



INSTITUTO SALVADOREÑO
DEL SEGURO SOCIAL

VERSIÓN PÚBLICA

Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial, entre ello, los datos personales de las personas naturales" (Arts. 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa.

Código
MPR-S-048

Versión
1.0

Aprobación
Julio 2024

Gerencia de Salud

Manual de Procedimiento

Operativización del convenio
ISSS-Hospital Divina Providencia (HDP)
para los cuidados paliativos en pacientes
hemato-oncológicos

MPR

AUTORIZADO



Dr. Edwin Roberto Salmerón
Gerencia de Salud

REVISADO



Licda. Rosa Alba de García
Jefatura Unidad de
Desarrollo Institucional

APROBADO



Dra. Mónica G. Ayala Guerrero
Directora General del ISSS



Contenido

Portada

- I. Propósito
- II. Marco legal y documentos de referencia
- III. Alcance
- IV. Vigencia
- V. Definiciones
- VI. Desarrollo
- VII. Responsabilidades en el proceso
- VIII. Registros y formularios utilizados en el proceso
- IX. Anexos
- X. Personal que participó en actualización del documento
- XI. Registro de actualización del documento
- XII. Registro de Adendas

I. Propósito

Los equipos que brindan los cuidados paliativos a pacientes con cáncer, persiguen las siguientes finalidades:

- a) Proporcionan alivio al dolor y a otros síntomas.
- b) Defienden la vida, pero contemplando la muerte como un proceso natural sin intención de acelerar o posponer el fallecimiento.
- c) Incorporan los aspectos psicológicos, espirituales en la atención y apoyo al paciente con su familia.
- d) Proporcionan apoyo para que los pacientes mantengan hasta el momento del fallecimiento el mayor nivel de actividad y bienestar que la condición clínica les permita.
- e) Ofrecen ayuda espiritual a la familia durante el proceso de la enfermedad y luego en el duelo.
- f) Trabajan en equipo para resolver el conjunto de necesidades del paciente y de sus familiares, incluido cuando es preciso, el apoyo en el duelo; que no sólo pretenden mejorar la calidad de vida, sino que pueden influir también de manera positiva en el curso de la enfermedad.

II. Marco legal y documentos de referencia

- Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISSS (octubre 2022).
- Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud.
- Ley de Procedimientos Administrativos (LPA).
- Ley de Mejora Regulatoria (LMR).



- 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.
- Convenio ISSS - Hospital Divina Providencia.

III. Alcance

Es aplicable a los centros de atención que brindan servicios a pacientes con cáncer para ingreso bajo convenio ISSS - Hospital Divina Providencia.

IV. Vigencia

El presente manual tiene un período de vigencia de tres años a partir de la fecha de su divulgación, sustituyendo la versión anterior y/o afines incluidos en el mismo.

V. Definiciones

- **Cuidado Paliativo:** Es un modo o forma de abordar la enfermedad incurable, que pretende mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes que afrontan la enfermedad como de su familia; mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas tanto físicos como psicosociales y espirituales.

Es el enfoque que mejora la calidad de vida del paciente y su familia que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida (como el cáncer), a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales.

Es el cuidado total activo a los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo.

Los cuidados paliativos no deben limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse a medida que avanza la enfermedad en función de las necesidades del paciente y la familia.

VI. Desarrollo

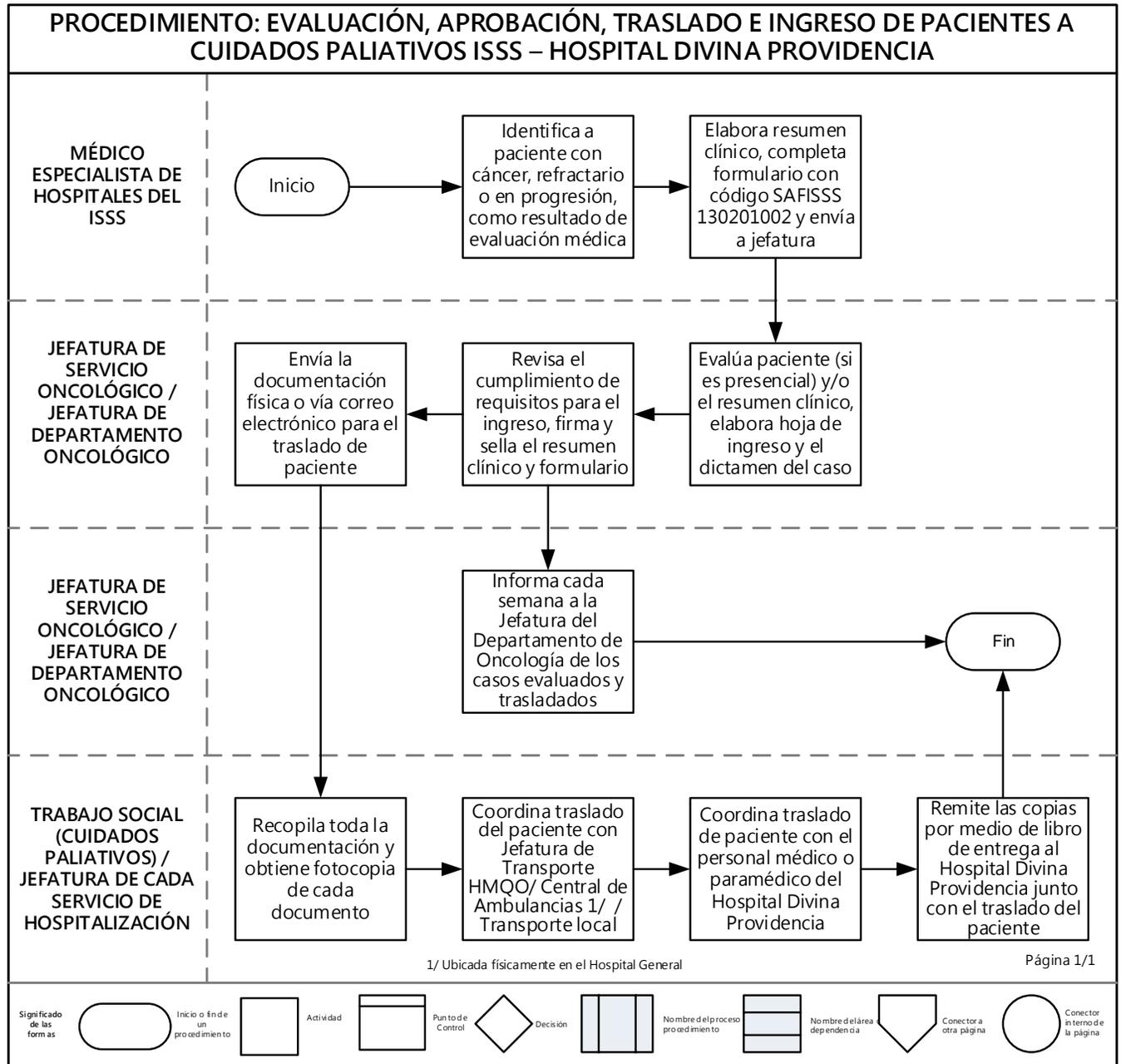
El presente procedimiento define la secuencia de las actividades para la evaluación, aprobación, traslado e ingreso de pacientes a cuidados paliativos en el Hospital Divina Providencia; que inciden en la efectividad de la atención de los servicios especiales a pacientes del ISSS, que adolecen enfermedades malignas: tumores sólidos, hemato-oncológicos (cáncer) en etapa avanzada, refractario a tratamiento y con pronóstico de vida limitado. Además, se contempla el ingreso en calidad de albergue de aquellos pacientes que se presentan a cumplir tratamientos de radioterapia, transfusiones y cumplimiento de esquemas paliativos de baja complejidad.

