



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**  
LTAS-008

**Versión**  
0.0

**Aprobación**  
Octubre 2024

## Gerencia de Salud

---

Lineamientos Técnicos de Atención en Salud

**Cuidado de Pacientes en la Clínica  
de Atención Temprana del Cáncer  
(CAT)**

# LTAS

**AUTORIZADO**

**REVISADO**

**APROBADO**

F.

Dr. Edwin Roberto Salmerón

Gerente de Salud



F.

Licda. Rosa Alba Quintero

Jefatura Unidad de Desarrollo  
Institucional



F.

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

A. Disposiciones generales

B. Disposiciones específicas

- Relacionados a pacientes atendidos en la Clínica de Atención Temprana del Cáncer

- Relacionados a referencia, retorno e interconsulta de pacientes atendidos en la Clínica de Atención Temprana del Cáncer

- Evaluación y monitoreo de la Clínica de Atención Temprana del Cáncer

VII. Responsabilidades en el proceso

VIII. Registros y formularios utilizados en el proceso

IX. Personal que participó en la elaboración del documento

X. Registro de actualización del documento

XI. Anexos

XII. Registro de Adendas



## I. Propósito

Regular la atención prestada a los pacientes con factores de alto riesgo, hallazgos sospechosos de cáncer o con larga supervivencia oncológica, asistidos en la Clínica de Atención Temprana del Cáncer (CAT) del Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria La Ceiba, ISSS.

## II. Marco legal y documentos de referencia

- Constitución de la República de El Salvador
- Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud
- Ley de Procedimientos Administrativos (LPA)
- Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y los Prestadores de Servicios de Salud
- Plan Estratégico Institucional vigente
- Normativa para el Funcionamiento de las Redes de Atención. Marzo 2021
- Norma para el Funcionamiento de la Clínica de Atención Inmediata (CAI) Oncología ISSS. Mayo 2017
- Norma para la Atención del Cáncer en el ISSS. Julio 2019
- Norma para la Atención por Riesgo en la Consulta Externa del ISSS. Marzo 2020
- Norma de Referencia, Retorno e Interconsulta ISSS. Marzo 2020
- Norma de Atención Integral en Salud a la Mujer. Cuarta edición. Enero 2021
- Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISSS. Octubre 2022.

## III. Alcance

El presente lineamiento se aplica a la Clínica de Atención Temprana del Cáncer y a todos los centros de atención del ISSS que brindan servicios a pacientes que tienen riesgo de desarrollar cáncer o que presentan esta enfermedad.



## IV. Vigencia

El presente documento tiene un período de vigencia de 5 años a partir de la fecha de su divulgación, sustituyendo documentos afines incluidos en el mismo y puede ser modificado a partir de la solicitud de las partes interesadas.

## V. Definiciones

- **Cáncer:** Es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, en un proceso que se denomina «metástasis». La extensión de las metástasis es la principal causa de muerte por la enfermedad.
- **Estudios de tamizaje:** Las pruebas diagnósticas de tamizaje son aquellas pruebas que son capaces de identificar un factor de riesgo o mutaciones genéticas que predicen el inicio ulterior de la enfermedad, así como también las pruebas que ponen de manifiesto alteraciones estructurales de la enfermedad antes que la enfermedad progrese y se vuelva sintomática.
- **Factores de riesgo:** Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a una enfermedad.
- **Gestión de la salud a largo plazo:** Incluirá la prevención, diagnóstico, tratamiento y monitorización de enfermedades no tumorales como hipertensión, diabetes, cardiopatías, entre otras.
- **Larga supervivencia:** Largo superviviente de cáncer es aquella persona que a los 5 años del diagnóstico y tratamiento se encuentra libre de enfermedad, lo que en la mayoría de los casos significa curación. Este periodo de 5 años puede ser más reducido en algunos tumores agresivos propios de edades tempranas como ciertos tumores infantiles, tumores testiculares o linfomas agresivos y puede ser más extenso en algunos tumores como el cáncer de mama y el cáncer de próstata.

## VI. Desarrollo

### A. Disposiciones generales

1. La máxima autoridad del ISSS, a través de los directores, administradores, gerentes, jefes de servicios, entre otros; en los centros de atención y de acuerdo a la ley y reglamentos del Instituto, en el uso de sus facultades, pueden aplicar estrategias viables de salud en beneficio de la población afiliada.
2. Los directores, administradores, gerentes, jefes de servicios médicos y hospitalarios deben realizar las gestiones necesarias para divulgar e implementar los “Lineamientos Técnicos de Atención en Salud, Atención de Pacientes en la Clínica de Atención Temprana del Cáncer (CAT)” en los centros de atención seleccionados y autorizados



para aplicar la normativa, teniendo en cuenta que posean el personal de salud capacitado, los equipos, materiales, insumos, medicamentos y ambientes adecuados.

3. Los directores, jefes de servicios clínicos y el personal de salud en general deben cumplir las disposiciones descritas en este lineamiento para la atención de pacientes que cumplan con los criterios para ser atendidos en la Clínica de Atención Temprana del Cáncer.
4. Todo personal que brinda una atención directa a usuarios debe identificarse por su nombre y dirigirse de forma cortés y amable.
5. Para el caso de los formularios con código SAFISSS contenidos en este documento, se detalla el nuevo código SAFISSS del SAP- S/4 HANA. Los formularios que estén impresos con el código anterior SAFISSS se deben seguir utilizando hasta agotar existencias o hasta que los mismos sean actualizados con el nuevo código.
6. La jefatura o responsable de la dependencia resguarda la documentación o formularios propios de su área por un período de 5 años y posteriormente realizará el descarte o depuración de los mismos. A excepción de los documentos o formularios que tienen un periodo definido diferente por las leyes vigentes.

## **B. Disposiciones específicas**

### **• Relacionados a pacientes atendidos en la Clínica de Atención Temprana del Cáncer**

7. La Clínica de Atención Temprana del Cáncer (CAT) proporciona seguimiento a:
  - a) Pacientes con larga supervivencia de cáncer.
  - b) Pacientes referidos de los centros de atención con uno de los siguientes requisitos:
    - i. Estudios de tamizaje positivos
    - ii. Hallazgos clínicos sospechoso de cáncer
    - iii. Factores de riesgo alto para cáncer.
8. Todo paciente atendido en la CAT debe cumplir con los siguientes criterios:
  - a) Pacientes de larga supervivencia oncológica, con bajo riesgo y con plan de seguimiento establecido por su médico oncólogo tratante, que hayan sido diagnosticados con:
    - i. Cáncer de mama
    - ii. Cáncer de ovario de bajo riesgo
    - iii. Cáncer gástrico
    - iv. Cáncer de colon
    - v. Poliposis adenomatosa familiar
    - vi. Cáncer de pulmón
    - vii. Cirrosis hepática Child A
    - viii. Cáncer de cabeza y cuello
    - ix. Cáncer de piel exceptuando el melanoma



b) Pacientes referidos de los diferentes centros de atención con estudios de tamizaje positivos, con hallazgos clínicos sospechosos de cáncer o con factores de riesgo altos para los siguientes tipos de cáncer:

- i. Cáncer gástrico
- ii. Cáncer de mama
- iii. Cáncer de pulmón
- iv. Cáncer del colon
- v. Poliposis intestinal
- vi. Cirrosis hepática, Child A
- vii. Cáncer de ovario.

9. La Clínica de Atención Temprana de Cáncer realiza atención médica integral para evaluación, seguimiento realización de exámenes de laboratorio y gabinete (según amerite).

10. El personal médico asignado a la CAT debe orientar y educar al paciente sobre recaída de la enfermedad, promoción de la salud, prevención de otras enfermedades, reconocer signos de alarma, efectos adversos a largo plazo de los tratamientos recibidos; todo esto bajo la perspectiva de un trato humanizado y digno.

11. Los profesionales de la salud asignados a la CAT, realizan las gestiones y coordinaciones oportunas y necesarias con otros centros de atención que posean el servicio requerido, a efectos de agilizar la realización de exámenes de laboratorio o gabinete con los que no se cuente en el Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria La Ceiba. (Ver anexo 1: A.1).

12. Los exámenes de laboratorio o de gabinete se indican según lo establecido en los flujogramas de atención del presente documento. (Ver anexo 1: A.2 en adelante).

13. En la consulta médica de seguimiento se evalúan los exámenes de laboratorio o gabinete y se establece o descarta el diagnóstico de cáncer.

14. El personal de salud del ámbito ambulatorio debe realizar las pruebas de tamizaje disponibles a su población asignada según portafolio de servicio.

