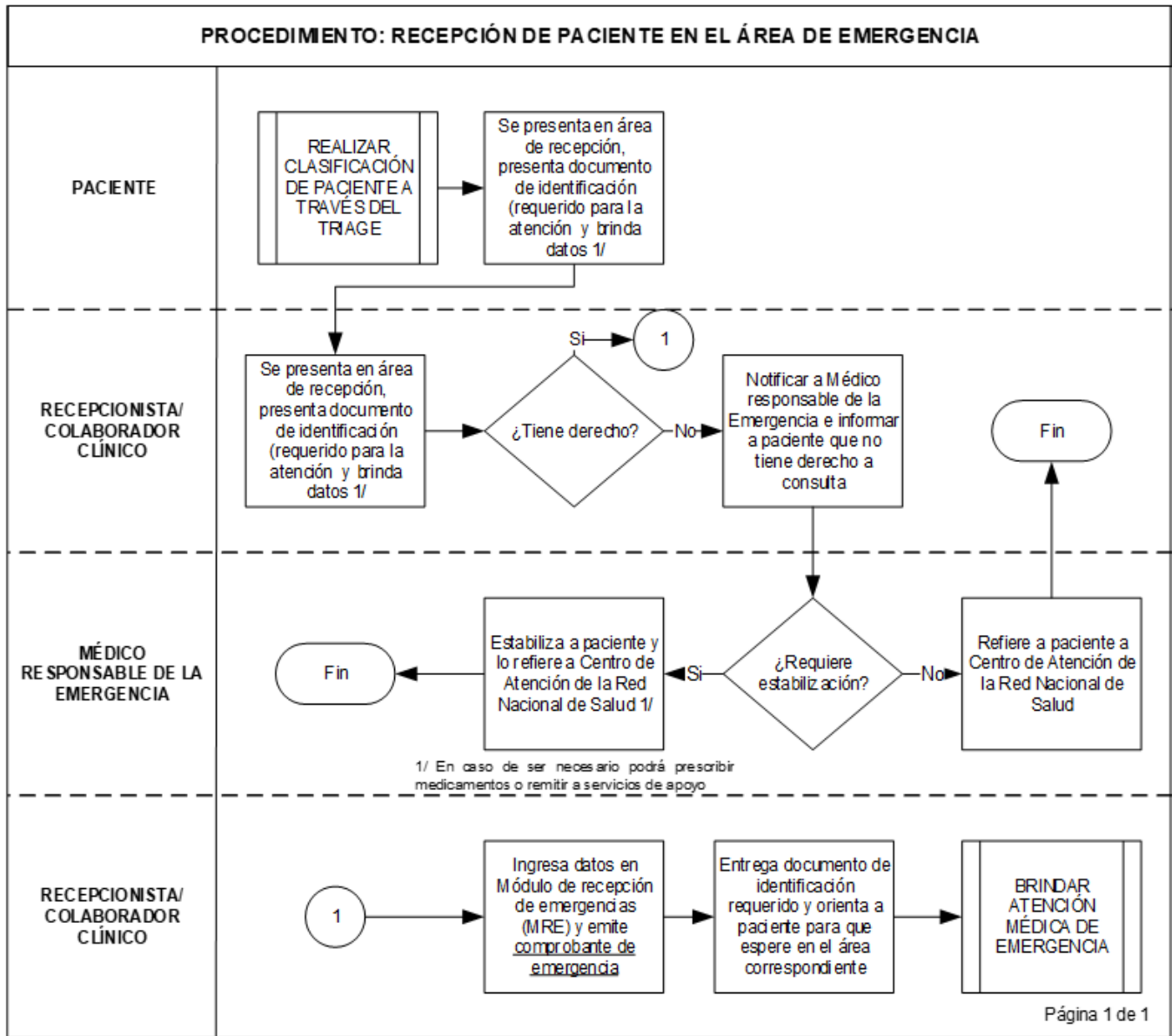
Indicador y estándar de calidad	
Nombre	6. Tasa de mortalidad en servicio o área de emergencia
Descripción	Proporción de pacientes que fallecen en el servicio o área de emergencia, habiendo accedido con vida al mismo.