A. Evaluación, aprobación, traslado e ingreso de pacientes a cuidados paliativos ISSS-Hospital Divina Providencia

1. El médico especialista de los hospitales del ISSS identifica al paciente con cáncer, refractario o en progresión como resultado de una evaluación médica, elabora el resumen clínico, completa formulario "Consentimiento Informado para Ingreso, Procedimiento, Estudios Radiológicos o Intervenciones Quirúrgicas (C. SAFISS 130100014)" en físico y lo envía para revisión y visto bueno del Jefe de Servicio Oncológico / Jefatura de Departamento Oncológico.
2. En el caso de los hospitales regionales y del área metropolitana, envían por medio de correo electrónico de los servicios de: Gineco-Oncología, Oncología Médica, Cirugía Oncológica y en ocasiones de Cuidados Paliativos el resumen clínico y el formulario (C. SAFISS 130100014) al correo del Jefe de Servicio Oncológico / Jefatura de Departamento Oncológico para revisión y visto bueno.
3. El Jefe de Servicio Oncológico / Jefatura de Departamento Oncológico después de evaluar al paciente (si es presencial) y/o el resumen clínico, elabora la hoja de ingreso y el dictamen del caso, revisa que se cumplan los requisitos necesarios para el ingreso, firma y sella el resumen clínico y el formulario "Consentimiento Informado para Ingreso, Procedimiento, Estudios Radiológicos o Intervenciones Quirúrgicas (C. SAFISS 130100014)", manteniendo un control de todos los documentos resultantes por cada paciente y envía la documentación física o vía correo electrónico (según el caso) a Trabajo Social (cuidados paliativos) / jefatura de cada servicio de hospitalización, para el traslado del paciente e informa cada semana a la Jefatura del Departamento de Oncología de los casos evaluados y trasladados al Hospital Divina Providencia.
4. Trabajo Social (cuidados paliativos) / jefatura de cada servicio de hospitalización recopila toda la documentación y obtiene fotocopia de cada documento, las copias se remiten por medio de libro de entrega al Hospital Divina Providencia junto con el paciente y los originales se archivan para control administrativo de los ingresos autorizados.
5. Trabajo Social (cuidados paliativos) / jefatura de cada servicio de hospitalización coordina con la Jefatura de Transporte del Hospital Médico Quirúrgico - Oncológico o Central de Ambulancias

ubicada en el Hospital General / Transporte local y con el personal médico o paramédico del Hospital Divina Providencia para el traslado oportuno del paciente.

• Diagrama de flujo





- Disposiciones específicas

1. Los pacientes para ingreso a cuidados paliativos son evaluados por el médico especialista, cuando presentan algunas de las siguientes condiciones:

a) Condiciones generales:

- i. Paciente con cualquiera de los siguientes métodos diagnósticos: histopatológico, métodos de gabinete o marcadores tumorales, fuera de protocolo oncológico, refractario a tratamiento oncológico o cáncer en progresión que lo hace un caso fuera de nuevos tratamientos anti cáncer y que en la progresión presenta compromiso funcional de órganos vitales.
- ii. Paciente con pronóstico de vida limitado por la progresión del cáncer.
- iii. Paciente con su expediente clínico activo en cualquiera de los centros de atención del ISSS, donde se constate:
 - El diagnóstico de cáncer.
 - El manejo terapéutico recibido previamente como: quimioterapia anti cáncer, cirugías oncológicas y/o esquemas de radioterapia para cáncer.
- iv. Que el paciente y un familiar responsable, después de conocer la información del diagnóstico de "enfermedad oncológica avanzada" y de conocer la finalidad de brindar servicios de cuidados paliativos integrales al paciente y familia, admitan tal condición y firmen el formulario "Consentimiento Informado para Ingreso, Procedimiento, Estudios Radiológicos o Intervenciones Quirúrgicas (C. SAFISSS 130100014)" aceptando voluntariamente el ingreso a cuidados paliativos brindados a través del Convenio ISSS-Hospital Divina Providencia.
- v. Paciente con cáncer (que cumpla los primero tres requisitos de las condiciones generales) que acepte, firme el formulario "Consentimiento Informado para Ingreso, Procedimiento, Estudios Radiológicos o Intervenciones Quirúrgicas (C. SAFISSS 130100014)" y acepte el ingreso a cuidados paliativos ISSS-Hospital Divina Providencia, pero que por circunstancias especiales de su entorno social no tenga familiar responsable para asumir como cuidador responsable del paciente; en este caso especial podrá tener otra persona que conozca al paciente (amigo, familiar por afinidad, cuidador informal) y que asuma la responsabilidad de atender las necesidades del paciente como cuidador, esta persona debe ser reconocida por el paciente, quien dará el aval de que sea quien lo asista, debiendo firmar dicho formulario e identificarse con su Documento Único de Identidad (DUI). El personal de trabajo social realiza el estudio y evaluación del entorno familiar del paciente en cuanto lo referente a este literal en el caso particular descrito.

b) Condiciones especiales:

- i. Ingresos temporales: otros pacientes con cáncer y posibilidad de curación, que en su evolución y plan de tratamiento (post quimioterapia o recibiendo radioterapia en el ISSS) requieran estancias de internamiento y vigilancia por periodos cortos (de cinco a treinta días) y/o de domicilio complicado o con situaciones sociales o familiares que pudieran ser la



causa de suspensión de tratamiento al no poder asistir a ellos. Además, deben cumplir los requisitos de los numerales iii, iv y v de las condiciones generales.

- ii. Permisos: pacientes con cáncer que ya se encuentren internados en la Unidad de Cuidados Paliativos ISSS en el Hospital Divina Providencia, que soliciten permiso para ir a su hogar o domicilio familiar, con el objeto de participar en actividades de convivencia con sus familiares, como parte de su manejo integral paliativo, se les concede "PERMISO" previa firma de consentimiento informado del paciente y el cuidador responsable, el permiso referido no debe exceder de setenta y dos horas, debiendo utilizar el formulario "Permiso de Salida de la Unidad de Cuidados Paliativos ISSS – HDP (C. Form. 521901-044-07-14)".