• **Relacionados a referencia, retorno e interconsulta de pacientes atendidos en la CAT**

15. Todo paciente referido a la CAT del Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria, La Ceiba, deben cumplir con el proceso descrito en la “Norma de Referencia, Retorno e Interconsulta ISSS”, vigente. (Ver anexo 1: A.15).

16. Los profesionales de la salud adscritos a la CAT pueden realizar interconsultas al médico oncólogo del área correspondiente adscrito al Departamento de Oncología. En relación al diagnóstico o seguimiento de un paciente, se llevarán a cabo por vía telefónica o por los medios de comunicación disponibles.



17. Si se establece el diagnóstico de cáncer, el médico de la CAT refiere al paciente a la Clínica de Atención Inmediata (CAI) de Oncología de HMQ y O, cumpliendo los lineamientos de funcionamiento de la Clínica de Atención Inmediata (CAI) del Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico.
18. Si se descarta el diagnóstico de cáncer y no hay factores de riesgo se refiere o retorna al centro de atención correspondiente si es pertinente.
19. El médico oncólogo adscrito al Departamento de Oncología del Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico que refiera pacientes con larga supervivencia de cáncer, debe consignar en la referencia el tiempo de seguimiento, los estudios de laboratorio y gabinete de acuerdo al tipo de cáncer a vigilar.
- **Evaluación y monitoreo de la Clínica de Atención Temprana de Cáncer**
20. El médico coordinador de la CAT realiza evaluaciones trimestrales conforme a lo establecido en el Plan Anual de Trabajo (PAT), que son enviadas a la dirección del centro de atención y luego al Departamento de Planificación en Salud.

## **VII. Responsabilidades en el proceso**

### **1. Médico general:**

- Cumplir con las normas vigentes.
- Utilizar y llenar completa y correctamente toda la papelería o plataformas digitales diseñadas para la atención médica.
- Proporcionar consulta médica a los pacientes, realizando la entrevista para conformar la historia clínica completa y registrarla en el expediente clínico, de acuerdo a la normativa institucional, con el fin de proporcionar una atención integral.
- Realizar examen físico al paciente, para determinar o indagar las causas del padecimiento o para corroborar el estado de salud del mismo.
- Comunicar de manera clara y eficaz en forma verbal las indicaciones médicas, información sobre el tratamiento y demás aspectos relacionados con el diagnóstico, para que el paciente comprenda el significado de su padecimiento y las acciones a seguir.
- Indicar exámenes de laboratorio y procedimientos diagnósticos, según lo establecido en los flujogramas de atención; con el objetivo de contar con elementos que contribuyan a determinar un diagnóstico oportuno y certero.
- Cumplir con los flujogramas establecidos en la presente normativa para el manejo de cada paciente.
- Ofrecer consulta médica de seguimiento al paciente, a fin de dar continuidad al tratamiento.





- i) Referir a los pacientes evaluados, al nivel correspondiente, con el fin de que reciban la atención de acuerdo al objetivo terapéutico en cumplimiento de la normativa institucional.
- j) Cumplir el plan de seguimiento y vigilancia de los pacientes de larga sobrevivencia oncológica referidos del nivel especializado.
- k) Solicitar las interconsultas que sean pertinentes y de acuerdo a los mecanismos establecidos, en aquellos casos en que exista incertidumbre diagnóstica o en el seguimiento de su evolución.
- l) Participar en actividades de capacitación médica continua para la actualización y fortalecimiento de sus capacidades técnicas.
- m) Evaluar y autorizar las referencias recibidas de los centros de atención en ausencia de coordinador médico.
- n) Asistir puntualmente y permanecer en las reuniones a las que es convocado.

**2. Médico especialista:**

- a) Conocer y cumplir las normas vigentes.
- b) Utilizar y llenar completa y correctamente toda la papelería o plataformas digitales diseñadas para la atención médica.
- c) Recibir oportunamente a pacientes que requieren los servicios médicos, a fin de proporcionar atención de calidad.
- d) Entrevistar a pacientes en la consulta médica, con la finalidad de realizar la historia clínica completa y registrarla en el expediente, de acuerdo con la normativa institucional.
- e) Realizar examen físico al paciente, para determinar o indagar las causas del padecimiento o para corroborar el estado de salud del mismo.
- f) Realizar diagnósticos, tomar decisiones clínicas fundamentadas en un conocimiento clínico, valorando el examen físico como herramienta esencial de la práctica médica.
- g) Indicar exámenes de laboratorio, con el objetivo de contar con elementos que contribuyan a determinar un diagnóstico oportuno y certero.
- h) Cumplir con los flujogramas establecidos en la presente normativa, para el manejo de cada paciente.
- i) Comunicar de manera clara y eficaz, en forma verbal, las indicaciones médicas, información sobre el tratamiento y demás aspectos relacionados con el diagnóstico, para que el paciente comprenda el significado de su padecimiento y las acciones a seguir.
- j) Ofrecer consulta médica de seguimiento al paciente, a fin de dar continuidad al tratamiento.



- k) Referir a los pacientes evaluados al nivel correspondiente, con el fin de que reciban la atención de acuerdo al objetivo terapéutico en cumplimiento de la normativa institucional.
- l) Cumplir el plan de seguimiento y vigilancia de los pacientes de larga sobrevivencia oncológica referidos del nivel especializado.
- m) Solicitar las interconsultas que sean pertinentes y de acuerdo a los mecanismos establecidos, en aquellos casos en que exista incertidumbre diagnóstica o en el seguimiento de su evolución.
- o) Evaluar y autorizar las referencias recibidas de los centros de atención en ausencia de coordinador médico.
- p) Participar en actividades de capacitación médica continua para la actualización y fortalecimiento de sus capacidades técnicas.
- q) Asistir puntualmente y permanecer en las reuniones a las que es convocado.

**3. Médico coordinador de la Clínica de Atención Temprana de Cáncer:**

- a) Adecuada administración de la clínica: organizar, conducir, ejecutar y controlar.
- b) Distribuir sus horas contratadas de la siguiente manera: 50% horas administrativas y 50% horas asistenciales.
- c) Ser el enlace entre la dirección del centro y los diferentes niveles asistenciales.
- d) Formar parte de los comités de apoyo de acuerdo con la dirección del centro.
- e) Velar por el cumplimiento de las normativas institucionales en coordinación con la dirección del centro.
- f) Evaluar regularmente el cumplimiento de las normas institucionales y proponer cambios a la administración del centro para mejorar la atención al usuario.
- g) Elaborar el plan de educación médica continua.
- h) Realizar reuniones administrativas con los médicos del programa para:
  - i. La comprensión y aplicación de la normativa institucional.
  - ii. Dar a conocer el rendimiento según las horas contratadas.
  - iii. Efectuar el análisis de casos con dificultades diagnósticas.
  - iv. Socializar lineamientos e indicaciones recibidas por parte de la administración del centro, dejando constancia de dichas reuniones.
- i) Asistir puntualmente y permanecer en las reuniones a las que es convocado.



- j) Autorizar las referencias y retornos dirigidos a otros centros de atención.
- k) Reorganización del trabajo del área en situaciones de ausencia médica, contingencias o cualquier otra situación que altere el buen funcionamiento del programa.
- l) Elaborar informes, planes de acción, planes de mejoras o cualquier otro documento que sea pertinente para mejorar el programa.

**VIII. Registros y formularios utilizados en el proceso**

- 1. “Consentimiento Informado para Ingreso, Procedimiento o Intervención Quirúrgica”. Código SAFISSS 130100014 (Código anterior C. SAFISSS 130201002).
- 2. “Hoja de Referencia y Retorno”. Código SAFISSS 130100239 (Código anterior C. SAFISSS 130201331).