Fundamento	Mide indirectamente la capacidad y eficacia del servicio o área de emergencia para resolver los casos más críticos con rapidez, ya sea solucionando el problema con sus medios o derivando al paciente al servicio, unidad o centro de atención adecuado de acuerdo a la gravedad del caso.
Expresión	En forma de tasa por cada 1,000 asistencias.
Criterios de exclusión	Se excluyen los que, al ser llevados sin signos vitales al servicio o área de emergencia, no reciben ninguna maniobra de reanimación, ni otros actos terapéuticos, debido a ser declarados por causa fallecidos.
Recolección y procesamiento de la información	Fuente de información: Registro diario de defunciones de emergencia
	Responsable del procesamiento: Jefe de emergencia / Coordinador médico
Expresión matemática	$\frac{\text{Número de pacientes fallecidos en el servicio o área de emergencia en un período de tiempo definido, multiplicado por 1,000}}{\text{Número total de pacientes atendidos en el servicio o área de emergencia en el mismo período de tiempo definido}}$
Estándar	El estándar se establecerá de acuerdo a la evaluación continua de resultados durante 6 meses.

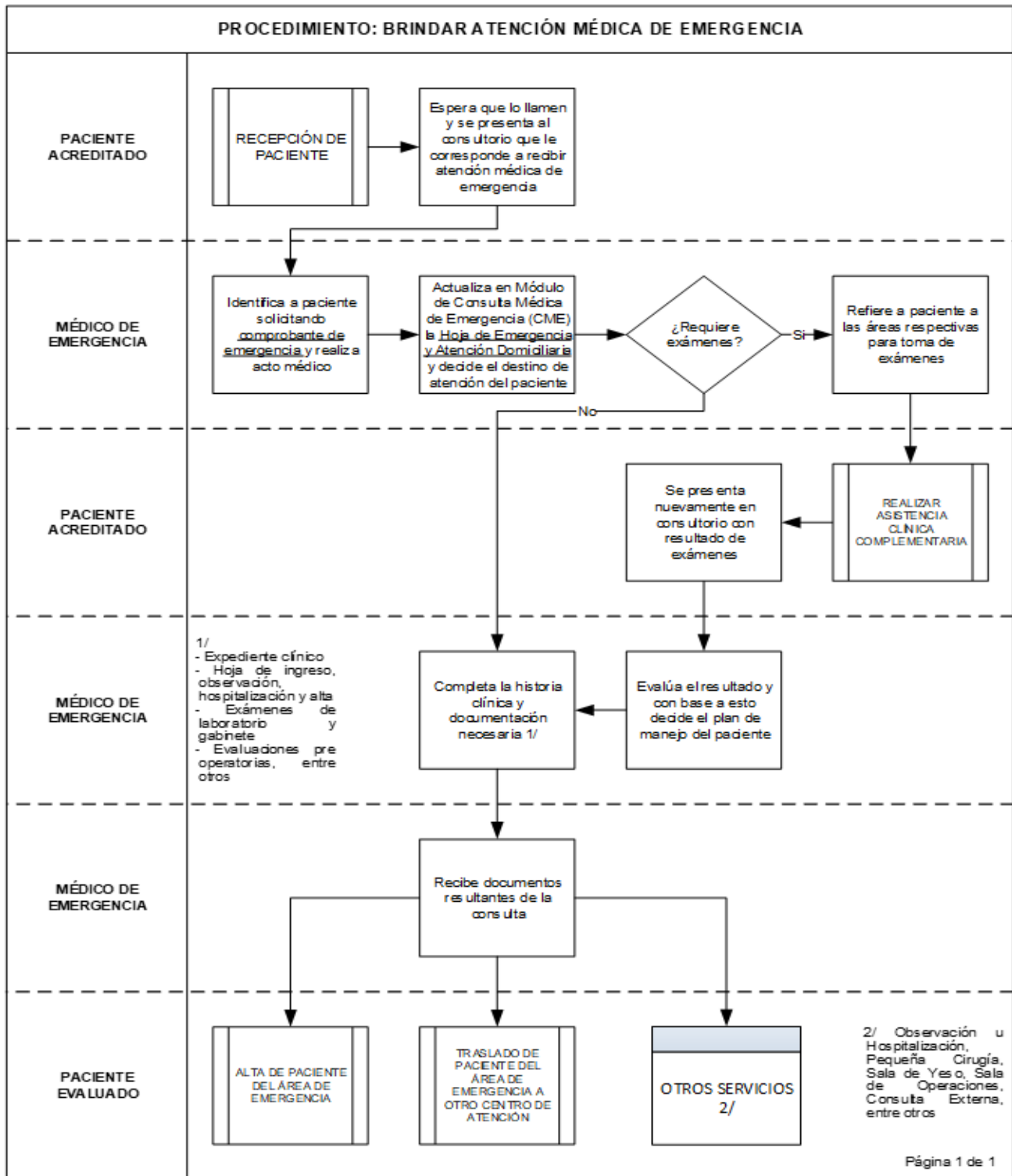
Anexo 16: Diagramas de flujo de los procesos de atención en emergencia

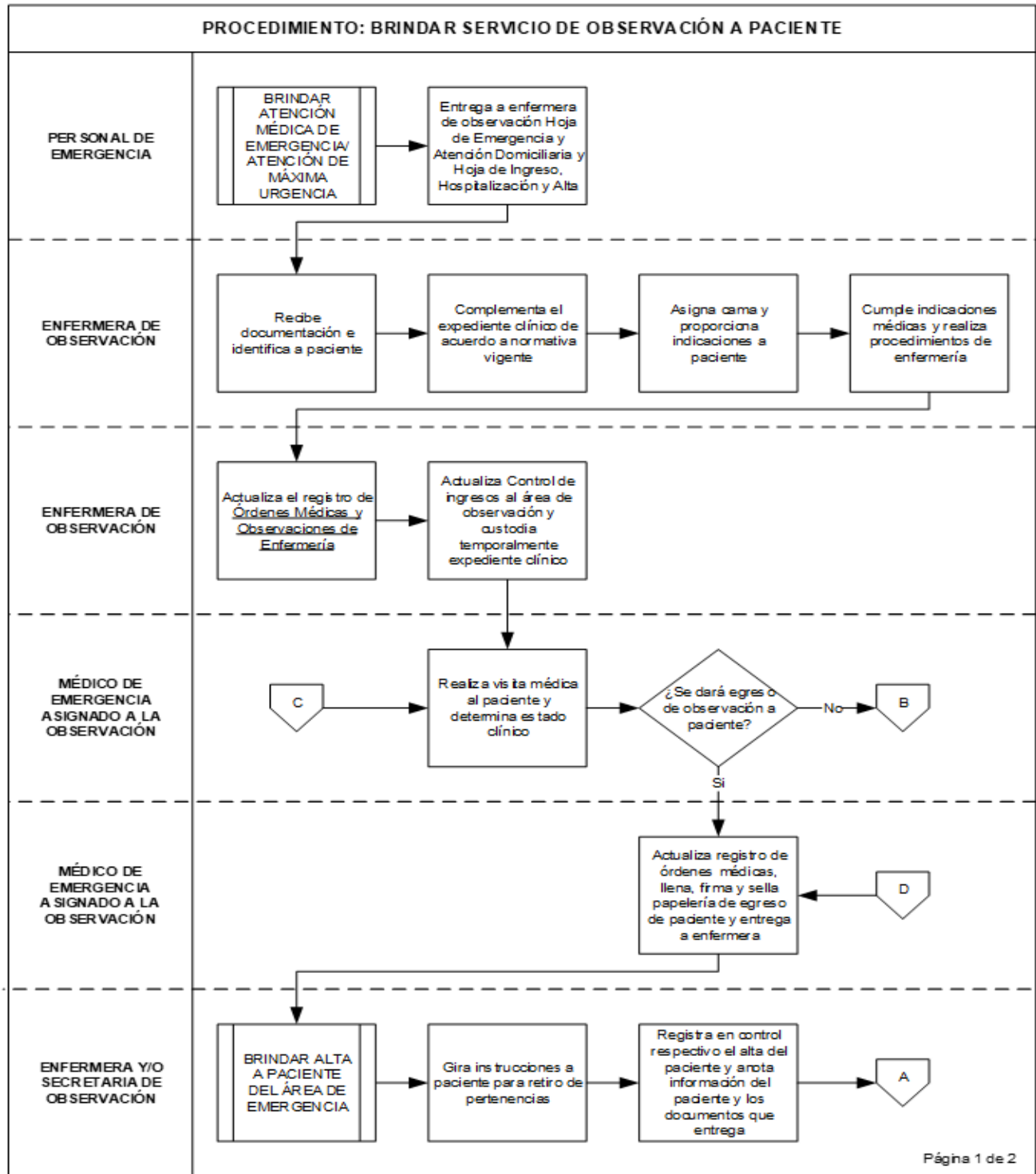


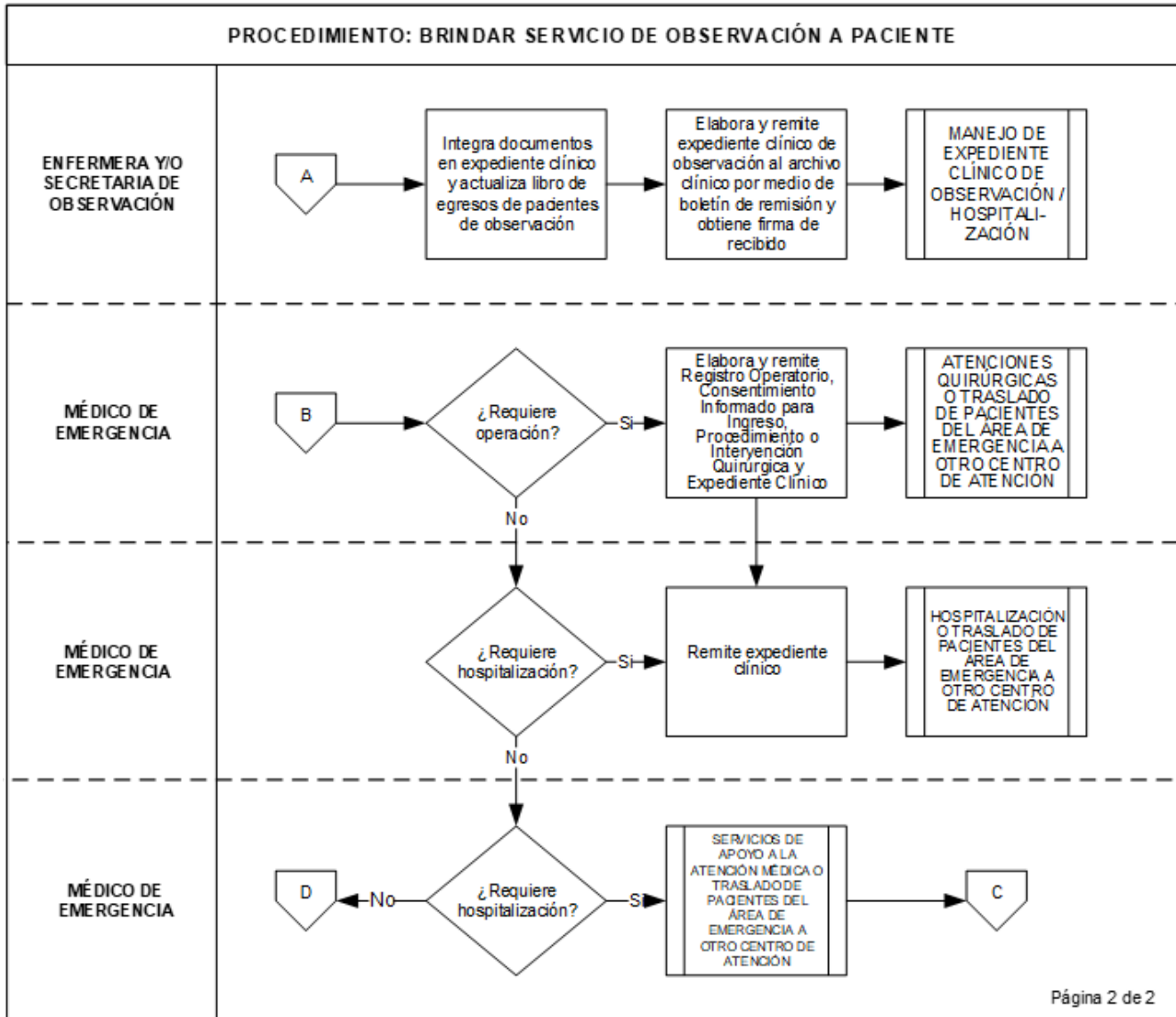