❖ Disposiciones generales

1. Para el caso de los formularios con código SAFISSS contenidos en éste documento en el apartado "Registros y formularios utilizados en el proceso" se detallará el nuevo código SAFISSS del SAP-S/4 HANA y el código anterior; los formularios actuales impresos con el código SAFISSS anterior se deberán seguir utilizando hasta agotar existencias o hasta que los mismos sean actualizados con el nuevo código.
2. Todo personal que brinda una atención directa a usuarios debe identificarse por su nombre y dirigirse de forma cortés y amable.
3. Todo paciente que sea referido para ingreso a cuidados paliativos del Hospital Divina Providencia presenta como requisito los siguientes formularios:
 - a) "Hoja de Ingreso, Observación, Hospitalización y Alta (C. SAFISSS 130100332)".
 - b) "Consentimiento Informado para Ingreso, Procedimiento, Estudios Radiológicos o Intervenciones Quirúrgicas (C. SAFISSS 130100014)".
 - c) "Evaluación Clínica y Autorización para el Ingreso a Cuidados Paliativos ISSS-Hospital Divina Providencia (C. Form. 521901-007-04-13)". La autorización la emite únicamente el personal médico autorizado del Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico.
4. La Jefatura del Departamento de Servicios Oncológicos proporciona en forma oportuna, la logística del transporte y la remisión del paciente, así como del aprovisionamiento de medicamentos e insumos necesarios requeridos por éste.
- **Relativas a la evaluación, aprobación y traslado de pacientes para ingreso a cuidados paliativos ISSS-Hospital Divina Providencia**
5. El paciente es evaluado por el médico especialista en los servicios de medicina de los centros hospitalarios del ISSS, en donde se realicen todos los estudios requeridos para la aprobación del traslado al Hospital Divina Providencia. Estos documentos los remite a la Jefatura del



Departamento Servicios Oncológicos para asignar el médico sub-especialista que emita la opinión y recomendación sobre el caso.

6. El traslado del paciente al Hospital Divina Providencia se realiza según lo establecido en la "Norma para el Traslado de Pacientes en Vehículo Tipo Ambulancia en el ISSS" vigente.
7. El traslado de pacientes se realiza de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 2:00 p.m., en coordinación entre la administración y el área de transporte del Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico / Central de Ambulancias ubicada físicamente en el Hospital General / Transporte Local; sin embargo, aquellos traslados que no logren realizarse al día viernes pero que los documentos queden autorizados, pueden trasladarlos lo más pronto posible el fin de semana, en día festivo o asueto, en el mismo horario, previa coordinación de Trabajo Social (cuidados paliativos) / jefatura de cada servicio de hospitalización del Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico o del centro de atención que aplique, con la recepción de pacientes del Hospital Divina Providencia.
8. El familiar y el paciente, firman o ponen huellas dactilares en el formulario "Consentimiento Informado para Ingreso, Procedimiento, Estudios Radiológicos o Intervenciones Quirúrgicas (C. SAFISSS 130100014)" haciendo constar que aceptan las medidas de cuidados paliativos que se ofrecen, colocando firma e identificación (según DUI) del familiar responsable del paciente; sabiendo que todas estas medidas de cuidados paliativos no incluyen maniobras de resucitación en caso de paro cardio respiratorio y que no se realizan medidas que acorten o prolonguen la vida del paciente, sino que son medidas de soporte básicas, para una muerte digna, rodeados del apoyo médico, familiar, emocional y espiritual.
9. Si el paciente, durante su internamiento por decisión propia o del familiar responsable, acuerdan el alta del Hospital Divina Providencia para morir en su casa bajo los cuidados de la familia, firman el formulario "Registro de Ingresos y Altas (C. SAFISSS 130100094)" y el personal responsable lo remite a la Jefatura del Departamento de Servicios Oncológicos del Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico para darle seguimiento al caso.
10. Cuando el paciente ingresado y la familia soliciten permiso de autorización de salida, se debe documentar por medio del formulario institucional "Permiso de Salida de la Unidad de Cuidados Paliativos ISSS – HDP (C. Form. 521901-044-07-14)". El cual es firmado por: el médico que autoriza el permiso, dos (2) familiares y dos (2) testigos, con el objetivo institucional de contar con instrumento documental de la voluntad del paciente y su familia; se debe dejar constancia en el expediente clínico del paciente. Los días que el paciente se encuentre fuera del Hospital Divina Providencia no se incluyen en el cobro de los servicios prestados cada mes al ISSS.
11. Para el ingreso del paciente al Hospital Divina Providencia, después de haber solicitado permiso, debe presentarse en horas hábiles de 8:00 am. a 5:00 pm. para ser evaluado por el médico de dicho hospital y confirmar el ingreso. El día de nuevo ingreso, el Director Médico del Hospital Divina Providencia notifica a la Jefatura del Departamento de Servicios Oncológicos del ISSS el



ingreso del paciente, para que se contabilice el ingreso con fecha y hora en el censo diario de pacientes. La Jefatura del Departamento de Servicios Oncológicos del ISSS solicita al Director Médico del Hospital Divina Providencia que los casos de nuevo ingreso le sean notificados el mismo día de su reingreso.

12. Los pacientes que han sido ingresados a cuidados paliativos del Hospital Divina Providencia, pero que por cualquier motivo exigieron alta en un momento dado, si el paciente y/o familia desean un nuevo ingreso, se presentan y solicitan cita por medio de Trabajo Social de Oncología al Hospital Médico Quirúrgico Oncológico en el área de consulta externa Servicios de Oncología con su médico tratante o en el Servicio de Emergencia para ser ingresado en cualquier servicio del Hospital Médico Quirúrgico Oncológico u otros servicios de la red hospitalaria del ISSS. Una vez ingresado, se solicita interconsulta con el médico especialista de área de oncología del ISSS para que realice y actualice una evaluación médica; y reconfirme dictamen, a fin de que se elabore la hoja de ingreso al Hospital Divina Providencia, cumpliendo los requisitos de las disposiciones específicas (condiciones generales y condiciones especiales) numeral 1 del desarrollo de este Manual.
13. Si el paciente fallece en el Hospital Divina Providencia y se requiere por parte de la familia, la elaboración de alguna incapacidad o constancia para el trabajador cotizante, ésta la realiza el personal de Trabajo Social asignado a cuidados paliativos del Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico.
- **Relativas a solicitud de transfusión de hemocomponentes para pacientes ingresados en cuidados paliativos ISSS-Hospital Divina Providencia**
14. Durante su internamiento en el Hospital Divina Providencia el paciente puede ser evaluado por el médico en cuanto a necesitar apoyo con terapia de transfusión de hemocomponentes.
15. La Jefatura del Banco de Sangre del Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico recibe los formularios de solicitud de transfusión y los tubos con las muestras de sangre del paciente, cumpliendo con las normas para el manejo y transporte de muestras. Estas se reciben bajo la custodia del mensajero del Hospital Divina Providencia destacado para tal función, de llevar muestras y luego recoger los hemocomponentes.
16. La Jefatura del Banco de Sangre del Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico revisa y entrega el o los componentes sanguíneos, contra entrega de los formularios de "Solicitud de Transfusión (C. SAFISSS 130100431)", "Solicitud y Control de Transfusión (C. SAFISSS 130100446)", más formulario "Hoja de Control de Transfusiones (C. Form. 521804-68-06-05)" al Mensajero del Hospital Divina Providencia que recoge la o las unidades preparadas.
17. Toda unidad que reporte reacción adversa dentro de las tres horas posterior a su aplicación, no debe ser descartada, esté vacía o contenga algún resto del componente, ésta la remite la jefatura



del servicio respectivo al Banco de Sangre del Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico con el formulario completo "Hoja de Control de Transfusiones (C. Form. 521804-68-06-05)". Este formulario se remite a más tardar cuarenta y ocho horas post-transfusión, ya sea que exista un reporte de incidencias transfusionales o no.