**IX. Anexos**

**A. Anexo 1:**

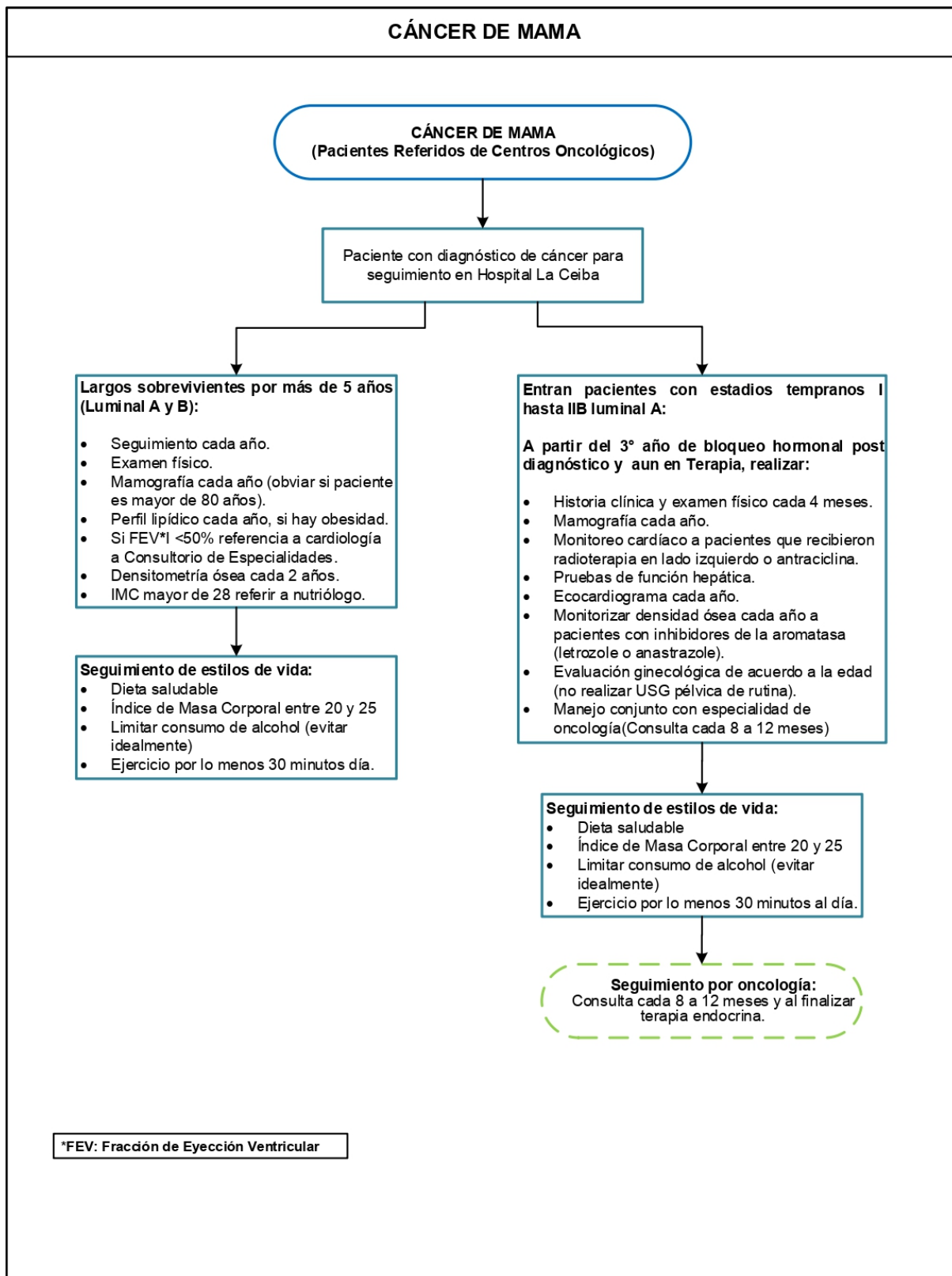
- A.1. Listado de exámenes de pruebas de laboratorio para diagnóstico y seguimiento de pacientes oncológicos.

Pruebas especiales	Exámenes de Gabinete
Antígeno carcinoembrionario ACE	USG de cuello
CA 19-9	USG abdominal
CA 15-3	USG pélvica
Ca 125	USG de mamas
Sangre oculta en heces	Mamografías
Helicobacter pylori en heces	Colonoscopias.
Alfa feto proteína	Endoscopias.
Gonadotropina coriónica humana fracción beta	TAC de tórax.
Antígeno prostático específico	TAC de abdomen
TSH	TAC de pelvis.
T3	ECO (Consultorio de Especialidades)
T4	Densitometría ósea
Tiroglobulina	Resonancia Magnética Nuclear
Transaminasas	

Fuente: Elaborado por coordinadora de CAT del Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria La Ceiba y jefatura de Departamento de Oncología de Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico

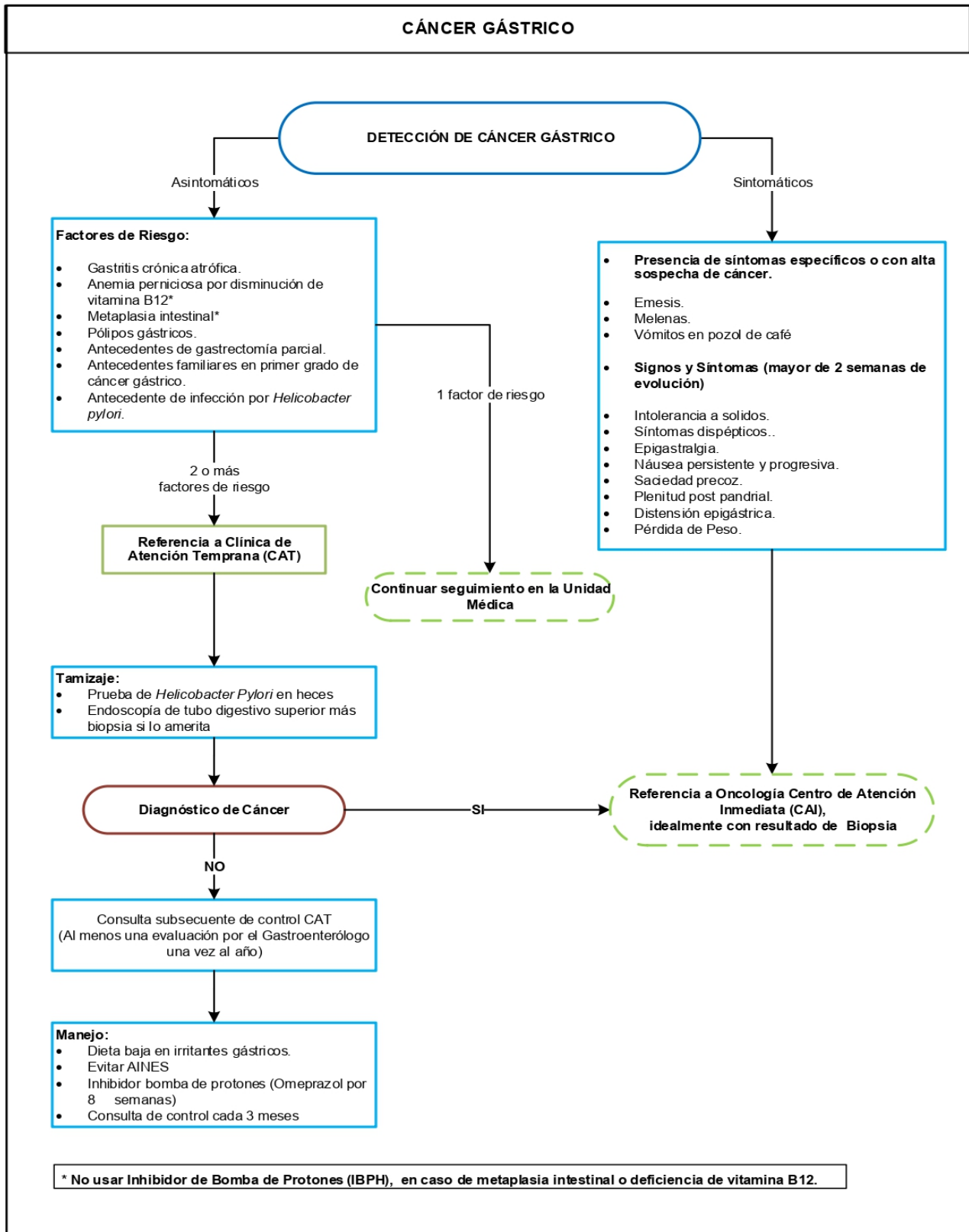


• A.2. Cáncer de mama.