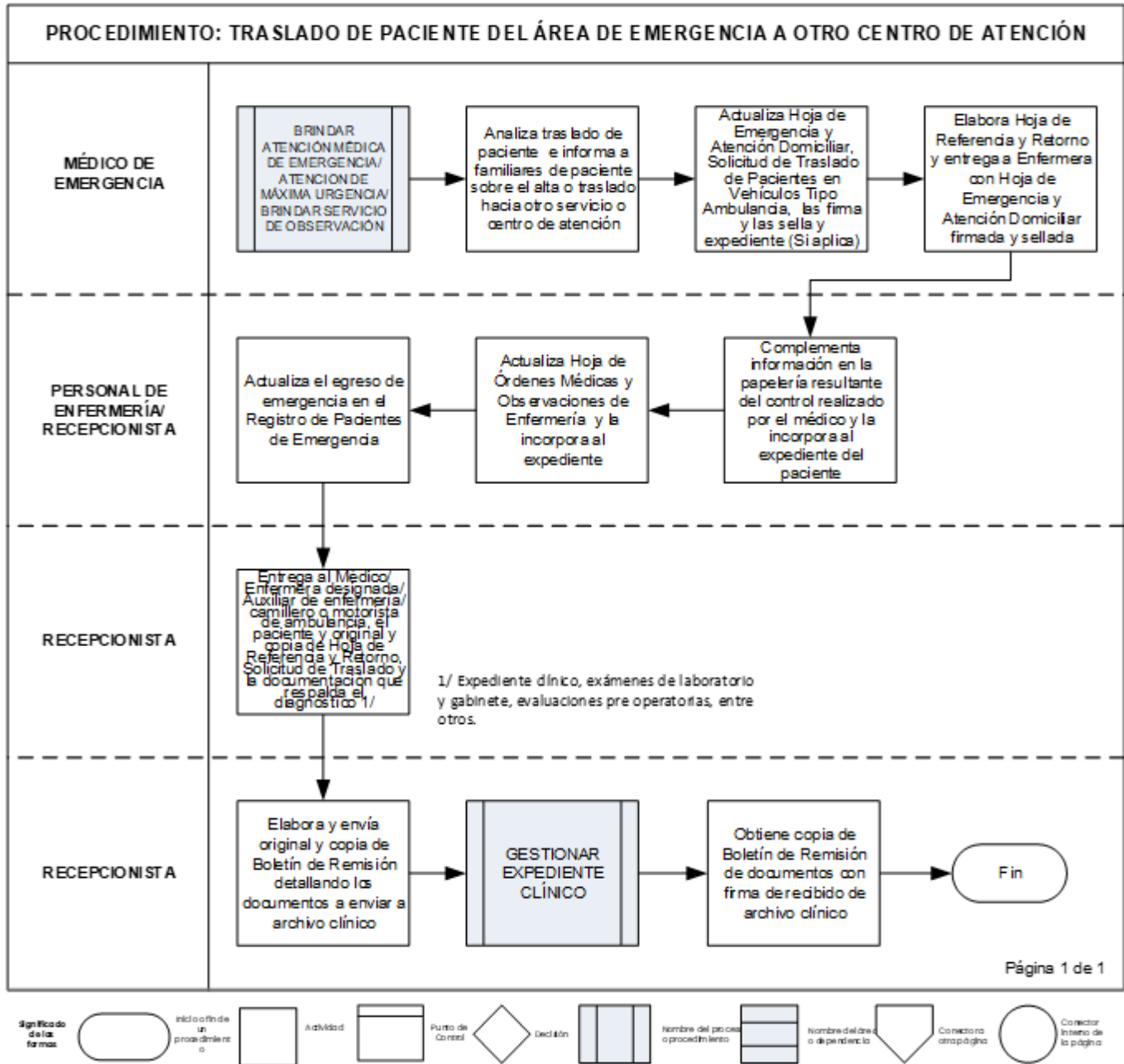


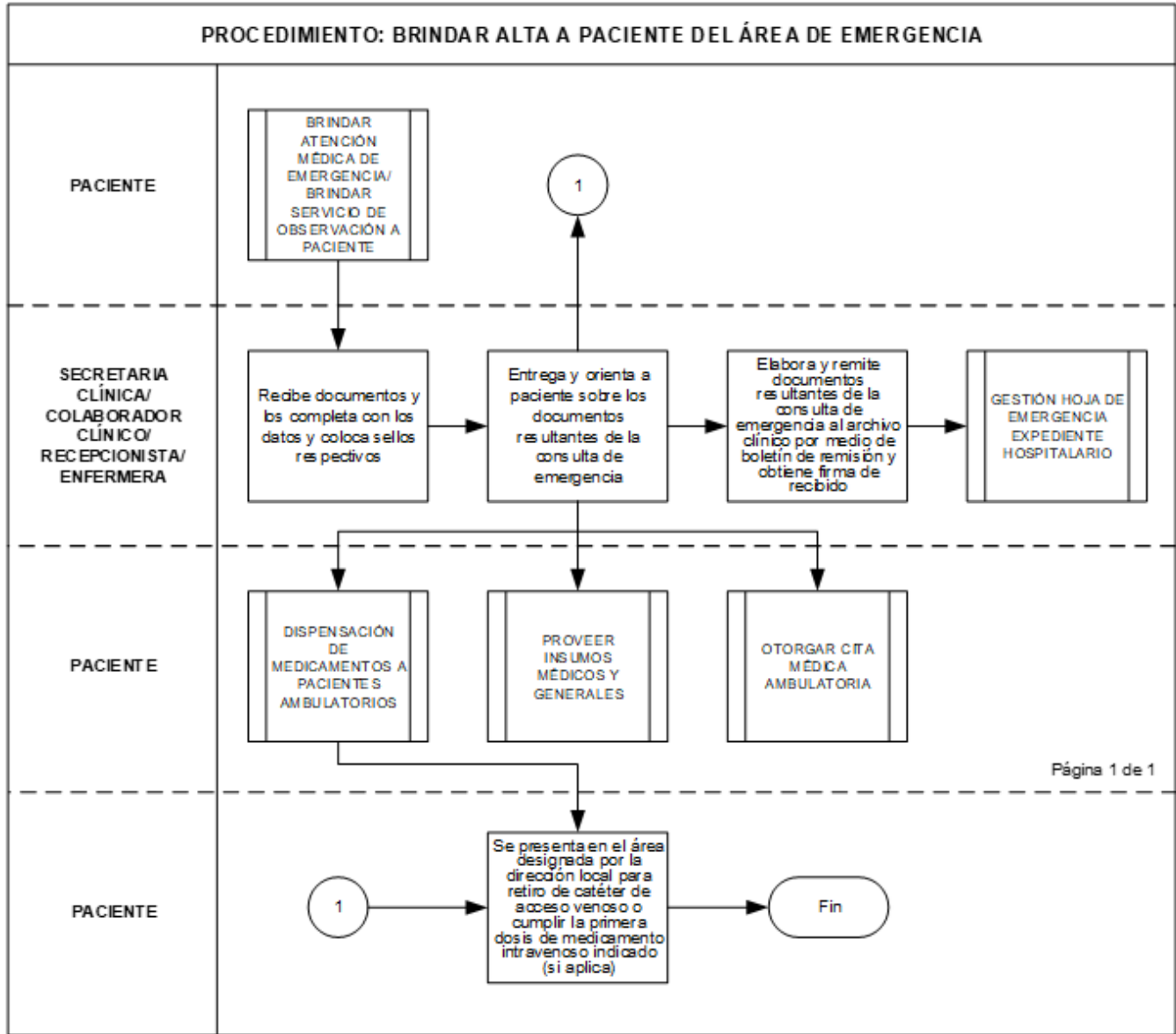




Página 2 de 2








Página 1 de 1





XIII. Registro de adendas

	Norma técnica y administrativa en salud Atención de emergencias en el ISSS		NTAS-002
Adenda			
# Adenda	Fecha	Detalle de la modificación	Aprobado
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			