18. La Jefatura del Banco de Sangre del Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico controla y registra todas las solicitudes de transfusiones, detallando como mínimo hora, fecha, nombre y número de afiliación del paciente y tipo de solicitud por componente.
19. El formulario "Solicitud y Control de Transfusión (C. SAFISS 130100446)" de un paciente puede ser utilizado con diferentes fechas de solicitudes del mismo paciente, esta hoja debe archivar en el expediente clínico del paciente.

- **Relativas a la gestión de pago para cuidados paliativos ISSS-Hospital Divina Providencia**

20. La Administración del Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico recibe del Hospital Divina Providencia en los primeros cinco días hábiles de cada mes la hoja de costos de cada paciente, indicando el tiempo efectivo de hospitalización por las atenciones brindadas, anexando la siguiente documentación:
 - a) Hoja con la nota de remisión firmada por la Dirección del Hospital Divina Providencia.
 - b) Formulario "Hoja de Ingreso, Observación, Hospitalización y Alta (C. SAFISS 130100332)".
(si el paciente fallece o si es trasladado para cuidado en casa)
 - c) Detalle de los costos unitarios y totales de cada paciente.
Adicionalmente se solicita para pacientes fallecidos:
 - d) Certificado de defunción.
 - e) DUI original.
21. El costo día cama incluye una estancia de veinticuatro horas con espacio físico, hostelería y pago de recursos humanos de salud, si es mayor o menor de ese tiempo se cobra por hora y minutos.

- **Relativas al personal que brinda atención de cuidados paliativos**

22. El médico tratante del caso y/o el médico que remite al paciente con enfermedad oncológica o hemato-oncológica a cuidados paliativos del Hospital Divina Providencia, otorga la fecha de la próxima cita médica según criterio clínico y prescribe los medicamentos en recetas repetitivas con cobertura hasta su próxima cita.
23. El personal del Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico recibe capacitaciones de parte del personal del Hospital Divina Providencia en las diversas intervenciones de los cuidados paliativos, desarrollando temas y pasantías, con el fin que ambos equipos compartan las estrategias y experiencias que implica dicha atención.



24. La responsabilidad médica y legal del manejo adecuado de los pacientes del ISSS, durante la estancia en el Hospital Divina Providencia es del médico tratante que labora en el Hospital Divina Providencia.
25. El personal médico del ISSS que emita el resumen clínico indica el tipo de tratamiento que el paciente requiere para que el personal paramédico del Hospital Divina Providencia brinde ese servicio de salud, llenando la correspondiente papelería de control.
26. El personal de Trabajo Social asignado a cuidados paliativos cumple con lo establecido en el documento "Normas y Procedimientos de Trabajo Social del ISSS" vigente; además de proporcionar todo el apoyo necesario para:
 - a) Soluciona satisfactoriamente los trámites de documentación o logística que se requieran en cada caso, con el fin de mantener la legalidad de los documentos necesarios para el apoyo integral que implique brindar cuidados paliativos a pacientes con cáncer.
 - b) Orienta e informa a pacientes candidatos y sus familiares sobre el concepto y objetivo de ofrecer los servicios de cuidados paliativos a pacientes con cáncer avanzado fuera del manejo oncológico; así como estar pendiente de las referencias que emitan los médicos de los servicios oncológicos del ISSS, con el fin de participar en la evaluación del entorno familiar y en los trámites requeridos para aprobar el ingreso oportunamente.
 - c) Colabora en la recopilación de toda la documentación necesaria para el ingreso y traslado del paciente al Hospital Divina Providencia.

Coordina con la Jefatura de Enfermeras de Hospitalización o Jefatura de Consulta Externa, la asignación de la Enfermera que acompañe al paciente y al familiar en la ambulancia, cuando se trasladen desde la consulta externa oncológica y pacientes domiciliarios al Hospital Divina Providencia.

Para el caso de traslados de pacientes ingresados en Servicios de Hospitalización del Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico o de otros centros de atención del ISSS, es la Jefatura de cada Servicio de Hospitalización la responsable de coordinar al personal de enfermería y ambulancia para realizar el traslado.
 - d) Atiende, motiva, orienta, muestra empatía, acompaña a los pacientes hospitalizados y familiares; con el fin de resolver trámites, problemas o situaciones, en relación a la toma de decisiones por su tratamiento médico.
 - e) Promociona y orienta a los familiares y cuidadores para participar en forma activa en la donación voluntaria de sangre.
 - f) Planifica e implementa en coordinación con la Jefatura del Departamento de Servicios Oncológicos, programas de educación continua a pacientes, población en general y grupos afines, sobre prevención, diagnóstico temprano y oportuno del cáncer, entre otros.
 - g) Orienta y asesora sobre derechos y deberes del paciente, informa sobre las prestaciones que el ISSS brinda a sus asegurados y su correcta utilización.
 - h) Motiva y apoya emocionalmente a pacientes, familiares y cuidadores, para que participen activamente en su auto cuidado, así como en la sensibilización a los familiares del paciente sobre aceptar la progresión de la enfermedad maligna evitando el conflicto y abandono familiar.



- **Relativas a las pruebas de Laboratorio Clínico, Banco de Sangre y Rayos X.**
- 27. El ISSS proporciona la papelería institucional como órdenes de exámenes de laboratorio clínico, órdenes de banco de sangre y órdenes de rayos x para ser utilizada por el personal del Hospital Divina Providencia en la atención de los pacientes bajo este convenio, a las cuales se les coloca el sello "Cuidados paliativos convenio ISSS- Hospital Divina Providencia".
- 28. El personal responsable de Laboratorio Clínico, Banco de Sangre y Rayos X del Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico atienden los exámenes solicitados por el Mensajero autorizado del Hospital Divina Providencia, únicamente en horario de lunes a viernes de 8:00 am. a 3:00 pm., considerando que son evaluaciones programadas derivadas de la visita diaria al paciente. Así también deben entregarse los reportes de resultados al mismo personal.
- 29. La Jefatura de Transporte del Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico atiende las solicitudes para el traslado de pacientes con estudios de rayos x pendientes del Hospital Divina Providencia al Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico, utilizando el formulario "Solicitud de Traslado de Pacientes en Vehículo Tipo Ambulancia (C. SAFISSS 130100411)". Dicho traslado se hace de lunes a viernes en horario de 8:00 am. a 4:00 pm
- 30. Para proveer componentes sanguíneos se utilizan los siguientes formularios:
 - a) "Solicitud de Transfusión (C. SAFISSS 130100431)"
 - b) "Solicitud y Control de Transfusión (C. SAFISSS 130100446)"
 - c) "Control de Exámenes Diversos (C. SAFISSS 130100081)"
- 31. El personal técnico del Banco de Sangre del Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico atiende las solicitudes del Hospital Divina Providencia en las que se requiera preparar las unidades de componente sanguíneo (GRE glóbulos rojos empacados, CP concentrado de plaquetas, PFC plasma fresco congelado), las cuales son proporcionadas por el Mensajero de dicho hospital, garantizando la cadena de frío durante el transporte y el tiempo de almacenamiento dentro del Hospital Divina Providencia, cumpliendo con la "Norma para la Disposición de la Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos en el ISSS" vigente, con el fin de garantizar la calidad del producto.
- **Relativas a controles administrativos**
- 32. La Dirección y/o Administración del Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico coordina con el Hospital Divina Providencia el envío diario del censo de pacientes ingresados, para mantener un control de los pacientes referidos para la atención de cuidados paliativos, para efectos de supervisión médica y administrativa.