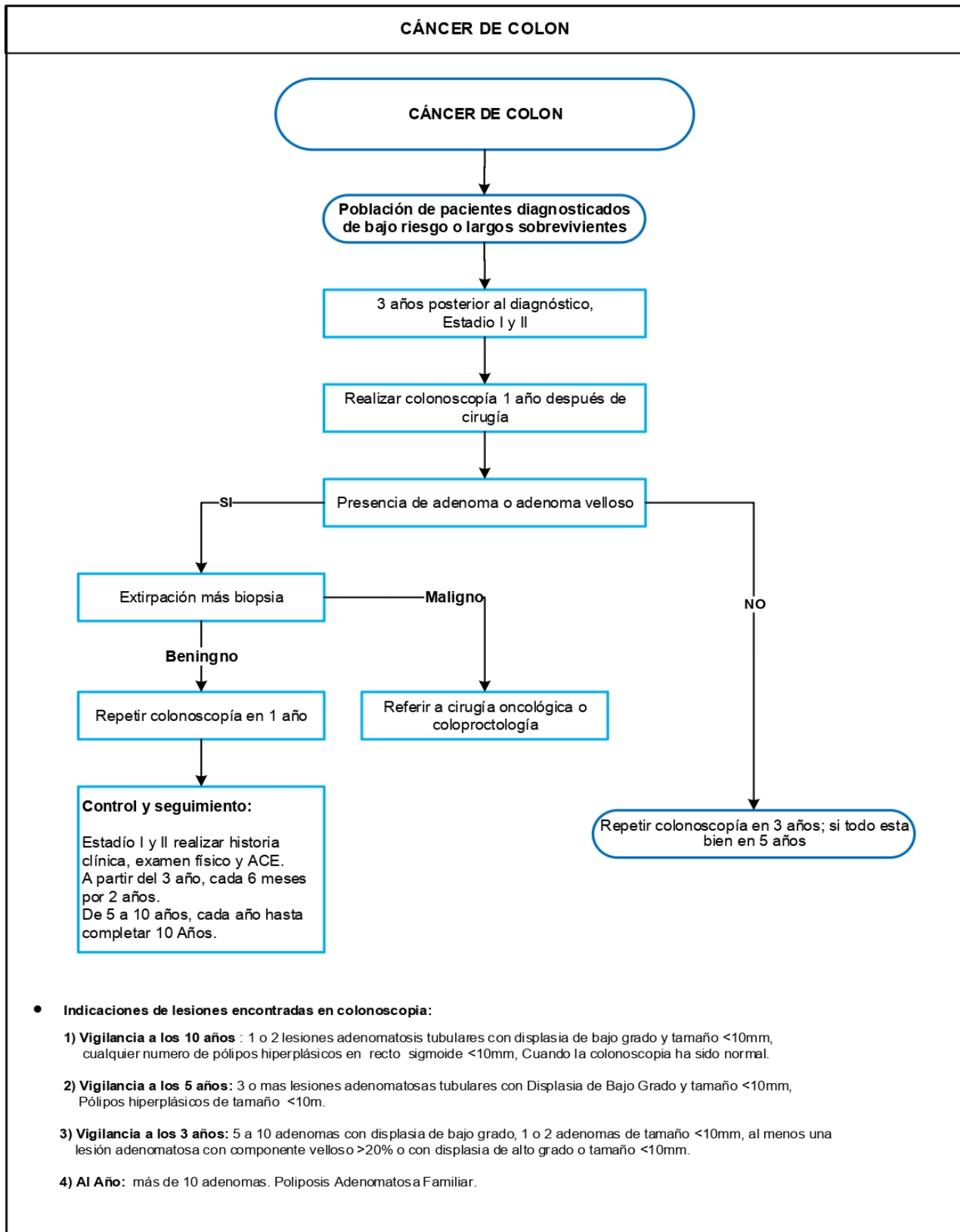


• A.3. Cáncer Gástrico.



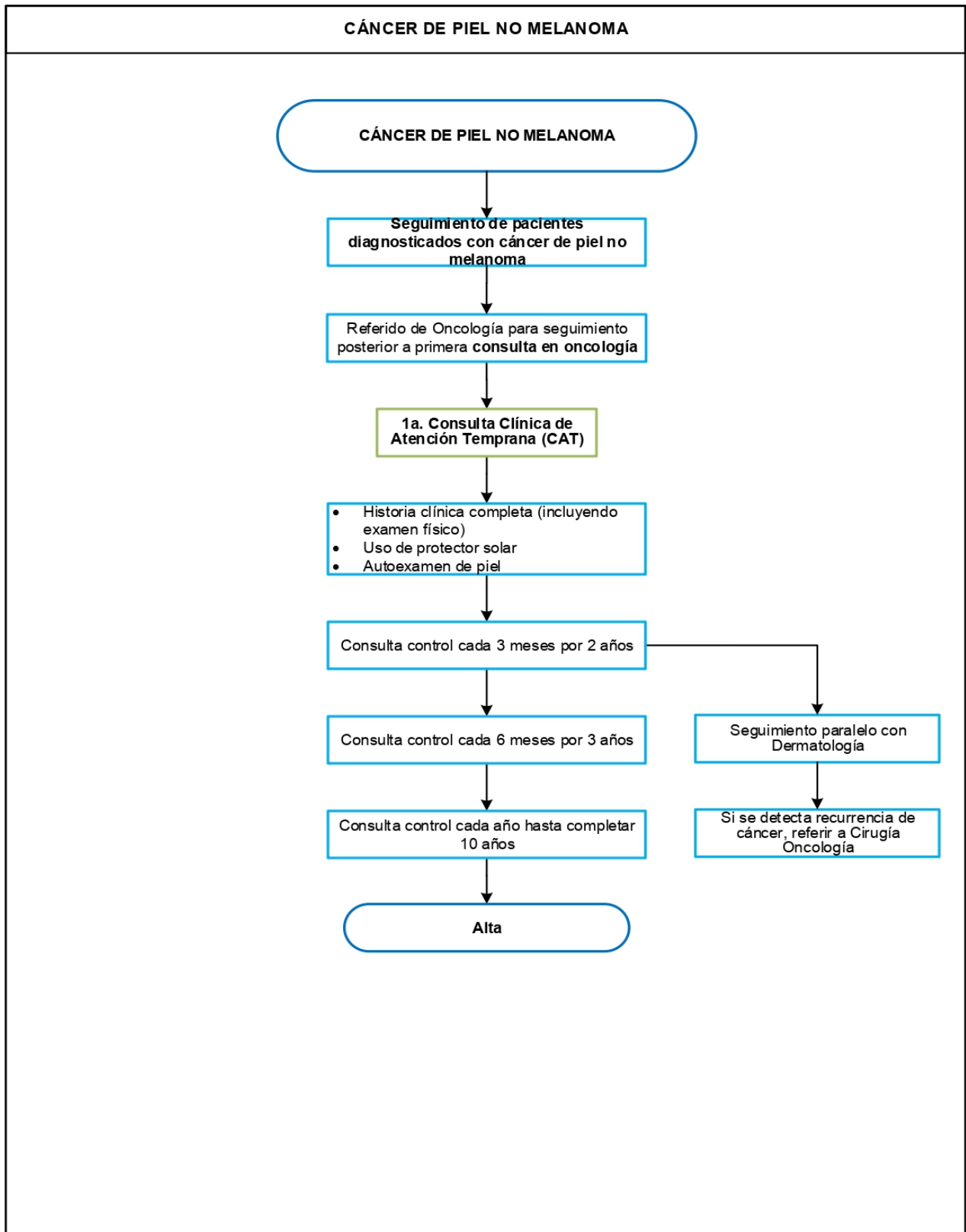


• A.4. Cáncer de Colon.



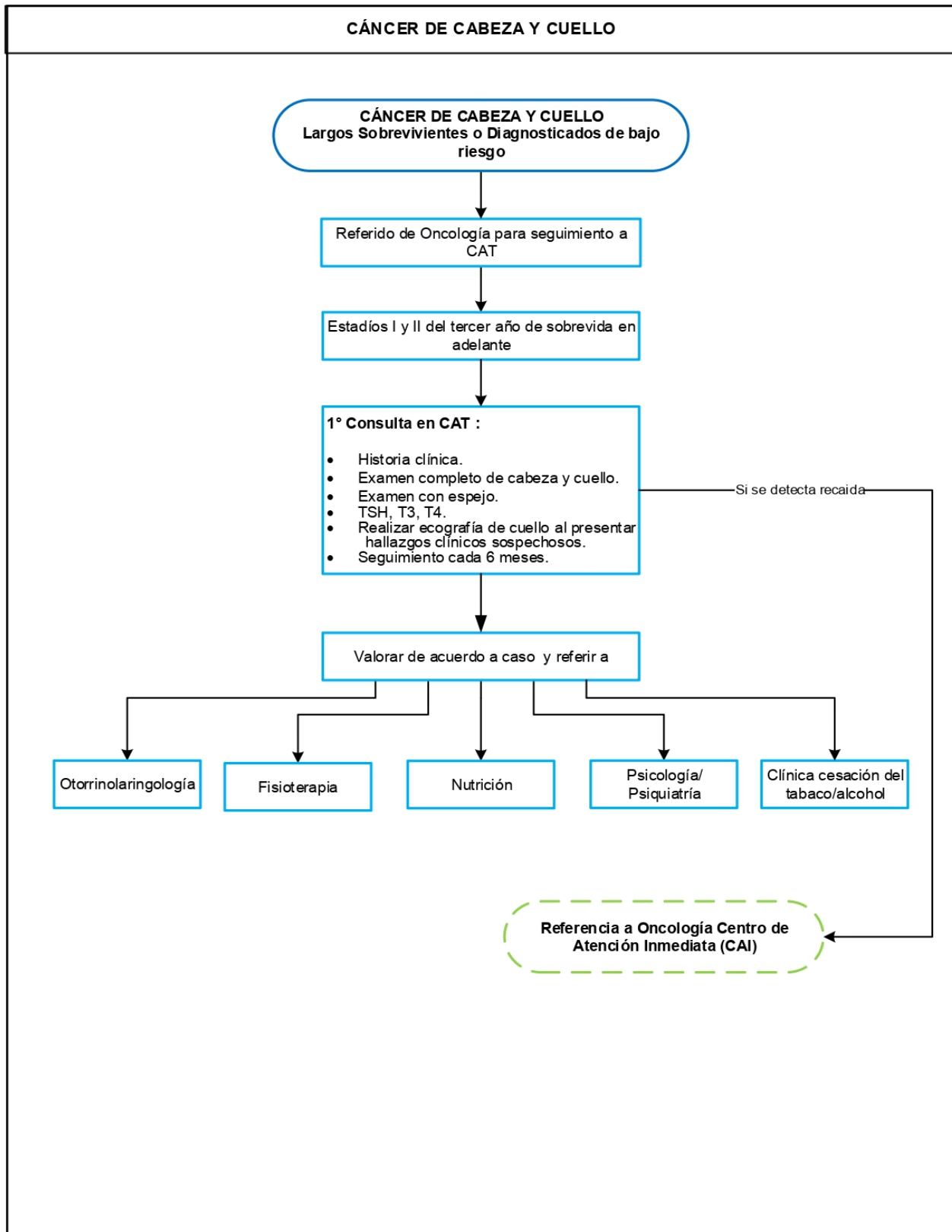


• A.5. Cáncer de Piel No Melanoma.





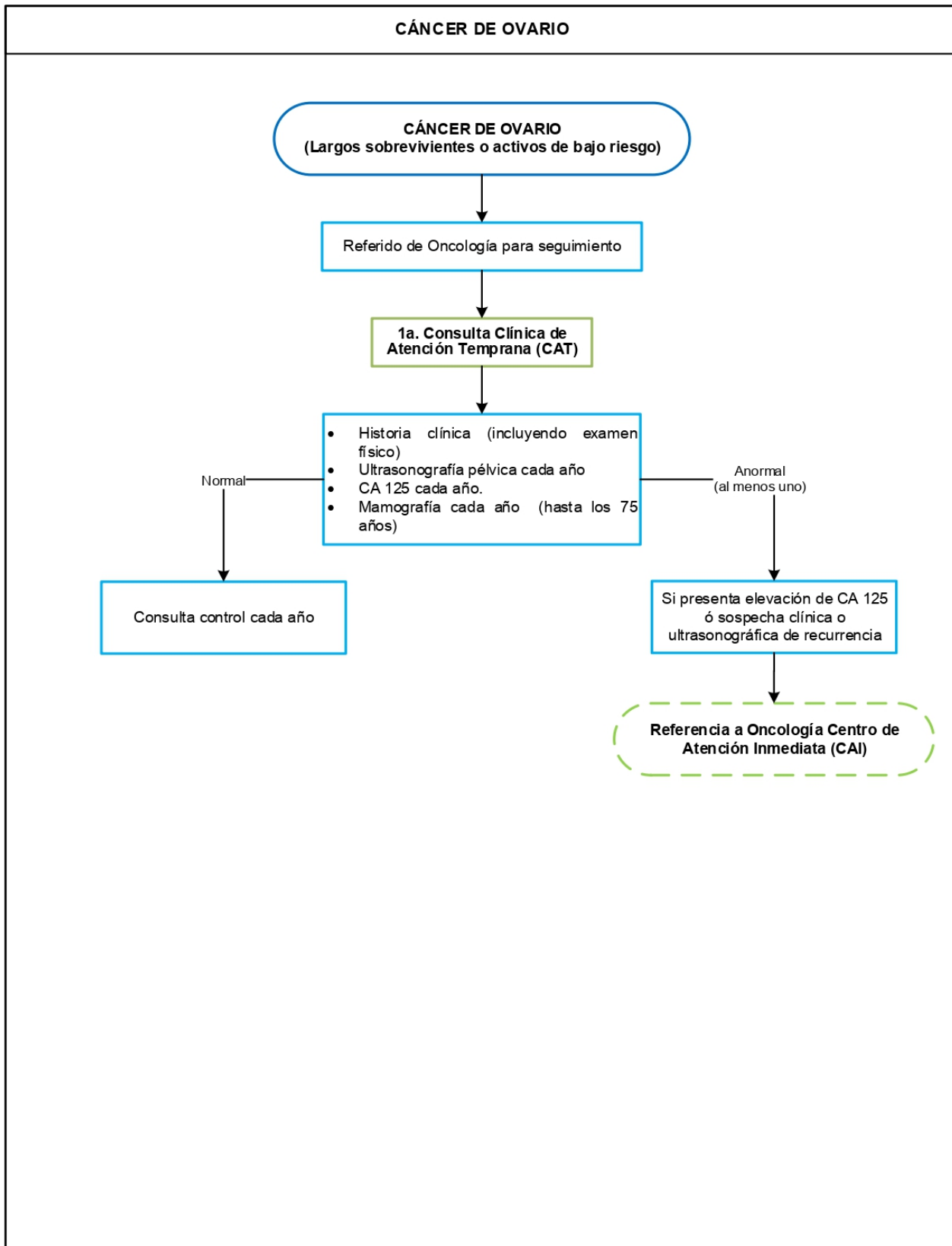
• A.6. Cáncer de Cabeza y Cuello.





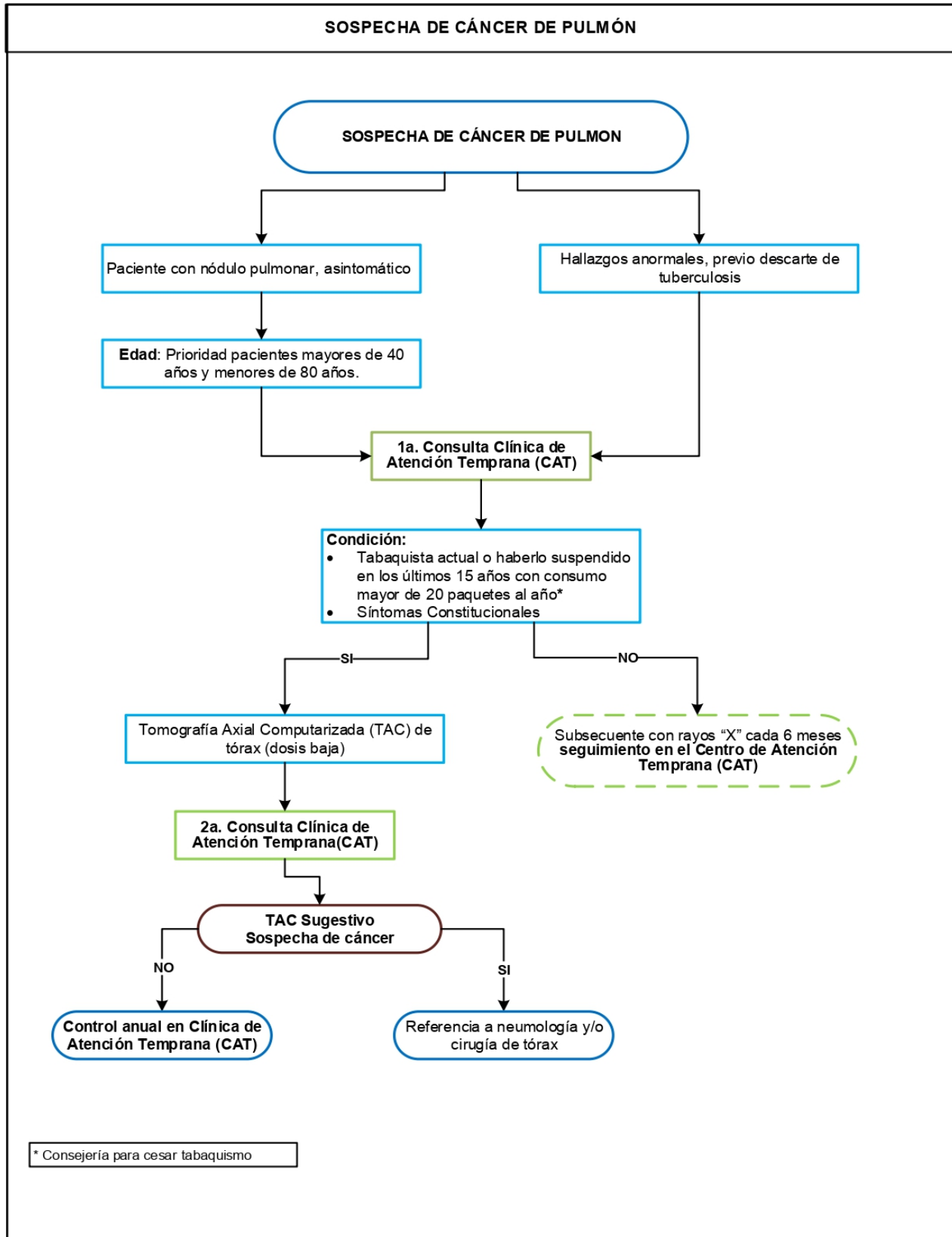


• A.7. Cáncer de Ovario.