33. La Jefatura del Departamento de Servicios Oncológicos del ISSS, recibe semanalmente del Hospital Divina Providencia el informe electrónico del "Censo de Pacientes Hospitalizados ISSS / Hospital la Divina Providencia (C. Form. 521901-006-04-13)".
34. La Jefatura del Departamento de Oncología solicita apoyo del personal de la Gerencia de Servicios Operativos de Salud Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico y de Trabajo Social para que en coordinación con el personal del Hospital Divina Providencia se programen visitas cada quince días, para realizar controles de calidad en la atención y los servicios brindados a los pacientes, así como las supervisiones operativas que se consideren necesarias.
35. Mediante la firma de un acuerdo de confidencialidad entre el Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico y el Hospital Divina Providencia coordinan el manejo de la documentación e información del expediente clínico del paciente; así como, conservar constantemente la comunicación entre ambas partes a fin de organizar adecuadamente los servicios solicitados por el ISSS al Hospital Divina Providencia.

- **Relativas al aprovisionamiento de insumos médicos, artículos generales y medicamentos**

36. El ISSS proporciona en forma oportuna al Hospital Divina Providencia, el aprovisionamiento de insumos médicos y artículos generales para ser utilizados en la atención directa de los pacientes ingresados bajo este convenio.

Los insumos médicos y artículos generales se solicitan y despachan cada quince días, o según calendario del ISSS; de acuerdo a existencias en el Almacén de Oncología del Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico, utilizando el procedimiento establecido para todo servicio de hospitalización.

De rutina se realiza un despacho mensual y se podrá atender una solicitud adicional para despacharse cualquier otro día hábil del mes, según la necesidad emergente del Hospital Divina Providencia.

La Jefatura del Departamento de Oncología recibe de la Jefatura de Farmacia un informe mensual que detalle el flujo de medicamentos (entregas y devoluciones) y los insumos utilizados en los pacientes del ISSS ingresados en el Hospital Divina Providencia, dicho informe tiene que ser con copia a la Gerencia de Salud, Dirección y Administración del Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico.

37. El aprovisionamiento y prescripción de medicamentos en los cuidados paliativos a través del Hospital Divina Providencia, se realiza en dos modalidades:
 - a) Tratamiento propio de la patología por la que es referido el paciente:

Consiste en la dotación de medicamentos que forman parte de las indicaciones terapéuticas con las que cada uno de los pacientes son remitidos para ingreso al Hospital Divina Providencia.



Características:

- i. Medicamento prescrito por personal médico del ISSS, al momento de ser remitido.
- ii. Cantidades prescritas para un máximo de cinco días de acuerdo al pronóstico del paciente.
- iii. Los medicamentos son dispensados sólo en la Farmacia de Oncología del ISSS comparando receta contra indicación en expediente clínico.
- iv. Los medicamentos entregados a los pacientes, son resguardados en la Farmacia del Hospital Divina Providencia, la cual asume la responsabilidad de custodiarlos y dispensarlos a cada paciente.
- v. Las recetas generadas por la atención hospitalaria en el Hospital Divina Providencia llevan el sello de dicho hospital.
- vi. El control de los medicamentos en la Farmacia del Hospital Divina Providencia es por paciente.
- vii. En caso que el paciente fallezca, el medicamento es devuelto por la Farmacia del Hospital Divina Providencia a la Jefatura de Farmacia de Oncología del Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico por medio del formulario "Hoja de Devolución de Medicamentos a Farmacia (C. SAFISSS 130100248)".
- viii. La Jefatura de Farmacia de Oncología envía copia (Digital) de las hojas de devoluciones de medicamentos del Hospital Divina Providencia a la Jefatura de Departamento de Oncología, Administración, Gerencia de Salud y Dirección del Hospital Médico Quirúrgico - Oncológico.

b) Tratamiento para la sintomatología secundaria:

Consiste en proporcionar a la Farmacia del Hospital Divina Providencia, un stock de medicamentos incluidos en el "Listado Oficial de Medicamentos del ISSS", identificados para uso especial en asistencia de cuidados paliativos a pacientes con enfermedad terminal, como: antieméticos, analgésicos narcóticos y no narcóticos, sales de rehidratación oral, sueros endovenosos, entre otros, los cuales serán entregados por la Farmacia de Oncología del ISSS, por medio del formulario "Requisición de Uso de Servicio (C. SAFISSS 130100396)"; a excepción de los medicamentos bajo control y fiscalización especial que deben ir en receta especial; la custodia de estos medicamentos queda bajo la responsabilidad de la Farmacia del Hospital Divina Providencia.

Características:

- i. El medicamento utilizado en pacientes del ISSS es prescrito por el Médico del Hospital Divina Providencia, quien está registrado en el sistema informático del ISSS (SAFISSS).
- ii. Los medicamentos prescritos a pacientes, son registrados en la Farmacia de Oncología del ISSS, bajo la especialidad de cuidados paliativos Hospital Divina Providencia.
- iii. Los medicamentos bajo control y fiscalización especial, son prescritos solamente en las recetas especiales, conocidas en el ISSS como "receta verde" según el artículo 50 del "Reglamento de Psicotrópicos y Estupefacientes". La cantidad inicial establecida para el



- stock que permanezca en el Hospital Divina Providencia irá en este tipo de receta con la leyenda "Stock pactado cuidados paliativos Hospital Divina Providencia".
- iv. El listado de medicamentos que compone el stock pactado, es completado semanalmente por la Farmacia de Oncología del ISSS y contra entrega de receta prescrita debidamente firmada y sellada por el Médico del Hospital Divina Providencia y con el nombre del paciente a quien fue suministrado, debiendo estar el medicamento anotado en el expediente clínico del paciente respectivo.
 - v. Las recetas son procesadas en SAFISSS por la Farmacia de Oncología, con el código 641, correspondiente a la especialidad de cuidados paliativos Hospital Divina Providencia.
 - vi. El listado del personal médico prescriptor del Hospital Divina Providencia se incorpora a la base de datos del SAFISSS. Este listado es actualizado cada año y con la incorporación de nuevos recursos médicos en Hospital Divina Providencia.
 - vii. El stock pactado de medicamentos está sujeto a modificación de acuerdo a las necesidades. Las solicitudes de incorporación o eliminación del stock pactado de medicamentos son presentadas al Departamento de Oncología o Coordinador de Cuidados Paliativos del ISSS y posteriormente acordar su presentación para aprobación en el Comité Local de Farmacoterapia del Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico.
 - viii. El stock pactado es monitoreado periódicamente por el personal de la Farmacia de Oncología con el apoyo del Departamento Farmacias y Botiquines.
 - ix. En el caso que el personal médico del Hospital Divina Providencia establezca la necesidad de un cambio en el esquema farmacológico para el manejo del dolor, dicho traslape es gestionado con el Coordinador Médico del ISSS, quién autorizará el nuevo manejo.