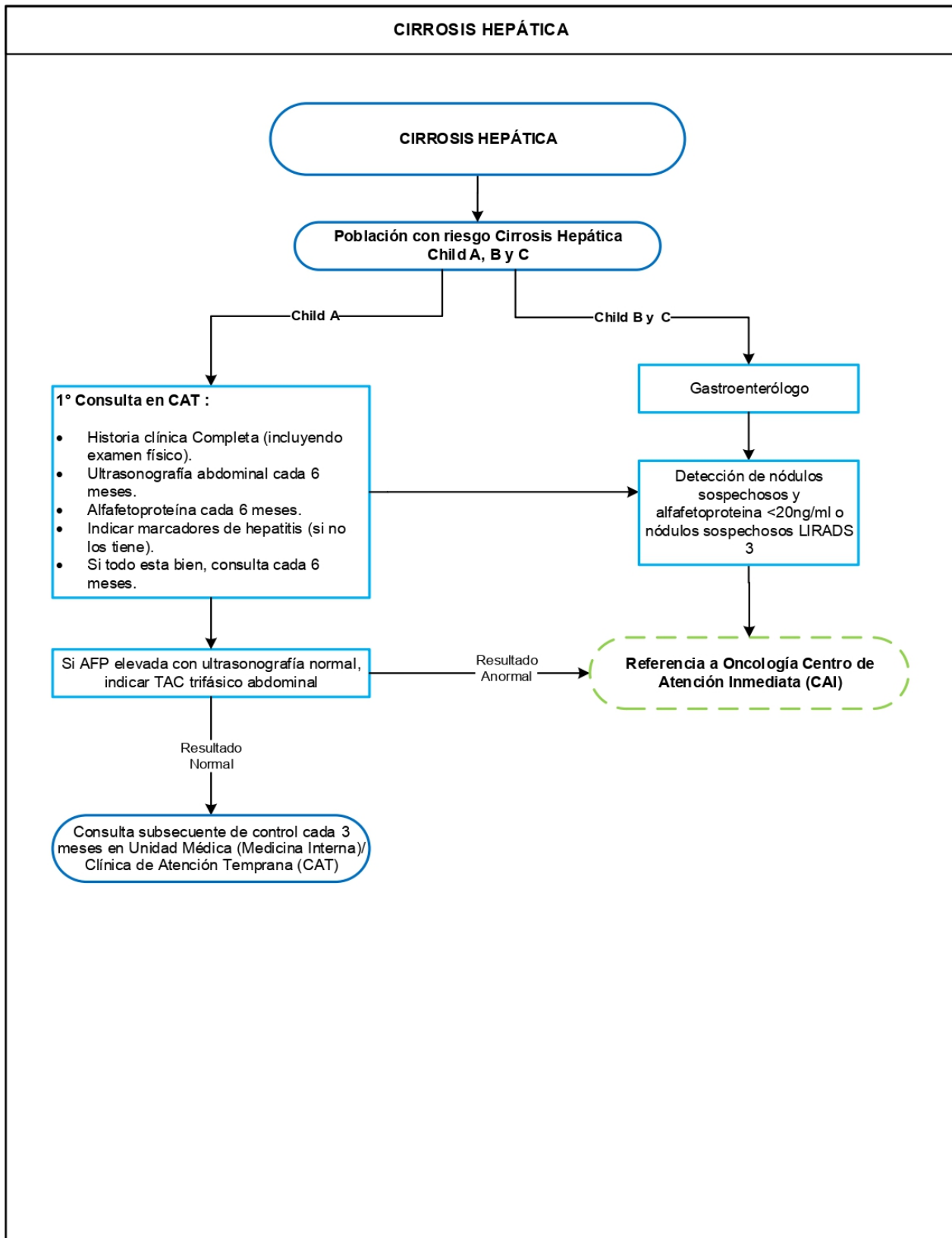


• A.8. Sospecha de Cáncer de Pulmón



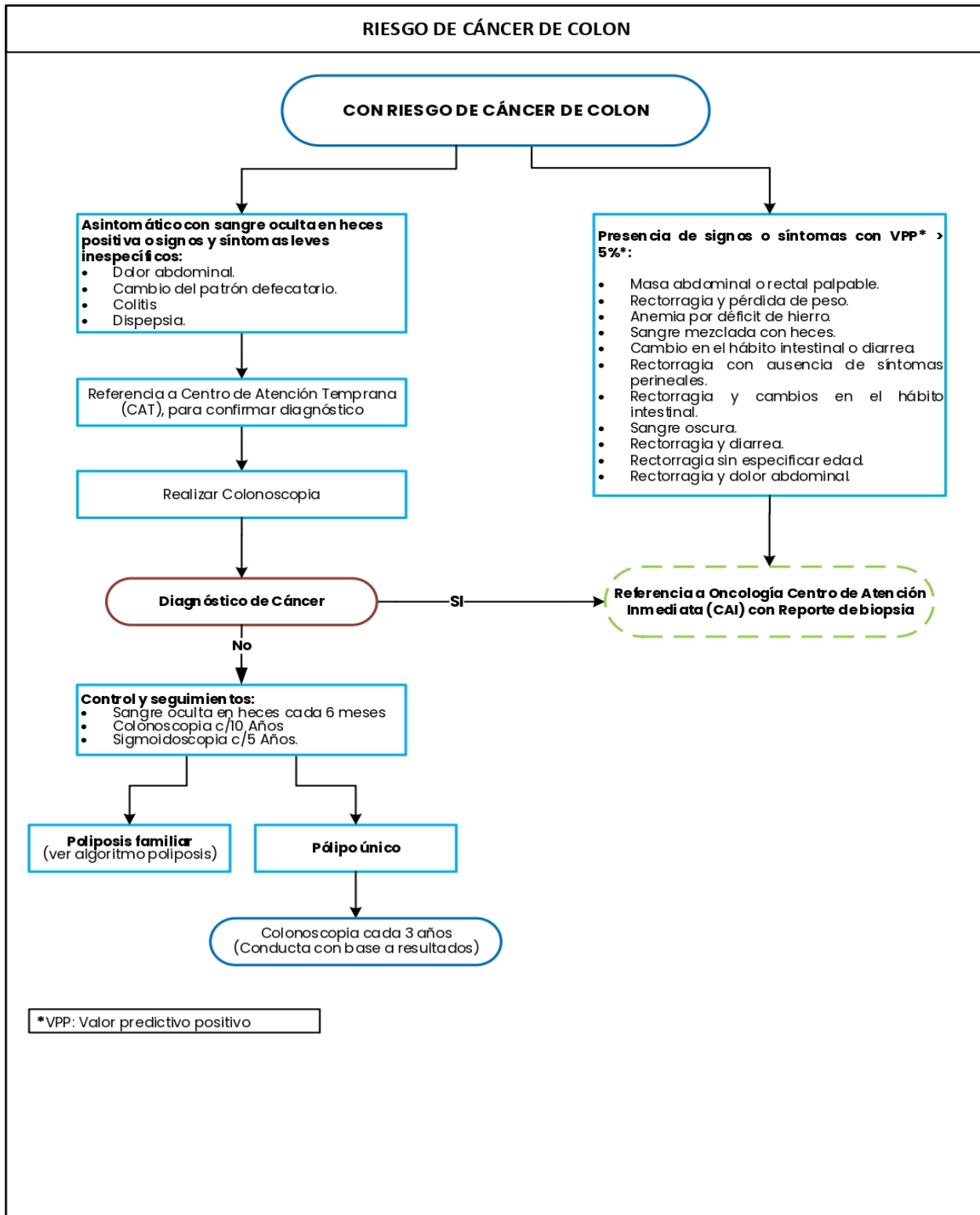


• A.9. Cirrosis Hepática.



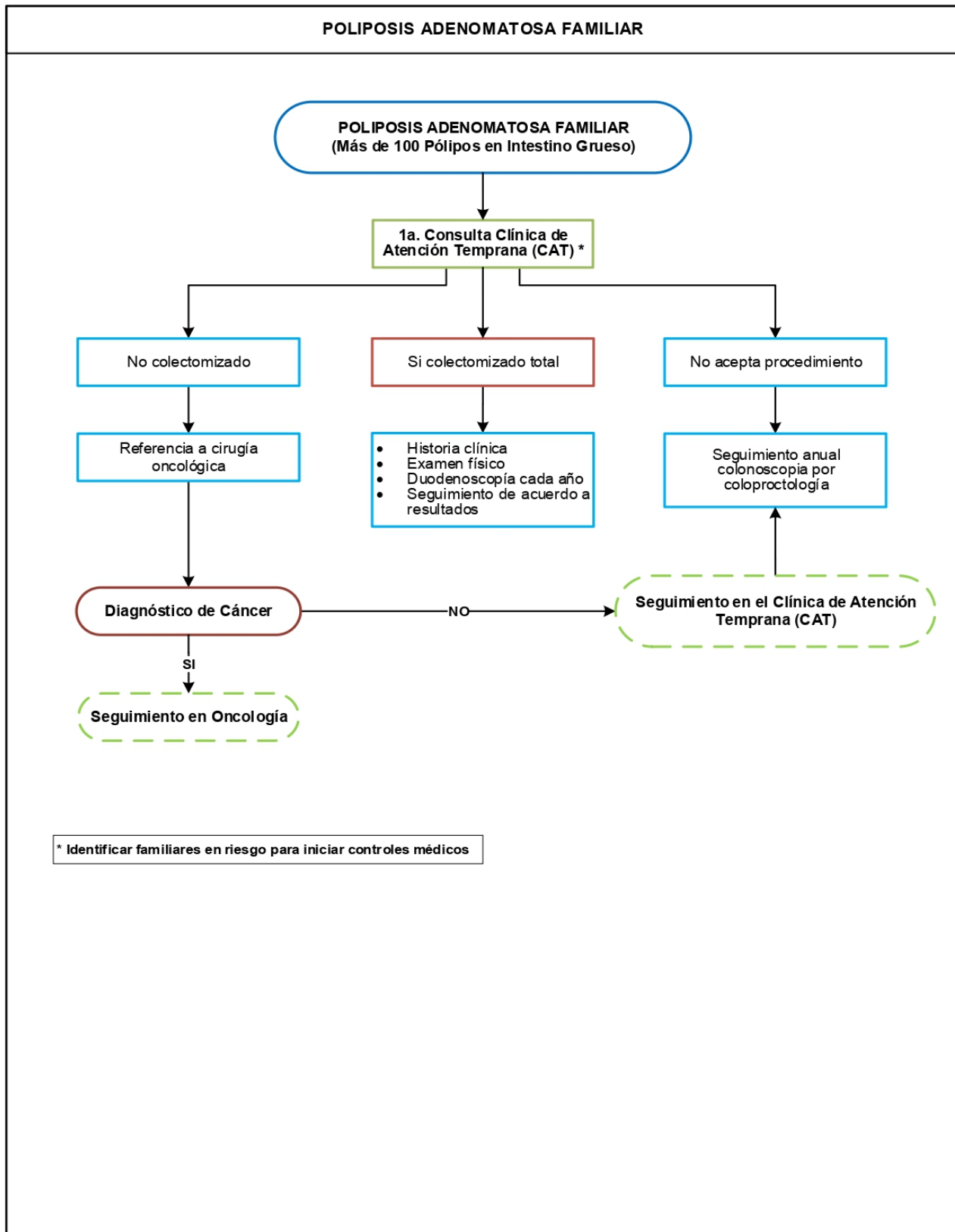


• A.10. Riesgo de Cáncer de Colon



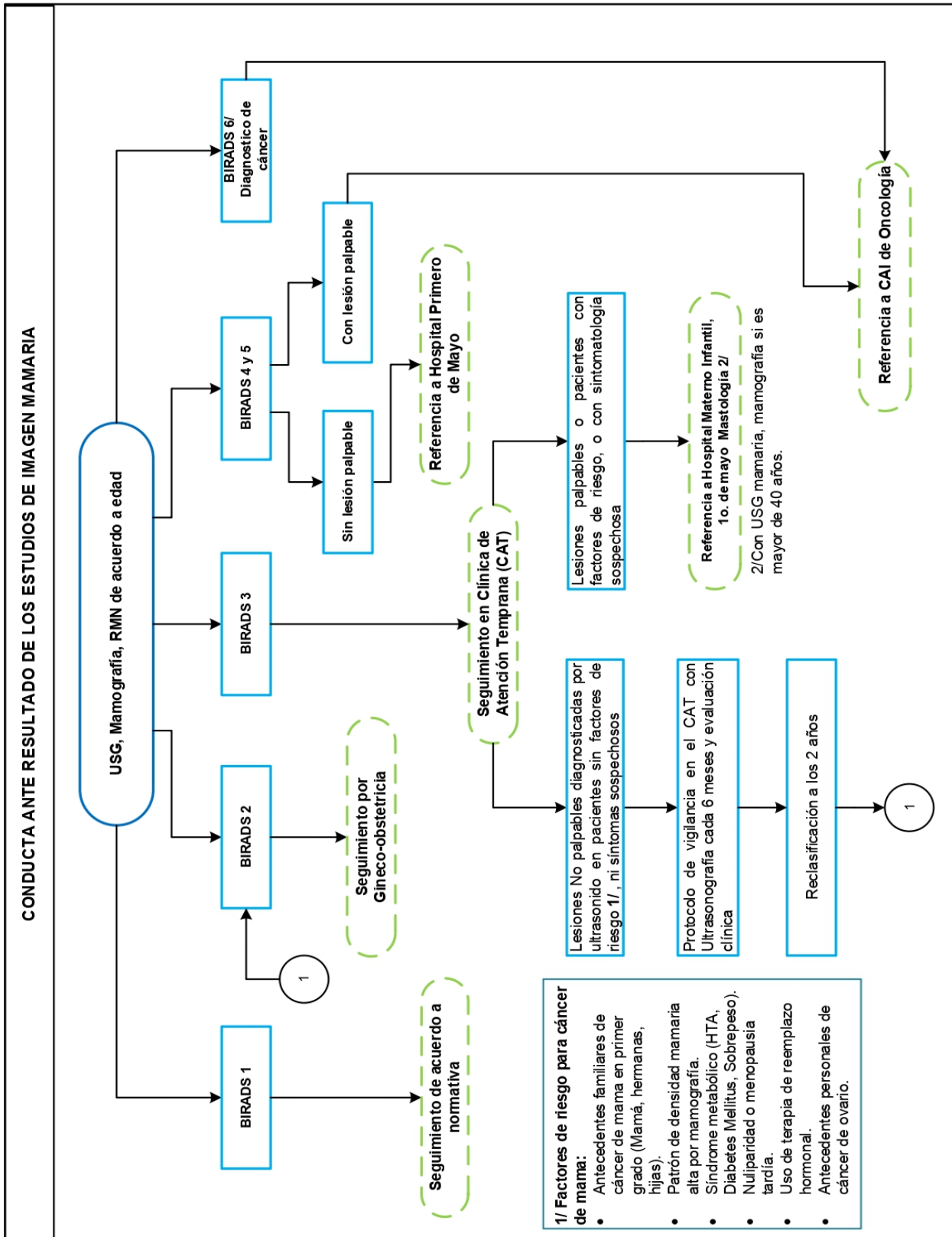


• A.11. Poliposis Adenomatosa Familiar





A.12. Conducta Ante Resultado de los Estudios de Imagen.





- A.13. “Consentimiento Informado para Ingreso, Procedimiento o Intervención Quirúrgica”. Código SAFISSS 130100014 (Código anterior C. SAFISSS 130201002).