VII. Responsabilidades en el proceso

1. Médico Especialista:

- a) Elabora resumen clínico.
- b) Emite opinión o recomendación sobre el caso del paciente.
- c) Completa formulario "Informe de Consentimiento Informado".
- d) Actualiza evaluaciones médicas de pacientes de reingreso.
- e) Realiza evaluaciones médicas a pacientes.
- f) Elabora hojas de ingreso de pacientes.

2. Jefatura Departamento Servicios Oncológicos HMQ-O:

- a) Revisa resúmenes clínicos.
- b) Revisa el cumplimiento de requisitos para el ingreso de pacientes.
- c) Confirma aprobación de dictamen.
- d) Firma y sella documentos para traslado de pacientes.
- e) Delega un coordinador de cuidados paliativos del ISSS y lo hace del conocimiento de los directores de ambos hospitales.
- f) Revisa el censo diario de pacientes ingresados en Hospital Divina Providencia.



g) Revisa informe mensual del Kardex del Hospital Divina Providencia.

3. Jefatura de Servicio respectivo:

a) Elabora dictamen de cada caso de pacientes.

4. Jefatura de Farmacia:

- a) Atiende las recetas médicas de cada paciente.
- b) Dispensa los medicamentos requeridos para cada tratamiento de pacientes.
- c) Proporciona la papelería institucional
- d) Elabora informe mensual del flujo de medicamentos (entregas y devoluciones).

5. Jefatura de Banco de Sangre:

- a) Atiende solicitud de transfusión y los tubos con las muestras de sangre del paciente.
- b) Controla y registra todas las solicitudes de transfusiones, detallando como mínimo hora, fecha, nombre y número de afiliación del paciente y tipo de solicitud por componente.
- c) Proporciona la papelería institucional

6. Jefatura de Rayos X:

- a) Proporciona la papelería institucional
- b) Atiende las solicitudes de estudios requeridas.
- c) Proporciona los resultados de estudios solicitados.

7. Administración Hospital Médico Quirúrgico - Oncológico:

- a) Archiva una copia del expediente y de la documentación del traslado del paciente.
- b) Recibe del Hospital Divina Providencia en los primeros cinco días hábiles de cada mes, la hoja de costos de cada paciente.
- c) Elabora un detalle de los costos unitarios y totales de cada paciente.
- d) Apoya en procesos relacionados al traslado en los que sea requerida su intervención: ambulancia, insumos, entre otros.
- e) Revisa el censo diario de pacientes ingresados en Hospital Divina Providencia.
- f) Revisa informe mensual del Kardex de Hospital Divina Providencia.

8. Coordinadora de Trabajo Social:

- a) Cumple con lo establecido en el manual de proceso "Gestionar trámites de trabajo social" vigente.
- b) Coordina el traslado del paciente.
- c) Confirma documentos de identificación y traslado de paciente.
- d) Realiza el traslado del paciente.
- e) Soluciona satisfactoriamente los trámites de documentación o logística que se requieran en cada caso.
- f) Orienta e informa a pacientes candidatos y sus familiares sobre el concepto y objetivo de ofrecer los servicios de cuidados paliativos a pacientes con cáncer avanzado fuera de manejo oncológico; así como estar pendiente de las referencias que emitan los médicos de los servicios oncológicos



del Hospital Médico Quirúrgico–Oncológico y otros centros hospitalarios del ISSS que cuenten con evaluación oncológica, con el fin de participar en la evaluación del entorno familiar y en los trámites requeridos para aprobar el ingreso oportunamente.

- g) Colabora en la recopilación de toda la documentación necesaria para el ingreso y traslado del paciente.
- h) Coordina con la jefatura de enfermeras de hospitalización o Jefatura de Consulta Externa, la asignación de la Enfermera que acompañe al paciente y al familiar en la ambulancia.
- i) Atiende, motiva, orienta, muestra empatía, acompaña a los pacientes hospitalizados y familiares.
- j) Promociona y orienta a los familiares y cuidadores para participar en forma activa en la donación voluntaria de sangre.
- k) Orienta y asesora sobre derechos y deberes del paciente.
- l) Informa sobre las prestaciones que el ISSS brinda a sus asegurados y su correcta utilización.
- m) Motiva y apoya emocionalmente a pacientes, familiares y cuidadores, para que participen activamente en su auto cuidado.
- n) Sensibiliza a los familiares del paciente sobre aceptar la progresión de la enfermedad maligna evitando el conflicto y abandono familiar.

9. Jefatura de Transporte:

- a) Atiende las solicitudes de traslado de pacientes.
- b) Realiza los traslados de pacientes para ingreso al Hospital Divina Providencia.
- c) Realiza los traslados de pacientes ingresados en el Hospital Divina Providencia que requieran estudios en el Hospital Médico Quirúrgico.

10. Subgerencia de Servicios Operativos de Salud:

- a) Elabora calendarización para realizar los controles de calidad en la atención y los servicios brindados a los pacientes, en acompañamiento de la Dirección del Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico, Gerencia de Salud, Administración y Jefatura del Departamento de Oncología.
- b) Realiza supervisiones operativas que se consideren necesarias, previa coordinación con personal del Hospital Divina Providencia y Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico.



VIII. Registros y formularios utilizados en el proceso

1. Formulario "Consentimiento Informado para Ingreso, Procedimiento, Estudios Radiológicos o Intervenciones Quirúrgicas (C. SAFISSS 130100014 (código anterior SAFISSS 130201002))" en físico.
2. Formulario "Permiso de Salida de la Unidad de Cuidados Paliativos ISSS – HDP (C. Form. 521901-044-07-14)" en físico.
3. Formulario "Hoja de Ingreso, Observación, Hospitalización y Alta (C. SAFISSS 130100332 (código anterior SAFISSS 130201132))" en físico.
4. Formulario "Evaluación Clínica y Autorización para el Ingreso a Cuidados Paliativos ISSS-Hospital Divina Providencia (C. Form. 521901-007-04-13)" en físico.
5. Formulario "Registro de Ingresos y Altas (C. Form. 521901-042-03-24)" en físico.
6. Formulario "Solicitud de Transfusión (C. SAFISSS 130100431 (código anterior SAFISSS 130201174))" en físico.
7. Formulario "Solicitud y Control de Transfusión (C. SAFISSS 130100446 (código anterior SAFISSS 130201197))" en físico.
8. Formulario "Hoja de Control de Transfusiones (C. Form. 521804-68-06-05)" en físico.
9. Formulario "Solicitud de Traslado de Pacientes en Vehículo Tipo Ambulancia (C. SAFISSS 130100411 (código anterior SAFISSS 130201349))" en físico.
10. Formulario "Control de Exámenes Diversos (C. SAFISSS 130100081 (código anterior SAFISSS 130201036))" en físico.
11. Formulario "Censo de Pacientes Hospitalizados ISSS / Hospital la Divina Providencia (C. Form. 521901-006-04-13)" en físico.
12. Formulario "Hoja de Devolución de Medicamentos a Farmacia (C. SAFISSS 130100248 (código anterior SAFISSS 130201570))" en físico.
13. Formulario "Requisición de Uso de Servicio (C. SAFISSS 130100396 (código anterior SAFISSS 130201568))" en físico.
14. Dictamen aprobado.
15. Dictamen denegado.
16. Autorización de ingreso al Hospital Divina Providencia.
17. Libro digital (libro Excel) donde detalla la documentación de traslado del paciente.
18. Notificación de permiso de salida de paciente.
19. Notificación de ingreso de paciente con permiso.
20. Archivo de control administrativo de los ingresos autorizados.
21. Informe electrónico del "Censo de Pacientes Hospitalizados ISSS / Hospital la Divina Providencia".



IX. Anexos

A. Anexo 1:

- “Consentimiento Informado para Ingreso, Procedimiento, Estudios Radiológicos o Intervenciones Quirúrgicas (C. SAFISSS 130100014)”

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 QUIRÚRGICA <input type="checkbox"/>	ESTUDIOS RADIOLÓGICOS <input type="checkbox"/>
CENTRO DE ATENCIÓN:		FECHA:	HORA: am <input type="checkbox"/> pm <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL PACIENTE:		N° 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:	TELÉFONO:
DOCUMENTO ÚNICO DE IDENTIDAD (DUI).	DOCUMENTO QUE ACREDITA AL APODERADO LEGAL.		
1) Yo: _____, voluntariamente y con pleno conocimiento, por medio de la presente declaro que me han informado y explicado el Diagnóstico; 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 _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
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"/> _____ _____ _____ _____ _____			
C. SAFISSS 130201002			



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 exonero 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 exonero 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 130201002



- "Permiso de Salida de la Unidad de Cuidados Paliativos ISSS – HDP (C. Form. 521901-044-07-14)"



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE SALUD

PERMISO DE SALIDA DE UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS ISSS-HDP

Fecha: _____ Hora: _____

Nombre: _____

Número de DUI: _____ Número de Afiliación: _____ Carné de Minoridad: _____

Diagnóstico: _____

Yo _____ voluntariamente y con pleno conocimiento, por medio de la presente declaro que me han informado y explicado las condiciones de mi salud y que se resumen así: _____

Me responsabilizó junto con mi familia de cualquier complicación extrahospitalaria durante el permiso, (Máximo de 72 horas) eximiendo de toda responsabilidad al ISSS. Hago constar que estan presentes otras personas como testigo de mi vountad.

 Firma del paciente

 Huellas digitales del paciente

 Firma del Médico Oncólogo del HDP

 Firma del Coordinador Médico del HDP

Nombre y Firma del testigo: _____

N° de DUI: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____

Nombre y Firma del testigo: _____

N° de DUI: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____

Form. 521901-044-07-14



- "Hoja de Ingreso, Observación, Hospitalización y Alta (C. SAFISS 130100332)"



**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	I			
D E P A C I E N T E	NOMBRE DEL PACIENTE										N° DE DUI/ CARNET DE MINORIDAD									
	DIRECCIÓN DEL PACIENTE																			
	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									
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							
	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 MEDICO 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)									
	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																			
O B S E R V A C I O N	PROCEDIMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS										FECHA DD/MM/AA			CIE9 (Estadística)						
P A R T O	EMBARAZO < 37 SEMANAS		EMBARAZO ≥ 37 SEMANAS		D R E C I O N		SEXO		NACIDO VIVO		NACIDO MUERTO		NORMAL		PREMATURO		PESO AL NACER (Grs)		EDAD GESTACIONAL SEGÚN BALLARD	
					A D E C I O N		M F I													
	TIPO DE PARTO		CESÁREA <input type="checkbox"/> PARTO VAGINAL <input type="checkbox"/>		S		M F I													
	SI FUE CESÁREA		1ERA VEZ <input type="checkbox"/> SUBSECUENTE <input type="checkbox"/>		S		M F I													
REFERENCIA <input type="checkbox"/> RETORNO <input type="checkbox"/> CENTRO HOSPITALARIO: _____																				
OBSERVACIONES:																				
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO QUE AUTORIZA EL ALTA																				

C. SAFISS 130201132



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: RECIENTE 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 restandole 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 sintoma 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.



- "Evaluación Clínica y Autorización para el Ingreso a Cuidados Paliativos ISSS-Hospital Divina Providencia (C. Form. 521901-007-04-13)"



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
 EVALUACION CLINICA Y AUTORIZACIÓN PARA INGRESO CUIDADOS PALIATIVOS
 ISSS-HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA

1. Datos del paciente a evaluar:

Nombre del Paciente:		
Número de Afiliación: _____	Edad: _____ años	Sexo: M _____
F _____		
Dirección:		

2. Resumen Clínico del paciente a evaluar Cuidados Paliativos Terminal en ISSS/HLDP

.	Servicio de la Especialidad Oncológica que presento el caso:
_____ Nombre, Firma y Sello del Médico Especialista que ha manejado el caso del paciente	
<p>Resumen Clínico: (fecha de diagnóstico, biopsia o estudio Medula Ósea que confirme el diagnostico, resumen de manejo terapéutico y/o cirugía y/o Radioterapia; datos clínicos de comprobación enfermedad refractaria, o progresión y datos que respalden estado enfermedad terminal fuera de manejo oncológico y otros datos clínicos pertinentes al caso). Fecha:</p>	



- 3. Evaluación del Servicio Clínico Oncológico a cargo del caso, opinión y dictamen de aprobación o no aprobación; con firma de Vo Bo Jefe del Servicio respectivo al caso,

Fecha: _____

OPINION / Y RECOMENDACIONES CLINICAS ESPECIALES PARA CUIDADOS PALIATIVOS:

Nombre, Firma y Sello de Jefe de Servicio Oncológico que ha manejado el caso

- 4. OTRAS RECOMENDACIONES ESPECIALES AL CASO, DE SERVICIOS DE APOYO A CUIDADOS PALIATIVOS TERMINAL CON CANCER:

Fecha _____ Nombre de Servicio de Apoyo _____

Recomendación:

Firma y Sello del Especialista

Fecha: _____ Nombre de Servicio de Apoyo. _____

Recomendación:

Firma y Sello del Especialista

- 5. APROBACION Y VO BO. JEFE DEPARTAMENTO SERVICIOS ONCOLOGICOS Y SUBDIRECCIÓN HMQO

_____	_____
Fecha	Firma y Sello Jefe Departamento Servicios Oncológicos
_____	_____
Fecha	Firma y Sello Sub Dirección HMQ Oncológico