	<p>INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN DE SALUD <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA</b> <b>INGRESO, PROCEDIMIENTO, ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA</b></p>								
<p><b>INGRESO</b> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>PROCEDIMIENTO</b> <input type="checkbox"/></p>								
<p><b>INTERVENCIÓN QUIRURGICA</b> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>ESTUDIOS RADIOLÓGICOS</b> <input type="checkbox"/></p>								
<p>CENTRO DE ATENCIÓN: _____ FECHA: _____ HORA: _____ am <input type="checkbox"/> pm <input type="checkbox"/></p>									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">NOMBRE DEL PACIENTE:</td> <td style="width: 50%;">N° AFILIACION/DUI/CARNÉ DE MINORIDAD:</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p>NOMBRE DEL FAMILIAR RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI EL PACIENTE ESTÁ IMPOSIBILITADO PARA AUTORIZAR; DENEGAR O SER MENOR DE EDAD).</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;"> <p>Parentesco del menor</p> <p>Madre <input type="checkbox"/></p> <p>Padre <input type="checkbox"/></p> </td> </tr> </table>		NOMBRE DEL PACIENTE:	N° AFILIACION/DUI/CARNÉ DE MINORIDAD:	<p>NOMBRE DEL FAMILIAR RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI EL PACIENTE ESTÁ IMPOSIBILITADO PARA AUTORIZAR; DENEGAR O SER MENOR DE EDAD).</p>		<p>Parentesco del menor</p> <p>Madre <input type="checkbox"/></p> <p>Padre <input type="checkbox"/></p>			
NOMBRE DEL PACIENTE:	N° AFILIACION/DUI/CARNÉ DE MINORIDAD:								
<p>NOMBRE DEL FAMILIAR RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI EL PACIENTE ESTÁ IMPOSIBILITADO PARA AUTORIZAR; DENEGAR O SER MENOR DE EDAD).</p>									
<p>Parentesco del menor</p> <p>Madre <input type="checkbox"/></p> <p>Padre <input type="checkbox"/></p>									
<p><b>DATOS DE RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL</b></p>									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">DOMICILIO:</td> <td style="width: 10%;">EDAD:</td> <td style="width: 20%;">PROFESIÓN:</td> <td style="width: 20%;">TELEFONO:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DOCUMENTO ÚNICO DE IDENTIDAD (DUI).</td> <td colspan="2">DOCUMENTO QUE ACREDITA AL APODERADO LEGAL.</td> </tr> </table>		DOMICILIO:	EDAD:	PROFESIÓN:	TELEFONO:	DOCUMENTO ÚNICO DE IDENTIDAD (DUI).		DOCUMENTO QUE ACREDITA AL APODERADO 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>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>									
<p>2) Reconozco que los médicos y/o odontólogos me han explicado <b>VERBAL y/o POR ESCRITO</b> 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 <b>DECRETO N° 37 de la Ley de Deberes y Derechos de los pacientes y prestadores de la salud</b>, dejando constancia de lo siguiente (riesgos relevantes; riesgos posibles; naturaleza curativa o no curativa de la intervención):</p> <p>Riesgos por estudios radiológicos y uso de medios de contraste:</p> <p>Radiaciones Ionizantes <input type="checkbox"/> Potencial Daño Renal <input type="checkbox"/> Reacciones adversas <input type="checkbox"/> Complicaciones <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>									
<p><b>C. SAFISSS 130201002</b></p>									



**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. SAFISS 130201002**





- A.14. “Hoja de Referencia y Retorno”. Código SAFISSS 130100239 (Código anterior C. SAFISSS 130201331).

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL																			
SUBDIRECCIÓN DE SALUD																			
HOJA DE REFERENCIA Y RETORNO																			
	REFERENCIA <input type="checkbox"/>																		
RETORNO <input type="checkbox"/>																			
DUI <input type="checkbox"/> TARJETA DE AFILIACIÓN <input type="checkbox"/> CARNÉ DE MINORIDAD <input type="checkbox"/> N° Documento _____																			
<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">APELLIDOS</td> <td colspan="2">NOMBRES</td> </tr> <tr> <td>EDAD(AÑOS)</td> <td>SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/></td> <td>TELEFONOS:</td> <td>CASA:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">CENTRO QUE REFIERE:</td> <td>FECHA:</td> <td>HORA:</td> </tr> </table>		APELLIDOS		NOMBRES		EDAD(AÑOS)	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	TELEFONOS:	CASA:	CENTRO QUE REFIERE:		FECHA:	HORA:						
APELLIDOS		NOMBRES																	
EDAD(AÑOS)	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	TELEFONOS:	CASA:																
CENTRO QUE REFIERE:		FECHA:	HORA:																
<b>ÁREA EXCLUSIVA DEL PERSONAL MÉDICO</b>																			
CENTRO HACIA DONDE SE: REFIERE <input type="checkbox"/> RETORNA <input type="checkbox"/> _____																			
EMERGENCIA <input type="checkbox"/> MEDICINA GENERAL <input type="checkbox"/> ESPECIALIDAD <input type="checkbox"/> ESPECIFICAR: _____																			
MOTIVO DE: REFERENCIA <input type="checkbox"/> RETORNO <input type="checkbox"/> _____																			
<b>INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE</b>																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">SIGNOS VITALES</td> <td style="width: 10%;">TA</td> <td style="width: 10%;">MMHG</td> <td style="width: 10%;">FC</td> <td style="width: 10%;">FR</td> <td style="width: 10%;">T</td> <td style="width: 10%;">°C</td> <td style="width: 10%;">PESO</td> <td style="width: 10%;">KG</td> <td style="width: 10%;">TALLA</td> <td style="width: 10%;">M</td> </tr> </table>		SIGNOS VITALES	TA	MMHG	FC	FR	T	°C	PESO	KG	TALLA	M							
SIGNOS VITALES	TA	MMHG	FC	FR	T	°C	PESO	KG	TALLA	M									
DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA, ANTECEDENTES Y EXAMEN FÍSICO (O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA MAYOR REALIZADA): _____																			
EXÁMENES DE LABORATORIO/ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: _____																			
DIAGNÓSTICO (SEGÚN CIE-10) _____																			
<b>PLAN DE SEGUIMIENTO DEL PACIENTE</b>																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">MEDICAMENTO (FORMA FARMACÉUTICA Y CONCENTRACIÓN)</th> <th style="width: 25%;">DOSIS</th> <th style="width: 25%;">DURACIÓN DEL TRATAMIENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		MEDICAMENTO (FORMA FARMACÉUTICA Y CONCENTRACIÓN)	DOSIS	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO															
MEDICAMENTO (FORMA FARMACÉUTICA Y CONCENTRACIÓN)	DOSIS	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO																	
ALTA DE LA ESPECIALIDAD (SEGUIMIENTO EN OTRO CENTRO): <input type="checkbox"/> REQUIERE EVALUACIÓN: NO <input type="checkbox"/> 1 AÑO <input type="checkbox"/> 2 AÑOS <input type="checkbox"/>																			
EXÁMENES O ESTUDIOS A ACTUALIZAR EN LA SIGUIENTE EVALUACIÓN: _____																			
RECOMENDACIONES ESPECIALES: _____																			
FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE O RETORNA _____ SELLO _____ Vº Bº. DIRECTOR O DE SIGNADO O COORDINADOR DE EMERGENCIA _____																			

**C. SAFISSS 130201331**


**B. Anexo 2: Personal que participó en actualización del documento**
**Equipo técnico coordinador**

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
		Sección Normalización
		Sección Normalización
<b>Dra. Silvia Mendoza de Ayala</b>	Jefatura de Sección	Sección Normalización

**Equipo que revisó y validó el documento**


NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
<b>Dra. Diana Patricia Cabrera</b>	Subgerente	Subgerencia Servicios Operativos de Salud
<b>Dra. Mirian Ivonne Umaña de Flores</b>	Directora	Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria La Ceiba
<b>Dr. Pablo Miguel Quijada</b>	Gerente de Servicios de Apoyo	Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria La Ceiba
		Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria La Ceiba
<b>Dra. Jenny Lisette Castro</b>	Jefatura de Departamento de Servicios Oncológicos de Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico	Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
		Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria La Ceiba
<b>Dra. Emma del Carmen Alas Jovel</b>	Jefatura Departamento de Radiología e Imágenes	Hospital 1° de Mayo
		Hospital 1° de Mayo

**X. Registro de actualización del documento**

		<b>Elaboración de LTAS Cuidado de Pacientes en la Clínica de Atención Temprana del Cáncer (CAT)</b>		<b>LTAS-008</b>
<b>Modificaciones</b>				
Versión	Fecha	Naturaleza de la modificación	Aprobado	
0.0	Octubre 2024	Elaboración de LTAS Cuidado de Pacientes en la Clínica de Atención Temprana del Cáncer (CAT)	Dra. Mónica Guadalupe Ayala	



## XI. Registro de Adendas

	<b>Elaboración de LTAS Cuidado de Pacientes en la Clínica de Atención Temprana del Cáncer (CAT)</b>		<b>LTAS-008</b>
Adenda			
# Adenda	Fecha	Detalle de la modificación	Aprobado
1			
2			
3			
4			
5			