- "Solicitud de Transfusión (C. SAFISSS 130100431)"

SELLO CENTRO DE ATENCIÓN /SERVICIO		 INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN DE SALUD BANCO DE SANGRE SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN		REGISTRO DE LABORATORIO
NOMBRES Y APELLIDOS			N° DE AFILIACIÓN	
N° DE CAMA	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		FECHA DE SOLICITUD	
CATEGORÍA: ASEGURADO <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO <input type="checkbox"/> CONVENIO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/>				
PARA CUMPLIR EN: SERVICIO <input type="checkbox"/> MOMENTO OPERATORIO: <input type="checkbox"/>			GRUPO Y RH	
FECHA: _____				
OTROS: HORA: _____				
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO				
HEMOGLOBINA: _____ gr/dl TP: _____ seg				
HEMATÓCRITO: _____ % TTP: _____ seg				
RECUENTO DE PLAQUETAS: _____ mmc FIBRINÓGENO: _____ mg/dl				
OTROS				
COMPONENTE SOLICITADO: _____			FIRMA Y SELLO MÉDICO RESPONSABLE	
CANTIDAD: _____				
ESQUEMA: _____				

C.SAFISSS 130201174



- "Solicitud de Traslado de Pacientes en Vehículo Tipo Ambulancia (C. SAFISS 130100411)"

	SOLICITUD DE TRASLADO DE PACIENTES EN VEHÍCULOS TIPO AMBULANCIA		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10px; height: 10px;"> </td><td style="width: 10px; height: 10px;"> </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%; border: none;"> <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 colspan="2"><input type="checkbox"/> RIESGO SOCIAL</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: 5px; display: inline-block;">SELLO</div>		<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; 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: 5px; 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: 5px; display: inline-block;">SELLO</div>																					

C.SAFISS 130201349



- "Control de Exámenes Diversos (C. SAFISS 130100081)"

SELLO CENTRO DE ATENCIÓN /SERVICIO				INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCION DE SALUD CONTROL DE EXÁMENES DIVERSOS		SELLO REGISTRO DE LABORATORIO	
NOMBRES Y APELLIDOS				N° DE AFILIACIÓN			
N° DE CAMA		EDAD	SEXO M <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/>	FECHA DE SOLICITUD	
CATEGORÍA:		ASEGURADO <input type="checkbox"/>	BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>	CONVENIO <input type="checkbox"/>		PENSIONADO <input type="checkbox"/>	
FIRMA MÉDICO		SELLO MÉDICO		NÚMERO DE EXÁMENES INDICADOS			
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO							
MUESTRA							
EXAMEN SOLICITADO							
RESULTADO							
FECHA REALIZACIÓN EXÁMENES			FIRMA Y SELLO RESPONSABLE			SELLO DE LABORATORIO	

APRECIABLE ASEGURADO: FAVOR NO MANCHAR NI MALTRATAR ESTA BOLETA

C.SAFISS 130201036



- "Censo de Pacientes Hospitalizados ISSS / Hospital la Divina Providencia (C. Form. 521901-006-04-13)"

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL MEDICO QUIRÚRGICO ONCOLÓGICO
CENSO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS ISSS/HOSPITAL LA DIVINA PROVIDENCIA



FECHA DE CENSO:

CAMA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE ALTA	NOMBRE COMPLETO PACIENTE	EDAD (AÑOS)	NUMERO DE AFILIACION	TIPO DE ASEGURADO	ESPECIALIDAD	DIAGNOSTICO	MEDICO	OBSERVACIONES
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
										Form. 521901- 006-04-13



- "Hoja de Devolución de Medicamentos a Farmacia (C. SAFISSS 130100248)"



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD

HOJA DE DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS A FARMACIA

FECHA:	DEVOLUCIÓN N°
--------	---------------

CENTRO DE ATENCIÓN:
SELLO DE SERVICIO REMITENTE:

N°	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	CANTIDAD DEVUELTA	CANTIDAD RECIBIDA	NÚMERO DE LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

OBSERVACIONES:

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO QUE ENTREGA:	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE FARMACIA QUE RECIBE:
--	--

C. SAFISSS 130201570



- "Requisición de Uso de Servicio (C. SAFISSS 130100396)"



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
REQUISICION DE USO DE SERVICIO

CENTRO DE ATENCIÓN		FECHA			SELLO DE CLINICA O SERVICIO			
		DIA	MES	AÑO				
MEDICAMENTO DE USO DE SERVICIO		<input type="checkbox"/>						
MEDICAMENTO DE BOTIQUÍN DE RCP (1a. vez)		<input type="checkbox"/>						
MEDICAMENTO STOCK PACTADO (1a. vez)		<input type="checkbox"/>						
MEDICAMENTO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (1a. vez)		<input type="checkbox"/>						
No	CODIGO	LOTE	VENCE	NOMBRE GENERICO		PRESENTACIÓN	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DISPENSADA
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
SOLICITO			AUTORIZO			RECIBIO		
_____ Nombre			_____ Nombre			_____ Nombre y firma		
_____ Firma			_____ Firma			_____ Fecha y Hora de entregado		
PREPARADO POR			COMPROBADO POR			FECHA DE ENTREGA: _____		
_____ Nombre			_____ Nombre					
_____ Firma			_____ Firma					

C. SAFISSS 130201568

B. Anexo 2: Personal que participó en actualización del documento

Equipo que revisó y validó el documento

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Javier Enrique Osegueda Mora	Director	Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico
		Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico
Jenny Lisette Castro de Hernández	Jefa de Departamento de Oncología	Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico
		Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico
		Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico
		Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico
Geovani Salazar Carías	Jefe de Farmacia	Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico
Christian Augusto Alvarado Rodríguez	Jefe de Servicio de Hospitalización Oncologica	Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico
Hilda G. Morales Chacón	Jefa de Sección	Sección Atención Hospitalaria
Priscila L. Torres de Chávez	Jefa de Departamento	Departamento de Redes Integradas de Salud
Diana Patricia Cabrera	Subgerente de Servicios Operativos de Salud	Subgerencia de Servicios Operativos de Salud

X. Registro de actualización del documento

		Manual de procedimiento operativización del convenio ISSS-Hospital Divina Providencia para los cuidados paliativos en pacientes hemato-oncológicos	MPR-S-048
Modificaciones			
Versión	Fecha	Naturaleza de la modificación	Aprobado
0.0	Agosto 2014	Generado a solicitud de Dra. Ana G. Argueta	Ing. Claudia Jennifer Molina
1.0	Julio 2024	Actualización del documento por cambios en la estructura del mismo y modificación en las normas y procedimiento	Dra. Mónica Ayala

XI. Registro de Adendas

		Manual de procedimiento operativización del convenio ISSS-Hospital Divina Providencia para los cuidados paliativos en pacientes hemato-oncológicos	MPR-S-048
Adenda			
# Adenda	Fecha	Detalle de la modificación	Aprobado
1			
2			
3			
4			
5			